
Utvalg for tjenestetyper i Adresseregisteret

Møte	6/2018
Dato	04.10.2018
Saksunderlag oppdatert	01.10.2018
Inviterte	Annebeth Askevold (Direktoratet for e-helse) Gry Seland (Direktoratet for e-helse) Anita Lorck (Direktoratet for e-helse) Gro Wangensteen (Forvaltningssenter EPJ – representerer Helse Nord) Rut Naversen (St. Olavs hospital) Jeanette Wiger (Sykehuspartner – representerer Helse Sør-Øst) Wenche Aarland (Norsk helsenett) Susanne Prøsch (Legeforeningen) Anne Marit Rennemo (Oslo kommune) Irene Henriksen Aune (Arendal kommune) Egil Rasmussen (Stavanger kommune) Atle Betten (Kristiansund kommune) Mette Herstein Monsen (Helse Vest) Mona Pedersen (Lenvik kommune)

Oppfølging av
diskusjon i
arbeidsmøte
05.09.2018

Til informasjon

Legevakten er en svært sentral og viktig helsetjeneste for publikum utenom kontortid for egen fastlege, og det er derfor svært viktig at også denne tjenesten organiserer seg og publiserer korrekt i Adresseregisteret. Legevakten har i mange tilfeller medisinskfaglig ansvar for KAD/ØHD og annen kommunal virksomhet utenom kontortid, og det kan være behov for toveis kommunikasjon for rollen legevaktstjeneste.

Legevaktstjenesten organiserer på mange ulike måter. Dokumentasjon knyttet til legevaktstjenesten skjer ofte i ulike epj-systemer. Mange fastleger som har legevaktstjeneste for kommunen dokumenter i eget epj-system og kommuniserer i rollen som fastlege. Dette kan påvirke pasientsikkerheten, gjøre det vanskelig for pasienter å få innsyn i egne journalopplysninger og gjøre det vanskelig å føre tilsyn etter pasientklager.

Denne praksisen gjør det vanskelig å kommunisere elektronisk med legevaktstjenesten i de ulike kommunene på en enhetlig måte.

En forutsetning for at dette skal være mulig er at kommunene/kommunesamarbeidene har et eget epj-system for legevaktstjenesten.

Selv om det kan være delte meninger om bestemmelser i lov eller forskrift pålegger en privatpraktiserende allmennlege (med eget EPJ-system) å føre journal i kommunens EPJ-system, så er de forpliktet av [Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeförening om vilkår for leger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen](#):

"7.5 Det forutsettes at legen under legevakt fører journal som kan danne grunnlag for pasientstatistikk. Det avgis journalnotat til fastlege såfremt pasienten ikke motsetter seg dette. Kommunen skal stille elektronisk pasientjournal til disposisjon og bør sørge for at andre nødvendige IKT-systemer er tilgjengelig for alle kommunale legevaktkontorer".

Til diskusjon

Er informasjonen over tilstrekkelig for at kommunene skal kunne tilrettelegge for elektronisk kommunikasjon med legevaktstjenesten?

Oppfølging av
diskusjon i
arbeidsmøte
05.09.2018

Bakgrunn

- I kodeverk 8663 Tjenestetyper for kommunal helse- og omsorgstjeneste finnes tjenestetypene *KA03 Kommuneoverlege* og *KA0301 Smittevern*.
- 27 kommuner har publisert tjenestetypen *kommuneoverlege* i Adresseregisteret. 65 personer er registrert med tittel kommuneoverlege.
- 47 kommuner har publisert tjenestetypen *smittevern* i Adresseregisteret
- Diagnostiserende lege har plikt til å melde inn et sett av sykdommer til Folkehelseinstituttet ved bruk av papirskjema, se [Meldingssystem for smittsomme sykdommer \(MSIS\)](#). Kopi av meldingen sendes på papir til kommuneoverlegen i den kommunen den smittede oppholder seg.
- En veileder for bruk av tjenestetypen *smittevern* er publisert på nettstedet til Norsk Helsenet, [Veileder for elektronisk meldingsutveksling: Smittevern](#). Denne må oppdateres når det blir besluttet hvilke tjenestetyper skal være benyttet.
- For samhandling med SYSVAK finnes det i tillegg en egen tjenestetype i 8666 Felles tjenestetyper: *06 Vaksinasjon*
- Innspill fra Susanne Prøsch etter samtale med to kommuneoverleger: legene ønsker sikker elektronisk meldingsutveksling til tjenestetype Kommuneoverlege. De kjenner ikke på behovet å skille ut en tjeneste for smittevern, da dette er en naturlig del av deres oppgaver. Meldinger som omhandler smittevernoppgaver, typisk MSIS, som fortsatt er på papir, kan eventuelt i fremtiden tagges med f.eks. MSIS. Noen få steder er det oppnevnt egen smittevernlege, men funksjonen er fortsatt underlagt kommuneoverlegen.

Til diskusjon

Er det behov for både tjenestetypen kommuneoverlege og smittevern?

Sak 20/18	Demenskoordinator og Kreftkoordinator.
<p>Oppfølging av diskusjon i arbeidsmøte 05.09.2018</p>	<p>I arbeidet med tjenestebasert adressering del 3 ble det bestemt at disse skulle utgå, og at <i>Sykepleietjeneste</i> skulle brukes i stedet.</p> <p>Nå er det en risiko for at kommuner som i dag har publisert demenskoordinator og kreftkoordinator vil publisere tre instanser av Sykepleietjeneste for å kompensere for tjenestetypene som utgår, og bruke sted/funksjon for å vise at meldingen skal sendes til demenskoordinator/kreftkoordinator og ikke generell sykepleietjeneste. Dette er ikke i tråd med ideen bak tjenestebasert adressering. Pr. i dag (18.09.2018) har 25 kommuner publisert demenskoordinator, og 29 kommuner har publisert kreftkoordinator.</p> <p>Hvis disse tjenestetypene skal likevel ikke skal utgå må de føres opp på listen over anbefalte tjenestetyper.</p> <p>Til diskusjon</p> <p>Er det behov for å opprettholde tjenestetypene demenskoordinator og kreftkoordinator?</p>

Sak 21/18	Koordinerende enhet i kommunen
	<p>Innspill fra Flora kommune:</p> <p>"Behov for tenestadresse for koordinerende eining.</p> <p><i>Kommunane er pliktige til å ha ei koordinerende eining. Plikta til å etablere koordinerende finn ein i forskrifta om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6:</i></p> <p><i>«Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering».</i></p> <p><i>Ei koordinerende eining har funksjonar ut over sakshandsaming i kommunen. Den har ansvaret for å koordinere tenester til brukar i dei tilfeller det er stor grad av behov for tverrfagleg innsats også ut over kommunen sine egne tenester.</i></p> <p><i>Det er derfor behov for å få opprette ei eiga tenesteadresse til dette formålet.</i></p> <p><i>Meir om koordinerende eining finn de på https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator"</i></p>

	<p>Til diskusjon</p> <p>Hvordan skal man adressere til koordinerende enhet i en kommune?</p> <p>Er det behov for en egen tjenestetype for koordinering av habilitering og rehabilitering?</p>
--	--

Sak 22/18	Manuellterapi
	<p>Manuellterapeuter er definert som fysioterapeuter med tilleggskompetanse: Sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett i Helsepersonellregisteret.</p> <p>Det har kommet en henvendelse om å opprette tjenestetypen manuellterapi fra Pasientsky via Ståle Tunang-Nybakkk hos NHN:</p> <p><i>Pasientsky har i møte gitt uttrykk for at de ønske manuellterapi som tjeneste i AR. (..) Tar dere det med i neste møte i Utvalg for tjenestetyper?</i></p> <p>Tidligere diskusjoner, EPJ-løftet for fysioterapeuter, mai 2017</p> <p>Spørsmålet om egen tjenestetype for manuellterapi ble diskutert i et styringsgruppemøte med Norsk fysioterapiforening (NFF), Norsk manuellterapiforening og Privat praktiserende forbund i mai 2017. Det er kun manuellterapeutene som har henvisning- og rekvisisjonsrett [og rett til å sykmelde]. De andre forbundene hadde ingen innvendinger mot at manuellterapeutene fikk en egen tjenestetype for bruk til henvisning og rekvirering, såfremt tjenestetypen <i>Fysioterapi</i> må opprettholdes i tillegg.</p> <p>Fra høringssvar fra Norsk manuellterapiforening til Tjenestebasert adressering del 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuellterapeuter har lignede fullmakter som fastleger og kiropraktorer på muskel- og skjelettområdet: De kan henvise til spesialist/sykehus og fysioterapeut, rekvirere røntgen/MR og sykmelde. • Viktig for mottaker av en henvisning å se at avsender har henvisningsrett, da meldinger tidligere har blitt stoppet "da fysioterapeuter ikke har henvisningsrett" <p>Til diskusjon</p> <p>Bør tjenestetypen manuellterapi opprettes i 8666 Felles tjenestetyper?</p>

Sak 23/18	Problemstillinger fra Helse Midt-Norge
------------------	---

Meldingsansvarlige ved sykehusene i Midt-Norge har gjennomgått endringene som er besluttet, og har kommentarer til konsekvensene dette vil få for Helse Midt-Norge.

Til diskusjon:

- Der det ikke er angitt hvilken tjenestetype som skal brukes for å erstatte den som utgår, hvilken skal brukes? Gjelder allergologi og Læring og mestring.
- Er det noen av tjenestetypene som er bestemt fjernet som bør vurderes på nytt?

Tjenestekode (kodeverk)	Anbefalt kode	Konsekvens/tiltak
Allergologi (RAAO) (8655)	Ingen	<p>St. Olav ca eksterne 20 henv/mnd</p> <p>Regional funksjon som alle HF har. Den er sikkert organisert forskjellig i de forskjellige RHF, hos oss under arbeidsmedisin. Vi bruker denne for henvisninger til Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet som har typisk tverrfaglig tilnærming – les mer.</p> <p>Ønsker å kunne bruke denne inntil eventuell ny entydig tjenestetype er opprettet.</p>
Fostermedisin (8655)	Fødselshjelp og kvinnesykdommer	<p>St. Olav ca 180 henv/mnd.</p> <p>Regional funksjon for fostermedisin. Alle RHF har nå et Senter for fostermedisin. Godt innarbeidet pga. at vi hadde nasjonal funksjon i mange år. Mange henvisninger pga rutineultral lyd sendes til Svangerskapspoliklinikken hit også. Alternativ vil være å opprette en instans til av Obstetrikk (Fostermedisin), ikke anbefalte Kvinnesykdommer og fødselshjelp (Fostermedisin) i alle fall.</p> <p>Ønsker å beholde denne får å få flest mulig direktesendte henvisninger</p>
Klinisk farmakologi (8654)	Laboratiefag (klinisk farmakologi)	<p>St. Olav Ca 10 henv og 5 dial/mnd</p> <p>Nasjonal funksjon. Eneste laboratoriespesialitet som ikke har egen kode i Tjenestetyper for bildediagnostikk og laobratoriefag (OID8660). Brukes for spørsmål</p>

		<p>og avklaringer. Mottar både henvisninger og dialogmeldinger. Men henvisningene er nok egentlig forespørsler.</p> <p>Ønsker å beholde denne tjenestekoden hos oss. Vi tror også at de andre laboratoriefagene etter hvert vil ha behov for å kunne motta og svare på dialogmeldinger på henvendelser som de i dag får per telefon i sann tid.</p>
Klinisk nevrofysiologi (8654)	Laboratoriefag (klinisk nevrofysiologi)	<p>St. Olav Ca 100 henv/mnd</p> <p>Organisert sammen med nevrologi hos oss. Hvis vi ikke kan beholde, vil det være mer aktuelt å lage en ekstra instans nevrologi (KNF) framfor manuell videreruting av henvisningene.</p> <p>Ønsker å beholde tjenestekoden.</p>
Læring og mestring (8657)	Ikke angitt. Antakelig konkret fagområde	<p>St. Olav Ca 7/mnd</p> <p>Lokal funksjon. Lærings- og mestringsopplæring som er organisert sentralt hos oss i Klinikk for klinisk servicefunksjoner. Er vel eneste sted i landet hvor tjenesten er organisert på denne måten. Vi er bekymret for at disse henvisningene vil bli forsinket videreformidling om de skal sendes til aktuelt fagområde.</p> <p>En adresse inn til disse tilbudene er ønskelig</p>
Sykelig overvekt (8657)	Gastroenterologisk kirurgi (Fedme-poliklinikk)	<p>St. Olav 55/mnd, HNT 7/mnd</p> <p>Igjen et typisk tverrfaglig område, hos oss organisert under gastrokirurgi. Godt innarbeidet.</p> <p>St. Olav vurdere ny gastroenterologisk instans om vi ikke kan beholde, HNT avslutte sin og benytte eksisterende Gastroenterologisk kirurgi</p>
Tverrfaglig ryggbehandling (8655)	Konkret fagområde	<p>St. Olav 166/mnd, HMR 18/mnd</p> <p>Igjen et tverrfaglig område for langvarige smerter i rygg, nakke eller skulder som involverer, nevrologi, fysisk medisin, nevrokirurgi (St. Olav) og ortopedi – les her. Betydelig arbeid å etablere området, det var et poeng å få en egen henvisningsadresse som ikke var knyttet til ett av fagområdene for å synliggjøre tverrfagligheten. Dersom henvisningene skal gå til konkret fagområde,</p>

		<p>vil henvisningene vil måtte vidererutes manuelt. De vil drukne hos ortopedi som har 1000/mnd. Årsaken til at tjenesteområdet ble opprettet var for å forhindre at ryggpasientene henvises til det ene fagområdet etter det andre å få et langt behandlingsforløp.</p> <p>Ønskes beholdt videre</p>
<p>Rehabilitering (ReHR) (8655)</p>	<p>Konkret fagområde</p>	<p>Ca 290 henv/mnd</p> <p>Regional funksjon. Alle RHF har organisert en slik funksjon Mottak og vurdering av søknader til private rehabiliteringsinstitusjoner – les <u>mer</u>. Virker feil å lage en ekstra instans av Fysikalsk medisin og rehabilitering, da søknaden gjelder rehabilitering. Bør ha en egen kode som gjør det lett for henviser å finne adressen.</p> <p>Ønsker å beholde Rehabilitering inntil eventuell ny, entydig kode er utviklet</p> <p>Merknad fra Direktoratet for e-helse</p> <p>Se sak 3/2018 der det ble besluttet at kode 10 Rehabilitering i kodeverk 8666 kan benyttes for regionalt koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten</p>

Sak 24/18	Bruk av feltet sted/funksjon
	<p>Feltet sted/funksjon brukes ulikt i dag.</p> <p>Diskusjon</p> <p>Er det behov for retningslinjer for å sikre at feltet brukes på en hensiktsmessig måte for både for avsender og mottaker?</p>