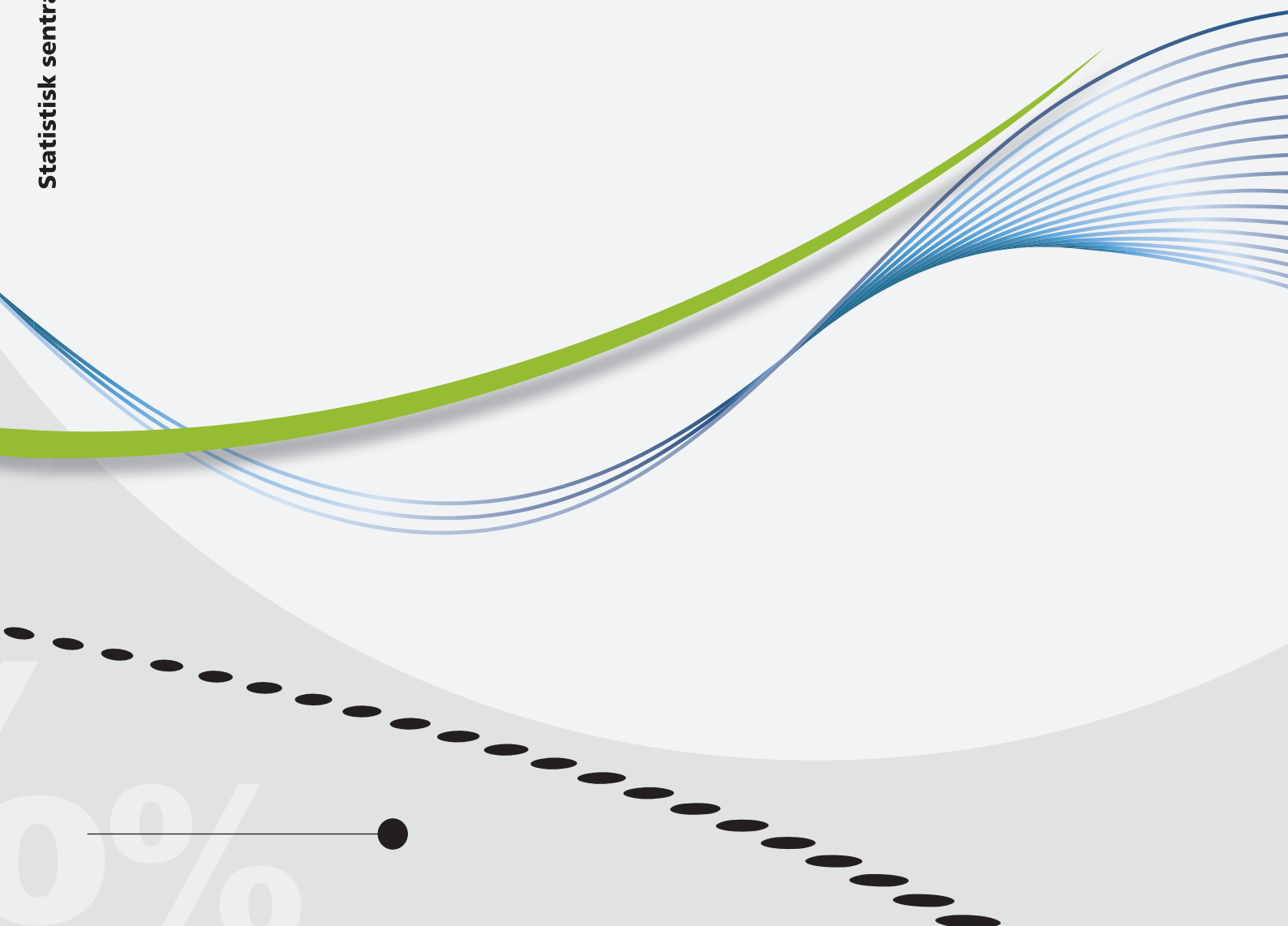




*Else Bredeli og Arne Jensen*  
**Samhandlingsreformen**

Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre





*Else Bredeli og Arne Jensen*

**Samhandlingsreformen**

Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre

© Statistisk sentralbyrå Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.	<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
ISBN 978-82-537-8309-3 Trykt versjon	Tall kan ikke forekomme	.
ISBN 978-82-537-8310-9 Elektronisk versjon	Oppgave mangler	...
ISSN 1891-5906	Oppgave mangler foreløpig	...
Emne: 03.90	Tall kan ikke offentliggjøres	:
Publisert februar 2012	Null	-
Trykk: Statistisk sentralbyrå	Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
	Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
	Foreløpig tall	*
	Brudd i den loddrette serien	—
	Brudd i den vannrette serien	
	Desimaltegn	,

## Forord

Dette notatet omhandler resultater fra prosjektet "Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre" som Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomførte i 2011. Prosjektet tok utgangspunkt i den vedtatte samhandlingsreformen i helsevesenet og de endringer i arbeidsoppgaver dette innebærer i ulike deler av helsevesenet. Prosjektet tok videre sikte på å kartlegge (noen av) de statistiske utfordringer en slik reform vil kunne medføre, spesielt ved at den kan innebære at det ikke lenger vil være et så entydig skille mellom spesialist- og kommunehelsetjenester.

Prosjektet har vært forankret ved SSBs Seksjon for helsestatistikk, men har også involvert en rekke andre seksjoner og statistikkområder i SSB. Notatet er skrevet av Else Bredeli og Arne Jensen, med gode bidrag fra Espen Vattekar, Åsne Vigran, Trond Ekornrud, Geir Hjemås, Bjørn Gabrielsen og Thorleiv Valen.

## Sammendrag

Samhandlingsreformen i helsevesenet innebærer i all hovedsak at ansvar og arbeidsoppgaver blir flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten, og at tjenester som i dag produseres, finansieres og utføres på ulike nivåer i helsetjenesten blir mer sammenvevd. En reorganisering av helsevesenet medfører noen statistikkfaglige utfordringer med hensyn til hvordan enhetene i helsevesenet og funksjonene disse enhetene utfører skal håndteres for statistikkformål. Det er grunn til å tro at virksomheten ved lokalmedisinske sentre kan bidra til å belyse hvordan samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og forskjellige helsetjenestetilbydere skjer i praksis, og dermed hvilke statistikkfaglige utfordringer en slik reform skaper. Prosjektets bakgrunn og problemstillinger blir presentert i kapittel 1.

Problemstillingene i prosjektet er belyst ved hjelp av en kombinasjon av metoder og ved bruk av ulike datakilder. Kartleggingen som er gjennomført i prosjektet inkluderer gjennomgang av styringsdokumenter (stortingsmeldinger, stortingsdokumenter, m.v.) og kartlegging av offisiell statistikk, statistikkregistre og eksisterende rapporteringer. I tillegg kommer intervjuer med to lokalmedisinske sentre. Prosjektets metoder for å belyse prosjektets problemstillinger blir kort presentert i kapittel 2.

Det er utfordringer knyttet til å identifisere lokalmedisinske sentre i offisiell statistikk, statistikkregistre og eksisterende rapporteringer. Det bidrar til at det også er vanskelig å skille ut informasjon om personell, regnskap og aktivitet ved lokalmedisinske sentre så vel som andre samhandlingsenheter. Det er imidlertid tiltak som kan settes i verk for å bote på noen av disse utfordringene. Ett slikt tiltak er å etablere statistiske registre (delregistre) for lokalmedisinske sentre. Resultatene av kartleggingen i prosjektet blir presentert i kapittel 3.

Samhandlingsreformen legger opp til at samarbeidet mellom ulike forvaltningsnivåer og helsetjenestenivåer om helsetjenesteproduksjon, skjer med bakgrunn i lokale og regionale tjenestebehov. Alta Helsesenter (Altamodellen) og Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter er to sentre som begge er å betrakte som lokalmedisinske sentre, men som har innholdsbestemt virksomheten noe forskjellig og har ulik fartstid når det gjelder samhandling. Resultatene av casestudiene av disse sentrene er presentert i kapittel 4.

Prosjektets vurderinger og anbefalinger blir oppsummert i kapittel 5. De viktigste anbefalingene er:

- Identifisering av lokalmedisinske sentre og opprettelse av eget (del)register over disse sentrene, er et viktig tiltak for å kunne få innsikt i hvem som arbeider ved sentrene, hvilke aktiviteter som blir utført, hva virksomheten koster, og hvem som finansierer tjenestene. Det anbefales å innhente informasjon om etablerte lokalmedisinske sentre, spesielt opplysninger om organisasjonsnumre som inngår i senteret, direkte fra kommuner og bydeler.
- For å kunne følge utgiftene som kan relateres til samhandlingsreformen, kan det være behov for flere samhandlingsrelaterte arter og funksjoner i KOSTRAS arts- og funksjonskontoplan enn det som ble vedtatt innført fra og med 2012. Det gjelder for eksempel utgiftene i forbindelse med kommunenes betaling for utskrivningsklare pasienter, som p.t. kun vil bli identifisert som "kjøp fra staten".
- For å kunne produsere en dekkende statistikk over lokalmedisinske sentre, intermediære enheter og andre samhandlingsvirksomheter, er det nødvendig å løse de juridiske utfordringene når det gjelder muligheten for å utnytte data fra Norsk Pasientregister (NPR) og Individbasert Pleie- og Omsorgsstatistikk (IPLOS) til statistikkformål.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Innhold</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn .....	6
1.2 Formål og problemstillinger .....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	7
<b>2. Metoder og gjennomføring</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Faktabeskrivelse</b> .....	<b>10</b>
3.1 Identifisering av lokalmedisinske sentre .....	10
3.2 Registrering av personell i lokalmedisinske sentre .....	10
3.3 Økonomi og kostnader i lokalmedisinske sentre .....	12
3.4 Registrering av aktivitet i lokalmedisinske sentre .....	13
3.5 Opplysninger i sentrale helseregistre .....	14
3.6 Merverdi for andre helsestatistikkområder.....	16
<b>4. Casestudier av to lokalmedisinske sentre</b> .....	<b>17</b>
4.1 Alta Helsesenter (Altamodellen) .....	17
4.2 Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS).....	19
<b>5. Vurderinger og anbefalinger</b> .....	<b>23</b>
5.1 Identifisering: Opprette (del)register over lokalmedisinske sentre .....	23
5.2 Personellressurser: Beregne samhandlingsårsverk pr enhet i lokalmedisinske sentre ..	23
5.3 Økonomi: Tilpasse kommuneregnskap og regnskap for spesialisthelsetjeneste.....	24
5.4 Aktivitet: Bruke informasjon fra fagsystemer og sentrale helseregistre .....	24
5.5 Informasjonstilgang: Justere gjeldende lov- og forskriftsverk .....	25
<b>Referanser</b> .....	<b>26</b>
<b>Vedlegg I Referat fra møte med Alta Helsesenter</b> .....	<b>27</b>
<b>Vedlegg II Spørreliste til møte med Alta Helsesenter</b> .....	<b>41</b>
<b>Vedlegg III Referat fra møte med Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter</b> .....	<b>44</b>
<b>Vedlegg IV Spørreliste til møte med Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter</b> .....	<b>53</b>
<b>Vedlegg V Bruk og mottak av opplysninger i sentrale helseregistre</b> .....	<b>56</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for samhandlingsreformen er ifølge St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, at helsevesenet står overfor tre hovedutfordringer. Disse utfordringene består i at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og at demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) foreslås det videre noen hovedgrep for hvordan hensynet til samhandling bør påvirke retningen for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren. Blant annet blir det foreslått å utforme en klarere pasientrolle (pasientmedvirkning og pasientforløp), endre kommunenes rolle i helse- og omsorgspolitikken (mer fokus på forebygging), og etablere økonomiske insentiver som understøtter ønsket oppgaveløsning (kommunal medfinansiering). Stortingsmeldingen innholdsbestemmer ellers samhandling som et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Bakgrunnen for og innholdet i samhandlingsreformen antyder at implementeringen av reformen vil ha noen statistikkfaglige implikasjoner. Det kan for eksempel reises spørsmål om eksisterende registrering og rapportering av pasienter, finansiering og helsepersonell er tilpasset omfordelingen av ansvar og arbeidsoppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Prosjektet "Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre" har tatt sikte på å kartlegge noen av de statistikkfaglige utfordringene reformen representerer, og da med utgangspunkt i hvordan lokalmedisinske sentre og tilsvarende (intermediære) enheter som utfører tjenester på tvers av det tradisjonelle skillet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, oppfører seg i statistikken.

## 1.2 Formål og problemstillinger

På kortere sikt er formålet med prosjektet "Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre" å:

- Kartlegge hva som kan identifiseres av opplysninger om lokalmedisinske sentre (og tilsvarende virksomheter med andre navn) per i dag, ved å søke gjennom aktuelle registre, som bedrifts- og foretaksregisteret (BoF), registre som inngår i system for helse- og sosialpersonell (bl.a. Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret)) og andre relevante registre både i SSB og andre institusjoner, for eksempel Norsk pasientregister og IPLOS i Helsedirektoratet.
- Kartlegge hvilke opplysninger som ikke lar seg hente inn via tilgjengelige registre eller andre datakilder, og vurdere metoder for innsamling av disse opplysningene.
- Klarere og dokumentere hva som kreves av tilganger til relevante registre og hvilke juridiske begrensninger som eventuelt er til hinder for utviklingen av den ønskede statistikken.
- Identifisere tilnærminger og løsninger som har merverdi for andre statistikker på helseområdet, samt for relevante registerforvaltere og statistikkområder i SSB.

På lengre sikt er formålet med prosjektet "Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre" å:

- Bidra til å identifisere statistikkutfordringene reorganiseringen av helsevesenet representerer



- Bidra til at SSB kan levere statistikk som gir helsemyndigheter og kommuner bedre beslutningsgrunnlag og nødvendig kunnskap til bruk i oppfølgingen av reformen.
- Bidra til å gi pasient-/brukerorganisasjonene bedre statistisk grunnlag om helhetlige behandlingsløp.

De faglige problemstillingene som er søkt belyst gjennom prosjektet ”Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre” er:

- Hvilke opplysninger om lokalmedisinske sentre finnes i eksisterende registre?
- Hvilke opplysninger om lokalmedisinske sentre er ikke å finne i registre?
- Hvilke juridiske premisser gjelder for bruk av registerdata?
- Hvilken merverdi har kartleggingen for andre (helse)statistikkområder?

### 1.3 Begrepsavklaring

Begrepet lokalmedisinsk senter blir i Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) brukt om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller i stedet for innleggelse i sykehus. I meldingen blir det også stadfestet at slike virksomheter noen steder blir kalt distriktsmedisinske sentre.

Ifølge Meld. St. 16 (2010-2011) må utvalget av funksjoner som bør legges til et lokalmedisinsk senter vurderes ut fra lokale forhold og behov. Meldingen understreker at samlokalisering av helsetjenester kan være et suksesskriterium for å bygge opp tjenester, og at avtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene vil definere hva slags tjenester som finnes ved lokalmedisinske sentre, og synliggjøre partenes gjensidige ansvar for kompetanseoverføring og veiledning.

Det fremgår av Meld. St. 16 (2010-2011) at det er etablert om lag 12 lokalmedisinske sentre i Norge, og at det i 2010 ble gitt tilskudd til planlegging og etablering av ytterligere sju. Andre steder samarbeider kommuner og helseforetak om intermediæravdelinger og/eller avdelinger for lindrende behandling, sykestuer, legevakt m.m. Intermediæravdelinger inngår ofte i et lokalmedisinsk senteres virksomhet, og tar gjerne form som en mellomting mellom sengepost på sykehus og sengepost i kommunalt sykehjem. Det er en forventning om at antallet lokalmedisinske sentre, intermediæravdelinger og andre konstruksjoner for samhandling i helsetjenesten, vil øke med reformen (jf. Meld. St. 16 (2010-2011) og notatets vedlegg I).

Det eksisterer to hovedmodeller for drift og finansiering av lokalmedisinske sentre (jf notatets vedlegg I):

1. Finansiert og drevet av helseforetak (HF)/regionale helseforetak (RHF)
2. Rammetilskudd/tilskudd fra HF/RHF, med kommunen som operatør

Modell 2 har flere ulike varianter, men i hovedtrekk en finansieringsordning hvor kommunen, helseforetaket og det regionale helseforetaket bidrar med 1/3 hver. I tillegg finnes det en del lokale varianter hvor enkelte sengeposter kan være helt eller tilnærmet fullfinansiert av spesialisthelsetjenesten, men driftet av kommunen.

Det er tre alternative organisasjonsformer for lokalmedisinske sentre som skal dekke tjenestebehovet for flere kommuner (interkommunalt samarbeid). To av organisasjonsformene er allerede forankret i lovverket, mens det for den tredje foreligger forslag om endring i eksisterende lovverk:

1. Vertskommune - lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
2. Samkommune - Prop. 49 L (2011-2012) om endringer i kommunelova m.m. (samkommune m.v.)
3. Interkommunalt selskap (IKS) - lov av 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper

En vertskommunemodell innebærer blant annet at en kommune (samarbeidskommune) kan avtale med en annen kommune (vertskommune) at vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe avgjørelser etter delegert myndighet fra samarbeidskommunen i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning (kommuneloven § 28b). Det er grunn til å tro at bruk av vertskommune er vanlig der det er forskjeller i størrelse og omfang mellom kommunene. De mindre kommunene delegerer myndighet til den største kommunen (vertskommunen), som utfører tjenester for alle kommunene.

En samkommunemodell innebærer blant annet at to eller flere kommuner eller to eller flere fylkeskommuner (deltakerkommunene) kan vedta å opprette en samkommune for å løse felles oppgaver, hvor vedtak om deltakelse i en samkommune treffes av kommunestyret eller fylkestinget selv (Prop. 49 L (2011-2012)). Det er grunn til å tro at en samkommunemodell er en variant som er vanlig når kommunene er jevnbyrdige. Ansvar for drift av lokalmedisinske sentre blir i slike tilfelle jevnt fordelt.

Et interkommunalt selskap er et selskap hvor alle deltakerne er kommuner, fylkeskommuner eller interkommunale selskaper. Organisering i et interkommunalt selskap innebærer blant annet at den enkelte deltaker hefter ubegrenset for en prosent- eller brøkdelt av selskapets forpliktelser. Til sammen skal delene utgjøre selskapets samlede forpliktelser. Den enkelte deltakers ansvar for selskapsforpliktelser svarer til deltakerens eierandel i selskapet med mindre annet fremgår av selskapsavtalen (lov om interkommunale selskaper §§ 1 og 3).

## 2. Metoder og gjennomføring

Problemstillingene i prosjektet er belyst ved hjelp av en kombinasjon av metoder og ved bruk av ulike datakilder. Kartleggingen som er gjennomført i prosjektet, inkluderer gjennomgang av styringsdokumenter (stortingsmeldinger, stortingsdokumenter, m.v.) og kartlegging av offisiell statistikk, statistikkregistre og eksisterende rapporteringer. I tillegg kommer intervjuer med to lokalmedisinske sentre.

Gjennomgangen av styringsdokumenter har blant annet bidratt til å innholdsbestemme samhandlingsreformens bakgrunn og formål, så vel som å avklare begrepet lokalmedisinske sentre. Kartleggingen av offisiell statistikk, statistikkregistre og eksisterende rapporteringer har videre bidratt til å avklare hvilke opplysninger om lokalmedisinske sentre som er tilgjengelig i disse kildene, og skissere hvilke utfordringer som gjelder med hensyn til hvordan disse sentrene skal håndteres i registre og statistikk. Intervjuene med henholdsvis Alta helsesenter og Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter ga videre et innblikk i hvilke helsetjenester denne typen enheter kan utføre, hvor ulikt innholdet kan være fra ett senter til et annet, hvor forskjellig tjenesteytingen kan organiseres osv. Intervjuene bidro også til å understreke noen av de statistikkfaglige utfordringene som er knyttet til slike virksomheter.

Faktabeskrivelsen nedenfor består av informasjonen som er innhentet i prosjektet. I kartleggingen av lokalmedisinske sentre er det fokusert på:

- Registrering og identifisering av lokalmedisinske sentre.
- Registrering og identifisering av personell i lokalmedisinske sentre ("personellflyt" i og mellom ulike deler av helsetjenesten).
- Registrering og identifisering av økonomi i lokalmedisinske sentre ("kostnadsflyt" i og mellom ulike deler av helsetjenesten).
- Registrering og identifisering av aktivitet i lokalmedisinske sentre ("pasientflyt" i og mellom ulike deler av helsetjenesten).

I kartleggingen av juridiske premisser er det lagt vekt på å få frem hvilke muligheter og begrensninger som finnes med hensyn til å utnytte informasjon i utvalgte sentrale helseregistre (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) og Norsk pasientregister (NPR)), mens merverdien for andre helsestatistikkområder blir vurdert opp mot eksisterende statistikkproduksjoner og -publiseringer.

### 3. Faktabeskrivelse

#### 3.1 Identifisering av lokalmedisinske sentre

Det er usikkerhet knyttet til hvor mange lokalmedisinske sentre som eksisterer, hvordan disse er organisert og hvor mange som er under etablering. Det er sannsynlig at antallet sentre vil øke ettersom samhandlingsreformens intensjon blant annet er tettere samarbeid mellom og samlokalisering av kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Det er derfor grunn til å tro at informasjon om lokalmedisinske sentre representerer et sentralt og nyttig bidrag til kunnskapsgrunnlaget om samhandling i helsetjenesten.

Det er gjennomført både generelle og mer detaljerte søk i SSBs Bedrifts- og foretaksregisteret (BoF), for å identifisere etablerte lokalmedisinske sentre<sup>1</sup>. Generelle søk er gjennomført ved å søke etter enheter (virksomheter og foretak) som har lokalmedisinsk senter i navnet, mens mer detaljerte søk er gjort med utgangspunkt i konkrete navn på lokalmedisinske senter som allerede er kjent (for eksempel Alta helsesenter).

Det overordnede funnet av søkene er at BoF p.t. ikke kan bidra til å identifisere alle lokalmedisinske sentre og dermed heller ikke hvilken virksomhet som utføres på disse sentrene. De generelle søkene i BoF ga få resultater. Det skyldes i all hovedsak at mange enheter som i praksis er samhandlingsenheter, og som derfor oppfyller definisjonen av et lokalmedisinsk senter (jif kapittel 1.3), ikke har "lokalmedisinsk senter" i navnet. De mer detaljerte søkene i BoF ga heller ingen resultater. Til tross for at navn og eventuelt adresse skulle være kjent, må det foreligge opplysninger om hvordan sentrene er organisert, hvilke enheter som sorterer under sentrene, og hvilket organisasjonsnummer den enkelte enhet har. Det skyldes blant annet at enheter som sorterer under ett lokalmedisinsk senter kan være lokalisert på ulike adresser.

Den mest nærliggende tilnærmingen for å identifisere lokalmedisinske sentre og de ulike virksomhetene som tilhører sentrene i BoF, er å ta utgangspunkt i sentrenes og virksomhetenes organisasjonsnumre. Dersom organisasjonsnumrene på de enhetene (foretak og virksomheter) som inngår i et lokalmedisinsk senter blir fremskaffet, er det mulig å etablere et eget internt delregister over alle sentrene med underliggende enheter. Det er videre grunn til å tro at det er mest effektivt å innhente informasjon om etablerte lokalmedisinske sentre (organisasjonsnumre) direkte fra kommuner og bydeler. Dette kan enten gjøres ved hjelp av etablerte rapporteringskanaler (KOSTRA), eller ved å ta direkte kontakt med kontaktpersoner for kommuner/bydeler eller helseforetak som er involvert i sentrene.

Det bør ellers understrekes at identifisering av lokalmedisinske sentre og opprettelse av eget (del)register over disse sentrene, er et viktig tiltak for å kunne få innsikt i hva slags personell (yrke, utdanning osv.) som arbeider ved sentrene, hvilke aktiviteter som blir utført, hva virksomheten koster, og hvem som finansierer tjenestene.

#### 3.2 Registrering av personell i lokalmedisinske sentre

Den registerbaserte personellstatistikken brukes i mange ulike sammenhenger, både for å gi et totalbilde av sysselsetting og til uttrekk av deler av sysselsettingen. Eksempler på dette er totalsysselsettingen i KOSTRA, som gir et bilde av hvor

---

<sup>1</sup> SSBs Bedrifts- og Foretaksregister (BoF) inneholder informasjon om norske bedrifter (virksomheter) og foretak som er registrert i ulike registre. Flere administrative registre er sentrale i oppdateringene av BoF, og brukes både til å definere populasjonen av bedrifter og foretak og til å hente inn kjennemerker og opplysninger om bedriftene og foretakene. Dette gjelder Enhetsregisteret i Brønnøysund, Momsregisteret og Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret).

mange sysselsatte og årsverk som utføres i kommuner og fylkeskommuner, og pleie og omsorgstjenesten som gir et bilde av deler av helse- og sosialtjenesten i kommunene, inkludert private aktører. Totalsysselsettingen er et utplukk hvor utgangspunktet er kommunalt eierskap og hvor områdene trekkes ut og fordeles basert på næringskoder. Uttrekket til pleie og omsorg er basert dels på næring og dels på bruk av et delregister for å sikre at hele populasjonen, inkludert private enheter, er med. Bruk av delregistre som grunnlag for utplukk av populasjon krever at eier av delregisteret aktivt vedlikeholder det, slik at populasjonen til enhver tid er oppdatert.

Den registerbaserte personellstatistikken inneholder en rekke opplysninger på personnivå. Dette inkluderer blant annet yrke, utdanning, videreutdanning, bostedskommune, arbeidsstedskommune, autorisasjon, avtalt arbeidstid per uke i timer, samlet arbeidstid omgjort til årsverk, alder, kjønn, innvandringskategori, statsborgerskap, landbakgrunn, bosettingsstatus, og start- og stoppdato for arbeidsforholdet. I tillegg finnes en rekke bedriftsspesifikke opplysninger om det enkelte arbeidssted. (SSB 2011).

Som nevnt under punkt 3.1 vil identifisering av lokalmedisinske sentre og opprettelse av eget delregister over disse sentrene, være et viktig tiltak for å kunne få innsikt i hvem som arbeider ved sentrene. Som utgangspunkt for å finne hvilke personellressurser man har på et område, må en vite hvilke enheter personellet befinner seg i. En slik kartlegging er basert på uttrekk fra spesifikke næringskoder. I næringsstandarden er det ikke noen egen næring for samhandling. Antakelig vil slike enheter befinne seg i mange ulike næringer avhengig av hvilke oppgaver som er overført fra spesialisthelsetjenesten til lokal helsetjeneste. Det er dermed behov for en kartlegging av hvilke enheter som inngår i samhandling generelt og lokalmedisinske sentre spesielt, uavhengig av næring, og hvilke som eventuelt ikke gjør det.

Betingelsen for å få sysselsettingsdata for lokalmedisinske sentre er derfor at man får til å etablere et delregister for disse enhetene. Delregisteret må inneholde gyldige organisasjonsnumre, og må ha ansatte registrert på den enkelte enhet som inngår i registeret.

Får man et slikt delregister for lokalmedisinske sentre, kan man få oversikt over hvilke typer personell som er ansatt (yrke og utdanning). Men det vil ikke løse utfordringen med å avgjøre hvor mye av den enkelte persons stilling som er knyttet til samhandlingsoppgaver og hva som er ”ordinære” oppgaver som ikke regnes som samhandling.

Det er en utfordring i virksomheter som driver i flere næringer på samme sted å få personell fordelt på hver av disse. Rent teoretisk kunne man tenke seg at personell som jobber på flere områder fikk sitt arbeidsforhold splittet opp i et arbeidsforhold for hver av næringene. Slik fragmentering av stillinger er det imidlertid vanskelig å få til registerteknikk uten at dette støttes i en tilsvarende administrativ inndeling av virksomheten i to eller flere enheter i Enhetsregisteret. I tillegg vil det i praksis kreves at personell som jobber på tvers av slike enheter har en rimelig grad av stabilitet i hvor mye man arbeider på hver av enhetene.

Et mulig alternativ er å fordele alt personell etter en fordelingsnøkkel man henter fra en annen datakilde. Det enkleste registerteknikk vil være å lage ny(e) næring(er) som dekker de tjenester de lokalmedisinske sentrene yter, for eksempel ”sykehjemstjeneste og rehabilitering”, eller en samlenæring for alle; ”samhandlings helsetjeneste”. Ulempen ved en slik løsning vil selvsagt være at tallene da ikke kan fordeles på primær- og spesialisthelsetjenester.

Andelen av årsverk som går til samhandling må sannsynligvis beregnes som en generell størrelse pr enhet /virksomhet og ikke som en andel av den enkeltes

stilling på grunn av de begrensninger som ligger i registreringen av arbeidsforholdet i Aa-registeret.

### 3.3 Økonomi og kostnader i lokalmedisinske sentre

Per i dag er det ikke mulig å identifisere lokalmedisinske sentre eller samhandling generelt ut fra kommuneregnskapet. Kommuneregnskapet har informasjon per KOSTRA-funksjon for kommunen totalt, og ikke per bedrift/institusjon. Det vil per i dag, ikke være mulig å vise økonomien eller regnskapet i lokalmedisinske sentre.

Samhandlingsreformen og den nye helse- og omsorgstjenesteloven gir kommunene stor valgfrihet når det gjelder hvordan de organiserer de lokalmedisinske sentrene. Samtidig så kan organiseringen av sentrene i stor grad avgjøre om det er mulig å få regnskapsinformasjon samlet fra de lokalmedisinske sentrene. Som vi har sett tidligere i notatet, vil for eksempel samarbeid mellom kommuner om et lokalmedisinsk senter, kunne organiseres som vertskommune, samkommune eller interkommunalt selskap. Av disse er det bare lokalmedisinske sentre som er organisert som interkommunale selskap, som vil ha rapporteringsplikt for regnskapet til KOSTRA. For lokalmedisinske sentre organisert som vertskommune eller samkommune vil regnskapet føres på en samlefunksjon (funksjon 290 Interkommunale samarbeid) i vertskommunen, og den enkelte deltakerkommune skal føre sitt kjøp av tjenester på riktig KOSTRA-funksjon. Det gjelder for eksempel funksjon 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering, funksjon 253 Bistand, pleie, omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, eller funksjon 285 Tjenester utenfor ordinært kommunalt ansvarsområde.

Det vil være en utfordring å kunne identifisere kommunenes utgifter i forbindelse med samhandlingstjenester, for eksempel dialyse. Noen kommuner fører i dag dette på funksjon 241, mens andre fører det på funksjon 285. Føres det på funksjon 241 vil det fremgå som helseutgifter, men ikke at det er utgifter til de nye samhandlingstjenestene. Føres det på funksjon 285, vil utgiftene ikke knyttes til helseutgifter og heller ikke til samhandlingsutgifter. Det finnes ikke andre registre enn KOSTRA med informasjon om de aktuelle kommunale enheters økonomi.

En mulig løsning for å få informasjon om regnskapet for lokalmedisinske sentre vil være at man innfører en egen KOSTRA-funksjon for lokalmedisinske sentre. En slik funksjon vil imidlertid stride mot hovedprinsippene for funksjonsinndeling i KOSTRAs funksjonskontoplan. En funksjon for lokal medisinske sentre vil ikke fokusere på hvilke typer behov tjenestene skal dekke eller hvilke grupper disse tjenestene primært henvender seg til. Det meste av aktiviteten ved sentrene vil også falle naturlig inn under allerede eksisterende funksjoner. Det anses derfor ikke å være ønskelig med en egen funksjon for lokalmedisinske sentre.

En annen løsning kan være å ha en særreportering utenfor KOSTRA for regnskapsinformasjon fra lokal medisinske sentre. En slik løsning vil imidlertid kunne bli arbeidskrevende og kostbar både for kommunene og staten.

KOSTRA-arbeidsgruppene for kommunehelse og pleie- og omsorg har kommet fram til at det er vanskelig og lite hensiktsmessig å følge inntektene knyttet til samhandling. Dette begrunnes med at reformen i stor grad blir finansiert gjennom rammeoverføringer. I KOSTRA blir rammeoverføringene ført i en samlet sum på en art og en funksjon, noe som gjør det umulig å skille inntektene som kommer som følge av samhandlingsreformen. Arbeidsgruppene har derfor foreslått å følge de "nye" utgiftene som følger av reformen.

For om mulig å kunne skille ut noen av de samhandlingsrelaterte utgiftene i KOSTRA, har arbeidsgruppene for kommunehelse og pleie- og omsorg i sine rapporter for 2011 til Samordningsrådet i KOSTRA, fremmet forslag om opprettelse av mer generelle samhandlingsfunksjoner og av samhandlingsarter.

Forslagene til nye funksjoner og arter var tenkt å fange opp de delene av reformen som er knyttet til de nye ordningene i samhandlingsreformen;

- kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten,
- kommunalt tilbud om døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig hjelp
- kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en

De nye funksjonene vil altså ikke kunne brukes til å si noe om totalutgiftene i lokal medisinske sentre.

Forhold i reformen som eventuelt vil øke omfanget og nivået på de tjenestene som naturlig hører inn under dagens KOSTRA-funksjoner, vil ikke bli fanget opp på samme måte. Her blir det bare en økning i nivået på utgiftene.

Følgende funksjoner ble foreslått opprettet:

- 255 Medfinansiering, somatiske tjenester
- 256 Akutthjelp, helse- og omsorgstjenesten

Og følgende arter ble foreslått:

- 410 Overføring til Helseforetak/Regionale helseforetak (HF/RHF)
- 310 Kjøp fra HF/RHF
- 705 Refusjon fra HF/RHF

Art 310 er ment å være en generell art for kommunene for kjøp fra HF/RHF. Sammen med funksjon 255 vil man kunne få fram kommunenes medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, og sammen med den eksisterende funksjonen 253 "Bistand, pleie, omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede", vil man kunne få fram betaling for utskrivningsklare pasienter. Antakeligvis vil størstedelen av utgiftene som føres på en slik art på de nevnte funksjonene tilsvare medfinansieringen av somatiske tjenester og kostnadene til utskrivningsklare pasienter.

Art 705 var tenkt brukt i kombinasjon med den nye funksjonen 256 for akutthjelp.

I og med at forslagene til nye funksjoner omhandler nye ansvarsområder for kommunene, vil en innføring av disse funksjonene ikke medføre nivåendringer i allerede eksisterende funksjoner. Ved å unnlate å opprette de nye funksjonene ville de allerede eksisterende funksjonene bli påvirket, samtidig som vi ikke vil kunne si hvor mye av endringene som har sin bakgrunn i disse ordningene som følger av samhandlingsreformen.

Samordningsrådet gikk inn for å etablere de nye funksjonene 255 "Medfinansiering somatiske tjenester" og 256 "Akutthjelp helse- og omsorgstjenesten". Det ble ikke vedtatt å innføre nye arter i kontoplanen. Alle kommuner har blitt orientert om innføringen av de nye funksjonene ved regnskapsrapporteringen for 2012, gjennom brev sendt fra KRD.

De nye funksjonene vil fange opp deler av de nye ordningene som kommer med samhandlingsreformen. De vil ikke gjøre det mulig å vise noe om økonomien eller regnskapet ved lokalmedisinske sentra. De vil heller ikke være tilstrekkelige til å skille ut samhandlingsrelaterte utgiftsøkninger/-reduksjoner i de tjenestene som naturlig hører inn under dagens KOSTRA-funksjoner. Prosjektgruppen ser derfor fremdeles behov for innføring av arter som også vil kunne identifisere slike endringer, ev. endring i ny funksjon 255 Medfinansiering, eller helt nye funksjoner.

### **3.4 Registrering av aktivitet i lokalmedisinske sentre**

Et av målene for prosjektet har vært å undersøke om det er mulig å samle inn aktivitetsdata for lokalmedisinske sentre, i likhet med data som samles inn for

kommunehelse, pleie- og omsorg og spesialisthelsetjeneste for øvrig; antall konsultasjoner, liggedøgn, antall plasser/senger, antall pasienter m.v.

Spørsmålet blir om det er mulig å knytte dataene som blir samlet inn til det enkelte lokalmedisinsk senter, når enheten vil gå på tvers av de etablerte innsamlingsrutinene for pleie- og omsorgsstatistikk og spesialisthelsetjenestestatistikk.

Per i dag er det ikke mulig å knytte data fra kommunehelse, pleie- og omsorg eller spesialisthelse til lokalmedisinske sentre som en enhet. For eksempel vil årsverk for sykepleiere som er ansatt i kommunen, men som jobber delvis ved en sykestue der man yter spesialisthelsetjenester, bare bli registrert som årsverk ytt i kommunehelsetjenesten, eventuelt i pleie- og omsorgstjenesten. Tilsvarende vil tiden en legespesialist ansatt ved et sykehus behandler pasienter ved et lokalt helsesenter i kommunen, bli telt med som årsverk ved sykehuset.

Det er ingen klar og entydig løsning på disse utfordringene. Som for regnskapsdata og personelldata beskrevet over, vil organiseringen av de lokalmedisinske sentrene ha betydning for i hvor stor grad det vil være mulig å kunne lage tjenestestatistikk for lokalmedisinske sentra.

Det er også viktig at det blir etablert god informasjonsflyt mellom de ulike fagsystemene i kommunehelsetjeneste, i pleie- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Her er det utfordringer både juridisk og i utnyttelsen av tilgjengelig datateknologi.

Ved Alta helsesenter, som har operert som et lokalmedisinsk senter i lengre tid, er ikke disse utfordringene løst. Virksomheten er registrert og rapportert etter dagens skiller mellom kommunehelse, pleie- og omsorg og spesialisthelsetjeneste. Det finnes ikke noe regnskaps-, personell- eller aktivitetsstatistikk for Alta helsesenter som en enhet, kun gjennom de ulike virksomhetene som ligger under ”paraplyen” Alta helsesenter.

Ved Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske senter, som er et nyetablert lokalmedisinsk senter, er det fokus på å få registrert og rapportert virksomheten ved senteret som en helhet, slik at det blir synlig i statistikk at senteret yter spesialisthelsetjenester. Inntekter, utgifter og personell for senteret som helhet skal komme til uttrykk, ikke bare i interne regnskaps- og personellsystemer, men også i offisiell statistikk. Men man er ikke kommet i mål med å finne ut hvordan man må organisere senteret for å få til dette, ei heller hva slags registrerings- og rapporteringsrutiner som må være på plass for at dette skal bli en realitet..

Hvis en etablering av et delregister som omfatter alle lokalmedisinske sentre er mulig, vil det antakelig være mulig å lage aktivitetsstatistikk per lokalmedisinsk senter i IPLOS, kanskje kombinert med informasjon fra NPR. Per i dag er det imidlertid juridiske begrensninger for å kunne utnytte informasjonen i IPLOS og NPR til å lage statistikk generelt, og dermed også statistikk for lokalmedisinske sentre.

### **3.5 Opplysninger i sentrale helseregistre**

Det er etablert sentrale helseregistre som inneholder opplysninger om mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-registeret) inneholder opplysninger om personer som har søkt, mottar og har mottatt sosial- og helsetjenester, mens Norsk pasientregister (NPR) inneholder helseopplysninger om alle som får helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Hver for seg og sammenstilt kan informasjonen i registrene bidra til å belyse aktiviteten i lokalmedisinske sentre.



Det gjeldende lov- og forskriftsverket<sup>2</sup>, som blant annet regulerer bruk av registerdataene, skaper imidlertid noen utfordringer når det gjelder Statistisk sentralbyrå (SSB) og andre forvaltningsorganers muligheter til å utnytte informasjonen som er registrert i henholdsvis IPLOS-registeret og NPR for statistikkformål. Det gjelder kanskje først og fremst helsepersonellovens kapittel 5 Taushetsplikt og opplysningsrett, hvor utlevering av opplysninger til statistikkformål ikke er inkludert i unntak fra taushetsplikt. Opplysningsplikt etter statistikklovens § 2-2 må vike for lovbestemt taushetsplikt. Taushetsplikten i helsepersonelloven innebærer derfor at SSB ikke kan pålegge noen opplysningsplikt for helseopplysninger, og at SSB av samme grunn ikke kan kreve utlevert opplysninger fra de sentrale helseregistrene.

### 3.5.1 Norsk pasientregister (NPR)

Det er Norsk pasientregisterforskriften som gir regler om innsamling og behandling av helseopplysninger i registeret. Ifølge forskriften er Helsedirektoratet databehandlingsansvarlig for innsamling og behandling av helseopplysninger i NPR, mens en avgrenset organisatorisk enhet innenfor Helsedirektoratet (Norsk pasientregister) er databehandler for registeret. Denne enheten skal blant annet sørge for drift og kvalitetssikring av registeret, tilrettelegging og utlevering av data og statistikk. Ifølge forskriften inngår ikke statistikkproduksjon som ett av registerets formål.

NPR inneholder personopplysninger (for eksempel fødselsnummer og bostedskommune), administrative opplysninger (for eksempel om behandlende institusjon), medisinske opplysninger (for eksempel diagnose) og sosiale opplysninger (for eksempel boligforhold).

SSB kan på lik linje med andre forvaltningsorganer bestille statistikk fra NPR basert på opplysningene i NPR. Forutsetningen er at bruken av data og dermed bestillingens formål ikke er i strid med registerets formål, og statistikken som utleveres skal være anonym. SSB kan ikke få tilgang til mikrodata (individdata) fra NPR.

Helseregisterloven, helsepersonelloven og Norsk pasientregisterforskriften hjemler at opplysninger fra NPR kan sammenstilles (kobles) med sosioøkonomiske opplysninger i SSB for utarbeidelse av statistikk. Det er imidlertid ikke besluttet hvor denne typen sammenstilling av data kan og skal skje.

I forbindelse med den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven er det fremmet en rekke ny forskrifter, samt endringer i eksisterende forskrifter, deriblant forslag om endringer i Norsk pasientregisterforskriften.

### 3.5.2 Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-registeret)

Det er forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) som gir bestemmelser for innsamling og behandling, utlevering og lagring av opplysninger i registeret. Ifølge forskriften er Helsedirektoratet databehandlingsansvarlig for IPLOS-registeret, og direktoratet kan inngå skriftlig avtale med en databehandler om behandling av opplysningene på vegne av Helsedirektoratet. SSB er databehandler for IPLOS-registeret. Ifølge forskriften kan opplysninger i IPLOS-registeret behandles og brukes til utarbeidning av nasjonal, regional og lokal pleie- og omsorgsstatistikk.

---

<sup>2</sup> Med lov- og forskriftsverk menes lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven), lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), forskrift av 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk og forskrift av 7. desember 2007 nr. 1389 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften).

IPLOS-registeret inneholder tildelt pseudonym for søker/mottaker av pleie- og omsorgstjenester, bakgrunnsopplysninger (for eksempel bostedskommune, tjenesteytende kommune, bydel, distrikt), opplysninger av betydning for vurdering av tjenestebehov (for eksempel opplysning om bolig og hushold og om personen får privat ikke betalt hjelp) og opplysninger om tjenester (for eksempel vedtak eller beslutning om, herunder avslag på pleie- og omsorgstjenester).

SSB kan på lik linje med andre bestille statistikk fra IPLOS-registeret basert på opplysningene i registeret. Forutsetningen er at bruken av data og dermed bestillingens formål ikke er i strid med registerets formål, og statistikken som utleveres skal være anonym. Helsedirektoratet har inngått databehandleravtale med SSB for drift og forvaltning av IPLOS. En av oppgavene er å «utarbeide faste, offentlige statistikker basert på opplysninger fra IPLOS-registeret» jf forskriften § 5-1 første ledd. SSB skal drøfte med helsedirektoratet hvilke statistikker som skal utarbeides, men har fått avklart at publisering av statistikkene følger SSBs ordinære regelverk. Det innebærer for eksempel at Helsedirektoratet ikke får tilgang til statistikken før den publiseres.

Sammenstilling (kobling) av opplysninger fra IPLOS-registeret med andre opplysninger, krever forhåndsgodkjenning fra Datatilsynet. Formålet med sammenstillingen må ligge innefor IPLOS-registerets formål. IPLOS-registeret er et pseudonymt register. Det innebærer at alle opplysninger som skal kobles med IPLOS, må pseudonymiseres før kobling kan utføres. SSB vil på lik linje med andre måtte søke om å få gjennomført slik kobling.

### 3.6 Merverdi for andre helsestatistikkområder

Gjennomgangen ovenfor av hvilke opplysninger relatert til lokalmedisinske sentre som blir registrert i henholdsvis Bedrifts- og Foretaksregisteret, i registerbasert personellstatistikk og i regnskaps- og tjenestedata i KOSTRA-rapporteringen, har gitt oss verdifull innsikt i problemområder som eksisterer ved dataregistrering allerede i dag, og som mest sannsynlig vil eskalere med samhandlingsreformen.

Vi har blant annet fått bedre innsikt i

- 1) muligheten for å styrke og reddykke eksisterende statistikk over kommunehelsetjenester, pleie- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester
- 2) muligheten til å bruke funnene i prosjektet for å skille ut en egen samhandlingsstatistikk eller statistikk over lokalmedisinske sentre
- 3) muligheten til å belyse hva sentrale helseregistre kan bidra med hvis de juridiske utfordringene løses
- 4) mulighetene til å styrke registre som ligger til grunn for dagens helsestatistikk (BoF, registerbasert statistikk over helse- og sosialpersonell, m.fl.)

## 4. Casestudier av to lokalmedisinske sentre

### 4.1 Alta Helsesenter (Altamodellen)

#### 4.1.1 Bakgrunn

Alta kommune etablerte Alta Helsesenter i 1977. Helsesenteret er det fysiske fundamentet for det som er blitt kjent som Altamodellen, hvor hensikten er å skape en fellesarena for helse- og sosialtjenester i kommunen – uavhengig av tjenestenivå, tjenesteeier og tjenesteleverandør. Forholdsvis lange avstander til nærmeste sykehus, samt en relativ stor og raskt voksende befolkning, har gjort det nødvendig å utvikle og etablere integrerte tjenester lokalisert i kommunen.

Alta Helsesenter er organisert under helse- og sosialetaten i Alta kommune. Tjenestene blir utført etter kommunehelsetjenesteloven, men flere av tjenestene sorterer under spesialisthelsetjenesten (for eksempel sykestue, fødestue og dialysetjenester). De fleste kommunale helsetjenestene er lokalisert i helsesenteret, men flere legesentre og pleie- og omsorgsinstitusjoner ligger utenfor.

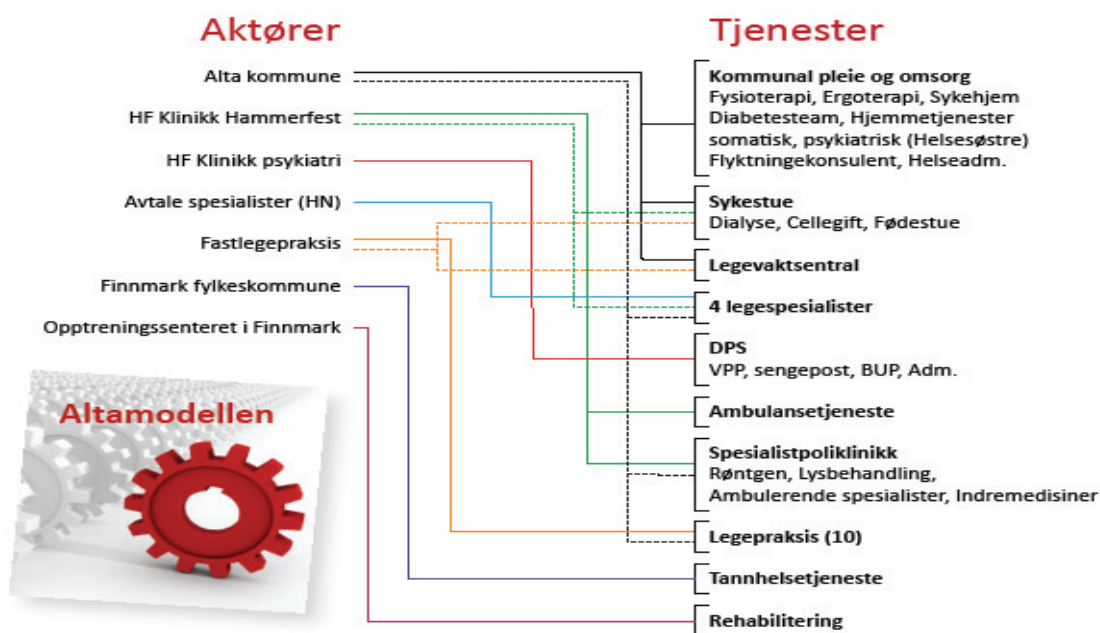
Alta kommune er vertskommune i et interkommunalt samarbeid med kommunene Loppa, Kautokeino og Kvænangen. Vertskommunemodellen innebærer i all hovedsak at Loppa, Kautokeino og Kvænangen har delegert beslutningsmyndighet til Alta kommune. Det innebærer blant annet at Alta kommune er avtalepart i de samarbeidsavtaler som inngår i Altamodellen<sup>3</sup>.

#### 4.1.2 Aktører, tjenester og samarbeidsavtaler

Altamodellen består av ulike aktører som utfører forskjellige helsetjenester som tradisjonelt sorterer under henholdsvis kommunehelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Figur 1 viser organiseringen av aktører og de ulike tjenestene som inngår i Altamodellen. De hele linjene viser tjenester som de respektive aktørene har ansvar for, mens de stiplede linjene viser tjenester hvor ulike aktører, i varierende grad, har felles driftssamarbeid.

<sup>3</sup> Interkommunalt samarbeid generelt og vertskommunesamarbeid spesielt er regulert gjennom Lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Figur 1 Organisering av aktører og tjenester i Altamodellen



Kilde: Alta kommune

Virksomheten ved Alta Helsesenter og andre tjenestetilbud i området er dels et resultat av samarbeidsavtaler som er inngått og dels et resultat av at tjenestene er samlokalisert. Det er rådmannen i Alta kommune som er ansvarlig for avtalene Alta Helsesenter inngår.

Alta Helsesenter har per september 2011 inngått samarbeidsavtaler med:

- Helse Finnmark (avtale om utleie av lokaler til Helse Finnmarks spesialisthelsetjenester ved helsesenteret, for eksempel spesialistpoliklinikken)
- Helse Finnmark Klinikk Hammerfest (avtale om drift av sykestue som inkluderer dialysebehandling, cellegiftsbehandling, samt fødestue<sup>4</sup>)
- Helse Finnmark Klinikk psykiatri (avtale om pasienter innen psykisk helsevern som Alta kommune ikke klarer å finne et tilbud til (utskrivningsklare pasienter))
- Avtalespesialister (avtale med fire avtalespesialister om utleie av lokaler ved helsesenteret)
- Fastlegepraksisen (avtale om salg av legepraksiser til ti fastleger hvor praksisene reguleres gjennom fastlegeavtaler mellom Alta kommune og de enkelte legene)
- Finnmark fylkeskommune (avtale om utleie av lokaler til tannlegeklinikken)
- Opptreningscenteret i Finnmark (avtale om utleie av lokaler, vaktmester, rengjøring og strøm)

Det varierer hvor formalisert samarbeidsavtalene er og hva avtalene er ment å regulere. De fleste avtalene regulerer utelukkende leie av lokaler og fordeling av administrative utgifter mellom utleier og leietaker. Det varierer også i hvilken utstrekning flere aktører samarbeider om å drifte og finansiere tjenestene som blir utført ved helsesenteret. Eksempelvis blir spesialistpoliklinikken i sin helhet driftet og finansiert av Helse Finnmark, mens sykestua med ni døgnplasser finansieres

<sup>4</sup> Det var ikke inngått en særskilt samarbeidsavtale om drift av sykestue per september 2011. Samarbeidet utføres på bakgrunn av St.prp. nr. 59 (2001-2002) Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002, men Alta kommune har intensjoner om å avtalefeste samarbeidet med Helse Finnmark Klinikk Hammerfest.

både av Alta kommune (en tredel) og Helse Finnmark Klinikk Hammerfest (to tredeler).

#### 4.1.3 Registrering og rapportering

Det er ikke full oversikt over hvordan de ulike virksomhetene som fysisk er samlokalisert i Alta Helsesenter er registrert i Enhetsregisteret. Det skyldes blant annet at registreringen av virksomhetene ikke er helt oppdatert etter ulike omorganiseringer av helse og omsorgssektoren i kommunen. Videre er det en utfordring for registrering av ansatte at organisasjonsnumre ikke brukes ute i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er muligheter for bedre registrering ved hjelp av personal- og lønssystemer (Agresso) og vaktssystemer (MinVakt) som er implementert ved helsesenteret. Det forutsetter imidlertid en opprydding når det gjelder organisasjonsnummer som blir brukt og registrert i Enhetsregisteret.

Kommunen og staten (helseforetaket) opererer med egne, uavhengige regnskap for sine respektive virksomheter ved Alta Helsesenter. En slik tilnærming er ikke uvanlig blant virksomheter som er samlokalisert. Det kommunale regnskapet er for øvrig splittet i flere deler og fordelt på ulike kommunale virksomheter på senteret. Noen driftskostnader blir imidlertid utelukkende ført på en enhet og en funksjon, noe som blant annet gjelder drift av bygg. En blanding av tjenester i samme virksomhet/avdeling gir dessuten regnskapsmessige utfordringer i form av at kostnader som ideelt sett burde fordeles på ulike funksjoner heller blir ført på samme funksjon. Sistnevnte fører til at kostnader som hører til kommunen blir ført på funksjon for tjenester utenfor kommunalt ansvar.

Det er i all hovedsak tjenester etter kommunehelsetjenesteloven<sup>5</sup> pasientene/brukerne ved Alta Helsesenter mottar. Tidligere var fødestua hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, men det er ikke tilfelle lenger. Helseforetaket har riktignok det faglige ansvaret og lager prosedyrene for fødestua, men det overordnede ansvaret ligger hos kommunen, og en eventuell tilsynssak vil derfor bli rettet mot Alta kommune. Intermediære tjenester (halvannenlinjetjenester) som blir utført ved Alta Helsesenter har p.t. ikke noen egen lovgivning, og det er ulike praksiser mellom forskjellige lokalmedisinske sentre med hensyn til hvilken lov slike tjenester blir utført etter.

Det er flere fagsystemer som er i bruk når det gjelder registrering av pasienter/brukere ved senteret. Norsk pasientregister (NPR) og Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) inneholder registreringer av aktivitet i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg kommer mer administrative systemer. Ett av disse er WinMed som brukes av leger på sykestue, legevakt og legesenter, og er et system som kommuniserer med sykehusenes journalsystem og nordnorsk helsenett. Et annet er DIPS som brukes av sykepleiere i spesialisthelsetjenesten til å registrere pasienter. Når det gjelder pasientforløp kan Alta Helsesenter se hvor pasienter kommer fra og hvor de eventuelt blir sendt videre.

## 4.2 Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS)

### 4.2.1 Bakgrunn

Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS) på Otta åpnet i 2010 et nytt bygg som skal romme samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak om helsetjenester i regionen. Tjenestetilbudet ved NGLMS har utviklet seg over tid. De relativt store avstandene til sykehus, utfordringene med hensyn til å rekruttere kvalifisert personell, og de økonomiske utfordringene helse- og sosialområdet representerer for kommunene, gjør samarbeid på tvers av kommunegrensene og mellom forvaltningsnivåer nødvendig.

<sup>5</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven fra og med 1. januar 2012

Utviklingen av NGLMS er organisert som et prosjekt og er forankret i Regionrådet for Nord-Gudbrandsdal<sup>6</sup>. Innenfor prosjektet er det i alt åtte delprosjekter, blant annet utvikling av spesialisthelsetjenester, intermediære senger og legevaktsamarbeid. Prosjektet tar utgangspunkt i at NGLMS skal være kommunalt drevet og at det er kommunen som skal ha ansvaret for virksomheten. Samtidig omfatter NGLMS kommunehelsetjenester, interkommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester, og mye av utviklingsarbeidet i prosjektet har til nå handlet om å etablere den juridiske organiseringen av tjenestene som utføres ved senteret.

Det foreligger et vedtak i Sel kommunestyre om at NGLMS skal være et interkommunalt samarbeid og organiseres etter en vertskommunemodell. Formålet er å rede grunnen for at Sel kommune skal være vertskommune i et samarbeid om interkommunale helsetjenester med kommunene Dovre, Lesja, Lom, Skjåk og Vågå<sup>7</sup>. Per september 2011 er imidlertid ikke de formelle rammene for organisering og finansiering av virksomhetene ved NGLMS endelig vedtatt.

#### **4.2.2 Aktører, tjenester og samarbeidsavtaler**

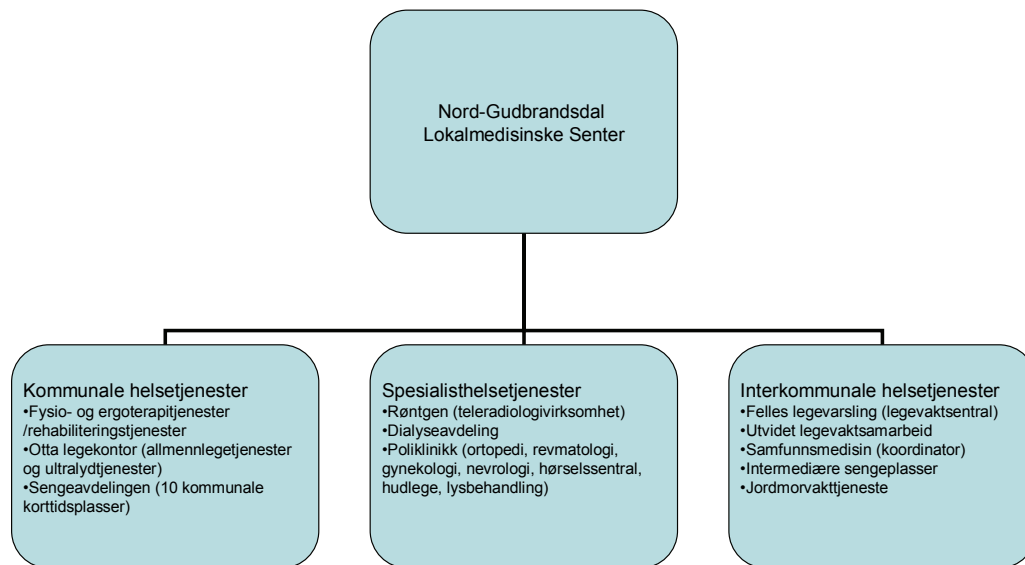
Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS) tilbyr kommunale helsetjenester, spesialisthelsetjenester og interkommunale tjenester. Det er flere aktører og ulike typer av tjenester som er lokalisert til NGLMS i Otta. Kommunene Dovre, Lesja, Lom, Sel, Skjåk og Vågå og helseforetaket Sykehuset Innlandet HF er viktige for virksomheten ved senteret. I tillegg kommer flere tjenestetilbydere, som for eksempel legespesialister og fastleger. Når det gjelder helsetjenestene som blir utført ved NGLMS er disse flere. Figur 2 viser de ulike tjenestene som inngår i NGLMS.

---

<sup>6</sup> Regionrådet for Nord-Gudbrandsdal er etablert med hjemmel i Lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 27, og er et regionalt samarbeidsorgan for kommunene Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk.

<sup>7</sup> Interkommunalt samarbeid generelt og vertskommunesamarbeid spesielt er regulert gjennom Lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) Kapittel 5.

Figur 2 Tjenester ved Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter



Kilde: Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter

Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS) ved Sel kommune har per september 2011 avtaler med legespesialistene om leie av lokaler ved senteret, leieavtaler med spesialisthelsetjenesten for de lokaler som Sykehuset Innlandet benytter, og avtale om utleie av personell til røntgen, dialyse og legekontor. I tillegg er avtaler med samarbeidskommunene og med spesialisthelsetjenesten (Sykehuset Innlandet HF) på trappene som følge av samhandlingsreformen.

Det er særlig tre saker prosjekt NGLMS prioriterer å etablere før årsskiftet 2011/2012:

- Interkommunale avtaler mellom de seks kommunene som samarbeider i regionen
- Intern organisering av NGLMS i forhold til de interkommunale avtalene
- Intern organisering av NGLMS i forhold til samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten

Det er interkommunale samarbeidsavtaler mellom kommuner i Nord-Gudbrandsdal som regulerer finansieringen av interkommunale helsetjenester, men det er fremdeles uklart hvordan finansieringen skal være i fremtiden. For eksempel blir de intermediære sengeplassene finansiert ved hjelp av statlige prosjektmidler per september 2011. Det arbeides derfor med sikte på å etablere en finansieringsavtale mellom Sel og de fem øvrige kommunene i regionen.

Det arbeides også med å avtalefeste samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og da særlig med Sykehuset Innlandet HF som leverer flere spesialisthelsetjenester ved NGLMS. Samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for driften av NGLMS, for eksempel når det gjelder dialyseavdelingen. Det er imidlertid ikke planlagt å inngå avtaler som regulerer behandlingsvolum.

#### 4.2.3 Registrering og rapportering

Alt interkommunalt samarbeid i regionen er registrert som et organisasjonsledd under Sel kommune i Enhetsregisteret. Hvis NGLMS defineres som et interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27 og 28

(vertskommunesamarbeid), vil NGLMS også registreres som et organisasjonsledd under Sel kommune.

NGLMS tilbyr en del tjenester som ikke kan defineres som interkommunalt samarbeid, og som for juridiske formål sorterer direkte under Sel kommune. Det gjelder blant annet spesialisthelsetjenestene ved NGLMS, hvor Sel kommune betaler lønn for sykepleiere som for eksempel utfører dialyse og røntgen. Årsverkene registreres derfor på Sel kommune, som har arbeidsgiveransvaret for tjenestene. Ved rapportering til Arbeidsgiver/arbeidstaker registeret (Aa-registeret) registreres årsverkene som årsverk innen kommunehelsetjenesten, ikke innen spesialisthelsetjenesten. På den annen side registreres årsverkene som legespesialistene utfører ved Sykehuset Innlandet HF, siden legespesialistvirksomheten ved NGLMS ikke er skilt ut med eget organisasjonsnummer.

Ansatte ved NGLMS registreres og rapporteres til Aa-registeret ved hjelp av kommunenes eget personellfagsystem (PAI). Legespesialistene er tilknyttet sykehusene og rapporteres derfra. Disse er ikke registrert som ansatte i NGLMS. Når det gjelder regnskapsdata kan disse fordeles på ansvarsområder. Det rapporteres imidlertid ikke data på ansvarsområdenivå gjennom KOSTRA, men det kan trekkes ut rapporter til NGLMS og kommunens eget bruk. I og med at det interkommunale samarbeidet skal organiseres etter en vertskommunemodell, vil det ikke være mulig å produsere et samlet regnskap for NGLMS.

Pasientene/brukerne ved Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS) mottar tjenester etter kommunehelsetjenesteloven<sup>8</sup>. Av det følger det at kommunene står ansvarlige for tjenestetilbudet og tjenesteproduksjonen ved senteret. Opphold ved sengeavdeling hjemles som opphold i pleie- og omsorgsinstitusjoner og blir registrert i kommunens fagsystem (Profil). Dette er også blant tjenestene som blir rapportert gjennom Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Det er imidlertid en del begrensninger med hensyn til muligheten for å konvertere data mellom ulike fagsystemer som er i bruk.

Det er utfordrende å få en oversikt over pasientforløp (pasientflyt). De kommunale legetjenestene i regionen benytter samme fagsystem, men det er ulike databaser i de ulike kommunene. Alle kommunene skal i løpet av høsten gå over til WinMed3-journalsystem. Dersom det blir etablert en felles database for legetjenestene, er det en juridisk utfordring om flere kommuner/legedistrikt skal ha tilgang til hverandres databaser. Pasientene som får spesialisthelsetjenester ved senteret rapporteres fra Sykehuset Innlandet HF til Norsk pasientregister (NPR), inklusive dialyse- og røntgenpasientene. Det er ingen direkte elektronisk kommunikasjon av pasientinformasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og det er ingen samlet rapportering av pasienter/brukere ved NGLMS.

Det er flere fagsystemer som er i bruk ved NGLMS. For pasienter i pleie- og omsorgstjenesten benyttes fagsystemet Profil for pasientjournal og saksbehandling. Dette er også opplysninger som rapporteres gjennom IPLOS. For pasientjournaler hos allmennlege og legevakt benyttes pr i dag Infodoc, men alle kommunene i regionen skal i løpet av høsten gå over til WinMed3. Når det gjelder lønns-, personal- og økonomisystemer er det VISMA som er leverandør.

---

<sup>8</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven fra og med 1. januar 2012



## 5. Vurderinger og anbefalinger

Samhandlingsreformen representerer flere utfordringer med hensyn til å kunne produsere en kvalitativ og kvantitativ god statistikk som gir en dekkende beskrivelse av virksomheten i helsevesenet. Reformen utfordrer for eksempel tradisjonelle statistikkfaglige skillelinjer mellom spesialisthelsetjenester, kommunehelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester, både når det gjelder å beskrive hvilke helsetjenester som blir produsert, hvem som utfører tjenestene og hvem som finansierer dem. Reformen utfordrer også hensynet til statistikkfaglige standarder som følge av at lokale og regionale tjenestebehov er tenkt å spille en avgjørende rolle for hvordan samhandlingen i helsetjenesten blir organisert og driftet.

I undersøkelsen som er gjennomført er det lokalmedisinske sentre som er kartlagt. Gjennomgang av relevante registre og casestudier av to lokalmedisinske sentre, gir grunn til å tro at lokalmedisinske sentre tilbyr forskjellige tjenester, organiseres ulikt og innholdsbestemmes forskjellig på ulike steder i landet. Det er dessuten grunn til å tro at dette også gjelder andre helsetilbud som er tuftet på samhandling i helsetjenesten, for eksempel de såkalte intermediære enhetene (halvannenlinjetjenestene). I praksis betyr det at utfordringene knyttet til statistikkproduksjon vil være gyldig for store deler av produksjonen av samhandlingstjenester.

Kartleggingen av lokalmedisinske sentre som er gjennomført viser:

- at det er utfordrende å identifisere lokalmedisinske sentre i eksisterende registre (Enhetsregisteret/ SSBs Bedrifts- og Foretaksregister)
- at det er utfordrende å identifisere personellressurser (årsverk) som brukes i virksomheter som sorterer under lokalmedisinske sentre i eksisterende registre (Aa-registeret) og allokere ressursene til riktige tjenesteproduserende enheter
- at det er utfordrende å sammenlikne og sammenholde regnskapsstørrelser som rapporteres i henholdsvis kommuneregnskap og sykehusregnskap
- at det er utfordrende å følge pasienter mellom ulike virksomheter og helsetjenester på forskjellige tjenestenivå (pasientkarriere) innenfor eksisterende lov- og forskriftsverk

### 5.1 Identifisering: Opprette (del)register over lokalmedisinske sentre

Det anbefales å opprette et eget (del)register over lokalmedisinske sentre, både for å kunne få innsikt i hvem som arbeider ved sentrene, hvilke aktiviteter som blir utført, hva virksomheten koster, og hvem som finansierer tjenestene. Forutsetningene for å opprette et slikt (del)register, er at det må foreligge opplysninger om hvordan sentrene er organisert, hvilke tjenesteytende enheter som sorterer under sentrene, og hvilket organisasjonsnummer den enkelte tjenesteytende enhet har.

Det anbefales å innhente informasjon om etablerte lokalmedisinske sentre, og da spesielt opplysninger om organisasjonsnumre til alle tjenesteytende enheter som sorterer under sentrene, direkte fra kommuner/bydeler og/eller fra helseforetak. Det kan enten gjøres ved hjelp av etablerte rapporteringskanaler (KOSTRA), eller ved å ta direkte kontakt med kontaktpersoner i kommuner/bydeler eller helseforetak som er involvert i sentrene.

### 5.2 Personellressurser: Beregne samhandlingsårsverk pr enhet i lokalmedisinske sentre

Det er avgjørende at det blir opprettet et (del)register over lokalmedisinske sentre dersom opplysninger om sysselsettingen ved sentrene skal kunne identifiseres og allokere til underliggende enheter og virksomheter. Et slikt (del)register må

inneholde gyldige organisasjonsnumre, og må ha ansatte registrert på den enkelte enhet som inngår i registeret. Ved hjelp av et (del)register for lokalmedisinske sentre, er det mulig å få oversikt over hvilke typer personell som er ansatt med utgangspunkt i informasjon om de ansattes yrke og utdanning.

Det er samtidig en utfordring å avgjøre hvor mye av den enkelte ansattes stilling som er knyttet til samhandlingsoppgaver og hva som er "ordinære" oppgaver. Det gjelder selv om det er etablert et (del)register. Det anbefales at prosentandelen av årsverkene som brukes til å utføre samhandlingsoppgaver, beregnes som en generell størrelse pr enhet /bedrift og ikke som en andel av den enkeltes stilling. Det skyldes først og fremst begrensede muligheter ved registrering av arbeidsforholdet i Aa-registeret.

### **5.3 Økonomi: Tilpasse kommuneregnskap og regnskap for spesialisthelsetjeneste**

Det er vedtatt å opprette to nye samhandlingsrelaterte funksjoner i kommunenes arts- og funksjonskontoplan som ligger til grunn for regnskapsrapporteringen gjennom KOSTRA. Intensjonen er å kunne skille ut noen av de samhandlingsrelaterte utgiftene i kommuneregnskapene. De nye funksjonene fanger opp de delene av reformen som er knyttet til de nye ordningene med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt tilbud om døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig hjelp.

Det er imidlertid grunn til å understreke at de nye funksjonene i kommunenes arts- og funksjonskontoplan ikke vil være tilstrekkelig til å skille ut samhandlingsrelaterte utgiftsøkninger/-reduksjoner i de tjenestene som naturlig hører inn under dagens KOSTRA-funksjoner. Det gjelder for eksempel kommunenes betaling for utskrivningsklare pasienter. Det anbefales derfor at det i tillegg blir opprettet arter som vil kunne identifisere slike endringer.

Det anbefales videre at helseforetakenes (spesialisthelsetjenestens) regnskaper blir tilrettelagt slik at det blir mulig å skille ut samhandlingsutgifter og -inntekter. For lokalmedisinske sentre innebærer det å identifisere finansiering av utførte spesialisthelsetjenester, mens det for samhandlingstjenester generelt innebærer å kunne vurdere disse opp mot tilsvarende regnskapsstørrelser i kommuneregnskapene.

### **5.4 Aktivitet: Bruke informasjon fra fagsystemer og sentrale helseregistre**

Det er p.t. ikke mulig å knytte verken data fra kommunehelsetjeneste, pleie- og omsorgstjeneste, eller spesialisthelsetjeneste til aktiviteten ved lokalmedisinske sentra som enhet. Det finnes heller ingen entydig løsning på disse utfordringene. Det er likevel grunn til å tro at organiseringen av de lokalmedisinske sentrene vil ha betydning for i hvor stor grad det vil være mulig å kunne lage tjenestestatistikk for lokalmedisinske sentre.

Det anbefales at det legges til rette for god informasjonsflyt mellom de ulike fagsystemene i henholdsvis kommunehelsetjeneste, pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste, og at det dermed blir mulig å skille ut hvilke tjenester som blir utført og se disse i sammenheng. Dette krever imidlertid at juridiske og informasjonsteknologiske utfordringer blir løst.

Det å opprette et (del)register som inkluderer alle lokalmedisinske sentre vil kunne bidra til mer informasjon om aktiviteten. Blant annet vil det i teorien gjøre det mulig å produsere aktivitetsstatistikk per lokalmedisinsk senter ved hjelp av opplysninger hentet fra IPLOS, og da kanskje kombinert med informasjon fra NPR. P.t. legger imidlertid lov- og forskriftsverk begrensninger på utnyttelsen av informasjonen i IPLOS og NPR for statistikkformål.

## **5.5 Informasjonstilgang: Justere gjeldende lov- og forskriftsverk**

Det er liten tvil om at opplysninger som er registrert i henholdsvis Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLoS) og Norsk pasientregister (NPR) kan bidra til å produsere statistikk som blant annet gir informasjon om samhandling i helsetjenesten generelt og aktiviteten i lokalmedisinske sentre spesielt. Det gjeldende lov- og forskriftsverket begrenser imidlertid muligheten til å bruke informasjonen fra sentrale helseregistre til statistikkformål.

Det anbefales at det blir foretatt justeringer i eksisterende lov- og forskriftsverk som gjør det mulig å bruke opplysninger fra sentrale helseregistre til statistikkformål og dermed produsere statistikk som belyser samhandling i helsetjenesten. Det gjelder kanskje først og fremst lovreguleringen av taushetsplikt i helsepersonelloven og forskriftene til sentrale helseregistre som er hjemlet i helseregisterloven. Det er avgjørende at helsepersonellovens unntak fra taushetspliktbestemmelsene inkluderer statistikkproduksjon og at forskriftene for sentrale helseregistre inkluderer statistikkproduksjon i de respektive registrenes formål.

## Referanser

Forskrift av 7. desember 2007 nr. 1389 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften) ([http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20071207-1389.html&emne=NPR\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20071207-1389.html&emne=NPR*&&))

Forskrift av 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk ([http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20060217-0204.html&emne=IPLoS\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20060217-0204.html&emne=IPLoS*&&))

Lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) (<http://www.lovdata.no/all/nl-20010518-024.html>)

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>)

Lov av 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper (<http://www.lovdata.no/all/nl-19990129-006.html>)

Lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) (<http://www.lovdata.no/all/nl-19920925-107.html>)

Lov av 16. juni 1989 nr. 54 om offisiell statistikk og Statistisk Sentralbyrå (statistikkloven) (<http://www.lovdata.no/all/nl-19890616-054.html>)

Meld. St. 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>)

Prop. 94 L (2011-2012) Lov om endringer i kommunelova m.m. (samkommune m.v.) (<http://www.regjeringen.no/nn/dep/krd/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/prop/2011-2012/prop-49-l-20112012.html?id=666431>)

Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>)

Statistisk sentralbyrå (14. juni 2011): "Flere sysselsatte i alle fylker unntatt Telemark" (<http://www.ssb.no/emner/06/01/regsys/>)

St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>)

St.prp. nr. 59 (2001-2002) Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002 (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/20012002/stprp-nr-59-2001-2002-.html?id=206235>)

## Vedlegg I Referat fra møte med Alta Helsecenter

24.10.2011

Til stede fra Alta Helsecenter/Alta kommune:

Fritz Solhaug, rådgiver, Helse- og sosialadministrasjonen ([fritz.solhaug@alta.kommune.no](mailto:fritz.solhaug@alta.kommune.no))

Kenneth Johansen, prosjektleder Altamodellen, Helse- og sosialadministrasjonen ([kenneth.johansen@alta.kommune.no](mailto:kenneth.johansen@alta.kommune.no))

Per Prebensen, helse- og sosialsjef/kommunalleder, Helse- og sosialadministrasjonen

([per.prebensen@alta.kommune.no](mailto:per.prebensen@alta.kommune.no))

Tone Mauseth, avdelingsleder, Sykestua ([tone.mauseth@alta.kommune.no](mailto:tone.mauseth@alta.kommune.no))

Tone Lise Nilsen, avdelingsleder, Helseavdelingen ([ToneLise.Nilsen@alta.kommune.no](mailto:ToneLise.Nilsen@alta.kommune.no))

Til stede fra Statistisk sentralbyrå:

Arne Jensen, seniorrådgiver, Seksjon for helsestatistikk ([aje@ssb.no](mailto:aje@ssb.no))

Espen Ottesen Vattekar, rådgiver, Seksjon for offentlige finanser ([eov@ssb.no](mailto:eov@ssb.no))

Geir Hjemås, rådgiver, Seksjon for helsestatistikk ([ghj@ssb.no](mailto:ghj@ssb.no))

Trond Ekornrud, rådgiver, Seksjon for helsestatistikk ([eko@ssb.no](mailto:eko@ssb.no))

## Referat fra møte mellom Statistisk sentralbyrå og Alta Helsecenter 9. september 2011

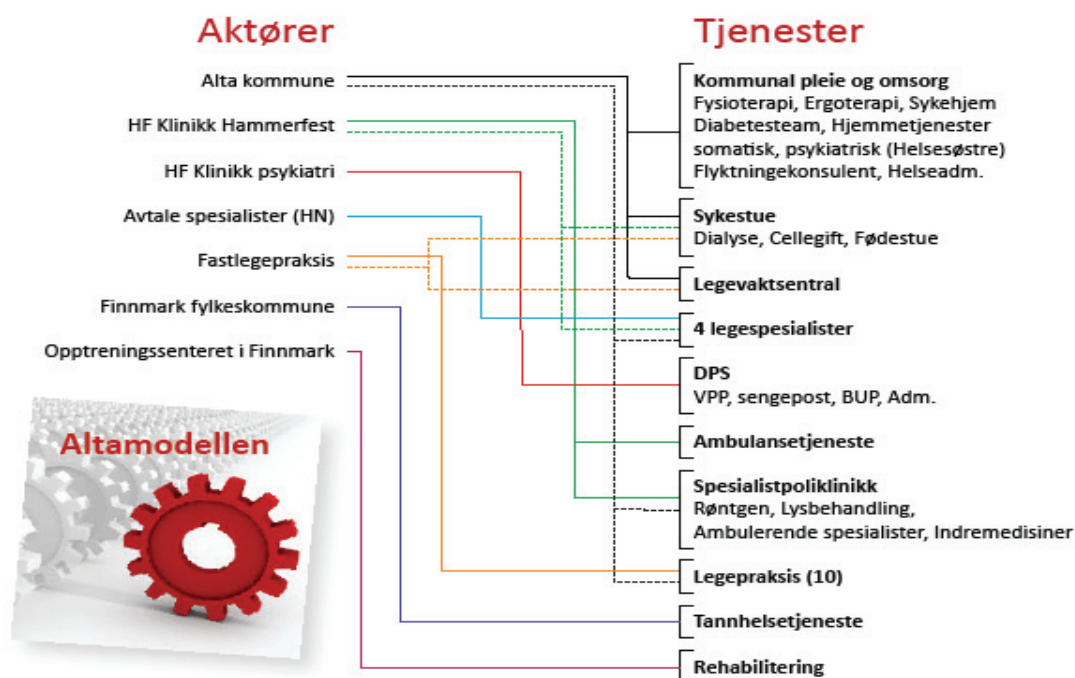
### Presentasjon av Alta Helsecenter v/Kenneth Johansen, prosjektleder Altamodellen

Dokumentasjon: PP-presentasjon

Alta kommune har en lang historie knyttet til samhandling. Forholdsvis lange avstander til nærmeste sykehus, samt en relativ stor og raskt voksende befolkning, har gjort det nødvendig å utvikle og etablere integrerte tjenester lokalisert i kommunen. Dette er en utvikling som har skjedd gradvis og over lengre tid. Avstanden fra Alta til de tre nærmeste sykehusene er henholdsvis 145 km (Hammerfest sykehus), 430 km (Universitetssykehuset i Tromsø (UNN)) og 540 km (Kirkenes sykehus). Fra Alta til Hammerfest sykehus som er det nærmeste sykehuset, tar det om lag to timer med bil. To fjelloverganger gjør det til en utfordrende veistrekning på vinterstid.

Alta helsecenter og ”Alta-modellen” tilbyr visse type helsetjenester som ofte blir definert som spesialisthelsetjenester, og som er vanlig å finne på sykehus. Tilbudet ved helsecenteret bidrar til at befolkningen i Alta i mindre grad trenger reise til sykehus for å få utført ulike typer spesialistbehandlinger.

## Organisering av aktører og tjenester i Alta-modellen:



Oversikten ovenfor viser organiseringen av ulike tjenester i Alta-modellen ved Alta helsesenter. De hele linjene viser tjenester som de respektive aktørene har ansvar for, mens de stiplede linjene viser tjenester hvor ulike aktører, i varierende grad, har felles driftssamarbeid.

### Aktører og type tjenester i Alta-modellen

- *Alta kommune*

I Altamodellen tilbyr Alta kommune kommunale pleie- og omsorgstjenester. Dette inkluderer fysioterapi, ergoterapi, sykehjem, diabetesteam, hjemmetjenester, psykiatri (helsesøstre), flyktningekonsulentvirksomhet og helseadministrasjon. Videre driver kommunen en sykestue som inkluderer dialysebehandling og cellegiftbehandling. Kommunen driver også fødestue. Alta kommune driver også legevaktssentralen ved helsesenteret.

Tjenester Alta kommune samarbeider med andre aktører om er for eksempel sykestua ved HF klinikk Hammerfest. Tilsvarende får Helse Finnmark tjenester fra Alta kommune i sin drift av spesialistpoliklinikken. Fastlegepraksisen bistår på sin side i driften av sykestua og legevakten.

4 legespesialister har avtale med Helse Nord, disse får også enkelte tjenester via kommunen. Det samme gjelder spesialistpoliklinikken ved Alta helsesenter som driftes av HF klinikk Hammerfest, og legepraksisen ved senteret.

- *HF klinikk Hammerfest*

HF klinikk Hammerfest driver ambulansetjenesten og spesialistpoliklinikken ved helsesenteret. Spesialistpoliklinikken inkluderer tjenestene røntgen, lysbehandling, ambulerende spesialister og en indremedisiner. Videre er HF klinikk Hammerfest også med på å bistå 4 avtalespesialister, samt Alta kommune med sykestua.

- *HF klinikk psykiatri*

HF klinikk psykiatri drifter et distriktspsykiatrisk senter (DPS) lokalisert i helsesenteret. Dette inneholder voksenpsykiatri (VPP), sengepost, barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og administrasjon. HF klinikk psykiatri har ikke vesentlig bistand av andre aktører i driften av dette senteret.

- *Avtalespesialister (Helse Nord)*

Helse Nord har avtale med 4 legespesialister ved helsesenteret. HF klinikk Hammerfest bistår i driften av denne tjenesten.

- *Fastlegepraksisen*

Fastlegepraksisen driftes privat, og har avtale med Alta kommune om leie av personell og utstyr. I tillegg bistår Fastlegepraksisen i driften av Sykestua og legevaktsentralen ved helsesenteret.

- *Finnmark fylkeskommune*

Finnmark fylkeskommune drifter fylkets største tannklinikk som er lokalisert i Alta helsesenter.

- *Opptreningscenteret i Finnmark*

Opptreningscenteret i Finnmark drifter en rehabiliteringstjeneste lokalisert i senteret.

### **Ulike tjenester ved Alta helsesenter**

- *Sykestua*

En sykestue er en såkalt halvannenlinje-tjeneste som blir tilbudt av kommuner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Denne type samarbeid kalles ofte en intermediaær løsning og kan knyttes opp til samhandlingsreformen og dens intensjoner. I Finnmark er det i alt 16 sykestuer av varierende størrelse med alt fra 1-9 senger og det totale antallet senger er 40.

Sykestua ved Alta helsesenter tilbyr dialyse, cytostatika, røntgen, televisitter og dagbehandling i tillegg til de 9 døgnplassene. Sykestua har en daglig legevisitt på fire timer, i tillegg så bistår en indremedisiner fra HF lokalisert ved helsesenteret på sykestua om nødvendig. Tilbudet er ment å være for pasienter som ellers måtte ha vært på sykehus. Finansieringen av sykestua er delt mellom Alta kommune og HF klinikk Hammerfest.

Sykestua tilbyr ulike tjenester og behandling som ellers i hovedsak finnes i spesialisthelsetjenesten. Eksempel på dette kan være at dialysepasienter mottar visitter av nefrologer i Tromsø via videokonferanse, mens kreftpasienter mottar cellegiftbehandling ved sykestua.

I tillegg til sykestua er det også en egen fødestue. I alt er det om lag 300 gravide per år i Alta, og på fødestuen gjennomføres i alt 100 selekterte fødsler i løpet av året. Det er Hammerfest sykehus HF som har det faglige ansvaret for prosedyrer på fødestuen, i tillegg til at de fullfinansierer driften. Fødestuen er også en del av tilbudet som inngår i helsestasjon for ungdom i kommunen.

Et pilotprosjekt som kan knyttes til samhandling er oppretting av diabetesteam ved helsesenteret. Diabetesteamet består av en fastlege som har det faglige ansvaret og to diabetessykepleiere. Å få behandling av diabetesteamet krever henvisning fra fastlege. 600 diabetikere har så langt vært involvert i prosjektet, og prosjektet har gitt gode resultater.

En analyse gjennomført av Norut i 2011, konkluderte med at diabetesteam er et supplement for kommunen, bidrar til redusert bruk av spesialisthelsetjenesten, og

er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Diabetesbehandlingen balanserer ved 177 konsultasjoner hvert år. En annen studie gjennomført i 2005 indikerer at Alta har et lavt forbruk av spesialisthelsetjenester knyttet til diabetesbehandling (Alta 1,4 %, Salten 6,8 %, Rogaland 6,7 % og Groruddalen 12,8 %).

- *Spesialistpoliklinikken*

Spesialistpoliklinikken drives av Helse Finnmark. Klinikken har avtalespesialister, ambulerende spesialister, en egen hudenhet, røntgenenhet, samt et laboratoriesamarbeid med Alta kommune. Alta helsesenter tilbyr en rekke spesialisttjenester: øre-nese-hals, audiograf, øyeblikking, gynekologi, indremedisiner, hudlege, barnelege, ortoped, nevrolog, nefrolog, fysikalsk medisiner, lungelege, ultralydscreening av gravide, kirurg, obstetiker, reumatolog og anestesilege/-team.

Røntgenenheten ved helsesenteret er driftet av HF klinikk Hammerfest. Enheten gjennomfører elektive undersøkelser i tillegg til ø-hjelp undersøkelser fra legevakta

En analyse gjennomført av Norut/NIBR i Finnmark i 2003, konkluderte med at spesialistpoliklinikken er en økonomisk besparelse på 20 mill kroner per år, herunder reisekostnader beregnet redusert med 10,5 mill kroner per år (Samfunnsøkonomisk analyse av spesialistpoliklinikken i Alta (Abelsen og Gaski 2003)

[http://scholar.google.no/scholar?cluster=2538000042999406522&hl=no&as\\_sdt=0.5](http://scholar.google.no/scholar?cluster=2538000042999406522&hl=no&as_sdt=0.5))

- *Helse Finnmark klinikk psykiatri/DPS Vest Finnmark*

Alta helsesenter tilbyr også psykiatritjeneste gjennom Helse Finnmark klinikk psykiatri. Tilbudet inkluderer administrasjon, DPS Vest Finnmark inklusive BUP Alta, VPP Alta og sengepost Alta. I tillegg har Alta kommune en egen enhet for rus og psykiatri.

- *Opptreningscenteret i Finnmark*

Opptreningscenteret i Finnmark er lokalisert ved Alta helsesenter. Dette er et privat foretak som har kontrakt med det regionale helseforetaket. Opptreningscenteret har 50 døgnplasser og et godt utviklet fagmiljø.

- *Legepraksis*

Alta helsesenter inneholder også legepraksis. Praksisen inneholder 10 leger og har samdrift på personell og laboratorium med sykestue og legevakt.

- *Legevakt*

Legevakten ved Alta helsesenter er driftet av Alta kommune. Den har om lag 15 000 henvendelser per år og om lag 10 000 konsultasjoner per år. Legevakten fungerer godt som førstelinjeberedskap, og har videokonferanseutstyr som gjør det mulig å kommunisere mot sykehus – VAKe. På dagtid har legevakten en lege, en turnuslege og to sykepleiere, mens den på ettermiddag/kveld har en lege, en lege med bakvakt og to sykepleiere. Om natten er det en lege, en lege med bakvakt og en sykepleier fra sykestua til stede.

- *Ambulansetjenesten*

Ambulansetjenesten ved Alta helsesenter er driftet av HF klinikk Hammerfest. Tjenesten inkluderer tre ambulanserbiler. I tillegg er to ambulansefly stasjonert i Alta, og kommunen kan nås av helikopter fra Sea King basen i Lakselv og legehelikopter fra UNN.

Samhandlingsreformen vil føre til flere interkommunale samarbeid i Finnmark fylke.



Samhandling og den gradvise utviklingen og etableringen av Alta-modellen, har ført til utvidet behov når det gjelder bildediagnostikk – det arbeides for å få økt tilbud med CT/MR. Videre ønskes det å øke sykestua fra 9 til 20 døgnplasser for pasienter som ellers måtte ha reist til nærmeste sykehus.

Arbeidet med videreutvikling av diabetesteamet vil mest sannsynlig gå i retning av mer interkommunalt samarbeid. I tillegg ser Alta kommune et arealbehov for å dekke alle de ulike type tjenestene til befolkningen i kommunen. Alta kommune og området rundt har landets beste forutsetninger for å imøtekomme samhandlingsreformen, og pasientene her har kanskje den største gevinsten av den.

## **Presentasjon av intermediære enheter v/Fritz Solhaug, rådgiver Alta kommune**

Dokumentasjon: utskrift av PP-presentasjon

Lokalmedisinske sentre (LMS) er et samarbeid mellom én eller flere kommuner med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før, etter, eller istedenfor innleggelse på sykehus. De lokalmedisinske sentrene skal i sitt tilbud ha intermediære avdelinger. En intermediæravdeling er en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem. Hvilke tjenester som ytes er avhengig av geografisk beliggenhet og nærhet til spesialisthelsetjenesten. I nær beliggenhet til spesialisthelsetjenesten yter det lokalmedisinske senteret i størst grad tjenester i etterkant av sykehusinnleggelse, mens LMS med store avstander til nærmeste sykehus har et mer omfangsrikt tjenestetilbud.

Drift og finansiering av LMS kan deles opp i to hovedmodeller:

1. Finansierte og drevet av helseforetak (HF)/regionale helseforetak (RHF)
2. Rammetilskudd/tilskudd fra HF/RHF, med kommunen som operatør

Det finnes kun ett LMS som er finansiert og driftet av spesialisthelsetjenesten (modell 1). Modell 2 har flere ulike varianter, men i hovedtrekk en finansieringsordning hvor kommunen, helseforetaket og det regionale helseforetaket bidrar med 1/3 hver. I tillegg finnes det en del lokale varianter hvor enkelte sengeposter kan være helt eller tilnærmet fullfinansiert av spesialisthelsetjenesten, men driftet av kommunen.

Hvis det lokalmedisinske senteret skal dekke behovet for flere kommuner, finnes det tre ulike organisasjonsformer:

1. Vertskommune
2. Samkommune
3. Interkommunalt samarbeid (IKS)

Bruk av vertskommune er vanlig der det er store forskjeller i størrelse og omfang mellom kommunene. De mindre kommunene delegerer myndighet til den største kommunen (vertskommunen), som utfører tjenester for alle kommunene. Samkommune er en variant som kan brukes når kommunene er jevnbyrdige. Ansvar for drift av LMS blir jevnt fordelt. Per i dag er det to LMS som er organisert etter IKS.

## **Presentasjon av SSBs prosjekt v/Arne Jensen, seniorrådgiver SSB**

Dokumentasjon: PP-presentasjon

Det ble gitt en presentasjon av SSB generelt og prosjektet ”Kartlegging av lokalmedisinske sentre m.m.” spesielt.

SSB er institusjonen som har hovedansvaret for å dekke behovet for offisiell statistikk om det norske samfunnet. Statistikken skal gi informasjon om forskjeller og sammenhenger i samfunnet, speile samfunnet og vise utviklingstrekk for befolkning og levekår, økonomi, miljø og næringsvirksomhet. SSB er opptatt av å ha fornøyde brukere og motiverte oppgavegivere, enten det dreier seg om enkeltpersoner, firmaer eller offentlige organer. Målet er at all statistikk skal være relevant, aktuell, nøyaktig og tilgjengelig. SSBs virksomhet og arbeidsoppgaver har sitt rettslige grunnlag i Statistikkloven, hvor det blant annet heter at SSB skal kartlegge og prioritere behov for offisiell statistikk.

Prosjektet "Kartlegging av lokalmedisinske sentre m.m." er forankret i Seksjon for helsestatistikk i SSB, men flere seksjoner er involvert. Samhandlingsreformen representerer statistikkfaglige utfordringer for flere statistikkområder. Blant annet innebærer nye organisatoriske enheter at det etableres nye statistikkfaglige enheter i helsesektoren, og manglende konsistens mellom ulike enheter som skal utøve like eller beslektede funksjoner skaper utfordringer i statistikkproduksjonen. Prosjektet er opptatt av pasientflyt, personellflyt og kostnadsflyt og hvordan det er mulig å telle eller måle innsatsfaktorer, aktiviteter og resultater. For eksempel er det hensiktsmessig å kunne se et pasientforløp mellom ulike helsetjenester på forskjellige nivåer i sammenheng, eller følge kostnadene knyttet til tjenestene som utføres i samhandlingsenheter.

Prosjektet oppfatter at lokalmedisinsk senter er en betegnelse som blir brukt om flere ulike typer av virksomheter. Prosjektet har lagt til grunn den innholdsbestemmelsen og beskrivelsen Helsedirektoratet har brukt i forbindelse med tilskuddsordningen<sup>9</sup> direktoratet forvalter og omtalen i andre offentlige dokumenter. Prosjektets utgangspunkt er at lokalmedisinske sentre representerer en type organisatoriske enheter som kan bidra til å belyse de statistikkfaglige utfordringene reformen medfører.

Prosjektet har utformet tre effektmål (langsiktige virkninger av prosjektet):

- Bidra til å identifisere statistikkfaglige utfordringer som følger av reorganiseringen av helsevesenet; for eksempel i form av hvilke endringer som skjer i registrering og rapportering fra virksomhetene
- Bidra til å styrke beslutningsgrunnlaget og kunnskapen til bruk i oppfølgingen av reformen; prosjektet har vært og er i dialog med sentrale helsemyndigheter og kommuner for å få informasjon om kunnskapsbehov
- Bidra til å gi pasient- og brukerorganisasjoner bedre statistikk om helhetlige behandlingsforløp; én av intensjonene med reformen virker å være at pasienten skal bli satt enda mer i sentrum

Prosjektet har utformet fire resultatmål (mål som skal realiseres i prosjektperioden):

- Kartlegge eksisterende informasjon om lokalmedisinske sentre og tilsvarende virksomheter med andre betegnelser; for eksempel i form av gjennomgang av registre i SSB (Bedrifts- og foretaksregisteret) og registre som administreres av andre forvaltningsorganer (Norsk pasientregister (NPR), Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS))
- Kartlegge hvilke opplysninger som ikke er tilgjengelige i eksisterende registre og vurdere metoder for innsamling av disse opplysningene.

---

<sup>9</sup> Helsedirektoratets ordning for tilskudd til utvikling av lokalmedisinske sentra  
[http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd\\_til\\_samhandlingstiltak\\_og\\_lokalmedisinske\\_sentra\\_m\\_m\\_2011\\_792474](http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd_til_samhandlingstiltak_og_lokalmedisinske_sentra_m_m_2011_792474)

- Kartlegge hvilke tilganger til relevante registre som kreves og hvilke juridiske beskrankninger som eventuelt er til hinder for utviklingen av den ønskede statistikken; det gjelder særlig sentrale helseregistre som NPR og IPLOS.
- Identifisere tilnærminger og løsninger som har merverdi for andre statistikker, for datainnsamlingssystemer og for registerforvaltere i SSB

Prosjektet er organisert med en bredt sammensatt prosjekt- og styringsgruppe hvor flere områder i SSB er representert (helsestatistikk, regnskapsstatistikk, arbeidsmarkedsstatistikk og Bedrifts- og foretaksregisteret). Prosjektet har dessuten referansepersoner som representerer Helsedirektoratet og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon.

Prosjektets arbeidsform er todelt:

- For det første blir ulike registre undersøkt med hensyn til hvilke data om lokalmedisinske sentre som allerede eksisterer. Det handler om å minimere oppgavebyrden for virksomhetene og at det på et tidspunkt kan etableres en statistikk som er kostnadseffektiv å produsere. Det er et mål å utnytte informasjonen som foreligger, og eventuelt bruke eksisterende rapporteringskanaler for å utvide eksisterende rapportering.
- For det andre blir utvalgte lokalmedisinske sentre besøkt (Alta Helsesenter og Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter). Det handler om å få mer informasjon om virksomhetenes registrering og rapportering.

Prosjektperioden løper fra og med januar til og med desember 2011. Prosjektet blir avsluttet med en endelig rapport som vil foreligge primo 2012. Prosjektarbeidet og resultatene vil bli fulgt opp videre. Det er for eksempel et mål å gå videre fra kartlegging av virksomhetene til utvikling av statistikk og indikatorer for lokalmedisinske sentre. Det er for øvrig allerede vedtatt noen forslag til endringer i sammenheng med regnskapsrapporteringen gjennom Kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA), ved innføring av to nye funksjoner fra og med 2012 (funksjon 255 Medfinansiering, somatiske pasienter og funksjon 256 Akutthjelp, helse- og omsorgstjenesten) som forhåpentligvis kan bidra til mer kunnskap om økonomien i reformen.

## Gjennomgang av SSBs spørreliste v/Alle

Dokumentasjon: spørreliste

### *Innledende spørsmål*

Alta kommune er av den oppfatning at intensjonene med samhandlingsreformen blir fulgt opp gjennom Altamodellen. Modellen er imidlertid utviklet på bakgrunn av hvilke behov for helsetjenester som eksisterer og hvilke erfaringer kommunen har med organiseringen av tjenestene. Det er om lag 25 000 personer som sogner til Alta helsesenter og de tjenestetilbudene som blir utført ved senteret.

Virksomheten ved Alta helsesenter og andre tjenestetilbud i området er dels et resultat av mer eller mindre formaliserte samarbeidsavtaler som er inngått og dels et resultat av at tjenestene er samlokalisert. Alta kommune oppfatter ikke at samhandlingsreformen i seg selv vil medføre noen endringer i dagens virksomhet. Reformens mål blir fulgt opp blant annet gjennom et godt lokalt tjenestetilbud, ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp funksjoner og ivaretagelse av pasientgrupper med kroniske lidelser.

Alta kommune er opptatt av at det er noen utfordringer knyttet til driften av sykestua, og at disse kan bli forsterket av samhandlingsreformen. Det er et behov for å utvide sykestua til å inkludere flere plasser og dermed et bedre lokalt tilbud. Samtidig er det et spørsmål om finansiering av de plassene helsesenteret kan tilby i dag.

Alta kommune oppfatter ikke at samhandlingsreformen skaper behov for eller krever endringer i dagens registrerings- og rapporteringsrutiner. Kommunen er mer opptatt av at finansieringsformene som følger av reformen ikke er tilpasset måten kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester samhandler på Alta helsesenter.

#### *Spørsmål om enheten – administrativt*

Registreringen av de ulike virksomhetene ved Alta helsesenter i Enhetsregisteret er ikke helt oppdatert etter ulike omorganiseringer av helse og omsorgssektoren i kommunen. Slik det er i dag er det ikke full oversikt over hvordan de ulike delene av senteret er registrert i Enhetsregisteret. Ett problem for registreringen av ansatte er at organisasjonsnumrene ikke brukes ute i tjenestene. Dette gjør det vanskelig å oppnå god datakvalitet siden de ansatte ikke vil bli fordelt riktig på de forskjellige tjenestene.

Ved Alta helsesenter er det både kommunal og statlig virksomhet, og helsesenteret er dermed ikke som én enhet å regne på tvers av forvaltningsnivåene. Det er for øvrig noe rapportering og noe generell informasjonsutveksling mellom forvaltningsnivåene.

SSB kontakter Lønn- og personalavdelingen i Alta kommune for ytterligere opplysninger om bruk av organisasjonsnummer spesielt og registreringer og rapporteringer i Agresso generelt.

#### *Spørsmål om enheten – tjenester*

Alta Helsesenter er organisert under helse- og sosialetaten i Alta kommune. Tjenestene blir utført etter Kommunehelsetjenesteloven, men flere av tjenestene sorterer under spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette er sykestua, fødestua og dialysetjenester. De fleste kommunale helsetjenestene er lokalisert i helsesenteret, men flere legesentre og pleie- og omsorgsinstitusjoner ligger utenfor.

Sykestua ble brukt som utgangspunkt for å se hvordan samarbeidet mellom de ulike tjenestene i helsesenteret fungerer. Det er utstrakt bruk av legevakt, røntgentjenester, ergoterapi og fysioterapi fra sykestua. Pasienter blir i den grad det er mulig og hensiktsmessig henvist til tjenester lokalt. Innleggelse på sykestua skjer etter henvisning fra legene på helsesenteret, og indremedisineren som er knyttet til helsesenteret gjør oppgaver som ellers ville blitt gjort på sykehus.

Legevakten ved Alta helsesenter samarbeider med psykiatrien i den forstand at det alltid er en psykiatrivakt tilgjengelig. Dette samarbeidet er p.t. ikke formalisert gjennom avtale, men fungerer godt i praksis. Legevakten samarbeider også med røntgentjenestene, og samarbeidet skyldes først og fremst at tjenestene er samlokalisert. Samarbeidet resulterer blant annet i at flere henvisninger til spesialist blir unngått.

Sykestua og fødestua er halvannen-linjetjenester og har dermed ordninger som skiller seg fra vanlige kommunale helsetjenester. Når det gjelder fødestua har helseforetaket det faglige ansvaret og bestemmer prosedyrene. Ved sykestua sjekker og kontrollerer helseforetaket rutinene. Sykestua ligger midt mellom kommune- og spesialisthelsetjenester. Det finnes ikke enkeltvedtak for innleggelse ved sykestua ved Alta Helsesenter.

Kommunen opplever det slik at samhandlingsreformen kan skape utfordringer med hensyn til finansieringen av virksomheten ved sykestua (sengeplassene). P.t. er en tredjedel finansiert av kommunen, mens to tredjedeler er finansiert av staten. Samhandlingsreformen vil ifølge kommunen kunne øke den kommunale finansieringsandelen, noe som i sin tur kan bety at kommunen ikke vil kunne opprettholde tjenestetilbudet ved sykestua.

Alta kommune mener at mange av tjenestene kan utføres lokalt fordi det er utviklet et godt tjenestetilbud og en god kultur siden Alta helsesenter ble etablert i 1977, og fordi det er langt til nærmeste sykehus (Hammerfest HF). De opplever dessuten ikke den samme skepsisen til kvaliteten på tjenestene som andre nyere samhandlingsenheter opplever. De generelle erfaringene er at virksomheten ved Alta helsesenter fører til at bruken av spesialisthelsetjenester er betraktelig lavere enn det den ellers ville vært.

#### *Spørsmål om pasienter ved enheten*

Pasientene/brukerne ved Alta helsesenter mottar i all hovedsak tjenester etter kommunehelsetjenesteloven. Tidligere var fødestua hjemlet i spesialisttjenesteloven, men det er ikke tilfelle lenger. Halvannenlinje-tjenesten som blir utført ved Alta helsesenter har p.t. ikke noen egen lovgivning, og det er ulike praksiser blant de lokalmedisinske sentrene for hvilken lov tjenestene blir utført etter. DMS Hallingdal er et eksempel på et lokalmedisinsk senter hvor tjenestene i all hovedsak er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene sjekker rutiner for avvikshåndtering og om helsesenteret leverer tjenester etter malen. Selv om de fleste tjenestene blir utført etter lov om kommunehelsetjenesten, erkjenner Alta helsesenter at flere av tjenestene lever i et grenseland med hensyn til lovgivning.

For fødestua har helseforetaket det faglige ansvaret og lager prosedyrene, samt en overlege som er ansvarlig. Imidlertid er det åpenlyst at en tilsynssak vil bli rettet mot Alta kommune siden kommunene vil bli definert til å ha det overordnede ansvaret. Spesialisthelsetjenesten har blant annet ingen kontroll over ansatte på fødestua, på denne måten opererer denne tjenesten i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Samtidig vil det, om en blir nødt til å velge, bli definert som en tjeneste kommunen er tilbyder av. Dette kan slå begge veier; på den ene siden kan det argumenteres for at det er tilrettelagt for tjenester som ikke er vanlig å tilby i kommuner, mens det på den andre siden kan argumenteres for at kommunen, i dette tilfelle, har gått utover dens ansvarsområde. Det er etter Alta kommune sin vurdering åpenbart at begge lover må justeres i sammenheng med samhandlingsreformen, viss det er ønskelig med klare retningslinjer for halvannenlinje-tjenester.

Bruddbehandling er et eksempel på en tjeneste som nesten ikke lenger finnes i kommunehelsetjenesten. Dette er en tjeneste som er faglig definert som en spesialisttjeneste. Dette har medført at nesten ingen fastleger utfører det lenger, selv om de har kompetanse til det. Hovedårsaken er at det ved en komplikasjon vil være mindre problematisk om behandlingen er utført på sykehus av en turnuslege, dette skyldes at det ved sykehuset ikke finnes noe annet alternativ. Blir behandlingen derimot utført i kommunehelsetjenesten vil det bli stilt kritisk spørsmål om hvorfor det ikke ble henvist til sykehus. Det er ulike grenser for hva en får lov til å prøve på av behandlinger mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Altas egen oppfatning heller mot at det blir utført en god del mer tjenester organisert innenfor kommunen sitt tilbud enn hva som er tilfelle i andre kommuner. Dette skyldes blant annet lang avstand til sykehus, samt en egen fagkultur som er blitt utviklet over lengre tid ved helsesenteret.

Noen sykestuer fatter enkeltvedtak på hver enkelt pasient, men dette er ikke praksis i Alta. Historikk og organisering fra oppstarten av er hovedårsakene til dette. Andre sykestuer i landet har gitt uttrykk for at det er litt merkelig at Alta ikke fatter enkeltvedtak, men per i dag ser ledelsen på det som for omfattende å innføre dette.

Alta helsesenter benytter seg av flere fagsystem når det gjelder registrering av pasienter/brukere. Norsk pasientregister (NPR) blir brukt til å registrere deler av virksomheten. Videre har legene et fellessystem som blir brukt på hele huset kalt WinMed. Sykepleierne har ikke tilgang til dette systemet. WinMed inkluderer både sykestua, legevakten og legesenteret, i tillegg kommuniserer det også med

sykehusene sine journalsystem og nordnorsk helsenet. Her kan du ikke gå inn å se enkelthenvvisninger, men du kan be om å få tilsendt et dokument om pasientene til systemet som epikrise, tilgang til prøvesvar – så lenge dette er sendt inn til systemet. WinMed er et rent legesystem hvor det ikke vil fremgå hva som sykepleiefaglig skjer på kveld og natt og eventuelle rapporter som er utarbeidet av sykepleiere.

DIPS er et annet fagsystem som brukes til registreringer av pasienter. Dette er spesialisthelsetjenesten sitt system, og brukes i Alta i hovedsak i tilknytning til cytostatika og dialysebehandling, og det blir kun brukt av sykepleiere. All sykepleierdokumentasjon vedr dette blir rapportert her. På grunn av usikkerhet knyttet til sykestua sin tilhørighet (spesialisthelse eller kommunehelse) rapporteres flere pasientopplysninger i papirjournaler. Alta helsesenter har i lengre tid ventet på at lovverket åpner for å ta i bruk DIPS også på sykestua. DIPS blir vurdert som det beste systemet for både registrering og kommunikasjon på tvers av tjenestenivå. Per i dag kan det se ut som at sykestua må ta i bruk andre datasystem som er vanlige i kommunehelsetjenesten.

Dokumentasjonen som gjøres på dialyse og cellegiftbehandling er god kvalitetssikring, personell ved Alta helsesenter kommer her direkte inn på sykehuset sine dokumenter og ser hva som er blitt gjort. Forskjellen for sykestua er de må ha en faglig ansvarlig ansatt i HF for å få tilgang til journalen/DIPS. Det trengs med andre ord en ordentlig gjennomgang av ansvarsområder og hvem som har ansvaret for hva når det gjelder ulike avdelinger ved helsesenteret. Aktiviteten som foregår på sykestua vil i teorien kunne hentes ut fra NPR. Det som blir registrert i DIPS vil være aktiviteten til helseforetaket/sykehuset ved helsesenteret. DIPS har ingen funksjonalitet til å generere rapporter eller statistikk for alt som blir registrert. Alle registreringer som gjøres i DIPS går videre til NPR.

Alta helsesenter fører, i tillegg, en egen intern statistikk for det som skjer på senteret. På sykestua rapporterer en tre-fire ganger i året til NPR. NPR, på sin side, kommer tilbake med statistikk. Den nye NPR-meldingen har ført til noen rapporteringsendringer fra tidligere årganger, i tillegg er det endringer i hva som blir levert tilbake til helsesenteret av statistikk. Statistikken fra NPR er oversiktlig og god, men det er klart at flere av registreringssystemene som helsesenteret ikke er helt optimalt tilpasset til innrapportering.

Når det gjelder pasientrapportering blir følgende registrert/rapportert ved sykestua:

- organisasjonsnummer
- et unikt pasientnummer som gjør det mulig å følge en pasient sine innleggelser gjennom året
- pasientens bostedskommune
- kjønn
- fødselsår
- innleggingsdato
- klokkeslett
- utskrivingsdato
- klokkeslett for utskrivning
- hvor pasienten er innlagt fra
- hvor pasienten blir henvist til (hvilket sykehus)
- hoveddiagnose (ICD10)
- innskrivingsdiagnose (ICD10)
- bi-diagnose 1 og 2.

I tillegg rapporteres det i en egen støttekolonne opplysninger om pasientene har KOLS, diabetes eller kreft. En prosjektgruppe tilknyttet Helsedirektoratet/NPR ønsker særlig å følge disse sykdomspasientene, siden dette er grupper som er aktuelle for kommunehelsetjenesten å håndtere når samhandlingsreformen skal tre i

kraft. En av de største pasientgruppene på Alta helsesenter kan være pasienter med lungesykdommer. Dette sier derimot ingenting om pasienten har KOLS eller om de eventuelt har kreft. Støttekolonnen gjør det mulig å se nærmere på de relativt store pasientgruppene. I tillegg blir det registrert prosedyrekoder og eventuell cytostatika-behandling. Ved Alta helsesenter blir alle disse opplysningene registrert i DIPS, mens i andre Finnmarkskommuner blir dette registrert på sykehuset pasientene blir behandlet på.

Når det gjelder pasientflyt og pasientforløp kan Alta helsesenter se hvor pasienter kommer fra og hvor de eventuelt blir sendt videre. Helsesenteret har derimot ikke oversikt over pasienter som går fra sykehus og hjem, noe som NPR ikke gir informasjon om per i dag. Alta helsesenter har kontroll på all aktivitet som går ut fra dem, men det er ikke alt av dette det lages statistikk over.

Det er en kjent sak at kvaliteten på NPR sine registreringer når det gjelder henvist til og henvist fra ikke er av god kvalitet. Veldig mange oppgavegivere lar disse feltene stå blanke. Alta helsesenter sier at NPR har vært veldig aktive med oppfølging når det gjelder kvalitetssikring av opplysninger som er blitt sendt inn av Alta helsesenter. Det er naturlig at denne oppfølgingen ikke er noe de kommer til å gjøre i så stor grad i framtiden. Alta helsesenter mener at innrapporteringssystemene som blir brukt, i tilknytning til NPR, per i dag er for følsomt for feilregistreringer. Dette går utover kvaliteten i NPR og følgelig statistikken som blir produsert. Dette er noe som blir viktig å videreutvikle og forbedre i framtiden, særlig med tanke på at aktivitetsbasert finansiering skal være viktig i samhandlingsreformen.

IPLOS blir ikke brukt for registreringer på sykestua ved Alta helsesenter. Det er ønskelig å ta PROFIL i bruk om kommunen ikke snarlig får tillatelse til å bruke DIPS. Resten av omsorgstjenesten i kommunen bruker systemet PROFIL (sykehjem, hjemmesykepleie). Dette systemet er lagt opp på samme måte som WinMed, slik at personell ved Alta helsesenter med tilgang kan gjøre en elektronisk henvendelse for å få tilgang til sykehusene sine journaler på en bestemt pasient. Systemet fungerer egentlig mellom alle aktører. Sykepleiere kan bruke dette på samme måte som leger og få tilsendt for eksempel epikriser. Selv om PROFIL er elektronisk har et av problemene til nå vært treghet. Ofte kommer ikke den nødvendige informasjonen Alta trenger før vedkommende pasient er blitt innlagt. Ved å ta i bruk DIPS vil mye av denne tregheten forhindres siden en da vil være direkte inne på systemet.

Ved å ansvarliggjøre fagpersonell (en indremedisiner) knyttet til spesialisthelsetjenesten for sykestuepasientene, vil det i følge Alta kommune - på lengre sikt - være mulig å få tillatelse til å bruke DIPS. Et problem her kan være at ny kommunal helse- og omsorgsloven kan være med på å forhindre dette. Om Alta helsesenter og Sykestuefunksjonen skal forholde seg helt rent til forskriftene, så vil muligens ikke Alta helsesenter få tilgang til DIPS. Det må i så tilfelle være at sykestua blir definert som et spesialisthelsetjenesteprojekt.

Den nye loven vil også føre til at kommunen får et ansvar for utskrivingsklare pasienter på dagen. Det må bety at pasientkommunikasjonen må fungere deretter og stiller krav enorme krav med tanke på elektronisk kommunikasjon mellom nivå, og særlig i forhold til RHF og HF. Her er ulike prosjektgrupper ikke kommet i mål sitt arbeid noe som gjør at kommunikasjonen på tvers ikke er på plass. Dette er en stor jobb som må gjøres om samhandlingsreformen skal virke etter hensiktene.

Transporttjenesten er også et problem med tanke på registrering. Denne lager også begrensinger og påvirker belegget fordi det fra Alta bekrefter for sykehuset at pasienten ikke er klar kan det gå tre-fire dager før de kommer. Plassen som er avsatt kan derfor ikke brukes til andre pasienter i den tiden. Manglende transport påvirker derfor statistikken og gjør at sengeplassene på sykestua ikke blir optimalt

utnyttet. Dette er regelen og ikke unntaket. Alta får pasienten på dagen viss det er bekreftet ambulansetil Hammerfest, men de får ikke lov til å bestille ambulansetil pasient den samme dagen. Det må de vente med til dagen etterpå.

Tilgangen til IPLOS-data for kommunene er noe som blir diskutert i sammenheng med ny kommunal helse- og omsorgslov som er ute på høring i disse dager. Alta helsesenter mener at kommunikasjonen mellom IPLOS og DIPS er noe som må forbedres og må komme på plass. Meldingsutvekslingen har fungert bra. Problemet har vært at det lages utskrivningsblankett når de sendes ut med basale opplysninger, så går det tre-fire dager til de får laget en epikrise til de blir skrevet ned fra diktafon. Innenfor IPLOS bør det kunne lages noe som gjør at kommunene får rask tilgang til denne type opplysninger.

#### *Spørsmål om personell ved enheten*

Alta helsesenter bruker personal- og lønningssystemet Agresso, samt et internsystem kalt Min Vakt til registrering av opplysninger om personell i virksomheten. Min Vakt blir brukt til innkalling av vikarer, samt ledige vakter. Samtidig registreres det en god del opplysninger i dette systemet som er nyttige i den daglige driften av virksomheten, samt utdanningsopplysninger om den enkelte. Hvem som har vært på jobb hvor og hva tid og timelister kommuniserer med hverandre innenfor Min Vakt, det er imidlertid ingen kommunikasjon mellom Agresso og Min Vakt. Helsesenteret registrerer personalopplysninger i MinVakt og sender så disse opplysningene videre på papirform til lønningssystemet som oppdaterer Agresso. Opplysninger som blir gitt til Agresso er blant annet innmelding av personell og hvilken stilling hver enkelt innehar. Agresso er også systemet som brukes til å rapportere videre til NAV og Aa-registeret.

Innenfor Min vakt-systemet har man oversikt over alt personell og tilhørende opplysninger til alle som er inkludert i systemet. Eksempelvis så kan Alta helsesenter ha oversikt over en vikar i Tana og turnusen den personen har. Min Vakt registrerer også om en person har jobbet en vakt på dialyse, en vakt på diabetes-team, slik sier den noe om personellflyten ved helsesenteret. Samtidig er alle registrert i kommunehelsetjenesten. Alle ulike vakter blir koda ulikt i Min Vakt. Dette er ikke noe som blir gjort i Agresso. Min Vakt er en programvare som er vanlig og blir brukt over hele landet. Programmet skal være til hjelp for lederne for å få tak i vikarer, samt holde kontroll i forhold til overtid og økonomien på en avdeling.

Det finnes ikke et organisasjonsnummer som vaktene blir registrert på i Min Vakt. Programvareansvarlige i Min Vakt har til nå vært svært behjelpelige med å legge inn ny funksjonalitet i systemet. Et organisasjonsnummer vil også være mulig å få lagt inn. For Alta sin del forutsetter dette en opprydding når det gjelder organisasjonsnummer som blir brukt og registrert i BoF per i dag. Mye tyder på at disse er utdaterte og stemmer overens med faktisk organisering ved helsesenteret. Min Vakt er i stor grad knyttet til kontoplanen, og stillingene blir fordelt etter KOSTRA-funksjonene. Timeverkene er også fordelt prosentvis i Min Vakt. I Alta kommune blir Min Vakt brukt i varierende grad. Dette vil kreve en del av virksomhetslederne med hensyn til registrering.

#### *Spørsmål om regnskap/økonomi ved enheten*

Alta Helsesenter har ikke et felles senterregnskap på tvers av forvaltningsnivåene. Kommune og stat har egne regnskap uavhengig av hverandre. Dette er ikke unikt for Alta Helsesenter. Det kommunale regnskapet er også splittet i flere deler mellom de ulike kommunale enhetene på senteret. Drift av bygg inkludert vaktmester, husøkonom, strøm osv blir ikke fordelt, men plassert på én enhet og én funksjon (261), noe som blant annet fører til at enhetskostnadene for institusjonslokaler blir kunstig høye. Det sendes regning for husleie til helseforetaket, tannhelsetjenesten og lignende enheter, inntekten på bygg føres på en annen funksjon (285). Blanding av tjenester på samme enheten/avdeling gir



også regnskapsmessige utfordringer. Kostnader som ideelt sett burde fordeles på ulike funksjoner blir isteden ført på samme funksjon. Dette fører til at kostnader som hører til kommunen blir ført på funksjon for tjenester utenfor kommunalt ansvar. Mye av kostnadsføringen skjer på funksjon 285 istedenfor på funksjon 253. Det gjør at kostnadene til pleie og omsorg blir underrapportert.

Bruk av spesialisthelsetjenestens røntgentjenester på helsesenteret blir kostnadsmessig ikke håndtert annerledes enn hvis tjenesten hadde blitt utført på et sykehus. Det er ellers lite kjøp av helsetjenester fra helseforetaket, liten pengeflyt mellom det kommunale og det statlige. Den største posten er leie av lokaler.

*Spørsmål om samarbeidsavtaler enheten har inngått*

Det er rådmannen i Alta kommune som er ansvarlig for avtalene Alta Helsesenter inngår. Alta Helsesenter har følgende avtaler med sine samarbeidspartnere:

- *Helse Finnmark klinikk Hammerfest*

Avtale om drift av sykestue som inkluderer dialysebehandling, cellegiftsbehandling, samt fødestue. Helse Finnmark dekker de direkte kostnadene inkludert bemanning (ikke huskostnader). Alta Helsesenter må få godkjenning fra HF-et i forhold til økt bemanning. Ingen egen avtale, annet enn at det står i St.prp. nr. 59 (2001-2002). En formalisert avtale vil komme innen kort tid. For Helse Finnmarks eget spesialisthelsetjenestetilbud finnes det avtale om leie av lokaler inkludert vaktmester, rengjøring, strøm og lignende med Alta Helsesenter.

- *Helse Finnmark klinikk psykiatri*

Avtale med Helse Finnmark om pasienter innen psykisk helsevern som Alta kommune ikke klarer å finne et tilbud til (utskrivningsklare pasienter). Alta kommune betaler for kostnadene Helse Finnmark har til å gi disse pasientene et tilbud.

- *Avtalespesialister (Helse Nord)*

Utleie av lokaler til 3 avtalespesialister ved helsesenteret. HF klinikk Hammerfest bistår i driftingen av denne tjenesten.

- *Fastlegepraksisen*

Kommunen selger legepraksis til fastlegene, som igjen forplikter seg til å ta vakter på legevakten og sykestua. Legepraksisene reguleres gjennom fastlegeavtaler inngått mellom Alta kommune og de enkelte legene.

- *Finnmark fylkeskommune*

Avtale om utleie av lokaler til tannlegeklinikken.

- *Opptreningscenteret i Finnmark*

Avtale om leie av lokalet og vaktmester, rengjøring og strøm.

- *Avtaler som blir nødvendige i forbindelse med samhandlingsreformen*

Utskrivningsklare pasienter vil medføre meldingsrutiner som må avtales med helseforetaket.

## **Presentasjon av fagsystemer v/Tone Mauseth, avdelingsleder Alta kommune**

Dokumentasjon: visning av skjermbilder i Agresso og minVakt.no

Det ble gitt en presentasjon av aktuelle lønns- og personalsystemer (Agresso og minVakt.no). I tillegg ble det informert om hvilke registreringer som gjøres i pasientsystemer (Norsk pasientregister).

### *Registreringer i Agresso*

Med unntak av noen vikarer og én av fastlegene er alle som utfører kommunale tjenester ved Alta Helsecenter kommunalt ansatt. Lønns- og personalopplysninger om de kommunalt ansatte rapporteres månedlig fra Alta Helsecenter til Lønn- og personalavdelingen i Sentraladministrasjonen i Alta kommune. All elektronisk kommunikasjon i kommunen foregår gjennom fagsystemet Agresso. Lønn- og personalavdelingen rapporterer opplysningene videre til Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret i Arbeids- og velferdsetaten (NAV).

Registreringene i Agresso lokalt ved Alta Helsecenter inneholder ikke organisasjonsnummer. Det innebærer at det ikke lar seg gjøre å fordele personellressurser på de ulike enhetene/tjenestene som blir utført ved helsecenteret. Lønnskostnader er videre fordelt på ulike regnskapsfunksjoner slik disse finnes i funksjons- og artskontoplanen i KOSTRA. Det er likevel usikkert om registreringene er konsistente i forhold til reglene for regnskapsføring i funksjons- og artskontoplanen. Det er i alle tilfelle nødvendig å kontakte Lønn- og personalavdelingen i Alta kommune for å få mer informasjon om hva som rapporteres til NAV. Det ble opplyst at kontaktpersoner er Jon-Vidar Nordseth (lønnsmedarbeider) eller May Bjørkli (lønningsssekretær).

### *Registreringer i minVakt.no*

På sykestua ved Alta Helsecenter blir systemet minVakt.no brukt for å administrere vaktordninger, innhente vikarer, osv. Dette er et system som p.t. ikke er landsdekkende, men sykestua har gode erfaringer så langt. Blant annet gir systemet muligheter for å søke fram tilgjengelige personellressurser etter stillingsprosent, stillingskode og yrke for å dekke opp ledige vakter ved enheten. Det er imidlertid ingen kobling med sentrale lønn- og personalsystemer (Agresso), og opplysninger som blir registrert i minVakt.no blir derfor ikke automatisk overført til andre fagsystemer.

### *Registreringer i Norsk pasientregister*

Aktiviteten på sykestua blir registrert i Norsk pasientregister (NPR). Mer presist blir det fylt ut en NPR-melding for den aktuelle pasienten og tjenesten som er utført. NPR-meldingen inneholder blant annet opplysninger om institusjonen (f.eks. institusjonsnummer), pasienten (f.eks. pasientnummer, bostedskommune, kjønn, fødselsår), innleggelse (f.eks. innlagt dato, utskrevet dato, innlagt fra, utskrevet til), diagnose (f.eks. hoveddiagnose) og prosedyrekoder.

I tillegg til NPR-meldingen kommer registreringene i NPR-Ident. NPR-Ident inneholder opplysninger om pasientens pasientnummer og pasientens fødselsnummer. Opplysningene i NPR-melding og NPR-Ident er to forskjellige registreringer som kan sammenstilles for å få informasjon om pasientflyt over tid.

## **Avrundning v/Alle**

Det ble avtalt at SSB utformer utkast til referat som blir sendt til verifisering blant møtedeltakerne. I utgangspunktet blir referatet sendt til Kenneth Johansen som videreformidler til øvrige deltakere fra Alta Helsecenter. Det ble videre avtalt at SSB tar direkte kontakt med Lønn- og personalavdelingen i Alta kommune for ytterligere opplysninger om registreringer og rapporteringer i Agresso. Aktuelle kontaktpersoner er Jon-Vidar Nordseth (lønnsmedarbeider) eller May Bjørkli (lønningsssekretær). Det ble dessuten avtalt at Fritz Solhaug oversender en oversikt over eksisterende lokalmedisinske sentre / intermediære enheter.

Det ble ellers avklart at SSB kan kontakte Kenneth Johansen ved behov for videre oppfølging. SSB tar sikte på å oversende endelig rapport fra prosjektet når denne foreligger primo 2012.

## Vedlegg II Spørreliste til møte med Alta Helsecenter

### Spørreliste

#### Innledende spørsmål

- Hvordan vurderer dere samhandlingsreformens betydning for deres virksomhet?
- Hvordan mener dere at reformens mål og virkemidler kan følges opp av enheten?
- Har virksomheten gjort noen spesielle tilpasninger i sammenheng med reformen, f.eks. med hensyn til registrerings- og rapporteringsrutiner?
- Annet?

#### Spørsmål om enheten - administrativt

- Hvilke opplysninger om enheten er registrert i Enhetsregisteret i Brønnøysund, f.eks. navn, adresse, osv.?
- Hvis ikke den er registrert med eget org.nr. (bedrift), hvilken enhet inngår denne i (navn?)
  - Hvem er arbeidsgiveransvarlig for de ansatte ved "senteret"?, Kommunen, Staten eller en kombinasjon av flere? Her blir NAV Aa-registeret et stikkord. Ved sånne typer spørsmål så er det et poeng at noen fra administrasjonen, her menes lønns-/personalavdelingen, blir spurt.
- Hvem har det øverste administrative ansvaret for enheten, f.eks. kommunen eller staten?
- Hvilke rapporteringsrutiner eksisterer mellom enheten og administrativt ansvarlig?
- Hva rapporteres fra enheten til administrativt ansvarlig?
- Hvor ofte rapporteres det fra enheten til administrativt ansvarlig?
- Annet?

#### Spørsmål om enheten – tjenester

- Er enheten organisert under pleie- og omsorg eller kommunehelse?
- Hvilke helse- og omsorgstjenester og evt. andre tjenester blir utført ved enheten?
- Hvordan er tjenestene som blir utført organisert i forhold til hverandre, f.eks. med tanke på henvisninger, overføring av pasienter mellom tjenester, osv.?
- Hvordan er tjenestene organisert i forhold til tjenester som leveres av andre enheter, f.eks. fastleger, sykehus, andre tilsvarende enheter, osv.?
- Annet?

#### Spørsmål om pasienter ved enheten

- Hvilken lovgivning får pasientene / brukerne tjenester etter?
- Får tjenestemottakerne enkeltvedtak eller ikke?
- Hvilke fagsystemer bruker enheten for å registrere pasienter/brukere av enheten (virksomheten)?
- Hvilke opplysninger om pasientene blir rapportert til andre?
- Rapporteres det opplysninger til IPLOS-registeret?
- Hvem rapporteres pasientopplysningene til?
- Har enheten registrert pasientopplysninger i fagsystemene som ikke brukes i rapporter?
- Hvilke typer av pasientopplysninger er dette?

- Inneholder fagsystemene opplysninger om hvor pasienten kommer fra (henvist fra) og hvor pasienten drar (henvist til eller utskrevet) etter at tjenesten er utført?
- Kan fagsystemene bidra med informasjon om ”pasientflyt” og ”pasientforløp”
  - mellom ulike tjenester som enheten utfører,
  - mellom ulike tjenester som enheten utfører og andre kommunale tjenester og/eller
  - mellom ulike tjenester som enheten utfører og tjenester som blir utført ved sykehus (spesialisthelsetjenesten)?
- Annet?

### Spørsmål om personell ved enheten

Hvilke personellsystemer bruker enheten for å registrere personellet ved enheten?

- Hvilke opplysninger om personellet blir rapportert til andre?
- Hvem rapporteres personellopplysningene til?
- Har enheten registrert personellopplysninger i personellsystemene som ikke brukes i rapporter?
- Hvilke typer av personellopplysninger er dette?
- Inneholder personellsystemene opplysninger om personellets yrke/stilling, utdanning og arbeidsgiver?
- Kan personellsystemene bidra med informasjon om ”personellflyt”
  - mellom ulike tjenesteområder internt i enheten,
  - mellom ulike tjenesteområder i enheten og andre kommunale tjenesteområder og/eller
  - mellom ulike tjenesteområder i enheten og tjenesteområder i sykehus (spesialisthelsetjenesten)?
- Annet?

### Spørsmål om regnskap/økonomi ved enheten

- Har helsesenteret ett regnskap på tvers av forvaltningsnivåene (kommune/stat)?
- Hvilke opplysninger om økonomien blir rapportert til andre?
- Hvem rapporteres økonomiopplysningene til?
- I og med at senteret yter både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, er det i regnskapene opplysninger som kan kostnadsfeste og skille tjenestene?
  - Hvordan fungerer del finansieringen i praksis?
  - Hvordan fordeles ”Fellesutgifter”, for eksempel lokalene?
- Hvordan kan så regnskapene bidra med informasjon om ”kostnadsflyten”
  - mellom enheten og andre kommunale tjenesteytere/-bestillere og/eller
  - mellom enheten og tjenesteytere/-bestillere i sykehus (spesialisthelsetjenesten)?
- Hvis et, to eller flere regnskap:
  - Hvordan rapporteres kommunens kostnader og inntekter i helsesenteret til KOSTRA?
  - Hvordan rapporteres statens/helseforetakets kostnader og inntekter i helsesenteret til SSB?
  - Ser dere utfordringer med disse rapporteringene etter iverksettingen av samhandlingsreformen?
- Hvilke regnskapssystemer (systemleverandør) bruker enheten for å registrere økonomien ved enheten?
- Annet?

### Spørsmål om samarbeidsavtaler enheten har inngått

- Er enheten omtalt (avtalt) i samarbeidsavtale mellom kommune(r) og helseforetak
- Hvor mange samarbeidsavtaler har enheten inngått for kjøp og salg av helsetjenester?

- Hvem inngår avtalene på vegne av enheten?
  - egen bestillerorganisasjon
  - kommunen
  - Regionale helseforetak
- Hvilke samarbeidsavtaler for kjøp og salg av helsetjenester har enheten inngått med andre aktører?
  - med kommuner
  - med sykehus (spesialisthelsetjenester)
  - med andre
- Hva blir regulert gjennom avtalene?
- Hva er innholdet i avtalene?
- Hvor tilgjengelig er innholdet i avtalene?
  - særskilt rapportering mellom avtalepartnerne i henhold til avtalen
  - annen form for oppfølging
  - særskilt rapportering mellom avtalepartnerne i henhold til avtalen
  - annen form for oppfølging
- Annet?

## Vedlegg III Referat fra møte med Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter

31.10.2011

Til stede fra Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske senter (NGLMS)/Sel kommune:  
Vigdis Rotlid Vestad, prosjektleder, NGLMS ([vigdis-rotlid.vestad@regionkontoret.no](mailto:vigdis-rotlid.vestad@regionkontoret.no))  
Inge Johansen, medisinskfaglig rådgiver, NGLMS ([Inge.Johansen@sel.kommune.no](mailto:Inge.Johansen@sel.kommune.no))  
Anita Helen Sundt, avdelingsleder, NGLMS ([anita.sundt@sel.kommune.no](mailto:anita.sundt@sel.kommune.no))  
Kåre Eide, kommunalsjef, Sel kommune ([Kare.Eide@sel.kommune.no](mailto:Kare.Eide@sel.kommune.no))  
Elin Teigmoen, avdelingsleder, økonomi, Sel kommune ([elin.teigmoen@sel.kommune.no](mailto:elin.teigmoen@sel.kommune.no))  
Hege Lorentzen, koordinator i samfunnsmedisin, NGLMS ([hege.lorentzen@sel.kommune.no](mailto:hege.lorentzen@sel.kommune.no))  
Eystein Brandt, rådgiver, Sykehuset Innlandet ([Eystein.Brandt@sykehuset-innlandet.no](mailto:Eystein.Brandt@sykehuset-innlandet.no))  
Finn Arthur Forstrøm, Prosjektleder, Agenda Kaupang ([finn.arthur.forstrom@agendakaupang.no](mailto:finn.arthur.forstrom@agendakaupang.no))

Til stede fra Statistisk sentralbyrå:

Espen Ottesen Vattekar, rådgiver, Seksjon for offentlige finanser ([eov@ssb.no](mailto:eov@ssb.no))  
Geir Hjemås, rådgiver, Seksjon for helsestatistikk ([ghj@ssb.no](mailto:ghj@ssb.no))  
Bjørn Gabrielsen, rådgiver, Seksjon for helsestatistikk ([bga@ssb.no](mailto:bga@ssb.no))  
Else Bredeli, rådgiver, Seksjon for helsestatistikk ([ehf@ssb.no](mailto:ehf@ssb.no))

## Referat fra møte mellom Statistisk sentralbyrå og Nord Gudbrandsdal Lokalmedisinske senter 13. september 2011

### Presentasjon av NGLMS v/Vigdis Rotlid Vestad

Nord-Gudbrandsdal er preget av lange avstander til sykehus, 200 km til sykehus på det meste. Hovedbrukere av NGLMS i Otta er kommunene i Nord-Gudbrandsdal: Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja.

NGLMS ligger i et bygg som var nytt i 2010. Anlegget er på 3500 kvm og har et DPS som nabo. Pasienter tilbys satellittdialyse og ambulerende spesialister på flere områder. NGLMS samarbeider med Sykehuset Innlandet for å få til deler av tjenestene. Spesialisthelse leier kontor plasser av Sel kommune. I tillegg er det tilbud om telemedisin/videokonferanser.

NGLMS tilbyr kommunale helsetjenester som legetjenester, korttidsopphold, rehabilitering. I tillegg finnes interkommunale tjenester som legevakt, jordmorvakt og intermediære senger. I jordmorvakten bidrar alle kommuner med en 40% stilling.

Sengeavdelingen behandler også pasienter til erstatning for spesialisthelsetjenesten. Tilbudet ved NGLMS har utviklet seg over tid.

Opphold ved sengeavdeling hjemles som opphold i pleie- og omsorgsinstitusjoner og blir ført inn i kommunens fagsystem, Profil. Problemer knyttet til mangel på muligheter for konvertering av data fra ulike fagsystemer ble nevnt som et irritasjonsmoment. Samhandlingsreformen hemmes av at Tele/IKT generelt ikke er på plass i kommune-Norge.

Ved LMS et, per i dag, gjøres det vedtak kun etter dagens kommunehelsetjenestelov – ikke noe som vedtas etter sosialtjenesteloven.

Intern organisering: Utviklingen av NGLMS er drevet som et prosjekt, og har egen styringsgruppe. Prosjektet er drevet gjennom Regionrådet i Nord-Gudbrandsdal.

Interkommunale helsetjenester som utøves i NGLMS i dag har midlertidige samarbeidsavtaler der Sel kommune er vertskommune. Sel kommune har leieavtaler med spesialisthelsetjenesten for de lokaler som Sykehuset Innlandet benytter. Utover det har Sel kommune også avtale om utleie av personell til røntgen, dialyse og legekontor.

Tilbud som skal ytes ved enheten vurderes fortløpende. Dialyse og radiologi er et fast tilbud ved enheten. I tillegg er det organisert besøk av spesialister 1-2 ganger i måneden. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten/sykehus er en forutsetning for drift av enheten.

De interkommunale tjenestene er finansiert gjennom samarbeidsavtaler mellom kommuner i Nord-Gudbrandsdal. Det er imidlertid fremdeles uklarheter omkring finansieringen både mellom kommunene og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. De intermediære sengene finansieres per i dag ved statlige prosjektmidler, men det arbeides iherdig med å få på plass en finansieringsavtale med de fem øvrige kommunene i regionen. En slik avtale bør være på plass innen 1. januar 2012.

Kommunene har en regionplan for helsesamarbeid for å finne ut hvilke tjenester det skal samarbeides om. Herunder er det viktig å få avdekket tjenestebehov, sammenheng mellom behov og ressurser, resultat og nytte. Forskning er viktig for å få avdekket slike problemstillinger. Ofte er det slik at problemene som skal løses er de samme for alle kommuner. Det er nylig utarbeidet hjemmesider for samfunnsmedisin og folkehelse i Nord-Gudbrandsdalen - en kunnskapsbase med bl.a. statistikk, oversikt over lovpålagte oppgaver og verktøy til bruk i det praktiske arbeidet i kommunene. Egne arbeidsgrupper skal avdekke hva det trengs hjelp til å gjennomføre.

NGLMS yter pr i dag følgende tjenester, fordelt på spesialisthelsetjenester, kommunehelsetjenester og interkommunalt helsetjenestesamarbeid:

#### Spesialisthelsetjenester

- Ortopedi
- Revmatologi
- Nevrologi
- Gynekologi
- Hørselsentral
- Hudlege
- Lysbehandling
- Røntgen
- 6 dialysesenger
- Telemedisin-videokonferanse
- Kompetanse
- Råd- og veiledning

#### Kommunehelsetjenester

- Fysio - og ergoterapienhet
- Kommunalt legesenter
- Korttidsavdeling for pleie- og omsorgstjenesten

#### Interkommunalt samarbeid

- Prosjekt NGLMS
- Legevakt
- Legevaktvarsling
- 5 Intermediære sengeplasser
- Fysio-ergo/rehab.
- Jordmorvaktjeneste

- Samfunnsmedisin
- Folkehelse
- Regional folkehelse-, helse og omsorgsplan
- Felles journalsystem for lege, helsesøster, fysioterapi og jordmor
- Felles journalsystem for pleie- og omsorgstjenesten
- Telemedisin-videokonferanse
- Kompetanse/forskning
- Ultralydundersøkelser

## Presentasjon av SSBs prosjekt v/Else Bredeli

Dokumentasjon: PP-presentasjon

Det ble gitt en presentasjon av SSB generelt og prosjektet ”Kartlegging av lokalmedisinske sentre m.m.” spesielt.

SSB er institusjonen som har hovedansvaret for å dekke behovet for offisiell statistikk om det norske samfunnet. Statistikken skal gi informasjon om forskjeller og sammenhenger i samfunnet, speile samfunnet og vise utviklingstrekk for befolkning og levekår, økonomi, miljø og næringsvirksomhet. SSB er opptatt av å ha fornøyde brukere og motiverte oppgavegivere, enten det dreier seg om enkeltpersoner, firmaer eller offentlige organer. Målet er at all statistikk skal være relevant, aktuell, nøyaktig og tilgjengelig. SSBs virksomhet og arbeidsoppgaver har sitt rettslige grunnlag i Statistikkloven, hvor det blant annet heter at SSB skal kartlegge og prioritere behov for offisiell statistikk.

Prosjektet ”Kartlegging av lokalmedisinske sentre m.m.” er forankret i Seksjon for helsestatistikk i SSB, men flere seksjoner er involvert. Samhandlingsreformen representerer statistikkfaglige utfordringer for flere statistikkområder. Blant annet innebærer nye organisatoriske enheter at det etableres nye statistikkfaglige enheter i helsesektoren, og manglende konsistens mellom ulike enheter som skal utøve like eller beslektede funksjoner skaper utfordringer i statistikkproduksjonen. Prosjektet er opptatt av pasientflyt, personellflyt og kostnadsflyt og hvordan det er mulig å telle eller måle innsatsfaktorer, aktiviteter og resultater. For eksempel er det hensiktsmessig å kunne se et pasientforløp mellom ulike helsetjenester på forskjellige nivåer i sammenheng, eller følge kostnadene knyttet til tjenestene som utføres i samhandlingsenheter.

Prosjektet oppfatter at lokalmedisinsk senter er en betegnelse som blir brukt om flere ulike typer av virksomheter. Prosjektet har lagt til grunn den innholdsbestemmelsen og beskrivelsen Helse direktoratet har brukt i forbindelse med tilskuddsordningen <sup>□</sup> direktoratet forvalter og omtalen i andre offentlige dokumenter. Prosjektets utgangspunkt er at lokalmedisinske sentre representerer en type organisatoriske enheter som kan bidra til å belyse de statistikkfaglige utfordringene reformen medfører.

Prosjektet har utformet tre effektmål (langsiktige virkninger av prosjektet):

- Bidra til å identifisere statistikkfaglige utfordringer som følger av reorganiseringen av helsevesenet; for eksempel i form av hvilke endringer som skjer i registrering og rapportering fra virksomhetene
- Bidra til å styrke beslutningsgrunnlaget og kunnskapen til bruk i oppfølgingen av reformen; prosjektet har vært og er i dialog med sentrale helsemyndigheter og kommuner for å få informasjon om kunnskapsbehov

---

<sup>□</sup> Helse direktoratets ordning for tilskudd til utvikling av lokalmedisinske sentra  
[http://www.helse direktoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd\\_til\\_samhandlingstiltak\\_og\\_lokalmedisinske\\_sentra\\_m\\_m\\_2011\\_792474](http://www.helse direktoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd_til_samhandlingstiltak_og_lokalmedisinske_sentra_m_m_2011_792474)



- Bidra til å gi pasient- og brukerorganisasjoner bedre statistikk om helhetlige behandlingsforløp; én av intensjonene med reformen virker å være at pasienten skal bli satt enda mer i sentrum

Prosjektet har utformet fire resultatmål (mål som skal realiseres i prosjektperioden):

- Kartlegge eksisterende informasjon om lokalmedisinske sentre og tilsvarende virksomheter med andre betegnelser; for eksempel i form av gjennomgang av registre i SSB (Bedrifts- og foretaksregisteret) og registre som administreres av andre forvaltningsorganer (Norsk pasientregister (NPR), Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS))
- Kartlegge hvilke opplysninger som ikke er tilgjengelige i eksisterende registre og vurdere metoder for innsamling av disse opplysningene.
- Kartlegge hvilke tilganger til relevante registre som kreves og hvilke juridiske beskrankninger som eventuelt er til hinder for utviklingen av den ønskede statistikken; det gjelder særlig sentrale helseregistre som NPR og IPLOS.
- Identifisere tilnærminger og løsninger som har merverdi for andre statistikker, for datainnsamlingsystemer og for registerforvaltere i SSB

Prosjektet er organisert med en bredt sammensatt prosjekt- og styringsgruppe hvor flere områder i SSB er representert (helsestatistikk, regnskapsstatistikk, arbeidsmarkedsstatistikk og Bedrifts- og foretaksregisteret). Prosjektet har dessuten referansepersoner som representerer Helsedirektoratet og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon.

Prosjektets arbeidsform er todelt:

- For det første blir ulike registre undersøkt med hensyn til hvilke data om lokalmedisinske sentre som allerede eksisterer. Det handler om å minimere oppgavebyrden for virksomhetene og at det på et tidspunkt kan etableres en statistikk som er kostnadseffektiv å produsere. Det er et mål å utnytte informasjonen som foreligger, og eventuelt bruke eksisterende rapporteringskanaler for å utvide eksisterende rapportering.
- For det andre blir utvalgte lokalmedisinske sentre besøkt (Alta Helsesenter og Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter). Det handler om å få mer informasjon om virksomhetenes registrering og rapportering.

Prosjektperioden løper fra og med januar til og med desember 2011. Prosjektet blir avsluttet med en endelig rapport som vil foreligge primo 2012. Prosjektarbeidet og resultatene vil bli fulgt opp videre. Det er for eksempel et mål å gå videre fra kartlegging av virksomhetene til utvikling av statistikk og indikatorer for lokalmedisinske sentre. Det er for øvrig allerede vedtatt noen forslag til endringer i sammenheng med regnskapsrapporteringen gjennom Kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA), ved innføring av to nye funksjoner fra og med 2012 (funksjon 255 Medfinansiering, somatiske pasienter og funksjon 256 Akutthjelp, helse- og omsorgstjenesten) som forhåpentligvis kan bidra til mer kunnskap om økonomien i reformen.

## **Presentasjon av fagsystemer v/Elin Teigmoen**

Vi byttet rekkefølge på sak 5 og sak 6 på dagsorden. Mange av spørsmålene fra spørrelisten, ble besvart i forbindelse med Elins presentasjon. Vi har likevel forsøkt å følge temaene i spørrelisten når vi har referert fra møtet. Under sak 5 vil vi i referatet derfor bare kort omtale hvilke fagsystem som benyttes, og så omtales ulike utfordringer vedrørende fagsystemene under sak 6.

### ***Pasientsystemer***

For pasienter i pleie- og omsorgstjenesten, benyttes fagsystemet Profil for pasientjournal og saksbehandling.

For pasientjournaler hos allmennlege og legevakt benyttes pr i dag Infodoc, men alle kommunene i regionen skal i løpet av høsten gå over til WinMed3.

### ***Lønn-, personal- og økonomisystem***

VISMA er leverandør av lønn og personal- og økonomisystemer, og regionen skal over på VISMA Enterprise i 2012. Økonomiavdelingen i kommunen er opptatt av hvorvidt Profil utvikles med tanke på kommunikasjon mot lønns- og personal- og økonomisystemer. Vanligvis vil det bli bedre mulighet for slik kommunikasjon når alt blir web-basert.

## **Gjennomgang av SSBs spørreliste**

Dokumentasjon: spørreliste

### ***Innledende spørsmål om implementering av Samhandlingsreformen***

Samhandlingsreformen er nærmest å oppfatte som ”velkommen etter” for kommunene i Nord-Gudbrandsdal, og Sel kommune spesielt. Helsesamarbeid mellom kommunene i regionen og mellom kommunehelse og spesialisthelse/Sykehuset Innlandet har presset seg frem som en dyd av nødvendighet for en region med lange avstander til sykehus, og utfordringer med å ha nok kvalifisert personell og med å få kommuneøkonomien til å strekke til på helseområdet. NGLMS er en bekreftelse på at disse 6 kommunene, med Sel i spissen, til fulle følger opp Samhandlingsreformens mål om blant annet mer innsats før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse.

### ***Spørsmål om enheten – administrativt***

Prosjekt NGLMS tar utgangspunkt i at intensjonen med samhandlingsreformen er at dette skal være kommunalt drevet. Og at det er kommunen som skal ha ansvaret. Kommunene står likevel forholdsvis fritt i organiseringen av lokalmedisinske sentre. I Alta og Hallingdal er sengeposten definert som spesialisthelse. Ulik organisering og eierstruktur i de lokalmedisinske sentrene vil gjøre det vanskelig med statistiske sammenligninger mellom sentrene.

Prosjektet NGLMS arbeider med å få på plass den juridiske organiseringen på tjenestene ved senteret. Sel kommune er organisert som en to-nivåmodell, med en ledelse og ulike fagområder under denne. Alle interkommunale samarbeid i regionen er registrert i Enhetsregisteret som et organisasjonsledd under Sel kommune. Hvis NGLMS defineres som et interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27 og 28 (vertskommunesamarbeid), vil NGLMS også registreres som et organisasjonsledd under Sel kommune. Men NGLMS har en del tjenester som ikke kan defineres som interkommunalt samarbeid. Tjenester som sorterer juridisk direkte under Sel kommune.

Dette gjelder blant annet for spesialisthelsetjenestene ved NGLMS. Sel kommuner lønner sykepleiere som utfører spesialisthelsetjenester som for eksempel dialyse og røntgen. Årsverkene registreres ut fra hvem som har arbeidsgiveransvaret som for spesialisthelsetjenestene ved NGLMS, er Sel kommune. Ved rapporteringen av dette til AA-registeret vil disse årsverkene registreres som kommunehelseårsverk og ikke spesialisthelseårsverk. Det blir viktig å få registrert dette riktig. Man må splitte slik at antall årsverk blir fordelt på riktig organisasjonsledd og riktig næringskode. Per i dag vil aktiviteter som dialyse og røntgen registreres under allmennlegefunksjonen 241. Man får dermed ikke registrert at det foregår spesialisthelsetjenestevirksomhet ved NGLMS. Årsverkene knyttet til legespesialistene, vil registreres ved Lillehammer sykehus, siden legespesialistvirksomheten ved NGLMS ikke er skilt ut som eget organisasjonsnummer. Slike ting blir viktige å få på plass når man vurderer den juridiske oppbyggingen av NGLMS.

Det er gjort vedtak i kommunestyret om at NGLMS skal organiseres etter en vertskommunemodell. Samkommunemodell eller IKS er ikke aktuelt.

Elin sender en skisse til SSB over hvordan man til nå har tenkt registreringen i Enhetsregisteret av NGLMS.

### ***Spørsmål om enheten – tjenester***

Pasienter tilbys satellittdialyse og ambulerende spesialister på flere områder. I tillegg er det tilbud om telemedisin/videokonferanser. Videre tilbys kommunale helsetjenester som legetjenester, korttidsopphold, rehabilitering. I tillegg finnes interkommunale tjenester som legevakt, jordmorvakt og intermediære senger. Jordmor bruker 60% av sin stilling på jordmorvakta - 40% i egen kommune.

En del av tjenestene som ytes ved NGLMS, skal rapporteres til IPLOS. Sengeavdelingen, inklusive de intermediære sengene, er kommunehelsetjenester pr definisjon ved kommunalt vedtak.

Hvis en pasient fra Vågå ligger på NGLMS i Sel, hvordan registreres dette i IPLOS? Pasienten vil bli registrert som pasient ved NGLMS hvis pasienten ligger der pr. 31.12 som er rapporteringstidspunktet til IPLOS. Ellers vil pasienten være registrert for eksempel med hjemmetjeneste i Vågå hvis det er situasjonen pr. 31.12. Det ligger inne en mulighet i IPLOS til å definere behandlingkommune og bostedskommune, men dette er ikke tatt i bruk av så mange kommuner ennå, og det publiseres ikke noe på det fra IPLOS pr i dag. Sel ønsker at man i utgangspunktet skal registrere personen i bostedskommunen, og så få registrert oppholdet ved NGLMS på en eller annen måte. Sel kommune har fått laget en egen kategori i IPLOS – ”Kort-im”: opphold på intermediær enhet blir registrert i IPLOS, men ikke telt med, det vil si ikke kostnadsberegnet i IPLOS. Vedtak om opphold på NGLMS fattes i hver enkelt kommune, som så henvender seg til leder av NGLMS for å få en seng. Det kunne fort blitt dobbeltføring i IPLOS hvis man ikke hadde opprettet kategorien ”Kort-im”. IPLOS har opplysninger nok til å kunne avstemme dette slik at brutto og nettoverdier blir riktige, men dette er ikke blitt gjort ennå.

Fra nyttår vil vedtaket om opphold ved NGLMS bli gjort i Sel kommune for da er vertskommunemodellen satt i gang. Fra nyttår skal intermediære plasser, som nå finansieres over prosjektmidler, finansieres av kommunene i regionen. Hver av kommunene skal ha en intermediær seng ved NGLMS (dvs. 6 senger). I tillegg utredes mulighet for 4 akutsenger.

### ***Spørsmål om pasienter ved enheten***

Å få til en helhetlig pasientflyt er vanskelig. De kommunale legetjenestene i regionen benytter samme fagsystem, men det er ulike databaser i de ulike kommunene. Alle kommunene skal i løpet av høsten gå over til WinMed3-journalsystem. Otta har søkt om prosjektmidler for å få til en felles database for de kommunale legetjenestene. Det vil gjøre at alle data om pasienter blir tilgjengelig for alle legekontor og legevakt i de involverte kommunene. Den juridiske utfordringen for å få slik fri flyt av pasientinformasjon ligger i at det er flere kommuner/legedistrikt som skal ha tilgang til hverandres databaser.

Det er ingen elektronisk kommunikasjon av pasientinformasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Informasjon fra sykehusene går i dag til bestemte personer og ikke til legekantoret som enhet, pga juridiske begrensninger. Informasjonen blir sendt gjennom helsenett, og ikke fra pasientsystem til pasientsystem. Epikriser er vanskelig tilgjengelig for alle som har behov for opplysningene, særlig hjemmetjenesten. NGLMS skal ha møte med sykehuset i november. Ikt-ansvarlig i KS mener det nok ikke vil være klart teknisk sett for å få til dette ennå. Pr i dag må epikriser sendes til en navngitt mottaker med et

helsepersonellnummer. Man kan ikke sende til et legesenter eller til et sykehjem i og med at institusjoner ikke har helsepersonellnummer. Sentralt i denne sammenheng, er å ha sikre helsenett.

Det ideelle ville være å få kommunikasjonen mellom sykehuset og NGLMS inn i pleie- og omsorgsfagsystemet Profil, slik at hjemmesykepleien kan gå inn og hente ut info om pasienten fra sykehuset. Dette blir spesielt viktig i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. Per i dag får ikke hjemmetjenesten tilstrekkelig informasjon om pasienten man skal plassere i kommunen, når de er utskrevet. Får da heller ikke lagt fullstendige opplysninger inn i IPLOS. Dette må gjøres i ettertid, noe som øker faren for dårligere utfylling i IPLOS. Man ønsker også å ha muligheten til å skrive henvisninger i Profil.

Det er en del usikkerhet rundt hvor mange og hvilke pasienter helsesenteret vil få ansvar for etter reformens start. Det er per i dag vanskelig å få detaljert informasjon fra sykehusene. Det meste finnes bare i aggregert form.

Kommunen har fått info fra sykehuset om kommunens etterspørsel av sykehustjenester, det ligger statistikk for antall pasientinnleggelser og antall liggedøgn på hjemmesidene til NGLMS. Men man har ikke per i dag fått tall fra sykehuset om antall utskrivningsklare pasienter tilhørende kommunen, som ligger på sykehuset. Det blir viktig at kommunen har nok informasjon til å håndtere betaling for utskrivningsklare pasienter fra dag 1 som gjelder fra nyttår. Det er uheldig å ikke ha klart et system for å lage regning for utskrivningsklare pasienter når endret betalingspraksis starter opp ved nyttår, blant annet for å kunne evaluere nyordningen.

Det er sykehuset som må lage denne statistikken. Helsedirektoratet har slik oversikt på aggregert nivå men denne kan splittes opp på kommunenivå. Folkehelseinstituttet (FHI) skal lage en portal for styringsdata for kommunene. Kommunen ønsker også å selv kunne ha et system for status for utskrivningsklare pasienter. Det er behov for data på mer detaljert nivå, bla diagnose. Men personvern hensyn gjør det antakelig vanskelig å få lov til å legge ut diagnose.

#### ***Spørsmål om personell ved enheten***

Personellet ansatt i enheten registreres og rapporteres til A/A registeret via PAI – kommunenes eget personellfagsystem. Legespesialistene er tilknyttet sykehusene og rapporteres derfra. Disse er ikke registrert som ansatte i NGLMS. Dette er nærmere omtalt ovenfor, under ”Spørsmål om enheten – administrativt”.

Kommunen har jobbet med å få A/A-registeret like oppdatert som PAI, men det skjer endringer hele tiden, så dette vil være en kontinuerlig prosess.

#### ***Spørsmål om regnskap/økonomi ved enheten***

Økonomiavdelingen i kommunen har diskutert oppbyggingen av senteret relatert til budsjett og regnskap med tanke på å kunne få ut riktige data. Man kan ta ut regnskapsdata brutt ned på ansvarsområder. Det rapporteres ikke ansvarsdata til KOSTRA, men det kan trekkes ut til kommunens og LMSetts eget bruk.

Det blir viktig med klare og kjente regler for føring på Kostra-funksjoner i denne sammenheng. Det blir stadig flere kommuner som driver med dialyse, røntgen osv, og som antakelig per i dag fører dette på kommunehelsefunksjonene, selv om slike tjenester egentlig er spesialisthelsetjenester. Det vil være aktuelt å kontakte Fylkesmannen, som eventuelt sender forespørsel videre til KR D. Det blir viktig at alle kommuner gjøres kjent med hvordan man skal føre utgifter og aktivitet på dette området, slik at kommunene fører det likt.

Økonomiavdelingen i Sel har sendt et annet spørsmål til Fylkesmannen. Det har sammenheng med at det stadig blir flere interkommunale samarbeid. I Kostra-

funksjonsveilederen står det at vertskommunen for det interkommunale samarbeidet kan føre dette på funksjon 290, men det står ikke tydelig nok. Hvis dette ikke føres på funksjon 290, risikerer man å blåse opp brutto driftsutgiftstallene i både Sel kommune og regionen. Netto driftsutgifter vil i liten grad bli påvirket om funksjon 290 brukes eller ikke. Funksjon 290 skal brukes av vertskommunen (her Sel) til å føre alle utgifter og inntekter knyttet til LMSet, ved årets slutt skal Sel kommunes andeler av utgiftene og inntektene overføres til korrekte tjenestefunksjoner som for eksempel 253 og 261. De andre deltakerkommunene i LMSet skal føre sine utgifter til LMSet på de korrekte tjenestefunksjonene og art 350 Kjøp fra kommuner, Sel skal inntektsføre dette på funksjon 290 og art 750 Refusjon fra kommuner. Når dette er gjort skal funksjon 290 gå i "null". Ved å bruke funksjon 290 vil alle deltakerkommunene få bedre nøkkeltall med brutto driftsutgifter. Det blir en tilsvarende problemstilling med spesialisthelsetjenestene som utføres ved LMSet. Disse burde føres på funksjon 285. Staten ved KRD må si hvordan dette skal føres. Fylkesmannen har sendt spørsmålet fra Sel om funksjon 290 videre til KRD.

Hva med legetjenester i LMSet? Medisinskfaglig rådgiver i LMSet yter tjenester til alle kommuner i samarbeidet, men er i dag kun lønnet av Sel kommune. Skal man beregne medisinskfaglig rådgiver inn i alle tjenestene? Kommunene vil ha det definert på legevakt, legevaktvarsling, intermediære senger, jordmorvakttjenesten. I KOSTRA skal lønnen fordeles på ulike funksjoner for stillingsprosent på 20 og over. Man kan også fordele mindre stillingsprosent på ulike funksjoner, men det er ikke noe krav. For eksempel så føres tilsynslegestillingen på 20 prosent i sykehjemmet, på funksjon 253 Bistand, pleie, omsorg i institusjon for eldre og funksjonshemmede. For leger i kommunehelsetjenesten rapporteres årsverk fordelt på ulike funksjoner til KOSTRA skjema 1 "Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten". Legeårsverk knyttet til for eksempel de intermediære sengene vil antakelig rapporteres på funksjon 253. Men man vil ikke få fordelt årsverkene på alle de ulike områdene legen jobber, for eksempel så vil ikke legeårsverk ved legevakten skilles ut ved innrapportering til KOSTRA-skjema 1.

Vil man prøve å lage ett regnskap for hele LMSet? I og med at det er vertskommunemodell som er aktuelt og ikke IKS, så vil man ikke få samlet regnskap på LMSet og man får ikke Kostra-regnskapsstatistikk per LMS. Det skal jobbes videre med å se på dette, men det viktigste er at man får fram det som faktisk gjøres og ytes av tjenester i LMSet.

Hva brukes kvartalsrapportene på KOSTRA til? Det er ikke et problem at funksjonene 190 og 290 ikke er avstemt i kvartalsrapportene. Opplysningene brukes i kvartalsvis nasjonalregnskap på nasjonalt nivå – ikke kommunenivå.

### ***Spørsmål om samarbeidsavtaler enheten har inngått***

NGLMS har per i dag leieavtaler med legespesialistene og er i ferd med å etablere avtaler med samarbeidskommunene og med spesialisthelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen. Det er tre saker som er viktig for prosjekt NGLMS å få på plass før nyttår:

- Interkommunale avtaler mellom de 6 kommunene som samarbeider i regionen
- Intern organisering av NGLMS opp mot de interkommunale avtalene
- Intern organisering av NGLMS opp mot samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten.

Alle avtaler skal opp i kommunestyret.

NGLMS følger de vanlige kommunale rapporteringskanaler som andre kommunale tjenester – fra drift av LMSet til økonomiavdelingen. Pasientstrøm rapporteres til IPLOS. Men pasientene som får spesialisthelsetjenester ved senteret rapporteres ikke fra LMSet men fra Sykehuset Innlandet, inklusive dialyse- og røntgenpasientene. Det er dermed ikke noe samlet rapportering for pasienter på

LMSet. Man vet at legespesialistene er på LMSet til gitte tider, men vet ikke hvor mange pasienter som behandles. Man skulle gjerne hatt slik oversikt, men det vil kreve manuell registrering. Dermed vet man heller ikke hvor mye ambulerende spesialisthelsetjeneste koster, man vet ikke hva man sparer og hvor stor nytten er med de ambulerende spesialistene. Det ble gjort noen beregninger på dette for røntgen og dialyse. Det er ønskelig å kunne gjøre tilsvarende evalueringer for tjenestene legespesialistene yter. Dialyse- og røntgenpasienter blir fortløpende registrert ved LMSet, men usikkert hvor mye som registreres av ambulerende spesialister. NGLMS ønsker å ha bedre statistikk for å vurdere framtidige tilbud ved senteret. Det er også viktig med slik statistikk for å kunne vise til overfor kommunepolitikere; viktig å kunne vise til hvor mange pasienter som har fått spesialistbehandling ved LMSet og sluppet lang reisevei.

Samtidig ser legespesialistene det som viktig at pasientene ved spesialistpoliklinikken i LMSet registreres som pasienter ved sykehuset, slik at de er inne i sykehusets ulike systemer for venteliste og oppfølging. Det vil være uheldig at det blir egne ventelister for pasienter ved LMSet.

Kommer samarbeidsavtalene mellom LMSet og sykehuset til å inneholde noe om behandlingsvolum? Sykehuset må ha et helhetlig ansvar for alle kommuner de skal dekke. Uheldig å avtale volum for disse 6 kommunene som bare er en del av alle kommuner sykehuset skal betjene.

### **Avrundning**

SSB lager utkast til referat og sender til NGLMS v/Vigdis for kommentarer og godkjenning. Deretter vil lydbåndopptaket fra sak 5 og 6 bli slettet.

Både SSB og NGLMS er interessert i å holde kontakt for videre utveksling av informasjon på samhandlingsområdet. Kontaktperson ved NGLMS er Vigdis og Else er kontaktperson i SSB.

## Vedlegg IV Spørreliste til møte med Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter

### Spørreliste

#### Innledende spørsmål

- Hvordan vurderer dere samhandlingsreformens betydning for deres virksomhet?
- Hvordan mener dere at reformens mål og virkemidler kan følges opp av enheten?
- Har virksomheten gjort noen spesielle tilpasninger i sammenheng med reformen, f.eks. med hensyn til registrerings- og rapporteringsrutiner?
- Annet?

#### Spørsmål om enheten - administrativt

- Hvilke opplysninger om enheten er registrert i Enhetsregisteret i Brønnøysund, f.eks. navn, adresse, osv.?
- Hvis ikke den er registrert med eget org.nr. (bedrift), hvilken enhet inngår denne i (navn?)
  - Hvem er arbeidsgiveransvarlig for de ansatte ved ”senteret”?, Kommunen, Staten eller en kombinasjon av flere? Her blir NAV Aa-registeret et stikkord. Ved sånne typer spørsmål så er det et poeng at noen fra administrasjonen, her menes lønns-/personalavdelingen, blir spurt.
- Hvem har det øverste administrative ansvaret for enheten, f.eks. kommunen eller staten?
- Hvilke rapporteringsrutiner eksisterer mellom enheten og administrativt ansvarlig?
- Hva rapporteres fra enheten til administrativt ansvarlig?
- Hvor ofte rapporteres det fra enheten til administrativt ansvarlig?
- Annet?

#### Spørsmål om enheten – tjenester

- Er enheten organisert under pleie- og omsorg eller kommunehelse?
- Hvilke helse- og omsorgstjenester og evt. andre tjenester blir utført ved enheten?
- Hvordan er tjenestene som blir utført organisert i forhold til hverandre, f.eks. med tanke på henvisninger, overføring av pasienter mellom tjenester, osv.?
- Hvordan er tjenestene organisert i forhold til tjenester som leveres av andre enheter, f.eks. fastleger, sykehus, andre tilsvarende enheter, osv.?
- Annet?

#### Spørsmål om pasienter ved enheten

- Hvilken lovgivning får pasientene / brukerne tjenester etter?
- Får tjenestemottakerne enkeltvedtak eller ikke?
- Hvilke fagsystemer bruker enheten for å registrere pasienter/brukere av enheten (virksomheten)?
- Hvilke opplysninger om pasientene blir rapportert til andre?
- Rapporteres det opplysninger til IPLOS-registeret?
- Hvem rapporteres pasientopplysningene til?
- Har enheten registrert pasientopplysninger i fagsystemene som ikke brukes i rapporter?

- Hvilke typer av pasientopplysninger er dette?
- Inneholder fagsystemene opplysninger om hvor pasienten kommer fra (henvist fra) og hvor pasienten drar (henvist til eller utskrevet) etter at tjenesten er utført?
- Kan fagsystemene bidra med informasjon om ”pasientflyt” og ”pasientforløp”
  - mellom ulike tjenester som enheten utfører,
  - mellom ulike tjenester som enheten utfører og andre kommunale tjenester og/eller
  - mellom ulike tjenester som enheten utfører og tjenester som blir utført ved sykehus (spesialisthelsetjenesten)?
- Annet?

### **Spørsmål om personell ved enheten**

Hvilke personellsystemer bruker enheten for å registrere personellet ved enheten?

- Hvilke opplysninger om personellet blir rapportert til andre?
- Hvem rapporteres personellopplysningene til?
- Har enheten registrert personellopplysninger i personellsystemene som ikke brukes i rapporter?
- Hvilke typer av personellopplysninger er dette?
- Inneholder personellsystemene opplysninger om personellets yrke/stilling, utdanning og arbeidsgiver?
- Kan personellsystemene bidra med informasjon om ”personellflyt”
  - mellom ulike tjenesteområder internt i enheten,
  - mellom ulike tjenesteområder i enheten og andre kommunale tjenesteområder og/eller
  - mellom ulike tjenesteområder i enheten og tjenesteområder i sykehus (spesialisthelsetjenesten)?
- Annet?

### **Spørsmål om regnskap/økonomi ved enheten**

- Har helsesenteret ett regnskap på tvers av forvaltningsnivåene (kommune/stat)?
- Hvilke opplysninger om økonomien blir rapportert til andre?
- Hvem rapporteres økonomiopplysningene til?
- I og med at senteret yter både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, er det i regnskapene opplysninger som kan kostnadsfeste og skille tjenestene?
  - Hvordan fungerer del finansieringen i praksis?
  - Hvordan fordeles ”Fellesutgifter”, for eksempel lokalene?
- Hvordan kan så regnskapene bidra med informasjon om ”kostnadsflyten”
  - mellom enheten og andre kommunale tjenesteytere/-bestillere og/eller
  - mellom enheten og tjenesteytere/-bestillere i sykehus (spesialisthelsetjenesten)?
- Hvis et, to eller flere regnskap:
  - Hvordan rapporteres kommunens kostnader og inntekter i helsesenteret til KOSTRA?
  - Hvordan rapporteres statens/helseforetakets kostnader og inntekter i helsesenteret til SSB?
  - Ser dere utfordringer med disse rapporteringene etter iverksettingen av samhandlingsreformen?
- Hvilke regnskapssystemer (systemleverandør) bruker enheten for å registrere økonomien ved enheten?
- Annet?

### **Spørsmål om samarbeidsavtaler enheten har inngått**

- Er enheten omtalt (avtalt) i samarbeidsavtale mellom kommune(r) og helseforetak



- Hvor mange samarbeidsavtaler har enheten inngått for kjøp og salg av helsetjenester?
- Hvem inngår avtalene på vegne av enheten?
  - egen bestillerorganisasjon
  - kommunen
  - Regionale helseforetak
- Hvilke samarbeidsavtaler for kjøp og salg av helsetjenester har enheten inngått med andre aktører?
  - med kommuner
  - med sykehus (spesialisthelsetjenester)
  - med andre
- Hva blir regulert gjennom avtalene?
- Hva er innholdet i avtalene?
- Hvor tilgjengelig er innholdet i avtalene?
  - særskilt rapportering mellom avtalepartnerne i henhold til avtalen
  - annen form for oppfølging
  - særskilt rapportering mellom avtalepartnerne i henhold til avtalen
  - annen form for oppfølging
- Annet?

## Vedlegg V Bruk og mottak av opplysninger i sentrale helseregistre

Problemstillinger:

- Hvilke muligheter og begrensninger SSB har til å bruke/motta opplysninger fra Norsk pasientregister for statistikkformål innenfor dagens lov- og forskriftsverk?
- Hvilke muligheter og begrensninger SSB har til å bruke/motta opplysninger fra IPLOS for statistikkformål innenfor dagens lov- og forskriftsverk?
- Hvilke muligheter og begrensninger SSB har til å bruke/motta sammenstilte/koble opplysninger fra Norsk pasientregister og IPLOS innenfor dagens lov- og forskriftsverk?

Spørsmålene knytter seg til SSB adgang til å nyttiggjøre seg opplysninger fra to av de sentrale helseregistrene.

Helseregistrene er opprettet med hjemmel i helseregisterloven, som har som formål *«å bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte. Gjennom forskning og statistikk skal loven bidra til informasjon og kunnskap om befolkningens helseforhold, årsaker til nedsatt helse og utvikling av sykdom for administrasjon, kvalitetssikring, planlegging og styring. Loven skal sikre at helseopplysninger<sup>1</sup> blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger»*.

Norsk pasientregister (NPR) er opprettet som et personidentifiserbart helseregister med hjemmel i helseregisterloven § 8 tredje ledd. Det innebærer at alle opplysningene i registeret er knyttet til pasientens fødselsnummer. I tillegg benyttes helsepersonellnummer og institusjonsnummer. Registeret er internt kryptert, dvs at identifikasjonsopplysninger er skjult / byttet med informasjonløst løpenummer for brukere av registeret som ikke er særskilt autorisert til å ha tilgang til identitet. Kobling av opplysninger fra NPR med andre opplysninger kan skje ved bruk av fødselsnummer som koblingsnøkkel. Nærmere regler om registeret er fastsatt i *forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften)*.

IPLOS er opprettet som et pseudonymt helseregister med hjemmel i helseregisterloven § 8 annet ledd. Det innebærer at alle opplysningene i registeret er personentydige men ikke personidentifiserbare. Fødselsnummer/helsepersonellnummer omgjøres til et informasjonløst pseudonym i en lukket prosess gjennomført av tredjepart utenfor registeret, slik at registeret ikke får tilført identifikasjonsopplysninger. Kobling av opplysninger fra IPLOS-registeret med andre opplysninger kan kun skje ved at alle opplysningene som skal inngå i koblingen først pseudonymiseres, for deretter å kobles ved bruk av pseudonymet som koblingsnøkkel. Nærmere regler om registeret er fastsatt i *forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (forskrift om IPLOS-registeret)*.

Opplysningene i de sentrale helseregistrene er definert som helseopplysninger, jf hrel § 8 (1) jf § 2. Helseopplysning er *«taushetsbelagte opplysninger i henhold til helsepersonelloven § 21 og andre opplysninger og vurderinger om helseforhold eller av betydning for helseforhold, som kan knyttes til en enkeltperson»*.

Helseopplysninger i helseregistrene er undergitt taushetsplikt etter helseregisterloven § 15: *«Enhver som behandler helseopplysninger etter denne lov, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e og helsepersonelloven»*. Taushetsplikten etter helsepersonelloven kap. 5 bestemmer at *«helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller*

*sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell». Unntakene fra taushetsplikt i helsepersonelloven kap. 5 omfatter ikke statistikk.*

Statistikkloven § 2-2 bestemmer at SSB kan *«pålegge enhver å gi de opplysninger som er nødvendige for utarbeidelse av offisiell statistikk, så langt lovbestemt taushetsplikt ikke er til hinder for dette».*

Opplysningsplikt etter statistikkloven må vike for lovbestemt taushetsplikt. Taushetsplikten i helsepersonelloven kap. 5 innebærer derfor at SSB ikke kan pålegge noen opplysningsplikt for helseopplysninger, og at SSB av samme grunn ikke kan kreve utlevert opplysninger fra de sentrale helseregistrene.

Anonyme opplysninger fra helseregistre er ikke definert som helseopplysning, og vil derfor kunne utleveres uten hinder av taushetsplikten. Dette er likevel begrenset til uttrykkelig angitte formål som er i tråd med formålene for det/de aktuelle helseregistrene.

### Nærmere om IPLOS

Registerforskriften kap. 5 regulerer nærmere hvordan registeropplysningene kan utnyttes. Hovedregel er at all bruk av opplysningene skal ligge innenfor registerets formål. I formålsbestemmelsen i § 1-3 andre ledd fastslås at *«Opplysninger i IPLOS-registeret kan foruten til formål som er nevnt i første ledd, behandles og brukes til utarbeidelse av nasjonal, regional og lokal pleie- og omsorgsstatistikk».* Etter forskriften § 5-1 kan alle bestille statistikk fra IPLOS-registeret, mot dekning av kostnader ved utarbeidelse av statistikken, jf § 5-5. SSB vil derved kunne bestille ferdig statistikk fra registeret. Det må avklares nærmere hvorvidt SSB kan kreve slik statistikk vederlagsfritt i medhold av statistikkloven.

Dersom opplysninger fra IPLOS-registeret skal kobles med andre opplysninger, kreves godkjenning fra Datatilsynet. Formålet med slik sammenstilling må ikke være i strid med formålet i forskriften § 1-3 første ledd og § 1-4. Her henvises det kun til første ledd i formålsbestemmelsen, og derved avgrenses det mot andre ledd som omtaler statistikkformål. Det kan derved synes som kobling utelukkende med formål å lage statistikk, jf § 1-3 andre ledd, ikke er ment omfattet av bestemmelsen om sammenstilling i § 5-3. Selv uten denne avgrensingen ville SSB uansett vært avhengig av Datatilsynets løpende godkjenning for å utarbeide offisiell statistikk basert på IPLOS-data, noe som framstår som en lite hensiktsmessig situasjon.

### Nærmere om Norsk pasientregister

Registerforskriften omtaler ikke statistikk som et av registerets formål, jf § 1-2, men har egne bestemmelser om utarbeidelse av statistikk, jf §§ 3-1 og 3-5.

NPR-forskriften § 3-1 første avsnitt bestemmer at *«Norsk pasientregister kan utarbeide statistikk basert på opplysninger i registeret»,* og videre i andre ledd at *«opplysninger i Norsk pasientregister kan videre sammenstilles (kobles) med (...) sosioøkonomiske registre i Statistisk sentralbyrå (...) for utarbeidelse av statistikk. Sammenstillingen skal gjøres av den databehandlingsansvarlige for ett av de nevnte registrene eller en virksomhet departementet bestemmer. Resultatet av sammenstillingen skal fremkomme i anonymisert form».* Om bakgrunnen for kobling mot andre registre uttaler departementet følgende i kommentarene til bestemmelsen:

*«Bestemmelsen gir hjemmelsgrunnlag for utarbeidelse av statistikk fra Norsk pasientregister og statistikk fra Norsk pasientregister og en eller flere av de nevnte registrene. Adgangen til å koble med andre registre gjør det mulig å fortsatt ha et snevert datasett i Norsk pasientregister, samtidig som registeret kan benyttes som utgangspunkt for statistikk som inneholder variabler utover Norsk pasientregisters datasett. Dette gjelder blant annet i forhold til internasjonale rapporteringsplikter på rusfeltet som forutsetter at det utarbeides jevnlig statistikk som inneholder flere variabler enn de som ligger i Norsk pasientregister alene».* Kobling mot

sosioøkonomiske opplysninger omtales særskilt, siden dette ikke er et entydig avgrenset datasett. *«De opplysningene som vil være mest aktuelle å sammenstille med vil være (...) Utdanningsregisteret og registre med inntekts- og yrkesopplysninger. De opplysningene som sammenstilles skal være avgrenset, relevant og nødvendig for Norsk pasientregister.»*

*«Ved sammenstilling gir bestemmelsen hjemmel for Norsk pasientregister å oversende fil til de andre spesifikt nevnte registrene, og tilsvarende hjemmel for de nevnte registrene å oversende fil til Norsk pasientregister».* Siste komma er ikke helt korrekt, da NPR-forskriften ikke kan hjemle hvordan de andre registerkildene skal håndtere egne data. Dvs at NPR-forskriften ikke kan hjemle at Dødsårsaksregisteret sender fil til NPR, dette må hjemles i DÅR-forskriften. NPR-forskriften hjemler bare at NPR kan sende fil med NPR-data til de andre nevnte registrene, og tilsvarende at NPR har anledning til å motta datafil fra de andre nevnte registrene. Dessverre er ikke dette harmonisert fullt ut i de andre registerforskriftene ved at det kun er NPR-forskriften som hjemler kobling mot sosioøkonomiske registre i SSB. En kobling av NPR med DÅR og sosioøkonomiske registre i SSB vil dermed være hjemlet i NPR-forskriften § 3-1 og kan gjennomføres uten ytterligere godkjenning, mens samme kobling krever godkjenning fra Datatilsynet iht DÅR-forskriften § 3-5.

Departementet har videre gitt retningslinjer hvor hvem som skal forestå koblingen: *«Det er et krav at statistikkfremstillingen gjøres av den databehandlingsansvarlige for ett av de nevnte registrene eller i en virksomhet som departementet bestemmer (tiltrodde tredjepart). Det bør fortrinnsvis være det register som har de fleste variablene i sammenstillingen som bør utføre oppgaven».* Etter at kommentarene til forskriften ble laget, har departementet presisert overfor NPR at det ikke bare er de som har «de fleste variablene», men de som har mest/flest sensitive variabler som bør utføre koblingen. Sosioøkonomiske registre i SSB inneholder ikke sensitive variabler. Dette er bakgrunnen for den fastlåste situasjonen mellom NPR og SSB med hensyn til hvordan man skal gjennomføre kobling av NPR-data med SSB-data.

Utlevering av statistikk fra NPR, herunder statistikk basert på sammenkoblede registre, skal skje etter forespørsel fra forvaltning og forskere *«dersom opplysningene skal brukes til et uttrykkelig angitt formål innenfor registerets formål, jf. § 1-2».*

## Oppsummering

*1. Hvilke muligheter og begrensninger har SSB til å motta og bruke opplysninger fra Norsk pasientregister for statistikkformål innenfor dagens lov- og forskriftsverk?*

SSB kan, på lik linje med andre forvaltningsorgan, bestille statistikk fra NPR basert på opplysningene i NPR, forutsatt at dette ligger innenfor registerets formål. Statistikken skal være anonym, og NPR opererer med en grense på 4-5 enheter/observasjoner (sml SSBs 3 enheter). NPR kan kreve at kostnadene dekkes, men her vil SSB hevde at statistikklovens bestemmelser om vederlagsfri tilgang til opplysninger for bruk i offisiell statistikk går foran. Dette praktiseres i andre tilfeller, eksempelvis ift Kartverket/NE hvor SSB har fått medhold i vederlagsfri tilgang til data/statistikk som i utgangspunktet skal kostnadsdekkes av kunde.

SSB kan ikke få tilgang til mikrodata fra NPR.

*2. Hvilke muligheter og begrensninger har SSB til å motta og bruke sammenstilte/koblede opplysninger fra Norsk pasientregister innenfor dagens lov- og forskriftsverk?*

Helseregisterlov, helsepersonellov og NPR-forskriften hjemler at opplysninger fra NPR kan sammenstilles med sosioøkonomiske opplysninger i SSB for utarbeidelse av statistikk. HOD har imidlertid bestemt at slik kobling må skje ved NPR, noe SSB mener ikke er i overensstemmelse med statistikklovens taushetspliktbestemmelser.

Dersom uenighet mht kobling blir løst, vil SSB kunne initiere slik kobling. For øvrig gjelder samme vilkår som angitt over, blant annet at det må ligge innenfor NPR-registerets formål.

*3. Hvilke muligheter og begrensninger har SSB til å motta og bruke opplysninger fra IPLOS for statistikkformål innenfor dagens lov- og forskriftsverk?*

SSB kan, på lik linje med alle andre, bestille statistikk fra IPLOS basert på opplysningene i registeret forutsatt at dette ikke strider med registerets formål. Statistikken skal være anonym, og IPLOS opererer med en grense på 4-5 enheter/observasjoner (sml SSBs 3 enheter). IPLOS kan kreve at kostnadene dekkes, men her vil SSB hevde at statistikklovens bestemmelser om vederlagsfri tilgang til opplysninger for bruk i offisiell statistikk går foran. Dette praktiseres i andre tilfeller, eksempelvis ift Kartverket/NE hvor SSB har fått medhold i vederlagsfri tilgang til data/statistikk som i utgangspunktet skal kostnadsdekkes av kunde.

Helsedirektoratet har inngått databehandleravtale med SSB for drift og forvaltning av IPLOS. En av oppgavene er å «*utarbeide faste, offentlige statistikker basert på opplysninger fra IPLOS-registeret*» jf forskriften § 5-1 første ledd. SSB skal drøfte med helsedirektoratet hvilke statistikker som skal utarbeides, men har fått avklart at publisering av statistikkene følger SSBs ordinære regelverk. Det innebærer for eksempel at Helsedirektoratet ikke får tilgang til statistikken før den publiseres.

*4. Hvilke muligheter og begrensninger har SSB til å motta og bruke sammenstilte/koblede opplysninger fra IPLOS innenfor dagens lov- og forskriftsverk?*

All kobling av opplysninger fra IPLOS-registeret med andre opplysninger krever forhåndsgodkjenning fra Datatilsynet, og må ligge innefor IPLOS-registerets formål. IPLOS-registeret er pseudonymt, hvilket innebærer at alle opplysninger som skal kobles med IPLOS, må pseudonymiseres før kobling kan utføres. SSB vil på lik linje med andre søke om slik kobling.

**B** Returadresse:  
Statistisk sentralbyrå  
NO-2225 Kongsvinger

## Statistisk sentralbyrå

### *Oslo:*

Postboks 8131 Dep  
NO-0033 Oslo  
Telefon: 21 09 00 00  
Telefaks: 21 09 49 73

### *Kongsvinger:*

NO-2225 Kongsvinger  
Telefon: 62 88 50 00  
Telefaks: 62 88 50 30

E-post: [ssb@ssb.no](mailto:ssb@ssb.no)  
Internett: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

ISBN 978-82-537-8309-3 (trykt)  
ISBN 978-82-537-8310-9 (elektronisk)  
ISSN 1891-5906

ISBN 978-82-537-8309-3



9 788253 783093



**Statistisk sentralbyrå**  
Statistics Norway