



Deloitte.

Kommunenes utfordringer i samhandlingsreformen – innspill til diskusjon

Hvilke tiltak/utviklingsprosjekter bør kommunen iverksette for å møte utfordringene i samhandlingsreformen

Delrapport - Akershus fylke



Oslo, 24. september 2012

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	2
1.1 Formålet med rapporten	2
1.2 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten	3
2. Samlet utfordringsbilde pr. kommune	4
3. Utfordringsbilde i lys av indikatorene pr. analyseområde	5
3.1 Akershus fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter	5
3.2 Igangsatte prosjekter fordelt etter prosjektets område	6
3.3 Befolkningsprognoser	7
3.3.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; befolkningsprognoser	7
3.3.2 Kortsiktig befolkningsutvikling fram mot 2016	8
3.3.3 Endring av andel innbyggere pr. aldersgruppe fram mot 2030	9
3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - pleie og omsorg	11
3.4.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; pleie og omsorg	11
3.4.2 Korrigerte netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og eldre	13
3.4.3 Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere på institusjon	14
3.4.4 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 år og eldre	15
3.4.5 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	15
3.4.6 Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	16
3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester	17
3.5.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; spesialisthelsetjenesten	17
3.5.2 Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere	18
3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og eldre	19
3.5.4 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere	19
3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre	20
3.5.6 Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere	20
3.5.7 Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere	21
3.5.8 Antall utskrivninger til kommunal institusjon pr. 1000 innbyggere	22
3.5.9 Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og eldre	22
3.5.10 Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe»	23
3.6 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - kommunehelse	24
3.6.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; kommunehelse	24
3.6.2 Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene	25
3.6.3 Antall legeårsverk pr. 10 000 innbyggere (funksjon 241)	25
3.6.4 Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse, pr. innbygger	26
3.6.5 Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger	27

Vedlegg: Oversikt over samhandlingsprosjekter i Akershus fylke

1. Innledning

1.1 Formålet med rapporten

Formålet med denne fylkesviser rapporten er å gi kommunene en mulighet til å få et overblikk over utfordringsbildet fremover, med spesielt fokus på utfordringer knyttet til samhandlingsreformen.

I samhandlingsreformen legges det økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes ved å opprette kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehussopphold og samtidig skal spesialisthelsetjenesten videreutvikles ved å spisse sitt behandlingstilbud.

Rapporten inneholder analyser for hver enkelt kommune i fylket innen områdene befolkningsutvikling, kommunale pleie- og omsorgstjenester, kommunale helsetjenester og forbruk av spesialisthelsetjenester. I samarbeid med KS har Deloitte valgt ut noen relevante indikatorer i arbeidet med innføringen av samhandlingsreformen under hvert enkelt analyseområde.

Oppbygning av rapporten

I kapittel 2 vises det ved hjelp av «trafikklyskoder» en forenklet oversikt over det samlede utfordringsbildet som hver enkelt kommune har i forhold til de utvalgte indikatorene under hvert analyseområde.

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

- «Rød firkant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en større utfordring
- «Gul trekant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en moderat utfordring
- «Grønn ring»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en lavere utfordring

Dersom du som leser ønsker å forstå hvordan man er kommet fram til denne vurderingen for kommunen, vil man utover i rapporten kunne gå inn i mer detaljerte analyser for hver enkelt indikator i kapittel 3. Under hvert analyseområde i rapporten vises det en tabell med de samme trafikklyskodene for hver kommune som oppsummerer alle indikatorene som er analysert.

I kapittel 3.1 gis det i tillegg en enkel oversikt over de samhandlingsprosjektene 11 av 22 kommuner (50 %) i Akershus fylke har rapportert til KS at de har planlagt/igangsatt pr. november 2011.

Innspill til diskusjon

- Intensjonen med analysene i rapporten er å gi innspill til drøfting om hvilke tiltak/utviklingsprosjekter som hver enkelt kommune kan vurdere for å møte utfordringene i samhandlingsreformen. Følgende spørsmål er i denne sammenheng aktuelle. Hvilke utfordringer står kommunen din overfor basert på denne analysen?
- Hva er det mest kritiske og viktigste å fokusere på allerede i løpet av 2012?

- Har kommunen igangsatt prosjekter innenfor de områdene som viser de tydeligste utfordringene?
- Hvilke sammenlignbare kommuner i fylket og eventuelt andre steder i landet kan dere lære av?
- Hvilke tiltak og utviklingsprosjekter er igangsatt/bør iverksettes i tiden framover for å møte de utfordringene som analysene viser?
- Hvilke tiltak bør kommunen prioritere i 2012?

1.2 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten

Metoden som blir anvendt i rapporten er en analyse av indikatorer/nøkkeltall som er innrapportert fra kommunene til Statistisk sentralbyrå (SSB) og fra spesialisthelsetjenesten til Norsk Pasientregister (NPR).

I en referansegruppe med representanter fra KS og Deloitte ble det definert relevante indikatorer innenfor rapportens fire hovedområder. Indikatorsettet gir ikke et fullstendig bilde av utfordringene som kommunene står ovenfor, men er ment som innspill til diskusjon og videre analyse. Tabellen under viser datakildene for hovedområdene i rapporten.

Område i rapporten	Datakilde
Befolkningsprognoser	SSB
Kommunal tjenesteproduksjon	SSB/KOSTRA
Bruk av spesialisthelsetjenester	Norsk Pasientregister
Kommunens samhandlingsprosjekter	KS (Landsdekkende undersøkelse om samhandlingsaktiviteter i kommunen)

Tabell 1: Oversikt over områder og datakilder brukt i rapporten

Alle analysene bygger på selvrapporterte tall fra kommunen/sykehusene. Med dette som utgangspunkt anbefaler vi at kommunene kvalitetssikrer egne tall dersom det er usikkerhet knyttet til tallgrunnet.

2. Samlet utfordringsbilde pr. kommune

Dette innledende kapitlet gir en oversikt over kommunenes samlede utfordringsbilde basert på nøkkeltallene i rapporten. Tabellen nedenfor oppsummerer tre av de fire ulike delområdene:

- Befolkning
- Pleie- og omsorgstjenester
- Spesialisthelsetjenester

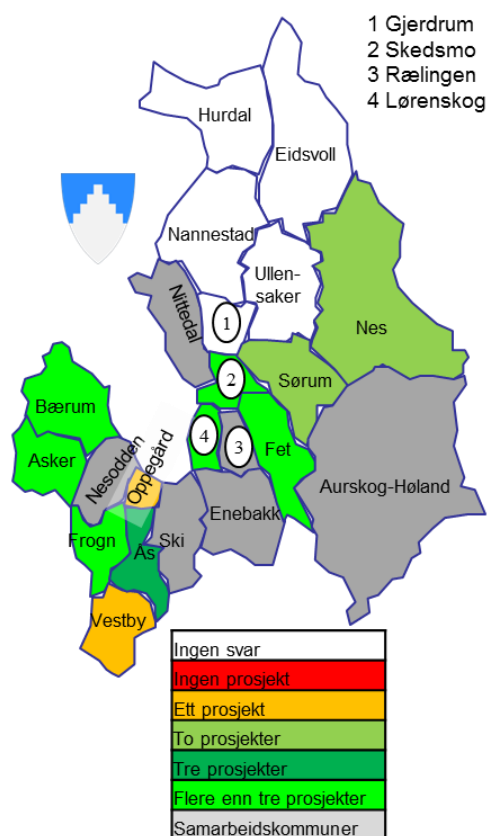
Det er ikke foretatt en oppsummerende felles vurdering av de enkelte analyseområdene, fordi det metodisk ikke er riktig å vekte de ulike områdene opp mot hverandre. Likevel er det viktig å påpeke at utfordringsbildet innen pleie- og omsorgstjenester i kommunen må sees i sammenheng med befolkningsutviklingen for aldersgruppen 80 – 89 år, og forbruk av spesialisthelsetjenester for aldersgruppen 80 år og over. For detaljer under hvert hovedområde henvises det til kapitlene 3.3 Befolkningsprognoser, 3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - pleie og omsorg og 3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester.

Kommunenavn	Samlet vurdering befolkning	Nettoutgift PLO pr. innb 80 år korr. for brukere hjemmetj. < 67 år	Samlet vurdering spesialisthelse
Asker	▲	◆	▲
Aurskog-Høland	●	◆	▲
Bærum	●	◆	▲
Eidsvoll	▲	▲	◆
Enebakk	◆	◆	●
Fet (Akershus)	◆	▲	▲
Frogn	◆	◆	●
Gjerdrum	◆	◆	●
Hurdal	◆	◆	◆
Lørenskog	◆	◆	▲
Nannestad	▲	◆	▲
Nes (Akershus)	▲	◆	●
Nesodden	◆	◆	●
Nittedal	◆	●	●
Oppegård	◆	◆	▲
Rælingen	▲	●	●
Skedsmo	●	◆	▲
Ski	◆	◆	◆
Sørum	●	◆	●
Ullensaker	●	▲	●
Vestby	▲	◆	●
Ås	●	▲	▲

Tabell 2: Samlet utfordringsbilde pr. kommune, Deloitte egen analyse

3. Utfordringsbilde i lys av indikatorene pr. analyseområde

3.1 Akershus fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter



I Akershus fylke er det 543 166 innbyggere (pr. 01.01.2011). Det er store regionale forskjeller i befolknings sammensetningen.

Akershus grenser mot Hedmark i øst, Oppland i nord, Buskerud i vest, Østfold i sør og Oslo. Dessuten har Akershus (i kommunen Aurskog-Høland) en liten bit av riksgrensen mot Sverige i øst.

Akershus er delt i tre regioner: Romerike, Follo og Akershus Vest. Det består av to geografisk adskilte deler; Vestregionen (kommunene Asker og Bærum) utgjør en eksklave i vest mellom Oslo og Buskerud. Øst og sør for Oslo ligger henholdsvis regionene Romerike og Follo.

Etter Oslo er Akershus Norges nest største fylke etter innbyggertall, med vel en halv million innbyggere.

Fylket består av 22 kommuner. De tre kommunene med flest antall innbyggere (pr. 31.12.2010) er Bærum (112 146), Asker (55 012) og Skedsmo (48 545).

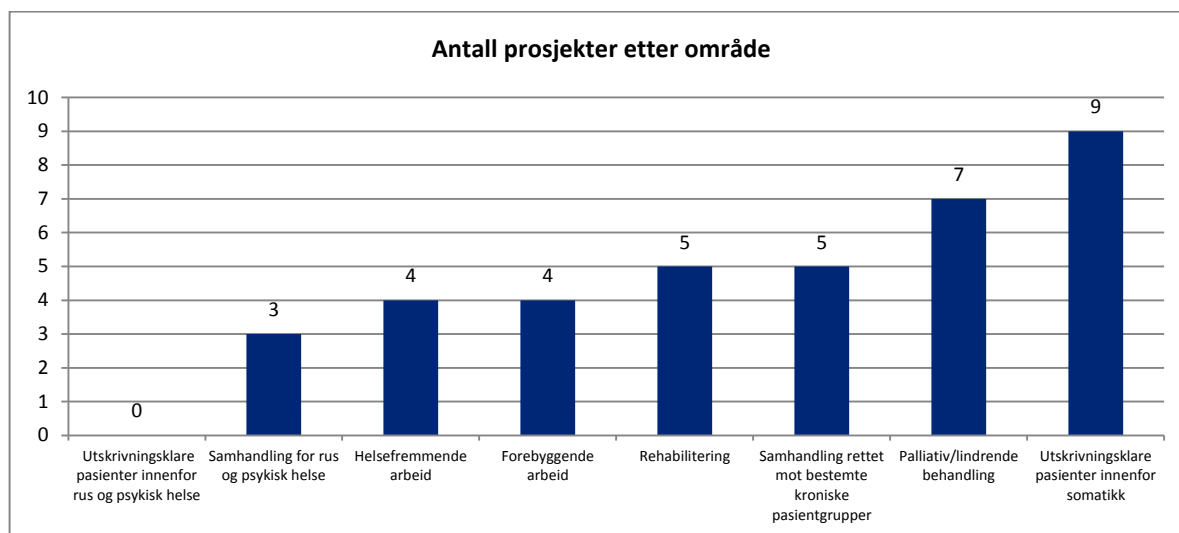
KS gjennomførte fra mai til september 2011 en landsdekkende spørreundersøkelse med formål om å kartlegge kommunenes samhandlingsaktiviteter. Undersøkelsen skulle gi KS en oversikt over hvor mange samhandlingsprosjekter kommunene har igangsatt og på hvilke områder. 53 % av landets kommuner svarte på undersøkelsen og ved å inkludere samarbeidende kommuner er svarprosenten 75 %.

11 av 22 kommuner i Akershus fylke svarte på undersøkelsen (50 %). Sett sammen med samarbeidende kommuner i prosjektene (6) ligger svarprosenten på 77 %. Svarprosenten (uten samarbeidende kommuner) er høyere enn den generelle svarprosenten for hele Norge. Befolkningsgrunnlaget for kommunene som svarte direkte på undersøkelsen eller samarbeider med andre dekker 87 % av befolkningen i Akershus.

Alle kommuner som har svart har fremhevet ett eller flere samhandlingsprosjekter. En detaljert prosjektbeskrivelse finnes i prosjekt databasen som ble lagt ut på KS sin hjemmeside.

<http://www.ks.no/Portaler/Samhandlingsreformen/Gode-eksempler/Prosjektdatabase---samhandlingsprosjekter-i-kommunene/>

3.2 Igangsatte prosjekter fordelt etter prosjektets område



Figur 1: Igangsatte prosjekter i Akershus fylke etter område, KS spørreundersøkelse, Deloitte egen analyse, 2011

Kommunene som svarte på den landsdekkende undersøkelsen har totalt igangsatt 37 samhandlings-prosjekter.

Områder med flest antall igangsatte prosjekter er «utskrivningsklare pasienter innen somatikk».

Ingen av de igangsatte prosjektene i Akershus fylke er rettet mot utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse.

3.3 Befolkningsprognoser

Befolkningssammensetning og – utvikling i seg selv innebærer ikke en større eller mindre utfordring for kommunene. For en kommune kan det være like krevende å redusere det kommunale tilbudet for eldre, dersom denne befolkningsgruppen viser en større reduksjon i andel av befolkningen fra 2011 til 2030, som å etablere et kommunalt tilbud til eldre, fordi denne befolkningsgruppen viser en positiv endring fra 2011 til 2030.

En høy andel eldre i kommunens befolkningssammensetning er i seg selv ikke en utfordring, men sett i sammenheng med andre forhold i kommunen, som forbruk av helsetjenester, dekningsgrad på sykehjems plasser mm., kan dette innebære en større utfordring i framtiden.

3.3.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; befolkningsprognoser

I tabellen under vises en samlet framstilling av utfordringsbildet pr. kommune innenfor området «befolkningsprognoser» på kort sikt fram mot 2016 og mellomlang sikt fram mot 2030.

Tabellen under viser at ti kommuner (markert ved rød firkant) har en større utfordring enn andre kommuner i fylket når det gjelder befolkningsutviklingen blant den eldre delen av befolkningen. I seks kommuner kan utfordringen tolkes som moderat (markert ved gul trekant), og seks kommuner har en lavere utfordring (markert ved grønn ring), sammenlignet med resten av fylket.

Kommunenavn	Samlet vurdering	Kortsiktig endring av andel innbyggere frem mot 2016		Mellomlangsigte endring av andel innbyggere frem mot 2030	
		67 - 79 år	80 - 89 år	67 - 79 år	80 - 89 år
Asker	▲	●	▲	▲	●
Aurskog-Høland	●	▲	▲	●	●
Bærum	●	●	●	▲	●
Eidsvoll	▲	▲	▲	▲	▲
Enebakk	◆	◆	▲	▲	◆
Fet (Akershus)	◆	▲	◆	▲	▲
Frogn	◆	◆	◆	▲	◆
Gjerdrum	◆	●	◆	●	▲
Hurdal	◆	◆	●	◆	◆
Lørenskog	◆	▲	◆	▲	◆
Nannestad	▲	▲	▲	▲	▲
Nes (Akershus)	▲	▲	▲	◆	▲
Nesodden	◆	▲	◆	◆	▲
Nittedal	◆	▲	◆	▲	◆
Oppegård	◆	▲	◆	▲	▲
Rælingen	▲	▲	▲	▲	▲
Skedsmo	●	●	▲	●	●
Ski	◆	▲	◆	▲	▲
Sørum	●	●	▲	●	●
Ullensaker	●	●	▲	●	●
Vestby	▲	◆	▲	▲	◆
Ås	●	●	▲	●	●

Tabell 3: Samlet utfordringsbilde pr. kommune, befolkningsprognoser, Deloitte egen analyse

Første kolonne i tabellen over gir en enkel oppsummering av samlet utfordringsbilde når det gjelder befolkningsprognosene. Skår i samlet vurdering baserer seg på de underliggende utvalgte indikatorene innen området befolkning, hvor endring i andel innbyggere i aldersgruppen 80 - 89 år er vektet høyere enn endring i andel innbyggere i aldersgruppen 67 - 79 år.

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

- «Rød firkant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en større utfordring
- «Gul trekant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en moderat utfordring
- «Grønn ring»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en lavere utfordring

Vurderingene som her omtales er knyttet til samhandling og føringene i samhandlingsreformen. Enkelte av kommunene kan ha store økonomiske utfordringer knyttet til helse- og omsorgstjenestene og likevel ha en moderat eller lav utfordring i forhold til befolkningsutvikling isolert sett. Det kan blant annet henge sammen med hvordan kommunene drifter tjenestene til funksjonshemmede, psykisk helsearbeid mv.

Eksempel på hvordan tabellen kan tolkes i en videre diskusjon i kommunen:

Utfordringsbildet innen befolkningsutvikling bør sees i sammenheng med utfordringsbildet innenfor pleie og omsorg og spesialisthelse i kap.3.4 og 3.5. Dersom en kommune har rød skår i første kolonne (en sterkere vekst i andel eldre) og samtidig har lavere netto driftsutgifter til denne befolkningsgruppen, kan dette medføre en større utfordring for enkelte kommuner.

Som det er beskrevet innledningsvis i kapitlet er befolkningssammensetning og – endring i seg selv ikke en indikator på kommunens utfordring i forbindelse med samhandlingsreformen. Sett sammen med forbruk av helsetjenester og kommunens utgifter og ressursinnsats innen pleie og omsorg, kan likevel en høy andel av innbyggere 67 år og over i 2016 og/eller 2030 forsterke utfordringene kommunen har innen disse områdene.

3.3.2 Kortsiktig befolkningsutvikling fram mot 2016

Den kortsiktige betraktningen av befolkningsprognosen fram mot 2016 viser en reduksjon i alle kommuner i Akershus fylke for innbyggere mellom 0 - 66 år. Andelen av denne befolkningsgruppen reduseres i gjennomsnitt med to prosentpoeng fra 2011.

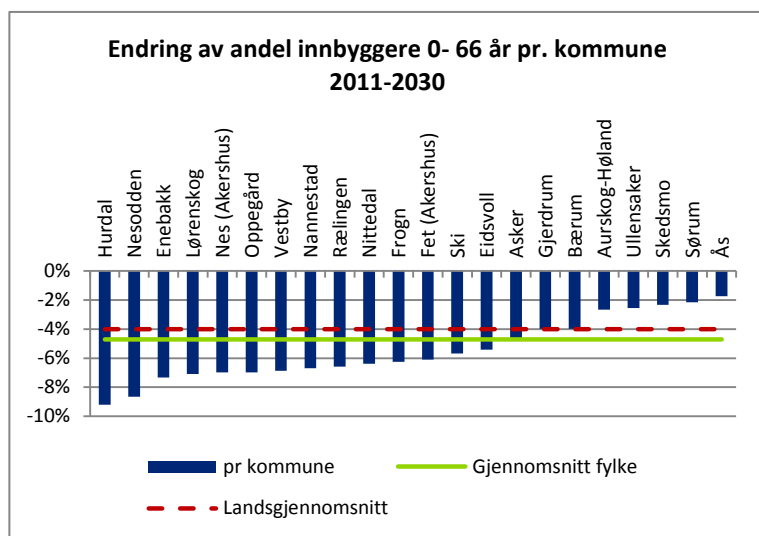
De tre kommunene med størst reduksjon for aldersgruppen 0-66 år er Vestby (-4,0 %), Enebakk (-3 %), og Frogn (-2,8 %).

Andelen innbyggere i aldersgruppen 67 - 79 år viser i den kortsiktige betraktningen fram mot 2016, en positiv vekst på to prosentpoeng for Akershus fylke. Vestby, Enebakk og Hurdal er de tre kommunene med størst vekst for denne aldersgruppen.

Andelen av befolkningen i aldersgruppen 80 år og eldre vil fram mot 2016 være tilnærmet uendret for Akershus fylke totalt sett.

3.3.3 Endring av andel innbyggere pr. aldersgruppe fram mot 2030

Endring av andel innbyggere 0 – 66 år i perioden 2011 – 2030



Andelen innbyggere mellom 0 - 66 år vil i alle kommuner i Akershus fylke være lavere i 2030 enn i 2011. Reduksjon i andel varierer fra -9 % i Hurdal kommune til -2 % i Ås kommune.

Totalt sett for Akershus fylke vil andelen innbyggere 0 - 66 år være 5 % lavere i 2030 enn i 2011.

Reduksjonen er 1 % større enn for Norge totalt sett.

Figur 2: Endring av andel innbyggere 0 - 66 år i befolkningen fra 2011 - 2030, SSB, 2011

gjennomsnittet for fylket.

Hurdal (-9 %), Nesodden (-9 %) og Enebakk (-7 %) er de tre kommunene med størst reduksjonen i andelen innbyggere 0 - 66 år i fylket.

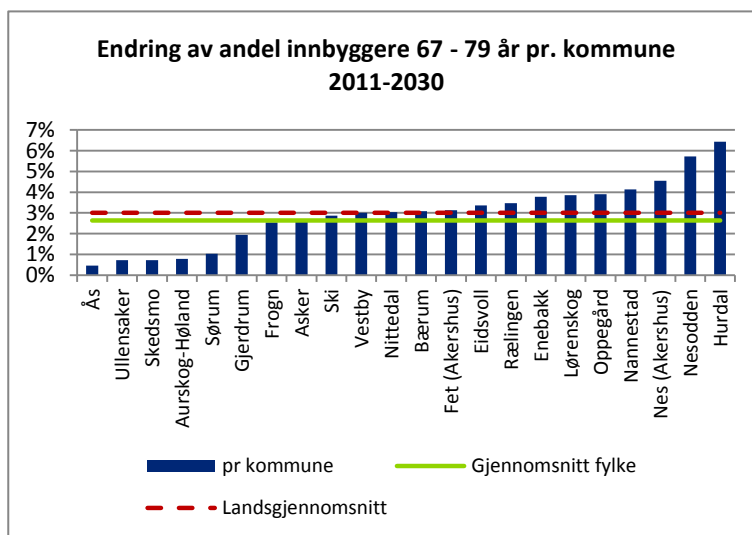
Syv kommuner i Akershus fylke har en lavere endring enn

Endring av andel innbyggere 67 – 79 år i perioden 2011 - 2030

Andelen innbyggere 67 - 79 år vil i alle kommuner i Akershus fylke være høyere i 2030 enn i 2011.

Veksten varierer fra 0,5 % i Ås kommune til 6 % i Hurdal kommune. Totalt sett for Akershus fylke vil andelen innbyggere 67 - 79 år være 2,6 % høyere i 2030 enn i 2011. Den prosentuelle veksten er tilnærmet lik veksten for hele Norge. Syv kommuner har en lavere vekst

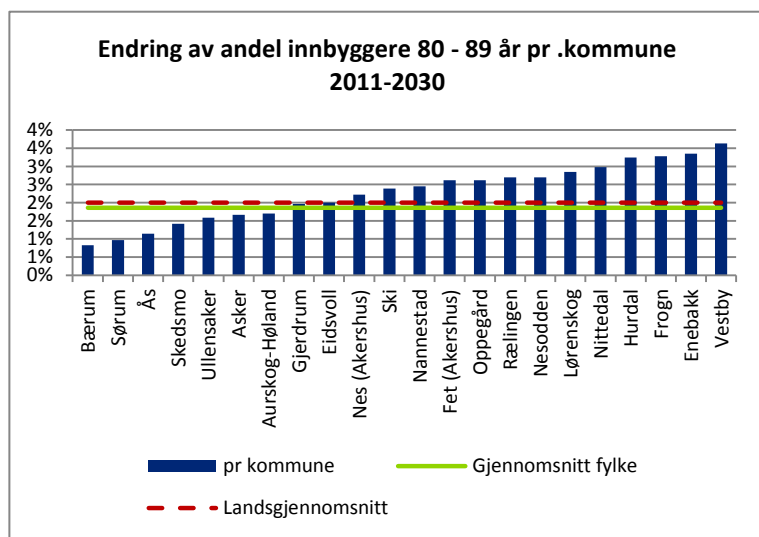
enn gjennomsnittet for fylket.



Figur 3: Endring av andel innbyggere 67 - 79 år, 2011 - 2030, SSB, 2011

Hurdal (6 %), Nesodden (6 %) og Nes (5 %) er de tre kommunene med størst veksten i andelen innbyggere 67 - 79 år i Akershus fylke. Hurdal og Nesodden kommune har også den største reduksjonen i befolkningsgruppen 0 - 66 år.

Endring av andel innbyggere 80 – 89 år i perioden 2011 - 2030



Figur 4: Endring av andel innbyggere 80 - 89 år av befolkning fra 2011 - 2030, SSB, 2011

andelen innbyggere 80 - 89 år.

Endring av andel innbyggere 90 år og eldre i perioden 2011 - 2030

Andelen innbyggere 90 år og eldre vil være tilnærmet uendret fram mot 2030. For Hurdal viser utviklingen av andel innbyggere 90 år og eldre en liten reduksjon (-0,5 %) fra 2011 til 2030.

Alle kommunene i Akershus fylke viser en positiv vekst i andelen innbyggere 80 - 89 år fra 2011 - 2030. Veksten varierer fra 1 % i Bærum kommune til 4 % i Vestby kommune.

I gjennomsnitt vil andelen innbyggere 80 - 89 år øke med 2 % i Akershus fylke. Dette tilsvarer prognosene på landsbasis. Ni kommuner har en lavere vekst i andelen innbyggere 80 - 89 år enn gjennomsnittet for

fylket. Vestby (3,6 %), Enebakk (3,4 %) og Frogn (3,2 %) er de tre kommunene med størst vekst i

3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - pleie og omsorg

Pleie- og omsorgstjenester er blant kommunenes mest ressurskrevende oppgaver, og tjenestene representerer i gjennomsnitt ca. en tredjedel av kommunebudsjettet. Pleie- og omsorgstjenester inkluderer pleie og annen praktisk bistand i hjemmet og på institusjon, aktivisering og dagtilbud til alle typer brukere (eldre, funksjonshemmede og personer med problemer innenfor psykisk helse/rus).

Målt som andel av kommunenes samlede brutto driftsutgifter er pleie og omsorg det største tjenesteområdet i kommunal sektor – mer enn hver fjerde krone som kommunene bruker, går til pleie- og omsorgstjenester.

En stor del av pleie- og omsorgstjenester er rettet mot eldre (67 år og over) og det er derfor viktig å se dagens situasjon i kommunen i sammenheng med befolkningsutvikling som er beskrevet i kapittel 3.3 «Befolkningsprognoser». Kommuner som i dag har en utfordring i sin tjenesteproduksjon og samtidig har en vekst i andelen eldre fra 2011 – 2030 vil mest sannsynligvis ha en enda større utfordring i 2030, dersom det ikke iverksettes noen tiltak rettet mot denne gruppen.

3.4.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; pleie og omsorg

Innenfor området pleie og omsorg har vi i samråd med KS valgt ut seks indikatorer for å forsøke å gi et best mulig bilde av utfordringene som kommunene bør diskutere betydningen av, og iverksette tiltak og prosjekter i forhold til, i tiden framover.

I tabellen vises utfordringsbilde pr. kommune innenfor område «pleie og omsorg» ved bruk av trafikklys. Fargekodene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

- «Rød firkant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en større utfordring
- «Gul trekant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en moderat utfordring
- «Grønn ring»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en lavere utfordring

16 kommuner (markert med rød firkant) har en større utfordring innen pleie og omsorg enn gjennomsnittet for fylke. I disse kommunene er korrigerede nettodriftsutgifter mer enn 67 % lavere enn gjennomsnittet for fylke. Samtidig har disse kommunene en større utfordring i underliggende indikatorene innen pleie og omsorg. Utfordringen innen pleie og omsorg kan i fire kommuner (markert med gul trekant) tolkes som moderat og i to kommuner (markert med grønn ring) kan den tolkes som lav.

Utfordringsbildet innen pleie- og omsorgstjenester må sees i sammenheng med befolkningsutviklingen for aldersgruppen 80 – 89 år, og forbruk av spesialisthelsetjenester for aldersgruppen 80 år og over.

Kommunenavn	Indikator pleie og omsorg					
	Nettoutgift plo pr innb 80 år korr. for brukere hjemmetj. < 67 år	Andel innb.80 år + som er beboere på inst.	Andel innb.80 år + i bolig med heldøgns bemanning	Mottakere av hjemmetj. pr. 1000 innb. 80 år +	Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem
Asker	♦	▲	♦	♦	♦	♦
Aurskog-Høland	♦	●	♦	▲	▲	▲
Bærum	♦	▲	▲	♦	♦	●
Eidsvoll	▲	▲	▲	▲	♦	♦
Enebakk	♦	▲	♦	▲	●	♦
Fet (Akershus)	▲	♦	♦	●	▲	♦
Frogn	♦	▲	♦	●	▲	▲
Gjerdrum	♦	▲	♦	♦	♦	▲
Hurdal	♦	♦	●	♦	●	▲
Lørenskog	♦	▲	♦	▲	▲	▲
Nannestad	♦	▲	♦	●	♦	●
Nes (Akershus)	♦	♦	♦	▲	♦	▲
Nesodden	♦	▲	♦	▲	♦	♦
Nittedal	●	●	▲	♦	♦	♦
Oppegård	♦	♦	♦	♦	♦	▲
Rælingen	●	▲	♦	♦	▲	▲
Skedsmo	♦	▲	♦	▲	♦	♦
Ski	♦	▲	♦	♦	♦	▲
Sørum	♦	●	♦	♦	♦	♦
Ullensaker	▲	▲	♦	♦	♦	▲
Vestby	♦	●	♦	♦	♦	▲
Ås	▲	▲	♦	♦	♦	♦

Tabell 4: Samlet utfordringsbilde pr. kommune innen pleie og omsorg, Deloitte egen analyse

Hovedindikatoren og den viktigste enkeltfaktoren kommunene eventuelt bør analysere videre innenfor pleie og omsorg er «Netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over, korrigert for brukere av hjemmetjenester under 67 år». Årsaken til dette er at denne indikatoren viser faktisk utgiftsnivå for den eldre befolkningen i kommunen.

De andre indikatorene under dette analyseområdet er:

- Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon
- Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning
- Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 år og over
- Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem
- Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem

Eksempel på hvordan tabellen kan tolkes i en videre diskusjon i kommunen:

Andelen innbyggere som er beboer på institusjon/omsorgsbolig med heldøgn bemanning kan ikke vurderes isolert, og må sees i sammenheng med andelen som har hjemmetjeneste. Rød farge for andelen som bor i institusjon kan dermed kompenseres gjennom høy andel som har hjemmetjeneste.

En kommune som har lavere nettoutgift pr. innbygger 80 år + korrigerte for bruker av hjemmetjenesten under 67 år, vil normalt ha lav andel innbygger som har tjeneste og/eller lav utgift pr. bruker av hjemmetjenesten/pr. plass i institusjon. Det vises til vedlegget til Nøkkeltallsrapport for pleie- og omsorg for 2011 som ligger på KS sine nettsider. Her er disse indikatorene vist for alle kommuner.

Momenter til videre diskusjon:

- Har kommunen tilstrekkelig med nettodriftsutgifter til eldredelen av pleie og omsorg
- Dekker andelen som bo i institusjon eller bolig med heldøgnbemanning omsorg behovet?
- Er det tilstrekkelig med timevedtak i hjemmetjenesten til eldre over 80 år som ikke bor i institusjon/bolig?
- Er det tilstrekkelig med lege- og fysioterapitimer i institusjon?

3.4.2 Korrigerte netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og eldre

Indikatoren viser nettoutgiftene til andelen eldre i pleie- og omsorgstjenester pr. innbygger 80 år og eldre. Utgifter til hjemmetjenester til brukere under 67 år er trukket fra de samlede nettoutgiftene til pleie og omsorg. Indikatoren gir derfor et mer fullstendig bilde av det samlede ressursgrunnlaget til eldreomsorg i hver kommune. Utgifter til brukere av hjemmetjenester under 67 år er i stor grad knyttet til tiltak for funksjonshemmede.

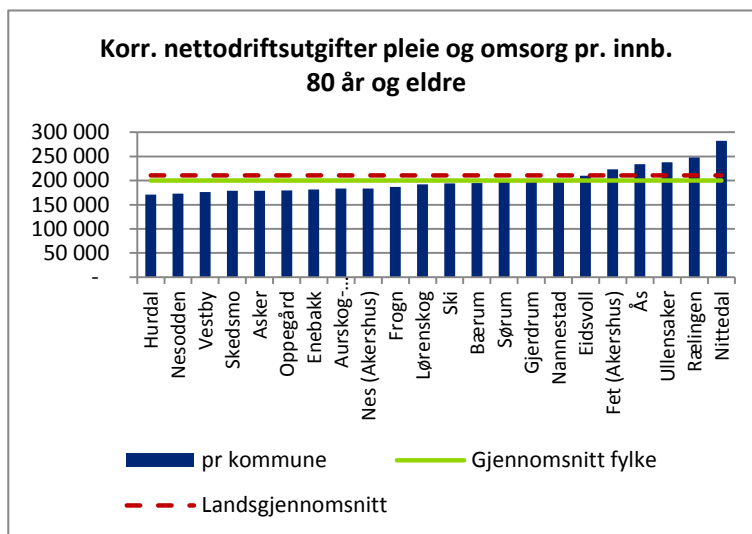
Landsgjennomsnittet er gjennomsnittet for de 412 kommunene som har fullt datasett/tall og tatt med i tabellen. Gjennomsnittsutgiften til pleie- og omsorgstjenester i Telemark er 201 000 kr. Dette er nesten 10 000 kroner mindre enn landsgjennomsnittet.

Gjennomsnittlige korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år og eldre er 200 000 kroner i Akershus fylke. Dette er 10 741 kroner lavere enn landsgjennomsnittet.

15 kommuner i Akershus har lavere korrigerte netto driftsutgifter enn gjennomsnittet i fylket.

Nittedal (283 `NOK), Rælingen (248 `NOK) og Ullensaker (238

`NOK) er de tre kommunene med høyest korrigerte netto driftsutgiftene pr. innbygger 80 år og eldre.



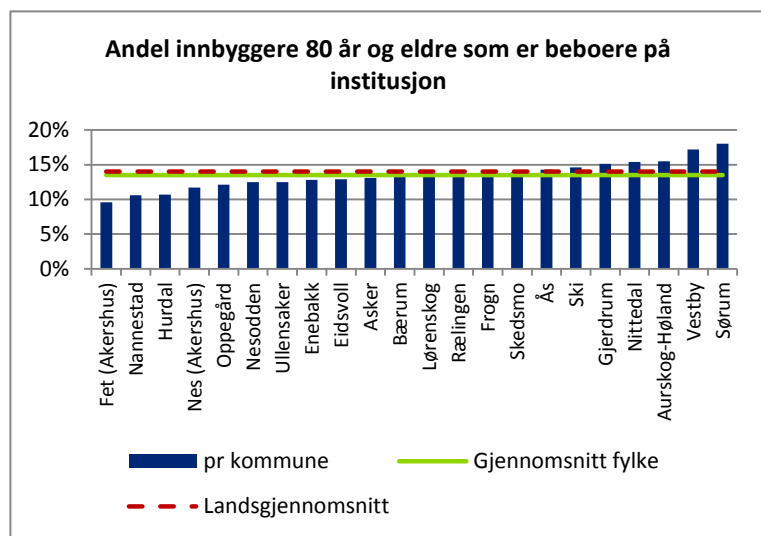
Figur 5: Korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år og eldre, KS egen beregning, 2010

3.4.3 Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere på institusjon

Indikatoren viser dekningsgraden i institusjoner for personer 80 år og eldre i prosent av tilsvarende aldersgruppe i befolkningen. Det tas ikke hensyn til om beboeren er innbygger i kommunen eller ikke. Dekningsgraden vil dermed kunne vise et for høyt tall i kommuner som selger institusjonsplasser til andre kommuner.

Indikatoren beregnes på følgende måte:

$$\frac{\text{Antall beboere 80 år + i institusjon}}{\text{Antall beboere i institusjon}} = \text{Andel innbyggere 80 år + som er beboere i institusjon}$$



Alle kommuner i Akershus fylke har innrapportert tall til SSB. Fylket har en dekningsgrad på 14 % for innbyggere 80 år og eldre som er beboere på institusjon. Andelen tilsvarer gjennomsnittet for hele landet.

Ti kommuner har en høyere dekningsgrad enn gjennomsnittet for hele fylket.

Sørums kommune har den høyeste dekningsgraden (18 %), mens Fet kommune har den laveste (10 %).

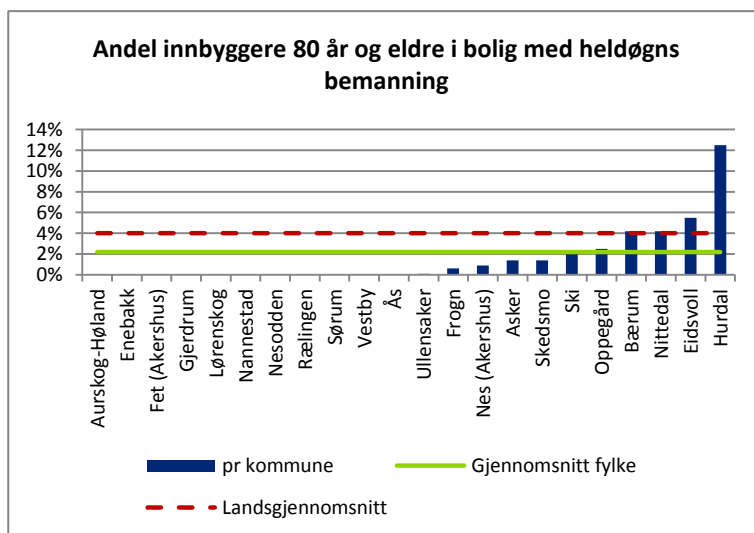
Figur 6: Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere på institusjon, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Andel innbyggere 80 år og eldre i bolig med heldøgns bemanning

Indikatoren viser andel beboere 80 år og eldre i bolig m/ heldøgns bemanning blant innbyggergruppen 80 år og eldre. Indikatoren må ses i sammenheng med dekningsgraden for sykehjem. Heldøgns bemanning innebærer at det er minst én ansatt tilstede i bygningen/bofellesskapet hele døgnet.

Alle kommunene i Akershus har innrapportert tall til SSB. Andelen innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre som er beboere i bolig med heldøgns bemanning er 2 %. Dette er to prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet.

16 kommuner har en lavere andel enn gjennomsnittet for Akershus fylke.



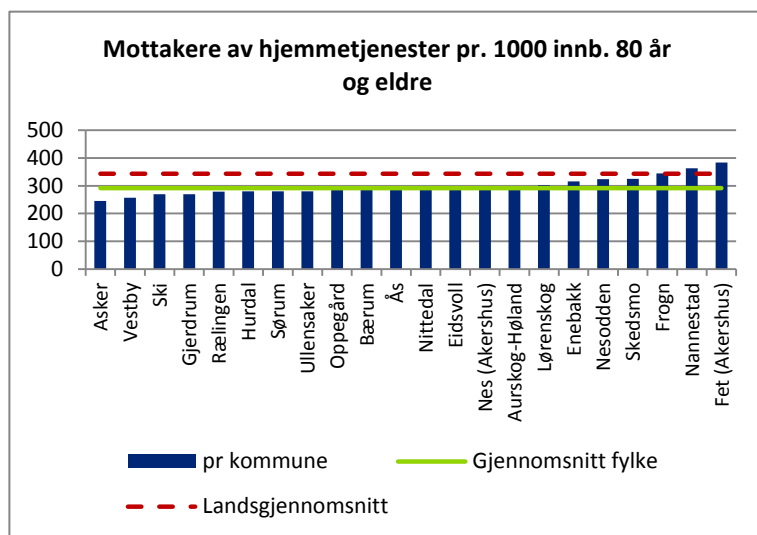
Figur 1: Andel av innbyggere 80 år og eldre i bolig med heldøgns bemanning, 2010, SSB/KOSTRA (nivå2)

De tre kommunene med høyeste andel er Hurum (13 %), Eidsvoll (6 %) og Nittedal (14 %). I tolv av kommunene bor ingen innbyggere 80 år og eldre i bolig med heldøgns bemanning. Av de kommunene som har innbyggere 80 år og eldre i bolig med heldøgns bemanning har Frogn (0,6 %) og Nes (0,9 %) de laveste andelene.

3.4.4 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 år og eldre

Indikatoren viser mottakere av hjemmetjenester i hjemmet 80 år og eldre registrert pr. 31.12.10. Med hjemmetjenester i hjemmet menes praktisk bistand:

- daglige gjøremål, Praktisk bistand - opplæring: daglige gjøremål,
- Praktisk bistand: brukerstyrt personlig assistent,
- Avlastning - utenfor institusjon,
- Omsorgslønn,
- Pleie og omsorg utenfor institusjon (hjemmesykepleie) i henhold til IPLOS registeret.



Figur 2: Antall mottakere av hjemmetjenester pr 1 000 innbyggere 80 år og eldre, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Alle kommuner i Akershus har innrapportert tall til SSB.

I gjennomsnitt mottar 291 innbyggere hjemmetjenester i Akershus. Dette er 52 mottakere lavere enn landsgjennomsnittet (343).

I 12 kommuner mottar færre innbyggere 80 år + hjemmetjenester enn gjennomsnittet for fylket.

De tre kommunene i Akershus med høyest antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og eldre er Fet (384), Nannestad (363) og Frogn (345).

Asker (245), Vestby (257) og Gjerdrum (270) er de tre kommunene med lavest antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og eldre.

3.4.5 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem

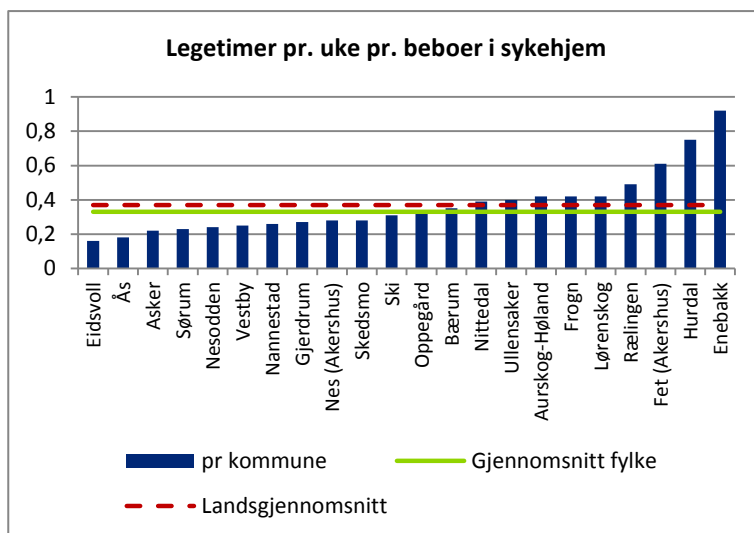
Indikatoren viser gjennomsnittlig antall legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem (evt. sykehjem kombinert med aldershjem eller statlig virksomhet) og boform med heldøgns omsorg og pleie. Verdien angis i timer med to desimaler, dvs. 0,25 timer tilsvarer 15 minutter pr. beboer

Alle kommunene har innrapportert tall til SSB og i gjennomsnitt får hver beboer i sykehjem 0,33 legetimer pr. uke i Akershus fylke.

Gjennomsnittet ligger 0,04 timer lavere enn landsgjennomsnittet.

I tolv kommuner får beboere i sykehjem færre legetimer pr. uke enn gjennomsnittet for fylket.

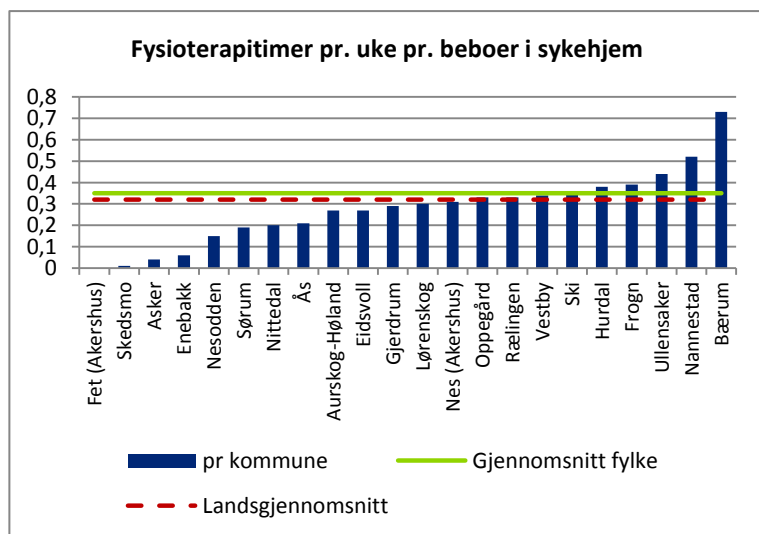
I Enebakk (0,92) og Hurdal (0,75) får beboere i sykehjem flest antall legetimer pr. uke, mens de i Eidsvoll kommune (0,16) får færrest.



Figur 3: Antall legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

3.4.6 Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem

Indikatoren viser gjennomsnittlig antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.



Figur 4: Antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Alle kommunene i Akershus fylke har innrapportert tall til SSB og i gjennomsnitt får hver beboer i sykehjem 0,35 fysioterapitimer pr. uke. Dette er 0,02 timer høyere enn landsgjennomsnittet.

16 kommuner har et lavere antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem enn gjennomsnittet for Akershus fylke.

Bærum (0,73), Nannestad (0,52) og Ullensaker (0,44) er de tre kommunene i Akershus som har det høyeste antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem.

3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester

I forbindelse med samhandlingsreformen er intensjonene at kommunene skal opprette kommunale tilbud

- Før
 - Istedenfor
 - Etter
- } sykehusopphold

Indikatorerne i dette kapittelet er valgt ut for å gi et bilde av utfordringene kommunene står overfor i forhold til det forbruket av sykehustjenester pr 2010. I forbindelse med samhandlingsreformen, ligger det spesielt incentiver knyttet til «utskrivningsklare pasienter», behandling av medisinske pasienter ved somatiske sykehus, samt øyeblikkelig hjelp innleggelser.

3.5.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; spesialisthelsetjenesten

I tabellen under vises utfordringsbildet pr. kommune innenfor område «spesialisthelsetjenesten» ved bruk av trafikklys.

I kolonnen «samlet vurdering» er det foretatt en vurdering av de underliggende indikatorne som er valgt ut som relevante for spesialisthelsetjenesten. Indikatorne «forbruksraten» og «andel eldre» vektet høyere enn de andre indikatorne i den samlede vurderingen.

Ut i fra denne vurderingen har tre kommuner (markert ved rød firkant) en større utfordring når det gjelder forbruk av spesialisthelsetjenester enn gjennomsnittet for fylket. Utfordringen innen forbruk av somatiske sykehustjenester kan i ni kommuner tolkes som moderat (markert ved gul trekant) og i ti kommuner kan den tolkes som lav (markert ved grønn ring).

Kommunenavn	Samlet vurdering	Forbruksrate	Andel eldre	Reinnleggelse med opphold	Antall utskrivinger komm. inst.
Asker	▲	●	▲	●	▲
Aurskog-Høland	▲	◆	▲	▲	▲
Bærum	▲	●	▲	▲	▲
Eidsvoll	◆	◆	▲	◆	▲
Enebakk	●	▲	●	▲	◆
Fet (Akershus)	▲	▲	◆	▲	▲
Frogn	●	▲	●	▲	●
Gjerdrum	●	●	●	●	▲
Hurdal	◆	◆	▲	◆	●
Lørenskog	▲	▲	●	▲	▲
Nannestad	▲	▲	▲	▲	◆
Nes (Akershus)	●	●	●	●	●
Nesodden	●	▲	●	●	●
Nittedal	●	●	●	●	▲
Oppegård	▲	▲	▲	▲	●
Rælingen	●	●	●	●	▲
Skedsmo	▲	▲	●	▲	▲
Ski	◆	◆	▲	▲	●
Sørums	●	●	●	●	▲
Ullensaker	●	▲	●	●	▲
Vestby	●	●	●	●	●
Ås	▲	●	▲	▲	●

Tabell 5: Samlet utfordringsbilde pr. kommune, spesialisthelsetjenesten, Deloitte egen analyse

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

- «Rød firkant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en større utfordring
- «Gul trekant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en moderat utfordring
- «Grønn ring»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en lavere utfordring

Indikatorene under analyseområdet spesialisthelsetjenester er:

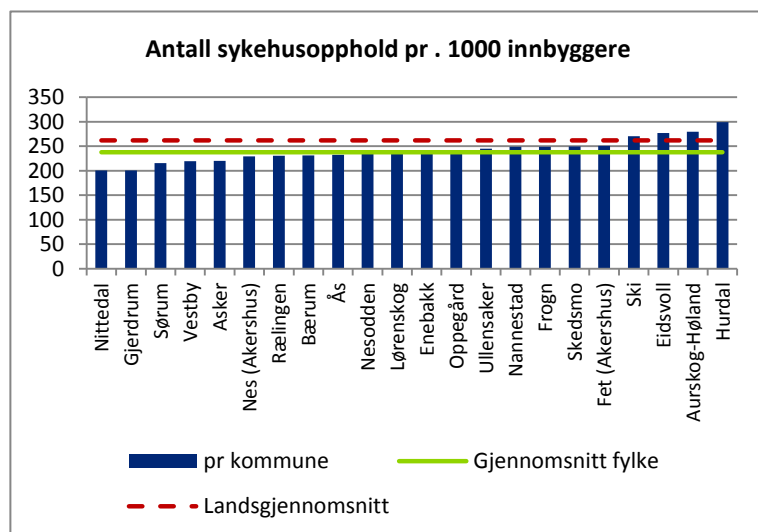
- Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere
- Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og over
- Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere
- Andel av liggedager for innbyggere 80 år og over
- Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere
- Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere
- Antall utskrivninger til kommunal institusjon pr. 1000 innbyggere
- Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og over
- Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe»

Momenter til videre diskusjon:

- Har kommunen en høyere forbruksrate av spesialisthelsetjenester enn sammenlignbare kommuner?
- Dersom en kommunes eldre befolkning utgjør en stor andel opphold i spesialisthelsetjenesten, hvordan er utviklingen frem mot 2030 for denne befolkningsgruppen?
- Har kommunes befolkning en høyere reinnleggesfrekvens etter medisinsk sykehusopphold opphold? Er det tilstrekkelig med kommunalt tilbud?
- Er det tilstrekkelig kommunalt tilbud dersom antall utskrivninger til kommunal institusjon er høyere i en kommune?

3.5.2 Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere

Indikatoren viser forbruk av spesialisthelsetjenester målt i antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere.



Forbruksraten for spesialisthelsetjenesten målt i antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere for Akershus fylke er 238 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere. Forbruksraten ligger 24 opphold lavere enn landsgjennomsnittet.

Forbruksraten varierer fra 200 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere i Nittedal kommune til

Figur 11: Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

299 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere i Hurdal kommune.

Hurdal (299), Aurskog-Høland (280) og Eidsvoll (277) er de tre kommunene med høyest forbruksrate. Nittedal (200), Gjerdrum (201) og Sørum (215) er de tre kommunene med lavest forbruksrate i fylket.

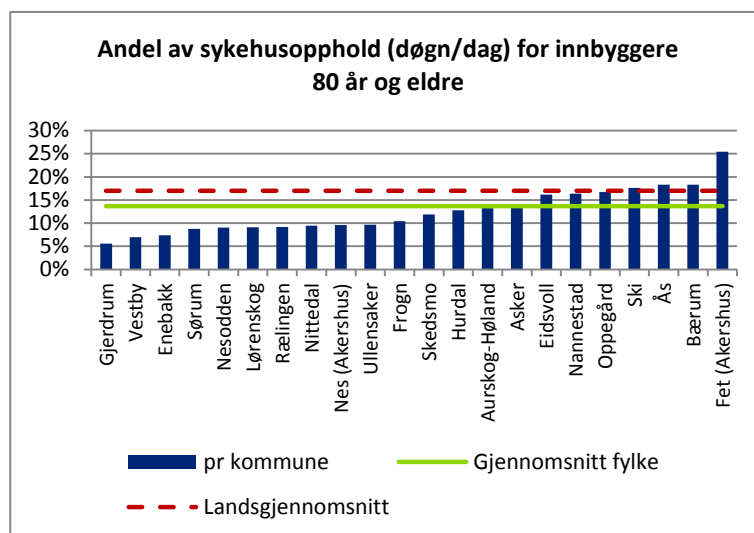
3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og eldre

Indikatoren viser andelen av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og eldre. Indikator må sees i sammenheng med befolkningsutviklingen for denne aldersgruppen.

I Akershus fylke står innbyggere 80 år og eldre i gjennomsnitt for 14 % av sykehusoppholdene. Andelen er tre prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 6 % i Gjerdrum kommune til 25 % i Fet kommune.

Fet (25 %), Bærum (18 %) og Ås (18 %) er de tre kommunene med høyest andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år og eldre.

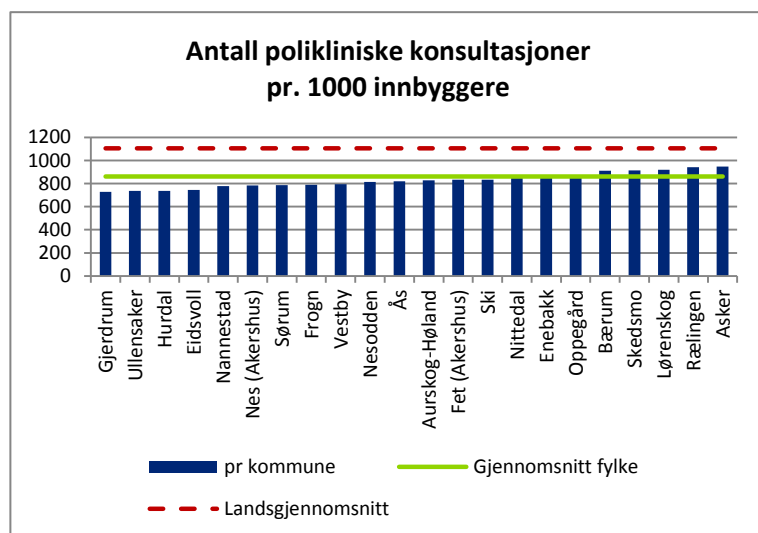


Figur 12: Andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år og eldre, 2010, Norsk pasientregister

Gjerdrum (6 %), Vestby (7 %) og Enebakk (7 %) er de tre kommunene med lavest andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år og eldre.

3.5.4 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere

Indikatoren viser forbruksraten av spesialisthelsetjenester målt i antall polikliniske kontroller pr. 1000 innbyggere. En poliklinisk kontroll er definert som poliklinisk konsultasjon med kontakttype 3 i pasientadministrativt system. I følge NPR vurderes datakvaliteten som usikker. Bakgrunnen for dette er at det observeres relativt store variasjoner i andelen kontroller mellom sykehus/helseforetak, også for definerte pasientgrupper.



Forbruksraten av spesialisthelsetjenesten målt i antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere for Akershus fylke er 861 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere.

Forbruksraten ligger 243 konsultasjoner lavere enn landsgjennomsnittet.

Figur 13: Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

Raten varierer fra 726 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere i Gjerdrum kommune til 945 i Asker kommune.

Asker (945), Rælingen (942) og Lørenskog (920) er de tre kommunene med høyest forbruksrate. Gjerdrum (729), Ullensaker (736) og Hurdal (737) er de tre kommunene med lavest forbruksrate i Akershus fylke.

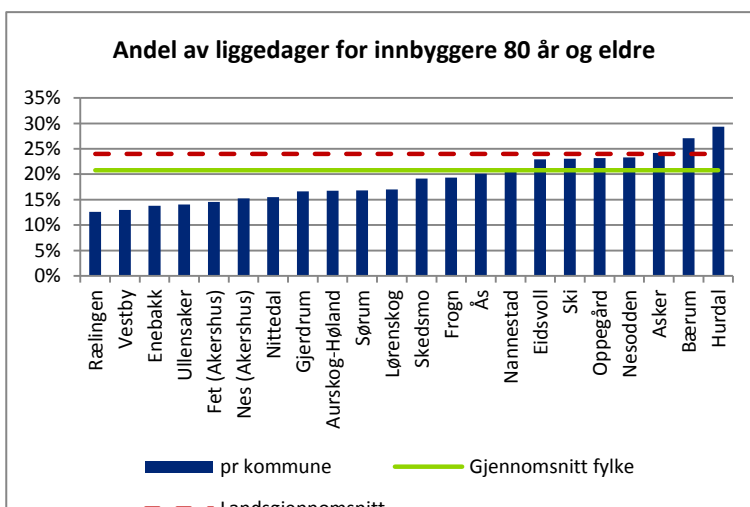
3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre

Indikatoren viser andel av liggedager for innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre. Indikatoren må sees i sammenheng med befolkningsutviklingen, andel sykehusopphold (døgn/dag), antall utskrivningsklare liggedager og tjenestemottakere for denne aldersgruppen.

I Akershus fylke står innbyggere 80 år og eldre i gjennomsnitt for 21 % av totalt antall liggedager. Andelen er tre prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 13 % i Rælingen kommune til 29 % i Hurdal kommune.

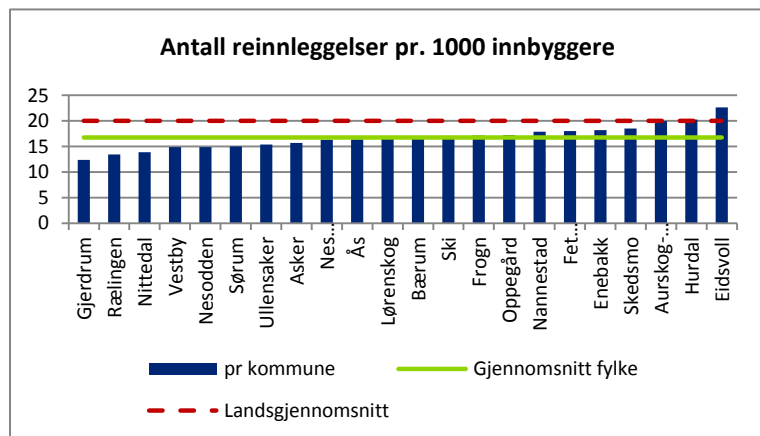
Hurdal (29 %), Bærum (27 %) og Asker (24 %) er de tre kommunene med høyest andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre. Rælingen (13 %), Vestby (13 %) og Enebakk (14 %) er de tre kommunene i Akershus fylke med lavest andel av liggedager for innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre.



Figur 5: Andel av liggedager for innbyggere 80 år+, 2010, Norsk pasientregister

3.5.6 Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere

Det vises antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere etter foregående sykehusopphold. Dette kan enten være en medisinsk eller en kirurgisk behandling. En reinnleggelse er definert som øyeblikkelig hjelp innleggelser innen 30 dager etter foregående innleggelse for pasienten. Indikatoren viser antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.



Reinnleggelsesfrekvensen for Akershus fylke er 17 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Dette er tre reinnleggelser lavere enn landsgjennomsnittet.

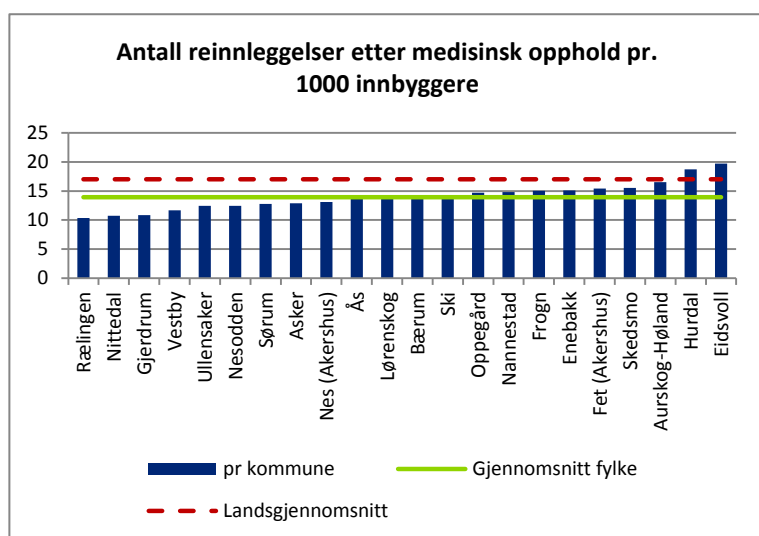
Figur 6: Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

Frekvensen varierer fra tolv reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Gjerdrum kommune til 23 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Eidsvoll kommune.

Eidsvoll (23), Hurdal (20) og Aurskog-Høland (20) er de tre kommunene med høyest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Gjerdrum (12), Rælingen (13) og Nittedal (14) er de tre kommunene med færrest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Akershus fylke.

3.5.7 Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere

Indikatoren viser antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1 000 innbyggere. Medisinsk opphold er definert som et opphold med en medisinsk DRG. Et stort antall av sammensatte lidelser og kroniske sykdommer har en medisinsk DRG og samhandlingsreformen skal det legges vekt på et godt behandlingsforløp for denne pasientgruppen.



Figur 7: Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

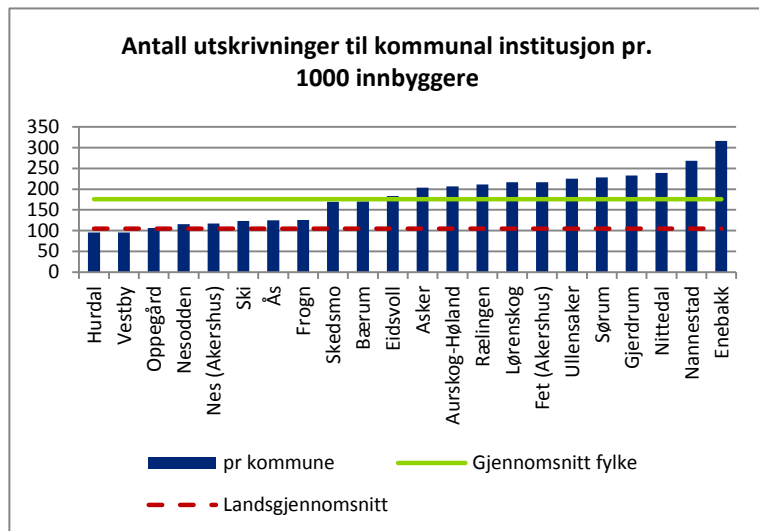
Reinnleggesfrekvensen etter medisinsk opphold for Akershus fylke er 14 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Dette er tre innleggelser lavere enn landsgjennomsnitt.

Frekvensen varierer fra ti reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Rælingen kommune til 20 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Eidsvoll kommune.

Eidsvoll (20), Hurdal (19) og Aurskog-Høland (17) er de tre kommunene med høyest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Rælingen (10), Nittedal (11) og Gjerdrum (11) er de tre kommunene med færrest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Akershus fylke.

3.5.8 Antall utskrivinger til kommunal institusjon pr. 1000 innbyggere

Indikatoren gir en indikasjon på hvor mange pasienter som har behov for kommunale tjenester i etterkant av sykehusopphold. Indikatoren må sees i sammenheng med dekningsgraden på sykehjem og dekningsgraden for hjemmetjeneste.



Figur 8: Antall utskrivinger pr. 1000 innbyggere til kommunal institusjon, 2010, Norsk pasientregister

Utskrivningsfrekvensen til kommunal institusjon for Akershus fylke er 175 utskrivinger pr. 1000 innbyggere. Frekvensen er 70 utskrivinger høyere enn landsgjennomsnittet.

Den varierer fra 95 utskrivinger pr. 1000 innbyggere i Hurdal kommune til 316 pr. 1000 innbyggere i Enebakk kommune.

Enebakk (316), Nannestad (268) og Nittedal (239) er de tre kommunene med flest antall utskrivinger pr. 1000 innbyggere

til kommunal institusjon.

Hurdal (95), Vestby (95) og Oppegård (106) er de tre kommunene i med færrest antall utskrivinger pr. 1000 innbyggere til kommunal institusjon.

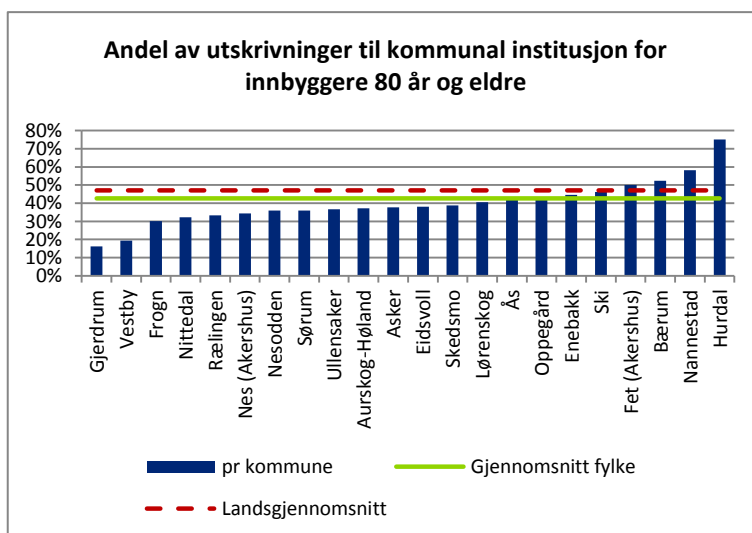
3.5.9 Andel av utskrivinger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og eldre

Innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre har ofte et større behov for pleie- og omsorgstjenester fra kommunen enn yngre aldersgrupper. Indikatoren gir en indikasjon på hvor mange av utskrivingene til kommunal institusjon som er relatert til denne befolkningsgruppen. Indikatoren må sees i sammenheng med dekningsgraden for denne befolkningsgruppen på sykehjem/hjemmetjenester og befolkningsutviklingen for aldersgruppen fram mot 2030.

I Akershus fylke står befolkning 80 år og eldre for 43 % av utskrivinger til kommunal institusjon.

Dette er fire prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnitt.

Andelen varierer fra 16 % i Gjerdrum kommune til 75 % i Hurdal kommune.



Figur 9: Andel av utskrivinger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og eldre, 2010, Norsk pasientregister

Hurdal (75 %), Nannestad (58 %) og Bærum (52 %) er de tre kommunene med høyest andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og eldre

Gjerdrum (16 %), Vestby (19 %) og Frogn (30 %) er de tre kommunene i Akershus fylke med lavest andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og eldre.

3.5.10 Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe»

I tabellen under vises det antall pasienter pr. 1 000 innbyggere som fikk behandling i de ti predefinerte hoveddiagnosegruppene som KS og Helsedirektoratet har valgt ut som mest relevante for kommunene i et samhandlingsperspektiv. Hver hovedgruppe inkluderer flere diagnosekoder fra ICD-10 kodeverket. Denne indikatoren gir en indikasjon på kommunens epidemiologi.

Kommune	Antall pasienter pr 1000 innbyggere pr hoveddiagnosegruppe									
	KOLS	Mangelanemier	Bruddskader	Tarminfeksjoner	Urinveisinfeksjon	Lungebetennelse	Forstoppelse	Diabetes	Parkinsons/ Alzheimers sykdom	Brystmerter
Asker	1,7	0,6	18,7	2,7	0,8	0,7	1,3	3,2	1,0	2,0
Aurskog-Høland	3,9	0,6	19,5	4,1	0,8	1,2	1,5	2,1	1,4	4,0
Bærum	1,7	0,7	19,9	2,5	0,7	0,9	1,3	3,3	1,1	2,8
Eidsvoll	3,3	0,7	17,4	4,3	0,7	1,0	1,1	2,7	1,1	4,3
Enebakk	4,2	0,7	22,2	3,2	0,4	0,9	1,3	2,8	1,2	4,3
Fet (Akershus)	2,9	0,5	19,5	3,6	0,8	0,4	1,3	2,6	0,6	3,8
Frogn	3,0	0,7	20,1	3,6	0,5	1,0	1,0	3,0	1,7	3,1
Gjerdrum	2,2	0,7	17,5	2,8	0,5	0,3	1,3	1,5	1,0	2,0
Hurdal	3,4	0,4	14,9	4,2	0,4	0,4	0,8	1,5	1,5	3,4
Lørenskog	2,9	0,5	21,2	3,3	0,5	0,6	1,2	3,5	0,9	2,3
Nannestad	2,6	0,7	19,6	3,5	0,5	0,4	0,9	2,8	0,6	4,0
Nes (Akershus)	2,4	0,5	21,9	4,6	0,7	0,4	1,0	3,3	0,9	2,6
Nesodden	1,7	0,5	16,4	3,2	0,7	0,4	1,3	2,6	1,2	2,9
Nittedal	1,7	0,4	19,6	3,3	0,6	0,4	1,1	2,5	0,9	2,4
Oppegård	3,2	0,4	22,0	3,2	0,4	0,6	1,4	3,0	1,6	2,5
Rælingen	1,8	0,4	19,7	3,5	0,8	1,0	1,2	2,8	0,9	2,1
Skedsmo	2,4	0,6	22,3	3,6	0,8	0,9	1,2	2,6	1,2	2,7
Ski	2,3	0,6	19,4	2,8	0,4	0,9	1,3	3,0	1,4	2,3
Sorrum	2,2	0,6	18,7	3,5	0,6	0,6	1,1	2,3	1,0	2,7
Ullensaker	2,3	0,5	17,4	3,4	0,5	0,9	1,2	1,6	0,9	2,9
Vestby	2,1	0,3	18,8	3,6	0,6	0,7	1,0	2,1	0,9	3,2
Ås	2,3	0,2	18,9	3,2	0,5	0,8	1,0	3,3	1,6	3,3
Gjennomsnitt fylke	2,3	0,6	19,7	3,2	0,6	0,8	1,2	2,9	1,1	2,8
Landsgjennomsnitt	3,8	0,9	24,1	4,9	1,0	1,1	2,0	5,5	1,7	3,6

Figur 10: Antall pasienter pr. 1000 innbyggere pr hoveddiagnosegruppe, 2010, Norsk pasientregister

Fordeling av antall pasienter pr. 1000 innbyggere innen de ti predefinerte hoveddiagnosegruppene viser en høy grad av variasjon mellom kommunene i Akershus fylke. Tabellen viser de tre kommunene med høyest antall pasienter pr. 1000 innbyggere (markert med rødt) og de tre kommunene med færrest antall pasienter pr. 1000 innbyggere (markert med grønt) i hver hoveddiagnosegruppe.

3.6 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - kommunehelse

Kommunen har et lovkrav om å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, også personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

I dette kapittelet har vi valgt å fokusere på indikatorer som påvirkes av innføringen av Samhandlingsreformen, og se på status innen disse indikatorene. Kommuner som i dag har en utfordring i sin tjenesteproduksjon og samtidig har en vekst i andel eldre fra 2011 – 2030 vil mest sannsynligvis ha en enda større utfordring i 2030, dersom det ikke iverksettes noen tiltak.

3.6.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; kommunehelse

I tabellen under vises utfordringsbilde pr. kommune innenfor området «kommunehelse» ved bruk av trafikklys. Kommunehelsetjenester omfatter i denne rapporten:

- Gjennomsnittlig listelengde
- Antall legeårsverk pr. 10000 innbyggere til «diagnose, behandling og rehabilitering» KOSTRA funksjon 241
- Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid pr. innbygger
- Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger

Kommunenavn	Indikator kommunehelse			
	Gjennomsnittlig listelengde	Årsverk av leger pr 10 000 innbyggere (Funksjon 241)	Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid helse pr innbygger	Netto driftsutg til diagnose behandling og rehabilitering pr innbygger
Asker	1354	◆	▲	▲
Aurskog-Høland	1189	▲	●	▲
Bærum	1311	▲	▲	▲
Eidsvoll	974	▲	●	◆
Enebakk	1085	◆	●	▲
Fet (Akershus)	1185	◆	▲	▲
Frogn	1369	▲	●	◆
Gjerdrum	1005	◆	▲	●
Hurdal	603	●	▲	◆
Lørenskog	1313	▲	▲	▲
Nannestad	1264	◆	●	◆
Nes (Akershus)	1376	◆	▲	●
Nesodden	1146	●	●	●
Nittedal	1392	▲	▲	●
Oppegård	1277	●	●	●
Rælingen	1374	◆	▲	●
Skedsmo	1501	●	●	▲
Ski	1362	●	●	▲
Sørum	1135	●	●	▲
Ullensaker	1181	●	◆	●
Vestby	1466	◆	●	●
Ås	1238	◆	●	●

Tabell 7: Samlet utfordringsbilde pr kommune; kommunehelse, Deloitte egen analyse

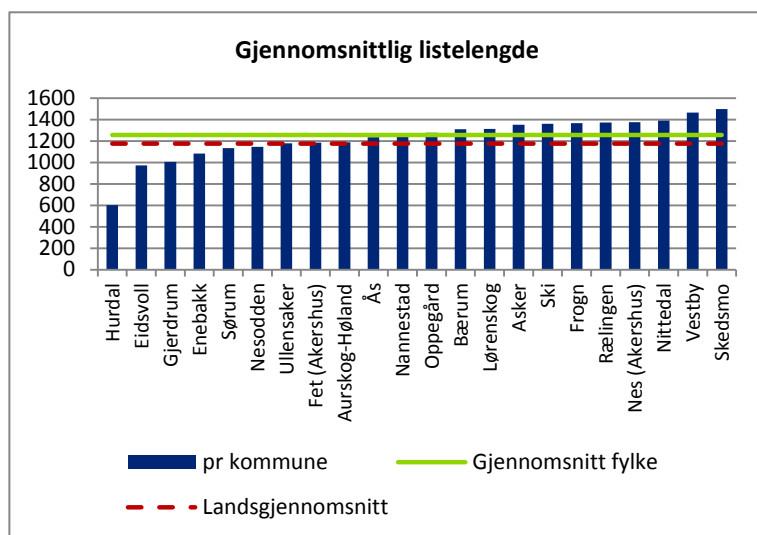
Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

- «Rød firkant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en større utfordring
- «Gul trekant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en moderat utfordring
- «Grønn ring»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en lavere utfordring

For indikatoren «gjennomsnittlig listelengde» er det ikke gjennomført en vurdering, fordi det ikke kan sees en direkte sammenheng mellom lengden på fastlegelisten og kommunens utfordring i forbindelse med samhandlingsreformen. Det ble ikke gjennomført en samlet vurdering av utfordringsbildet innenfor området «kommunehelse», fordi det ikke er mulig å vekte de ulike indikatorene opp mot hverandre. Vi har heller ikke inkludert dette området i oversikten over det samlede utfordringsbildet i kapittel 2, tabell 2, fordi det knyttes for mye usikkerhet til hvordan disse tallene skal tolkes i lys av samhandlingsreformen.

3.6.2 Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene

Indikatoren angir gjennomsnittlig antall pasienter på fastlegelistene i kommunen.



Alle kommunene i Akershus har innrapportert tall til SSB. Den gjennomsnittlige listelengden i Akershus fylke er 1258 pasienter. Dette er 80 personer mer enn gjennomsnittlig listelengde på landsbasis.

I ti kommuner er gjennomsnittlig listelengde kortere enn gjennomsnittet for fylket. Fastlegene i Skedsmo (1 501), Vestby (1 466) og Nittedal (1 392) har gjennomsnittlig den lengste listelengden.

Figur 19: Gjennomsnittlig listelengde, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Fastlegene i Hurdal (603), Eidsvoll (974) og Gjerdrum (1 005) har gjennomsnittlig den korteste listelengden.

3.6.3 Antall legeårsverk pr. 10 000 innbyggere (funksjon 241)

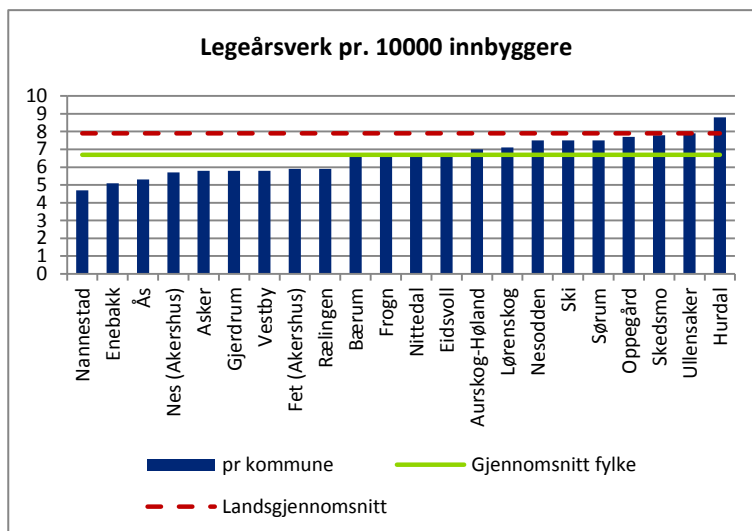
Indikatoren viser legedekning (både kommunalt og privatpraktiserende) til funksjon 241 i KOSTRA, "diagnose, behandling, rehabilitering", målt i beregnede årsverk pr. 10000 innbyggere. Årsverk beregnes på basis av avtalte timeverk i en representativ uke ved utgangen av året.

I Akershus fylke er det i gjennomsnitt 6,7 legeårsverk pr. 10 000 innbyggere. Legedekningen er 1,2 årsverk lavere enn landsgjennomsnittet.

Elleve kommuner har en lavere legedekning enn gjennomsnittet for Akershus fylke.

Hurdal (8,8), Ullensaker (7,9) og Skedsmo (7,8) er de tre kommunene med høyest legedekning i fylket.

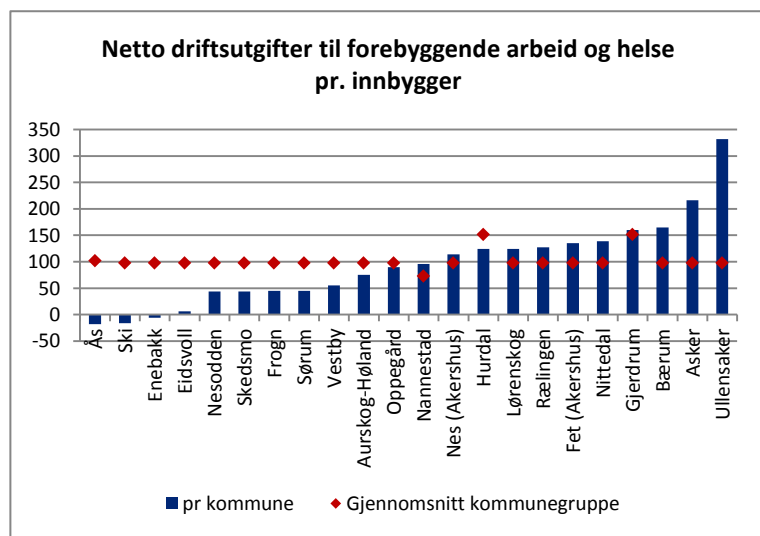
Nannestad (4,7), Enebakk (5,1) og Ås (5,3) er de tre kommunene med lavest legedekning i fylket.



Figur 20: Antall legeårsverk (funksjon 241) pr. 10 000 innbyggere, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

3.6.4 Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse, pr. innbygger

Indikatoren viser netto driftsutgifter til forebyggende arbeid (helse) i kroner pr. innbygger. Forebyggende arbeid er hovedsakelig miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste og annet forebyggende arbeid etter kommuneloven.



Figur 21: Netto driftsutgifter forebyggende arbeid (kommunehelse) pr innbygger, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

høyere netto driftsutgifter til forebyggende arbeid enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe.

Asker og Ullensaker er de kommunene med størst avvik mellom eget utgiftsnivå og gjennomsnittet for sin kommunegruppe.

Utgiftene pr. innbygger i Asker kommune er 3,4 ganger høyere enn gjennomsnittet for den kommunegruppen de tilhører i KOSTRA (kommunegruppe 13).

Det gjennomsnittlige utgiftsnivået til forebyggende arbeid pr. innbygger i Akershus fylke er 116 kroner pr. innbygger.

Dette er seks kroner høyere enn gjennomsnittlig nivå for hele Norge.

Tolv kommuner har et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittet for fylket. Ullensaker (kr. 332), Asker (kr. 216) og Bærum (kr. 165) er de tre kommunene i Akershus

med høyest netto driftsutgifter til forebyggende arbeid pr. innbygger. Ti kommuner har

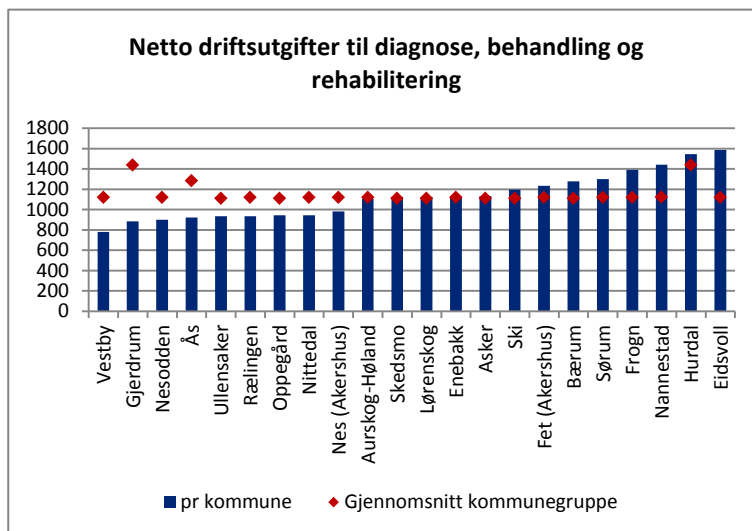
3.6.5 Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger

Indikatoren viser netto driftsutgifter til diagnose pr. innbygger. Utgifter til diagnose, behandling og rehabilitering er først og fremst utgifter til fastleger og kommunale legekontor, fysioterapi, ergoterapi.

Det gjennomsnittlige utgiftsnivået for diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger i Akershus fylke er 1 140 kroner. Dette er 127 kroner lavere enn gjennomsnittlig nivå på landsbasis.

14 kommuner har et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittsnivået for fylket. Eidsvoll (kr. 1 587), Hurdal (kr. 1 544) og Nannestad (kr. 1 440) er de tre kommunene i Akershus fylke

med høyest netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger.



Figur 22: Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Tolv kommuner har høyere netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe. Utgiftene i Eidsvoll kommune er 1,4 ganger høyere enn gjennomsnittet for kommunegruppe 7 som kommunen tilhører.

Vedlegg - Oversikt over samhandlingsprosjekter fra Akershus fylke
(Svar på KS sin landsdekkende undersøkelse i 2011)

Kommune	Prosjektnavn	Prosjektbeskrivelse
0236 Nes	Sorg-og støtte v/Ahus	Sorg-og støttesenter med kommunal delfinansiering som både jobber individ-og familierettet og hever kompetanse knyttet til fagområdet sorg innen barnehage, skole, kommunal helseetjeneste.
0231 Skedsmo	Ein K - fase II	Ein K fase 2. Bruk av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger.
0220 Asker	Utvikling og etablering av lokalmedisinske tjenester knyttet til Bråset bo- og omsorgssenter	Utvikling og etablering av lokalmedisinske tjenester - et samarbeid mellom kommunene asker, Røyken og Hurum, Vestre Viken helseforetak og høgskolen i Buskerud. MÅL: Utvikle og etablere lokalmedisinske tjenester som skal bistå kommunene med nødvendig kompetanse ift definerte målgrupper. Tjenestene skal knyttes til Bråset bo- og omsorgssenter. De lokalmedisinske tjenestene skal ha fokus på forebygging, læring og mestring til mennesker som har høy alder eller som allerede har utviklet sykdom. Tjenestene omfatter mennesker med somatisk sykdom. Målgrupper er innbyggere som har behov for utredning, behandling, rehabilitering og pleie- og omsorg i primærhelseetjenesten. Det skal etableres tjenestetilbud rettet mot behandling før, istedenfor og etter innleggelse i spesialisthelseetjenesten.
0230 Lørenskog	Mobilt røntgen	Mobilt røntgen
0219 Bærum	Velferdsteknologi	<ul style="list-style-type: none"> •Avklare og foreslå etiske og juridiske retningslinjer ved bruk av teknologi (overvåking, sporing) i samarbeid med brukerorganisasjoner, sykehus, etikere og jurister. •Utarbeide retningslinjer og maler/skjemaer for å sikre nødvendig dokumentasjon ved tildeling og bruk av trygghetspakker som kan gjenbrukes av andre. •Tilby trygghetspakke i bolig med service og brukere i ambulerende tjenester i Høvik distrikt. •Dokumentere redusert tjenestebehov sammenlignet med kontrollgruppe. •Dokumentere brukers og pårørendes forventninger og tilfredshet før og etter installasjon av trygghetspakke.
0227 Fet	Samhandling på Nedre Romerike og Rømskog	<p>Hoverformål er å tilby bedre og mer kostnadseffektive helseetjenester til befolkningen i regionen, få et tettere samarbeid med spesialisthelseetjenesten, dvs A-hus for å gi gode pasientforløp.</p> <p>Kommunene i regionen skal med utredningen få tilstrekkelig underlag for å fatte politiske beslutninger om hvilke samhandlingstiltak som kan settes iverk, organiseres og driftes</p> <p>Består av 6 delprosjekter, Interkommunal samhandlingsadministrasjon, Interkommunalt medisinsk senter, Samarbeid knyttet til sykehjem og hjemmetjenester, Interkommunal døgnetenhet for barn og unge, IKT, og evt. andre samhandlingsarenaer.</p>
0215 Frogn	Lokalmedisinsk senter	

For detaljert informasjon om prosjektets kontaktperson henvises det til KS sin hjemmeside hvor alle samhandlingsprosjekter er tilgjengelig:

<http://www.ks.no/Portaler/Samhandlingsreformen/Gode-eksempler/Prosjektdatabase---samhandlingsprosjekter-i-kommunene/>