

Fastlege- og legevaktdata: Forslag til endringer i Normaltariffen som grunnlag for Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Rapport nr. 5-2024

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Fastlege- og legevaktdata: Forslag til endringer i Normaltariffen som grunnlag for Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), NORCE Norwegian Research Centre, Bergen
Ansvarlig	Jesper Blinkenberg
Forfattere	Steinar Hunskaar, forsker I ved NKLM, professor emeritus ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UIB, dr. med. Hogne Sandvik, forsker I ved NKLM, dr. med. Øystein Hetlevik, professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UIB, ph.d.
ISBN	978-82-8408-352-0 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 5 - 2024
Tilgjengelighet	Pdf-versjon
Prosjekttittel	KPR og Normaltariffen
Antall sider	38
Publiseringsmåned	Mai 2024
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Hunskaar S, Hetlevik Ø, Sandvik H. Fastlege- og legevaktdata: Forslag til endringer i Normaltariffen som grunnlag for Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Rapport nr. 5-2024. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2024.
Sitering engelsk	Hunskaar S, Hetlevik Ø, Sandvik H. Registry data from general practice and out-of-hours services in Norway. Challenges with general practitioners' reimbursement data as basis for Norwegian Registry for Primary Health Care (KPR). Report no. 5-2024. Bergen: National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, 2024.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Senteret er organisert i NORCE Norwegian Research Centre, avdeling Helse og samfunn, og knyttet faglig til Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. NKLM skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Nettadresse	legevaktmedisin.no
Epost	legevaktmedisin@norceresearch.no
Telefon	+47 5610 7288
Besøksadresse	Årstadveien 17, 5009 Bergen
Postadresse	Postboks 22 Nygårdstangen, 5838 Bergen

Forord

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utreder for tiden fastlegeordningen og legevakt, basert på innstillingen fra «ekspertutvalget». Som ledd i dette arbeidet ga HOD et oppdrag til Helsedirektoratet (HDIR) i juli 2023 der man ba om vurderinger og forenkling av takstsystemet («Normaltariffen») og også en vurdering av takster på delegasjon og utvikling av profesjonsnøytrale takster.

Vi ble som representanter for forskningsmiljøene oppfordret til å komme med synspunkter på hvilke mulige konsekvenser en slik endring av takstsystemet kan ha for styrings- og forskningsdata, da takstdata fra fastlegeordningen utgjør grunnlaget for mange av fastlegedataene i KPR. Denne rapporten har som utgangspunkt at en slik forenkling må få færrest mulig uheldige konsekvenser for et ønsket variabelsett i KPR.

Vi som står bak denne rapporten, representerer Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ved NORCE Norwegian Research Centre, Bergen, og Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) ved Universitetet i Bergen (UiB).

Vi har alle omfattende og langvarig erfaring med forskning på og bruk av registerdata med relevans for fastlegeordningen (FLO) gjennom forskningsmiljø tilknyttet IGS/UiB og NKLM/NORCE. I tillegg til egne prosjekter gjennom mange år, arrangerer vi nasjonale nettverksmøter¹ i samarbeid med andre registerforskningsmiljøer for primærhelsetjenesteforskning². Spesielt har vi mye erfaring med KUHR-data, både før og etter oppstarten av KPR. Vi har også omfattende erfaring med kobling av forskningsdata fra KPR med andre register, og kjenner derfor godt til styrker og svakheter når det gjelder datatilfang og kvalitet av de fleste helseregistrene. NKLM har siden 2006 år utgitt *Årsrapport for legevakt*, der vi har benyttet KUHR/KPR-data, og der vi også har kunnet følge utviklingen av datakvaliteten nøye, både når det gjelder bruken av diagnosekoder og takster³. Alle tre er eller har vært fastleger og legevaktleger i mange år, og kjenner takstsystemet svært godt. Hetlevik er i tillegg leder av Allmennt medisinsk klassifikasjonsutvalg, har vært observatør i det internasjonale konsortiet som har utviklet ICPC-3, og deltar aktivt i WONCAs arbeid for utvikling og endringer i ICPC-3.

¹ <https://www.uib.no/igs/161015/forskning-i-prim%C3%A6rhelsetjeneste>

² <https://www.ntnu.no/ism/forskning/regforsk#/view/publications>

³ Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2022. Rapport nr. 1-2023. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2023. https://www.norcerearch.no/assets/images/file/Rapport-nr-1-2023-%C3%85rsstatistikk_fra_legevakt_2022.01.pdf?v=1685536225

Innhold

Forord	4
Innhold	5
Sammendrag	6
Bakgrunn og visjon for KPR	8
Forskningskvaliteten utfordres gjennom endringer i Normaltariffen	9
Data i den prehospital akuttmedisinske kjeden	11
Det danske <i>Honorarstrukturrådet for almen praksis</i> sitt forslag til ny og forenklet honorarstruktur (2023)	12
Alternativ innsamling av aktivitetsdata gjennom uttrekk av EPJ	15
Om Normaltariff-forhandlinger og effekter på variablene til KPR	16
Forslag til minimum datasett for KPR basert på Normaltariffen	26

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utreder for tiden fastlegeordningen og legevakt, basert på innstillingen fra «ekspertutvalget». Som ledd i dette arbeidet ga HOD et oppdrag til Helsedirektoratet (HDIR) i juli 2023 der man ba om vurderinger og forenkling av takstsystemet («Normaltariffen») og også en vurdering av takster på delegasjon og utvikling av profesjonsnøytrale takster.

Forfatterne ble gjort kjent med dette arbeidet høsten 2023, og vi fikk en rekke bekymringer knyttet til hvordan mulige endringer kunne påvirke innhold og kvaliteten av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Vi ble som representanter for forskningsmiljøene oppfordret til å komme med synspunkter på hvilke mulige konsekvenser en slik endring av takstsystemet kan ha for styrings- og forskningsdata, da takstdata fra fastlegeordningen utgjør grunnlaget for mange av fastlegedataene i KPR. Denne rapporten har som utgangspunkt at en slik forenkling må få færrest mulig uheldige konsekvenser for et ønsket variabelsett i KPR.

Etter at KPR ble innført i 2018 er det tilsynelatende gjort lite for å bedre datagrunnlaget for forskning og kunnskapsutvikling om allmennlegetjenesten. Imidlertid har HOD gjennom årlige forhandlinger med Legeforeningen gjort endringer i Normaltariffen som har hatt betydning for datagrunnlaget i KPR. Dette har etter vår mening ført til en klar kvalitetsreduksjon med tanke på muligheter for å bruke KPR for forskning. Endringene av Normaltariffen de siste årene fremstår som i klar motstrid til målet gitt i bakgrunnsdokumenter til KPR om at tilrettelegging for forskning skulle ha betydning når datakildene til KPR skulle utvikles.

Vi argumenterer for at Normaltariffen må utvikles og eventuelt endres for å legge til rette for gode data fra allmennlegetjenesten til KPR, inntil eventuelt nye og bedre metoder er utviklet og utprøvd. Det er spesielt viktig å beholde en stabil rapportering.

NKLM har i mange år utgitt Årsstatistikk for legevakt, dette er den eneste sammenstillingen av legevaktaktiviteten. Data bygger utelukkende på regningskortene fra legevakt. Samme data har gitt grunnlag for en lang rekke forskningsstudier. Det vil være et stort tilbakeslag for nasjonal statistikk, evaluering og forskning, ikke minst i forhold til ny akuttmedisinforskrift fra 2015, om datagrunnlaget for aktivitet i legevakt blir svekket gjennom en sterk forenkling i Normaltariffen. Dette gjelder både kontaktene, fordeling av telefonrådgivning, konsultasjoner og sykebesøk/utrykninger, prosedyrer og laboratorieundersøkelser.

Hovedproblemstillingen i rapporten er at KPRs variabelsett bygger på den til enhver tid gjeldende Normaltariff, og endringer i Normaltariffen får umiddelbare effekter for datasettet og datainnsamlingen til KPR. Det foregår tilsynelatende ingen strategisk variabelutvikling eller noe langsgående kvalitetsarbeid hos KPRs eiere eller forvaltere. Alle endringer i Normaltariffen gir brudd, skjevheter eller mangler i datasettet i KPR.

Det trengs prosesser og prosedyrer for å regulere endringer i Normaltariffen, så lenge denne skal danne datagrunnlaget for KPR. Det må være et mål at endringer som vedrører variabelsettet blir underlagt nødvendig utredning, kvalitetssikring og diskusjon. Endring av takster og definisjoner som påvirker takstbruken for samme aktivitet, gir umiddelbar bias i datasettet. Bortfall av takster gir brudd i tidsserier. Nye takster bør gjennomgå kvalitetssikrende prosesser og prioritering.

Takstene i Normaltariffen er plassert i kapittel II med underpunkter A-G. Rapporten gjennomgår variablene i de forskjellige undergruppene.

Det gis en rekke kommentarer til enkelttakster og noen vurderinger av mulige endringer med tanke på ønskelige registervariabler. Forslagene og kommentaren er til slutt oppsummert i en tabell.

Bakgrunn og visjon for KPR

I 2016 sendte HOD på høring et forslag om forskrift for et nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Begrunnelse var at departementet ville fornye, forenkle og forbedre helse- og omsorgstjenesten med utgangspunkt i pasientenes og brukernes behov. For å få til dette, var det nødvendig med et godt kunnskapsgrunnlag for å kunne planlegge, forvalte, evaluere, korrigere og utvikle en god og bærekraftig kommunal helse- og omsorgstjeneste. KPR skulle være middelet for bygge et slikt kunnskapsgrunnlag⁴. KPR ble opprettet i 2018 og blir regulert av egen forskrift⁵.

Formålet med KPR er å «sikre at innsamling og annen behandling av helseopplysninger i Kommunalt pasient- og brukerregister foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og er til individets og samfunnets beste». Videre skal registeret «gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester» og «helseopplysninger som er samlet inn til formålene angitt i andre ledd skal kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal».

I kommentarer til forskriftsforslaget skrev departementet at KPR skal kunne brukes til forskning og at også slike oppgaver vil kunne ha betydning for registerets utforming og utvikling, datahåndlingsansvarliges prioriteringer og registerets kvalitet. I forarbeidene til KPR skrives det at hovedgrepet i forslaget til opprettelsen av KPR var å gi hjemmel for gjenbruk, tilretteleggelse og sammenstilling av eksisterende data fra tjenestene i et samlet register. Det var et mål at registeret ikke skulle øke rapporteringsbyrden for helsepersonell. Departementet foreslo derfor at KPR skulle etableres med utgangspunkt i de eksisterende registre KUHR og IPLOS⁶.

For allmennlegetjenesten skulle KPR baseres på data innhentet via allmennlegenes regningskort med diagnosekoding fra ICPC og aktivitetsdata basert på Normaltariffens koder (Vedlegg 1). Dette er data som samles inn for betalingsformål, og det medfører ikke noe ekstra arbeid for legene at dette tilrettelegges for KPR. Det ble altså fra starten av lagt opp til sambruk mellom data for refusjoner og data for forskning.

Forskningsgruppe for allmennmedisin ved IGS/UiB støttet i sitt høringssvar «...strategien med å starte registeret med data som allerede ligger i KUHR og IPLOS. Det er imidlertid svært viktig at man ikke stopper ved å innlemme disse to registrene som eksisterer allerede i dag. Fastleger, legevaktleger, sykehjemsleger og andre driver i dag diagnostikk og behandling i svært stort omfang. Vi vet lite om omfanget og kvaliteten i disse aktivitetene, herunder regionale forskjeller.»

Det ble i høringsbrevet og i forarbeidene i liten grad problematisert hvordan innholdet i KPR dermed til enhver tid ble avhengig av Normaltariffens utforming og takstutvalg. Det ble heller ikke laget noen mekanismer som ga forskningen eller forskningsmiljøene noen stemmer inn i de prosessene som årlig utformer Normaltariffen, med de automatiske konsekvensene dette har for et lovbestemt helseregister som KPR.

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---forskrift-om-kommunalt-pasient--og-brukerregister-kpr/id2525625/>

⁵ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292>

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-106-l-20152016/id2483637/?ch=2>

Forskningskvaliteten utfordres gjennom endringer i Normaltariffen

Etter at KPR ble innført i 2018 er det tilsynelatende gjort lite for å bedre datagrunnlaget for forskning og kunnskapsutvikling om allmennlegetjenesten. Imidlertid har HOD gjennom årlige forhandlinger med Legeforeningen gjort endringer i Normaltariffen som har hatt betydning for datagrunnlaget i KPR. Dette har etter vår mening ført til en klar kvalitetsreduksjon med tanke på muligheter for å bruke KPR for forskning. Etter de årlige partssammensatte forhandlingene gir HOD resultatet som en forskrift⁷, og er slik formelt ansvarlig for å endre variablene og dermed påvirke datakvaliteten i KPR. Endringene av Normaltariffen de siste årene fremstår som i klar motstrid til målet gitt i bakgrunnsdokumenter til KPR om at tilrettelegging for forskning skulle ha betydning når datakildene til KPR skulle utvikles. To talende eksempler er takst 100, som nå består av 36 enkeltprosedyrer, og takst 105 som inneholder 34 enkeltprosedyrer. Som registervariabler er dette nærmest verdiløst. Man går her glipp av svært viktige forskningsdata for mange prosedyrer det er viktig å følge med på av flere grunner, men også glipp av viktige styringsdata, da mange takster er innført eller blir endret som insitamenter for forandring. Også for konsultasjonstyper mener vi det er for liten oppløsningsevne i variablene (blant annet ulike typer digitale kontaktformer). På legevaktfeltet er det for eksempel ikke mulig å skille mellom sykebesøk og utrykninger, to aktiviteter som ble forskriftsfestet i ny akuttmedisinforskrift (2015) og som det er viktig både å monitorere og å forske på, men som altså ikke er mulig å skille i dagens takstsystem.

På bakgrunn av våre erfaringer skrev vi i mars 2023 en kronikk i Dagens Medisin med tittelen «*Dårligere data gir dårligere forskningskvalitet*»⁸ Synspunktene nedenfor bygger på teksten i denne kronikken.

Det har vært et politisk ønske at forskning på og i primærhelsetjenesten skal prioriteres. Tanken var at KPR skulle gi bedre registerdata fra primærhelsetjenesten til tjenesteutvikling og forskning. Så langt er målet ikke innfridd. Tvert imot har datakvaliteten blitt dårligere, og det er alvorlig for forskningskvaliteten. Vi forstår at noen vil ønske et så enkelt refusjonssystem som mulig. Men det er en konflikt når samme datasett skal utgjøre et helseregister, der en ønsker så detaljerte aktivitetsdata som mulig.

Eksempel: Under pandemien økte bruken av konsultasjoner via telefon, video og skriftlig e-konsultasjon. Man valgte da å bruke en felles kode for alle disse kontakttypene. Vi mistet dermed muligheten til å forske på hvordan ulike kontaktformer brukes av pasienter og leger, og for hvilke helseproblemer. Vi mistet også en unik mulighet til å forske på nye tilbud i helsetjenesten og om dette fører til redusert eller økt bruk av helsetjenester samlet sett.

⁷ <https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/2019-06-27-923>

⁸ <https://www.dagensmedisin.no/darligere-data-gir-darligere-forskningskvalitet/538583>

Det er en utfordring at variablene for kontakter og aktivitet forhandles frem i tariffoppgjøret mellom legeföreningen og Staten. En slik tariff kan sikre gode data hvis de som lager den, også har et klart sideblikk på hva som kan være nyttige data for forskning.

Vi ønsker flere data i KPR, ikke færre, i samsvar med ambisjonene fra starten av. Vi savner samhandlingsinformasjon om henvisninger og innleggelser. Her er både KPR og Norsk pasientregister (NPR) mangelfulle og det gjør det vanskelig å studere pasientforløp over tjenestenivå. Sammenslåing av ulike prosedyrer til samme takstnummer gjør monitorering av aktivitet umulig, også oppfølging når nye prosedyrer innføres etter politiske prioriteringer.

Diagnosesystemet ICPC-2 som brukes av legene, er tilpasset primærhelsetjenesten, men er kritisert for å være grovmasket. ICPC-2 gir likevel rimelig god oversikt over helseproblemer som tas opp, forutsatt at det brukes riktig. De siste årene har vi sett større bruk av uspesifikke koder. En årsak kan være at andre yrkesgrupper enn legene setter standardiserte diagnoser eller at koder automatiseres i journalsystemet. En konsekvens av dette er at «administrativ kontakt» har blitt en av de hyppigste grunner for konsultasjon hos fastlegen. KPR kan ikke like godt brukes for å følge pasientgrupper og ulike sykdomstilstander. Utvikling av et mer detaljert kodeverk med gode søkefunksjonen vil heve kvalitet og nytte av KPR-data.

Et enda mer utfordrende forbedringspunkt er den økende bruken av private helsetjenester. Det vil ikke være urimelig å utforme et regelverk som sikrer rapportering til KPR for alle helsetjenester som er regulert av lov om helsepersonell. Det vil være samfunnsnyttig å kunne studere offentlig og private tjenester i en sammenheng. Det bør startes et utredningsarbeid med tanke på å få registrert omfanget av helprivate primærhelsetjenester i KPR.

Det er behov for å kvalitetssikre og velge ut hvilke data som skal inn i KPR. En forbedring og tilpasning av data som rutinemessig samles fra bl.a. fastleger og legevakt kan gi oss et unikt grunnlag for god forskning i og på primærhelsetjenesten. Vi håper at forskningsmiljøene kan bli invitert med på å utvikle KPR i større grad enn før, og at ikke takstforhandlinger alene styrer variabeltilgangen.

Det er uttalt at målet med endring i Normaltariffen er forenkling, men det er uklart hvem og hva som er driverne i denne utviklingen. Videre argumenteres det ensidig med at data fra legene samles for betalingsformål, mens det sentrale prinsippet om at dataene også er grunnlaget for registerformål gjennom KPR knapt nevnes. Det er imidlertid ikke noen grunn til at dette skal være motsetninger, da også takstene har som formål å gjenspeile ønsket aktivitet samt at spesifikke data er mest egnet for kvalitetskontroll og kvalitetsarbeid.

Det finnes flere andre muligheter for å registrere og hente inn data fra allmennlegetjenesten, men så langt er det ikke presentert noen konkrete alternative forslag. Det bør imidlertid unngås at legene får et dobbeltsystem i form av skjema for registerdata i tillegg til regningskortet for hver konsultasjon. Dette kan likevel bli en nødvendig konsekvens dersom Normaltariffen reduseres til en ikke-relevant datakilde for KPR. For datafangst til NPR brukes årlig mange årsværk i helseforetakene for å registrere data. En slik rapporteringsbyrde må for all del unngås i primærhelsetjenesten. Men da må de administrative-økonomiske behovene balanseres mot registerbehovene på en god måte. Og i påvente av en eventuelt alternativ metode for

datainnsamling, må en absolutt unngå en overgangsperiode mellom to systemer der det blir tydelige brudd i mengde, kvalitet eller kontinuitet i dataene i et nasjonalt helseregister som KPR.

Vi vil derfor argumentere for at Normaltariffen må utvikles og eventuelt endres for å legge til rette for gode data fra allmennlegetjenesten til KPR, inntil eventuelt nye og bedre metoder er utviklet og utprøvd. Men vårt utgangspunkt er at i overskuelig framtid må KPR basere seg på takstsystemet. Det er spesielt viktig å beholde en stabil rapportering gjennom planlagte endringer til profesjonsnøytrale takster på legekantor for å kunne forske på effekter av en slik endring. Bruken av digitale legekontakter bør monitoreres nøye og utviklingen analyseres og vurderes. Flerfagligheten på legekantorene skal økes. Tilstrekkelig nøyaktige variabler må derfor sikres for alt dette, og de ulike profesjonene må kunne identifiseres. Det kan gi ny og svært nyttig kunnskap for videre utvikling i primærhelsetjenesten både nasjonalt og internasjonalt, i tråd med intensjonen for KPR.

Vi har tidligere også tatt opp kvaliteten på diagnosekodingen i KPR. I en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2020 beskriver vi utviklingen spesielt for legevakt og bruk av uspesifikke diagnosekoder der⁹. Det er relativt få A-diagnoser som er helt uspesifikke, først og fremst gjelder det A29 (generelle symptomer/plager), A97 (administrativ kontakt/undersøkelse) og A99 (helseproblem/sykdom). Men disse utgjorde ca. 55 % av alle kapittel A-diagnoser både hos fastleger i 2018 og hos legevaktleger i 2022. Det er telefontakstene som er helt dominerende for slike diagnoser. Grunnen til at vi nevner diagnosebruken her, er at det kan ha innvirkning på hvordan takster kan utformes, og evt. forenkles, dersom taksten knyttes til en bestemt diagnose eller motsatt at noen diagnoser *ikke* kan benyttes til en bestemt takstkode.

Data i den prehospitalle akuttmedisinske kjeden

NKLM har i mange år utgitt Årsstatistikk for legevakt¹⁰, dette er den eneste sammenstillingen av legevaktaktiviteten. Data bygger utelukkende på regningskortene fra legevakt. Samme data har gitt grunnlag for en lang rekke forskningsstudier. Det vil være et stort tilbakeslag for nasjonal statistikk, evaluering og forskning, ikke minst i forhold til ny akuttmedisinforskrift fra 2015, om datagrunnlaget for aktivitet i legevakt blir svekket gjennom en sterk forenkling i Normaltariffen. Dette gjelder både kontaktene, fordeling av telefonrådgivning, konsultasjoner og sykebesøk/utrykninger, prosedyrer og laboratorieundersøkelser.

For primærhelsetjenesten (legevakt og legevaktsentral) baseres tilgjengelige nasjonale data altså utelukkende på regningskortene (KUHR) som igjen blir data i KPR. Det har vært en stor utfordring å skaffe data for nasjonale kvalitetsindikatorer for legevaktstjenesten. Nasjonale kvalitetsindikatorer er et virkemiddel for kvalitetsutvikling for helsetjenesten. HDIR har med utgangspunkt i NOU 2015:17: utredet kvalitetsmål for legevaktstjenesten som kan inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitalle tjenestene på helsenorge.no. NKLM fikk i oppdrag fra HDIR å utvikle forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt. NKLM har ansvar for

⁹ <https://tidsskriftet.no/2020/06/kort-rapport/bruk-av-uspesifikke-diagnosekoder-pa-legevakt>

¹⁰ Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2022. Rapport nr. 1-2023. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2023.

Legevaktregisteret og å gjennomføre spørreundersøkelse blant lederne for legevakt hvert annet år. I 2020 ble spørsmål om kvalitetsindikatorer inkluderte i denne undersøkelsen. I første runde tilfredsstilte ikke innsamlede data kravene til datakvalitet for å kunne publiseres som nasjonale kvalitetsindikatorer på legevaktnivå, men de nasjonale resultatene ble publisert i Legevaktregisterrapporten i 2020. Legevaktregisterundersøkelsen ble gjennomført igjen i 2022 og resultatene er kvalitetssikret. De eksisterende kvalitetsindikatorerne fra HDIR bygger fremdeles på kilder med betydelige validitetsutfordringer¹¹.

I forbindelse med denne utredningen har vi også fått tilbakemelding fra kommunalt hold som angir at detaljerte takstdata er en viktig faktor for å kunne følge med legevaktaktiviteten på den enkelte legevakt og hos enkeltleger, med tanke på styringsdata, identifikasjon av uheldig variasjon og eventuelt over- og underforbruk av takster. Per i dag er takstdata den eneste detaljerte kilden for slike data, som angis som et viktig verktøy når det gjelder driftsdata, styring og kontroll.

Norsk prehospital akuttmedisin preges i dag generelt av mangel på valide og reliable data fra alle deler av tjenesteproduksjonen (AMK, legevaktsentraler, ambulansetjeneste og legevakt). Dette begrenser i stor grad kvalitetskontroll, fagutvikling og forskning. Dagens systemer for aktivitets-, oppdrags- og pasientdokumentasjon er alle av eldre dato. De er til dels ulikt implementert og det dokumenters fortsatt i papirformatet. Systemene for lokal, regional og nasjonal registrering og rapportering holder ikke det kvalitetsnivået som er ønskelig. Miljøene for prosessering og analyse av data er små og sårbare. Det har vært arbeidet i mange år, også i HDIR, med løsninger for brukertilpassede grensesnitt for alle ledd i den akuttmedisinske kjeden. Dette er ansett som det viktigste tiltaket for å sikre tilgang til valide og reliable data fra tjenesteområdene, som igjen vil gi grunnlag for kvalitetsarbeid, fagutvikling og forskning. Flere prosjekter er gjennomført, men nasjonale løsninger for å sikre bedre tilgang til data av god kvalitet ligger langt fram.

Det danske *Honorarstrukturrådet for almen praksis* sitt forslag til ny og forenklet honorarstruktur (2023)

I mange år har Danmark hatt et lignende system som Norge med mange ulike takster for tilleggsytelser i konsultasjonene. Alle takster blir rapportert til det nasjonale Sygesikringsregisteret. Selv om danske allmennleger bruker ICPC diagnosekoder i sine EPJ, blir ikke disse overført til registeret, som i Norge. Slik sett har det norske KUHR-baserte KPR vært mer verdifullt som datakilde for forskning.

I 2023 foreligger det et forslag til en radikal forenkling av det danske takstsystemet, hvor aktivitetsdata blir samlet i store sekke kategorier¹². Dermed vil Sygesikringsregisteret bli ytterligere svekket som kilde for danske aktivitetsdata til forskningsformål.

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennelegetjenesten-arsrapport-2021/en-attraktiv-og-trygg-karriereveimalomrade-1/legevakt--ny-innsikt#173-nasjonale-kvalitetsindikatorer-p-legevakt>

¹² <https://laeger.dk/media/x5xdyikg/honorarstrukturraadets-forslag-til-ny-honorarstruktur-forenkling-og-faglighed-med-fokus-paa-patienten-2-1.pdf>

Honorarstrukturen i den danske «normaltariffen» er utelukkende tiltenkt finansieringen av allmennpraksis, uten tanke på innsamling av aktivitetsdata for statistikk eller forskningsformål. Rapporten tar utgangspunkt i honorering av pasientmøter basert på en allmenmedisinsk tenkning:

«I en samarbejdsrelation (les: pasientmøtet) der minder om et entreprenørforhold, giver enkeltydelsestankegangen mindre mening. Her vil det være mere naturligt at fokusere på opgavebeskrivelsen, indholdet i opgaven og den samlede honorering for dette. Det er dermed ikke meningsfuldt med en enkeltydelsestænkning vedrørende lægens behandling af patienten. Dette er også i overensstemmelse med en af kerneværdierne i almen praksis; man ser ikke patienten i enkeltepisoder, men i sammenhængende og kontinuerlige forløb.»

Forslaget er så begrunnet med vurdering av ulike finansieringsformer, som igjen gir ulike incitamenter. Det foreslås å beholde en modell med basistilskudd kombinert med relativt få ytelsesstyrte takster. Rapporten omtaler videre at betingelsen for å kunne gjøre dette, er at det utvikles en felles forståelse om hva som skal være basisinnholdet i allmennpraksis («common trunk»), og at i utvikling av en slik basis skal allmennlegenes faglige forening være i føringen. Det foreslås så noen overordnede prinsipper, basert på fordeler og ulemper med ulike typer finansiering:

- *Basisfinansiering* til praksisen skal utgjøre 35% legens inntekt, mens 65% skal være ytelsesbasert, selv om takstene blir mindre presise og mer overordnede.
- *Pasienter med ekstra behov* («plusspasienter») skal defineres for inntil 5% av pasientene. Dette skal gjøres av legen. Legen får ekstra betalt for helsehjelp knyttet til disse pasientene. Pasientene skal altså ikke defineres utfra objektive kriterier, basert på sykkelighet, bruk av helsetjenester, egenandeler eller andre registerbaserte variabler.
- *Profesjonsnøytrale takster* er et gjennomgående prinsipp, det legges ikke opp til at taksten sier noe om hvilken type helsepersonell pasienten var i kontakt med, men lar det være opp til praksisen selv å definere hvem som gjør hva (på delegasjon).
- *ICPC-koden* skal begrunne takstbruken, noen spesielle takster skal begrunnes særskilt, mens det er en oppfordring til at alle pasientkontakter kodes med ICPC på innsendt regning.

Rapporten omtaler eksplisitt at dataene som kommer frem gjennom takstbruk og regningskort *ikke* skal brukes som kvalitetsindikator («Med modellen legges der opp til, at der skal skelnes mellom afregnings- og kvalitetsdata...»), og at slike registervariabler må utvikles og innhentes via andre kanaler. Her ser det ut til å være et vesentlig forskjellig utgangspunkt sammenlignet med norske forhold, hvor KPR er basert nettopp på innsamlede takster fra norske leger gjennom takstbruk med formål om bruk til slike formål, i tillegg forskning. Rapporten beskriver klart hva en ikke kan få ut av det foreslåtte forenklete takstsystemet:

Den forenklete honorarstruktur betyder også, at regionerne mister indsigt i hvilke konkrete behandlingsaktiviteter, der foregår i almen praksis. Den øgede tillid, der følger af den forenklete honorarstruktur, og styringen af aktiviteten via "Common trunk" skal afbalanceres og sikres via en øget indsigt i aktiviteten gennem adgang til data fra almenpraksis.

Om vi i Norge skulle brukt den danske modellen, ville forslaget innebære at en håndfull ytelsesbaserte takster ville erstattet hele Normaltariffen. De har definert tre ulike konsultasjonstyper:

- «*Enkel konsultasjon*» ville innbefattet alle våre enkle kontakter, inkludert alle tekstbaserte e-konsultasjoner.
- «*Alminnelig konsultasjon*» vil være alle pasientkontakter på legekantoret, uansett hvilken kategori helsepersonalet pasienten møter.
- «*Utvidet konsultasjon*» er forbeholdt komplekse problemstilling og konsultasjoner som innebærer samtaleterapi, årskontroller med mer. Tid er ikke en definerende faktor.

Utover konsultasjonstakstene er det bare fire *tilleggstakster*: Operasjoner, skadestuearbeid, bruk av dyrt utstyr, samt bruk av eget laboratorium. Disse ville da erstattet alle prosedyre- og laboratorietakster i dagens Normaltariff. Videre har de foreslått egne takster for tverrfaglig samarbeid, gradert etter omfang.

Våre vurderinger

Det danske forslaget framstår som en ren finansieringsmodell for allmenmedisin, både med hensyn på fordelingen mellom faste tilskudd og ytelsesbasert inntekt, struktur i takster og modellen for å styrke tilbudet til de som trenger helsehjelpen mest. Imidlertid er det viktig å merke seg at opplegget forutsetter at det utvikles en «innholdsbeskrivelse» for allmenmedisin som de per i dag tydeligvis ikke har i Danmark, og vi heller ikke har i Norge. Danskene skriver selv at dette systemet ikke vil være egnet til å registrere hva legene egentlig driver med i konsultasjonene.

Vi er overbevist om at å bruke en slik tilnærming vil gi et sterkt kontinuitetsbrudd i datainnsamlingen fra norsk allmenpraksis og dermed vil redusere kvaliteten på registeret i betydelig grad i framtiden. Også eksisterende data får redusert verdi når de ikke kan videreføres og sammenliknes med nye data. Vi vil sterkt hevde at vi må bruke Normaltariffen som et utgangspunkt for KPR hvis en vil bevare muligheten til å studere fastlegeordningen og fastlegeaktiviteten, inkludert legevakt, over langs, noe om er spesielt viktig med de forespeilede endringer de neste årene. Dette gjelder både for alminnelige styringsdata, evaluering av måloppnåelse og også for framtidig norsk allmenmedisinsk forskning. Dette trekker igjen klart i retning at vi fortsatt bør legge opp til et ganske detaljert takstsystem, men som gjerne kan forbedres, for i større grad å gi mulighet til å beskrive innholdet i norsk allmenpraksis og hva som er virkningen av organisatoriske, økonomiske og faglige endringer.

Det er altså viktig at revisjonen av takstsystemet ikke blir en revolusjon, men en videreutvikling av dagens Normaltariff, for slik å ivareta kontinuiteten i registerdata. Brudd på kontinuitet vil her som i fastlegeordningen ellers, medføre risiko for dårligere kvalitet og at vi mister muligheter til å få forske på og å få ny kunnskap om effekten av endringer. Sett fra et registersynspunkt er det derfor god grunn til å beholde strukturen i dagens Normaltariff, antakelig splitte noen takster og slå sammen andre.

Det er mulig at vi i framtiden kan finne andre måter å rapportere aktiviteter i allmenpraksis (se nedenfor), som både er mer pålitelige, like lite arbeidskrevende for legene og større grad kan fange opp andre elementer i allmenpraksis enn det som lar seg sette takster på. Men denne muligheten ligger et godt stykke inn i framtiden i Norge. Vi vil likevel oppfordre både HDIR og KPR om å starte et mer omfattende arbeid med tanke på alternativ datainnsamling til KPR i framtiden, men dette må da gjøres parallelt med fortsatt innsamling via Normaltariffen, piloteres og først innføres når en er helt sikker på at det ikke komme kontinuitetsbrudd i det ønskelige variabelsettet.

Sett fra et registerperspektiv mener vi altså det vil være svært uheldig å la seg inspirere av det danske forslaget til forenklet honorarstruktur.

Alternativ innsamling av aktivitetsdata gjennom uttrekk av EPJ

I Danmark har man tidligere forsøkt å framskaffe data for forskning via direkte datafangst fra allmennlegenes EPJ. Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD) ble utviklet for å samle inn data for kvalitetsutvikling og forskning, bl.a. utvalgte ICPC-diagnoser¹³. Denne databasen omfattet etter hvert så godt som alle legepraksisene i Danmark, men etter flere års bruk viste det seg at datainnsamlingen hadde vært mer omfattende enn forutsatt i godkjenningene av prosjektet, og prosjektet måtte avsluttes. Alle innsamlede data ble slettet i 2015.

Prosjektet *PraksisNett*¹⁴ er et eksempel på en norsk satsing på et forskningsnettverk for allmennpraksis. *PraksisNett* er en infrastruktur som legger til rette for at forskere skal kunne gjennomføre gode og kvalitetssikrede kliniske studier i norsk allmennpraksis. Prosjektet er et felles nasjonalt initiativ fra allmenntillegemedisinske forskningsmiljøer ved partnerinstitusjonene, finansieringskilder er Norges forskningsråd og partnerne i prosjektet samt at staten bidrar over statsbudsjettet for første gang i 2023.

Det tjenestebaserte nettverket består av rundt 90 fastlegepraksiser i Norge fordelt på fire regionale nettverk, med i alt ca. 500 000 pasienter. Snow Health Appliance Box er en liten datamaskin som installeres lokalt på fastlegens kontor og som automatisk trekker ut data fra pasientjournalen. Snow-boksen kobles til fastlegepraksisens server og henter data i henhold til en avtalt variabel-liste hver natt. Alle data som blir lagret på boksen lokalt er pseudonymisert, både pasient- og legeinformasjon. Aggregerte data blir overført til *PraksisNett* og inngår i en database som vil beskrive praksis- og pasientgrunlaget i nettverket og danne grunnlag for planlegging av studier.

Selv etter mange års planlegging, utvikling og prøvedrift og mer enn 100 millioner kroner i kostnader, omfatter nettverket som planlagt mindre enn 10% av legene og innbyggerne, og det er ingen planer om å bruke *PraksisNett* som kilde for overvåking eller nasjonal statistikk for fastlegeordningen. Det er lite trolig at utvalget av praksiser er representativt for alle fastleger, og dermed er heller ikke pasientene det. Vi omtaler dette prosjektet her mest for å vise den store kompleksiteten ved alternative innsamlingskilder for aktivitetsdata, og at en nasjonal komplett ordning som alternativ til Normaltariffen vil være svært kostnadskrevende, arbeidskrevende og ha et meget langt tidsperspektiv.

Direkte datafangst fra EPJ er altså generelt svært komplisert og har store validitetsutfordringer, og det er lite realistisk at en i Norge vil kunne få representative data på denne måten i overskuelig fremtid. Det vil også være svært utfordrende å pålegge fastlegene å fylle ut en «KPR-melding» etter hver pasientkontakt, for slik å sikre at et minimum variabelsett med aktivitetsdata blir sikret på en uniform måte.

¹³ Schroll H, Christensen B, Andersen JS et al. Dansk Almen Medicinsk Database - fremtidens værktøj! Ugeskr Laeger 2008; 170: 1013.

¹⁴ <https://www.uib.no/praksisnett>

Om Normaltariff-forhandlinger og effekter på variablene til KPR

I dette avsnittet kommer vi med vurderinger og refleksjoner omkring utviklingen av og innholdet i Normaltariffen på et litt mer overordnet nivå. Vi omtaler mangler og det som etter vår mening bør dekkes av takster, og vi kommenterer en del erfaringer vi har med KPRs variabelsett.

Våre vurderinger tar ikke opp økonomiske vurderinger knyttet til takstene, selv om det nok er slik at størrelsen på et takstbeløp kan tenkes å påvirke bruken. Vi har i denne sammenheng heller ingen mening om takstnivået samlet, beløpet for enkelttakster eller på fordelingen mellom per capita-tilskuddet og refusjoner. Vi gjør heller ingen vurderinger av takstsystemets formål som refusjonssystem eller dets evne til endring av praksis gjennom positive eller negative insitamenter. Men vi mener at også økonomivariablene er viktige data i KPR, der de har både statistiske og forskningsmessige interesser knyttet til egenandeler, refusjonsnivå, bruk av frikort etc. Analyser av slike forhold kan både være viktig i forhold til andre takstdata og viktig å følge med på i seg selv, blant annet om det er variasjoner knyttet til årstid, tid på året, tid på dagen eller hverdag/helg, og om f.eks. frikort påvirker takstbruken og kontakthypigheten.

Vårt utgangspunkt er likevel ensidig takstene i seg selv, ikke pengebeløpene, som grunnlag for variabelsettet i KPR og hva vi mener er det nødvendige omfang og type av data for at KPR skal fungere etter sitt formål innen kvalitetsforbedring, analyser og forskning (jf. forarbeidene).

Fra et registerepidemiologisk utkikkspunkt har takstsystemet flere formål når det skal danne grunnlaget for KPR:

- Regningskortet i seg selv definerer at en *kontakt* har funnet sted.
- De ulike *kontaktformene* baseres på et helt nødvendig basissett av takster, som må være mest mulig presise og ha en oppløsningsevne tilpasset forskningsbehovene.
- De fleste takstene skal dokumentere ulike *aktiviteter*. Fra et forskningssynspunkt trenger vi derfor takster for de aktivitetene som er viktigst for å kunne monitorere, analysere og utforske fastlegeordningen. Det kan gjelde takster som finansierer tidsbruk, laboratorieutstyr eller arbeid utenom konsultasjonen. Takster skal ofte gi insentiv til å gjennomføre prosedyrer, som for eksempel sparer henvisninger, eller som regnes som kvalitetsmessig viktig, og dermed også er viktig å registrere.
- Takstene kan også begrunnes utfra et "*normerende basissett*" av forventede ting som fastlegene skal forventes å beherske og å utføre. Fra vårt synspunkt må KPR da inneholde variabler (takster) som kan brukes for å følge med hvilke oppgaver fastlegen tar seg av, hva som henvises og andre viktige måleparametre. Dette er viktig informasjon for å vurdere grensene mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Nedenfor omtaler vi følgende tema, delvis basert på Normaltariffens inndeling:

- Forholdet mellom Normaltariff-forhandlinger og konsekvenser for KPR
- Identifikasjon av utsteder/behandler, inkludert vurdering av profesjonsnøytrale takster
- Faste koblinger (Fastlegeregisteret)
- Diagnoser
- Takstene i Normaltariffen plassert i kapittel II med underpunkter:
 - Variabler for kontakten og tidspunktet
 - Enkle pasientkontakter
 - Konsultasjoner og sykebesøk
 - Reisetillegg, ledsagelse av pasient og skyssgodtgjørelse

- Kvelde-, natt- og helgedagstillegg
- Prosedyretakster
- Laboratorieundersøkelser og prøver
- Radiologi
- Takster fra NAV/HELFO
- Økonomidata (økonomivariabler)

I avsnittet deretter avslutter vi notatet med en tabellarisk basert vurdering av nåværende normaltariff og våre kommentarer og forslag til hver enkelt takst.

Forholdet mellom Normaltariff-forhandlinger og konsekvenser for KPR: Fagrådet for KPR bør få en utvidet og viktigere rolle

Bakgrunnen for dette notatet forklarer i seg selv hovedproblemstillingen: KPRs variabelsett bygger på den til enhver tid gjeldende Normaltariff, og endringer i Normaltariffen får umiddelbare effekter for datasettet og datainnsamlingen til KPR. Det foregår tilsynelatende ingen strategisk variabelutvikling eller noe langsgående kvalitetsarbeid hos KPRs eiere eller forvaltere. Alle endringer i Normaltariffen gir brudd, skjevheter eller mangler i datasettet i KPR. Det er ingen tydelig faglig registerepidemiologisk innflytelse over prosessene som bestemmer Normaltariffen.

At KPR slik er passiv mottaker av data som blir bestemt for annet formål, er sterkt uheldig, og samsvarer ikke med intensjonene for KPR. KUHR-data skulle være en start og KPR skulle deretter utvikles videre.

Det trengs prosesser og prosedyrer for å regulere endringer i Normaltariffen, så lenge denne skal danne datagrunnlaget for KPR. Det er selvsagt utfordrende å tenke seg påvirkning fra forskningsmiljø på selve takstforhandlingene, og penge-delen er heller ikke så relevant for oss. Men det må være et mål at endringer som vedrører variabelsettet blir underlagt nødvendig utredning, kvalitetssikring og diskusjon. Endring av takster og definisjoner som påvirker takstbruken for samme aktivitet, gir umiddelbar bias i datasettet. Bortfall av takster gir brudd i tidsserier. Nye takster bør gjennomgå kvalitetssikrende prosesser og prioritering. Innspill må kunne foregå begge veier, både fra og til forskermiljø og forhandlingsparter, og det bør dannes noen formelle strukturer for dette.

Forskrift om KPR bestemmer i § 1-3 tredje ledd at «*Den dataansvarlige skal opprette et fagråd hvor minst pasient- og brukerorganisasjonene, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og de regionale helseforetakene er representert. Den dataansvarlige skal forelegge saken for fagrådet før det fattes beslutninger av vesentlig betydning for registerets innhold og behandling av opplysninger.*» Dette fagrådet har et ganske vidt mandat, men har et internt siktemål. Sammensetningen sikrer heller ikke nødvendigvis god registerepidemiologisk kompetanse, og det er heller ikke beskrevet et spesifikt strategisk formål med tanke på å overvåke og utvikle variabelsettet i KPR og å komme med innspill til partene i forbindelse med forhandlingene. I tillegg til en eventuell endring av fagrådets sammensetning og kompetanse, burde fagrådet få spesifikke oppgaver knyttet til variabelutviklingen og det bør lages prosedyrer for hvordan KPR, inkludert fagrådet, skal bringes inn i utviklingen av Normaltariffen og ved utvikling og endring av denne. Når KPR nå blir en del av Folkehelseinstituttet, er dette en god anledning til å utrede hvordan registerkompetansen og det strategiske arbeidet i KPR kan sikres og styrkes. Registermiljøene i Folkehelseinstituttet kan utnyttes sammen med erfaringer hos forskningsmiljøene ved

universitetene og andre, slik at synergieffekter oppnås og kvaliteten av registeret utvikles. Vi utreder ikke dette videre her, men lar forslaget være lagt fram.

Identifikasjon av utsteder/behandler, inkludert vurdering av delegasjon og profesjonsnøytrale takster

Per i dag er det slik at regningsutsteder må være lege, hvert regningskort inneholder en identifisert lege. Hvis dette skal endres, er det helt essensielt at det lages variabler som sikrer unik identifikasjon av regningsutsteder.

Fram til 2016 kunne regninger sendes inn på kommunens eller en legevakts organisasjonsnummer uten at det var angitt hvem som hadde utført pasientkontakten eller prosedyren. Dette førte til en stadig økende andel av regningskort fra legevakt uten kjent lege. I 2006 var 6% av legevaktkontaktene uten identifisert lege, i 2012 15% og i 2015 hele 40%. Dette forholdet gjorde det umulig å gjøre sikre analyser av mange forhold og det var umulig å vite hvem legevaktlegene var. Det var en stor skjevhet i utvalget av identifiserte leger. Gjennom NKLM påpekte vi utviklingen gjennom mange år, og i 2014 slo vi alarm til Helfo, blant annet var det umulig å drive effektiv takstkontroll når man ikke visste hvem 40% av legene var. Saken ble utredet i Helfo og HDIR og også tatt opp i Stortinget. Fra 1. januar 2016 ble meldingsformatet til Helfo utvidet slik at utførende behandler alltid må rapporteres, men først fra 2018 ble denne mangelen i KPR fullstendig rettet ved at regningskort uten identifikasjon, blir avvist av Helfo.

Gjennom vårt arbeid med data fra legevakt er det åpenbart at dette systemet på nytt omgås, først og fremst ved at telefonkontakter til legevaktsentral takstes i navnet til en bestemt lege, f.eks. legevaktsjef, selv om de er håndtert av sykepleier alene og uten at legen har vært involvert eller til stede. Disse regningene karakteriseres av det er brukt en standard, uspesifikk diagnose, oftest A99 (helseproblem/sykdom). På det meste har slike regningskort blitt ført på en og samme lege i mer enn 130 000 tilfeller i løpet av ett år. Igjen gir dette betydelige metodologiske feil i analyser, om man ikke er klar over forholdene. Det foregående og det nye eksemplet viser at det ikke foregår noen tilfredsstillende kvalitetskontroll av variablene i KPR, det er tilsynelatende ingen faglig-epidemiologiske kontrollprosesser, og igjen er det utenforstående som ser kvalitetsproblemene og utfordringene. Slik kan det ikke være i fortsettelsen.

Regningskortet må altså sikre at man vet hvem som har utført aktiviteten. Når legen har kontakten og har utført det som takstes, er systemet enkelt og sikkert. Så må det utredes hvordan man skal løse to alternativer; (1) refusjonsberettiget aktivitet på delegasjon og (2) ved at andre profesjoner selv kan skrive regningskort. For KPR vil det være av stor interesse å registrere hvem som har kontakter og hvem som utfører prosedyrer, dersom takstsystemet/refusjonsordningen åpner opp for dette.

Delegasjon betyr at regningskortet sendes i legens navn. Også hvis hele kontakten og evt. prosedyrer utføres av medarbeider, skal betaling tilfalle fastlegen, og regningskortet kan sendes inn av medarbeider, men i fastlegens navn (slik det nå gjøres med enkle kontakter). Til nå har medarbeideren ikke blitt identifisert, og det er heller ikke slik at alle medarbeidere er autorisert helsepersonell. Men man kan også tenke seg at betalingen skal tilfalle en lege som har delegert en spesifisert oppgave i en spesifisert konsultasjon. Ved utvidet bruk av delegasjon til flere yrkesgrupper i en legepraksis må det utredes om det er behov for et eget sett med takster for medarbeidere som utfører delegerte kontakter og prosedyrer, eller om prosedyrer kan merkes slik

at man får registrert hvem som har utført prosedyren (enten faktisk identifikasjon eller hvilken profesjon). Det må lages systemer som registrerer det man bestemmer seg for.

Profesjonsnøytrale takster utredes nå. Dette vil da antageligvis kun gjelde autorisert helsepersonell, og det er da svært viktig at behandler entydig identifiseres. Per i dag registreres alt på legen, både sykepleier på legevakt og legesekretær på legekantoret. Dette er en prinsipiell svakhet, men er slik fordi det er legen som formelt utfører alt via delegasjon, og som signerer i journal med legens signatur. Det er vanskelig å se for seg det skal takstes særskilt for medarbeidere på kontoret/legevakt i det nåværende system. Men hvis man går langt i retning av at alle aktiviteter skal knyttet til en person/profesjon, må man utrede hvordan dette skal innvirke på aktiviteter utført på delegasjon. Det registerfaglige poenget er at dersom det er viktig å la mange profesjoner skrive egne takster, så bør systemet fange opp mest mulig av aktiviteten knyttet til profesjonen, uavhengig av organisasjonsformen på legepraksisen. Det kan ikke være slik at vi ikke får registrert f.eks. spirometri utført av sykepleier i noen sammenhenger (som nå på fastlegekontor), men får det for andre (sykepleier i sammenheng der vedkommende skriver egen refusjonsregning).

Rent teknisk kan identifikasjonsutfordringer løses på flere måter, og vi ser ikke store utfordringer der. Men man må bestemme seg for hva som skal identifiseres og registreres og deretter utforme takstsystemet og variablene deretter. Eksempler:

- Skal regningskortet sendes av den som har ansvaret for kontakten eller den som utfører prosedyren?
- Kan man bruke en bokstavkode eller annen kode knyttet til takstnummeret for å bestemme profesjonen? Eksempel 1f for takst 1f ved sykepleier?
- Hvis det bestemmes at profesjon bør identifiseres, bør en rekke profesjoner i tilfelle kunne identifiseres og systemet må ha plass til flere. Forslag til nødvendige yrkesgrupper/profesjoner i fastlegeordning og legevakt kan være: Lege, sykepleier, klinisk avansert sykepleier, annen sykepleierspesialist, ambulansarbeider, helsesekretær, jordmor, helsesykepleier, paramedic, bioingeniør, fysioterapeut, psykolog og eventuelt flere. Hvilke av disse som bør eller skal kunne skrive egne regningskort, tar vi ikke stilling til. Vi er bare opptatt av å sikre datagrunnlaget i KPR, slik at viktige endringer kan overvåkes og forskes på.
- Det må også utredes om ulike profesjoner skal ha ulike muligheter til å bruke ulike takster, og det kan også tenkes diagnosebaserte restriksjoner på takstrettigheter.

Med tanke på bruk av registerdata er det viktig at takstbruk blir mest mulig lik på tvers av alle ulike måter å organisere legepraksis på.

Faste koblinger (Fastlegeregisteret)

Forskning på fastlegeordningen innebærer ofte et ønske om data fra Fastlegeregisteret i tillegg til regningskortdata. Det er en stor fordel at Fastlegeregisteret nå (2024) skal kobles fast til KPR slik at variabler herfra kan rekvireres som en del av KPR.

Det vil også være ønskelig om meldingsformatet på den enkelte regningen ble utvidet med et felt for om legen er pasientens fastlege på konsultasjonstidspunktet.

Diagnoser

Selv om det ikke primært angår takster og Normaltariffen, er diagnosebruken av svært stor viktighet for KPR-data for analyse og forskning. Det er i dag et krav om minst én ICPC-diagnose på alle regningskort til Helfo, kombinert med takst for kontaktform og eventuelle prosedyre og laboratoriekoder. Flere av EPJ-leverandørene har bare lagt til rette for én diagnosekode på regningskortet. Dette er noe endret de siste årene, og flere regningskort inneholder flere koder. Det er uklart for oss om det er legene som bruker få diagnoser eller om EPJ-systemene filtrerer bort diagnoser. KUHR kan ta imot opp til 7-8 koder per regningskort., og KPR burde kunne ta imot så mange koder som legene ønsker å gi (en hoveddiagnose og en eller flere bidiagnoser). Helfo har en forventning om at diagnose(ne) skal begrunne takstbruken. Dette brukes i noen grad til kontrollformål, for eksempel vil et regningskort avvises om takt 615 benyttes uten en P-diagnose fra ICPC.

Diagnoser kan trolig brukes mer aktivt for å gjenspeile innholdet i konsultasjonene og dermed bedre datakvaliteten i KPR. Men en kan også tenke seg med spesifikke diagnoseregler i forbindelse med utvikling av et forenklet takstsystem. Et par eksempler:

- Årskontroll for kronisk sykdom etter fastlagt skjema/innhold/retningslinje kan ha felles takst, men der kravet til *diagnosen* definerer hvilken sykdom pasienten har (som årskontroll ved diabetes, hjertesvikt, osteoporose etc gitt etter en oppgitt liste).
- Kirurgiske prosedyrer som innebærer bedøvelse, biopsi, sutur etc. kan ha felles takst, men der prosedyren kan fortolkes ved å relatere den til diagnosen (kutt i huden, hudsvulst, aterom). Uspesifikke diagnosekoder kan her sperres for bruk av taksten.
- Det er likevel en svakhet at ICPC er lite detaljert, og mange tilstander havner i samme kode. Dette begrenser mulighet til å fortolke grupperte takstkoder i ly av diagnoser for mange tilstander, f.eks. ulike gynekologisk prosedyrer.

Hvis vi skal blande inn uspesifiserte diagnoser i denne diskusjonen om takster, kan en tenke seg at takstene A29, A97 og A99 ikke kan brukes på regningskort sammen med prosedyre- eller laboratorietakster, uansett hvilke takster som brukes. Men dette er egentlig en annen diskusjon enn den som angår forenkling av takstsystemet.

Gjennomgang av takstavnittene i Normaltariffen A-G

Takstene i Normaltariffen er plassert i kapittel II med underpunkter A-G. Vi gjennomgår her noen prinsipper for variablene i de forskjellige undergruppene. Kodene det vises til i teksten under er beskrevet nærmere i gjennomgangen av Normaltariffen i slutten av dokumentet.

Kontakter og tidspunkt, herunder enkle pasientkontakter, konsultasjoner og sykebesøk

Dette avsnittet i Normaltariffen (takst 2ad til 15b) inneholder et svært heterogent utvalg takster. Vi mener det er all grunn til å rydde opp i dette avsnittet, sortere takster i grupper, forenkle og dessuten flytte noen (prosedyre-)takster til andre avsnitt. Mange av takstene har mindre interesse som registervariabler. Skillet mellom fastlegepraksis og legevakt er svært viktig å beholde på regningskortnivå.

Sett fra et registersynspunkt, er det viktigste at en får registrert de ulike *kontakttypene* i forhold til pasienten. Det har tradisjonelt vært delt inn i enkle kontakter, konsultasjoner og sykebesøk. Utviklingen i digitale kontaktformer har utfordret dette bildet, og vi har i dag et takstsystem som ikke gjør det mulig å skille mellom alle kontaktformene som det er ønskelig å følge med på. Vi trenger gode data og spesifikke variabler for å belyse kontaktformene.

En utfordring er at det finnes eksempler på at tidstakster kan eller ikke kan brukes sammen med spesifikke aktivitetstakster. Dette er uryddig. Vi risikerer at registerdata får bias basert på økonomiske betraktninger, slik at vi mister valide tall for selve aktiviteten. Takstnivået bør tilpasses slik at takst for aktiviteten blir registrert i alle tilfeller den er utført, og at det ikke skjer tilpassinger basert på reglene for tidsbruk. Eksempler der det sannsynligvis er slik bias, er takst 2ld legemiddelgjennomgang og takst 215 (rådgivning).

Konsultasjoner bør splittes opp i fysisk konsultasjon, video, tekst-basert e-konsultasjon og telefonkonsultasjon. Definisjonene må være entydige og takstene må sikre fullstendig bruk, da konsultasjonstype er en svært viktig analysevariabel i forskning.

Enkle konsultasjoner bør gjennomgås med tanke på forenklinger, men helst i en utredning sammen med registerepidemiologisk kompetanse slik at registerhensynene blir ivaretatt. 1f bør nok beholdes og kan gjerne splittes opp i kontakt i primær- og spesialisthelsetjenesten (slik det var før). Takst 1k er helt ny og vi vet lite om bruken, men slik kommunikasjon er ønskelig mellom legevakt og ambulanse og er pålagt etter akuttmedisinforskriften.

«*Sykebesøk*». Fysiske kontakter utenfor legekantoret er forskriftsfestet for fastleger (sykebesøk), og legene deltar også i andre aktiviteter, som tverrfaglige møter, NAV-møter, møter hos arbeidsgiver etc. Alle disse kontaktene er det av stor interesse å kartlegge omfanget av, variasjon i bruken, og ved hvilke problemstillinger de brukes.

Tidsbruk knyttet til konsultasjoner og sykebesøk er en indikator på omfang av tjenester og bør videreføres både i fastlegepraksis og legevakt.

Tverrfaglige kontakter er svært viktig å kunne registrere som samhandling i ulike former (14 og 1f), og bør derfor videreføres.

Takster som dekker spesielle aktiviteter bør flyttes til prosedyrer (2kd, 2ld).

Spesielt om kontaktformer i legevakt

I legevakt bør det utredes nærmere hvordan takster skal brukes i legevaktsentralen (LVS) når det gjelder medisinsk rådgivning gitt av LVS-operatør. Her vet vi at det er stor variasjon i bruken av både takster og diagnoser. Nærmere diskusjoner og definisjoner om hva og hvem når det gjelder takster er ønskelig.

I legevakt har vi også den tilleggsutfordring at vi ikke kan skille mellom ordinære *sykebesøk* og *utrykninger* (med ambulanse, legebil eller andre transportmiddel), samtidig som disse to eksterne kontaktformene ble gjort til obligatoriske aktiviteter i den nye akuttmedisinforskriften (2015). Det etterlyses stadig data på dette, og vi er ikke i stand til å rapportere nasjonale data på utviklingen og dermed effektene av den nye forskriften. Dette er en klar mangel som bør utredes med tanke på et skille. Det kan for eksempel skilles mellom sykebesøk og utrykninger på rød respons utløst av AMK eller legevaktsentral. Takst 11f kan tenkes omdefinert til en slik funksjon.

Følgetjeneste til ambulansen (når lege er med i ambulansen til sykehus med ustabil pasient) er en annen aktivitet som ikke lar seg gjenfinne i Normaltariffen, fordi utgiften dekkes av helseforetaket. Det bør utredes om denne aktiviteten bør registreres.

En siste legevaktutfordring er at vi ikke får registrert legevaktens aktiviteter i forhold til pasienter i institusjon, da det her skrives egen direkte faktura utenom Helfo-systemet. Det finnes altså ingen nasjonale registerdata for legevaktens viktige funksjoner overfor institusjonspasienter, variasjoner i slik bruk eller utvikling over tid. Vi kan heller ikke få definert legevaktens medvirkning ved innleggelser fra sykehjemmene, som har stort omfang. Dette problemkomplekset ligger per i dag utenfor Normaltariffens domene, men fra et KPR-synspunkt er det en klar mangel at slike kontakter ikke registreres.

Et tilsvarende problem er mangelen på data fra helprivate helsetjenester. I større byer finnes det privatfinansiert virksomhet som har store likheter med legevakt, som Volvat og Dr. Dropin, men omfang og innhold i disse tjenestene er ikke kjent. Vi antar at det er store geografiske forskjeller i bruken. Videokonsultasjoner fra private nettleverandører blir heller ikke registrert i dag. Departementet har våren 2024 foreslått å inkludere aktivitet i slike helsetjenester i KPR. Vi støtter dette tiltaket.

Andre mangler ved variablene i Normaltariffen med tanke på KPR

Vi vil her også minne om at takst- og diagnosesystemet ikke fungerer for å definere *sykdomsepisoder* eller *forløp*. Vi kan altså ikke skille om konsultasjonen er et førstegangstilfelle eller en oppfølgingskonsultasjon (som diagnostikk av bihulebetennelse eller en kontroll etter behandling av sykdommen). Dette er en stor svakhet ved KPR-data, og på dette området er vårt nasjonale register dårligere enn mange utenlandske. For mange år siden skilte faktisk Normaltariffen mellom dette (ved ulik egenandel) for første, annen, eller tredje og flere gangs konsultasjon for samme problem. ICPC er lagt opp for å kunne følge forløp («episodes of care») som starter med kontaktårsak definert av pasienten, følges videre av symptomer inntil kartlegging eventuelt ender med diagnose eller ikke. Det vil kreve en relativt omfattende opplæring å innføre denne bruken av ICPC i norsk allmennpraksis, men det å registrere på et regningskort om er en ny problemstilling (første gangs henvendelse), kunne være nyttig og bør utredes videre.

Det er også en stor svakhet ved KPR at vi ikke har valide data for henvisninger og innleggelser. Slike data burde ideelt sett vært knyttet til *henvisningsleddet*, altså regningskortet. Alternativt kunne NPR-meldingene hatt valide data for henvisende helsepersonell, men slike variabler i NPR er erfaringsmessig av svært lav validitet og har vist seg ubrukelige til forskning. Det betyr at samhandlingsreformens sentrale element, nemlig grenseflaten mellom første- og andrelinjetjenesten, faktisk ikke lar seg følge med pålitelig statistikk for overvåking eller forskning. Det samme gjelder tilgjengelige data for henvisning til røntgen og laboratorier; eksisterende data lar seg ikke knytte til aktuelt helsepersonell eller konkret konsultasjon.

Reisetillegg, ledsagelse av pasient og skyssgodtgjørelse

Dette avsnittet i Normaltariffen inneholder tre takster vedrørende reisetillegg ved bruk av bil, tog, båt eller annet skyssmiddel herunder til fots, basert på tidsbruken. Fra et registerforskningsynspunkt har disse takstene lav prioritet, og vi kjenner ikke til forskning der disse takstene har vært benyttet utover rene deskriptive beskrivelser.

Kvelds-, natt- og helgedagstillegg

Dette avsnittet i Normaltariffen inneholder for tiden ingen egne takster, da kvelds- og nattillegg oftest er gitt ved et bokstavtillegg (---k) for å markere tidspunktet. Fra et registerforskningsynspunkt er det viktigste at tidspunktet for *kontakten* fremkommer gjennom regningskortet (ikke når refusjonskravet er skrevet) og at klokkeslettene her er pålitelige.

Takstkodene må også direkte eller indirekte klart skille mellom fastlegenes aktivitet utenom ordinær arbeidstid, men likevel fastlegeaktivitet, i motsetning til legevakt. Å opprettholde et krav om egne innsendte oppgjør for legevaktkontaktene med en egen legevaktvariabel, vil medvirke til et sikkert skille.

Prosedyretakster – takstnummer 100 til 660 (i tillegg også noen takster i Del B)

Prosedyretakstene er viktige i forskningen for å beskrive hvilke oppgaver som utføres i allmennpraksis og også for å holde oversikt over grenseoppgangen mellom allmennpraksis og spesialistpraksis. Kapitlet om prosedyretakster har en rekke underavsnitt i form av Alminnelige prosedyrer og prosedyrer knyttet til spesielle organsystemer eller spesialiteter. Mange av takstene er i lite bruk, og kan eventuelt inngå i samletakster. Andre er svært viktige for diagnostikk og behandling og også for å følge med hva som gjøres i allmennpraksis og hva som overlates andre.

Det kan også vurderes om en skal definere tydeligere hvilke oppgaver som bør være del av allmennpraksis. I forbindelse med forhandlinger om Normaltariffen har det vært gjort en del endringer de siste årene, spesielt ved at mange flere prosedyrer er samlet under takstene 100 og 105, som nå må sies å ha fått et svært sprikende innhold og som også har redusert den forskningsmessige verdien vesentlig. Samlede kostnader for disse etter hvert «uspesifikke» takstene er svært høyt. Vi mener bestemt at vi må se på disse takstene på nytt med tanke på oppsplitting, for å sikre spesifikk kunnskap om bruken av noen få, men viktige prosedyrer. Mange andre kan inngå i samletakster, kanskje gruppert etter kostnaden (utstyr og arbeid) i lav, middels og høy takst. Nedenfor følger noen kommentarer til enkelttakster og noen vurderinger av mulige endringer med tanke på ønskelige registervariabler.

- **Takst 100** inneholder etter vårt syn følgende prosedyrer som bør ha egne takster:
 - Sårkirurgi (syng/liming). Kan inngå i en ny kirurgitakst og omfatte bedøvelse, se nedenfor.
 - Kirurgisk fjerning av svulster etc. Her bør også stansebiopsi inngå.
 - Fjerning av fremmedlegeme i nese, øre og svelg. Her kan vurderes utvides med konjunktiva og kornea (øye) samt hud, til en felles takst for fjerning av fremmedlegeme, og la diagnosen definere organet/lokalisasjonen
 - Gynekologisk undersøkelse hadde tidligere egen takst. Undersøkelsen er en viktig markør på diagnostisk aktivitet innen gynekologi i allmennpraksis, og bør tilbake som egen takst. Men det kan tenkes at en ser på undersøkelsestaksten sammen med andre prosedyrer som krever gynekologisk undersøkelse (celleprøve, endometrieprøve, innsetting/fjerning av spiral, bakteriologisk undersøkelse etc) med tanke på forenklinger. Disse prosedyrene er det både forskningsmessig interesse for og også viktig å følge opp når det gjelder profesjonsnøytrale takster. Det finnes ingen gode alternative datakilder for å måle aktiviteten i allmennpraksis.
 - Takst for innsetting og fjerning av p-stav bør ses i sammenheng med takster for spiral. Det er uheldig at en ikke kan skille mellom innsetting av ny og fjerning av eksisterende spiral og p-stav. Bruken av langtidsprevensjon er sterkt støttet av helsemyndighetene, flere profesjoner kan utføre prosedyrene, og det er av stor forskningsinteresse å følge med på hvem som setter inn og hvem som fjerner disse prevensjonsmidlene.
 - Trykkmåling med Doppler er ønskelig å bevare som egen takst
 - Infusjoner og injeksjoner bør kunne samles til en egen takst

- De fleste andre takstene kan etter vår mening enten utgå som takster eller inngå i samletakster.
- **Takst 105** (større prosedyrer) inneholder etter vårt syn følgende prosedyrer som bør ha egne takster:
 - En samletakst for akutt kirurgisk intervensjon ved abscess, paronychia, spyttstein, sårtoilette og andre, kan inkludere bedøvelse, og la diagnosen definere organet/lokalisasjonen.
 - Blærekateter, blærepunksjon, blæreskylling kan samles til én takst.
 - En felles takst for ulike sårbehandlinger
 - Rektoskopi bør ha egen takst.
 - Andre kirurgiske intervensjoner kan også samles i en egen takst, der diagnosen spesifiserer problemstillingen (fjerning av føflekk, aterom, lipom, inngrodd negl, hemorroider, leddpunksjon, sårtoilette med eksisjon,
- **Takst 106** (omfattende prosedyrer) inneholder etter vårt syn følgende prosedyrer som bør ha egne takster:
 - 24-timers blodtryksregistrering (og kan grupperes sammen med 24-timers EKG, som også må ha egen takst).
- **Takst 108** (diagnostisk ultralyd) må bevares, tilstrekkelig med en enkelt takst og la diagnosen definere organet/indikasjonen/problemstillingen. Kan flyttes sammen med røntgentaksten under et avsnitt «Bildeundersøkelser»

Takst 111 (kryokirurgi) bør bevares.

Takst 129g (24-timers EKG) bør bevares.

Gynekologitakstene 215-217e bør gjennomgås med tanke på forenkling. Men både prevensjon, sterilisering, abort, svangerskapskontroller og andre er viktige og interessante forskningstema samt gjenstand for delegasjon og etter hvert profesjonsnøytral utførelse. 217e er en ny takst for Rhesus-immunisering. Den er et godt eksempel på takst som bør bevares begrunnet i overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til allmennpraksis, som det er viktig å følge med på og interessant som forskningstema.

Takst 507 (spirometri) må bevares, men kan klare seg med en enkelt takst.

Takstene 612a-618 (samtaletakster, psykiatri, LAR etc) er viktige markører på allmennmedisinsk bredde i oppgaver og bør bevares. Men det bør gjennomføres en utredning om innretning.

Takst 660 (årskontroll) må bevares, men vi foreslår samordning med andre årskontroller som utføres etter nasjonale retningslinjer, skjema etc. Det bør være tilstrekkelig med en enkelt årskontrolltakst med en beskrivelse av enten hvilke (spesifiserte) sykdommer som gjelder eller eventuelt en noe videre definisjon knyttet til at det må finnes nasjonale retningslinjer for innholdet i en årskontroll, uten at sykdommen er nevnt/definert.

Takst 21d (legemiddelgjennomgang) må bevares og kan flyttes til prosedyretakstene.

Laboratorieundersøkelser og prøver

F-kapitlet inneholder ca. 30 takster for laboratorieundersøkelser og prøver. Først kommer tre takster for innsending av prøver og deretter kommer resten av takstene (703-712) for spesifikke prøver. Laboratorieprøvene er viktige i allmennpraksis, og norske allmennleger har i internasjonal sammenheng et svært godt både kvalitativt og kvantitativt diagnostisk tilbud på eget kontor og gjennom god ekstern laboratorieservice. Dette er det selvsagt viktig å beholde, men også å ha en god oversikt over. Stikkord som overdiagnostikk og Kloke valg gjenspeiler viktigheten av å kjenne til aktiviteten og å følge den over tid, både kontroll- og forskningsmessig. Refusjonsomfanget er også stort, med 11 takster som har refusjoner over 3 millioner kroner per år, den største er prøvetakingstaksten 701a, som i 2019 hadde over 150 millioner kroner i refusjon. Det er opplagt nødvendig og viktig å kunne undersøke og analysere laboratorievirksomheten i allmennpraksis og legevakt.

Men ikke alle takstene er like viktige, prinsipielt eller i bruksomfang, og det er et potensiale for å tenke nytt omkring noen analyser, samle andre og la noen gå ut eller inngå i en generell laboratorietakst. I mange år har det heller ikke vært takst for en del sentrale laboratorieundersøkelser på eget kontor, som Hb, SR og urinundersøkelse.

En mulig modell er:

- En takst for enhver prøvetaking på eget kontor.
- En takst for enhver innsendingsprøve.
- Noen få spesifikke takster for prøver som er kostnadskrevende, mye brukt eller interessante i et aktivitetsperspektiv og for forskning.
- En eller flere samletakster for alle andre undersøkelser, for eksempel gruppert etter kostnaden (utstyr, kit og arbeid) i lav, middels og høy takst.

Laboratorieprøver vi mener er sterkt ønskelig å spesifisere i egne takster:

- CRP (705k)
- Celleteller (706f)
- Mikroalbuminuri (712)
- Test for bakterieantigen (706k)
- Blod i avføringen
- EKG (707) (bør flyttes til prosedyrekapitlet og grupperes med 24-timers BT-måling og 24-timers EKG)
- HbA1c (709)
- Trombotest (710)
- Virusantigentester kan samles i en takst (influenza, covid-19, mononukleose, herpes og andre)
- Det bør opprettes 2 nye takster for henholdsvis D-dimer og Troponin hurtigtester. Dette er viktige akuttmedisinske prøver på vei inn i legevaktstjenesten, og det vil ha faglig og ikke minst forskningsmessig interesse å følge utviklingen av bruken av disse nøye.

Dette er samtidig stort sett takstene med størst økonomisk verdi og med størst interesse for forskning.

Radiologi

Normaltariffen hadde tidligere en rekke organspesifiserte takster for ulike røntgenundersøkelser, mot nå bare tre. Takstene brukes av et par hundre fastleger og en del legevakter. Fra et registersynspunkt er det viktigste å vite at det blir utført røntgenundersøkelse. Vi mener derfor det er tilstrekkelig med bare en enkelt takst for røntgenundersøkelse og la diagnosefeltet indikere organsystemet og indikasjonen.

Ultralydundersøkelsene kunne flyttes til dette kapitlet, med «Bilddiagnostikk» som en felles tittel.

Takster fra NAV/HELFO (L-takster)

Det finnes en rekke såkalte L-takster, som honorerer ulike typer av legeerklæringer samt ulike typer møtevirksomhet med NAV. Fra et registerepidemiologisk synspunkt er det viktigst å kunne følge med de viktigste legeerklæringene knyttet til sykmelding (**L1, L4, L40**) samt møtevirksomheten (**L35/L36**). De siste må også ses i sammenheng med **takst 14** (flerfaglig samarbeidsmøte) som er en viktig og prioritert aktivitet det er viktig å følge med på.

Økonomidata (økonomivariabler)

Med økonomidata mener vi her for eksempel tids- og kompetansetakster som ikke beskriver aktiviteter, men som her godtgjøring for medgått tid eller for spesiell kompetanse (spesialist, doktorgrad etc.). Fra et registersynspunkt er kompetansetakster mindre viktige for fastlegene, da informasjonen kan innhentes annet sted. Eventuelt kunne takst 2p (doktorgradstillegget) inkluderes i fastlegeregisteret som en kompetanseopplysning sammen med spesialiststatus.

For legevakt, med et stort antall leger som ikke er fastleger, er slike takster viktigere, både for godtgjøringens del, men også for å kunne følge kompetansebildet, spesielt forholdet mellom spesialister/ikke-spesialister når det gjelder hvem som utfører legevaktarbeidet. Dersom takst 2p ble flyttet til fastlegeregisteret ville man miste denne informasjonen for legevaktlegene.

Forslag til minimum datasett for KPR basert på Normaltariffen

Basert på Normaltariffen 2023/2024 følger nedenfor en tabellarisk oversikt over våre kommentarer og prioriteringer. Prioriteringene er angitt i teksten, men også kvantitativt slik:

- # Liten eller ingen betydning for KPR
- * Absolutt av verdi, men med laveste prioritet
- ** Stor verdi, og bør prioriteres med egen takst som omtalt
- *** Svært stor verdi, absolutt nødvendig

A. Enkle pasientkontakter

Takst	Tekst	
1ad	Enkel pasientkontakt ved personlig frammøte eller ved bud	Se kommentarer i tekst ***
1ak	Enkel pasientkontakt ved personlig frammøte eller ved bud.	Se kommentarer i tekst ***
1bd	Enkel pasientkontakt skriftlig, per telefon eller ved elektronisk kommunikasjon.	Se kommentarer i tekst ***

Takst	Tekst	
1bk	Enkel pasientkontakt skriftlig, per telefon eller ved elektronisk kommunikasjon.	Se kommentarer i tekst ***
1e	Taking og undersøkelse av hemoglobin, blodsenkning og telling av hvite blodlegemer og mikroskopering av urinsediment	Se kommentarer i tekst. Bør overføres til lab-takster ***
1f	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med fysioterapeut +++++	Se kommentarer i tekst ***
1g	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning per telefon mellom kl. 2300 og 0800. Taksten kan bare benyttes under legevakt i vakt-distrikt uten tilstedevakt.	*
1i	Skrijving av elektronisk resept.	***
1k	Beslutningsstøtte til ambulanspersonell som er til stede hos pasient.	Se kommentarer i tekst ***

B. Konsultasjoner og sykebesøk

Konsultasjon

Takst	Tekst	
2ad	Konsultasjon hos allmennlege.	Se kommentarer i tekst ***
2ak	Konsultasjon hos allmennlege	Se kommentarer i tekst ***
2ae	E-konsultasjon hos fastlege og på legevakt (dagtid).	Se kommentarer i tekst ***
2aef	E-konsultasjon hos fastlege (kveld).	Se kommentarer i tekst ***
2aek	E-konsultasjon på legevakt (kveld).	Se kommentarer i tekst ***
2bd	Tillegg ved konsultasjon hos fastlege for pasient som ikke er tilknyttet fastlegeordningen.	#
2cd	Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min. per påbegynt 15 min.	***
2cdd	Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min per påbegynt 15 min. Kan kun kreves av spesialist i allmenntidmedisin..	***
2ck	Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min. per påbegynt 15 min.	***
2dd	Tillegg for spesialist i allmenntidmedisin.	#
2dk	Tillegg for spesialist i allmenntidmedisin.	#
2ed	Gruppebehandling per pasient for veiledning, instruksjon i egenbehandling og bygging av	**
2ee	Tillegg for tidsbruk utover de første 60 minutter ved gruppebehandling per pasient for veiledning	*

Takst	Tekst	
2fk	Konsultasjon og tillegg for uttrykning til kontor ved øyeblikkelig hjelp under legevakt	**
2gd	Tillegg ved konsultasjon hos fastlege for fornyet vurdering (second opinion)	*** Viktig rettighet i fastlegeordningen
2hd	Tillegg ved konsultasjon hos fastlege for pasient som er tilmeldt annen fastlege	# Forutsatt at regningskortet angir om legen er pasientens fastlege på konsultasjonstidspunktet (fast kobling til fastlegeregisteret)
2kd	Skriving av opplysninger til nasjonal kjernejournal..	*
2ld	Systematisk legemiddelgjennomgang hos fastlege	Se kommentarer i tekst ***
2p	Tillegg til konsultasjonstakst for allmennlege som har medisinsk doktorgrad eller graden Ph.D.	Se kommentarer i tekst *
2nk	Tillegg for uttrykning fra legens hjem til kontoret mellom kl 23 og 08 for leger i kommuner der interkommunal legevakt (med tilstedevakt) ikke er etablert.	** Viktige data for aktivitet i den akuttmedisinske kjede
Takst	Tekst	
6a	Systematisk risikokartlegging av fastlegens listeinnbyggere	*
6b	Tillegg for tidsbruk ved systematisk risikokartlegging utover første halvtime.	#
6ad	Tillegg for spesialist i allmennmedisin..	#
7	Tillegg for undersøkelse/behandling av døve, språksvake og fremmedspråklige i de tilfeller det er nødvendig med tolk	Prioritert oppgave, mulig kvalitetsindikator ***

Sykebesøk

Takst	Tekst	
11ad	Sykebesøk ved allmennlege.	Se kommentarer i tekst ***
11ak	Sykebesøk ved allmennlege.	Se kommentarer i tekst ***
11bd	Tillegg for sykebesøk ved fastlege for pasient som ikke er tilknyttet fastlegeordningen.	#
11cd	Tillegg for tidsbruk ved sykebesøksvarighet utover 30 min. per påbegynt 15 min.	***
11ck	Tillegg for tidsbruk ved sykebesøksvarighet utover 30 min. per påbegynt 15 min.	***
11dd	Tillegg for spesialist i allmennmedisin.	#
11dk	Tillegg for spesialist i allmennmedisin	#
11e	Tillegg ved sykebesøk til egne pasienter med kronisk, alvorlig sykdom.	*

Takst	Tekst	
11f	Tillegg ved aktivt redningsarbeid ved ulykke, gjenopplivning og ved fødselshjelp og prehospital trombolyse ved akutt hjerteinfarkt samt kritisk syke personer som krever intensiv behandling og har behov for monitorering av hjerterytme og O2-metning.	Se kommentarer i tekst ***
11hd	Tillegg for sykebesøk ved fastlege for pasient som er tilmeldt annen fastlege	#
11id	Tillegg for sykebesøk ved avbrudd (øyeblikkelig hjelp) i ordinær kontorpraksis (kl 08-16)	Se kommentarer i tekst om skille mellom sykebesøk og utrykninger ***
11nk	Tillegg for sykebesøk mellom kl 23 og 08 for leger i kommuner der interkommunal legevakt (med tilstedevakt) ikke er etablert.	* Data for den akuttmedisinske kjede
Takst	Tekst	
14	Møtegodtgjørelse med reisetid når legen deltar i planlagt flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient	Se kommentarer i tekst ***
14d	Tillegg for spesialist som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak og spesialist i allmenmedisin	#
15a	Tillegg for deltakelse i kommunalt organisert legevakt i Finnmark fylke og kommunene Berg ..,	#
15b	Tillegg for deltakelse i kommunalt organisert legevakt i kommunene nevnt under	#

E. Prosedyretakster

Alminnelige prosedyrer

Takst	Tekst	
100	<p>Mindre prosedyrer (listen er uttømmende). Dersom flere prosedyrer blir utført, kan taksten kreves per prosedyre.</p> <p>Kirurgi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anlegging av blodtomhet • Behandling og instruksjon i behandling av urininkontinens med elektrostimulering • Biopsi fra hud og slimhinne uavhengig av metode, men ekskluderer cytologisk prøvetakning • Elektrokauterisering • Enkel uroflowmetri • Injeksjonsbehandling av varicer eller hemorroider • Kirurgisk fjerning av små svulster, vorter, nævi, eller del av negl uavhengig av metode • Skifting av bandasje på større sår • Sår behandlet med sutur eller liming • Anoscopi 	<p>Se kommentarer i tekst</p> <p>Prosedyrer med høy prioritet (***) er gjengitt i egen liste ovenfor i teksten</p>

Takst	Tekst	
	<ul style="list-style-type: none"> • Midlertidig bandasjering og immobilisering av frakturer • Skifting av mindre gipsbandasjer og gåbandasjer • Bandasjering med zinklimbandasje • Bandasjering av fractura claviculae • BLA av penis, funikkel, 1 ekstremitetsnerve og ved intracelære inngrep. Paracervikal blokk <p>Øre-nese-hals</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fjerning av fremmedlegemer i nese, øre og svelg • Løsning av tungebånd • Paracentese av trommehinnen • Tamponade ved pågående epistaxis eller annen behandling av recidiverende epistaxis • Ørerening, uavhengig av metode <p>Gynekologi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gynekologisk undersøkelse ved allmennlege <p>Øye</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fjerning av dyptsittende/fastsittende fremmedlegemer i cornea eller conjunctiva • Tåreveisbehandling • Løsning av bakre synekier med dillatasjonstampong • Tonometri hos allmennlege <p>Injeksjon/infusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantering av medikament som er registrert som implantat, herunder p-stav • Infusjon av medikamenter, plasmasubstitutter eller andre væsker • Injeksjon av legemidler i ledd, slimpose og seneskjede. Taksten kan kreves en gang per ledd slimpose eller seneskjede • Intravenøs injeksjon av medikament som krever særlig varsomhet • Venepunksjon og capilær blodprøve på 0,5 ml microtainerrør på barn under 7 år (ved andre blodprøver av barn kan takst 100 ikke kreves) • Veneseccio <p>Annet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trykkmåling med Doppler ved perifer karlidelse • Inhalasjonsbehandling med bronkolytika tilført kontinuerlig med nebulisator (minst 5min) • Andre og senere gangs utfylling av Noklus-diabetesskjema • Taking av blodkultur, før oppstart av antibiotika ved mistanke om sepsis • Spirometri og epikutantest/prikktest på barn under 7 år (kan kun kreves av barneleger) 	
101	Individuell, strukturert veiledning ved tidlig intervensjon relatert til kosthold, røykeavvenning og/eller fysisk	Se kommentarer i tekst **

Takst	Tekst	
	aktivitet for pasienter med, eller med risiko for hjerte- og karsykdom, diabetes 2 eller fedme.	
105	<p>Større prosedyrer (listen er uttømmende). Dersom flere prosedyrer blir utført, kan taksten kreves per prosedyre.</p> <p>Kirurgi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adekvat åpning av dyp abscess/flegmone • Behandling av pararitium/paronychia med eksisjon av nekrotisk vev • Blærepunksjon eller kateterisering ved urinretensjon • Blæreskylninger • Finnålsbiopsi (f.eks. a.m. Frantzén) eller punksjonsbiopsi (f.eks. «tru-cut») • Fjerning av fastsittende fremmedlegeme i hud eller under hudnivå • Fjerning av mindre tumor under hudnivå, f.eks. overflatisk tumor mammae og lymfeknute • Fjerning av spyttstein - Kirurgisk fjerning av aterom/komplisert nævus • Kirurgisk fjerning av svulst/aterom/nævus i ansikt • Kirurgisk fjerning av hele neglen (ablatio unguis) eller Radikaloperasjon av inngrodd negl (kilereseksjon) 1 tå/finger • Ligatur eller strikkbehandling av hemorroider • Prøvepunksjon av ledd og pleura for innsending av prøve • Reponering av kjeveluksasjon eller reponering av luksert skulder eller albue • Sår som trenger mer inngående sårtoilette eksisjon av sårrand og sutur • Synovectomi • Spinalpunksjon med tapping av spinalvæske til videre undersøkelse • Tapping av pleuravæske, ascites, hydrocele, spermatocoele og ledd • BLA som omfatter ekstremiteter t.o.m. håndledd/ankel, ev. pleksus <p>Gynekologi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fjerning, og eventuelt samtidig innsetting av p-stav • Innsetting og skifting av spiral • Tilpassing/vedlikehold av pessar og vaginalring • Endometriebiopsi/cytologisk prøvetaking fra uterinhulen. Taksten kan ikke kreves ved cervix cytologi • Dilatasjon av cervikal kanal (utvidelse/blokking av kanalen i livmorhals) • Fjerning av spiral der man må inn med instrumenter i uterinhulen for å fjerne spiralen <p>Hud</p>	<p>Se kommentarer i tekst</p> <p>Prosedyrer med høy prioritet (***) er gjengitt i egen liste ovenfor i teksten</p>

Takst	Tekst	
	<ul style="list-style-type: none"> • Avansert behandling av legg-, fot- og trykksår (kronisk syke med redusert tilhelningsevne) • Elektrodesikasjon/curettage av hudtumor <p>Indremedisin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mageskylling ved forgiftninger • Blodtapping i behandling av hemokromatose eller polycytemi • Bestemmelse av anstrengelsesutløst luftveisobstruksjon • Bestemmelse av langvarig reversibilitetstest med PEF-registrering på eget skjema • Rektoskopi. Takst 100 kan benyttes i tillegg ved biopsi • Første gangs utfylling av Noklus-diabetesskjema og innsending av opplysninger til Diabetesregister for voksne. Taksten kan benyttes én gang per pasient • Akuttbehandling med CPAP (continuous positive airway pressure) • Utredning og kontroll av langtidsoksygenbehandling med arteriell blodgassprøve. Takst 10 kan ikke kreves i tillegg. 	
106	<p>Omfattende prosedyrer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandling av frakturer som krever reponering i anestesi og ev. røntgenkontroll før og etter, som f.eks. fract. radii typica • Ambulant kontinuerlig 24 timers registrering av blodtrykk. Tyding, teknisk assistanse, bruk av utstyr mv • Perkutane allergiprøver (prikk, rispeprøver med 11–20 ekstrakter). Taksten inkluderer utgifter til allergenekstrakt • Instruksjon av TNS, 3 første ganger 	<p>Se kommentarer i tekst</p> <p>Prosedyrer med høy prioritet (***) er gjengitt i egen liste ovenfor i teksten</p>
108	<p>Diagnostisk ultralyd hos allmennlege (listen er uttømmende):</p> <ul style="list-style-type: none"> • påvisning og kvantitering av resturin samt vurdering av hydronefrose og postrenalt avløpshinder. • leieusikkerhet ved termin. • blødning i 1. trimester. • mistanke om blodpropp i ekstremiteter. • mistanke om og oppfølging av sykdom i galleblære, hovedpulsåre eller hjerte samt vurdering av pleuravæske og pneumothorax. • vurdering av hudnære sykelige prosesser (abscesser, cyster mv.). • vurdering av muskel- og skjelettilstander. <p>Indikasjon for undersøkelsen må fremgå av journal. Taksten dekker utgifter til gel mv.</p>	<p>Se kommentarer i tekst. En felles takst, diagnosen gir problemstillingen ***</p>
110	<p>Individuell prevensjonsveiledning.</p>	<p>Se kommentarer i tekst</p>

Takst	Tekst	
		*
111	Kryokirurgi.	Se kommentarer i tekst **

Gastroenterologi

Takst	Tekst	
121a	Karbohydratbelastning	*

Indremedisin

Takst	Tekst	
129g	Ambulant kontinuerlig minimum 24 timers registrering av EKG	Se kommentarer i tekst ***

Kirurgi

Takst	Tekst	
148	Nødvendig kollegial assistanse utført av lege	#

Takst	Tekst	
149a	Lokalbedøvelse og triggerpunktanestesi.	#

Allergologi

Takst	Tekst	
177a	Perkutane allergiprøver (prikk, rispeprøver)..	*

Gynekologi og fødselshjelp

Takst	Tekst	
215	Særlig tidkrevende arbeid ved: – steriliseringssaker, abortsaker og henvisning til amniocentese (tillegg for konsultasjoner når slike har funnet sted). – henvisning til assistert befruktning.	Se kommentarer i tekst, kan inngå i samletakst der diagnosen definerer problemstillingen ***

Takst	Tekst	
217a	Første gangs fullstendig undersøkelse og veiledning av gravide samt utfylling av godkjent svangerskapsjournal	Se kommentarer i tekst ***
217b	Tillegg for senere graviditetskontroll (kan benyttes inntil 5 ganger i svangerskapet, og skal avmerkes på legeregningene med romertall I til V)	Se kommentarer i tekst ***
217c	Graviditetskontroll utført av jordmor.	Se kommentarer i tekst ***
217e	Rhesus-immunisering av gravide i uke 28. Gjelder fra 1.september 2021.	Se kommentarer i tekst ***

Takst	Tekst	
310	Epistaxis, behandling av pågående blødning med bakre tamponade	** Kan inngå i samletakst, diagnosen gir årsak

Hørselsmåling

Takst	Tekst	
322	Toneaudiometri med luftledning	#
325	Undersøkelse av ett eller begge ører for: – recruitment diplakusi; terskelvandring – impedanseendring tympanometri bekesyaudiometri. .	#

Lungesykdommer

Takst	Tekst	
507c	Dynamisk spirometri (flow-volume-curve).	Se kommentarer i tekst, slås sammen med 507d ***
507d	Ved gjentatt undersøkelse etter medikasjon.	Se kommentarer i tekst, slås sammen med 507c, kan eventuelt angi gjentatt undersøkelse med medikasjon med 2x taksten ***

Nevrologiske og psykiske lidelser

Takst	Tekst	
612a	Nødvendig samtale (utover det som naturlig hører inn i en konsultasjon) med pårørende/foresatt til pasient med psykiatrisk eller nevrologisk sykdom, kronisk alvorlig sykdom, terminal sykdom eller rusmiddelproblem eller	Se kommentarer i tekst. 612a og 612b bør kunne samordnes til en enkelt takst ***

Takst	Tekst	
	pårørende/foresatt til barn med psykisk utviklingshemming. Grunnlaget for bruk av taksten må fremgå av diagnose og journalnotat..	
612b	Nødvendig samtale (utover det som naturlig hører inn i en konsultasjon) med foreldre/foresatte ved pediatriske (yngre enn 18 år) problemstillinger knyttet til skoleproblemer mobbing, atferdsvansker, innvandrere/flyktningfamilie, søvnproblemer, enurese/enkoprese, atopiske sykdommer, sykkelig overvekt og anoreksi. Grunnlaget for bruk av taksten må fremgå av diagnose og journalnotat.	Se kommentarer i tekst. 612a og 612b bør kunne samordnes til en enkelt takst ***
615	Samtaletterapi ved allmennlege med minst 15 minutters varighet med pasienter med psykiske lidelser. Samtalen må avvike fra en vanlig samtale om medisinske problemstillinger, og være av terapeutisk karakter.	Bør defineres bedre og fremdeles unngå samordning med tidstakst ***
616	Særlig tidkrevende arbeid ved henvisning til eller innleggelse i kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KAD), psykiatriske og barnepsykiatriske institusjoner, behandlingshjem, opptreningsinstitusjoner, smerteklinikk, i kursted for alkoholikere eller spesialklinikk for narkomane og psykisk utviklingshemmede.	Se kommentarer i tekst ***
617	Bruk av anerkjent skjema for kartlegging av psykiatrisk sykdom og/eller nevrologisk sykdom, ved mistanke om alkoholmisbruk, for eksempel Alcohol Use Disorders Identification (WHO) og ved kroniske hodepinetilstander.	Se kommentarer i tekst, diagnose angir problemstillingen ***
618	Overvåket urinprøvetaking av pasient i Legemiddel Assistert Rehabilitering (LAR)	Se kommentarer i tekst. Viktig for å vise involvering i LAR-arbeid ***

Takst	Tekst	
660	Merarbeid ved årlig, fullstendig undersøkelse av pasienter der kommunen har overtatt legemiddelhåndteringen, utviklingshemmede, demente og pasienter med kroniske psykoser som behandles med psykofarmaka med behov for tverrfaglig oppfølging	Se kommentarer i tekst. Årskontrolltakst bør utredes som samletakst og diagnosen gir problemstillingen ***

Takst	Tekst	
701a	Taking av prøver til laboratorieundersøkelse på legens kontor eller innsending til medisinsk laboratorium. (Gjelder kun prøver som refunderes av trygden) <i>Ugyldig takstkombinasjon: 1e</i>	Se kommentarer i tekst ***
701c	Innsending av prøver, utover den første sendeprøven som omfattes av takst 701a	#
701d	Innsending av positiv, inkubert urinprøve	#
701h	Hurtigtest/antigentest covid-19.	Se kommentarer i tekst, samles med andre virustester (influenza, covid-19, mononukleose, herpes og andre) ***

Takst	Tekst	
703	Inkubering av objektglassagar (inkl. prøveglass).	#
704j	Blod i fæces.	*** Sammenslås med 705a og 706j
704k	Trichomonas vaginalis i sekret og «clue cells».	#
705a	Blod i fæces	*** Sammenslås med 704j og 706j
705g	Manuell fremstilling og farging av blodutstryk.	#
705h	Prøvetaking til chlamydiaundersøkelse	#
705i	Skabbmidd eller sopp	#
705j	Mikroskopisk undersøkelse av tørket/fiksert og farget preparat med spesifikk fargemetode	#
705k	Immunologisk CRP-test	***
705l	Prøvetaking til direkte immunfluorescens for Herpes	*** hvis den inngår i en samletakst for virusprøver (influensa, covid-19, mononukleose, herpes og andre)
706f	Hematologisk analyse med celleteller (trombocyttnmåling, differensialtelling og MCV)	***
706h	Immunologisk graviditetstest/HCG-test	**
706j	Immunologisk test for blod fra nedre del av tarmen	***Sammenslås med 704j og 705a
706k	Immunologisk test for bakterieantigen (streptokokker)	***
706l	Immunologisk test for virusantigen (mononukleose)	*** Samles i virustester (influensa, covid-19, mononukleose, herpes og andre)
707	Taking og tyding av EKG	***
708a	Glukose	**
708b	Analyse av ALAT og GT	*
708c	Totalkolesterol	*
708d	Analyse av kreatinin	*
708e	Analyse av kalium	*
709	HbA1c	***
710	Trombotest/INR-test	***
711	Hurtigtest for påvisning av Helicobacter pylori	#
712	Kvantitativ måling av mikroalbuminuri i	***

G. Radiologi

Takst	Tekst	
	I. Over- og underekstremiteter	
800	Radiologiske undersøkelser.	Se kommentarer i tekst. En radiologitakst er tilstrekkelig for å vise at teknologien er brukt ***
	II. Hals og brystorganer	

Takst	Tekst	
851	Lunger med 1, 2 eller flere plan.	#
Takst	Tekst	
899	Tillegg for undersøkelse	#

