

Handlingsplan for å redusere overforbruk og variasjon innan laboratoriefaga



Innhold

- › [Bakgrunn](#)
- › [Oppsummering av tiltak](#)
- › [Tiltaksgruppe nasjonalt laboratorienettverk](#)
- › [Tiltaksgruppe finansiering og forskriftsendringer](#)
- › [Tiltaksgruppe optimalisering av IKT](#)
- › [Tiltaksgruppe kompetanseheving og faglige anbefalinger](#)

Bakgrunn

I Oppdragsdokument 2023 bad dei regionale helseføretaka om i fellesskap å setja inn tiltak for å støtta kunnskapsbasert praksis, kvalitet, berekraft, effektiv ressursbruk og redusere uønskt variasjon.

Helse Vest vart tildelt følgjande oppdrag frå HOD:

Under leiing av Helse Vest RHF kartleggje variasjon i bruk av laboratorie-, bilet- og radiologitenester, og setja inn tiltak for å redusere overforbruk av desse tenestene. SKDE bør involverast i arbeidet.

Vi ønskjer å lage ein dynamisk, ikkje tidsavgrensa handlingsplan og ein møtestruktur som Nasjonalt laboratorienettverk kan bruke for å løyse og implementere tiltak som vil redusere variasjon og overforbruk innan laboratoriefaga.

Handlingsplanen baserer seg på rapporten: Variasjon i bruk av laboratorietenester, utarbeidd på oppdrag frå HOD.

I delrapport 1 har prosjektgruppa kartlagt bruk av laboratorietenester i dei fire fagområda medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, medisinsk mikrobiologi og immunologi og transfusjonsmedisin. Prosjektgruppa fann stor variasjon innanfor alle fagområda, som ikkje kan koplust til variasjon i førekomst av sjukdom.

I delrapport 2 har vi foreslått 9 tiltak som kan redusere variasjon og overforbruk av desse tenestene.

I denne handlingsplanen vil vi beskrive korleis desse tiltaka skal gjennomførast, korleis ein kan måle effekten av tiltaka og korleis arbeidet kan organiserast vidare, leidd av Nasjonalt laboratorienettverk.

Nasjonalt laboratorienettverk med tilhøyrande tiltaksgrupper opprettast hovudsakleg med ressursar frå helseføretak og regionale helseføretak. Prosjektgruppa vil sende førespurnader om desse ressursane til regionale helseføretak og aktuelle lokale helseføretak, og vil spesifisere at det er ønskjeleg med personar som har vore med i arbeidet med utarbeiding av rapporten.

I tillegg er det planlagt at personar frå Helsedirektoratet og SKDE deltek i nasjonalt laboratorienettverk og tiltaksgrupper.

Prosjektgruppa vil sende førespurnader om desse ressursane direkte til Helsedirektoratet og SKDE.

Oppsummering av tiltak

Tiltak	Ansvar	Hvordan
Finansiering		
A Aktivitetsbasert finansiering for polikliniske laboratorietenester bør ikkje vere vesentleg høgare enn marginalkostnadene. Rammefinansiering bør aukast.	Helse- og omsorgs-departementet	Dette er ei politisk avgjerd. Endringa må gjerast i statsbudsjettet.
B Fastlegane si finansiering av laboratorieprøver bør også endrast slik at ein større del av finansieringa blir lagt til basistilskotet, og den aktivitetsbaserte finansieringa blir redusert. Dette må greiast ut vidare.	Helse- og omsorgs-departementet	Korleis laboratorieprøver skal finansierast hos fastlegane bør greiast ut vidare.
C Endre forskrifter som regulerer private helsetenester og rekvirering: - Forplikte private leverandørar til å overhalde volumrammer som blir sett i avtalar med dei regionale helseføretaka om offentleg kjøp av laboratorietenester. - Avgrense rekvirering av offentleg finansierte laboratorietenester frå tilbydarar som berre baserer seg på digital pasientkontakt.	Helse- og omsorgs-departementet	Forskriftsendring i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter - Lovdata Forskriftsendring i Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften) - Lovdata

Tiltak		Ansvar	Hvordan
Retningslinjer og faglege tilrådingar			
D	RHF-a må opprette eit felles nasjonalt laboratorienettverk som kan bidra med å: • Strukturere arbeidet med retningslinjer og rettleiarar. • Måling av etterleving av retningslinjer. • Bidra med nasjonale kriterium for analysepakkar. • Sikre implementering av tiltak for kompetanseheving og rett bruk av laboratorietenester. • Utarbeide nasjonale krav for rekvireringsløsninger • Delta i arbeidet med justering av kodeverk og finansiering, slik at det blir tilpassa medisinsk og teknologisk utvikling. • Velja ut eit sett analysar/indikatorar, som oppdaterast rutinemessig med nye tal, for å følgja med på utviklinga i bruk av laboratorieanalysar og geografisk variasjon. • Gi innspel til programutvalet ved dei medisinske fakulteta og helsedirektoratet, når det gjeld spesifikke læringsmål i medisinstudiet og spesialistutdanninga for legar. • Leggje til rette for informasjonsdeling om lokale tiltak og prosjekt som har bidrege til god fagleg rekvireringspraksis og bruk av laboratorietenester.	RHF-a opprette eit nasjonalt laboratorie-nettverk. Oppstart innan sommaren 2025, med målsetjing om full operativ drift innan utgang av 2026. Nettverka vil rapportere årleg til det interregionale fagdirektørmøtet. AD-møtet vil få lagt seg føre ei sak i løpet av våren 2025 om etablering av nettverka.	Nasjonalt laboratorienettverk har representantar frå: • Alle 4 RHF-a og aktuelle laboratorium • Helsedirektoratet • Dei fagmedisinske foreiningane • SKDE
Optimalisering av IKT-system			
E	Krav til integrasjon mot felles løysingar for elektronisk rekvirering og svar for EPJ-leverandørar til primærhelsetenesta. Implementert innen utgangen av 2026	Helsedirektoratet/HOD	Helsedirektoratet bør stille som krav at alle EPJ-system integrerer det elektroniske rekvireringssystemet til helseføretaka og prøvesvarsystem for laboratoriefag.
F	Innføre funksjonalitet for minste retestingsintervall og reflekstesting, og dessutan tilgang for integrert rettleiing i rekvireringsvindauge. Bestilt innen utgangen av juni 2025, og utviklet av leverandør innen utgangen av 2026.	Helseføretak	Funksjonaliteten kan utviklast i rekvireringssystema, men vil berre vere tilgjengeleg for brukarar med ein EPJ leverandør som har tilrettelagt for integrasjon. Jfr. tiltaket over.

Tiltak		Ansvar	Hvordan
Kompetanseheving			
G	Kunnskap om riktig bruk av laboratoriet blant leger må styrkast. Spesifikke læringsmål bør utviklast for medisinstudiet og spesialistutdanninga for legar (LIS). Påbegynt innen utgangen av juni 2025 og implementert innen utgangen av 2026.	Helsedirektoratet utarbeider retningslinjer og læringsmål for spesialistutdanninga. Hdir samarbeider med RHF, universiteta og legeforeningen for å sikre at utdanninga oppfyller krav og standardar.	Programutvalet ved de medisinske fakulteta og helsedirektoratet bør få innspel frå Nasjonalt laboratorienettverk, når det gjeld spesifikke læringsmål i medisinstudiet og spesialistutdanninga for leger (LIS).
H	Visualisere og tilgjengeliggjøre data som viser bruk av laboratorietjenester for kvar enkelt rekvirent samanlikna med tilsvarende rekvirenter. For fagområdet medisinsk biokjemi vil datakvaliteten bli vesentlig bedre dersom man fjerner stjernetakstordningen. Utviklet innen 2025 og implementert hos 50% av rekvirentene innen utgangen av 2026.	SKDE i samarbeid med analysemiljøa i RHF-a Helsedirektoratet	SKDE, i samarbeid med analysemiljøa i RHF-a, må utarbeida og tilgjengeliggjøre data for helseføretaka, som kan bruke dette til å identifisere variasjon og følge opp rekvirentar og rekvireringspraksis. Helsedirektoratet må stille krav om registrering av HER-ID for rekvirentar ved innsending av behandlarkravmelding, for at SKDE skal kunne lage slike rapportar.

Tiltaksgruppe nasjonalt laboratorienettverk

Tiltak D: Opprette nasjonalt laboratorienettverk

Mål

Eit nasjonalt laboratorienettverk skal koordinere arbeidet i handlingsplanen for å sikre at tiltaka i handlingsplanen blir sett i verk på ein rask, kostnadseffektiv, fagleg og forsvarleg måte. Nasjonalt laboratorienettverk vil ha eit særskilt ansvar for implementering av handlingsplanen, korrigering av tiltak og måling av etterleving.

Status på aktiviteten

I det nasjonale AD-møtet 14. april 2025 (sak 019/2025) fekk prosjektgruppa i oppdrag å opprette det nasjonale laboratorienettverket, som vil ha ansvar for gjennomføring av tiltaka og å måle effekten av desse.

For å måle effekten av tiltaka er det ønskeleg å følgje endringar i variasjon av analysane frå nullpunktsmålinga og kartlegginga i delrapport 1.

SKDE, som deltok i kartlegginga i delrapport 1, vil delta i nettverket og har teke på seg ansvaret med å lage tilsvarende rapportar i samarbeid med nasjonalt laboratorienettverk framover, som gir fortløpande oppdateringar.

Rapportane vil publiserast i Klinisk Dashbord, som er utvikla av Helse Sør-Øst og som SKDE overtar 1 juni 2025.

Dette føresetter at det blir satt av ekstra ressursar til utvikling og drift av Klinisk Dashbord.

Nettverket vil rapportere årleg til det interregionale fagdirektørmøtet.

Nasjonalt laboratorienettverk skal leiest av ein representant frå eit RHF, og treng ein koordinator frå eit HF som blir frikjøpt i 50% stilling. Dette vil sikre kontinuitet i arbeidet og prioritet.

Inkludert leiar vil nettverket ha 5 representantar frå RHF-a, ein frå HV, HM og HN RHF og 2 frå HSØ RHF, 1 representant frå SKDE, 1 representant frå Helsedirektoratet, 2 representantar frå medisinsk mikrobiologi, 2 representantar frå medisinsk biokjemi, 2 representantar frå immunologi og transfusjonsmedisin og 2 representantar frå klinisk farmakologi.

Desse 8 fagspesialistane bør representere store laboratorium i alle 4 helseregionar. Vi har førebels vurdert at fagområda patologi og medisinsk genetikk ikkje blir inkludert i arbeidet, slik det vart vurdert i arbeidet med rapporten som ligg til grunn for denne handlingsplanen.

Mandatet for nettverket er å bidra i arbeid som reduserer overforbruk og variasjon i laboratoriefaga.



Nasjonalt laboratorienettverk vil også ønske å ha:

Styringsgruppe for nettverket:

- Det interregionale fagdirektørmøtet

3 Tiltaksgrupper:

- Finansiering
- Kompetanse og faglege retningslinjer
- Optimalisering av IKT som kan løyse faglege tiltak

Referansegrupper:

- Dei fagmedisinske foreiningane, Noklus, Allmennlegeforeninga, PSL, Nasjonalt klinikkleder-forum for laboratoriemedisin , kloke-valg

Kvar av tiltaksgruppene blir leia av ein RHF-representant frå det nasjonale laboratorienettverket. Andre deltakarar i tiltaksgruppene vil variere ut frå kva tiltak som skal greiast ut og implementerast.

Arbeidet med dei ulike tiltaka går føre seg primært i tiltaksgruppene, og leiarane for tiltaksgruppene tek med seg sakene til nasjonalt laboratorienettverk for forankring og koordinering. Representantane frå nasjonalt laboratorienettverk deltek også i tiltaksgruppene når det er behov for det, slik at alle fagområde er representerte. Nokre av tiltaka krev involvering frå fleire tiltaksgrupper, og nasjonalt laboratorienettverk har eit overordna ansvar for alle tiltaka.

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

Vidare støtte i det nasjonale AD-møtet for RHF'a og det interregionale fagdirektørmøtet, slik at vi kan be om representasjon til nettverket og leggje fram saker i linjestrukturen til HOD, helsedirektoratet, RHF-a, styringsstruktur for IKT, laboratorium og helseføretak.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit: Det nasjonale AD-møtet - RHF-a

Tiltaksgruppe: Nasjonalt laboratorienettverk

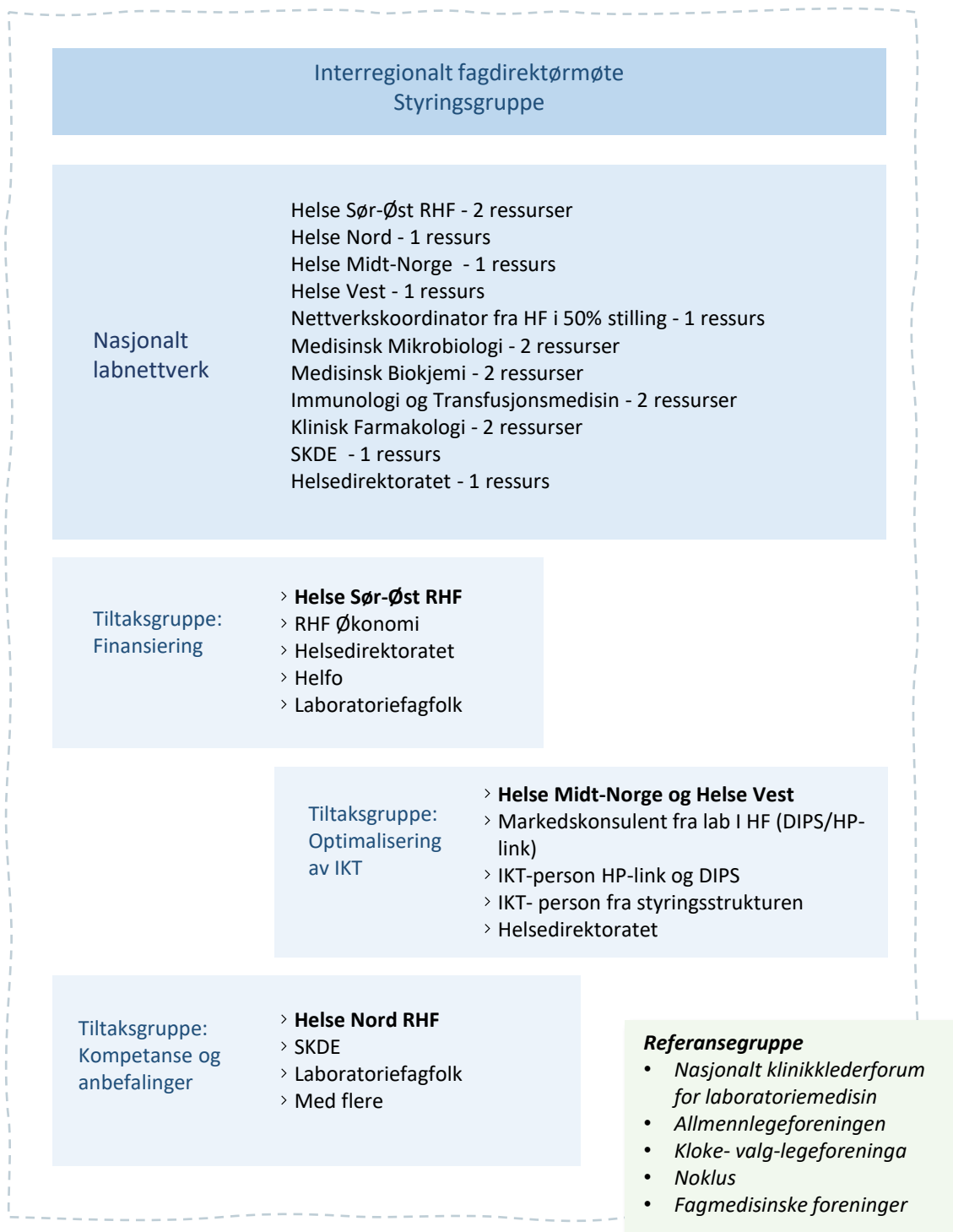
Andre bidragsytarar:

- RHF
- Lokale helseføretak
- SKDE
- Helsedirektoratet

Prioritering:



Organisasjonskart for Nasjonalt laboratorienettverk:



Tiltaksgruppe finansiering og forskriftsendringar

Denne tiltaksgruppa har ansvaret for tiltak A, B og C, og eventuelle andre framtidige tiltak som fell naturleg inn under finansiering og forskriftsendringar. Gruppa vil samarbeide med dei andre tiltaksgruppene, relevante referansegrupper og nasjonalt laboratorienettverk.

Tiltak A:

Aktivitetsbasert finansiering for polikliniske laboratorietenester bør ikkje vere vesentleg høgare enn marginalkostnadene. Rammefinansiering bør aukast.

Mål

Eit nasjonalt laboratorienettverk skal koordinere

Mål:

Redusere økonomiske incentiv for analysering av laboratorieundersøkingar både for sjukehuslaboratorium og private laboratorium. Redusere uønskt variasjon og sørgje for ein fagleg grunnlagt laboratediagnostikk.

Status på aktiviteten:

Det går føre seg eit kostnadskartleggingsarbeid i regi av Helsedirektoratet for å estimere kostnadsdekninga, der både RHF og HF er involvert. Resultat frå dette arbeidet skal estimere nivået på Helfo-refusjonane. Helfo-finansieringa er meint å dekkje om lag 40 % av kostnadene ved polikliniske laboratorieanalysar, men dekkjer i dag mykje meir. Dekningsgrada varierer mellom laboratoriefagområda.

Utfordringa er å skilje kostnader for laboratorieanalysar utførte poliklinisk (Helfo) frå inneliggjande pasientar (del av DRG) ved sjukehuslaboratorium samanlikna med private laboratorium som berre utfører laboratorieanalysar for polikliniske pasientar (Helfo).

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

Politisk vilje og fagleg og økonomisk støtte frå spesialisthelseteneste (RHF og HF). Endringar kan implementerast i Statsbudsjett 2026.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit: Helse- og omsorgsdepartementet

Tiltaksgruppe: Finansiering

Andre bidragsytarar: RHF og HOD (økonomidirektørar og AD) - dialog- og oppfølgingsmøte

Prioritering:



Tiltak A1:**Større dynamikk i revisjon av refusjonstakstar – tilpassa bruk av ny teknologi.****Mål:**

Tiltaket skal føre til større fleksibilitet og bidra til at kodeverket blir tilpassa endringar i laboratoria sitt arbeid med analysing av prøver, til dømes bli tilpassa eksisterande og ny teknologi.

Status på aktiviteten

RHF'a melder inn faglege representantar i referansegruppa for kodeverk og terminologi til HDIR (Helfo) i alle laboratoriefaga. I tillegg blir det meldt inn fagpersonar frå private laboratorium. Formålet med referansegruppene er å sikre at Helsedirektoratet får faglege råd knytt til helsefaglege kodeverk, klassifikasjonar og terminologiar innan laboratoriemedisin, og dessutan å innhente synspunkt frå relevante fagmiljø for råd og tilrådingar som blir gitt. Referansegruppene skal bidra til at nasjonale kodeverk/terminologiar er relevante, oppdaterte og dekkjer faglege behov.

RHF'a melder også inn representantar til faglege referansegrupper for refusjonsordning for poliklinisk laboratorieverksemd til HDIR (Helfo) i alle laboratoriefaga. Representantar frå dei private laboratoria deltek òg. Referansegruppene skal mellom anna gi råd til Helsedirektoratet om innplassering av kodar/prøvemateriale i refusjonskategoriar og gi innspel til utvikling av refusjonsordninga. Nasjonalt laboratorienettverk bør vere representert i desse referansegruppene via sine RHF representantar og fagpersonar.

Eksisterande regelverk og refusjonar blir i liten grad oppfatta å reflektere den delen av dei faktiske analysekostnadene dei er meinte å dekkje innanfor fleire analyseområde for laboratoriefagområda (eks. mikrobiologi og farmakologi). Innføring av ny teknologi, laboratorieutstyr og diagnostikk og dessutan utvikling av nye testar og metodar bidreg til dette.

Innspelet referansegruppene har til faglege endringar og oppdatering i kodeverk er viktig, bør styrkjast, bli utvikla vidare og bli prioritert høgare ift. fagleg legitimitet. Innspel til

finansiering av laboratorietakstar (Helfo) må koordinerast med nasjonalt laboratorienettverk. Vesentlege endringar som følgje av endring av refusjonskategoriar/nye takstar må koordinerast/avstemmast mot økonomidirektørar i RHF før endringar trer i kraft.

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

HDIR må endre mandat/oppdrag for referansegruppene. Fleire fagpersonar må involverast frå RHF/HF i referansegruppe for kodeverk og terminologi, og avgjerdene må forankrast i større grad enn i dag. Prosess for oppfølging av tiltak med økonomiske konsekvensar må beskrivast. Nasjonalt laboratorienettverk bør involverast til å bidra med dette.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit: HOD og HDIR i samarbeid med økonomidirektørar RHF

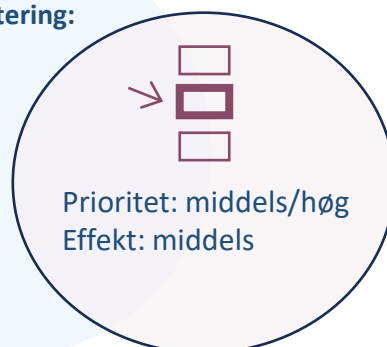
Tiltaksgruppe: Finansiering

Andre bidragsytarar:

- Faglege innspel til kodeverk
- HDIR i samarbeid med fagrepresentantar frå RHF/HF og nasjonalt laboratorienettverk. Deltaking og involvering av fagpersonar må styrkjast.

Innspel til finansiering av takstar

- HDIR, tilhøyrande referansegrupper, nasjonalt laboratorienettverk og økonomidirektørar RHF.

Prioritering:

Tiltak A3:

Sjukehuslaboratorium skal kunne utløyse finansiering for prøvetaking, slik dei private laboratoria kan gjere i dag.

Mål:

Prøvetaking er under endring, og blir i dag i større grad utført av sjukehuspoliklinikkar og private laboratorium. Finansiering av prøvetaking må likestillast for private og offentlege.

Status på aktiviteten

Fastlegar reduserer prøvetakinga si av eigne pasientar. I tillegg kunngjer fleire kommunar mellom anna prøvetaking og analysing på anbod for pleie- og omsorgstenester, der berre private laboratorium kan delta. F.o.m. 1.4.2025 er det berre ein leverandør som kan levere inn tilbod. Dette påverkar kvar prøvetaking og analysing blir utført (privat/offentleg).

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

- Krev forskrifts-/regelendring for å likestille ordninga.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit: Helse- og omsorgsdepartementet

Tiltaksgruppe: Finansiering

Andre bidragsytarar:

- Økonomidirektørar i RHF gir innspel til HOD
- Tiltaksgruppe for finansiering/nasjonalt laboratorium nettverk gir innspel til HOD

Prioritering:

Prioritet: middels
Effekt: middels



Tiltak B:

Finansieringa til fastlegane av laboratorieprøver bør endrast slik at ein større del av finansieringa blir lagd til basistilskotet, og den aktivitetsbaserte finansieringa blir redusert tilsvarande.

Mål:

Redusere finansiering og incentivet for analysering og prøvetaking i primærhelsetenesta, Takst 701a og 701c bør reduserast til 30% slik at 70% blir lagt i basistilskotet.

Status på aktiviteten

Fastlegereforma er ute på høyring og RHF-a gir innspel og samordnar i regi av Helse Vest RHF. Normaltariffen blir endra kvart år frå 1. juli etter takstforhandlingane. Forslaget er spelt inn til HOD i samband med takstforhandlingane i år.

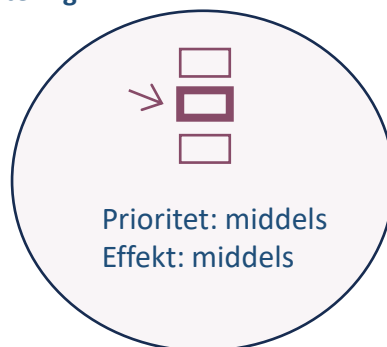
Fastlegar får ikkje honorar frå Helfo for å henvise til eller rekvirere røntgenundersøkingar frå spesialisthelsetenesta, men dei får honorar for å rekvirere laboratorietenester. Takst 701a-Taking av prøvar til laboratorieanalysar utgjorde i 2024: 552 518 582,-. Takst 701c Innsending av prøver utgjorde 26 399 303,-

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

- Endringar i refusjonssatsen og finansieringsmodellen til fastlegane.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

- Avgjerdsmyndigheit: Helse- og omsorgsdepartementet
- Tiltaksgruppe: Finansiering
- Andre bidragsytarar:
- Helse Vest RHF i samarbeid med øvrige RHF
- Tiltaksgruppe for finansiering/nasjonalt laboratorienettverk

Prioritering:

Tiltak C:

Endre forskrifter som regulerer private helsetenester og rekvisisjon: Forplikte private leverandører til å overholde volumrammer som setjast i avtalar med dei regionale helseføretaka om offentleg kjøp av laboratorietenester

Mål:

Endre lov og forskrift som regulerer private laboratorium si moglegheit til å produsere ut over avtalar med RHF

Status på aktiviteten

Private laboratorium utfører betydelege volum av analyser utanfor avtale med RHF (spesielt mot Helse Sør-Øst). Det avtalelause volumet finansierast i sin heilheit av Helfo. Helfo-finansieringa gir sterke økonomiske motiv for dei private til å ha eit høgt volum av laboratorieanalysar (skala-fordelar), men også å auke volumet ytterlegare mot primærhelsetenesta.

Den sentrale heimelen for stønad til prøver og undersøkingar ved private medisinske laboratorium og radiologiske undersøkingar og behandling ved private røntgenavdelingar eller røntgeninstitut, er folketrygdlova § 5-51 og forskrift gitt med heimel i bestemmelsen.

Helsetenester som vert tatt i mot ved private medisinske laboratorium og røntgeninstitut som har avtale med regionalt helseføretak, gir dermed rett til stønad for dei typar tenester som er omfatta av avtalen mellom regionalt helseføretak og laboratoriet eller røntgeninstitutet der helsetenesta ytes. Jamfør forarbeida var formålet å gi dei regionale helseføretaka auka ansvar og betre moglegheiter til å planleggje og prioritere det samla tilbodet om laboratorie- og radiologitenester innan eigen helseregion.

Det er imidlertid ikkje stilt som vilkår for rett til stønad at verksemda har avtale med det regionale helseforetaket i pasienten sin bustadsregion. For at eit privat laboratorium

eller røntgeninstitut skal kunne utløyse rett til stønad, og eventuelt motta direkte oppgjør, er det såleis tilstrekkeleg at virksomheten har avtale med eitt av dei regionale helseføretaka.

Problemstillinga omfattar private laboratorium si rett til refusjonskrav for analysevolum utover det som er avtalt med regionalt helseføretak («det avtalelause volumet»), og avgrense moglegheita for dette.

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

Krev Lov-/forskriftsendring.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit: Helse- og omsorgsdepartementet

Tiltaksgruppe: Tiltaksgruppe finansiering/nasjonalt laboratorienettverk

Andre bidragsytarar: Helse Vest RHF gir forslag til HOD via faglinja i samarbeid med øvrige RHF.

Prioritering:



Tiltak C1:

Avgrense rekvirering av offentlege finansierte laboratorietenester frå tilbydarar som berre baserer seg på digital pasientkontakt

Mål:

Prioritering av kva rekvirentar som kan belaste offentleg finansiert laboratoriediagnostikk.

Status på aktiviteten

Private kommersielle nettbaserte legetenester er i sterk vekst. Alle kostnader til prøvetaking og analysering dekkast av Helfo, så lenge "lege er søkt for sjukdom eller mistanke om sjukdom". Dette får konsekvensar for offentleg finansierte helsetenester og medfører risiko for unødvendig prøvetaking og oppfølging av pasientar i sjukehus. I tillegg kan det skape unødige bekymringar og stress hos pasientar. Private kommersielle og uregulerte tilbod gir samtidig forventningar til pasientar om behandling og oppfølging i sjukehus som verken bør eller skal prioriterast. Ei strengare regulering av retten til å rekvirere offentleg finansiert diagnostikk vil redusere unødige laboratorieanalyser.

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

Fagleg forankring og lov-/forskriftsendring.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit: Helse- og omsorgsdepartementet

Tiltaksgruppe: Tiltaksgruppe finansiering/nasjonalt lab.nettverk

Andre bidragsytarar: RHF gir forslag til HOD via faglinja i samarbeid med øvrige RHF

Prioritering:

Prioritering: Høg
Effekt: Middels



Tiltaksgruppe

optimalisering av IKT

Denne gruppa har ansvaret for tiltak E og F og eventuelle andre framtidige tiltak som fell naturleg inn under denne kategorien. Gruppa vil samarbeide med dei andre tiltaksgruppene, relevante referansegrupper og nasjonalt laboratorienettverk.

Tiltak: E

Krav til integrasjon mot felles løysingar for elektronisk rekvisirering og svar for EPJ-leverandørar til primærhelsetenesta/avtalespesialistar.

Mål

Alle IKT-system i primærhelsetenesta og hos avtalespesialistane må kommunisere med offentlege nasjonale og regionale løysingar, slik at vi får gode standardiserte elektroniske løysingar for rekvisirering og svarrapportering av laboratorieanalysar. Det må stillast konkrete krav til leverandørar av journalsystem.

Vi ønskjer å nå alle rekvisirentane som nyttar elektroniske løysingar for rekvisirering og prøvesvar med tiltak mot overforbruk.

Alle rekvisirentar bør bruke same rekvisisjonssystem, med standardisert brukargrensesnitt, felles reglar, algoritmar og avgjerdsstøtte. Dette vil bidra til meir einsarta bruk av laboratorietenestene, styrke kvaliteten på rekvisireringa og sikre at pasientane får likeverdige tenester uavhengig av kor dei behandlast. Når alle bruker same plattform, blir det enklare å oppdatere og vedlikehalde retningslinjer, algoritmar og kliniske anbefalingar.

Det må innførast avgjerdsstøtte i rekvisireringssystemet, og dersom alle bruker same løysing blir det enklare å sikre at rekvisireringa er i tråd med nasjonale tilrådingar

og faglege standardar. Rekvisirentar som bruker same system, rekvisirer meir likt fordi brukargrensesnitt og innhald som til dømes analysepakkar, algoritmar og kva analysar som blir tilrådde ved ulike problemstillingar kan vere likt.

Status på aktiviteten:

Dei ulike helseregionane nyttar dei elektroniske rekvisireringssystema Interactor (knytt til DIPS, i bruk i Helse Nord, Vest og Sør-Øst) og HP Link (knytt til Helseplattformen, i bruk i Helse Midt) for rekvisisjonar frå primærhelsetenesta. Desse systema er integrerte mot dei fleste EPJ systema som brukast av fastlegar og avtalespesialistar. Det er imidlertid ikkje alle leverandørane som har prioritert å utvikle ein slik funksjonalitet. Dei ulike systema har ulik måte å vise laboratorieresultat på. Dette kan føre til ulik tolking av det same resultatet, noko som igjen kan føre til ulik rekvisirering. Tydelegare retningslinjer for svarvising kan redusere variasjonen på dette området.

Private laboratorium bruker ikkje same rekvisisjonssystem som dei offentlege sjukehusa.

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

Nasjonalt laboratorienettverk må opprette ei tiltaksgruppe som jobbar med optimalisering av IKT for å løyse faglege problem.

HOD og Hdir må påleggje EPJ-leverandørane å kontinuerleg tilpasse seg offentlege nasjonale og regionale løysingar som Interaktor, HP Link / Helseplattforma og dei nasjonale løysingane i Norsk helsenett. I tillegg må det vere eit krav at dei følger meldingsstandardar eller andre standardar for kommunikasjon og presentasjon av informasjon og det må få konsekvensar dersom desse ikkje følgast.

Krav om god integrering mot offentlege IKT-system bør vere eit vilkår for basistilskot og driftstilskot hos fastlegar, kommunehelseteneste og avtalespesialistar. I dag har laboratoria krav om å tilby elektronisk rekvisirering, men det er avhengig av integrasjon i EPJ-systema. Leverandørane av desse EPJ systema må forplikast til å bidra til å utvikle en slik integrasjon

RHFa må stille krav i avtalane med private laboratorium om at dei må bruke same rekvisisjonssystem som dei offentlege sjukehusa.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit:

- RHF må prioritere utvikling av nødvendig funksjonalitet i eigne system, og vektlegge bruk av en nasjonal rekvisiteringsløsning ved anskaffelse av private laboratorietenester.
- Helsedirektoratet må stille tydelege krav til bruk av Norsk Helsenett, integrasjonar som brukast til rekvisirering og tilvising, svarvisning.
- Helse- og Omsorgsdepartementet må understøtte at Helsedirektoratet og RHF stiller strengare krav til integrasjonar og bruk av løysningar for elektronisk rekvisirering og tilvising.

Tiltaksgruppe: Optimalisering av IKT

- Representantar frå RHF – Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst
- Representantar frå HF som jobbar ut mot eksterne rekvisitorar
- Representantar frå HF som jobbar med system som brukast til rekvisirering
- IKT-person som sit strategisk til i styringsstrukturen for IKT – Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst
- Helsedirektoratet

Andre bidragsytarar: Norsk Helsenett

Prioritet:

Gevinstrealiseringa vil vere størst i opptaksområde med stor bruk av private laboratorium. Syning av variasjon i rekvisitpraksis har vist seg å ha god effekt på rekvisitertatferd.

Nokre av tiltaka vil krevje forskriftsendingar og avgjerder i Helse- og Omsorgsdepartementet.



Tiltak: F

Innføre funksjonalitet for minste retestingsintervall og reflekstesting, med integrert rettleiing i rekviseringsvindaue

Mål:

Det må utarbeidast retningslinjer for minste retestingsintervall og reflekstesting for utvalde analysar. Teknisk funksjonalitet som støtter desse reglane må gjerast tilgjengelege i dei IKT-systema som helsepersonell bruker for å rekvirere laboratorietenester.

Minste retestingsintervall og reflekstesting bør gjennomførast på nokre få analyser først, og deretter kan ein måle effekten av tiltaket. I neste omgang kan ein vurdere om slike regler skal innførast for fleire analysar.

Status på aktiviteten:

Vi har i dag ingen retningslinjer som krev at det blir innført funksjonalitet for:

Minste retestingsintervall: Den kortaste tida som bør gå mellom to etterfølgjande testar av same analyse. Hyppig gjentakning av same analyse vil gi lite/ingen ny informasjon om den medisinske tilstanden, og vil difor vere unødvendig.

Reflekstesting: Automatisk utføring av oppfølgingsanalysar basert på resultata av ein eller fleire innleiane analyse(r).

Snarvisning: Eit bilete i rekvisisjonsvindaug som viser resultat og siste dato denne prøva vart teken når same analyse rekvirerast på nytt.

Rettleiing direkte i bestillingsvindaue: Informasjon om analysen og indikasjon (aktuelt berre for utvalde, nye, dyre, arbeidskrevjande prøver og prøver med antatt overforbruk, for å unngå unødig forstyrning i arbeidsrutinane).

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

Nasjonalt laboratorienettverk må opprette ei tiltaksgruppe som jobbar med optimalisering av IKT for å løyse faglege problem

Helsedirektoratet, i samarbeid med fagmiljøa, må lage retningslinjer som inkluderer minste retestingsintervall, reflekstesting, snarvisning, og rettleiing direkte i bestillingsvindauga.



Ressursar for å få gjennomført tiltaket:**Avgjerdsmyndigheit:**

- Helsedirektoratet – for å lage nasjonale retningslinjer og bidra til at eventuelle tekniske føresetnader for endringane som vert innført i journalsystema i primærhelsetenesta.
- RHF kan sørge for gjennomføring av tiltak som krev integrering i journalsystema og system som brukast til rekvirering. Nasjonalt laboratorienettverk koordinerer dette arbeidet.
- Helseføretaka kan innføre reglane i kvart enkelt laboratorium, ev. på nasjonalt nivå via fagmedisinske foreiningar.

Tiltaksgruppe: Optimalisering av IKT

- Representantar frå RHF – Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst
- Marknadskonsulent frå laboratoria i HF
- IKT-personar som jobbar med systema som brukast til rekvirering
- IKT-person som sit strategisk til i styringsstrukturen for IKT – Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst
- Helsedirektoratet
- Ev. andre

Andre bidragsytarar:

- Tiltaksgruppe kompetanse og anbefalinger må bidra til utarbeiding av retningslinjer.

Prioritet:

Tiltaket vil gje avgjerdsstøtte til rekvirentar på enkelte analyser som er hyppig brukt, og kan redusere variasjon og overforbruk av desse analysane.

Tiltaket krev nye retningslinjer og integrasjonar i Interaktor og HP Link/Helseplattformen, og det kan ta opptil 2-3 år å få dette gjennomført i heile landet.



Prioritering: Høg
Effekt: Middels



Tiltaksgruppe kompetanseheving og faglige anbefalinger

Denne gruppa skal jobbe med tiltak G, H og delar av tiltak D som er av medisinskfagleg karakter. Gruppa vil gjennomføre utvelginga av indikatorer og gi råd om organisering og gjennomføring av tilbakemeldinger til rekvirentar.

I tillegg har den ansvaret for å bygge opp ein struktur for erfaringsdeling av lokale og eksisterande tiltak og initiativ. Dette er det niande tiltaket som ikkje er lista opp i tabellen over tiltak.

Andre framtidige tiltak som faller naturleg inn under denne kategorien vil også ligge under denne tiltaksgruppa. Gruppa vil samarbeide med dei andre tiltaksgruppene, relevante referansegrupper og nasjonalt laboratorienettverk.

Tiltak G:

Kunnskap om riktig bruk av laboratoriet blant legar må styrkast.

Laboratoriefaga bør prioriterast og integrerast med kliniske fag, og spesifikke læringsmål bør utvikles for medisinstudiet og spesialistutdanninga for legar (LIS)

Mål

Å auke kompetansen hos leger om kva for prøver som er relevante og best egna, og særleg korleis resultata kan bli forstått og brukast.

Status på aktiviteten:

Medisinstudiet har allereie innhald om bruk av laboratorietenester, men det er behov for at studentane får meir kunnskap om laboratoriefag, og betre forståing for kvifor og kva for prøver som bør takast, og korleis svara kan brukast i klinisk praksis.

Kunnskap om riktig bruk av laboratorietenester kan med fordel få ein tydelegare plass i medisinstudiet, men vi

meiner det er meir hensiktsmessig å rette tiltak mot LIS-utdanninga som omfattar alle legar i Noreg under spesialistutdanning.

I dei ulike LIS-utdanningane er læringsmål knytt til laboratoriefag definert i dei ulike spesialistløpa, jf forskriften, vedlegg 2. Læringsmåla er fordelt over alle kompetansenivå. I tillegg til dei fagspesifikke læringsmåla føreligg felles kompetansemål som gjeld for alle spesialistløp. Vi foreslår at nasjonalt laboratorienettverk i samarbeid med regionalt utdanningsssenter og spesialitetskomiteane utarbeider forslag til felles kompetansemål for basal og generell kompetanse om riktig bruk av laboratorietenester.

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

Tiltaksgruppa utarbeider forslag til felles kompetansemål i samarbeid med regionalt utdanningssenter og legeforeningen sine spesialitetskomitear.

Regionalt utdanningssenter presenterer forslaga for helsedirektoratet i etablert struktur.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit:

- Helsedirektoratet utarbeider retningslinjer og læringsmål for spesialistutdanninga.

Tiltaksgruppe:

- Kompetanseheving og faglege tilrådingar

Andre bidragsytarar:

- RHF representant som også deltar i Regionalt utdanningssenter
- Utdanningsansvarlege overlegar frå alle 4 fag

- Spesialitetskomitear frå alle 4 fag, eller det aktuelle fag
- Regionalt utdanningssenter og regionalt utdanningsråd
- Helsedirektoratet

Prioritet:

Det er forventat at lokale tiltak mot LIS utdanninga i samband med forbetningsarbeid vil ha størst effekt, og dette vil krevje eit samarbeid mellom kliniske fag og laboratoriefaga.



Prioritet: middels
Effekt: middels



Tiltak H:

Visualisere og gjere tilgjengeleg data som viser bruk av laboratorietenester. Rapportane skal kunne vise nasjonale oversikter på eit overordna nivå slik som er gjort i del 1 av vårt arbeid.

I tillegg skal rapportane vise data for enkeltrekvirentar samanlikna med tilsvarende rekvirentar. Arbeidet med tiltaket vil skje i tett samarbeid med tiltaksgruppa “Optimalisering av IKT”.

Mål:

Rapportane vil kunne måle effekt av tiltak som setjast i verk i det nasjonale arbeidet med å redusere uønskt variasjon i helsetenestene.

For dei meir detaljerte rapportane er formålet å auke kunnskapen om rett bruk av laboratorietenester ved å identifisere og rettleie rekvirentar med sterkt avvikande praksis.

Status på aktiviteten:

I del 1 av rapporten brukte vi nasjonale data frå utbetalingar av Helfo-refusjonar for å samanlikne analysebruk på tvers av helseregionar og opptaksområde. Dette gav eit utgangspunkt for det vidare arbeidet med å foreslå tiltak og planlegge det vidare arbeidet. I det vidare arbeidet vil det vere mogleg å bruke det same datagrunnlaget for å følge utviklinga av utvalde områder. Det er ein fordel at det er mogleg å følge utviklinga over tid for å kunne måle effekt av tiltaka.

Vi ønskjer at det også skal vert laga rapportar som viser rekvirentåtferd, for å identifisera rekvirentar med sterkt avvikande praksis som kan bidra til variasjon mellom laboratoria og regionane. Desse rapportane skal vidareformidlast til laboratoria som igjen får oppgåva med å kontakte desse rekvirentane.

I dag er det berre Helfo databasen som inneheld nasjonale data for bruk av laboratorietenester, og den inneheld berre informasjon om polikliniske prøver.

Helfo databasen har mangelfulle opplysningar om kven som rekvirerte prøven. Det er mogleg å oppgi HPR nummer til rekvirent, men det er ikkje eit obligatorisk felt. Det er heller ikkje mogleg å sjå kva for organisasjon rekvirenten rekvirerte frå. Dette kan løysast ved at Helfo krev meir rekvirentinformasjon ved mottaking av refusjonskrav, til dømes HER-ID. Ei slik endring vil gjere det enklare å følge opp enkeltrekvirentar, og det vil bli mogleg å samanlikne rekvisisjonar frå ulike typar rekvirentar – noko som ikkje er mogleg i dag. I dagens løysing er det ikkje mogleg å vite om ein prøve er rekvirert av ein fastlege, sjukehuslege, legevakt eller andre. Alternativt kan dataene bli henta frå ein anna nasjonal database som har desse opplysningane – til dømes “Pasientens prøvesvar”.

Ei rekke analyser innan medisinsk biokjemi er såkalla *stjernemerks* og ikkje omfatta av refusjonsordninga dersom dei er rekvirerte på sjukehuset. Dermed finst ikkje i desse i Helfo-data. Ordninga stammer frå eit system som eksisterte før dagens kodeverk, men blei dessverre ikkje fjerna da nytt kodeverk vart innført. Denne ordninga gjer det vanskelegare å måle ressursbruk, og lager eit kunstig skille i finansieringa av nokre bestemte analysar. Ordninga med stjernemerks analysar bør avsluttast, då ordninga kompliserer refusjonsordninga unødvendig, og baserer seg på prinsipp som ikkje lenger er gjeldande ved sjukehusa.

I kor stor grad laboratoria sjølv har oversikt over eller kontaktar rekvirentar med avvikande praksis er ikkje kjend.

Føresetnader som må på plass for å setje i verk tiltaket:

For fagområdet medisinsk biokjemi vil datakvaliteten bli vesentleg betre dersom ein fjernar stjernetakstordninga, i tillegg vil det forenkle refusjonsordninga og bidra til større transparens i kodebruk.

Helsedirektoratet må stille krav om registrering av rekvirentinformasjon ved mottaking av refusjonskrav. Dersom det vert stilt strengare krav om rapportering av rekvirentinformasjon vil Helfo ha betre kontroll på kjelda til rekvisisjonane. I tillegg vil det gjere det mogleg for SKDE å lage langt meir detaljerte rapportar på bruk av laboratorietenester. Dette vil gjere det mogleg å både følge opp enkeltrekvirentar og å måle effekt av andre tiltak som gjerast for å redusere uønskt variasjon.

Alternativt kan det hentast data frå ein anna nasjonal database som har denne informasjonen, til dømes "Pasientens prøvesvar".

Av omsyn til ressursbruk vil det vere behov for å avgrensa samanlikning av tenestebruk for enkeltrekvirentar til enkelte prioriterte indikatorar. Ein kan til dømes velje ut enkelte analysar som ein særleg ønskjer å redusere bruken av. I tillegg kan ein måle overordna indikatorar som analysar per pasient, analysar per prøve og liknande.

Ansaret for å gjennomføre analysar kan liggje hos SKDE eller hos analysemiljøa i dei regionale helseføretaka, men ansvaret for kontakten mot rekvirentane bør liggje hos helseføretaka. Det må gjennomførast en pilot ved nokre få sjukehus/laboratorium for å dokumentere og evaluere metode, gjennomføring og effekt av tiltaket før det eventuelt breddast ut nasjonalt.

SKDE må også produsere rapportar som måler effekt av andre tiltak for å redusere variasjon. Utarbeiding av desse rapportane må skje i samarbeid med nasjonalt laboratorienettverk.

Ressursar for å få gjennomført tiltaket:

Avgjerdsmyndigheit:

- Avgjerd om krav til rapportering: Helsedirektoratet kan stille høgare krav til refusjonskrav for å auke kvaliteten på data i Helfo databasen, eller på sikt gi arbeidsgruppa tilgang til databasen i "Pasientens prøvesvar".
- RHF og HF må avgjere bruk av ressursar for gjennomføring av tiltak og informasjon til rekvirentar.

Tiltaksgruppe:

- Kompetanseheving og faglege tilrådingar

Andre bidragsytarar:

- Tiltaksgruppe for optimalisering av IKT
- Helsedirektoratet
- SKDE

Prioritet:

Å auke kvaliteten på datagrunnlaget ved at dette blir komplett også for medisinsk biokjemi og inneheld informasjon om rekvirent bør prioriterast høgt. Dette kan vere svært nyttig også for fleire føremål enn gjennomføring av tiltak H.

Tiltaket er ein føresetnad for å kunne måle kor mye av variasjonen som har opphav i ulik rekvireringspraksis.

Når eit tilstrekkeleg datagrunnlag er på plass må ein utføre analysar av variasjon i rekvireringspraksis for å stadfeste om det er potensiale for å utjevne variasjon i bruk av laboratorietenester gjennom å utjevne rekvireringspraksis. Dersom dette kan sannsynleggjerast bør ein undersøke tiltakets effektpotensial ved å gjennomføre ein pilot.



Bidragsytarar

Helse Vest:

Ina Nikoline Wille

Helse Vest RHF

Linda Sleire

Haukeland universitetssjukehus

Øyvind Kommedal

Haukeland universitetssjukehus

Kristin Holstad

Haukeland universitetssjukehus

Jon Andsnes Berg

Haukeland universitetssjukehus

Kjartan Kloster Osmundsen

Helse Vest RHF

Elisabeth Huseby

Helse Vest RHF

Mirjam Helene Pletanek Klingenberg,

Helse Vest RHF

Jorunn Busk

Helse Vest RHF

Helse Midt-Norge

Berit Margrethe Hasle Falch

Helse Midt-Norge RHF

Asgeir Winge

Helse Midt-Norge RHF

Paul Martin Gystad

Helse Midt-Norge RHF

Arne Helland

St. Olavs hospital

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE):

Kristel Ailin Sletten Guldhaugen

Byhring Hanne Sigrun

Helse Sør-Øst:

Tom Erik Magnussen

Helse Sør-Øst RHF

Espen Elias Høydalsvik Jørstad

Vestre Viken / Helse Sør-Øst RHF

Heidi Cecilie Villmones

Sykehuset i Vestfold.

Daniel Nguyen

Helse Sør-Øst RHF

Morten Lindberg

Sykehuset i Vestfold

Ida Unhammer Njerne

Oslo Universitetssykehus

Helse Nord:

Siw Gøril Skår

Helse Nord RHF

Ingvild Lægreid

Universitetssykehuset Nord-Norge

Johan Sverrisson Rasch

Helse Nord RHF

Samhandlingsleger:

Benedicte Djupesland (Helse Bergen)

Jan Robert Johannessen (Helse Stavanger)

Lay-out:

Tanja Rajic Birkenfeldt

Helse Vest RHF/Helse Vest IKT

Takk til Noklus for innspel til arbeidet.