

Tittel	A-03/16 ASA 4301 Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (statsavtalen)
Status	Gjeldende
Trådt i kraft	01-07-2016
Type	A-rundskriv fra KS
Utgitt	01-07-2016
Utgiver	KS
Skrevet ut av	Merete R. Fløysand
Dato	16-08-2016

## **A-03/16 ASA 4301 Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (statsavtalen)**

A-rundskriv nr.:	A/3-2016
Dokument nr.:	14/00959-25
Arkivkode:	G21
Dato:	01.07.2016
Saksbehandler:	Anne Tøndevold
Sign:	
Hege Mygland avdelingsdirektør	Anne Tøndevold spesialrådgiver

---

Til: Kommunen

### Last ned A/3-2016 i PDF her.

Dette rundskrivet avløser A-rundskriv 2/2015.  
Ny avtaleperiode er 1. juli 2016 til 30. juni 2017.

#### **Fra 1. juli 2016 er basistilskuddet kr 442 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.

Det vises for øvrig til mer informasjon på internett: [www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/lonn-og-tariff/legeavtaler/](http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/lonn-og-tariff/legeavtaler/)

Kontaktpersoner i KS:

Hege Torvbråten, tlf. 24 13 64 17, e-post: [medlemsservice@ks.no](mailto:medlemsservice@ks.no)

Anne Tøndevold, tlf. 24 13 64 12, e-post: [medlemsservice@ks.no](mailto:medlemsservice@ks.no)

#### **Vedlegg I: Statsavtalen (ASA 4301)**

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 LEGESPEKIALISTER MED AVTALEPRAKSIS

#### **Vedlegg II: Protokoll 31. mai 2016**

##### **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 basistilskudd for allmennleger, driftstilskudd for spesialister og takster (Statsavtalen) for perioden 1. juli 2016 - 30. juni 2017.

Partene er enige om følgende:

1. Fastlegeområdet: Honorartakster og per capita-tilskudd reguleres med 3,42 pst. per 1. juli 2016. Rammen innebærer en nettoinntektsvekst tilsvarende 2,25 pst. og en

- kostnadsvekst tilsvarende 2,65 pst. Den vedtatte egenandelsendringen tilsvarende 8 pst. innpasses i opplegget.
2. Avtalespesialistområdet: Honorartakster og driftstilskudd reguleres med 3,72 pst. per 1. juli 2016. Rammen innebærer en nettoinntektsvekst tilsvarende 2,25 pst. og en kostnadsvekst tilsvarende 2,65 pst. Reguleringen foretas på det grunnlag som foreligger etter effektivering av denne protokollens punkt 3. Den vedtatte egenandelsendringen tilsvarende 8 pst. innpasses i opplegget.
  3. Honorartakstene til avtalespesialistene underreguleres med 26 mill. kroner.
  4. Fondsavsetningene reguleres med et datotillegg tilsvarende 3,5 pst. per 1. juli 2016.
  5. Det foretas en avsetning tilsvarende 3 mill. kroner innenfor den økonomiske rammen til reguleringspremie.
  6. Det vises til punkt 12 i protokoll av 25. juni 2015, andre avsnitt. 8,5 mill. kroner tilføres forhandlingsøkonomien (honorartakstene).
  7. Partene tar sikte på å inngå egen protokolltilførsel vedr. utviklingsarbeid for EPJ for avtaleåret 2016/17.
  8. Partene er enige om å endre Statsavtalen 2.3.2 slik at lister som er lukket, automatisk vil åpnes når antallet på listen faller til 10 under det tak som er satt for praksisen. Partene kommer sammen for å bli enige om tidspunkt mv. for endringen.

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

Oslo, 31. mai 2016  
Den norske legeforening  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Regionale helseforetak  
KS

#### **Den norske legeforeningen gjør følgende protokolltilførsel:**

Staten har i de siste års forhandlinger fremmet krav om underregulering for avtalespesialistene som følge av høyere uttak enn det avtalte. Økningen i takstbruk er en forutsigbar konsekvens av myndighetenes uttrykte ønsker om en satsing på avtalepraksis for å redusere ventelistene, og øke den polikliniske aktiviteten i spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus. Denne utviklingen vil forsterkes når nye samarbeidsavtaler inngås mellom HF og avtalespesialister.

Legeforeningen er bekymret for manglende samsvar mellom helsepolitiske føringer og de økonomiske rammer Staten setter i forhandlingene. Bidrag til å oppfylle helsepolitiske mål ved økt aktivitet, herunder flere nyhenviste pasienter, bør ikke få økonomiske konsekvenser for den enkelte.

#### **Vedlegg III: Protokoll 15. juni 2016**

##### **Protokoll**

Det er i perioden 19. mai til 15. juni først 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 basistilskudd for allmennleger, driftstilskudd for spesialister og takster (Statsavtalen) for perioden 1. juli 2016 - 30. juni 2017.

Til stede på ett eller flere møter:

Staten/KS/RHF: Øystein Sand, Liv Bagstevold, Vegard Skaug, Bjørn Astad, Darlén Gjølstad, Lars Fjell Hansson, Frode Bie, Siri Lund, Marit Folkestad, Michael Vester, Anne Tøndevold, Hege Torvbråten, Kari Rolstad, Anne Cecilie Holter-Sørensen, Per Øivind Gaardsrud.

Den norske legeforening: Marit Hermansen, Kari Sollien, Sverre Dølvik, Tom Ole Øren, Nils Kristian Klev, Even Holt, Ole Johan Bakke, Hanne Riise-Hanssen, Pål Alm-Kruse, Øyvind Anmarkrud

Det vises til protokoll av 31. mai 2016 og protokoll "EPJ-løftet" av 15.

juni 2016.

Partene ble 15. juni enige om følgende:

9. Det foretas en økonomisk avsetning til EPJ-utvikling i samsvar med vedlagte protokoll "EPJ-løftet". Avsetningen innebærer at det for avtaleåret 2016/17 stilles totalt 17 mill. kroner til disposisjon for prosjekter i tråd med nevnte protokoll.

10. Gjennom oppgjøret er det opprettet en ny takst 1be for enkel pasientkontakt / elektronisk kommunikasjon. Det er stor usikkerhet knyttet til hvor mye denne taksten vil bli brukt i avtaleåret 2016/17. Utgiftsutviklingen vil bli fulgt nøye.

11. Partene viser til protokolltilførsel nr. 8 nr. I i protokoll av 19. juni 2014 og den etterfølgende dialog om finansieringsordning. Det vises også til ny rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening fra 1.januar 2016.

Partene nedsetter en arbeidsgruppe som viderefører dialogen om justeringer i finansieringsordningen. Med referanse til den forutgående dialog om finansieringsordningen, der partene har diskutert muligheten for å implementere enkelte prosedyrer i ISFordningen, skal arbeidsgruppen vurdere mulige modeller for hvordan bl.a. kostnadskrevende prosedyrer ev. kan implementeres. Arbeidsgruppen skal være ferdig med sitt arbeid innen 1. mars 2017.

Oslo, 15. juni 2016

Den norske legeforening  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Regionale helseforetak  
KS

#### **Den norske legeforeningen gjør følgende protokolltilførsel:**

Legeforeningen mener at dagens finansiering av fastlegeordning gir partene et effektivt verktøy for å utvikle ordningen og møte helsepolitiske føringer og mål. På den bakgrunn har Legeforeningen fremmet krav om takster som legger til rette for aktivitet i tråd med slike mål, deriblant en ny takst for kommunikasjon mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten. Dette med bakgrunn i at slik dialog er essensiell for å møte de krav og behov som følger av samhandlingsreformen.

Staten har på prinsipielt grunnlag avvist kravet til tross for at den er prioritert innenfor den fremforhandlede rammen. Legeforeningen ser nødvendigheten av kostnadskontroll, men beklager at det ikke er større vilje til å benytte takstsystemet som et helsepolitisk virkemiddel. Legeforeningen vil fortsette å jobbe for at finansieringsordningen brukes aktivt for styrke kvaliteten i pasienttilbudet.

#### **Vedlegg IV: Protokoll: EPJ-løftet**

##### **Protokoll: EPJ-løftet**

Partene er enige om følgende:

##### **1. Formål og avsetning**

For avtaleperioden 2016 - 2017 avsettes 17 mill. kroner til EPJ-løftet 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.

Før igangsetting av de enkelte prosjekter skal:

- prosjektplanene drøftes i NUIT.

- mandat og prosjektbeskrivelse godkjennes av styringsgruppen

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

Midlene avsatt i forhandlingene overførers prosjekteier. Styringsgruppen fastlegger det endelige innholdet i EPJ-løftet og godkjenner prosjektplaner før disse legges frem for NUIT.

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 2016-2017**

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/meldingsutveksling skal ha prioritet for utvikling innenfor rammene av samarbeidet, altså klinisk anvendbare forbedringer i pasientjournalssystemet.

Nedenfor opplistes og beskrives utviklingsprosjekter som skal prioriteres for inneværende avtaleperiode. Beskrivelsene må anses foreløpige, og styringsgruppen skal nærmere fastsette innholdet og omfanget av prosjektene samt prioritere mellom prosjektene.

### **4. Prosjekter i avtaleperioden 2016-2017**

#### **4.1 Dialogmelding - lege-til-lege**

Dialogmelding tilbyr asynkron kommunikasjon mellom leger i spesialisthelsetjenesten og henvisere (særlig fastleger) om en pasient. Dialogmelding kan øke kvalitet og redusere antallet unødige henvisninger. Det finnes avhengighet mot RHFenes EPJ-systemer, slik at prosjektet egner seg godt for nasjonal koordinering.

Dialogmelding er allerede pilotert for én leverandør. Dialogmelding kan etableres i to faser. Enten kan en dialogmelding kobles til en allerede sendt henvisning/epikrise eller annen kommunikasjon, eller som en frittstående dialogmelding som fungerer som "lav-terskel" kontakt med for eks. anmodning om råd istedenfor henvisning.

#### **4.2 Ny førerkort-erklæring i EPJ**

Elektronisk førerkort-erklæring er her avgrenset til ren EPJfunksjonalitet for å høste automatisk inn data i et førerkortskjema og beslutningsstøtte som hjelper i utfyllingen og eventuelt foreslår tiltak. Dette forutsetter at elektronisk førerkort-erklæring er integrert i EPJ med funksjonalitet for både automatisk mellomlagring av utkast og lagring av endelig versjon. Førerkort-erklæring kan teknisk bygges som mal fra universaldokument/melding med beslutningsstøtte, eller man kan gjenbruke teknologi fra "NAV sykmelding" som er dynamisk og trolig fleksibel og relativ "lett" å endre.

Elektronisk interaktiv førerkort-erklæring kan føre til et dramatisk fall i B-preparatforskrivninger, mer enn noe annet enkelttiltak. Dette gjennom automatisk varsling i EPJ ved utfylling av førerkort-erklæring.

Elektronisk sending til andre myndigheter må komme senere som et nasjonalt prosjekt.

#### **4.3 Melding med vedlegg**

Det er behov for vedlegg i pdf-form men også andre filformater. Vedlegg kan være radiologisvar, prøvesvar, tidligere journalnotater m.m., både skannede og genererte. Trenger også å ha bilder som vedlegg. Det sendes i dag henvisninger med Posten med bilder som er viktige for forståelsen av problemstillingen. Problemet er da at papirhenvisninger behandles i et

henvisningsmottak på sykehuset hvor alt, også bilder scannes inn, og med så dårlig kvalitet/oppløsning at det blir verdiløst for legen som skal vurdere henvisningen.

Vedlegg bør etableres for minst disse meldingene: epikrise, henvisning, dialogmelding, PLO-meldinger.

Vedlegg til meldinger vil være en kompletterende del av meldingsløftet. Hvis dette realiseres kan man enkelt etablere digital kommunikasjon med nye parter i helsenetten.

#### **4.4 Bilde i EPJ**

Integrere foto som del av dokumentasjon i EPJ. Det er behov for å laste effektivt og sikkert inn i journal fra kamera. Det vil også være behov for redigering og visninger i EPJ (endre kontrast/beskjære/farge, sortere, sammenligne). Bilder bør kunne legges ved meldinger, se prosjektnr 4.3.

#### **4.5 Forbedre visning av meldinger/KITH visningsfiler**

Dagens meldingsutveksling kommer til å fortsette å være i bruk i mange år fremover. Det er viktig å gjøre de siste finjusteringer av visningen slik at dette fungerer godt den fortsatte levetiden.

Standard visning for patologi, radiologi m.m skal brukes likt av alle EPJ slik at ikke samme opplysning vises multiple ganger i EPJ. Avsender og mottaker ser det samme, alle systemer seg det samme. Meldinger skal lagres i originalformat uavhengig av visning. Da kan visningen stadig forbedres i fremtiden.

Det behøves samarbeid med HF og institutter og E-Helse, avd. standardisering og EPJ-leverandører. Bør sees i sammenheng med FIA-prosjektet som jobber med å avskaffe gamle standarder som Edifact.

Leverandører kan raskere ta i bruk nye versjoner av meldinger hvis ny KITH visningsfil følger med (ingen ressurser på visning).

#### **4.6 Innrapportering fra avtalespesialister**

Det er behov for å forenkle innrapportering fra avtalespesialistene til NPR og KUHR. Det kan være aktuelt for EPJ-løftet å bidra for bedre kvalitet samt unngå dobbelrapportering fra avtalespesialistene.

Avtalespesialistene har rapporteringskrav der det både rapporteres til KUHR (HELFO) og til NPR. I dagens EPJ-systemer må man inn og ut i ulike funksjonaliteter for å oppfylle kravene.

Helsedirektoratet har satt i gang et prosjekt med henblikk på å få til enklere rapportering. Det vil antageligvis få konsekvenser for EPJ-leverandørene. Rapportering av samme data flere ganger er en tidstyv og øker sjansen for feil.

#### **4.7 Avtalespesialister - rettighetsvurdering, fristfastsettelse og fraværsassistent**

Det arbeides i Helsedirektoratet med å lage en pilot med å gi avtalespesialister (AS) mulighet til å rettighetsvurdere og fristfastsette utredning eller behandling. I en pilot kan det være behov for endringer i avtalespesialistenes EPJ. Avtalespesialister har i dag ingen mulighet til å registrere tilstedeværelse eller hvilken vurderingskompetanse de har. Dermed vil det komme henvisninger også ved fravær m.m.

Hvis også avtalespesialister skal rettighetstildele, må EPJ-systemene settes i stand til automatisk å håndtere innkomne henvisninger ved fravær som automatisk vil utløse brudd på frist for vurdering av henvisning (10 dager). Det bør også være mulighet for automatisk å returnere henvisninger, eventuelt videresende til annen henvisningsinstans. Små virksomheter har ingen mulighet for fravær (ferier o.l.) hvis ikke henvisninger kan håndteres automatisk på denne måten.

Primært er avtalespesialistene avhengige av å få gode henvisninger med tilstrekkelig informasjon fra henviser. Tiden for vurdering er kun 10 dager - det er liten tid å skaffe tilleggsopplysninger. Det er pågående arbeid i EPJ-løftet som kan bidra med å forbedre kvaliteten på henvisninger, dette gjelder både beslutningsstøtte og bearbeiding av data i EPJ-en som gjør det mer effektivt å henvise med potensielt bedre kvalitet.

#### **4.8 Forbedringer i e-reseptmoduler - manglende oppdatering av Reseptformidleren**

E-resept er en elektronisk samhandlingsløsning som gir helt nye muligheter for deling av informasjon om pasientens forskrivninger mellom pasientens behandlere, enn tilfellet var med papirresepter.

Innføring av e-resept kan sees på som et paradigmeskifte i håndtering av reseptdokumenter. E-reseptløsningen gir mulighet for å sikre at pasientens reseptopplysninger i Reseptformidleren (RF)

samsvarer med den legemiddelbehandlingen pasienten faktisk skal ha. Dette oppnås ved at behandlende lege tilbakekaller resepter fra RF som ikke lenger er aktuelle for pasientens legemiddelbehandling.

Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse har fått mange tilbakemeldinger fra leger og utleverere om at pasienters uaktuelle e-resepter ikke blir tilbakekalt fra RF.

Dnlf må på forespørsel fra Helsedirektoratet oppnevne representanter for alle brukere av e-resept, også sykehusleger, for å avklare hvilke rutiner og ansvarsforhold det må være forskrivere i mellom i et forprosjekt høsten 2016. I kartleggingen må det også identifiseres mangler i EPJ. Disse behovene for eventuell utvikling av EPJ kan evt koordineres EPJ-systemene våren 2017 via EPJ-løftets strukturer.

EPJ-løftet har i 2015/16 påtatt seg et ansvar for å følge opp framdriften til EPJ-leverandørene for utvikling av multidosefunksjonalitet. Dette har kommet underveis i avtaleåret og er ikke omtalt i protokollen tidligere. EPJ-løftet bidrar ikke med finansiering, men koordinerer og følger opp EPJ-leverandørene. Multidose er et viktig prosjekt for å sikre bedre legemiddelbehandling. Prosjektet er per juni 2016 forsinket blant annet pga. manglende utvikling i EPJ på legekantor. EPJ-løftet skal understøtte utvikling av multidosefunksjonalitet i EPJ-systemene.

#### **4.9 SYSVAK-integrasjon mot EPJ**

SYSVAK vaksiner bør vises automatisk oppdatert i EPJ. Dette gjøres via en integrasjon mot FHI sin SYSVAK-database. Det er ikke ønskelig med spørring med forsinket svar, men oppdaterte data alltid tilgjengelig i EPJ.

NHN har en teknisk løsning som FHI kan bruke ? slikt sett ligger den tekniske planen klar. FHI forventes å finansiere den nasjonale komponenten. Det behøves finansiering av EPJs visning av data.

Tilgang til oppdatert vaksinasjonsstatus vil redusere tidsbruk og kan være grunnlag for høyere kvalitet for enkelte pasientgrupper.

#### **4.10 Handlingsplan antibiotikaresistens**

Med det mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020, la regjeringen fram nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015-2020). I handlingsplanen er det to tiltak som treffer EPJ-løftet

- Tiltak 4.2 Gjennomgang av egen antibiotikaforskrivning på gruppenivå
  - Tiltak 4.3 Elektronisk beslutningsstøtte i forskrivningsverktøy.
- Begge tiltakene er knyttet mot prosjekter i EPJ-løftet henholdsvis
- Rapportering Fase 2b Praksisprofiler
  - Rapportering Fase 2a Integrasjoner

Det er påbegynt planleggingsprosjekter som dekker begge behovene. Tiltak 4.2 skal gjennomføres i et samarbeid mellom Antibiotikasetret for primærmedisin og Senter for kvalitet i legekantor, og sikter på stor utbredelse blant allmennlegene. Det bør utformes som en del av SKILs modell for kvalitetsforbedring hvor både presentasjon av legens egne data, medisinsk oppdatering og kollegabasert drøfting av individuelle resultater inngår. Deltakerne bør få mulighet til å følge sin forskrivning kontinuerlig gjennom datauttrekk fra egen EPJ og sammenligning med nasjonale data.

Arbeidet med planleggingsprosjektene (brukerhistorier med følgende prosjektbeskrivelser med kravdokumenter for epj-utvikling) ligger innenfor rammer som er bevilget. For perioden 2016-2017 bør det settes av rammer for realisering av tiltak 4.3.

#### **4.11 Strukturert informasjon i EPJ**

Generelt bør det finnes mulighet til å strukturere mer informasjon i våre EPJ. Dette er et komplekst faglig utredningsarbeid.

Typiske informasjonselementer som kan jobbes med er f.eks informasjon om Røyking, Overvekt, Hvordan registrere funn (klinisk undersøkelse) m.m. Utvikle maler som definerer standard status presens, nevrologisk undersøkelse, hud-us, hjerte-us, osv. Avklare behov for en felles informasjonsmodell.

Problemliste og Kroniske diagnoser ? spesielt de som krever oppfølgingsregime - en ting er at pasienten f.eks har diagnosen Cancer coli fra gammelt av - en annen ting er at pasienten har Ca.coli og skal følges opp etter operasjon iht retningslinjene. Noen diagnoser krever mer aktiv oppfølging enn andre, andre pasienter krever mer årvåkenhet enn andre. Vi må utvikle funksjonalitet som lar oss markere pasienter der oppfølging er spesielt viktig eller der oppfølgingen uteblir om vi ikke har en påminnelse til oss selv eller pasienten.

Det burde være mulig å hente mye inspirasjon og erfaringer fra bl.a. USA (Meaningful Use), England, Sverige, Danmark, Nederland m.fl. som har mer strukturert info i EPJ.

Det er realistisk at dokumentasjon kan bli mere effektivt. Struktureringen legger grunnlaget for mange typer beslutningsstøtte. Det vil gi mulighet til bedre rapporteringsrutiner som igjen gjør oss i stand til å utvikle arbeidsrutiner som lar oss fokusere på dem som trenger det mest.

#### **4.11 Forsterket fastlegekontor skal vite hvilke pasienter på listen som mottar pleie- og omsorgstjenester**

Det er i dag en utfordring for fastlegene at de ikke har tilgang til oversikter over hvilke av deres listepasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester. En slik oversikt vil best kunne vedlikeholdes ved en automatisk tagging i strukturert felt i fastlege-EPJ utløst av logistikkmeldinger fra pleie- og omsorgstjenestens EPJ. Derved kan aktuelle pasienter kan listes ut ved hjelp av EPJ-systemenes eksisterende rapportgeneratorer.

Funksjonalitet kan utvikles i to spor. Enten ved at elektronisk melding om at pasienten tildeles eller avslutter bistand fra PLO sendt fra bestiller kontorets EPJ utløser tagging i fastleges EPJ eller ved at fastlege EPJ gjør en automatisk og regelmessig spørring mot PLO-EPJ. Den siste løsningen har den svakheten at den ikke håndterer de pasientene som har fastlege i annen kommune eller bydel enn PLO-tjenesten.

Det vil påløpe kostnader til utvikling av tagging i fastlege EPJ og til oppsett av syntax for dedikert rapport fra EPJ som lister ut pasienter med PLO-tjenester. NAV/HELFO fastlegeregister migreres i disse dager og dette vil gjøre langt enklere for aktører i helsenettet å få tilgang til oppslag om hvem som er pasientens fastlege. Oppdatering vil skje raskt, og i sanntid i løpet av ett års tid.

Automatisert avsenderfunksjonalitet i PLO-systemene har ukjent kompleksitet og kostnad

#### **4.12 Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger fra helseforetak til fastlegekontor**

Det er nødvendig å se på hele samhandlingskjeden for de pasientforløpene man ønsker å ha et særlig fokus på i pilotene. I helseforetakene vil det særlig være to elementer, knyttet til at fastlegekontoret må være i den samme dialogsløyfen som helseforetak og pleie- og omsorgstjenesten/bestillerkontoret i kommunen, i forbindelse med innleggelser og utskrivninger fra HF.

1. logistikkmelding varsel om innleggelse,
2. melding om forventet utskrivning (hovedregel innen 24 timer etter innleggelse) og
3. utskrivningsrapport,



Disse meldingene adresseres i helseforetaket ikke med EDIadresser/NHN adresseregister slik som øvrig kommunikasjon fra HF over helsenettet men er hardkodet i sykehusets system direkte koplet til pasientens bostedskommune. Derfor må man trolig håndtere disse meldingene til fastlegene ved at de videresendes fra kommunens bestillerkontor. Dette vil forutsette utvikling i PLO-EPJ.

**Kommunalt bruker- og pasientregister (KPR)**

I prioriteringen av prosjektene skal det ses hen til relevante utviklingstiltak for at KPR realiseres i henhold til plan.

Oslo, 15. juni 2016  
Den norske legeforening  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Regionale helseforetak  
KS