



A-rundskriv nr.: A/2-2015
Dokument nr.: 14/00959-10
Arkivkode: 0
Dato: 30.06.2015
Saksbehandler: Anne Tøndevold

Til: Kommunen

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

Dette rundskrivet avløser A-rundskriv nr. 4/2014.
Ny avtaleperiode er 1. juli 2015 til 30. juni 2016.

Fra 1. juli 2015 er basistilskuddet kr 427 per år per person på legens liste.

Det vil fastsettes i stønadsforskriften at det ikke kan kreves pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og liknende.

For avtaleperioden 2015–2016 avsettes 17 mill. kroner til EPJ-løftet i legekantorene.

Det innføres en ny takst 2kd for skriving av opplysninger til nasjonal kjernejournal.

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

Hege Mygland
avdelingsdirektør

Anne Tøndevold
spesialrådgiver

Kontaktpersoner i KS:

Hege Torvbråten, tlf. 24 13 26 30, e-post: hege.torvbraten@ks.no

Anne Tøndevold, tlf. 24 13 28 59, e-post: anne.tondevold@ks.no

Vedlegg I: Statsavtalen ASA 4301

Vedlegg II: Protokoll 19. juni 2015

Vedlegg III: Protokoll 25. juni 2015

Vedlegg IV: Protokoll om EPJ-løftet 25. juni 2015

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 2015 til 30. juni 2016.

Det vises for øvrig til forhandlingsprotokoll av 19. juni 2015 og 25. juni 2015.

ALLMENNLEGER

2.1 Basistilskudd for allmennleger

Kommunen utbetaler allmennlegene basistilskudd per registrert person på legens liste. Fra 1. juli 2015 er basistilskuddet kroner 427,- 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 20 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 620 330 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 2015
1	kroner 834 000,-
2	kroner 969 000,-
3	kroner 1 242 000,-

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 2015, 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 2015- 30. juni 2016

- 12,362 mill. kroner til Sykehjelps- og pensjonsordning for leger
- 35,2628 mill. kroner til Fond til videre- og etterutdanning av leger (Utdanningsfond I).
- 46,51 mill. kroner til Fond til fremme av allment praktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning (Utdanningsfond II).
- 26,751 mill. kroner til Fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning (Utdanningsfond III).
- 10,538 mill. kroner til Fond for kvalitet og pasientsikkerhet
- 36,479 mill. kroner til Fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus
- 14,39 mill. kroner til Fond til fremme av allmennt medisinsk forskning

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, 26. juni 2015

Helse- og omsorgsdepartementet

Den norske legeforening

KS

De regionale helseforetakene

Vedlegg II

Protokoll 19. juni 2015

I perioden 20. mai - 19. juni 2015 er det avholdt 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 2015 - 30. juni 2016.

Til stede på ett eller flere møter:

Den norske legeforening: Hege Gjessing, Kari Sollien, Sverre Dølvik, Tone Dorthe Sletten, Bjørn Nordang, Trygve Kase, Ole Johan Bakke, Hanne Riise-Hanssen, Lars Duvaland og Pål Alm-Kruse.

Staten/KS/RHF: Øystein Sand, Liv Bagstevold, Olav Johan Gjestvang, Atle Gøhtesen, Vegard Skaug, Kari Sekkenes Tandberg, Kari Rolstad, Anne Tøndevold, Hege Torvbråten, Siri Lund, Michael Vester, Marit Folkestad, Lars Fjell Hansson, Øyvind Sæbø, Anne Cecilie Holter-Sørensen og Per Øivind Gaardsrud.

Partene ble 19. juni 2015 enige om følgende:

1. Fastlegeområdet: Honorartakster og per capita-tilskudd reguleres med 1,43 pst. per 1. juli 2015. Rammen innebærer en nettoinntektsvekst tilsvarende 2,5 pst. og en kostnadsvekst tilsvarende 2,33 pst.
2. Avtalespesialistområdet: Honorartakster og driftstilskudd reguleres med 1,33 pst. per 1. juli 2015. Rammen innebærer en nettoinntektsvekst tilsvarende 2,4 pst. og en kostnadsvekst tilsvarende 2,33 pst.
3. Fondsavsetningene reguleres med et datotillegg tilsvarende 1,33 pst. per 1. juli 2015.
4. Det foretas en avsetning tilsvarende 3,5 mill. kroner innenfor den økonomiske rammen (jf. pkt. 1) til reguleringspremie.
5. I oppgjøret i 2014 ble det foretatt en økonomisk avsetning for EPJ-utvikling innenfor en samlet ramme tilsvarende 17 mill. kroner. 8,5 mill. ble

tilført honorartakstene og 8,5 mill. kroner ble stilt til disposisjon for Helsedirektoratet.

Partene vil innen 1. juli 2015 drøfte innretning av en eventuell videreføring av arbeidet. Det skal hensyntas hvordan midlene ble fordelt for avtaleåret 2014/15.

6. Partene har tidligere i fellesskap gjennomført inntekts- og kostnadsundersøkelser som søker å beskrive inntekts- og kostnadsnivå i legepraksisene. Undersøkelsene har vært basert på de næringsoppgaver som er levert likningsmyndighetene samt spørreskjema for enkelte supplerende forhold. Opplysningene fordelt etter ulike parametere er blitt sammenstilt.

Inntekts- og kostnadsundersøkelsene har hatt lav svarprosent. Dette kan ha konsekvenser for undersøkelsens representativitet.

Under forhandlingene om økonomiske vilkår for fastleger og avtalespesialister i juni 2015 har bl.a. effektivisering av legepraksis blitt diskutert mellom partene. Effektivisering kan følge av flere forhold. Gevinster knyttet til effektivisering kan tas ut på flere måter, bl.a. ved reduserte kostnader, økte inntekter og økt kvalitet i tilbudet.

Partene skal i samarbeid vurdere hvordan legepraksisenes inntekts- og kostnadsforhold best kan undersøkes på en representativ måte, herunder vurdere ulike datakilder. Det skal samtidig vurderes hvordan effektivisering bl.a. knyttet til tekniske nyvinninger kan identifiseres og kvantifiseres.

Arbeidet slutføres innen 1. desember 2015.

7. De årlige takstforhandlingene regulerer med bindende virkning økonomiske ytelser innenfor folketrygdlovens finansiering av legetjenester utenfor sykehus, herunder pasientbetaling. Etter krav fra staten har partene drøftet presiseringer i stønadsforskriften av pasientbetaling for administrative systemer på legekantor. Drøftingene ligger til grunn for ny § 2 nr. 6 som vil fastsettes i stønadsforskriften.

Ny § 6 nr 2 i stønadsforskriften:

"Medlemmets egenandeler/egenbetalinger for å oppsøke lege er uttømmende regulert i forskriften, jf. kap II. Leger er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer, pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og lignende.

Dersom pasienten ønsker å motta faktura, kan det avkreves et fakturagebyr. Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen."

8. Partene har drøftet dobling av gebyr for uteblitt time i tråd med endringene som ble innført ved sykehuspoliklinikkene fra 1. januar 2015. Det er ikke prinsipielle grunner til ulike gebyrordninger i avtalepraksis og i sykehus. Partene er enige om at innføringen av en slik ordning i avtalepraksis vil kreve et beregningsgrunnlag som ikke foreligger i disse forhandlingene. Partene har en felles intensjon om å vurdere innføring av en slik ordning i forbindelse med forhandlingene i 2016.

9. Følgende honorartakster reduseres med de angitte refusjonbeløp. Provenyet omdisponeres av partene på øvrige honorartakster: K01a -100 kroner, 4a1 -6 kroner, 4b1 – 5 kroner. Samlet utgjør dette et proveny tilsvarende 8,6 mill. kroner. Partene vil senere komme sammen for å fordele rammen samt beløpet i punkt 9 på honorartakstene.

Oslo, 19. juni 2015

Den norske legeforening

Helse- og omsorgsdepartementet

Regionale helseforetak

KS

Vedlegg III

Protokoll 25. juni 2015

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 2015 - 30. juni 2016.

Det vises til protokoll av 19. juni 2015.

Partene gjør følgende protokolltilførsler:

10. Korreksjon av punkt 1 i protokoll av 19. juni 2015:
Fastlegeområdet: Honorartakster og per capita-tilskudd reguleres med 1,49 pst. per 1. juli 2015. Rammen innebærer en nettoinntektsvekst tilsvarende 2,5 pst. og en kostnadsvekst tilsvarende 2,33 pst.

11. Korreksjon av punkt 1 i protokoll av 19. juni 2015:
Avtalespesialistområdet: Honorartakster og driftstilskudd reguleres med 1,19 pst. per 1. juli 2015. Rammen innebærer en nettoinntektsvekst tilsvarende 2,4 pst. og en kostnadsvekst tilsvarende 2,33 pst.

12. Det foretas en økonomisk avsetning til EPJ-utvikling i samsvar med vedlagte protokoll "EPJ-løftet". Avsetningen innebærer at det for avtaleåret 2015/16 stilles totalt 17 mill. kroner til disposisjon for prosjekteier i tråd med nevnte protokoll.

Det vises til protokoll av 11. juni 2014 punkt 5. Som ledd i endret innretning av utviklingsarbeidet er det i årets oppgjør trukket ut 8,5 mill. kroner som skal tilbakeføres den ordinære forhandlingsøkonomien gjennom oppgjøret i 2016.

Oslo, 25. juni 2015

Den norske legeforening

Helse- og omsorgsdepartementet

Regionale helseforetak

KS

Den norske legeforening gjør følgende protokolltilførsel: Det er i årets oppgjør fremmet krav om at pediaterne også skal kunne gjøre allergologisk utredning av voksne. Dette er blitt avvist.

Vedlegg IV

25. juni 2015

Protokoll: EPJ-løftet

Partene er enige om følgende:

1. Formål og avsetning

For avtaleperioden 2015 – 2016 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 som er gitt ansvar for å iverksette og følge opp prosjektene. Helsedirektoratet er prosjekteier.

Før igangsetting av de enkelte prosjekter skal:

- Prosjektplanene drøftes i NUIT.
- mandat og prosjektbeskrivelse godkjennes av styringsgruppen

Helsedirektoratet har utredet ulike modeller, særlig ut fra lovligheten etter regelverket om statsstøtte m.m. Helsedirektoratets vurderinger knyttet til valg av styringsmodell legges til grunn i det videre samarbeidet. Styringsmodellen evalueres innen neste års forhandlinger.

Midlene avsatt i forhandlingene overføres 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 2015-2016

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.

1. Brukervennlig overvåkingssystem av svar på eksterne undersøkelser
2. Innføring av standard terminologi for radiologiske svar
3. Forenkle utfylling/ ajourføring av «Tidligere sykdommer».
4. Forbedring av samstemmingsverktøy for legemiddellister
5. Tilgang til arbeidsgiverregister fra EPJ
6. Digital Dialog Fastlege Fase 2 (Prosjekt A)
7. Rapportering fase 2 (Prosjekt G)
 - Praksisprofiler
 - Integrasjon og automatisk uttrekk av data til skjemaer og maler

Oppfølging av fjorårets prosjekter skal også inngå.

En kort beskrivelse av de nye prosjektene følger i kapitlene under.

3.1 Brukervennlig overvåkingssystem av svar på eksterne undersøkelser

EPJ mangler automatisk sjekk på at svar på eksterne undersøkelser er kommet tilbake for rekvirerte radiologiske, cytologiske og histologiske undersøkelser. Det ønskes utvikling av overvåkingssystem for elektronisk sendte undersøkelser. Det bør utvikles generisk funksjonalitet slik at systemet også kan omfatte klinisk kjemiske prøver når elektronisk rekvirering er på plass.

Målsetting med prosjektet:

Pasientsikkerhet:

Redusere risiko for at rekvirerte undersøkelser ikke blir effektuert, eller at resultater ikke blir fulgt opp.

Effektivisering:

Mindre behov for leting etter prøvesvar.

EPJ-løftet utarbeider, i kommende periode, et prosjektforslag som beslutningsgrunnlag til styringsgruppen for videre planlegging og gjennomføring av et utviklingsprosjekt.

3.2 Innføring av standard terminologi for radiologiske svar

Det er behov for at rekvirering skjer med bruk av standard, og at nye og historiske svar som ikke benytter standard mappes mot synonymordliste.

Målsetting med prosjektet:

Pasientsikkerhet:

Høyne pasientsikkerheten ved at legen får bedre oversikt og gjenfinnbarhet av tidligere undersøkelser.

Kvalitet:

Understøtte kvalitets og forskning ved at standarder benyttes.

Effektivisering:

At bedre oversikt og bruk av standarder reduserer tidsbruk.

EPJ-løftet utarbeider, i kommende periode, et prosjektforslag som beslutningsgrunnlag til styringsgruppen for videre planlegging og gjennomføring av et utviklingsprosjekt.

3.3 Forenkle utfylling/ ajourføring av «Tidligere sykdommer».

Mange journaler mangler et sammendrag over pasientens sykehistorie/sykdomsepisoder/kroniske lidelser. Det er behov for å gjøre overføring av informasjon (ICPC koder og tekstelementer) til dette feltet i journalen enklere.

Målsetting med prosjektet:

Kvalitet:

Understøtte løpende pasientarbeid gjennom god oversikt, og ved overføring av behandlingsansvar ved henvisning.

EPJ-løftet utarbeider, i kommende periode, et prosjektforslag som beslutningsgrunnlag til styringsgruppen for videre planlegging og gjennomføring av et utviklingsprosjekt.

3.4 Forbedring av samstemmingsverktøy for legemiddellister

Legemiddel gjennomgang er et viktig satsingsområde for Pasientsikkerhetsprogrammet, Gode pasientforløp programmet (Kunnskapsenteret/KS), Legemiddelverket og Senter for kvalitet i

legekantor. Legemiddelgjennomgang forutsetter forutgående samstemming. EPJ programvaren benytter en komponent som omgjør ustrukturert legemiddelinformasjon til strukturert informasjon i henhold til Legemiddelverkets FEST katalog, og EPJ programvaren har funksjonalitet for å sammenholde listen over legemidler i bruk med den strukturerte informasjonen som komponenten avgir.

Da sykehusene ikke forventes å levere strukturert legemiddelinformasjon i epikriser eller til reseptformidler før 2017/2018, er det nødvendig å oppdatere og utvikle komponenten og funksjonaliteten for å hindre at gjenkjennelseskvaliteten fra ustrukturert informasjon reduseres.

Målsetting med prosjektet:

Pasientsikkerhet:

Sannsynligheten for feil ved samstemming reduseres, og dermed risiko for skadelige bivirkninger/interaksjoner mellom medikamenter.

Effektivisering:

Betydelig redusert bruk av tid.

EPJ-løftet utarbeider, i kommende periode, et beslutningsgrunnlag til styringsgruppen som sikrer ivaretagelse av funksjonelle behov og framtidig forvaltning.

3.5 Tilgang til arbeidsgiverregister fra EPJ

Manuell oppdatering av opplysninger om arbeidsgiver i EPJ er tidkrevende og ikke mulig å følge opp fullt ut. Opplysningene om arbeidsgiver er viktige i sykmeldingsarbeidet.

Målsetting med prosjektet er å

- Heve kvaliteten av sykmeldingsarbeid.
- Effektivisere legekantorets arbeid og gi korrekte opplysninger til NAV som vil lette NAV's arbeid.

EPJ-løftet utarbeider, i kommende periode, i samarbeid med NAV et prosjektforslag som beslutningsgrunnlag til styringsgruppen for videre planlegging og gjennomføring av et utviklingsprosjekt.

3.6 Digital Dialog Fastlege Fase 2 (Prosjekt A)

I løpet av 2015 vil den første fasen av Digital Dialog mellom Fastlege og Innbygger avsluttes og overføres til forvaltning. EPJ løftet har bidratt med innspill til og finansiert prioritert funksjonalitet for denne perioden. Det kan

forventes at nye ideer og behov vil bli identifisert parallelt med at løsningen tas i bruk og breddes i løpet av høsten 2015.

EPJ-løftet bør utarbeide, i kommende periode, i samarbeid med forvaltningsorganisasjonen til DDFL, et prosjektforslag med ny prioritert funksjonalitet. Prosjektforslaget benyttes som beslutningsgrunnlag til styringsgruppen for igangsetting og finansiering av et utviklingsprosjekt i 2016.

3.7 Rapportering fase 2 (Prosjekt G)

Prosjekt G Rapportering er et omfattende prosjekt og ivaretar perspektivene for fastleger, helsefaglige kvalitetsanalytikere, forskere og nasjonale interesser. Det er en bred prosjektgruppe hvor alle de ovennevnte perspektivene er ivaretatt. I prosjektets første fase har det vært viktig å ivareta

- 1) Fastlegens behov for å få bedre oversikt over egen praksis
- 2) En informasjonsmodell for uttrekk og dokumentasjon av data fra EPJ systemet. Informasjonsmodellen er basert på eksisterende standarder

For fastlegene innebærer dette i første rekke å dekke et behov for å bedre oversikten i egen praksis. Fastlegene vil bli i stand til å iverksette målrettede tiltak for å bedre tjenesten som leveres for utvalgte pasient grupper slik som f.eks. multimorbide og pasienter som mottar andre kommunale helsetjenester.

For de andre perspektivene innebærer dette at det blir mulig å trekke ut data både manuelt og automatisert fra EPJ systemene til bruk i kvalitetsarbeid, forskning og analyse.

Prosjektet samarbeider med representanter fra KHOR prosjektet og SKIL. Det er gjennom prosjektet identifisert «nye» delprosjekter

- Praksisprofiler
- Integrasjon og automatisk uttrekk av data til skjemaer og maler

3.7.1 Praksisprofiler

Det er et behov for bedre utnyttelse av fastlegers samlede kompetanse, gjennom å kunne sammenligne og diskutere egen praksis med kolleger i arbeidsfellesskap eller små grupper. Egne data kan sees på i forhold til angitte retningslinjer, og sammenliknes med nasjonale gjennomsnitt. Dette vil være mulig når man har tilstrekkelig innsamlede data til å lage et normalmateriale.

Legeforeningen/SKIL jobber med systematisk kvalitetsarbeid på legekantorene, og har som ledd i arbeidet behov for å trekke ut data for å måle effekt av ulike tiltak, samt å bidra til økt innsats på prioriterte områder. Myndighetene har et lignende behov for en oversikt over kvaliteten på den samlede tjenesten, for å kunne innrette den totale virkemiddelpakken på en slik måte at den forsterker arbeidet med kvalitetsheving både lokalt og nasjonalt.

EPJ-løftet bør utarbeide, i kommende periode, i samarbeid med SKIL og koordinert med KHOR prosjektet, et prosjektforslag som beslutningsgrunnlag til styringsgruppen for videre planlegging og etablering av en løsning som gir fastlegene mulighet til å sammenlikne egne data med nasjonale og regionale verdier.

3.7.2 Integrasjon og automatisk uttrekk av data til skjemaer og maler

Fastlegen fyller ut elektroniske meldinger, attester og brev etc. Det er behov for å utnytte eksisterende strukturerte data som kan lastes automatisk inn i dokumenter.

Målsetting med prosjektet er å

- Heve kvaliteten på utfylling av dokumenter
- Effektivisere legekantorets arbeid og gi korrekte opplysninger, ved at legene slipper å bruke verdifull tid på å kopiere data manuelt fra EPJ-systemet.

EPJ-løftet bør, i kommende periode, utarbeide koordinert og eventuelt i samarbeid med andre initiativer et prosjektforslag som beslutningsgrunnlag til styringsgruppen for videre planlegging og gjennomføring av et utviklingsprosjekt.

Oslo, 25. juni 2015

Den norske legeforening

Helse- og omsorgsdepartementet

Regionale helseforetak

KS