



**Deloitte.**

# Kommunenes utfordringer i samhandlingsreformen – innspill til diskusjon

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

## Delrapport - Finnmark fylke



**Oslo, 24. september 2012**

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Formålet med rapporten .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Samlet utfordringsbilde pr. kommune .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Utfordringsbilde i lys av indikatorene pr. analyseområde .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Finnmark fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2 Igangsatte prosjekter fordelt etter prosjektets område .....</b>	<b>7</b>
<b>3.3 Befolkningsprognoser.....</b>	<b>8</b>
3.3.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; Befolkningsprognoser .....	8
3.3.2 Kortsiktig befolkningsutvikling pr. aldersgruppe frem mot 2016.....	9
3.3.3 Endring av andel innbyggere pr. aldergruppe frem mot 2030 .....	10
<b>3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA – pleie og omsorg .....</b>	<b>12</b>
3.4.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; pleie og omsorg.....	12
3.4.2 Korrigerte netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over.....	14
3.4.3 Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon .....	15
3.4.4 Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning .....	15
3.4.5 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og over.....	16
3.4.6 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem .....	17
3.4.7 Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem .....	17
<b>3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester .....</b>	<b>19</b>
3.5.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune - Spesialisthelsetjenesten .....	19
3.5.2 Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere .....	21
3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og over .....	21
3.5.4 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere .....	22
3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år + .....	22
3.5.6 Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.....	23
3.5.7 Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere .....	23
3.5.8 Antall utskrivninger til kommunal institusjon pr. 1000 innbyggere .....	24
3.5.9 Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og over .....	25
3.5.10 Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe» .....	26
<b>3.6 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA – kommunehelse .....</b>	<b>27</b>
3.6.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; kommunehelse .....	27
3.6.2 Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene .....	28
3.6.3 Antall legeårsverk pr. 10 000 innbyggere (funksjon 241) .....	28
3.6.4 Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse, pr. innbygger.....	29
3.6.5 Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger .....	30

Vedlegg: Oversikt over samhandlingsprosjekter i Finnmark 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.

Vedlagt finnes det en enkel oversikt over de samhandlingsprosjektene i Finnmark fylke kommuner 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 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 vurdering befolkning	Nettoutgift PLO pr. innb 80 år korr. for brukere hjemmetj. < 67	Samlet vurdering spesialisthelse
Alta	●	▲	●
Berlevåg	▲	●	▲
Båtsfjord	▲	●	●
Tana	▲	▲	▲
Gamvik	▲	●	▲
Kautokeino	▲	▲	●
Hammerfest	●	▲	▲
Hasvik	▲	▲	▲
Karasjok	▲	▲	●
Kvalsund	◆	◆	▲
Lebesby	●	●	▲
Loppa	▲	▲	●
Måsøy	▲	◆	◆
Nordkapp	●	▲	▲
Porsanger	▲	▲	●
Sør-Varanger	●	▲	◆
Nesseby	●	●	▲
Vadsø	●	▲	●
Vardø	▲	▲	▲

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

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

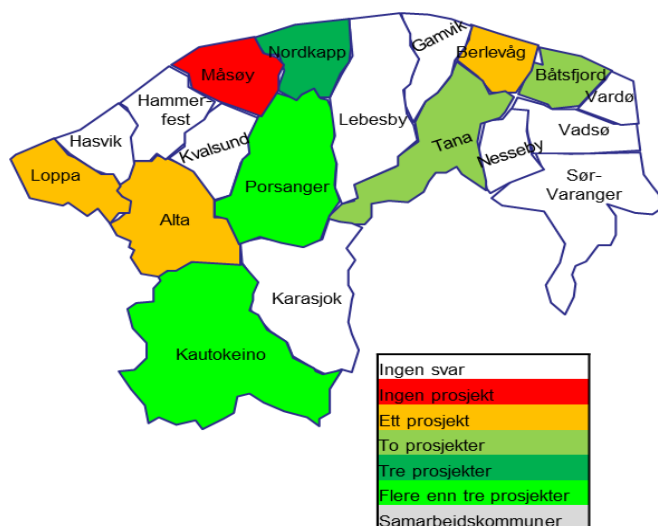
- «Rød firkant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en større utfordring
- «Gul trekant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en moderat utfordring
- «Grønn ring»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en lavere utfordring

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 Finnmark fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter



I Finnmark fylke er det 73 417 innbyggere (pr. 31.12.2010). Det er Norges nordligste og største fylke i utstrekning, men det er det minste i folketall. Fylket er hele 12,9 % større enn Danmark. Finnmarksvidda dekker 36 % av flatevidda.

Finnmark grenser til Troms i vest, til Lapplands län i Finland i sør og til Murmansk oblast i Russland i øst. Fylket består av 19 kommuner.

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 %.

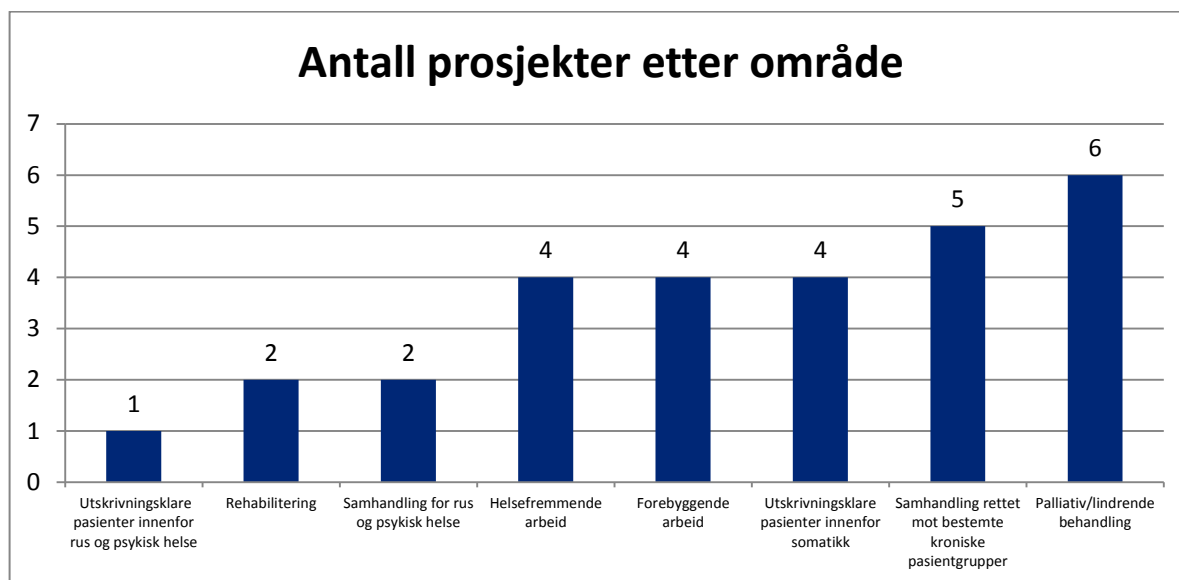
Kartet ovenfor gir en sammenfatning og oppsummering av hovedfunnene for Finnmark. 9 av 19 kommuner (47 %) i fylket svarte på undersøkelsen.

Alta og Nordkapp har fått tildelt prosjektmidler fra HOD og startet opp prosjekter. Hasvik, Sør-Varanger og Vadsø har fått tildelt midler, men ikke svart på undersøkelsen og vi vet ikke om det er startet opp prosjekter i denne kommunen. Båtsfjord, Tana, Berlevåg, Porsanger, Kautokeino og Loppa har startet opp prosjekter uten å ha fått midler.

7 av de 9 kommunene som har svart på undersøkelsen har fremhevet ett eller flere samhandlingsprosjekter. 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/>

### 3.2 Igangsatte prosjekter fordelt etter prosjektets område



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

Kommunene i Finnmark som svarte på den landsdekkende undersøkelsen, har totalt igangsatt 28 samhandlingsprosjekter. I gjennomsnitt har hver kommune igangsatt 1,2 prosjekter.

Figuren viser at området med flest antall igangsatte prosjekter er «Palliativ/lindrende behandling».

Prosjekter innenfor «Utskrivningsklare pasienter innenfor rus og psykisk helse» er for tiden underrepresentert.

### 3.3 Befolkningsprognoser

Befolknings sammensetning og – utvikling i seg selv innebærer ikke en større eller mindre utfordring for kommunen. For kommunen kan det være like krevende å redusere kommunalt tilbud for eldre, dersom denne befolkningsgruppen viser en negativ endring fra 2011 til 2030 enn for kommuner som skal 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 sammensatt med andre nøkkeltall (f.eks. forbruk av helsetjenesten, dekningsgrad på sykehjem, mm.), kan det innebærer en større utfordring i fremtiden.

#### 3.3.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; befolkningsprognoser

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

Tabellen viser at én kommune har en større utfordring (markert ved rød firkant), enn andre kommuner i Finnmark i forhold til befolkningsutviklingen blant den eldre delen av befolkningen. I elleve av kommunene kan utfordringen tolkes som moderat (markert ved gul trekant), mens i syv kommuner kan utfordringsbildet tolkes som lavt i forhold til de andre kommunene i 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
Alta	●	●	●	▲	●
Berlevåg	▲	▲	◆	▲	▲
Båtsfjord	▲	▲	▲	▲	▲
Tana	▲	●	▲	▲	▲
Gamvik	▲	◆	▲	▲	◆
Kautokeino	▲	▲	▲	◆	▲
Hammerfest	●	●	●	●	●
Hasvik	▲	▲	◆	▲	▲
Karasjok	▲	●	▲	◆	●
Kvalsund	◆	◆	◆	▲	◆
Lebesby	●	●	▲	●	●
Loppa	▲	▲	●	▲	▲
Måsøy	▲	●	◆	▲	◆
Nordkapp	●	●	▲	▲	●
Porsanger	▲	▲	▲	◆	▲
Sør-Varanger	●	●	●	●	●
Nesseby	●	●	●	●	●
Vadsø	●	●	▲	●	●
Vardø	▲	▲	▲	◆	▲

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

Første kolonne i tabellen over gir en enkel oppsummering av samlet utfordringsbilde i forhold til disse befolkningsprognosene. Skår i samlet vurdering baserer seg på de underliggende utvalgte indikatorer innen område befolkning hvor endring i andel innbyggere i aldersgruppen 80 - 89 år 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 pr. aldersgruppe frem mot 2016**

Den kortsiktige betraktningen av befolkningsprognosen frem mot 2016 viser en negativ vekst i alle kommuner i Finnmark fylke for innbyggere 0-66 år. Andelen i denne befolkningsgruppen reduseres i gjennomsnitt med to prosentpoeng fra 2011.

De tre kommunene med størst reduksjon for aldersgruppen 0-66 år er Kvalsund (-6 %), Vardø og Porsanger (begge – 4%).

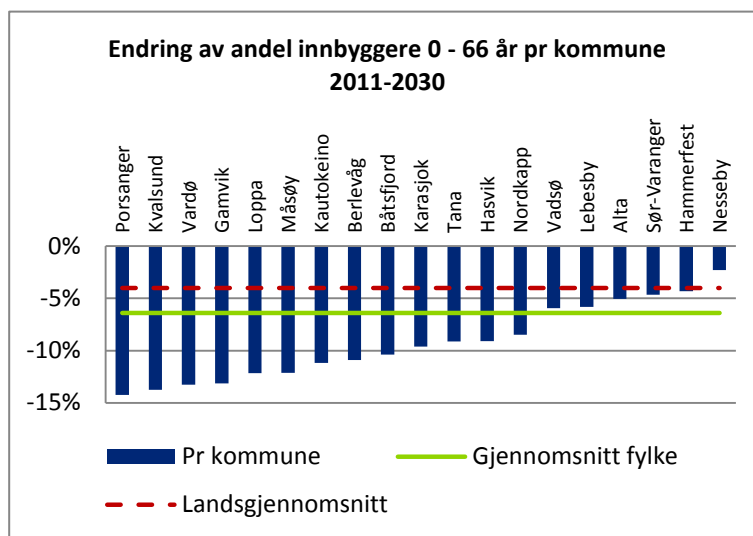
Andelen innbyggere i aldersgruppen 67 og 79 år viser, i den kortsiktige betraktningen frem mot 2016, en positiv vekst på to prosentpoeng for Finnmark fylke. Gamvik og Kvalsund kommune er blant de tre kommunene med den største veksten også i denne aldersgruppen.

Andelen av befolkningen i aldersgruppen 80 år og over vil frem mot 2016 øke med ett prosentpoeng for Finnmark fylke totalt sett.

### 3.3.3 Endring av andel innbyggere pr. aldersgruppe frem mot 2030

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

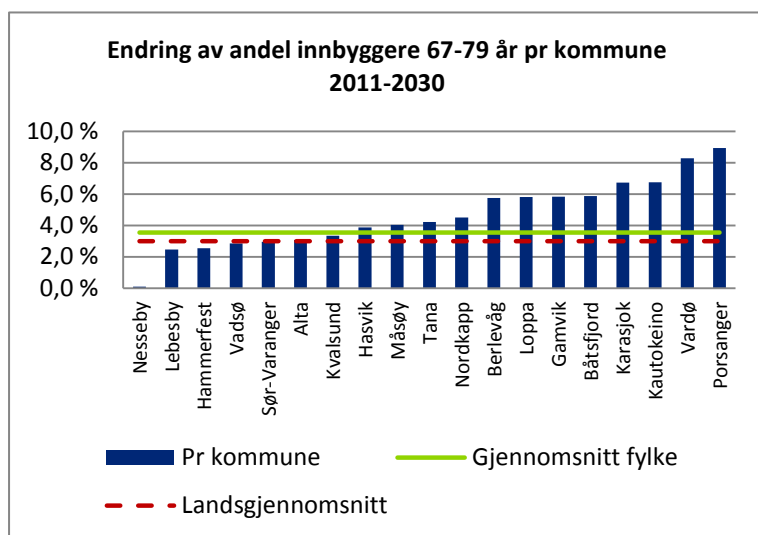
Andelen innbyggere mellom 0-66 år vil i alle kommuner i Finnmark fylke være lavere i 2030 enn i 2011. Reduksjonen i andelen varierer fra -14 % i Porsanger og Kvalsund til -2 % i Nesseby kommune. Totalt sett for Finnmark fylke vil andelen innbyggere 0-66 år være 6 % lavere i 2030 enn i 2011. Reduksjonen av andelen er 2 % større enn for Norge samlet sett. Seks kommuner i Finnmark fylke har en lavere endring enn gjennomsnittet for fylket.



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

Poranger (-14 %), Kvalsund (-14 %) og Vardø (-13 %) er de tre kommunene med den største reduksjonen i andelen innbyggere 0-66 år i Finnmark fylke.

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



Figur 3: Endring i andel innbyggere 67 - 79 år i befolkningen fra 2011 - 2030, SSB, 2011

Andelen innbyggere mellom 67-79 år vil i alle kommuner i Finnmark fylke være høyere i 2030 enn i 2011. Figuren viser at veksten vil variere fra 0,1 % i Nesseby kommune til 9 % i Porsanger kommune.

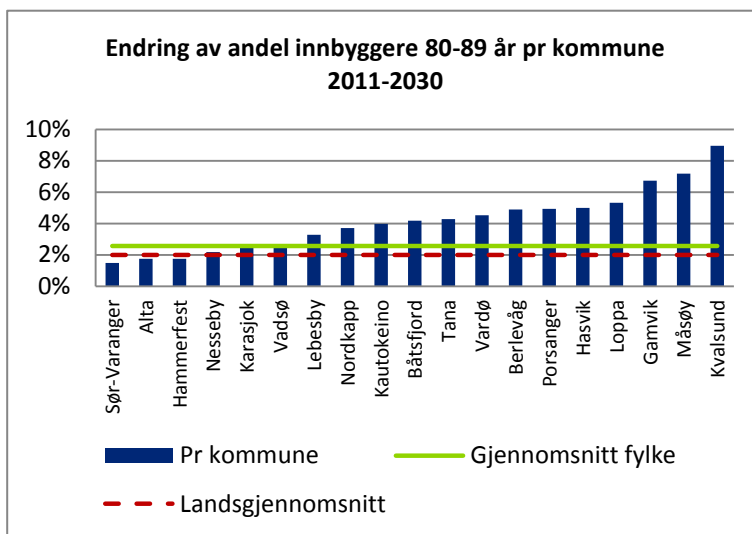
Totalt sett for Finnmark fylke vil andel innbyggere 67-79 år være 4 % høyere i 2030 enn i 2011. Den prosentuelle veksten ligger litt over veksten for hele Norge. Seks kommuner har en lavere enn gjennomsnittet for fylket.

Porsanger (9 %), Vardø (8 %) og Kautokeino (7 %) er de tre kommunene som har den høyeste veksten i andel innbyggere fra 67-79 år i Finnmark fylke. Nesseby kommune har også den største reduksjonen i befolkningsgruppen mellom 0-66 år.

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

Alle kommuner i Finnmark fylke viser en vekst i andel innbyggere 80-89 år fra 2011 – 2030.

Figuren viser at veksten varierer fra 1 % i Sør-Varanger kommune til 9 % i Kvalsund kommune. Totalt sett for Finnmark fylke vil andel innbyggere i 80-89 år øke med 3 %. Til sammenligning er prognosene for Norge samlet sett en vekst på 2 %. Seks kommuner har en lavere vekst i andel innbyggere 80-89 år, enn gjennomsnittet for fylket.



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

Kvalsund (4 %), Måsøy (7 %) og Gamvik (7 %) er de tre kommunene med den største veksten i andel innbyggere 80 – 89 år.

## Endring av andel innbyggere 90 år + i perioden 2011 – 2030

Andel innbyggere 90 år og over vil være tilnærmet uendret frem mot 2030. Det er ingen kommuner som har negativ vekst for denne befolkningsgruppen. Vardø har den største økningen med en vekst på 0,5 %. Gjennomsnittet for fylket er en vekst på 0,3 %. Til sammenligning ligger landsgjennomsnittet på 0,04 % økning.

### 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 omsorgstjenestene er rettet mot eldre (67 år og over): Derfor er det viktig å se dagens situasjon i kommunen i sammenheng med befolkningsutviklingen som er beskrevet i kapittel 3.3 «Befolkningsprognoser». Kommuner som i dag har en utfordring i sin tjenesteproduksjon og samtidig har en vekst i andel eldre fra 2011 – 2030, vil mest sannsynlig 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 totalt sett 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.

To kommuner (markert med rød firkant) har ut fra tabellen nedenfor en større utfordring innen pleie og omsorg enn gjennomsnittet for fylket. Samtidig har disse kommunene en større utfordring i underliggende indikatorene innen pleie og omsorg.

Kommunenavn	Indikator pleie og omsorg					
	Nettutgift 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
Kvalsund	♦		♦			
Måsøy	♦	♦	♦	●	♦	▲
Vadsø	▲	♦	●	●	●	●
Loppa	▲	▲	●	▲	▲	▲
Porsanger Porsán	▲	▲	●	●	♦	▲
Hasvik	▲	●	♦	♦	●	♦
Hammerfest	▲	▲	♦	▲	♦	♦
Vardø	▲	▲	♦	▲	♦	♦
Sør-Varanger	▲	▲	♦	▲	♦	▲
Alta	▲	▲	♦	▲	▲	♦
Deatnu Tana	▲	●	♦	▲	♦	♦
Kárásjohka Karas	▲	▲	▲	●	♦	♦
Guovdageaidnu K	▲	●	▲	●	▲	♦
Nordkapp	▲	▲	♦	●	▲	♦
Båtsfjord	●	▲	▲	▲	♦	♦
Unjárga Nesseby	●	●	♦	▲	♦	♦
Berlevåg	●	♦	♦	●	♦	▲
Lebesby	●	♦	♦	♦	▲	♦
Gamvik	●	●	♦	▲	♦	♦

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

Utfordringen innen pleie og omsorg kan ut i fra denne analysen tolkes som moderat i tolv kommuner i Finnmark og i fem kommuner kan den tolkes som lav.

I tabellen vises utfordringsbilde pr. kommune innenfor området «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». Snitt alle kommuner er gjennomsnittet for de 412 kommunene som har fullt datasett/tall og som er tatt med i tabellen. 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 over

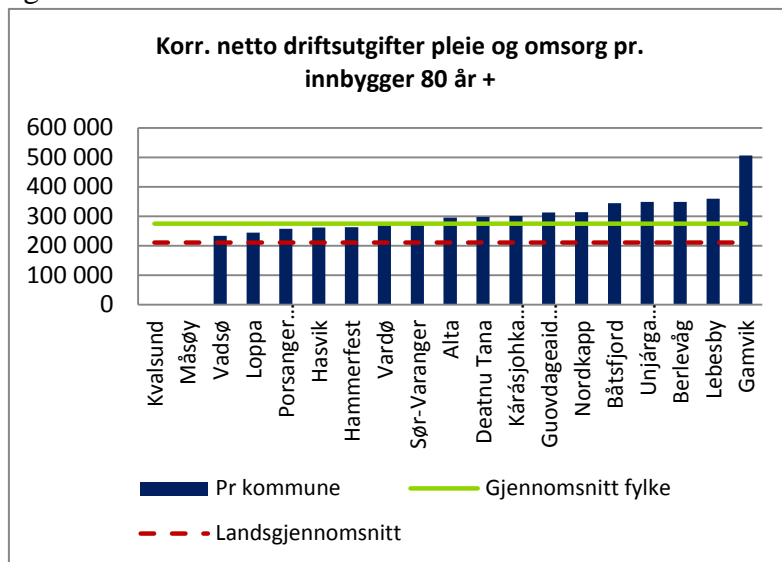
Indikatoren viser nettoutgiftene til andelen eldre i pleie- og omsorg pr. innbyggere 80 år og over. Utgifter til hjemmetjenester til brukere under 67 år er trukket ut fra de samlede nettoutgiftene til pleie- og omsorg. Indikatoren gir derfor et mer fullstendig bilde av det samlede ressursgrunnlaget til eldreomsorg i hver kommune.

Utgifter til brukere av hjemmetjenester under 67 år er i stor grad knyttet til tiltak for funksjonshemmede.

Snitt alle kommuner er gjennomsnittet for de 412 kommunene som har fullt datasett/tall og som er tatt med i tabellen.

Korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år og over er kr. 64 628 høyere enn landsgjennomsnittet.

Gjennomsnittlige korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år og over for Finnmark fylke er kr. 275 601.



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

Figuren viser at det er ni kommuner i Finnmark som har lavere korrigerte netto driftsutgifter enn gjennomsnittet i fylket.

Gamvik (506 965), Lebesby (360 240) og Berlevåg (349 392) er de tre kommunene med de høyeste korrigerte netto driftsutgiftene pr. innbygger 80 år og over.

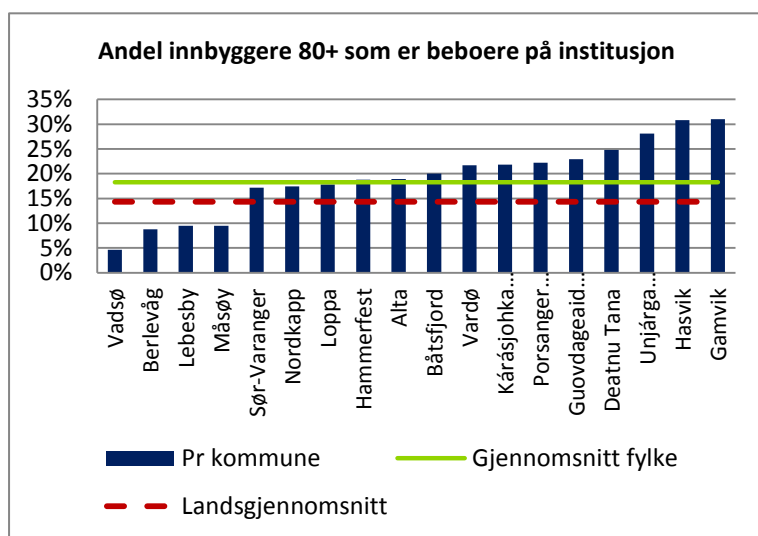
Kommunene Kvalsund og Måsøy har innrapportert at de har kr 0 i korrigerte netto driftsutgifter for pleie og omsorg pr. innbygger over 80 år.

### 3.4.3 Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon

Indikatoren viser dekningsgraden i institusjoner for personer 80 år og over 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.

Indikator 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 over som er beboere på institusjon, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Bortsett fra Kvalsund kommune har alle kommuner i Finnmark fylke innrapportert tall til SSB.

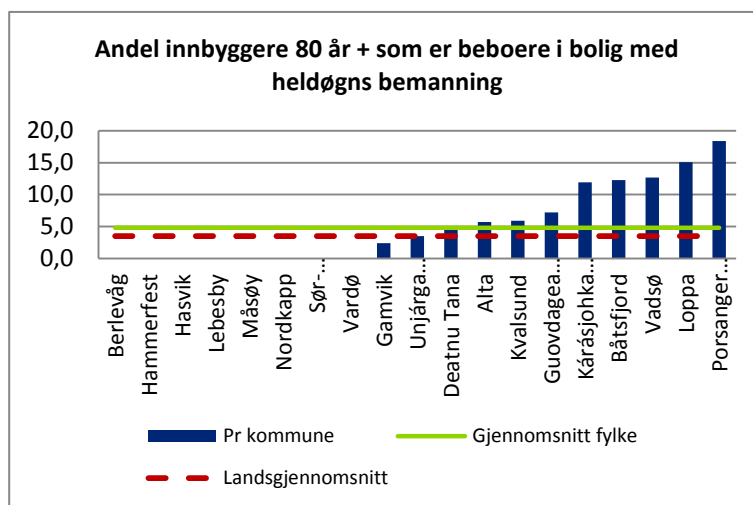
Finnmark fylke har en dekningsgrad på 18 % for innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon.

Andelen er 4 prosent over gjennomsnittet for hele landet. Ti kommuner har en høyere dekningsgrad enn gjennomsnittet for hele fylket og det er kun fire kommuner i Finnmark (22 %) som har en lavere dekningsgrad enn gjennomsnittet for hele landet.

Gamvik og Hasvik kommune har de høyeste dekningsgradene (31 %), mens Vadsø kommune har den laveste (5 %).

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

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



Figur 1: Andel innbyggere 80 år og over som er beboere i bolig med heldøgns bemanning, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Alle kommuner i Finnmark har innrapportert tall til SSB. Andel av innbyggere 80 år og over som er beboere i heldøgns bemanning er 4,8 %. Den ligger 1,3 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet.

Det er ti kommuner som har en lavere andel enn gjennomsnittet for Finnmark fylke.

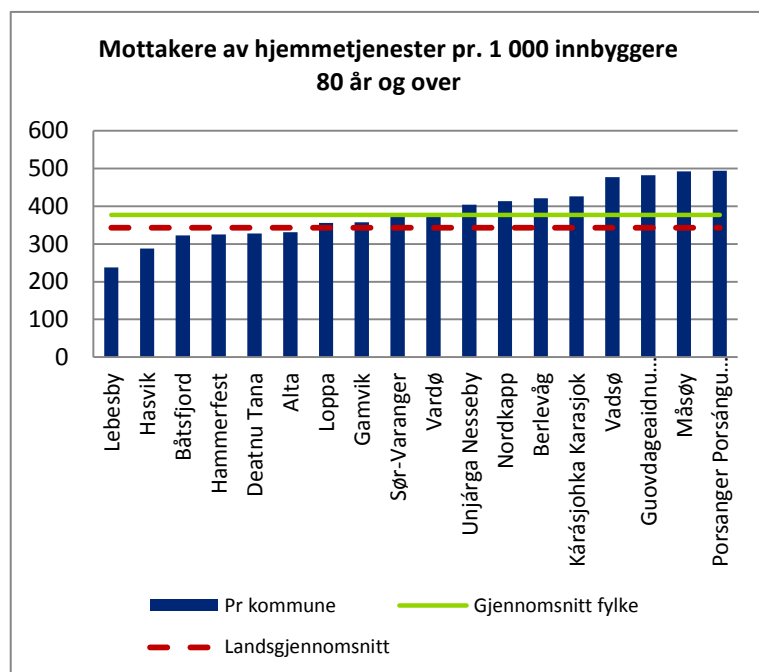
De tre kommunene med den høyeste andelen er Porsanger (18,4 %), Loppa (15,1 %) og Vadsø (12,7 %). I 8 av kommunene bor ingen innbyggere 80 og over i bolig med heldøgns bemanning.

Av de kommunene som har innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning har Gamvik (2,4 %) og Unjarga Nesseby (3,5 %) den laveste andelen.

### 3.4.5 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og over

Indikatoren viser mottakere av hjemmetjenester i hjemmet 80 år og over 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 +, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Bortsett fra Kvalsund kommune har alle kommuner i Finnmark fylke innrapportert tall til SSB.

Av de kommunene i Finnmark som har innrapportert tall har alle kommunene innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester. I gjennomsnitt mottar 377 innbyggere hjemmetjenester i Finnmark.

Dette er 34 mottakere flere enn landsgjennomsnittet (343).

I ti kommuner mottar færre innbyggere 80 år og over hjemmetjenester enn gjennomsnittet for fylket.

De tre kommunene i Finnmark med høyest antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og over er Porsanger (494), Måsøy (492) og Kautokeino (482).

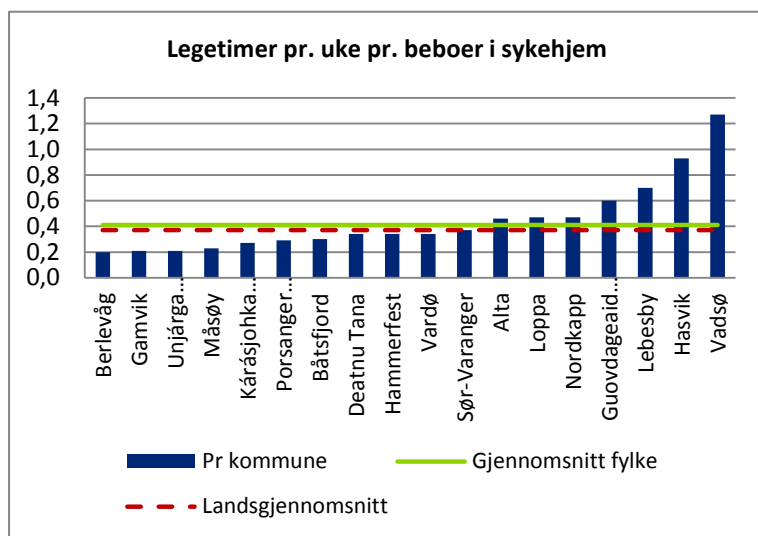


Lebesby (238), Hasvik (288) og Båtsfjord (323) er de tre kommunene i Finnmark med det laveste antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og over.

### 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.

Bortsett fra Kvalsund kommune har alle kommunene innrapportert tall til SSB og gjennomsnittlig får hver beboer i sykehjem 0,41 legetimer pr. uke.



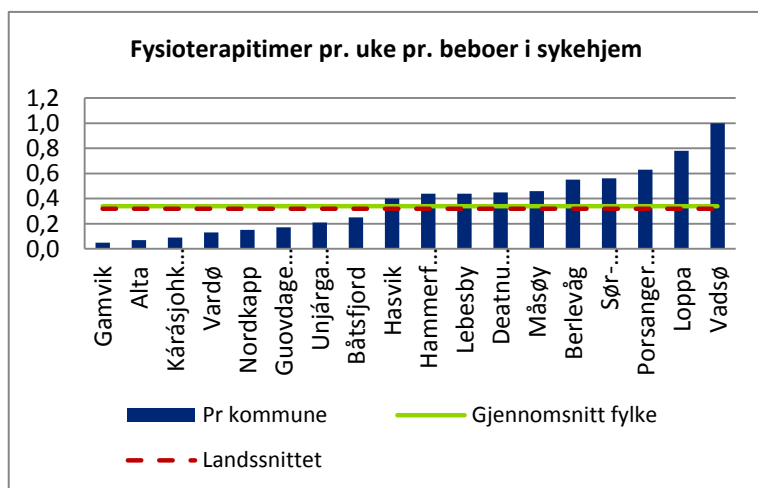
Gjennomsnittet for fylket ligger 0,04 legetimer høyere enn Fylkesgjennomsnittet for landsgjennomsnittet. I elleve kommuner er gjennomsnittlig antall legetimer pr. beboer pr. uke i sykehjem lavere enn gjennomsnittet for fylket.

Figuren viser at i Vadsø (1,3) er gjennomsnittlig antall legetime pr. beboer pr. uke i sykehjem høyest, mens de i kommunene Berlevåg, Gamvik og Unjárga Nesseby (0,2) er lavest.

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 timer av fysioterapeut pr. uke pr. beboer i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.



Bortsett fra Kvalsund kommune har alle kommuner i Finnmark fylke innrapportert tall til SSB. Gjennomsnittlig antall fysioterapitimer pr. beboer pr. uke i sykehjem for fylket er 0,34 timer. Dette er 0,2 timer høyere enn landsgjennomsnittet.

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

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

Vadsø (1,0), Loppa (0,8) og Porsanger (0,6) er de tre kommunene i Finnmark som har det høyeste antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem. Vadsø kommune har også det høyeste antall legetime pr. uke pr. beboer i sykehjem.

De kommunene som bruker færrest fysioterapitimer pr. beboer pr. uke er Gamvik, Alta og Karasjok som alle bruker 0,1 timer.

### 3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester

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

- Før
  - I stedet for
  - Etter
- } sykehusopphold

Indikatorerne i dette kapittelet er valgt ut for å gi et bilde av utfordringene kommunene står overfor i forhold til forbruket av sykehus tjenester 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 området «spesialisthelsetjenesten» ved bruk av trafikkllys.

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 to kommuner i Finnmark (markert med rød firkant) en større utfordring i forhold til spesialisthelsetjenesten enn gjennomsnittet for fylket.

Kommunenavn	Samlet vurdering	Forbruksrate	Andel eldre	Reinnleggelse med opphold	Antall utskrivinger komm. inst.
Alta	●	▲	●	●	◆
Berlevåg	▲	▲	▲	▲	▲
Båtsfjord	●	▲	●	●	◆
Deatnu Tana	▲	▲	●	●	▲
Gamvik	▲	◆	●	◆	◆
Kautokeino	●	●	●	●	▲
Hammerfest	▲	▲	▲	▲	▲
Hasvik	▲	◆	●	▲	▲
Karasjok	●	●	●	●	▲
Kvalsund	▲	◆	●	▲	▲
Lebesby	▲	◆	▲	▲	▲
Loppa	●	▲	●	●	●
Måsøy	◆	▲	▲	◆	◆
Nordkapp	▲	▲	●	▲	◆
Porsanger	●	●	●	●	▲
Sør-Varanger	◆	◆	◆	▲	◆
Nesseby	▲	▲	◆	●	▲
Vadsø	●	●	●	●	●
Vardø	▲	◆	●	●	◆

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:

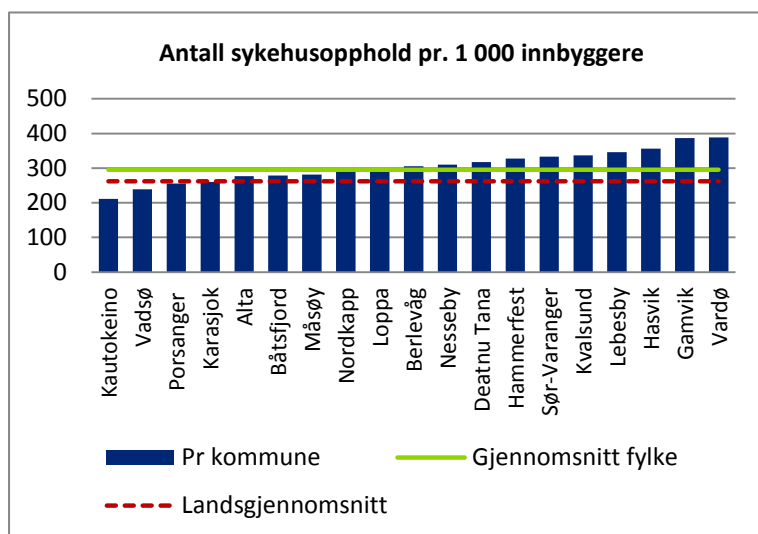
- Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere
- Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og over
- Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere
- Andel av liggedager for innbyggere 80 år og over
- Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere
- Antall reinnleggelser etter 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. 1 000 innbyggere.



Forbruksraten for spesialisthelsetjenesten målt i antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere for Finnmark fylke er 295 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere.

Forbruksraten ligger på 33 opphold høyere enn landsgjennomsnittet.

Forbruksraten varierer fra 211 sykehusopphold/ 1000 innb. i Kautokeino kommune til 388 sykehusopphold/1000 innb. i Vardø kommune.

Figur 5: Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr 1000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

Vardø (388), Gamvik (386) og Hasvik (356) er de tre kommunene med den høyeste forbruksraten. Kautokeino (211), Vadsø (238) og Porsanger (256) er de tre kommunene med den lavest forbruksraten i Finnmark fylke.

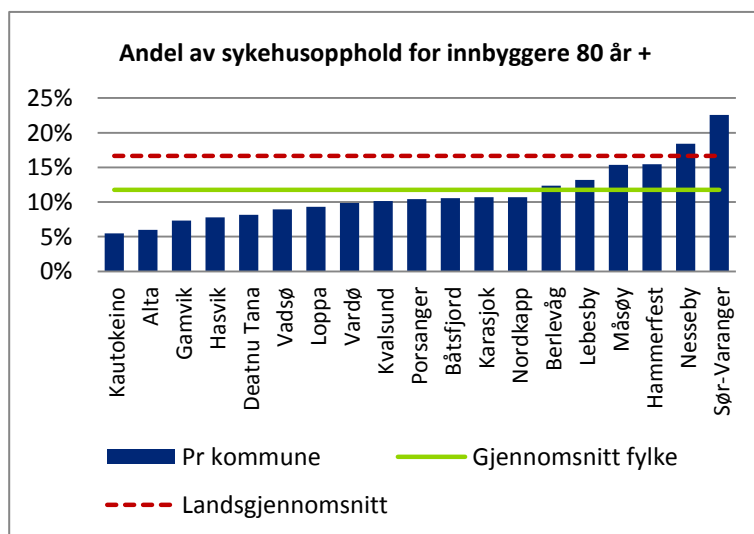
### 3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og over

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

I Finnmark fylke står innbyggere i aldersgruppen 80 og over i gjennomsnitt for 12 % av sykehusoppholdene. Andelen er 5 % lavere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 5 % i Kautokeino til 23 % i Sør-Varanger kommune.

Sør-Varanger (23 %), Nesseby (18 %) og Hammerfest (15 %) er de tre kommune med den høyeste andelen av sykehusopphold for innbyggere 80 år og over.

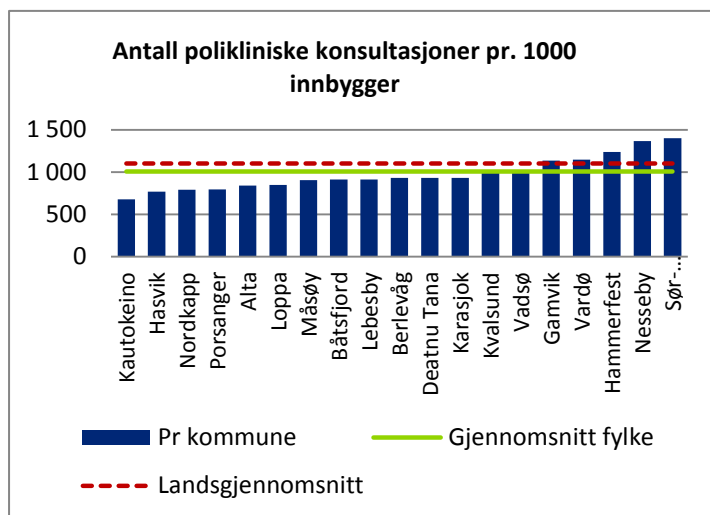


Figur 12: Andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år+, 2010, Norsk pasientregister

Kautokeino (5 %), Alta (6 %) og Gamvik (7 %) er de tre kommunene med den laveste andelen av sykehusopphold for innbyggere 80 år og over.

### 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. Ifølge 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 Finnmark fylke er 1 007 konsultasjoner/1000 innb.

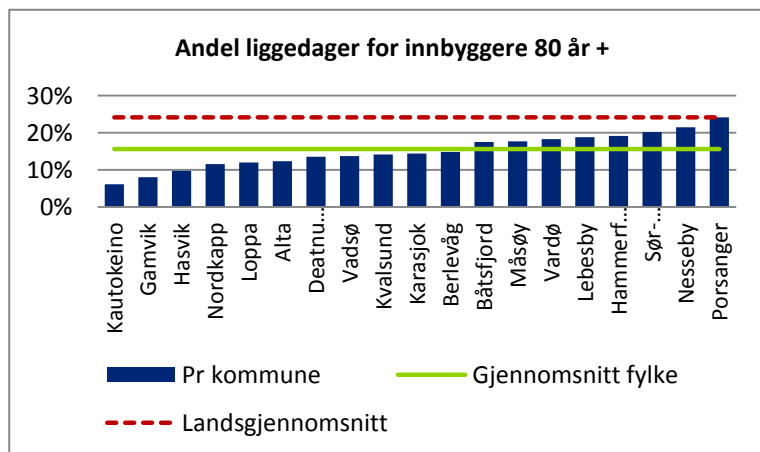
Forbruksraten for fylket ligger 97 konsultasjoner lavere enn landsgjennomsnittet pr. 1000 innbyggere. Figuren viser at raten varierer fra 676 kons./1000 innb. i Kautokeino kommune til 1 403 i Sør-Varanger kommune.

Figur 63: Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

Sør-Varanger (1 403), Nesseby (1 367) og Hammerfest (1 237) er de tre kommunene med den høyeste forbruksraten. Kautokeino (676), Hasvik (771) og Nordkapp (793) er de tre kommunene med den laveste forbruksraten i Finnmark fylke.

### 3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år +

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



I Finnmark fylke står innbyggere på 80 år og over i gjennomsnitt for 16 % av totalt antall liggedager.

Andelen er 8 % lavere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 6 % i Kautokeino kommune til 24 % i Porsanger kommune.

Figur 7: Andel av liggedager for innbyggere 80 år+, 2010, Norsk pasientregister

Porsanger (24 %), Nesseby (21 %) og Sør-Varanger (20 %) er de tre kommunene med høyeste andel av liggedager for innbyggere 80 år og over. Kautokeino (6 %), Gamvik (8 %) og Hasvik (10 %) er de tre kommunene i Finnmark fylke med lavest andel av liggedager for innbyggere på 80 år og over.

### 3.5.6 Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere

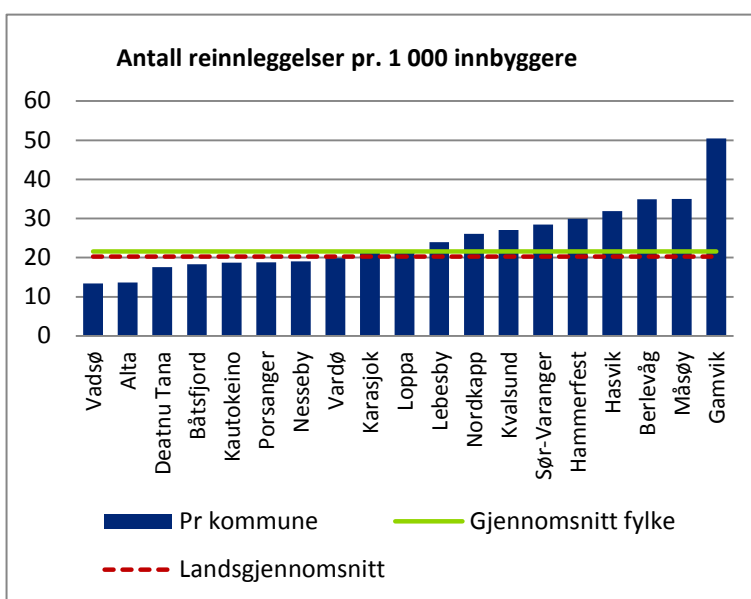
Det vises antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere etter foregående sykehusopphold. Dette kan enten være en medisinsk eller en kirurgisk behandling

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 Finnmark fylke er 22 reinnleggelser/1000 innbyggere. Til sammenligning ligger landsgjennomsnittet på 20 reinnleggelser/1000 innbyggere.

Frekvensen varierer fra 13 reinnleggelser/1000 innb. i Vadsø kommune til 50 reinnleggelser/1000 innb. i Gamvik kommune.

Vadsø (50), Måsøy og Berlevåg (begge 35) er de tre kommunene med høyeste antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.

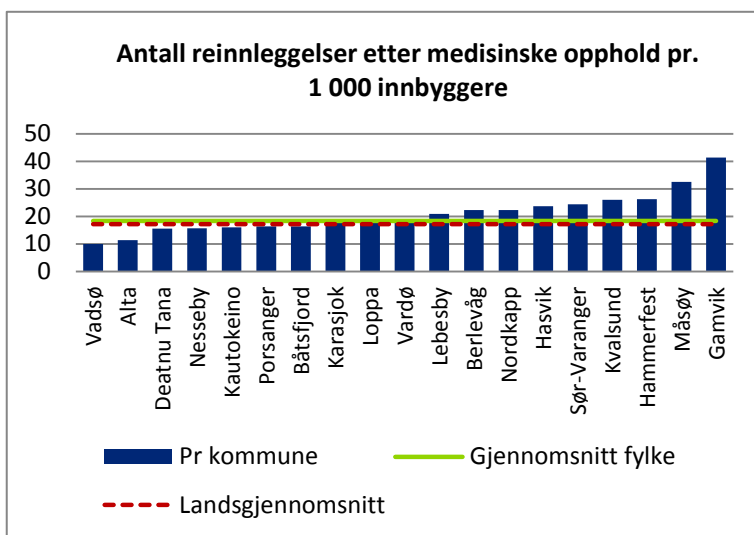


Figur 8: Antall reinnleggelser pr. 1 000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

Vadsø (13), Alta (14) og Tana (18) er de tre kommunene med færrest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Finnmark fylke.

### 3.5.7 Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere

Indikatoren viser antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere. Medisinsk opphold er definert som et opphold med en medisinsk DRG. Et stort antall av sammensatte lidelse og kroniske sykdommer har en medisinsk DRG og i samhandlingsreformen skal det legges vekt på et godt behandlingsforløp for denne pasientgruppen.



Reinnleggelsesfrekvensen etter medisinsk opphold for Finnmark fylke er 18 reinnleggelser/1000 innbyggere. Til sammenligning er landsgjennomsnittet 17 reinnleggelser/1000 innbyggere.

Frekvensen varierer fra 10 reinnleggelser/1000 innbyggere i Vadsø kommune til 41 reinnleggelser/1000 innbyggere i Gamvik kommune.

Figur 16: Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1 000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

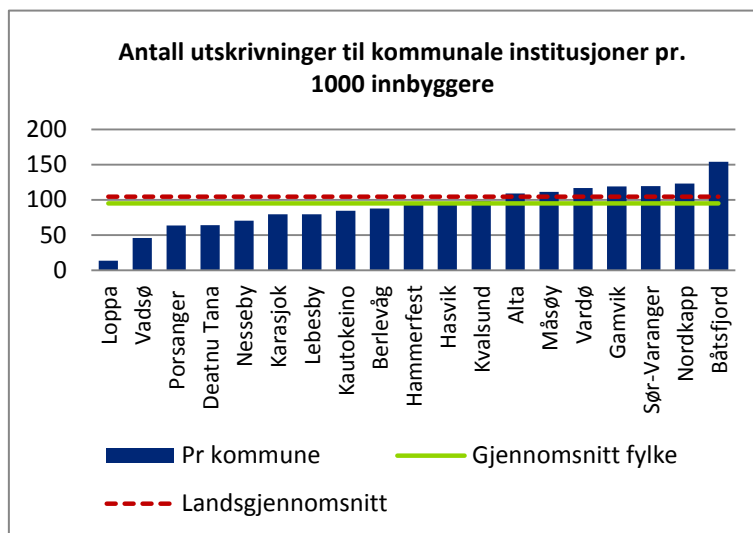
Gamvik (41), Måsøy (33) og Hammerfest (26) er de tre kommunene med høyest antall reinnleggelser/1000 innbyggere. Vadsø (10), Alta (11) og Tana (16) er de tre kommunene med færrest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Finnmark fylke.

### 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.

Utskrivningsfrekvens til kommunal institusjon for Finnmark fylke ligger på 95 utskrivninger pr. 1000 innbyggere. Dette er 10 utskrivninger færre enn landsgjennomsnittet.

Figuren viser at frekvensen varierer fra 14 utskrivninger/1000 innbyggere i Loppa kommune til 154 utskrivninger/1000 innbyggere i Båtsfjord kommune.



Figur 9: Antall utskrivninger pr. 1 000 innbyggere til kommunal institusjon, 2010, Norsk pasientregister

Båtsfjord (154), Nordkapp (123) og Sør-Varanger (119) er de tre kommunene med flest antall utskrivninger/1000 innbyggere til kommunal institusjon. Loppa (14), Vadsø (46) og Porsanger (63) er de tre kommunene i Finnmark fylke med færrest utskrivninger/1000 innbyggere til kommunal institusjon. Loppa kommune skiller seg markant ut med hele 32 færre utskrivninger/1000 innbygger enn kommunen som ligger nest lavest, Vadsø.



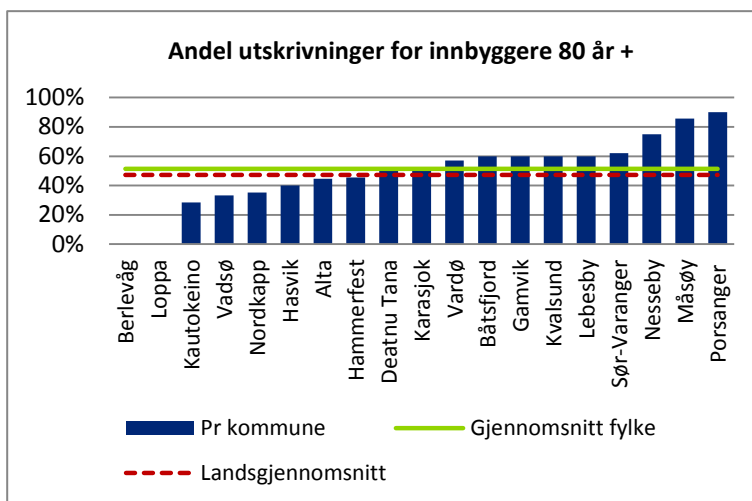
### 3.5.9 Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og over

Innbyggere i aldersgruppen 80 år og over 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 Finnmark fylke står aldersgruppen 80 og over for 51 % av utskrivningene til kommunal institusjon. Andelen er 4 % høyere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 0 % i kommunene Loppa og Berlevåg, til 90 % i Porsanger kommune. Måsøy (86 %) og Nesseby (75 %) er de kommunene med høyest andel av utskrivninger til

kommunal institusjon for innbyggere 80 år og over.



Figur 18: Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år+, 2010, Norsk pasientregister

Foruten kommunene Loppa og Berlevåg, er Kautokeino (29 %), Vadsø (33 %) og Nordkapp (35 %) de kommunene i Finnmark fylke med lavest andel utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og over.

Helseforetakets registreringspraksis på utskrivingssted er veldig varierende og det skal legges vekt på at datakvaliteten på denne indikator vurderes som ikke tilfredsstillende fra Helsedirektoratet. Tallene som er presentert bør derfor betraktes og tolkes forsiktig og eventuelle tiltak ut i fra resultatet bør i forkant diskuteres med helseforetaket for å kvalitetssikre tallene.

### 3.5.10 Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe»

I tabellen nedenfor vises antall pasienter pr. 1000 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 hoveddiagnosegruppe 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	Urinvveisinfeksjon	Lungebetennelse	Forstoppelse	Diabetes	Parkinsons/ Alzheimers sykdom	Brystsmerter
Alta	2,3	0,5	14,5	5,1	0,6	0,4	1,4	6,5	1,0	5,6
Berlevåg	11,6	0,0	19,4	6,8	1,9	1,0	1,0	10,7	0,0	7,8
Båtsfjord	9,7	0,5	17,4	7,7	1,4	0,0	1,4	16,9	1,4	8,2
Deatnu Tana	6,9	0,3	22,1	5,5	1,4	0,0	1,7	12,8	2,4	5,2
Gamvik	12,1	3,0	22,2	17,2	2,0	1,0	1,0	6,1	5,0	12,1
Kautokeino	5,8	0,3	11,2	4,1	1,7	0,3	1,4	3,4	0,3	4,4
Hammerfest	6,0	0,9	21,3	5,4	0,9	0,7	1,5	11,4	1,5	8,6
Hasvik	10,3	2,1	17,5	5,1	0,0	0,0	1,0	14,4	1,0	15,4
Karasjok	6,1	1,8	17,7	5,4	0,4	2,5	1,8	3,3	0,7	5,1
Kvalsund	8,0	3,0	21,0	9,0	0,0	0,0	0,0	9,0	6,0	8,0
Lebesby	12,0	3,0	22,5	7,5	1,5	0,7	3,0	6,7	1,5	8,2
Loppa	7,4	2,8	17,6	5,6	0,9	0,9	0,0	6,5	1,9	10,2
Måsøy	9,8	0,8	27,7	3,3	3,3	0,8	2,4	4,9	2,4	3,3
Nordkapp	4,3	0,9	18,0	5,9	0,3	0,3	1,6	2,8	0,3	4,7
Porsanger	5,8	1,0	15,3	6,5	1,3	1,0	1,8	6,5	1,8	5,5
Sør-Varanger	6,4	2,2	18,6	5,5	1,6	0,3	1,8	17,7	0,6	6,2
Unjárga Nesseby	2,2	2,2	20,2	4,5	2,2	0,0	1,1	23,5	2,2	13,4
Vadsø	5,3	0,8	15,9	3,9	0,5	0,7	1,0	8,5	0,5	1,6
Vardø	8,1	0,0	26,5	9,5	1,4	0,5	2,4	18,9	1,4	10,9
Gjennomsnitt fylke	5,5	1,1	17,8	5,7	1,0	0,5	1,5	9,7	1,2	6,3
Landsgjennomsnitt	3,8	0,9	24,1	4,9	1,0	1,1	2,0	5,5	1,7	3,6

Tabell 6: Antall pasienter pr. 1 000 innbyggere pr hoveddiagnosegruppe, 2010, Norsk pasientregister

Fordelingen av antall pasienter pr. 1000 innbyggere innen de ti definerte hoveddiagnosegruppene, viser en høy grad av variasjon mellom kommunene i Finnmark fylke. De tre kommunene med høyest antall pasienter/1000 innbyggere er markert med rødt og de tre kommunene med færrest antall pasienter/1000 innbyggere i hver hoveddiagnosegruppe er markert med grønt.

## 3.6 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA – kommnehelse

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; kommnehelse

I tabellen under vises utfordringsbilde pr. kommune innenfor området «kommnehelse» ved bruk av trafikklys. Kommnehelsetjenester 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 kommnehelse			
	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
Hasvik	418	▲	●	◆
Berlevåg	434	▲	▲	◆
Gamvik	456	▲	●	▲
Kvalsund	476	▲	▲	◆
Loppa	486	▲	▲	◆
Lebesby	580	▲	▲	▲
Måsøy	580	●	●	●
Nordkapp	584	◆	●	▲
Guovdageaidnu Kautokeino	645	◆	▲	◆
Kárášjohka Karasjok	657	▲	●	▲
Båtsfjord	676	▲	●	▲
Porsanger Porsángu Porsanki	756	◆	●	▲
Deatnu Tana	773	◆	▲	▲
Vadsø	819	◆	▲	▲
Hammerfest	825	◆	●	●
Unjárga Nesseby	828	▲	◆	●
Alta	905	◆	▲	●
Sør-Varanger	1 040	◆	▲	●
Vardø		◆	●	▲

Tabell 7: Samlet utfordringsbilde pr. kommune; kommnehelse, 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 av fastlegelisten og kommunens utfordring i forbindelse med samhandlingsreform. 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 utfordringsbilde i kapittel 2, tabell 2, fordi det knyttes for mye usikkerhet til hvordan disse tallene skal tolkes i lys av samhandlingsreformen.

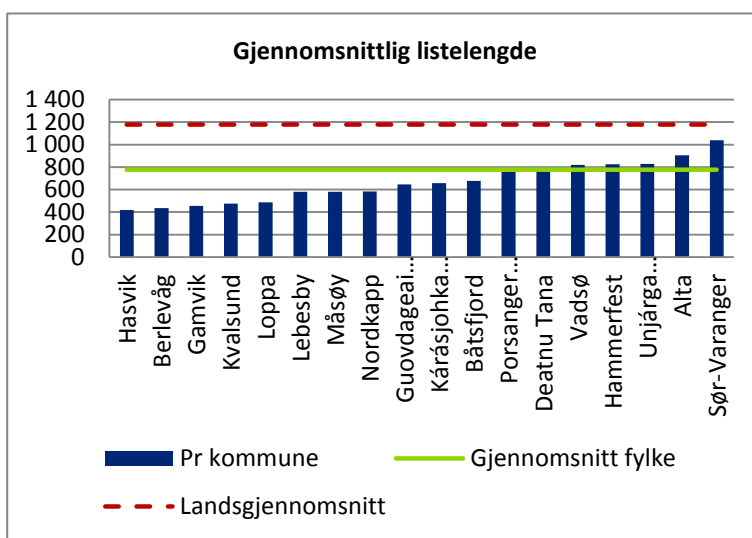
### 3.6.2 Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene

Indikatoren angir gjennomsnittlig antall pasienter på fastlegelistene i kommunen.

Bortsett fra Vardø kommune har alle kommunene i Finnmark innrapportert tall til SSB. Den gjennomsnittlige listelengden for fastlegene i Finnmark fylke (777) inneholder om lag 400 færre personer enn den gjennomsnittlige listelengden for hele Norge.

I 13 kommuner er den gjennomsnittlige listelengden kortere enn gjennomsnittet for fylket. Fastlegene i Sør-Varanger

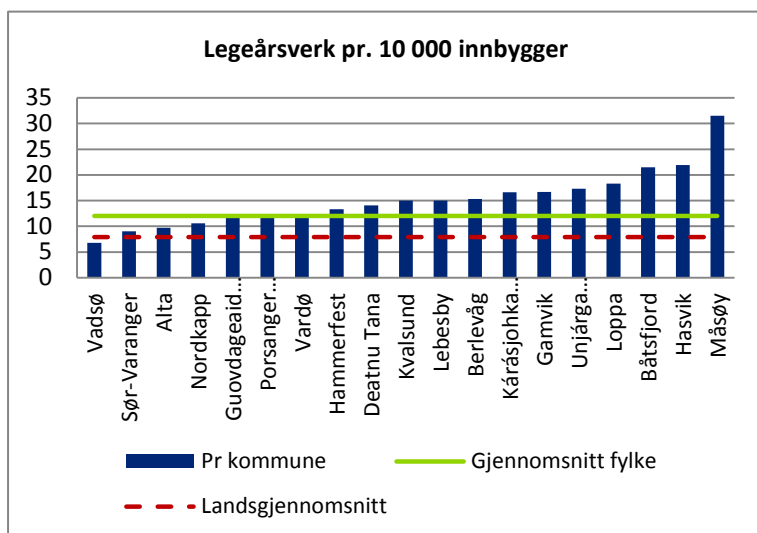
(1 040), Alta (905) og Unjarga (828) har gjennomsnittlig den lengste listelengden. Fastlegene i Hasvik (418), Berlevåg (434) og Gamvik (456) har gjennomsnittlig den korteste listelengden.



Figur 10: Gjennomsnittlig listelengde, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

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

Indikatoren viser legedekning (både kommunale 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.



Figur 11: Antall legeårsverk (funksjon 241) pr. 10 000 innbyggere, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

I Finnmark fylke er det i gjennomsnitt 12,0 legeårsverk pr. 10 000 innbyggere. Legedekningen er 4,1 årsverk høyere enn landsgjennomsnittet.

Figuren viser at det er fire kommuner som har en lavere legedekning enn gjennomsnittet i Finnmark fylke. Måsøy (32), Hasvik (22) og Båtsfjord (22) er de tre kommunene med den høyeste legedekningen i Finnmark. Vadsø (7), Sør-Varanger (9) og Alta (10) er de tre kommunene med den laveste legedekningen i Finnmark.

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

Indikatoren viser netto driftsutgifter pr. innbygger. Forebyggende arbeid er hovedsakelig Miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste og annet forebyggende arbeid etter kommunehelseloven.

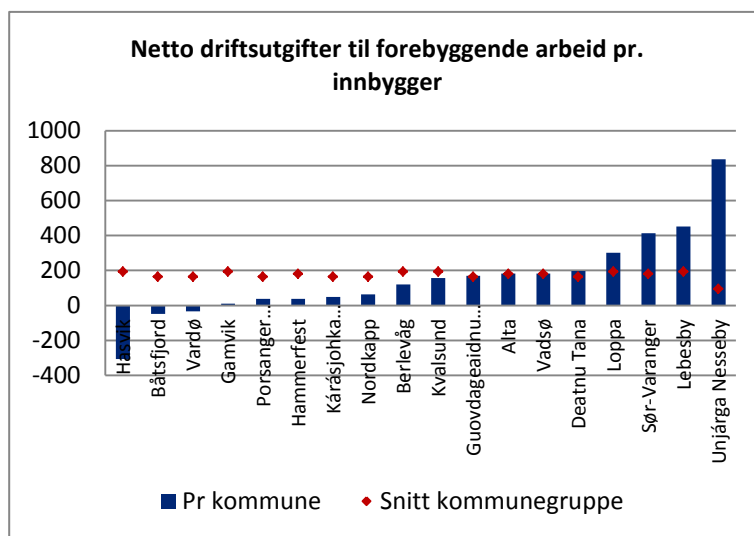
Bortsett fra Måsøy kommune har alle kommunene i Finnmark innrapportert tall til SSB.

Det gjennomsnittlige utgiftsnivået til forebyggende arbeid pr. innbygger i Finnmark fylke er kr. 167 pr. innbygger.

Nivået er kr. 57 høyere enn gjennomsnittlig nivå for hele Norge.

Figuren viser at ti kommuner har

et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittet for fylket. Unjarga Nesseby (kr. 837), Lebesby (kr. 452) og Sør-Varanger (kr. 413) er de tre kommunene i Finnmark med de høyeste netto driftsutgiftene til forebyggende arbeid pr. innbygger. Fem kommuner har høyere netto driftsutgifter til forebyggende arbeid enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe.

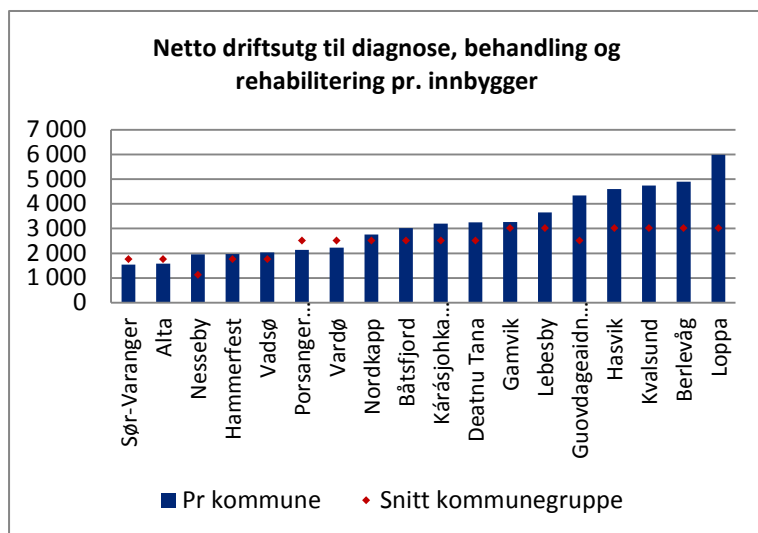


Figur 12: Netto driftsutgifter forebyggende arbeid (kommunehelse) pr. innbygger, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Flere av kommunene i Finnmark fylke ligger relativt tett opp til snittet for sin kommunegruppe, bortsett fra Unjarga Nesseby som har et avvik på kr. 670 mellom eget utgiftsnivå og gjennomsnittet for sin kommunegruppe.

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

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



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

Bortsett fra Måsøy kommune har alle kommunene i Finnmark innrapportert tall til SSB.

Det gjennomsnittlige utgiftsnivået for diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger i Finnmark fylke er kr. 2312. Nivået er kr. 999 høyere enn nivået for hele Norge.

Fire kommuner har et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittsnivået for fylket. Loppa (kr. 5 982), Berlevåg (kr. 4 903) og Kvalsund (kr. 4 741) er de tre kommunene i Finnmark fylke med

de høyeste netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger.

Det er fire kommuner som har høyere netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe. Sør-Varanger (kr 1 535), Alta (kr 1 573) og Unjarga Nesseby (1 960) er de tre kommunene med lavest netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger.

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

Kommune	Prosjektnavn	Prosjektbeskrivelse
2011 Guovdageaidnu Kautokeino	Kompetansesenter for primærhelse-/barnverntjenester	den samiske pasient - hvordan tilrettelegge tjenester til den samiske befolkning
2020 Porsanger Porsángu Porsanki	Utdannelse av helsepersonell sykepleiere mv	Utdannelse av helsepersonell sykepleiere mv
2025 Deatnu Tana	Ambulant tverrfaglig ungdomsteam	Et samarbeid mellom Helse Finnmark og tre kommuner i Øst Finnmark, målgruppe ungdom med rus og psykiatriproblematikk, mål å få til et lavterskeltidstilbud tilpasset ungdommenes behov.
2012 Alta	Videreutvikling av Altamodellen	Videreutvikling av Altamodellen  Utvikling av landets største og mest komplette lokalmedisinske senter  I tillegg utvikling av kommunalt diabetesteam til regionalt (interkommunalt diabetesteam)
2019 Nordkapp	Desentralisert terminal omsorg og kreftbehandling i Finnmark	Desentralisert terminal omsorg og kreftbehandling i Finnmark. Nettverksbygging mellom kommuner og mellom disse og foretaket om å gi et bedre og også mer lokalt tilgjengelig tilbud til kreftpasienter og ved terminale sykeleier.
2028 Båtsfjord	"Brobryggerprosjektet" -Gode pasientløp for kreftpasienter med vekt på palliativ behandling.	Sammendrag: Bedre pasientløp for terminale pasienter og kreftpasienter gjennom bruk av telematikk, nettverk og kompetanseheving på Båtsfjord helsesenter. Bruke 50 % sykepleier ressurs for å koordinere arbeidet med telematikk og nettverbygging. Bidra til at en sykepleier tar videreutdanning som kreftsykepleier ved UIT. Benytte denne kunnskapen også i forhold til andre terminalt syke. Bygge nettverk internt og spre kunnskapen gjennom å opprette faggruppe for lindrende behandling. Inngå samarbeid med: UIT kreftavdelingen, telematikknettet, overlege Tone Nordøy Knytte oss til prosjekt Desentralisert terminal omsorg og kreftbehandling i Finnmark, v. kommuneoverlege i Nordkapp, Erik Langfeldt Samarbeide med ISM, UIT om evaluering
2014 Loppa	Altamodellen	

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/>