



**Deloitte.**

# Kommunenes utfordringer i samhandlingsreformen – innspill til diskusjon

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

## Delrapport – Aust-Agder fylke



**Oslo, 24. september 2012**

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Formålet med rapporten .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Samlet utfordringsbilde pr. kommune .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Utfordringsbilde i lys av indikatorene pr. analyseområde .....</b>	<b>5</b>
<b>3.1 Aust-Agder fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter .....</b>	<b>5</b>
<b>3.2 Igangsatte prosjekter fordelt etter prosjektets område .....</b>	<b>6</b>
<b>3.3 Befolkningsprognoser .....</b>	<b>7</b>
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
<b>3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - pleie og omsorg .....</b>	<b>11</b>
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 .....	13
3.4.4 Andel innbyggere 80 år og eldre i bolig med heldøgns bemanning .....	14
3.4.5 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbygger 80 år og eldre .....	15
3.4.6 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem .....	15
3.4.7 Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem .....	16
<b>3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester .....</b>	<b>17</b>
3.5.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; spesialisthelsetjenesten .....	17
3.5.2 Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere .....	19
3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og eldre .....	19
3.5.4 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere .....	20
3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre .....	20
3.5.6 Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere .....	21
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 .....	23
3.5.10 Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe» .....	23
<b>3.6 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - kommunehelse .....</b>	<b>25</b>
3.6.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; kommunehelse .....	25
3.6.2 Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene .....	26
3.6.3 Antall legeårsverk pr. 10 000 innbyggere (funksjon 241) .....	26
3.6.4 Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse, pr. innbygger .....	27
3.6.5 Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger .....	28

Vedlegg: Oversikt over samhandlingsprosjekter i Aust-Agder fylke

# 1. Innledning

## 1.1 Formålet med rapporten

Formålet med denne fylkesviserapporten 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 sykehusopphold 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 2 av 15 kommuner (13 %) i Aust-Agder 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
<b>Befolkningsprognoser</b>	SSB
<b>Kommunal tjenesteproduksjon</b>	SSB/KOSTRA
<b>Bruk av spesialisthelsetjenester</b>	Norsk Pasientregister
<b>Kommunens samhandlingsprosjekter</b>	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 tallgrunnlaget.

## 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 utfordring befolkning	Nettoutgift PLO pr. innb. 80 år korr. for brukere hjemmetj. < 67 år	Samlet vurdering spesialisthelse
Arendal	◆	◆	◆
Birkenes	▲	◆	●
Bygland	◆	●	▲
Bykle	▲		●
Evje og Hornnes	◆	◆	▲
Froland	▲	◆	▲
Gjerstad	▲	◆	▲
Grimstad	◆	◆	▲
Iveland	●	◆	●
Lillesand	◆	◆	▲
Risør	◆	◆	▲
Tvedestrand	◆		▲
Valle	▲	●	▲
Vegårshei	●	▲	▲
Åmli	◆	▲	▲

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

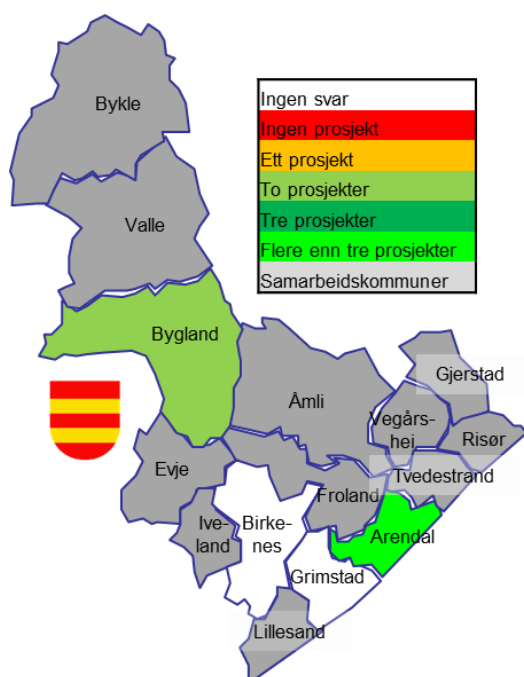
Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

- «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

Området «Kommunehelse» (detaljert analyse i kapittel 3.6) er holdt utenfor den samlede betraktningen, da indikatorene fra dette området ikke lar seg vurdere i forhold til utfordringer kommunene har i fremtiden. En detaljert beskrivelse av grunnlaget for hver enkelt skår, finnes i de underliggende analysene av delområdene i kapittel 3.

### 3. Utfordringsbilde i lys av indikatorene pr. analyseområde

#### 3.1 Aust-Agder fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter



I Aust-Agder er det 109.523 innbyggere (pr. 01.01.2011). Det er store regionale forskjeller i befolkningssammensetningen.

Aust-Agder grenser mot Telemark, Rogaland og Vest-Agder. Kystlinja grenser mot Skagerrak. Fylkesadministrasjonen holder til i Arendal kommune.

Fylket består av 15 kommuner. De tre kommunene med flest antall innbyggere (31.12.2010) er Arendal (42 022), Grimstad (20 749) og Lillesand (9 668).

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

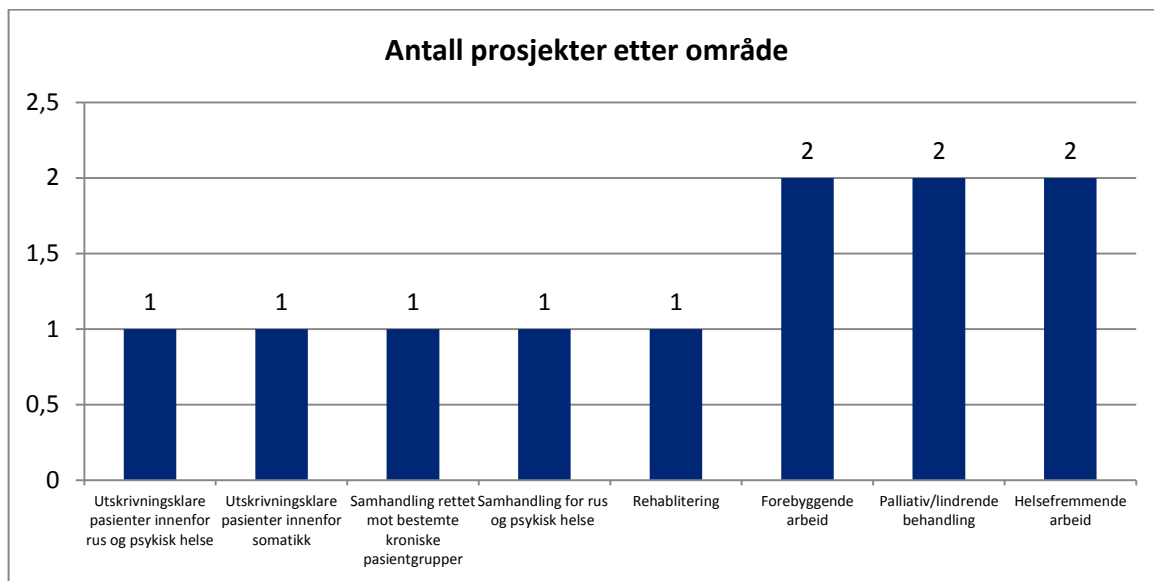
samhandlingsprosjekter kommunene har igangsatt og på hvilke områder. 53 % av landets kommuner svarte på undersøkelsen og ved å inkludere samarbeidende kommuner er svarprosenten 75 %.

2 av 15 kommune i Aust-Agder fylke svarte på undersøkelsen (13 %). Sett sammen med samarbeidende kommuner i prosjektene (11) ligger svarprosenten på 87 %. Befolkningsgrunnlaget for kommunene som svarte direkte på undersøkelsen eller samarbeider med andre dekker 77 % av befolkningen i Aust-Agder.

En detaljert prosjektbeskrivelse finnes i prosjektdatabasen som er lagt ut på KS sin hjemmeside.

[\(http://www.ks.no/Portaler/Samhandlingsreformen/Gode-eksempler/Prosjektdatabase---samhandlingsprosjekter-i-kommunene/\)](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 Aust-Agder fylke etter område, KS spørreundersøkelse, Deloitte egen analyse, 2011

Kommunene som svarte på denne landsdekkende undersøkelsen har totalt igangsatt 11 samhandlingsprosjekter.

Områder med flest antall igangsatte prosjekter er «helsefremmende arbeid», «forebyggende arbeid» og «palliativ/lindrende behandling».

### 3.3 Befolkningsprognoser

Befolknings sammensetning 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 for eldre, fordi denne befolkningsgruppen viser en positiv endring fra 2011 til 2030.

En høy andel eldre i kommunens befolknings sammensetning er i seg selv ikke en utfordring, men sett i sammenheng med andre forhold i kommunen, som forbruk av helsetjenester, dekningsgrad på sykehjemsplasser mm., kan dette innebærer 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 åtte 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 fem kommuner kan utfordringen tolkes som moderat (markert ved gul trekant), mens to kommuner har en lavere utfordring (markert ved grønn ring), sammenlignet med resten av fylket.

Kommunenavn	Samlet vurdering	Kortsiktig endring av andel innbyggere 2011 - 2016		Mellomlangsigte endring av andel innbyggere 2011 - 2030	
		67 - 79 år	80 - 89 år	67 - 79 år	80 - 89 år
Arendal	◆	▲	◆	▲	▲
Birkenes	▲	◆	▲	●	▲
Bygland	◆	◆	◆	◆	◆
Bykle	▲	▲	▲	●	●
Evje og Hornnes	◆	▲	◆	●	▲
Froland	▲	▲	▲	●	▲
Gjerstad	▲	◆	▲	▲	▲
Grimstad	◆	▲	◆	●	▲
Iveland	●	●	●	▲	●
Lillesand	◆	◆	◆	●	▲
Risør	◆	◆	◆	▲	▲
Tvedestrand	◆	◆	◆	▲	▲
Valle	▲	▲	●	◆	▲
Vegårshei	●	●	▲	●	●
Åmli	◆	▲	◆	●	▲

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 befolknings sammensetning 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 negativ vekst i alle kommuner i Aust-Agder fylke for innbyggere mellom 0 - 66 år. Andelen av denne befolkningsgruppen reduseres i gjennomsnitt med to prosentpoeng fra 2011.

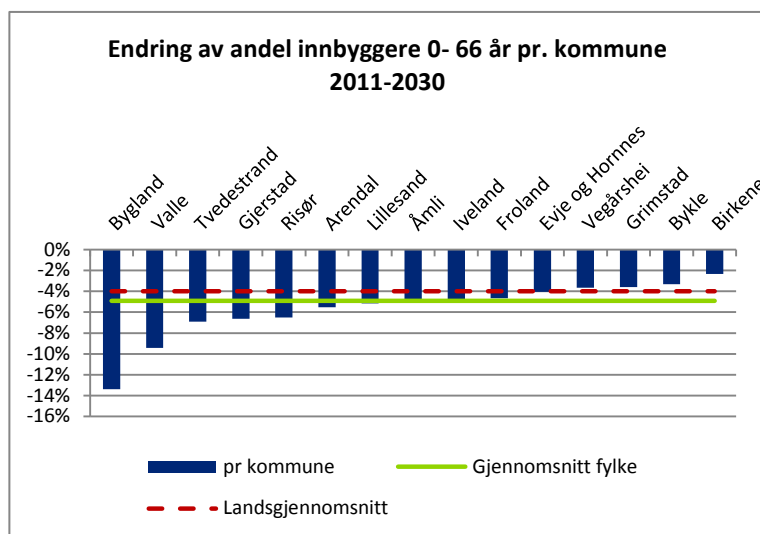
De tre kommunene med størst reduksjon for aldersgruppen 0-66 år er Bygland (-3,0 %), Tvedestrand (-2,5 %), og Risør (-2,3 %).

Andelen innbyggere i aldersgruppen mellom 67 - 79 år viser, i den kortsiktige betraktningen fram mot 2016, en positiv vekst på to prosentpoeng for Aust-Agder fylke. Tvedestrand, Gjerstad og Bygland er de tre kommunene med størst vekst for denne aldersgruppen.

Andel av befolkningen i aldersgruppen 80 år og eldre vil fram mot 2016 være tilnærmet uendret for Aust-Agder 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



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

Andelen innbyggere mellom 0 - 66 år vil i alle kommuner i Aust-Agder være lavere i 2030 enn i 2011. Reduksjon i andelen varierer fra -13 % i Bygland kommune til -2 % i Birkenes kommune.

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

Reduksjonen av andelen er 1 % høyere enn for Norge totalt sett.

Fem kommuner i Aust-Agder har en lavere endring enn gjennomsnittet for fylket.

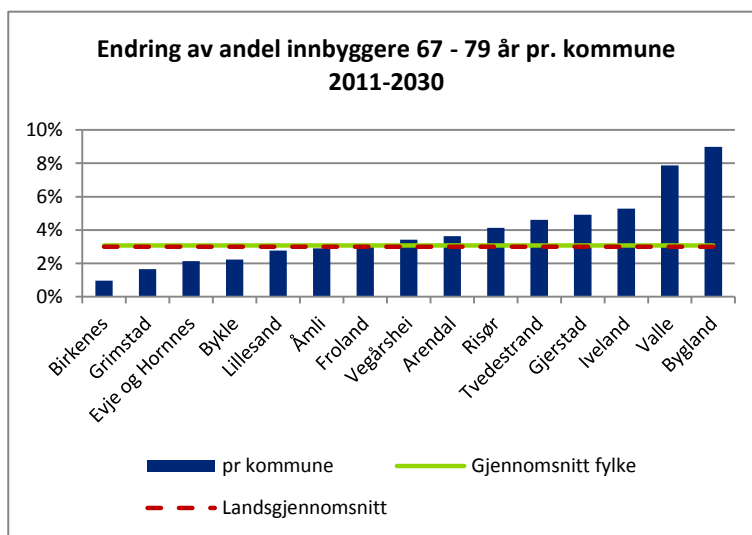
Bygland (-13 %), Våle (-9 %) og Tvedestrand (-7 %) er de tre kommunene med størst reduksjon i andelen innbyggere 0 - 66 år.

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

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

Veksten varierer fra 1 % i Birkenes kommune til 9 % i Bygland kommune. Totalt sett for Aust-Agder fylke vil andelen innbyggere 67 - 79 år være 3 % høyere i 2030 enn i 2011. Den prosentuelle veksten er på samme nivå som veksten for hele Norge. Seks kommuner har en lavere vekst enn gjennomsnittet for fylket.

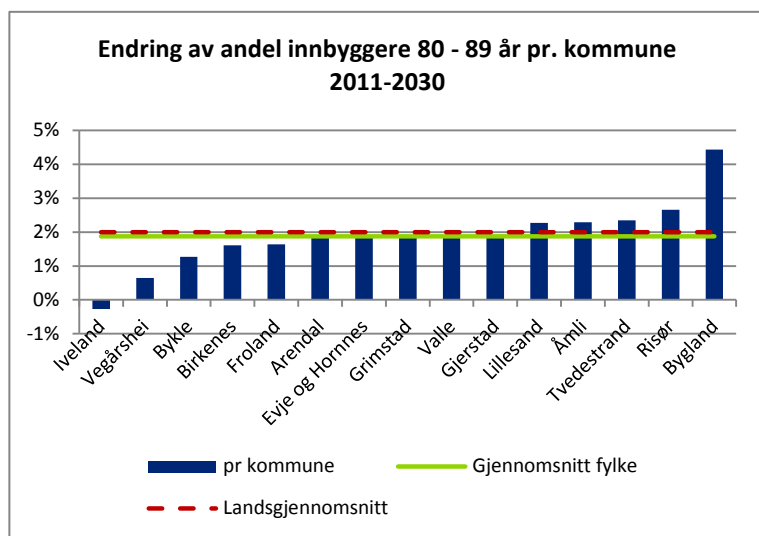
Figur 3: Endring av andel innbyggere 67 - 79 år, 2011 - 2030, SSB, 2011



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

Bygland (8,9 %), Våle (7,9 %) og Iveland (5,3 %) er de tre kommunene med størst vekst i andelen innbyggere 67 - 79 år. Bygland og Våle kommune har og den største reduksjonen i befolkningsgruppen mellom 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

Alle kommunene i Aust-Agder, bortsett fra Iveland, viser en positiv vekst i andelen innbyggere 80 - 89 år fra 2011 - 2030. Veksten varierer fra 1 % i Vegårshei kommune til 4 % i Bygland kommune.

Totalt sett for Aust Agder fylke vil andelen innbyggere 80 - 89 år øke med 2 %. Dette tilsvarer veksten som prognosene viser for hele Norge. Ni kommuner har en lavere vekst i andelen innbyggere

80 - 89 år enn gjennomsnittet for fylket.

Bygland (4,4 %), Risør (2,7 %) og Tvedestrand (2,5 %) er de tre kommunene med størst vekste i andel 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 åtte kommuner viser utviklingen en liten reduksjon (mellom -0,4 % og -0,13 %) fra 2011 til 2030.

### 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 tiltak 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.

Ni kommuner (markert med rød firkant) har ut fra tabellen nedenfor en større utfordring innen pleie og omsorg enn gjennomsnittet for fylket. I disse kommunene er korrigerte netto driftsutgifter for pleie og omsorg mer enn 67 % lavere enn gjennomsnittet for fylket. Samtidig har disse kommunene en større utfordring i underliggende indikatorene innen pleie og omsorg. Utfordringen kan ut i fra analysen tolkes som moderat i to kommuner (markert ved gul trekant) og som lav i to kommuner (markert ved grønn ring).

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 + 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
Arendal	♦	♦	▲	▲	●	♦
Birkenes	♦	♦	♦	▲	▲	●
Bygland	●	▲	♦	▲	♦	♦
Bykle		●	♦		▲	▲
Evje og Hornnes	♦	▲	♦	♦	♦	♦
Froland	♦	♦	♦	●	▲	●
Gjerstad	♦	▲	♦	▲	♦	♦
Grimstad	♦	♦	▲	▲	●	♦
Iveland	♦	▲	♦	♦	●	▲
Lillesand	♦	♦	♦	▲	▲	●
Risør	♦	♦	♦	▲	●	▲
Tvedestrand		♦	●	●	♦	▲
Valle	●	▲	♦	●	▲	▲
Vegårshei	▲	♦	♦	●	♦	♦
Åmli	▲	♦	●	●	●	▲

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

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

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

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.

**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 laver 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

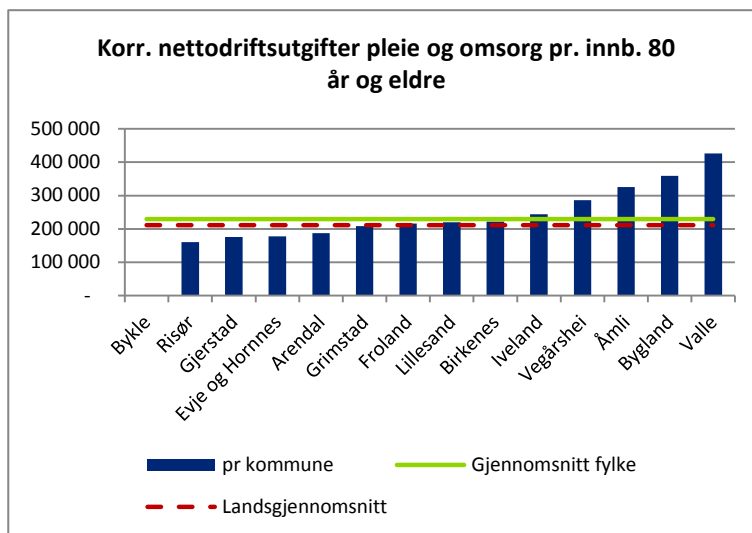
Indikatoren viser nettoutgiftene til andelen eldre i pleie- og omsorgstjenester pr. innbygger 80 år og eldre. Utgifter til hjemmetjenester til brukere under 67 år er trukket fra de samlede nettoutgiftene til pleie og omsorg. Indikatoren gir derfor et mer fullstendig bilde av det samlede ressursgrunnlaget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

Gjennomsnittlige korrigerte netto driftsutgifter for denne aldersgruppen i Aust-Agder fylke er 229 000 kroner. Dette er 18 072 kroner høyere enn gjennomsnittet på landsbasis.

Åtte kommuner i Aust-Agder har lavere korrigerte netto driftsutgifter enn gjennomsnittet i fylket.

Valle (426 `NOK), Bygland (360 `NOK) og Åmli (325 `NOK) er

de tre kommunene med høyest korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år og eldre.



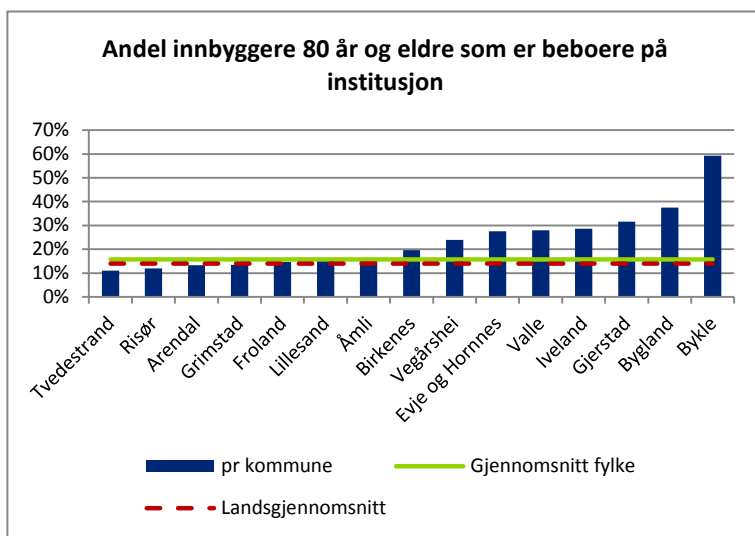
Figur 5: Korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år og eldre, KS egen beregning, 2010

### 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:

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



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

Alle kommuner i Aust-Agder har innrapportert tall til SSB. I gjennomsnitt har fylket en dekningsgrad på 16 % for innbyggere 80 år og eldre som er beboere på institusjon. Andelen er to prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet for hele landet.

Åtte kommuner har en høyere dekningsgrad enn gjennomsnittet for hele fylket og dekningsgraden i 15 kommuner er høyere enn gjennomsnittet for hele landet.

Bykle kommune har den høyeste dekningsgraden (59 %), mens Tvedestrand kommune har den laveste (11 %).

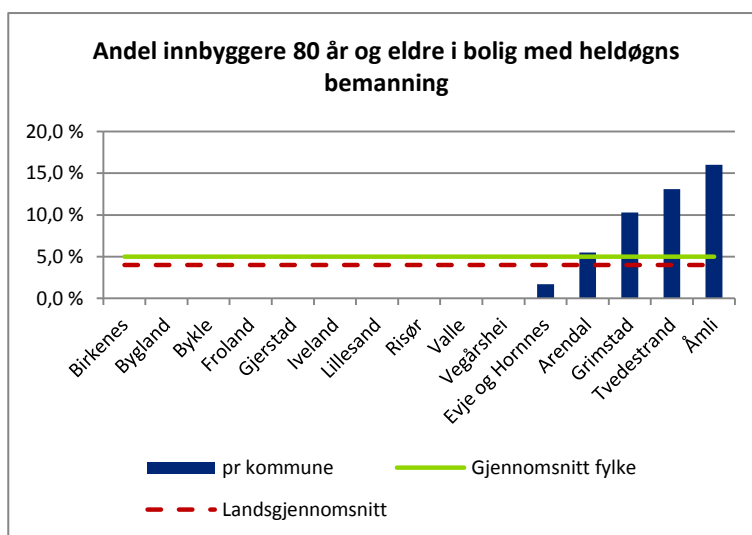
### 3.4.4 Andel innbyggere 80 år og eldre i bolig med heldøgns bemanning

Indikatoren viser andelen beboere 80 år og eldre i bolig m/ heldøgns bemanning av innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre. Denne andelen er vanlig å se i sammenheng med dekningsgraden for sykehjem. Heldøgns bemanning innebærer at det er minst én ansatt tilstede i bygningen/bofellesskapet hele døgnet.

Alle kommunene i Aust-Agder har innrapportert tall til SSB. Andelen innbyggere 80 år og eldre som er beboere i bolig med heldøgns bemanning er 5 %. Dette er ett prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet.

Elleve kommuner har en lavere andel enn gjennomsnittet for Aust-Agder fylke.

De tre kommunene med høyest andel er Åmli (16 %), Tvedestrand (13,1 %) og Grimstad (10,3 %).



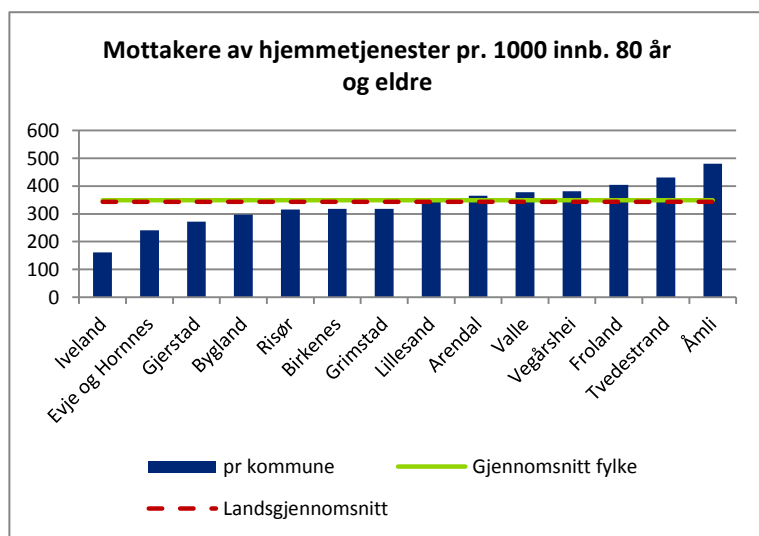
Figur 1: Andel av innbyggere 80 år og eldre i bolig med heldøgns bemanning, 2010, SSB/KOSTRA (nivå2)

I ti av kommunene bor ingen innbyggere i aldersgruppen 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 Evje og Hornnes (1,7 %) de laveste andelen.

### 3.4.5 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbygger 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

(480), Tvedestrand (431) og Froland (404).

Iveland (161), Evje og Hornnes (241) og Gjerstad (272) er de tre kommunene med laveste antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og eldre.

### 3.4.6 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, det vil si 0,25 timer tilsvarer 15 minutter pr. beboer

Alle kommunene har innrapportert tall til SSB og gjennomsnittlig får hver beboer i sykehjem 0,36 legetimer pr. uke.

14 kommuner i Aust-Agder har innrapportert tall til SSB.

I gjennomsnitt mottar 349 innbyggere hjemmetjenester i fylket. Dette er seks flere enn landsgjennomsnittet (343).

I åtte kommuner mottar færre innbyggere i aldergruppen 80 år og eldre hjemmetjenester enn gjennomsnittet for fylket.

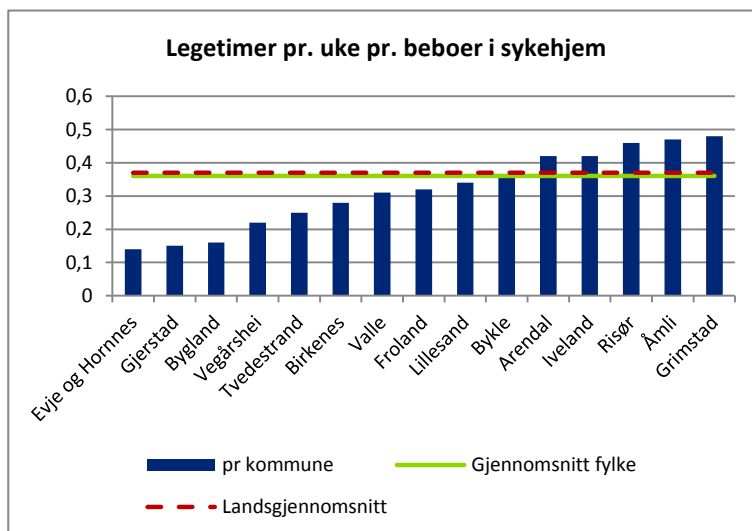
De tre kommunene i Aust-Agder med høyest antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og eldre er Åmli



Gjennomsnittet for fylket ligger 0,01 timer lavere enn landsgjennomsnittet.

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

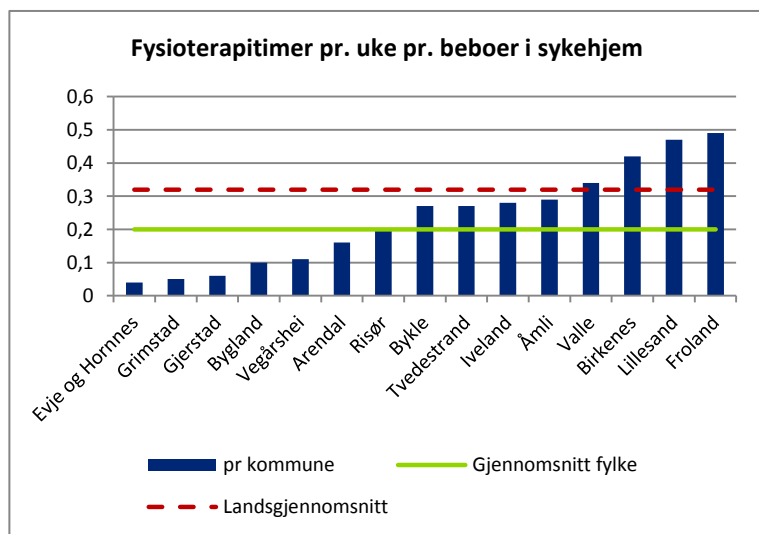
I Grimstad (0,5) og Åmli (0,47) får beboere i sykehjem flest antall legetimer pr. uke, mens i Evje og Hornnes kommune (0,14) får beboerne færrest legetimer i gjennomsnitt.



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

### 3.4.7 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 Aust-Agder har innrapportert tall til SSB og i gjennomsnitt får hver beboer i sykehjem 0,2 fysioterapitimer pr. uke. Dette er 0,08 timer lavere enn landsgjennomsnittet.

Seks kommuner har et lavere antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem enn gjennomsnittet i fylket.

Froland (0,49), Lillesand (0,47) og Birkenes (0,42) er de tre kommunene 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
  - I stedet for
  - Etter
- } sykehusopphold

Indikatorene 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 «kommunehelse» ved bruk av trafikkløys.

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

Ut i fra denne vurderingen har én kommune (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 elleve kommuner tolkes som moderat (markert ved gul trekant) og i to kommuner kan den tolkes som lav (markert ved grønn ring).

Kommunenavn	Samlet vurdering	Forbruksrate	Andel eldre	Reinnleggelse med. opphold	Antall utskrivinger komm. inst.
Arendal	♦	♦	♦	♦	▲
Birkenes	●	●	●	▲	▲
Bygland	▲	♦	●	♦	♦
Bykle	●	●	●	●	●
Evje og Hornnes	▲	▲	▲	▲	▲
Froland	▲	▲	▲	♦	●
Gjerstad	▲	▲	●	♦	▲
Grimstad	▲	▲	▲	▲	▲
Iveland	●	●	●	●	●
Lillesand	▲	●	▲	▲	♦
Risør	▲	▲	▲	♦	●
Tvedestrand	▲	▲	▲	▲	●
Valle	▲	●	▲	●	●
Vegårshei	▲	●	♦	▲	●
Åmli	▲	♦	●	▲	▲

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:

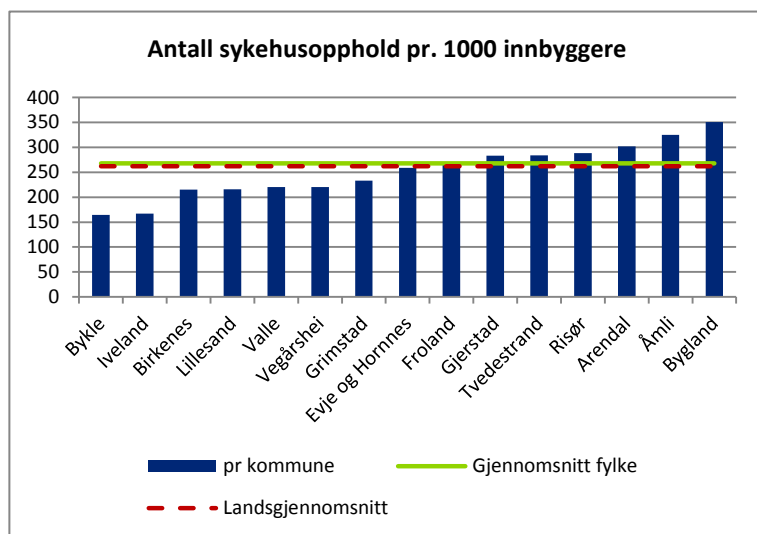
- Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere
- Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og over
- Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere
- Andel av liggedager for innbyggere 80 år og over
- Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere
- Antall reinnleggelser etter 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.



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

Forbruksraten for spesialisthelsetjenesten målt i antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere for Aust-Agder fylke er 268 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere. Forbruksraten ligger seks opphold høyere enn landsgjennomsnittet.

Forbruksraten varierer fra 165 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere i Bykle kommune til 351 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere i Bygland kommune.

Bygland (351), Åmli (325) og Arendal (302) er de tre

kommunene med høyest forbruksrate. Bykle (165), Iveland (167) og Birkenes (215) er de tre kommunene med lavest forbruksrate.

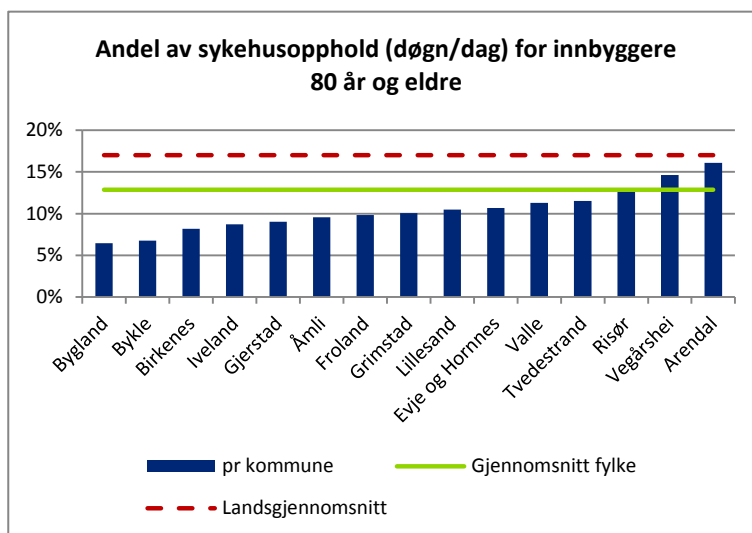
### 3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og eldre

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

I Aust-Agder fylke står innbyggere 80 år og eldre i gjennomsnitt for 13 % av sykehusoppholdene. Andelen er fire prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 6 % i Bygland kommune til 16 % i Arendal kommune.

Arendal (16 %), Vegårshei (15 %) og Risør (13 %) er de tre kommunene med høyest andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år og eldre.

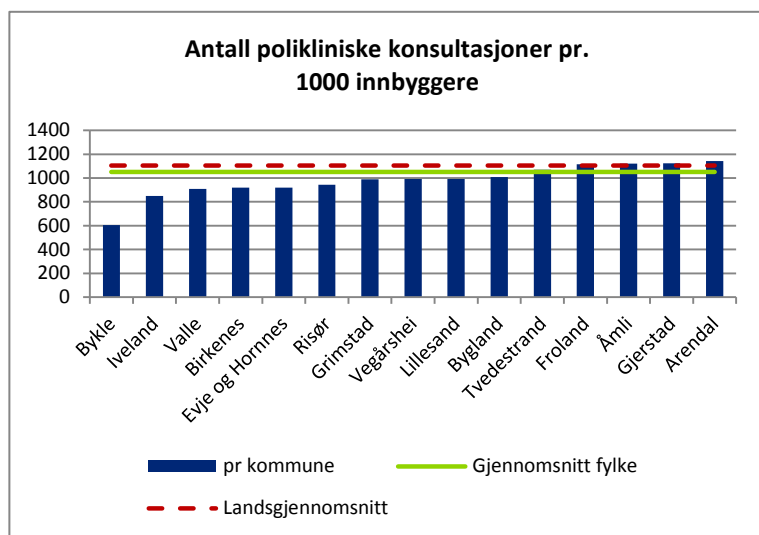


Figur 12: Andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år +, 2010, Norsk pasientregister

Bygland (6 %), Bykle (7 %) og Birkenes (8 %) er de tre kommune med den 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. 1 000 innbyggere. En poliklinisk kontroll er definert som poliklinisk konsultasjon med kontakttype 3 (kontroll) 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.



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

Forbruksraten av spesialisthelsetjenesten målt i antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere for Aust-Agder fylke er 1 051 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere.

Forbruksraten ligger 47 konsultasjoner lavere enn landsgjennomsnittet.

Raten varierer fra 606 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere i Bykle kommune til 1 143 i Arendal kommune.

Arendal (1143), Gjerstad (1123) og Åmli (1121) er de tre kommunene med høyest forbruksrate. Bykle (606), Iveland (851) og Valle (909) er de tre kommunene med lavest forbruksrate.

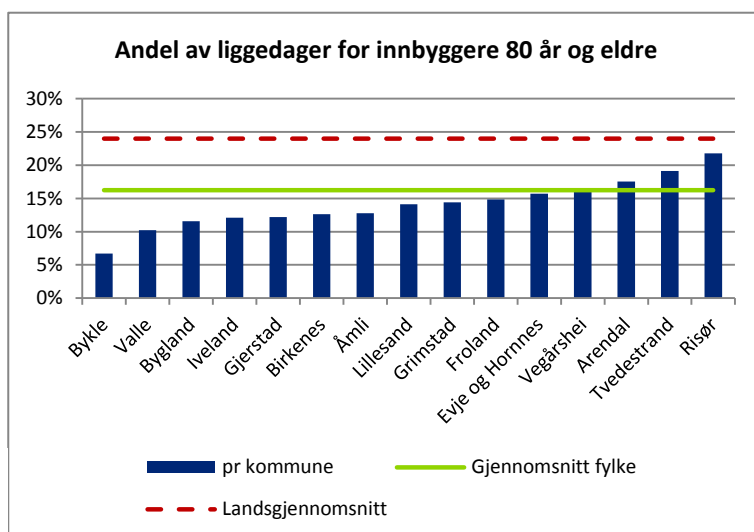
### 3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre

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

I Aust-Agder står innbyggere 80 år og eldre i gjennomsnitt for 16 % av totalt antall liggedager. Andelen er åtte prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 7 % i Bykle til 22 % i Risør.

Figur 14: Andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre, 2010, Norsk pasientregister

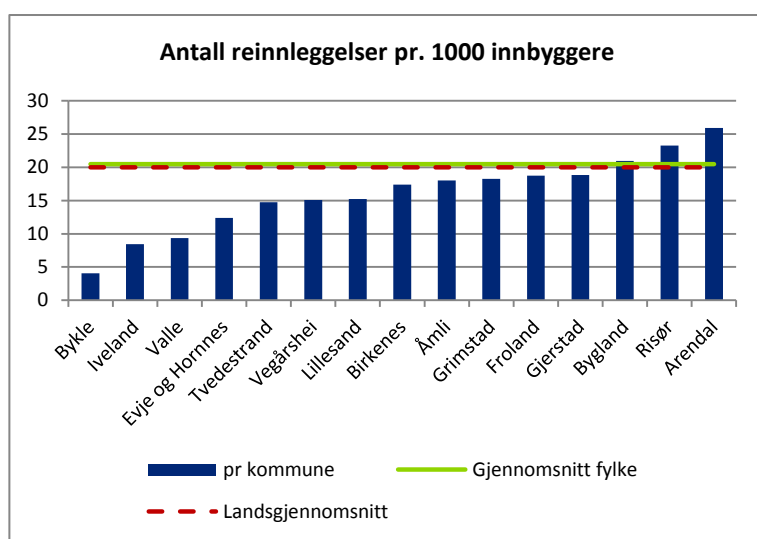


Risør (22 %), Tvedestrand (19 %) og Arendal (18 %) er de tre kommunene med høyest andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre.

Bykle (7 %), Valle (10 %) og Bygland (12 %) er de tre kommunene med lavest andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre.

### 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.



Figur 15: Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

Reinnleggelsesfrekvensen for Aust-Agder fylke er 20 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Dette tilsvarer landsgjennomsnittet.

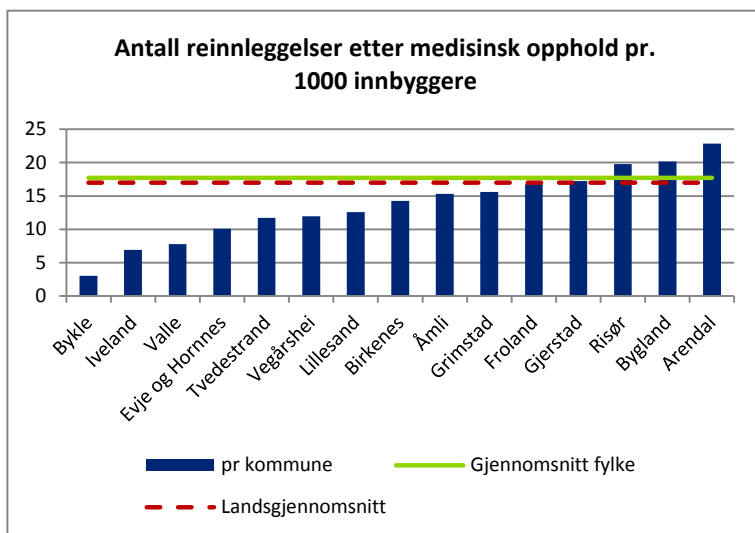
Frekvensen varierer i Aust-Agder fra fire reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Bykle kommune til 26 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Arendal kommune.

Arendal (26), Risør (23) og Bygland (21) er de tre kommunene med høyest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.

Bykle (4), Iveland (8) og Valle (9) er de tre kommunene med færrest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.

### 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.

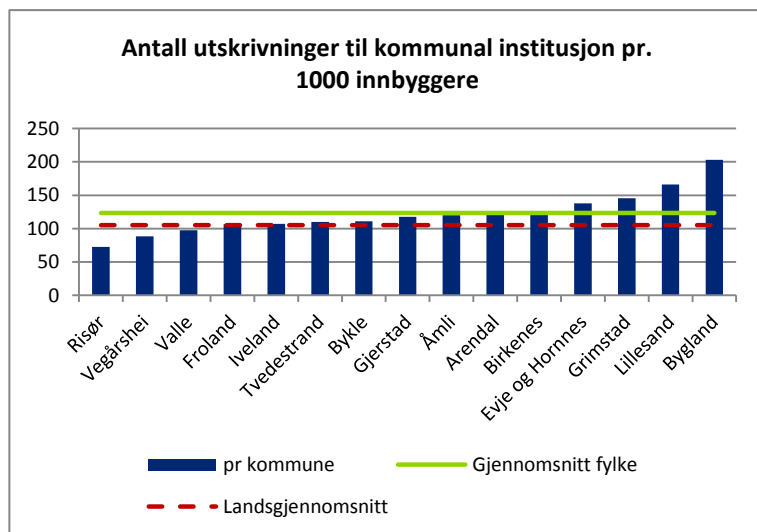


Figur 16: Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

Iveland (7) og Valle (8) er de tre kommunene med færrest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Aust Agder fylke.

### 3.5.8 Antall utskrivninger 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 hjemmetjenester.



Figur 17: Antall utskrivninger pr. 1000 innbyggere til kommunal institusjon, 2010, Norsk pasientregister

Risør (72), Vegårshei (88) og Valle (98) er de tre kommunene med færrest antall utskrivninger pr. 1000 innbyggere til kommunal institusjon.

Reinnleggelsesfrekvensen etter medisinsk opphold i Aust-Agder fylke er 18 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Frekvensen er én innleggelse lavere enn landsgjennomsnittet.

Den varierer fra tre reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Bykle kommune til 23 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Arendal kommune.

Arendal (23), Bygland (20) og Risør (20) er de tre kommunene med høyest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Bykle (3),

Utskrivningsfrekvensen til kommunal institusjon i Aust-Agder fylke er 124 utskrivninger pr. 1000 innbyggere. Frekvensen er 19 utskrivninger høyere enn landsgjennomsnittet.

Frekvensen varierer fra 72 utskrivninger pr. 1000 innbyggere i Risør kommune til 203 pr. 1000 innbyggere i Bygland kommune.

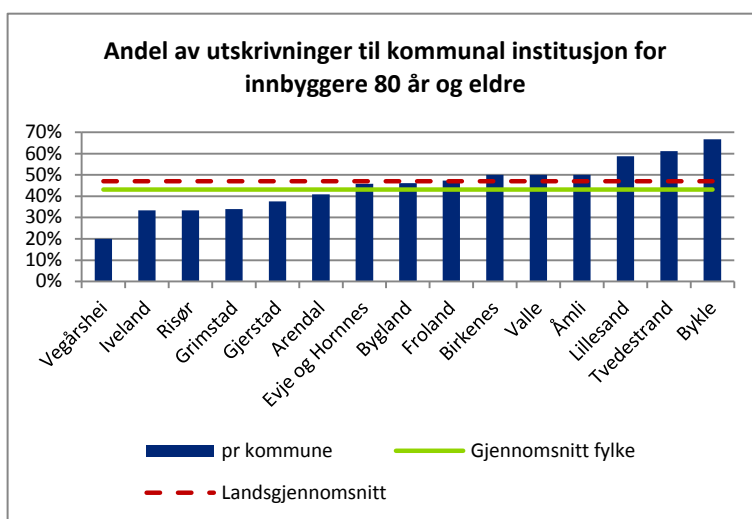
Bygland (203), Lillesand (166) og Grimstad (145) er de tre kommunene med flest antall utskrivninger pr. 1000 innbyggere til kommunal institusjon.

### 3.5.9 Andel av utskrivninger 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 utskrivningene 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 de nærmeste årene fram mot 2030.

I Aust-Agder står befolkning 80 år og eldre for 43 % av utskrivninger til kommunal institusjon. Andelen er fire prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnitt.

Andelen varierer fra 20 % i Vegårshei kommune til 67 % i Bykle kommune. Bykle (67 %), Tvedestrand (61 %) og Lillesand (59 %) er de tre kommunene med høyest andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og eldre.



Figur 5: Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og eldre, 2010, Norsk pasientregister

Vegårshei (20 %), Iveland (33 %) og Risør (33 %) er de tre kommunene i Aust-Agder 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	Brystmærter
Arendal	3,2	1,0	25,3	5,7	0,7	2,5	2,4	4,5	1,9	2,7
Birkenes	2,5	0,4	22,4	3,1	0,4	1,3	1,5	7,1	1,3	1,3
Bygland	5,6	0,8	16,9	8,9	0,8	4,8	4,0	10,5	0,0	3,2
Bykle	1,0	2,0	12,1	4,0	1,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
Evje og Hornnes	4,9	1,4	20,1	2,0	0,9	3,2	1,7	4,9	0,6	1,7
Froland	1,2	0,4	25,0	6,0	1,0	1,4	2,7	3,7	1,4	2,0
Gjerstad	5,6	0,4	20,8	6,4	0,4	2,8	1,2	6,0	1,2	2,0
Grimstad	2,4	0,5	22,5	4,8	0,5	1,6	2,0	4,6	1,7	1,9
Iveland	3,8	1,5	14,6	0,8	0,0	0,8	0,8	4,6	0,8	1,5
Lillesand	3,4	0,8	20,3	3,6	1,0	2,5	1,9	4,9	1,6	1,6
Risør	2,5	1,2	24,3	3,6	0,6	2,6	1,0	3,1	1,0	2,0
Tvedestrand	3,0	0,8	27,3	4,2	1,0	1,0	1,7	4,5	1,5	1,3
Valle	3,1	0,8	14,0	2,3	2,3	1,6	0,0	9,3	2,3	0,8
Vegårshei	2,1	1,0	23,4	4,7	0,0	0,5	1,6	1,6	1,0	1,6
Årni	6,6	0,5	28,4	2,7	1,1	1,6	1,6	3,3	3,3	4,4
<b>Gjennomsnitt fylke</b>	<b>3,0</b>	<b>0,8</b>	<b>23,5</b>	<b>4,8</b>	<b>0,7</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>4,6</b>	<b>1,6</b>	<b>2,2</b>
<b>Landsgjennomsnitt</b>	<b>3,8</b>	<b>0,9</b>	<b>24,1</b>	<b>4,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>2,0</b>	<b>5,5</b>	<b>1,7</b>	<b>3,6</b>

**Tabell 6: 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 Aust-Agder fylke. Tabellen viser de tre kommunene med høyest antall pasienter/1000 innbyggere (markert med rødt) og de tre kommunene med færrest antall pasienter/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 trafikkløys. Kommunehelsetjenester omfatter i denne rapporten:

- Gjennomsnittlig listelengde
- Antall legeårverk 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
Arendal	1152	◆	●	●
Birkenes	1054	◆	●	●
Bygland	497	◆	●	▲
Bykle	440	●	●	◆
Evje og Hornnes	1156	▲	●	●
Froland	899	◆	●	●
Gjerstad	760	◆	●	●
Grimstad	1210	◆	●	●
Iveland	563	◆	●	●
Lillesand	1292	◆	●	●
Risør	1179	◆	●	●
Tvedestrand	1274	▲	●	●
Valle	608	●	◆	●
Vegårshei	539	◆	●	●
Åmli	497	▲	●	●

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

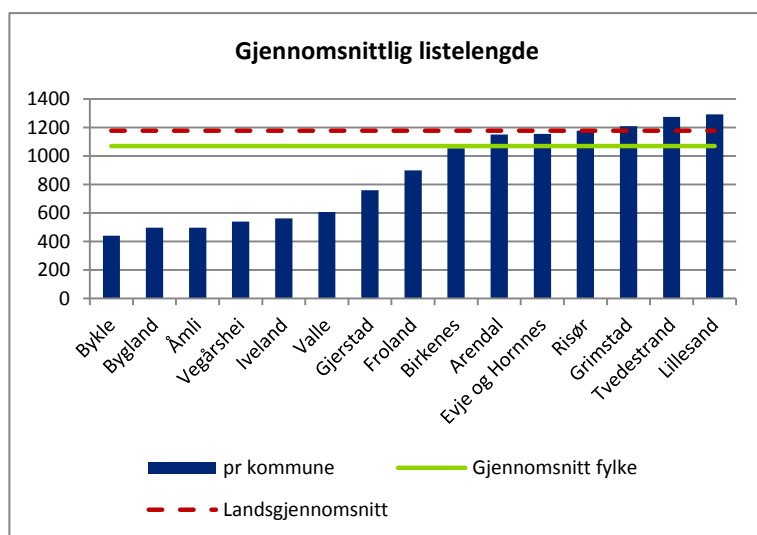
Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

- «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.



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

Alle kommunene i Aust-Agder har innrapportert tall til SSB. Den gjennomsnittlige listelengden i fylket (1071) er omlag 107 personer kortere enn den gjennomsnittlige listelengden for hele Norge.

I elleve kommuner er den gjennomsnittlige listelengden kortere enn gjennomsnittet for fylket. Fastlegene i Lillesand (1 292), Tvedestrand (1 274) og Grimstad (1 210) har gjennomsnittlig den lengste listelengden.

Fastlegene i Bykle (440), Bygland (497) og Åmli (497) har gjennomsnittlig den korteste listelengden.

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

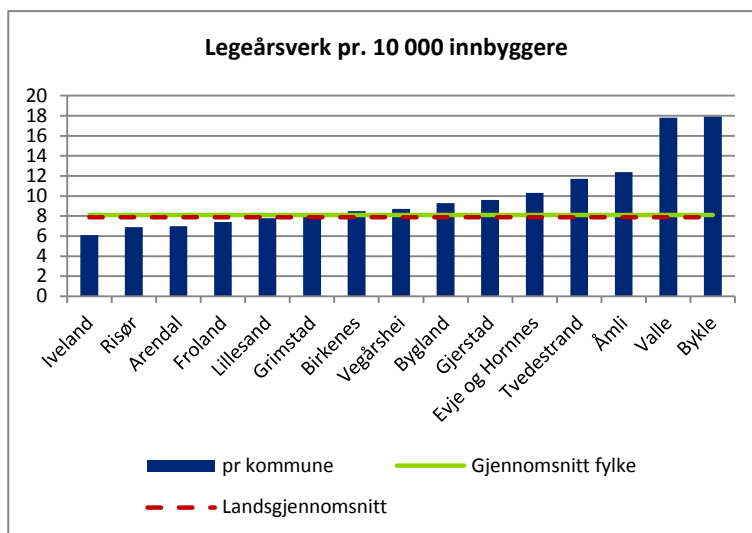
Indikatoren viser legedekning (både kommunalt og privatpraktiserende) til funksjon 241 i KOSTRA, "diagnose, behandling, rehabilitering", målt i beregnede årsverk pr. 10000 innbyggere. Årsverk beregnes på basis av avtalte timeverk i en representativ uke ved utgangen av året.

I Aust-Agder fylke er det i gjennomsnitt 8,1 legeårsverk pr. 10 000 innbyggere. Legedekningen er 0,2 årsverk høyere enn landsgjennomsnittet.

Seks kommuner har en lavere legedekning enn gjennomsnittet i fylket.

Bykle (17,9), Valle (17,8) og Åmli (12,4) er de tre kommunene med høyeste legedekning i Aust-Agder.

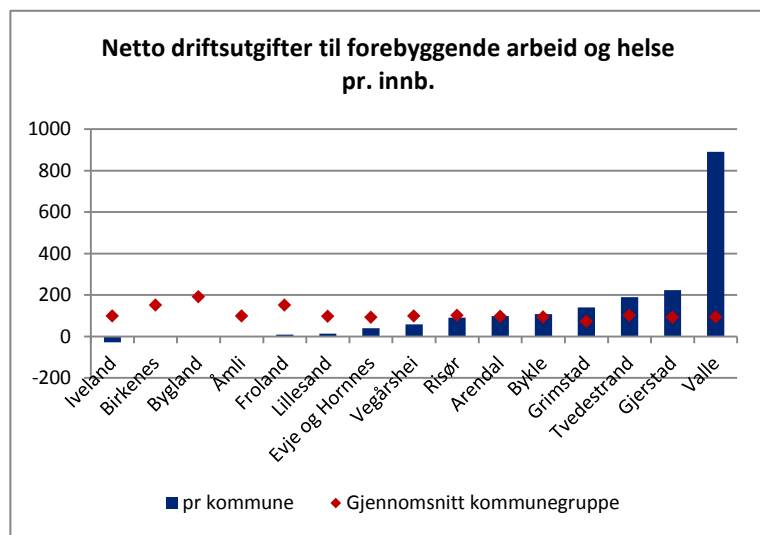
Iveland (6,1), Risør (6,9) og Arendal (7) er de tre kommunene med lavest legedekningen i Aust-Agder.



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

Det gjennomsnittlige utgiftsnivået til forebyggende arbeid pr. innbygger i Aust-Agder fylke er 100 kroner pr. innbygger.

Nivået er ti kroner lavere enn gjennomsnittlig nivå for hele Norge.

Ti kommuner har et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittet for fylket. Valle (kr. 891), Gjerstad (kr. 223) og Tvedestrand (kr. 189) er de tre kommunene i med høyest

netto driftsutgifter til forebyggende arbeid pr. innbygger. Fem kommuner har

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

Valle og Gjerstad er de to kommunene med største avvik mellom eget utgiftsnivå og gjennomsnittet for sin kommunegruppe. Utgiftene pr. innbygger i Valle kommune er 9,5 ganger høyere enn gjennomsnittet for den kommunegruppen de tilhører i KOSTRA (kommunegruppe 16).

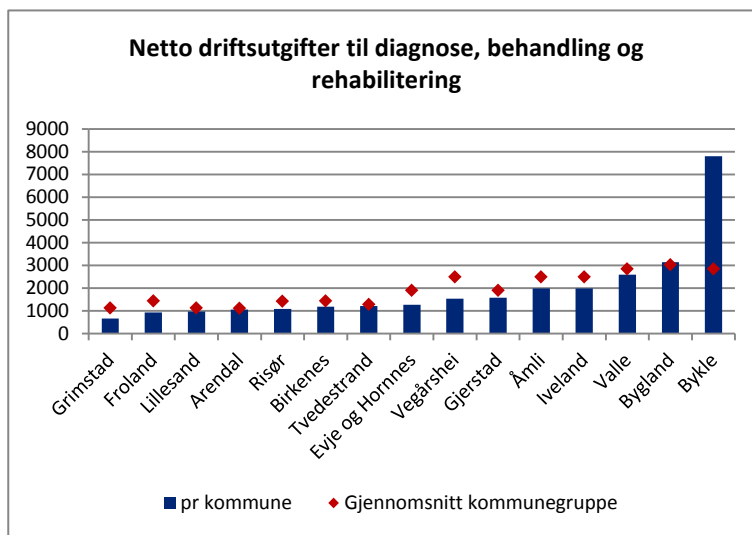
### 3.6.5 Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger

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 til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger i Aust-Agder fylke er 1 141 kroner. Nivået er 126 kroner lavere enn nivået for hele Norge.

Fem kommuner har et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittsnivået for fylket. Bykle (kr. 7 799), Bygland (kr. 3 136) og Valle (kr. 2 596) er de tre kommunene i fylket 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

Åtte kommuner har høyere netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe. Utgiftene i Bykle kommune er 2,7 ganger høyere enn gjennomsnittet for kommunegruppe 16 som kommunen tilhører.

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

Kommune	Prosjektnavn	Prosjektbeskrivelse
0906 Arendal 0938 Bygland	Opprettet stilling som samfunnsmedisiner i regi av kommunesamarbeidet i Østre Agder Psykisk helse og rus	<p>3- årig prosjektstilling som samfunnsmedisiner for 7 kommuner med Arendal kommune som formell arbeidsgiver.</p> <p>Effektmålet med prosjektet er å sikre pasienter innen psykisk helse/ rus, og deres barn/pårørende i Setesdal et kvalitativt godt tilbud basert på BEON prinsippet ("Beste effektive omsorgsnivå"), samt å etablere sterke fagnettverk innen psykisk helse/rus. Dette skal bidra til å opprettholde kvaliteten på tjenesten og sikre rekruttering av kompetent personell også i fremtiden.</p> <p>Resultatmål Det vil være etablert et tverrfaglig samarbeid innen psykisk helse/rus i Setesdalsregionen i løpet av 3 – 5 år. Det skal i prosjektperioden utformes konkrete interkommunale løsninger som skal heve kompetansen og styrke pasienttilbudet innen psykisk helse og rus, med særlig vekt på</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· etablering av arenaer og utvikling av arbeidsmetoder for tverrfaglig samarbeid, og samarbeid på tvers av kommunegrensene og behandlingsnivå, for å sikre et individuelt, tilpasset tjenestetilbud</li> <li>· etablere gode rutiner for å se barn av brukergruppene og gi de et godt tilbud lokalt</li> <li>· å beskrive hvordan reell brukermedvirkning i psykiatri/ rusbehandlingen skal ivaretas gjennom aktiv dialog og medvirkning fra brukeren/pårørende</li> <li>· at ansatte settes i stand til å se sammenhengen mellom verdier, måldefinisjon, etiske prinsipper og egen praksis</li> <li>· en målsetting om å etablere et tverrfaglig kompetansesenter innen psykiatri/rus i Setesdal</li> </ul> <p>Fasemål Prosjektgruppa skal i løpet av 2012 utrede organisering, forslag til drift og gjøre økonomiske beregninger for anbefalingene til hovedprosjektet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling med mer nærhet til Setesdalskommunene</li> <li>§ Akutt- ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten</li> <li>§ Interkommunale nettverksgrupper</li> <li>§ Interkommunal psykologstilling</li> <li>§ Individuell plan</li> <li>§ Økt fokus på brukermedvirkning</li> <li>§ Selvhjelpsgrupper</li> <li>§ Interkommunale ruspolitiske handlingsplaner med Av- og Til Lokalt som en del</li> <li>§ Barn som pårørende</li> <li>§ Det skal utarbeides en kompetanseplan i løpet av 2012</li> </ul>

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/>