



Legeforeningen

Deres ref.: HSAK202100162

Vår ref.: RC/NKK

Dato: 27. mai 2021

Høringsvar fra Allmennlegeforeningen om justering av takster i primærhelseteam

Helsedirektoratet har sendt på høring justering av takster i primærhelseteam. Helsedirektoratet har mottatt innspill til takstjusteringer fra Helfo og enkelte av praksisene. Helsedirektoratet har samlet innspillene med sine egne foreløpige kommentarer. Direktoratet skriver at innspillene også er diskutert i felles samarbeidsmøte mellom Helsedirektoratet, Helfo og enkelte deltakere fra praksisene i primærhelseteam. Takstene for primærhelseteam skal justeres fra 1. juli 2021.

«Departementet har lagt avgjørende vekt på muligheten for å målrette sykepleiers aktivitet mot prioriterte oppgaver som teamene skal ivareta, inkludert oppgaver som fastlegene i for liten grad ivaretar i dag. Departementet mener egne takster for sykepleiere gir de beste forutsetningene for å nå dette målet. Egne takster gir dessuten større frihet både i forhold til fastsettelse av honorar og størrelse på egenandeler. Ved å innføre egne takster for sykepleier kan dessuten legenes takster beholdes uendret, og det rokkes ikke ved etablerte prinsipper om at hjelpepersonell ikke kan utløse legetakster på selvstendig grunnlag. Sykepleier vil i honorarmodellen kunne utløse sykepleiertakster på selvstendig grunnlag, men når sykepleier er tilstede i legekonsultasjoner eller utfører oppgaver i forbindelse med en legekonsultasjon benyttes ikke sykepleiertakstene. Da utløser legen de takster som er aktuelle i forbindelse med konsultasjonen. Sykepleier bidrar som hjelpepersonell.»

Allmennlegeforeningen er generelt takknemlig for at Staten gjennom Primærhelseteam-prosjektet nå får en stab i Helsedirektoratet med en unik og øket innsikt i fastlegenes arbeide. Vi er også takknemlige for å bli hørt underveis. Vi registrerer med glede at Staten har evne til å endre standpunkt fortløpende med økt kunnskapsgrunnlag om primærhelsetjenesten.

Ledelse og teamarbeid er viktig for fastlegeordningen videre. Legeforeningen er i stor grad bekymret over undergravningen av bredden på fastlegekontorene gjennom takstsystemets ensidige fokus på sykepleiere. Det er fastlegen som står ansvarlig og må kunne selv vurdere om andre helsepersonell kan enten inngå i team, eller utføre delegerte helsetjenester.

Staten må ha et bevisst forhold til at nye takster for sykepleierne får lett egenskap av å skape nye behov som etter vår mening må ha dokumentert effekt.



1.3 Status for andel takstfinansiering av sykepleier i honorarmodellen

Slik Helsedirektoratet oppfatter situasjonen, gir de fleste praksislederne uttrykk for at totaløkonomien i forsøket er tilfredsstillende. Helsedirektoratet legger derfor ikke opp til noen betydelig økning av honorarene i forslagene til justering av takstene som ligger i dette høringsnotatet.

Allmennlegeforeningen må påpeke at det siste året avviker fra normal drift i en slik grad at totaløkonomien lar seg vanskelig vurdere.

2. Forslag til takstjusteringer for sykepleier

2.1 Kombinasjon av sykepleiertakster og enkelte prosedyre- og labtakster på samme regningskort

Helsedirektoratet ønsker synspunkter fra høringsinstansene på forslaget om kombinasjon av sykepleiertakster og takster i stønadsforskriften for leger.

Allmennlegeforeningen mener at problemstillingene i høringsnotatet er reelle, og praksisen med å benytte flere regningskort er ikke å foretrekke fremover. Videre påpekes dilemmaet mellom at et helsepersonell rekvirerer blodprøve, og utløser takst, samtidig som et annet helsepersonell legen står som ansvarlig for både prosedyren og resultatet. Det er åpenbart at legen har merarbeid knyttet til hjelpepersonellets aktivitet.

2.2 Mulighet for å kombinere takst for behandlingsplan med takst for sykepleieroppfølging

Allmennlegeforeningen ser dilemmaet at når man har låst seg til at takster skal i stor grad dekke sykepleiernes aktivitet må takstsystemet også innrettes slik at et stort volum av aktiviteten har sin takst. Staten må også her vere meget samfunnskritisk ved å påse at aktiviteten som sådan skal vere begrunnet fornuftig utført ved et fastlegekontor.

I primærhelseteam vil legekontorene ofte ha utarbeidet prosedyrer og arbeidsfordeilnger for helsehjelp til både utvalgte pasientgrupper og pasientforløp. Et eksempel er årskontroll av Diabetes som i flere år har vert standardisert ved mange fastlegekontor gjennom malen til NOKLUS. Dette har sin egen takst i normaltariffen. Taksten er en enkeltstående takst som omfatter at arbeid som ofte utføres i flere ledd. Første ledd er datainnsamling til skjemaet. Dette baserer seg på delvis automatisk utfylling fra EPJ, delvis kliniske undersøkelser i pasientkontakt, samt manuell innhenting fra ulike deler av EPJ. Neste ledd er gjennomgang av av oversikten som skjemaet representerer i form av en faglig vurdering. Dette må gjøres av lege, siden dette er pasienten sin årlige helhetlige kontroll. Til slutt skal skjemaet sendes til NOKLUS fra EPJ.

Selv om sykepleier utfører en del av dette arbeidet og på denne måten løser ut takst, vil legen sin gjennomgang og endelige innsending av skjemaet etter vår mening vere takstutløsende



også for legen. Datainnsamlingen i form av blodtrykk, monofilametest, blodprøversvar, pasienthistorie med videre, vil ofte vere en oppsummering av flere konsultasjoner siste tiden. I tillegg vil ofte legen supplere med egne undersøkelser der sykepleier ikke har kunnet utføre alt relevant.

Allmennlegeforeningen mener at taksten for årskontroll ved diabetes eksemplifiserer dilemmaet med egne sykepleietakster, da man ofte ser at takstene må kunne utløses parallellt av både lege og sykepleier, da begge vil bruke like mye tid hver til både datainnsamling, og ikke minst å skaffe seg oversikt over det samlede innholdet. Men: Samtidig om man åpner for taksting av begge parter, vil man kunne komme i skade for å oppmuntre til at sykepleier skal innom alle slike pasientforløp for å kunne utløse takst.

Det er lett å gå seg vill i skogen og lage egne takster for alt virke. Legeforeningen må vise til oppfølging og kontroller av eldre multisyke, der innsatsnivået på den enkelte diagnose må ses i lys av pasientens samlede behandlingsbyrde. Således for mange av pasientene vil bruk av skjemaer og takster for den enkelte diagnose ikke vere ønsket. I verste fall kan takstsystemet gi innføring av pasientforløp som øker behandlingsbyrden.

2.3 Takst for sykepleier –systematisk kartlegging av innbyggerne på fastlegens liste

Allmennlegeforeningen støtter Helsedirektoratets vurdering at det ikke er hensiktsmessig å opprette en liknende takst for sykepleier, som legenes takst 6.

Som alternativ mener Allmennlegeforeningen at fastleger ved legekantor i primærhelseteam har openbart merarbeid med kartleggingsarbeid, først og fremst for å ha egen oversikt, men også for å identifisere og planlegge pasienter som vil ha nytte av tverrfaglig oppfølging i team. Takst 6 har et tak som følger antall pasienter på listen, og man har en samlet begrensing i bruk av denne taksten.

Derfor vil Allmennlegeforeningen anbefale at fastleger i primærhelseteam skal ha vesentlig økning i sin mulighet til bruk av takst 6.

Allmennlegeforeningen påpeker at i de tilfeller der lege og sykepleier i fellesskap utfører kartlegging og planlegging på legens liste, utløser møtetakst.

2.4 Tillegg for sykepleier som har spesialisering

Innenfor driftstilskuddsmodellen gis det tilskudd for sykepleier som har master i avansert klinisk sykepleie. Helsedirektoratet mener det bør gis en form for økonomisk tillegg også innenfor honorarmodellen, for sykepleier som har denne type spesialisering.

Allmennlegeforeningen er enig i at merkostnader med å øke kvalitet på legekantorene må kompenseres. Ønsker myndighetene å gi et signal om at praksisene bør ansette sykepleiere med spesialisering, bør det gis en økonomisk kompensasjon.



Allmennlegeforeningen mener at sykepleiere med slik videreutdanning er en styrke for kommunehelsetjenesten. Fastlegene har sitt virke på tvers av de kommunale helse og omsorgstjenestene, og stiller spørsmålet om fastlegekontorene er den arena disse merutdannede sykepleierne best kan utnyttes. Allmennlegeforeningen mener at Helsedirektoratet med fordel kan være noe samfunnsmedisinsk kritisk til ressursutnyttelsen her.

Helsedirektoratet ønsker synspunkter på om det bør gis et økonomisk tillegg for sykepleier som har master i avansert klinisk sykepleie. Man ønsker også synspunkter på om et eventuelt tillegg bør gis som takster eller som tilskudd.

Allmennlegeforeningen må påpeke at virksomheten på et fastlegekontor er i stadig endring og blir mer omfattende og avansert. Mange legekantor har ansatt både bioingeniør, spesialsykepleiere, og andre helsepersonell med høyere utdanning. Allmennlegeforeningen er bekymret for når Helsedirektoratet drar parallell mellom fastlegespesialiteten og sykepleiespesialiteten master i avansert klinisk sykepleie, viser en ikke fullt dekkende innsikt i bredden av fastlegeordningen sine oppgaver. Det er ofte også relevant med andre sykepleiespesialiteter en ovennevnte. Vi kan nevne hudsykepleier for pasienter med kroniske sårtilstander, geriatriske sykepleiere, kreftsykepleiere, og spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus. Listen er lang. Videre er det flere ulike masterprogram for sykepleiere i ulike felt som er relevante på et fastlegekontor.

Allmennlegeforeningen stiller spørsmål med hensikten med å eventuelt plukke ut en marginal videreutdanning for subsidiering, når det åpenbart er andre videreutdanninger som kan være like relevante om ikke mer for arbeid i primærhelseteam.

Allmennlegeforeningen er for å kompensere økt kompetanse hos helsepersonell, men vil anbefale at det ikke isoleres til en enkelt videreutdanning. Videre vil Allmennlegeforeningen påpeke at lønnskostnaden til dette vil for kontoret være fast, og anbefaler da presumtvt et rammetilskudd fremfor et variebelt tilskudd.

2.5 Endring av takst S3b

Det har kommet et forslag fra praksisene om å justere takst S3b til også å omfatte hjemmebesøk ved sykepleier samme dag som pasient har konsultasjon eller e-konsultasjon sammen med lege. Det mangler i dag takst for sykepleier som foretar hjemmebesøk til pasient før eller etter konsultasjon/e-konsultasjon hos fastlege.

Allmennlegeforeningen støtter forslaget om at det åpnes opp for at takst S3b, i tillegg til dagens bruksområde, også kan benyttes der hvor det har vært konsultasjon hos fastlege enten før eller etter hjemmebesøk. Antallsbegrensningen i S3b bør samtidig fjernes i sammenheng med endringen.

2.6 Tidstakst for samtale med pårørende (S1p)

Praksisene peker på at sykepleier har samtaler med enkelte pårørende, og at noen av samtalene tar til dels lang tid. Helsedirektoratet mener samtaler med pårørende er en arbeidsform som



kan være viktig for å få mer informasjon om pasienten, og mener det kan være riktig å åpne for at sykepleier kan utløse tidstakst. Helsedirektoratet foreslår at det åpnes for at takst S1p kan kombineres med tidstakst (S2bc) dersom tidsbruk går ut over 20 minutter.

Allmennlegeforeningen er enig i dette. Vi har i forlengelsen av den positive argumentasjonen til direktoratet sett oss nødt til å påpeke begrensingen i legenes bruk av tilsvarende takst 612.

Reglene for takst S1p kan i noen grad sammenliknes med legenes takster 612a og 612b. Legenes takster gjelder derimot kun for utvalgte diagnoser, for samtaler med pårørende utenom disse diagnosene får legene ingen takst. Sykepleiernes takst er ikke begrenset til diagnoser, og sykepleierne kan dermed ta takst for alle samtaler med pårørende som oppfyller vilkåret ellers.

Allmennlegeforeningen mener at innføring av tidstakst for sykepleier uten begrensning i diagnose, vil få en vridning til at det synes viktigere at pårørende snakker med sykepleier fremfor fastlegen. Ofte vil selvsagt dette være å foretrekke. Allmennlegeforeningen mener at taksten kan forsvares for pasienter med enten alvorlig diagnose, eller som er under oppfølging i team. Allmennlegeforeningen mener uansett at takstendringen må følges opp med en tilsvarende takstendring for fastlegene i primærhelseteam.

2.7 Forlenge muligheten til å benytte telefon ved konsultasjon

Helsedirektoratet mener at en eventuell permanent videreføring av muligheten til telefonkonsultasjon vil ikke være hensiktsmessig å behandle særskilt for primærhelseteam. Dersom det blir videreført i stønadsforskriften for leger, vil det være naturlig å også videreføre muligheten for sykepleier i primærhelseteam.

Allmennlegeforeningen er enig i dette.

2.8 Fjerne tidsbegrensning for sykepleieroppfølging i S2a og S2ae

Helsedirektoratet vurderer at tidskravet i oppfølgingstakstene bør bevares.

Allmennlegeforeningen har ingen sterk mening da det er gode argumenter både for og mot.

2.9 Innføre takster for digital hjemmeoppfølging og avstandsoppfølging, appbruk og meldingsutveksling

Helsedirektoratet mener det er utenfor rammene av PHT-forsøket og PHT-takstene å vurdere takster for digital hjemmeoppfølging.

Når det gjelder meldingsutveksling vil Helsedirektoratet vise til at det ikke finnes en slik takst for leger i dag, og ser ikke grunn til at det skal opprettes takst for sykepleier, når det ikke finnes en takst for legene.



Allmennlegeforeningen er enig.

2.10 Fjerne antallsbegrensning på antall tverrfaglige møter sammen med lege i takst S5

Innspill fra praksisene: Takst S5 kan i dag kun kombineres med møtetakst for lege tre ganger per pasient i løpet av et kalenderår. Forslaget er å fjerne begrensning på antall ganger både sykepleier og lege kan utløse møtetakst for samme pasient på samme tidspunkt (altså i samme møte).

Helsedirektoratets vurdering er at en kan øke antallsbegrensningen fra tre til for eksempel 6 ganger per år.

Allmennlegeforeningen støtter dette.

2.11 Innføre pasientforløpstakster

Allmennlegeforeningen vurderer til liks med Helsedirektoratet at innretningen av eventuelle pasientforløpstakster er noe som må vurderes i en bredere sammenheng, og noe man eventuelt må komme tilbake til senere.

2.12 Takst for henvendelser til spesialisthelsetjenesten

En av praksisene har spilt inn forslag om å opprette takst for henvendelser til spesialisthelsetjenesten. Sykepleier har ikke takst for slikt samarbeid i dag, og en takst vil kunne bidra til å dokumentere hva sykepleier bruker tid på.

Allmennlegeforeningen støtter dette, men det må vere et krav om at informasjonsutvekslingen dokumenteres, er nødvendig, og er av klinisk karakter.

2.13 Mulighet for at takst S2b og konsultasjon hos lege ikke blir avvist selv om de opprettes for tett i tid

Innspill fra praksisene som går på at det er en utfordring å unngå at sykepleier og lege skriver regning på samme pasient samtidig der begge har konsultasjon/oppfølging av samme pasient samme dag. Det medfører en del ekstraarbeid i forhold til avviste kort hvor tidspunkt må endres.

Dette er åpenbart en utfordring for primærhelseteam. Helsedirektoratet pålegger legekantorene å løse dette gjennom gode rutiner, slik at regninger ikke registreres innenfor et svært kort tidsrom.



Allmennlegeforeningen registrerer at direktoratet ikke viser fullgod innsikt I EPJ samt arbeidsflyten på et legekantor, der ofte fastlege eller sykepleier ikke nødvendigvis vet om hverandre sine regningskort.

2.14 Takstbruk der legen blir spurt om råd uten å se pasient

Innspill fra praksisene går på at legen får honorar/takster når han snakker med hjemmesykepleien, men det er ikke honorar for å snakke med sykepleier i PHT, og spør om det er mulig å takste dette på noen måte, dette da sykepleier ofte må spørre legene om noe, og da avbryter legens arbeid. Dette vil være mer enn et spørsmål, men mindre enn at det er behov for en konsultasjon med lege. De ønsker derfor en takst for legen, slik at legen får godtgjørelse her.

Helsedirektoratet har konkludert med at det bryter med grunnleggende prinsipper for PHT om at internt samarbeid i teamet ikke skal honoreres særskilt som aktivitet da dette forventes å være en arbeidsform i teamet.

Allmennlegeforeningen ser at Helsedirektoratets konklusjon kan settes opp mot departementets kommunikasjon til befolkningen at Primærhelseteam vil avlaste fastlegene. Legeforeningen må påpeke at teamarbeidet I primærhelseteam ikke er et avlastende tiltak, men mer et kvalitetstiltak.

2.15 Takst for oppfølging av "pasient i endring"

Innspill fra praksisene: En samhandlingstakst for pasienter med sammensatte helseplager i forløp mellom fastlege/spesialisthelsetjeneste eller mellom fastlege/kommunal helsetjeneste. Eksempel; Pasienter med nylig innleggelse for komplekst sykeforløp, og utskrives med behov for koordinering av oppfølging av pasient etter utskrivelse. Ved å sette sykepleier til en koordinert oppfølging av pasienten etter dette, vil en kunne bruke mye tid, uten at dette nødvendigvis er i en konsultasjon.

Helsedirektoratet er usikre på om slikt administrativt arbeid uten pasient til stede er ment honorert gjennom takstsystemet, og viser til punkt 2.11 om pasientforløpstakst for dette.

Allmennlegeforeningen kommentar:

Problemstillingen rundt det betydelige merarbeidet rundt våre sykeste pasienter når de ofte er til polikliniske undersøkelser, innleggelser, eller andre vesentlige endringer i omsorgsnivå eller oppfølging, blir nå belyst fra sykepleierne i Primærhelseteam. Problemstillingen er gammel.

Pasientene som dekkes under denne problemstillingen er de aller viktigste pasientene for fastlegeordningen å ha god oversikt over og kontakt med. Oftest er primærhelseteamet her i hovedsak bestående av fastlege og hjemmesykepleie evt kreftkoordinator eller andre. Det er her mulighet for at sykepleier på legekantoret kan dele rollen med hjemmesykepleier, men det



Allmennlegeforeningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

synes viktig at sykepleier på legekantoret ikke må oppmuntres til å overta hjemmesykepleiers eller annet helsepersonell i kommunens oppgaver.

Problemstillingen berører uansett kjernen i den pågående nasjonale fastlegekrisen. Fastlegenes merarbeid med samhandlingsreformen har økt og vil øke i årene som kommer med ferre sykehussenger i de nye sykehusene, og økende antall eldre. Problemet er at verken kommunene eller fastlegene har hittil fått kompensasjon eller ressurser for dette merarbeidet, og sykepleiere i primærhelseteam har nå erfart den manglende finansiering.

Allmennlegeforeningen forstår at Helsedirektoratet i dette prosjektet ikke lett kan gå ut over generelle finansieringspraksis i fastlegeordningen, selv om det fra kommunenes side er ønsket. Man har forståelse for at dette må vurderes i en større sammenheng.

Med hilsen
Allmennlegeforeningen

Ronny Cassells
styremedlem