



A-rundskriv nr.: A/3-2026
Dokument nr.: 24/02139-7
Arkivkode: ---
Dato: 01.07.2026
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 2/2025.
Ny avtaleperiode er 1. juli 2026 til 30. juni 2027.

Oppsummering av hovedresultatene:

Fastlegene:

- En samlet inntektsvekst på 4,38 prosent.
- Rammeveksten legges på basistilskuddet. Dermed øker basistilskuddets andel av fastlegenes inntekter med 2,24 prosentpoeng.
- Nasjonal gjennomsnittssats for basistilskudd: 1 079,69 kroner.
- Takstene generelt videreføres på samme nivå som i 2025.
- Endret innretning i tidstillegget for konsultasjoner. Det innføres intervaller på fem minutter for konsultasjoner som varer i mer enn 20 minutter.
- Det innføres nye takster for sykefraværarbeid.

Legevakt:

- Legevaktens honorarinntekter totalt sett (takstene) økes med 2,94 prosent.

- Tidstillegget på konsultasjoner videreføres med intervaller på 15 min.

De varslede endringene i det pasienttilpassede basis- og utjamningstilskuddet er utsatt, og vil bli utredet nærmere i løpet av høsten 2026.

Utjamningstilskuddet (basistilskudd i kommuner under 5000 innbyggere) beregnes med utgangspunkt i nasjonal gjennomsnittssats for pasienttilpasset basistilskudd fra 1. juli 2026.

Vi gjør oppmerksom på at det kan skje endringer i basis-/utjamningstilskudd i avtaleperioden.

EPJ-løftet videreføres.

Takster i avtaleperioden framgår av forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, med virkning fra 1. juli 2026.

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

Hege Mygland
avdelingsdirektør

Anne Tøndevold
spesialrådgiver

Vedlegg I: Statsavtalen (ASA 4301)

Vedlegg II: Protokoll 25. juni 2026

Vedlegg III: Protokoll EPJ-løftet 25. juni 2026

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 og tilskudd til leger i særskilte kommuner.

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 2026 til 30. juni 2027.

Det vises for øvrig til forhandlingsprotokoll av 10. juni 2026 og 17. juni 2026.

ALLMENNLEGER

2.1 Basistilskudd for allmennleger

Kommunen utbetaler næringsdrivende fastleger basistilskudd per registrert person på legens liste. Det er fra 1. mai 2023 innført pasienttilpasset basistilskudd. Pasienttilpasset basistilskuddet justeres i tråd med demografiutviklingen og endres i neste avtaleår i tråd med omtalen under.

Gjennomsnittlig basistilskudd for juli 2025 fastsettes på bakgrunn av det korrigerte gjennomsnittlige basistilskuddet

for juni 2025. Gjennomsnittlig basistilskudd for juli fastsettes så ut fra befolkningstallene i juli og avtalt økning for basistilskuddet. Vektene i modellen fastsettes på grunnlag av tall for juni med avtalt tillegg.

Kommunen betaler grunntilskudd for fastlegeavtaler i næring med en liste under 500 listeinnbyggere, forutsatt at listetaket for avtalen er 500 eller flere listeinnbyggere. Grunntilskuddet er knyttet til en fastlegeavtale. Grunntilskuddet utgjør basistilskuddet svarende til en fastlegeliste med 500 listeinnbyggere. Grunntilskuddet kan mottas i inntil to år fra fastlegeavtalen er inngått. Grunntilskuddet utbetales i stedet for basistilskudd dersom dette gir bedre uttelling enn pasienttilpasset basistilskudd for den aktuelle fastlegelisten. Dersom fastlegeavtalen i løpet av de to årene får en listelengde større enn 500 listepasienter utbetales basistilskudd i stedet for grunntilskudd. Grunntilskuddet blir beregnet med den nasjonale gjennomsnittssatsen.

2.2 Basistilskudd i kommuner med under 5 000 innbyggere

I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd etter punkt 2.1, gis et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200. Utjamningstilskuddet beregnes med utgangspunkt i nasjonal gjennomsnittssats for pasienttilpasset basistilskudd for juli 2026. Satsen ganges med differansen mellom avtalt referanseliste (1 200) og gjennomsnittlig listelengde for fastlegene i kommunen.

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

Protokolltilførsel: Fra statens og Legeforeningens side legges det til grunn at det kan bli endringer i utjamningstilskuddet i løpet av avtaleperioden. Det vises til protokoll inngått 3. juni

mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Den norske legeforening om Endringer i pasienttilpasset basistilskudd mv. – allternativ implementering, samt sykefraværstiltak hvor avvikling av utjamningstilskuddet er omtalt.

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 1 500 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.

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 2025	
1	kroner	1 210 000,-
2	kroner	1 405 000,-
3	kroner	1 801 000,-

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 2026, 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 2026–30. juni 2027

- 85 775 000 kroner til Sykehjelps- og pensjonsordning for leger,
- 53 738 000 kroner til Fond til videre- og etterutdanning av leger (Utdanningsfond I),
- 68 228 000 kroner til Fond til fremme av allment

- praktiserende legers videre- og etterutdanning og
privatpraktiserende spesialisters etterutdanning
(Utdanningsfond II),
- 37 360 000 kroner til Fond til fremme av sykehuslegers
videre- og etterutdanning (Utdanningsfond III),
 - 15 220 000 kroner til Fond for kvalitet og pasientsikkerhet,
 - 50 745 000 kroner til Fond for kvalitetssikring av
laboratorievirksomhet utenfor sykehus,
 - 21 345 000 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 legekontor oppfylle følgende minstekrav til IKT:

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

5.2. Drøfting

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

Oslo, 25. juni 2026

Helse- og omsorgsdepartementet Den norske legeforening

KS De regionale helseforetakene

Vedlegg

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og
behandling hos lege, med virkning fra 1. juli 2026.

Vedlegg II

Protokoll

Det er i perioden 12. mai–12. juni ført 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 2026–30. juni 2027. Det vises til forhandlingsprotokoll takstfordeling avtalespesialister 2026 av 10.6.2026

Til stede på ett eller flere møter:

Staten, KS, de regionale helseforetakene:

Olav Johan Gjestvang, Øystein Sand, Pia Braathen Schønfeldt, Jon Hjellum Vibeto, Cecilie Lothe, Linda Midttømme, Anne Tøndevold, Anne Jensen, Kjersti Anna Berg, Imran Dar, Ina Nikoline Wille, Gry Jerijervi, Ane Gjølberg Lie (Helsedirektoratet), Anne Cecilie Holther-Sørensen (Helsedirektoratet), Ole Jørgen Grannes (Helsedirektoratet), Jens Christian Haatvedt (for Helsedirektoratet) og Bent-Ole Groos (AID).

Den norske legeforening:

Anne-Karin Rime, Yngvild Skåtun Hannestad, Torstein Sakshaug, Hans-Christian Myklestul, Rune Burkeland-Matre, Erik Waale Næss, Monica Auberg, Sissel Bergaust, Pål Alm-Kruse og Hanne Riise-Hanssen.

Partene er enige om følgende:

1. Det er enighet om økonomisk ramme på 3,02 pst. Dette tilsvarer en kostnadskomponent på 3,65 pst. og

inntektskomponent på 4,38 pst. Avtalespesialistenes driftsavtaler og honorartakster totalt sett reguleres med 2,94 pst. fra 1.7.2026. Legevaktenes honorarinntekter totalt sett økes med 2,94 pst.

2. 0,08 prosentpoeng av inntektsveksten (tilsvarer 18,2 mill. kroner) legges i sin helhet på takst for tekstlig konsultasjon. For øvrig legges datotillegget for fastlegene på basistilskuddet, i tillegg til frigjorte midler ved øvrige takstendringer (dette inkluderer ikke endringer som følger av at takst 8 avvikles). Basistilskuddets andel av fastlegenes inntekter fra kontorpraksis økes med 2,24 prosentpoeng.
3. Det etableres en sykefraværspakke med følgende elementer:
 - a. Takst L1 - ved full sykmelding. Honorar reduseres fra 26 til 5 kroner
 - b. Ny takst L2 – ved avventende og gradert sykmelding, samt sykmelding på enkeltstående behandlingsdager. Skal kombineres med L1. Honorar 20 kroner.
 - c. Opprettelse av ny takst, 2j: Helserelatert samtale om arbeid og jobbmestring for pasient som ikke blir sykmeldt. Må omhandle arbeidsevne, funksjon og tilretteleggingsmuligheter i jobb. Taksten kan brukes for arbeidsføre personer i alderen 16 – 69 år. Honorar: 50 kroner.
 - d. Opprettelse av ny takst for jobbfokusert samtale, 2sm: Helserelatert samtale om jobbmestring med sykmeldt pasient. Må omhandle arbeidsevne, funksjon og tilretteleggingsmuligheter i jobb, fortrinnsvis som beskrevet i oppfølgingsplan. Vurderinger og videre plan må

dokumenteres i journal. Oppsummering må sendes til NAV som dialogmelding eller i ny sykmeldingsløsning.

Kan kreves ved avventende sykmelding, enkeltstående behandlingsdager, gradert sykmelding, ved endring fra full til gradert sykmelding eller friskmelding der dette anses mest hensiktsmessig, eller ved videreføring av full sykmelding. Honorar: 200 kroner.

- e. Opprettelse av ny L-takst, L5:
Dialog om tilrettelegging på arbeidsplassen med både arbeidsgiver og sykmeldt i forbindelse med vurdering av sykmelding. Ved behov kan NAV og/eller bedriftshelsetjeneste delta fysisk eller digitalt. Kan bare initieres av sykmelder. Også manuellterapeuter og kiropraktorer, som har rett til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde), kan utløse taksten i tilknytning til oppfølging av pasienter de sykmelder. Manuellterapeuter og kiropraktorer har bare adgang til å dokumentere arbeidsuførhet i en periode på inntil tolv uker fra første sykefraværsdag. Sykmelder må sende dialogmelding om innhold og videre plan til Nav. Kan ikke brukes på legevakt. Honorar 124 kroner.
- f. Endret takst for dialogmøter: Det skilles mellom takst for dialogmøte 1 og dialogmøte 2/3. Det gjøres for øvrig ingen endringer i takstens innhold eller nivå.

- 4. Det gjøres endringer i takst for tekstlig konsultasjon, 2as/2afs:
 - Endringer i takst for tekstlig konsultasjon, 2as/2afs:

- 2afs avvikles
- 2as endres til kun egenandel: 179 kroner (egenandel)
- Ny spesialisttakst; 2dds: Honorar 83 kroner (56 kroner i egenandel/27 kroner i refusjon)

Partene er enige om at effektene av og innretningen på sykefraværspakken, inkludert finansieringen ved endringer i 2as, 2afs og ny takst 2dds, skal vurderes i forkant av forhandlingene i 2027.

5. Det gjøres endringer i tidsintervallet for tidstakst, 2cd og 2cdd, som innebærer redusert varighet fra 15 min til 5 min. Endringen er provenynøytral. Honorar per 5 min er hhv 132 kroner og 7 kroner på 2cd og 2cdd. Tidsintervallet for 2ck endres ikke. Partene er enige om å følge med på endringen av tidsintervall for tidstakstene. Dersom endringen ikke er provenynøytral, skal det vurderes endringer i honorarene.
6. Det gjøres følgende takstendringer for økt forebyggende innsats og bedre oppfølging av innbyggere med store og sammensatte behov:
 - a. Takst 660 utvides til å omfatte årskontroll av pasienter med rusmiddeldiagnoser
 - b. Takst 617 utvides til å omfatte kartlegging av eldre med skrøpelighet
 - c. Takst 101 og 2ed utvides til å omfatte tiltak for livsstilsendring for pasienter med KOLS og psykisk sykdom
7. Avsetninger til fond reguleres samlet med 2,94 pst. per 1. juli.

8. Det vises til statens og de regionale helseforetakenes ensidige protokolltilførsel fra forhandlingene 28.6.2023 der det framgår at det tas sikte på å avvikle takstene 151a og 151b fra 30.6.2026. Takstene 151a og 151b avvikles med virkning fra 1.1.2027. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med de berørte avtalespesialistene sørge for at denne takstavviklingen ikke har konsekvenser for pasientenes tilbud og oppfølging.
9. Innenfor rammen spesifisert i punkt 1 avsettes det 3 mill. kroner til det sk. premiereguleringsfondet.
10. Partene er enige om å inngå egen protokoll vedr. EPJ-utvikling.

Oslo, 25. juni 2026

Den norske legeforening Helse- og omsorgsdepartementet

Regionale helseforetak

KS

Vedlegg III

25. juni 2026

Protokoll: EPJ-løftet

Partene er enige om følgende:

1. Formål og avsetning

Samarbeidsprosjektet EPJ-løftet har som ansvar å gjennomføre tiltak som beskrevet i protokollen.

Det skal ses hen til gjeldene Nasjonal e-helsestrategi og Nasjonal helse- og samhandlingsplan ved prioriteringer og valg av tiltak også for EPJ-løftet.

For avtaleperioden 2026-2027 avsettes 17 millioner kroner til IKT-utvikling i legekantorene.

2. Styringsmodell

Det er nedsatt en partssammensatt styringsgruppe med 3 representanter fra Legeforeningen og 3 representanter fra Helsedirektoratet som er gitt ansvar for å iverksette og følge opp prosjektene i samarbeidsprosjektet. KS møter med 1 observatør i den partssammensatte gruppen. Helsedirektoratet er prosjekteier.

Før igangsetting av de enkelte prosjektene skal mandat og prosjektbeskrivelse godkjennes av styringsgruppen.

Relevante prosjekter i EPJ-løftet diskuteres i nasjonal rådsmodell for digitalisering i helse- og omsorgssektoren ved behov eller når minst en av partene ønsker det.

3. Disponering av midler

Midlene avsatt i forhandlingene overføres prosjekteier.

Det skal utformes særskilte prosjektbeskrivelser der det bl.a. skal inngå bestemmelser om organisering, partenes forpliktelser og involvering av leger. Prioritering av prosjekter, prosjektmandat og - beskrivelser skal godkjennes av styringsgruppen. Styringsgruppen skal fordele midler mellom prosjektene.

Det skal fremgå av prosjektbeskrivelsene hvordan prosjektet er planlagt organisert og partenes forpliktelser, inkludert dialog og avklaringer med samhandlingspart. Eventuelle konsekvenser for nasjonale e-helseløsninger er spesielt viktig å få synliggjort og vurdert, da økte drifts- og forvaltningskostnader for disse vil ha konsekvenser for mange aktører.

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.

4. Nye prosjekter i avtaleperioden 2026 - 2027

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 å understøtte 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 nye prosjekter som styringsgruppen har mandat til å igangsette jf. kap. 2 i denne protokoll. Beskrivelsene er overordnede og foreløpige. Innhold, omfang

og prioritering mellom alle prosjekter fra denne og tidligere protokoller vil besluttes i styringsgruppen for EPJ-løftet.

26.1 Merkefunksjon med mulighet for avansert søk på problemstillinger

Det er behov for å kunne gjenfinne et eller flere informasjonselementer eller journalnotater knyttet til en eller flere valgte problemstillinger. En problemstilling vil ofte ha journaldokumentasjon i flere informasjonselementer som f.eks. journalnotater, svarrapporter og andre informasjonselementer.

Det er mange eksempler på problemstillinger. Eksempelvis pasientforløp "pakkeforløp kreft", "KOLS", "utredning BUP".

Andre eksempler er opplysninger om arvelighet og tredjepart. Ved en utredning av genetiske markører vil det potensielt fremkomme opplysninger som angår pasientens nære slekt. Det er behov for å kunne markere notatet med et merke som angir at notatet inneholder slik type informasjon og bør vurderes særskilt før deling eller utlevering til pasienten.

Utredninger og komplekse forløp over tid. Når pasienten utredes over tid, gjerne med et sammensatt medisinsk problem med tilhørende ulike prosedyrer, eksterne vurderinger og serier med oppfølgingsnotater, vil det være nyttig å markere disse med et merke for å enklere kunne sammenstille aktuell informasjon, f.eks. til en legeerklæring til NAV.

De fleste allmennmedisinske konsultasjoner inneholder flere problemstillinger, informasjonstyper og tematikker, slik at det vil være naturlig å kunne kombinere flere merker mot et eller flere informasjonselement.

Det må også være mulig å gjøre et avansert søk i EPJ som lar bruker filtrere på en eller flere merker og andre søkeparametre i EPJ. f.eks. meldingstype m.m. Dette vil gjøre det enklere for legene å finne igjen informasjon, rydde i duplikater og irrelevant informasjon og bidra til bedre kvalitet og mer effektiv arbeidsprosess når man skal utforme eller skrive ut journal i forbindelse med NAV legeerklæringer og forsikringssaker.

26.2 Journalresyme

Det er behov for et tiltak som kan utvikle en bedre funksjonalitet for å bygge opp journalresyme.

Pasientforløpene blir stadig mer komplekse med økende oppgavedelinger på tvers av nivåene og de digitale journalene går veldig mange år tilbake i tid. For å gi effektiv forsvarlig helsehjelp trenger vi oversikt over pasientens sykehistorikk og oppfølgingsbehov. Det er også behov for nye verktøy som kan søke frem relevant informasjon og presentere et forslag til resyme. Det er ønskelig å se på hvordan journalresymet kan vedlikeholdes og oppdateres over tid. Dette prosjektet skal ikke etablere EHDS-støtte, men skal i behovsfasen se hen til kravene som følger av helsedataforordningen, herunder pasientoppsummering.

Dette vil kunne gi gevinster både i form av økt effektivitet og kvalitet – sikre pasientsikkerhet og motvirke mangel på helsepersonell. Dette vil spesielt kunne gi gevinst om vi også på sikt kan dele journalresyme på tvers av virksomhetene i sektoren.

26.3 Søk på legemidler på tvers av pasienter i SFM og uttak av rapporter for legemiddelgjennomgang, risikostratifisering og kvalitetsarbeid

EPJ som bruker fullversjon av SFM har på tross av forventningene ikke tatt i bruk NHN sitt API for å lagre

legemiddellisten i egen database. Denne mangelen medfører at viktig funksjonalitet for sekundærbruk og rapporter ikke lenger er tilgjengelig. Bl.a. er det behov for søk på legemidler på tvers av pasienter, lage rapport over pasienter med behov for legemiddelgjennomgang og ta ut rapporter for risikostratifisering og kvalitetsarbeid.

NHN tilbyr et API for rapport til legemiddelgjennomgang og et API for å søke på spesifikke legemidler. Prosjektet skal sørge for at disse API'ene tas i bruk av alle leverandører og at de løser behovene som fastlegene- og avtalespesialistene har, og samtidig gi redundans i tilfelle nedetid på sentrale samhandlingstjenester.

26.4 Varsel om manglende svar

Det er behov for at leger kan følge med på status for digital korrespondanse slik som henvisninger og rekvisisjoner, da manglende svar kan få store konsekvenser for enkelte pasienters prognose. Det er behov for å avklare om det nå finnes en dokument-ID som kan spores gjennom hele forløpet på tvers av virksomheter, og om mulig få tatt denne i bruk. Primærbehovet er for rekvireringer, herunder spesielt cytologi, histologi, mikrobiologi og biokjemi, men også for henvisninger til bl.a. radiologi. Det er behov for regelbaserte varslinger i EPJ slik at rekvirent raskt kan se status for alle rekvisisjoner og henvisninger og dermed kunne sette i gang tiltak der svar uteblir.

26.5 Skjemaer for utfylling av pasient

I flere tilfeller kan det være nyttig med pasientutfylte data knyttet til lege-initiert diagnostisering og oppfølging. Dette vil muliggjøre digital pasientforberedelse før konsultasjon og automatisk import av svar i journal. Eksemplene er mange, bl.a. hodepinedagbok, søvndagbok, IPSS, MADRS, pårørendeskjema, funksjonskartlegging, selvrapportert psykisk

anamnese, ADHD Rating Scale, diureseskjema, oppfølgingsskjema (PROM/PREM), samt digital samtykke- og egenmeldingshåndtering og mer. Det må også finnes mulighet for å etablere nye skjema og sikre at disse vedlikeholdes. Dette er skjema som lege gir som oppgave til pasienten å fylle ut, slik som det gjøres i en del situasjoner i sykehusene allerede.

Helsenorge støtter i dag utsending av slike skjema fra sykehusene. Det er behov for at EPJ også kan koble seg på denne løsningen, slik at fastleger og avtalespesialister kan velge blant eksisterende skjema og sende disse til pasient.

Konkrete funksjonelle behov er bl.a. automatisert utsending av skjema fra EPJ ved timeopprettelse, mottak og håndtering av svar, beregning og presentasjon av skåringssystemer i EPJ. I behovsfasen bør det også vurderes hvilken forvaltningsmodell som kan legges til grunn for vedlikehold av skjemaene. Tiltaket vil legge til rette for en skalerbar, nasjonal arbeidsflyt for pre-konsultasjonsinnhenting av anamnesedata. Det er forventet at dette kan medføre bedre forberedte pasienter og tidsbesparelse for helsetjenesten.