



Deloitte.

Kommunenes utfordringer i samhandlingsreformen – innspill til diskusjon

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

Delrapport - Hedmark fylke



Oslo, 24. september 2012

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	2
1.1 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten	3
2. Samlet utfordringsbilde pr. kommune	3
3. Utfordringsbilde i lys av indikatorene pr. analyseområde	5
3.1 Hedmark fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter	5
3.2 Igangsatte prosjekter fordelt etter prosjektets område.....	6
3.3 Befolkningsprognoser	7
3.3.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune – befolkningsprognoser.....	7
3.3.2 Kortsiktig befolkningsutvikling frem mot 2016	8
3.3.3 Endring av andel innbyggere pr. aldersgruppe frem mot 2030.....	9
3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - pleie og omsorg.....	11
3.4.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; pleie og omsorg.....	11
3.4.2 Korrigerte netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over.....	13
3.4.3 Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	13
3.4.4 Andel innbyggere 80 år + i bolig med heldøgns bemanning	14
3.4.5 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 år og over.....	14
3.4.6 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	16
3.4.7 Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem.....	16
3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester	17
3.5.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; spesialisthelsetjenesten	17
3.5.2 Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere	19
3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og over	20
3.5.4 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere	20
3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år og over	21
3.5.6 Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.....	22
3.5.7 Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere	22
3.5.8 Antall utskrivninger til kommunal institusjon pr. 1000 innbyggere	23
3.5.9 Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og over	23
3.5.10 Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe»	24
3.6 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - kommunehelse.....	25
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 Hedmark fylke

1. Innledning

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 kommuner i Buskerud 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?

1.1 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 tallgrunlaget.

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 hjemmetil. < 67 år	Samlet vurdering spesialisthelse
Alvdal			
Eidskog			
Elverum			
Engerdal			
Folldal			
Grue			
Hamar			
Kongsvinger			
Løten			
Nord-Odal			
Os (Hedmark)			
Rendalen			
Ringsaker			
Stange			
Stor-Elvdal			
Sør-Odal			
Tolga			
Trysil			
Tynset			
Våler (Hedmark)			
Åmot			
Åsnes			

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

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

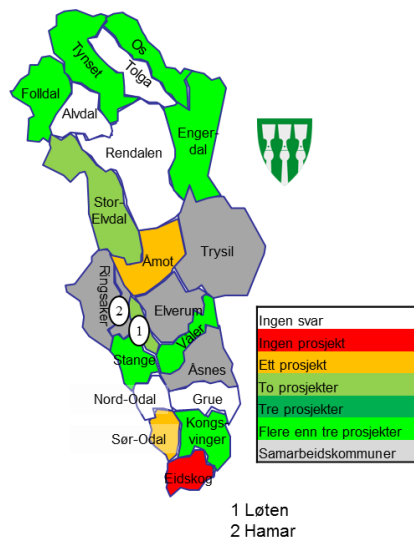
- «Rød firkant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en større utfordring
- «Gul trekant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en moderat utfordring
- «Grønn ring»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en lavere utfordring

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 Hedmark fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter



I Hedmark er det 160.061 innbyggere (pr. 01.01.2011). Det er store regionale forskjeller i befolknings sammensetningen.

Hedmark grenser mot Sør-Trøndelag i nord, Oppland i vest og Akershus i sør. I øst grenser Hedmark til Värmland og Dalarna län i Sverige.

Administrasjonssenteret er Hamar.

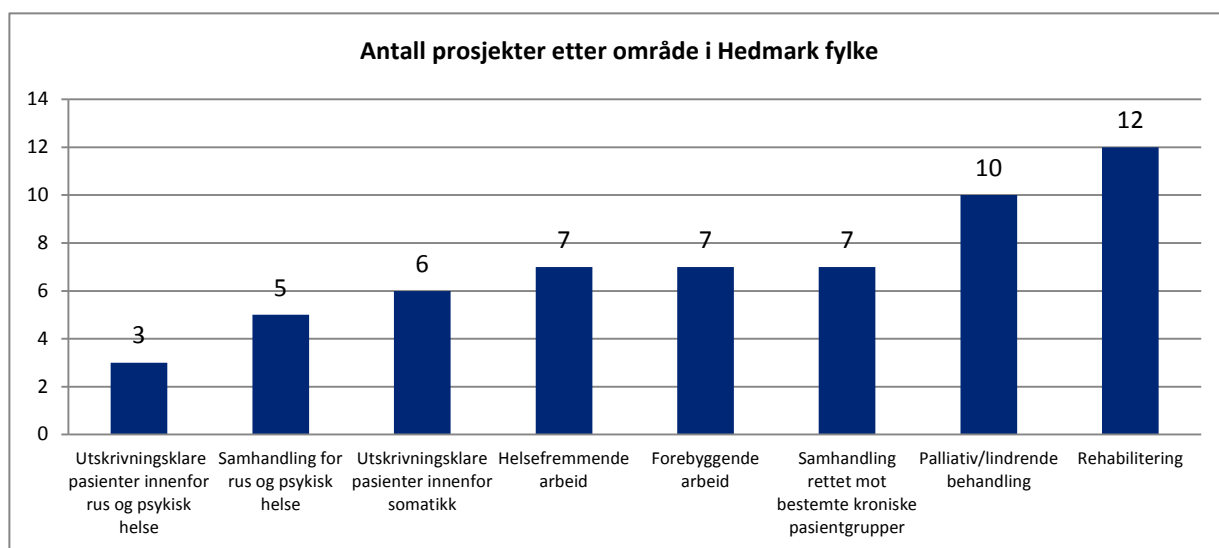
Fylket består av 22 kommuner. De tre kommunene med flest antall innbyggere (31.12.2010) er Ringsaker (32 646), Hamar (28 431) og Elverum (19 860).

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 %.

12 av 22 kommuner (55 %) i Hedmark fylke svarte på undersøkelsen. Sett sammen med samarbeidende kommuner i prosjektene (5) ligger svarprosenten på 77 %. Svarprosenten er høyere enn den generelle svarprosenten for hele Norge. Befolkningsgrunnlaget for kommunene som svarte direkte på undersøkelsen eller samarbeider med andre dekker 92 % av befolkningen i Hedmark.

Ti av de tolv kommunene som har svart har fremhevet ett eller flere samhandlingsprosjekter. En detaljert prosjektbeskrivelse finnes i prosjekt databasen som ble lagt ut på KS sin hjemmeside.
(<http://www.ks.no/Portaler/Samhandlingsreformen/Gode-eksempler/Prosjektdatabase---samhandlingsprosjekter-i-kommunene/>)

3.2 Igangsatte prosjekter fordelt etter prosjektets område



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

Kommunene som svarte på denne landsdekkende undersøkelsen har totalt igangsatt 57 samhandlings-prosjekter. I gjennomsnitt har hver kommune igangsatt 4,3 prosjekter.

Områder med flest antall igangsatte prosjekter er rehabilitering.

Prosjekter innenfor utskrivningsklare pasienter i rus og psykiatri er for tiden underrepresentert i prosjektsporteføljen fra Hedmark fylke.

3.3 Befolkningsprognoser

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

En høy andel eldre i kommunen 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 innebære 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 ti kommuner har en større utfordring (markert ved rød firkant), enn andre kommuner i Hedmark 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 én kommune kan utfordringsbildet tolkes som lavt i forhold til de andre kommunene i fylket.

Kommunenavn	Samlet vurdering	Kortsiktig endring av andel innbyggere frem mot 2016		Mellomlangiktig endring av andel innbyggere frem mot 2030	
		67 - 79 år	80 - 89 år	67 - 79 år	80 - 89 år
Alvdal	●	●	▲	▲	●
Eidskog	◆	▲	◆	◆	▲
Elverum	▲	▲	▲	●	▲
Engerdal	◆	◆	◆	◆	◆
Folldal	◆	◆	◆	▲	◆
Grue	◆	◆	▲	◆	◆
Hamar	▲	▲	▲	●	▲
Kongsvinger	◆	◆	◆	▲	◆
Løten	▲	◆	▲	▲	▲
Nord-Odal	▲	▲	◆	●	▲
Os (Hedmark)	◆	◆	◆	▲	▲
Rendalen	▲	◆	●	◆	▲
Ringsaker	◆	▲	◆	●	▲
Stange	▲	▲	▲	●	▲
Stor-Elvdal	◆	▲	◆	▲	◆
Sør-Odal	◆	▲	◆	▲	▲
Tolga	▲	●	▲	◆	●
Trysil	▲	▲	◆	●	▲
Tynset	▲	●	◆	▲	▲
Våler (Hedmark)	◆	▲	◆	▲	▲
Åmot	▲	●	◆	●	▲
Åsnes	▲	▲	▲	●	▲

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

3.3.2 Kortsiktig befolkningsutvikling frem mot 2016

Den kortsiktige betraktningen av befolkningsprognosen frem mot 2016 viser en negativ vekst i alle kommuner i Hedmark fylke for innbyggere mellom 0 - 66 år. Andelen av denne befolkningsgruppen reduseres i gjennomsnitt med to prosentpoeng fra 2011. Kun i Alvdal kommune vil andelen innbyggere mellom 0 - 66 år være uendret i 2016.

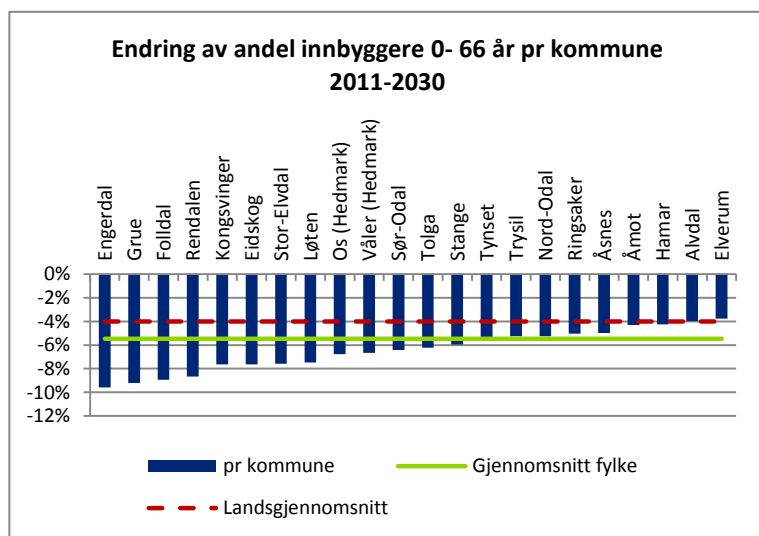
De tre kommunene med størst reduksjon for aldersgruppen 0-66 år er Engerdal (-3,9 %), Grue (-3,5 %) og Folldal (-3,5 %).

Andelen innbyggere i aldersgruppen mellom 67 - 79 år viser, i den kortsiktige betraktningen frem mot 2016, en positiv vekst på to prosentpoeng for Hedmark fylke. Grue, Engerdal og Rendalen er også de tre kommunene med den største veksten i denne aldersgruppen.

Andelen av befolkningen i aldersgruppen 80 år + vil frem mot 2016 være tilnærmet uendret for Hedmark 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 Hedmark fylke være lavere i 2030 enn i 2011. Reduksjon i andelen varierer fra -10 % i Engerdal kommune til -4 % i Elverum kommune.

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

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

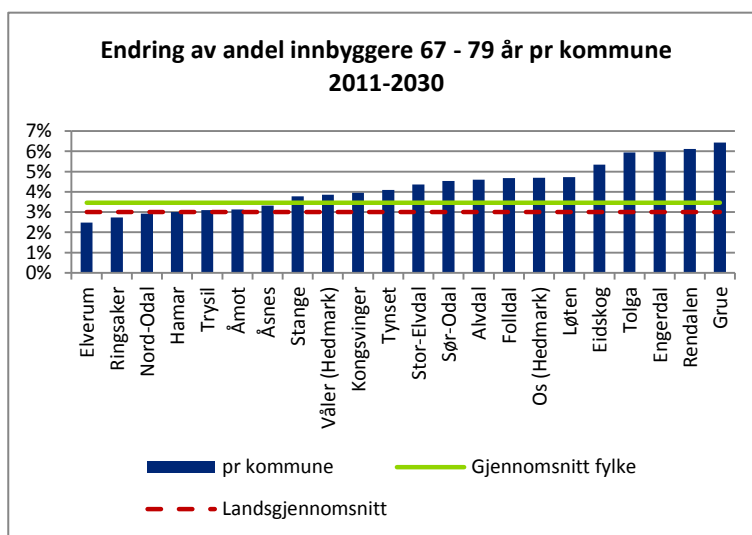
Figur 2: Endring av andel innbyggere 0 - 66 år i befolkningen fra 2011 - 2030, SSB, 2011

Ni kommuner i Hedmark fylke har en lavere endring enn gjennomsnittet for fylket. Engerdal (-9,6 %), Grue (-9,2 %) og Folldal (-9,0 %) er de tre kommunene med den største reduksjonen i andelen innbyggere 0 - 66 år i Hedmark fylke.

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

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

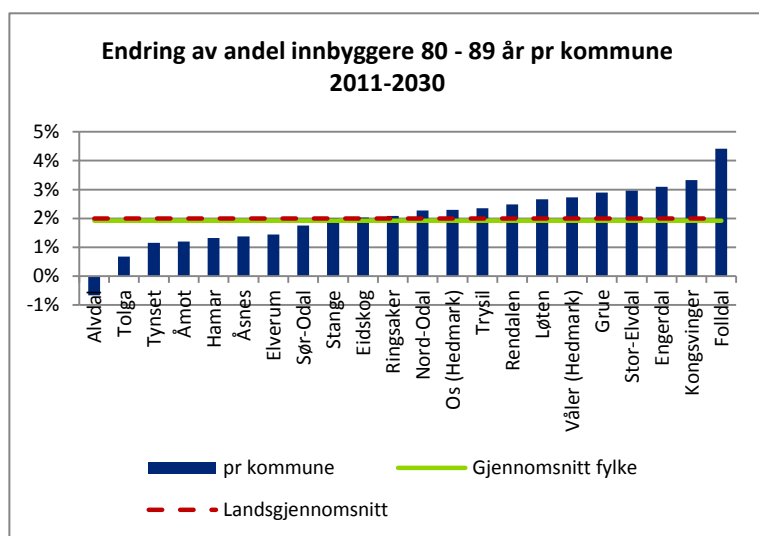
Veksten varierer fra 2 % i Elverum kommune til 6 % i Grue kommune. Totalt sett for Hedmark fylke vil andelen innbyggere 67 - 79 år være 3 % høyere i 2030 enn i 2011. Den prosentuelle veksten er på det samme nivået som veksten for hele Norge. Syv kommuner har en lavere vekst enn gjennomsnittet for fylket.



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

Grue (6,4 %), Rendalen (6,1 %) og Engerdal (6 %) er de tre kommunene som har den største veksten i andelen innbyggere 67 - 79 år i Hedmark fylke. Engerdal og Grue kommune har også 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 Hedmark fylke, bortsett fra Alvdal, viser en positiv vekst i andelen innbyggere 80 - 89 år fra 2011 - 2030. Veksten varierer fra 1 % i Tolga kommune til 4 % i Folldal kommune.

Totalt sett for Hedmark fylke vil andelen innbyggere 80 - 89 år øke med 2 %. Dette er den samme veksten som prognosene viser for hele Norge. Åtte kommuner har en lavere vekst i andelen innbyggere 80 - 89 år enn gjennomsnittet for fylket.

Folldal (4,4 %), Kongsvinger (3,3 %) og Engerdal (3 %) er de tre kommunene med den største veksten i andelen innbyggere 80 - 89 år.

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

Andelen innbyggere 90 år + vil være tilnærmet uendret frem mot 2030. For åtte kommuner viser utviklingen av andel innbyggere 90 år + en liten reduksjon (mellom -0,4 % og -0,03 %) fra 2011 til 2030.

I Engerdal kommune vil andelen innbyggere 90 år + vokse med 0,5 % fra 2011 – 2030.

3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA - pleie og omsorg

Pleie- og omsorgstjenester er blant kommunenes mest ressurskrevende oppgaver, og tjenestene representerer ca. en tredjedel av budsjettet. 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 derfor er det viktig å se dagens situasjon i kommunen i sammenheng med befolkningsutvikling som er beskrevet i kapittel 1 «Befolkningsprognoser». Kommuner som i dag har en utfordring i sin tjenesteproduksjon og samtidig har en vekst i andel eldre fra 2011 – 2030 vil mest sannsynligvis har en enda større utfordring i 2030, dersom det ikke iverksettes noen tiltak.

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.

En kommune (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.

Kommunenavn	Indikator pleie og omsorg					
	Nettoutgift plo pr innb 80 år korr. for brukere hjemmetj. < 67 år	Andel innb.80 år + som er beboere på inst.	Andel innb.80 år +i bolig med heldøgns bemanning	Mottakere av hjemmetj. pr 1000 innb. 80 år +	Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem
Alvdal	♦	●	♦	♦	♦	♦
Eidskog	▲	▲	♦	▲	♦	▲
Elverum	▲	▲	♦	♦	▲	♦
Engerdal		●	●		●	▲
Folldal	●	●	♦	▲	▲	▲
Grue	▲	♦	♦	▲	♦	♦
Hamar	▲	♦	♦	▲	▲	♦
Kongsvinger	▲	♦	♦	▲	▲	♦
Løten	▲	▲	♦	▲	♦	▲
Nord-Odal	●	▲	♦	♦	♦	♦
Os (Hedmark)	●	▲	♦	▲	▲	▲
Rendalen	●	▲	♦		♦	●
Ringsaker	●	▲	♦	♦	♦	●
Stange	▲	♦	♦	▲	●	♦
Stor-Elvdal	▲	●	●	●	▲	♦
Sør-Odal	▲	♦	♦		●	▲
Tolga	●	●	▲	●		♦
Trysil	●	●	♦	♦	♦	♦
Tynset	●	♦	▲	▲	▲	♦
Våler (Hedmark)	▲	▲	♦	♦	▲	▲
Åmot	●	▲	♦	▲	▲	▲
Åsnes	▲	●	♦	♦	▲	♦

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 elleve kommuner i Buskerud og i ni kommuner kan den tolkes som lav.

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».

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

Momenter til videre diskusjon:

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

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

Indikatoren viser nettodriftsutgifter til pleie og omsorg pr. innbyggere 80 år og over, korrigert for utgifter til brukere av hjemmetjenester under 67 år. Disse utgiftene er i stor grad knyttet til tiltak for funksjonshemmede.

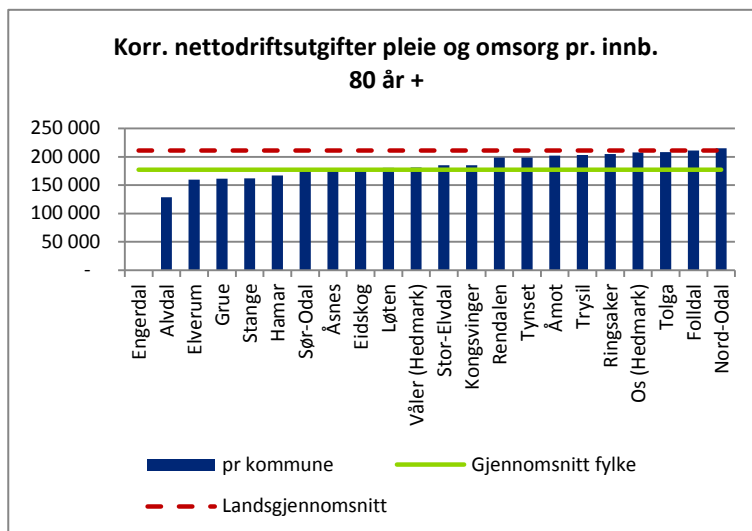
Snitt alle kommuner er gjennomsnittet for de 412 kommunene som har fullt datasett/tall og tatt med i tabellen.

Gjennomsnittlige korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år + for Hedmark fylke er 177 000 kroner. Dette er 33 965 kroner høyere enn landsgjennomsnittet.

Seks kommuner i Hedmark har lavere korrigerte netto driftsutgifter enn gjennomsnittet i fylket.

Nord-Odal (215 `NOK), Folldal (211 `NOK) og Tolga (208 `NOK) er de tre kommunene med

de høyeste korrigerte netto driftsutgiftene pr innbygger 80 år +.



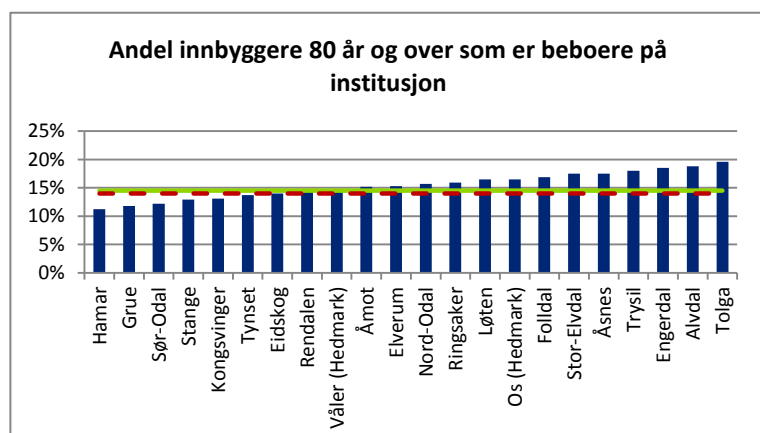
Figur 5: Korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år +, KS egen beregning, 2010

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

Alle kommuner i Hedmark har innrapportert tall til SSB. Hedmark fylke har en dekningsgrad på 15 % for innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon. Andelen er ett prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet for hele landet.

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

Tolga kommune har den høyeste dekningsgraden (20 %), mens Hamar kommune har den laveste (11 %).

3.4.4 Andel innbyggere 80 år + i bolig med heldøgns bemanning

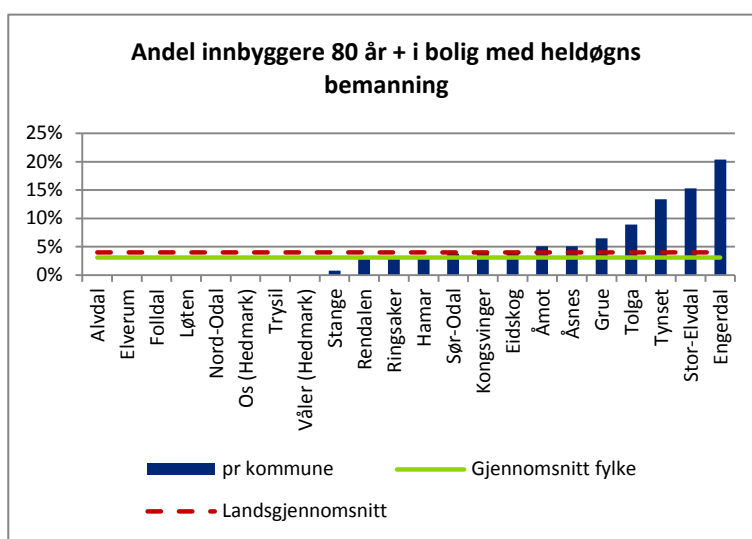
Indikatoren viser andel beboere 80 år og over i bolig m/ heldøgns bemanning av innbyggere 80 år og over. Denne andelen er vanlig å se i sammenheng med dekningsgraden for sykehjem. Heldøgns bemanning innebærer at det er minst én ansatt tilstede i bygningen/bofellesskapet hele døgnet.

Alle kommunene i Hedmark har innrapportert tall til SSB. Andelen av innbyggere 80 år + som er beboere i bolig med heldøgns bemanning er 3 %. Den ligger ett prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet.

Ni kommuner har en lavere andel enn gjennomsnittet for Hedmark fylke.

De tre kommunene med den høyeste andelen er Engerdal (20,4

%), Stor-Elvdal (15,3 %) og Tynset (13,4 %).



Figur 7: Andel innbyggere 80 år + som er beboere i bolig med heldøgns bemanning, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

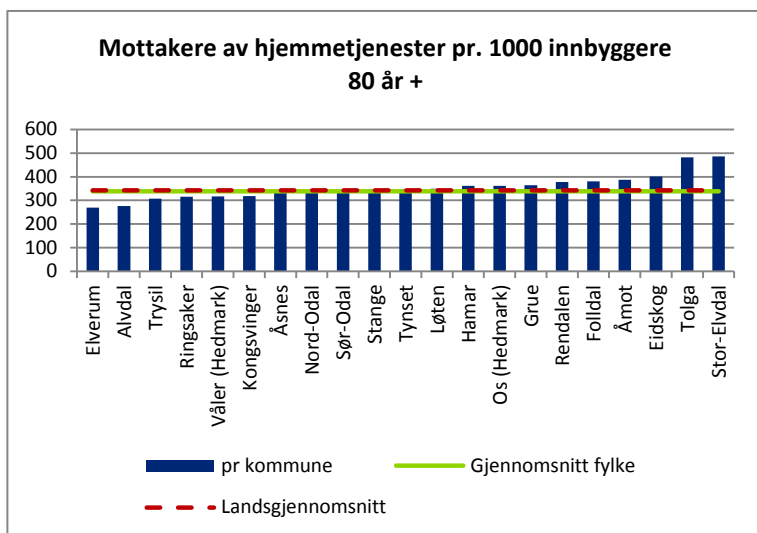
I åtte av kommunene bor ingen innbyggere 80 år + i bolig med heldøgns bemanning.

Av de kommunene som har innbyggere 80 år + i bolig med heldøgns bemanning har Stange (0,8 %) og Rendalen (2,8 %) den laveste andelen.

3.4.5 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 år og over

Indikator viser mottakere av hjemmetjenester i hjemmet 80 år og over registrert pr 31.12. 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 8: Antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 år +, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

De tre kommunene i Hedmark med høyest antall mottakere av hjemmetjenester pr 1 000 innbyggere 80 år + er Stor-Elvdal (486), Tolga (482) og Eidskog (401).

Elverum (296), Avdal (276) og Trysil (308) er de tre kommunene i Hedmark med det laveste antall mottakere av hjemmetjenester pr 1 000 innbyggere 80 år +.

21 kommuner i Hedmark har innrapportert tall til SSB.

I gjennomsnitt mottar 339 innbyggere hjemmetjenester i Hedmark. Dette er fire mottakere lavere enn landsgjennomsnittet (343).

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

3.4.6 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem

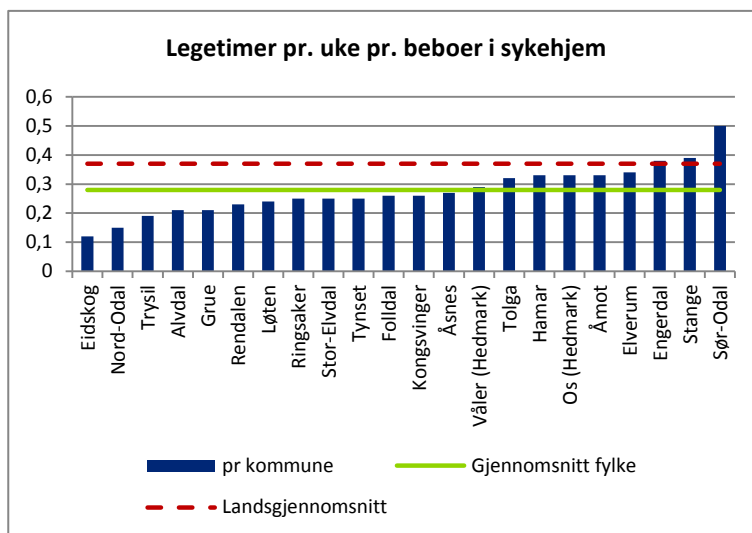
Indikatoren viser gjennomsnittlig antall legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem (evt. sykehjem kombinert med aldershjem eller statlig virksomhet) og boform med heldøgns omsorg og pleie. Verdien angis i timer med 2 desimaler, dvs. 0,25 timer tilsvarer 15 minutter pr. beboer

Alle kommunene innrapportert tall til SSB og gjennomsnittlig får hver beboer i sykehjem 0,28 legetimer pr. uke.

Gjennomsnittet for fylket ligger 0,09 timer lavere enn landsgjennomsnittet.

I 13 kommuner får beboere i sykehjem færre legetimer pr. uke enn gjennomsnittet for fylket.

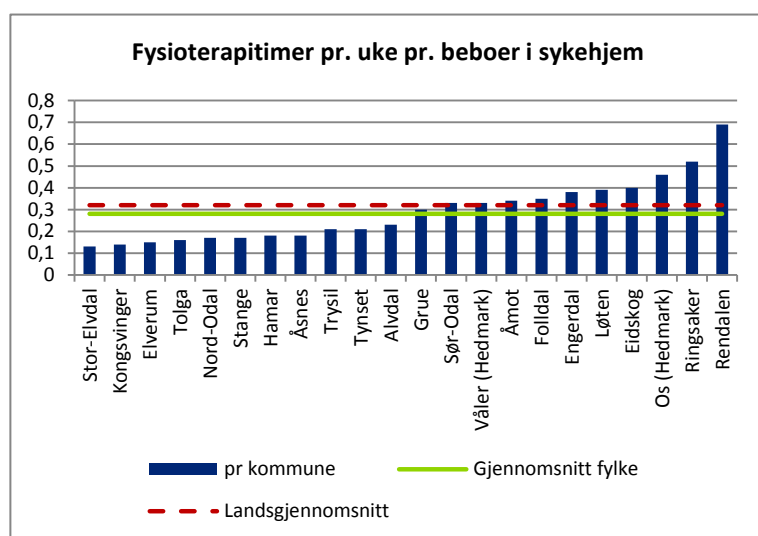
I Sør-Odal (0,5) og Stange (0,39) får beboere i sykehjem flest antall legetimer pr. uke, mens de i Eidskog kommune (0,12) får færrest.



Figur 9: 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.



Figur 10: Antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Alle kommunene i Hedmark fylke har innrapportert tall til SSB og i gjennomsnitt får hver beboer i sykehjem 0,28 fysioterapitimer pr. uke. Dette er 0,04 timer lavere enn landsgjennomsnittet.

Elleve kommuner har et lavere antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem enn gjennomsnittet for Hedmark fylke. Rendalen (0,69), Ringsaker (0,52) og Os (0,46) er de tre kommunene som har høyest 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
 - Istedentfor
 - 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 utfordringsbilde pr. kommune innenfor område «kommunehelse» 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 tre kommuner i Hedmark (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.
Alvdal	▲	●	◆	▲	●
Eidskog	▲	▲	●	▲	▲
Elverum	▲	▲	●	▲	▲
Engerdal	◆	◆	●	◆	◆
Folldal	●	●	▲	●	▲
Grue	▲	▲	◆	●	●
Hamar	▲	▲	▲	●	●
Kongsvinger	●	●	●	▲	▲
Løten	▲	●	▲	▲	◆
Nord-Odal	▲	●	●	▲	▲
Os (Hedmark)	●	●	●	●	●
Rendalen	▲	▲	▲	◆	▲
Ringsaker	▲	▲	●	▲	▲
Stange	●	●	●	●	▲
Stor-Elvdal	◆	●	◆	▲	◆
Sør-Odal	▲	●	▲	▲	▲
Tolga	▲	▲	●	●	●
Trysil	▲	◆	●	▲	▲
Tynset	▲	▲	●	▲	▲
Våler (Hedmark)	●	▲	●	●	●
Åmot	◆	▲	▲	▲	◆
Åsnes	▲	▲	◆	▲	●

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:

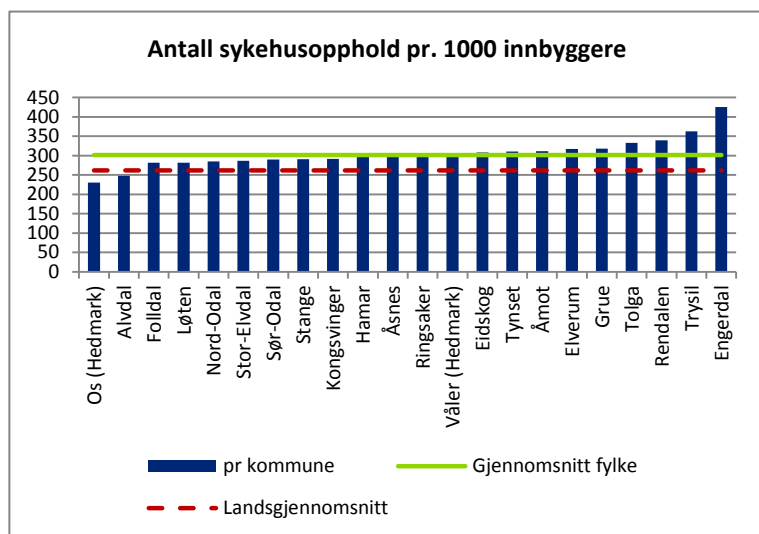
- Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere
- Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og over
- Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere
- Andel av liggedager for innbyggere 80 år og over
- Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere
- Antall reinnleggelser etter 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. Os (230), Alvdal (248) og Folldal (281) er de tre kommunene med den laveste forbruksraten i Hedmark fylke.

Forbruksraten for spesialisthelsetjenesten målt i antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere for Hedmark fylke er 302 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere.

Forbruksraten ligger 40 opphold høyere enn landsgjennomsnitt.

Forbruksraten varierer fra 230 sykehusopphold/ 1000 innb. i Os kommune til 425 sykehusopphold/1000 innb. i Engerdal kommune.

Engerdal (425), Trysil (363) og Rendalen (339) er de tre kommunene med den høyeste

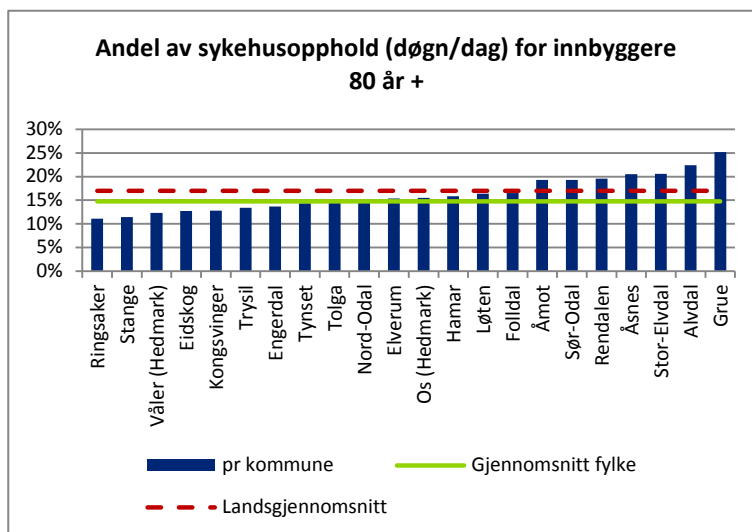
3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og over

Indikator viser andelen av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år +. Indikator må sees i sammenheng med befolkningsutviklingen for den samme aldersgruppen.

I Hedmark fylke står innbyggere 80 år + i gjennomsnitt for 15 % av sykehusoppholdene. Andelen er to prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 11 % i Ringsaker kommune til 25 % i Grue kommune.

Grue (25 %), Avdal (22 %) og Stor-Elvdal (21 %) er de tre kommunene med den høyeste andelen av sykehusopphold for innbyggere 80 år +.

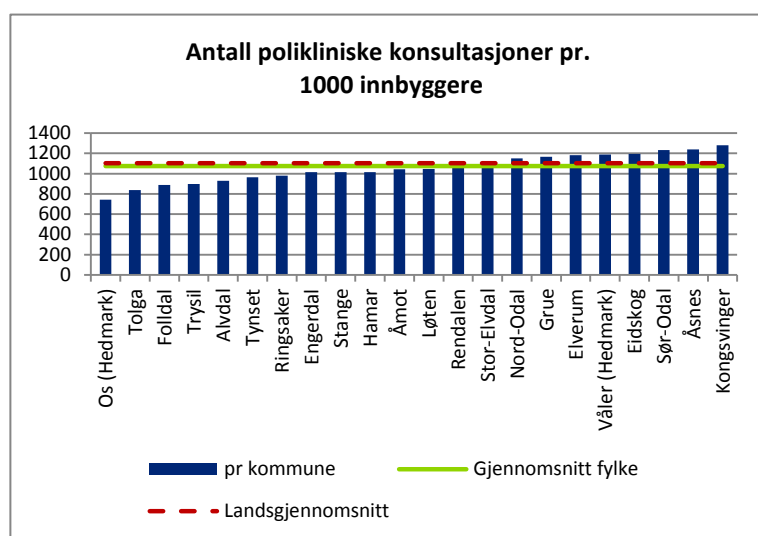


Figur 12: Andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år +, 2010, Norsk pasientregister

Ringsaker (11 %), Stange (11 %) og Våler (12 %) er de tre kommunene i Hedmark fylke med den laveste andelen av sykehusopphold for innbyggere 80 år +.

3.5.4 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere

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



Forbruksraten av spesialisthelsetjenesten målt i antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere for Hedmark fylke er 1 076 kons./1000 innb.

Forbruksraten ligger 28 konsultasjoner lavere enn landsgjennomsnittet.

Raten varierer fra 772 kons./1000 innb. i Os kommune til 1 279 i Kongsvinger kommune.

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

Kongsvinger (1279), Åsnes (1239) og Sør-Odal (1233) er de tre kommunene med den høyeste forbruksraten. Os (772), Tolga (837) og Folldal (887) er de tre kommunene med den laveste forbruksraten i Hedmark fylke.

3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år og over

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

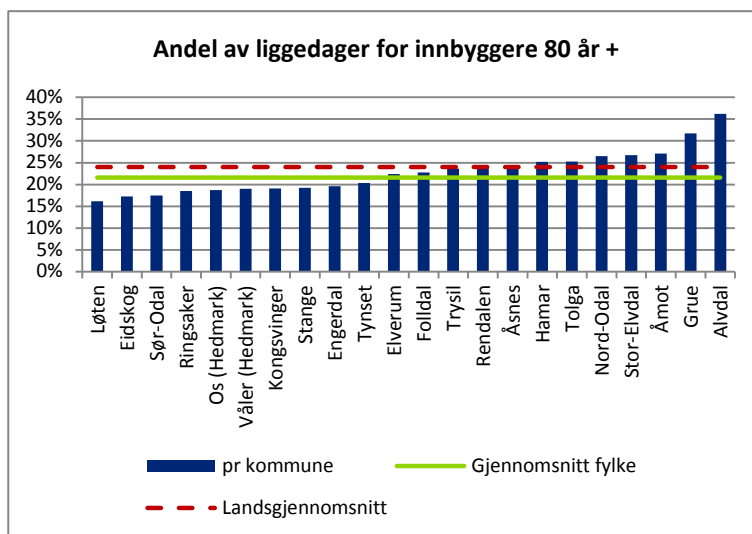
I Hedmark fylke står innbyggere 80 år + i gjennomsnitt for 22 % av totalt antall liggedager.

Andelen er to prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet.

Andelen varierer fra 16 % i Løten kommune til 36 % i Alvdal kommune.

Alvdal (36 %), Grue (32 %) og Åmot (27 %) er de tre kommunene med høyest andel av liggedager for innbyggere 80 år +.

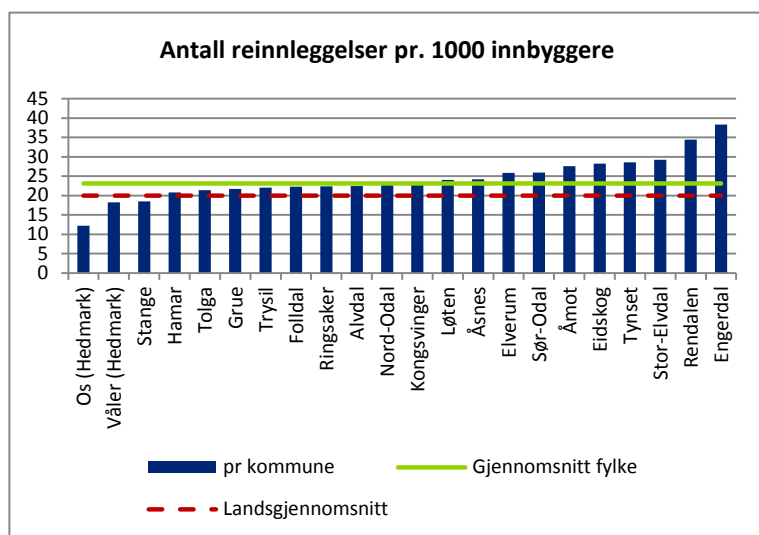
Løten (16 %), Eidskog (17 %) og Sør-Odal (17 %) er de tre kommunene i Hedmark fylke med lavest andel av liggedager for innbyggere 80 år +.



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

3.5.6 Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere

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



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

Reinnleggelsesfrekvensen for Hedmark fylke er 23 reinnleggelser/1000 innbyggere.

Frekvensen er tre reinnleggelser høyere enn landsgjennomsnitt.

Den varierer fra tolv reinnleggelser/1000 innbyggere i Os kommune til 38 reinnleggelser/1000 innbyggere i Engerdal kommune.

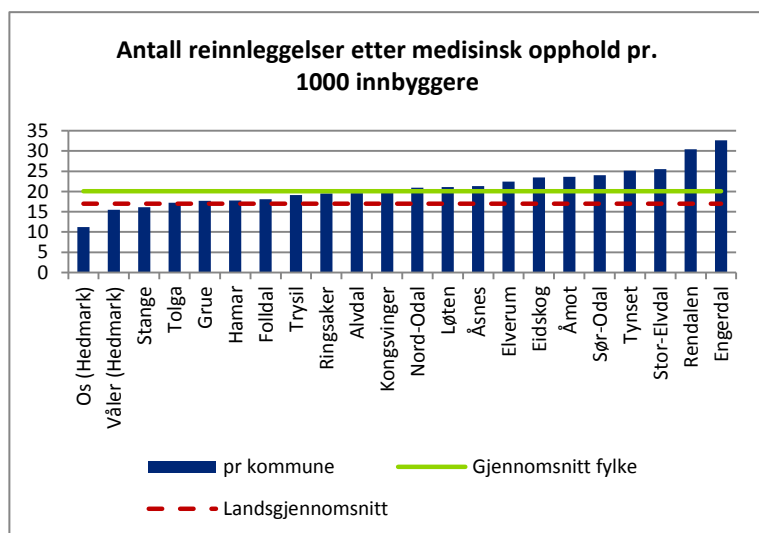
Engerdal (38), Rendalen (34) og Stor-Elvdal (29) er de tre

kommunene med høyest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.

Os (12), Våler (18) og Stange (19) er de tre kommunene med færrest antall reinnleggelser pr 1000 innbyggere i Hedmark fylke.

3.5.7 Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere

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



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

Reinnleggelsesfrekvensen etter medisinsk opphold for Hedmark fylke er 20 reinnleggelser/1000 innbyggere.

Frekvensen er tre innleggelser høyere enn landsgjennomsnitt.

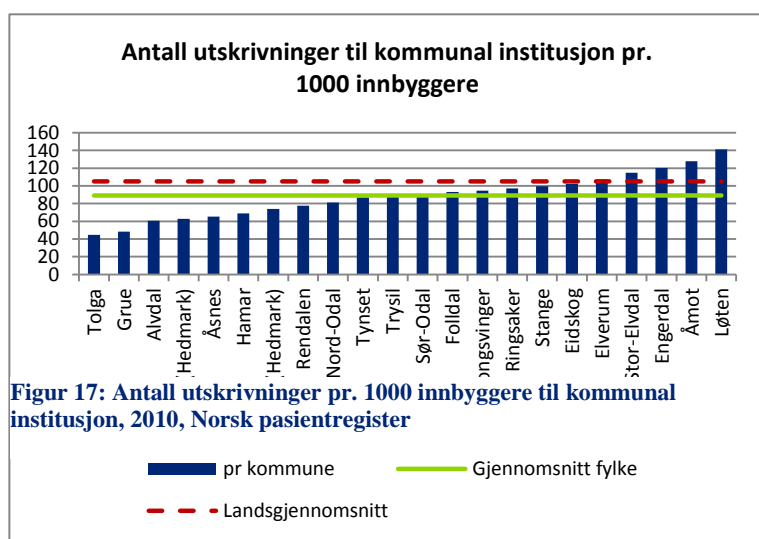
Den varierer fra 11 reinnleggelser/1000 innbyggere i Os kommune til 33

reinnleggelser/1000 innbyggere i Engerdal kommune.

Engerdal (33), Rendalen (30) og Stor-Elvdal (26) er de tre kommunene med høyest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Os (11), Våler (15) og Stange (16) er de tre kommunene med færrest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Hedmark 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. Indikator må sees i sammenheng med dekningsgraden på sykehjem og dekningsgraden for hjemmetjenester.



Utskrivningsfrekvens til kommunal institusjon for Hedmark fylke er 89 utskrivninger pr. 1000 innbyggere. Dette er 16 utskrivninger lavere enn landsgjennomsnitt.

Frekvensen varierer fra 45 utskrivninger/1000 innbyggere i Tolga kommune til 141/1000 innbyggere i Løtenkommune. Løten (141), Åmot (128) og Engerdal (120) er de tre kommunene med flest antall

utskrivninger/1000 innbyggere til kommunal institusjon.

Tolga (45), Grue (48) og Alvdal (61) er de tre kommunene med færrest antall utskrivninger/1000 innbyggere til kommunal institusjon.

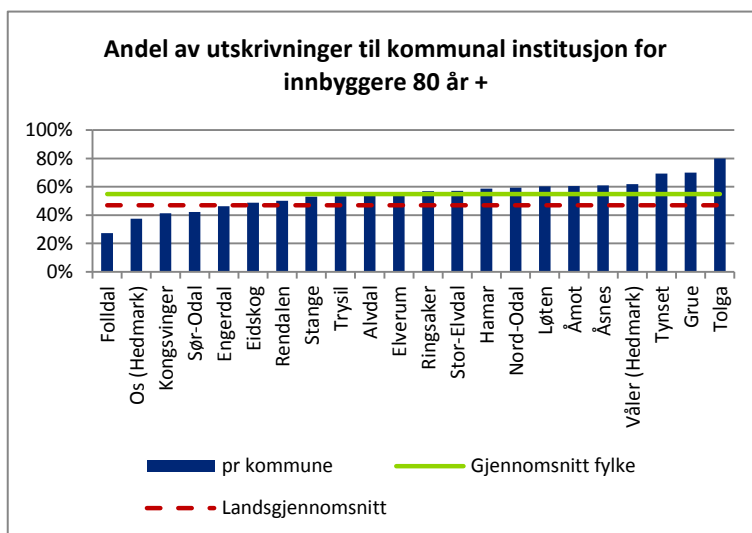
3.5.9 Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og over

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 Hedmark fylke står befolkning 80 år + for 55 % av utskrivninger til kommunal institusjon.

Andelen er åtte prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet.

Andel varierer fra 27 % i Folldal kommune til 80 % i Tolga kommune. Tolga (80 %), Grue



(70%) og Tynset (69%) er de tre kommunene med høyest andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år +.

Folldal (27%), Os (38%) og Kongsvinger (41%) er de tre kommunene med lavest andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år +.

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	Mangelanemer	Bruddskader	Tarminfeksjoner	Uriveisinfeksjon	Lungebetennelse	Forstoppelse	Diabetes	Parkinsons/ Alzheimers sykdom	Brystersmerter
Alvdal	7,4	1,6	26,6	5,3	0,4	1,2	2,5	9,0	0,0	4,9
Eidskog	5,6	0,5	24,1	7,9	0,5	1,1	1,4	21,1	1,6	2,4
Elverum	7,1	0,9	23,7	5,9	0,9	1,1	2,0	5,2	2,1	3,0
Engerdal	10,6	1,4	25,6	6,4	1,4	0,0	3,5	8,5	0,7	3,5
Folldal	4,8	0,6	27,1	7,2	0,0	0,0	1,8	16,9	0,0	5,4
Grue	5,6	0,8	25,1	6,6	0,4	1,0	1,8	29,3	2,0	3,8
Hamar	5,6	0,3	23,7	4,4	0,7	1,0	1,9	3,9	2,3	3,3
Kongsvinger	7,0	0,7	20,8	6,4	0,7	1,0	2,5	17,1	0,8	3,4
Løten	5,7	0,8	20,7	3,3	0,5	0,8	1,5	5,0	1,6	2,0
Nord-Odal	7,8	1,4	20,9	7,0	0,2	1,2	4,9	23,7	1,6	3,7
Os (Hedmark)	2,9	1,0	18,6	7,3	0,5	1,5	1,0	2,9	0,0	6,4
Rendalen	9,1	0,5	17,7	7,6	1,0	0,0	1,5	17,7	1,0	5,1
Ringsaker	5,8	0,7	21,0	4,3	0,9	0,9	1,8	4,6	1,6	3,2
Stange	5,0	0,6	22,0	3,4	0,9	0,8	1,6	4,5	2,0	3,7
Stor-Elvdal	10,9	0,8	24,8	9,4	1,9	0,4	2,3	9,4	1,1	7,5
Sør-Odal	4,3	0,5	23,6	6,4	0,5	1,4	3,6	17,4	1,5	2,7
Tolga	5,9	0,6	23,8	4,2	1,2	1,8	1,8	8,9	0,6	7,1
Trysil	5,2	1,2	19,4	6,5	0,4	1,5	2,4	4,9	1,5	3,7
Tynset	6,0	1,5	26,0	6,9	0,2	0,9	1,8	4,7	0,7	5,3
Våler (Hedmark)	7,2	1,3	27,0	5,4	0,8	1,5	2,1	5,4	1,8	4,4
Åmot	8,6	1,4	27,6	4,2	0,7	1,9	2,1	6,9	2,8	2,5
Åsnes	7,5	0,9	29,0	5,8	0,1	1,6	2,4	10,0	2,8	4,1
Gjennomsnitt fylke	6,2	0,7	22,9	5,3	0,7	1,0	2,1	8,6	1,7	3,5
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. 1000 innbyggere pr hoveddiagnosegruppe, 2010, Norsk pasientregister

Fordeling av antall pasienter pr. 1000 innbyggere innen de ti definerte hoveddiagnosegruppene viser en høy grad av variasjon mellom kommunene i Hedmark 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 - 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 kapitlet 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 trafikkllys. Kommunehelsetjenester omfatter i denne rapporten:

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

Kommunenavn	Indikator kommunehelse			
	Gjennomsnittlig listelengde	Årsverk av leger pr 10 000 innbyggere (Funksjon 241)	Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid helse pr innbygger	Netto driftsutg til diagnose behandling og rehabilitering pr innbygger
Alvdal	1075	▲	●	▲
Eidskog	1135	◆	●	●
Elverum	1099	◆	▲	●
Engerdal	598	●	●	◆
Folldal	756	●	●	▲
Grue	970	◆	▲	●
Hamar	1093	◆	▲	●
Kongsvinger	1333	◆	◆	●
Løten	1178	◆	▲	●
Nord-Odal	1066	◆	▲	●
Os (Hedmark)	972	▲	●	▲
Rendalen	640	▲	●	◆
Ringsaker	1128	◆	●	●
Stange	987	◆	●	●
Stor-Elvdal	826	▲	●	◆
Sør-Odal	1566	◆	▲	●
Tolga	579	▲	●	◆
Trysil	1074	◆	●	▲
Tynset	1092	▲	●	●
Våler (Hedmark)	1162	◆	▲	▲
Åmot	838	◆	▲	●
Åsnes	978	◆	▲	●

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

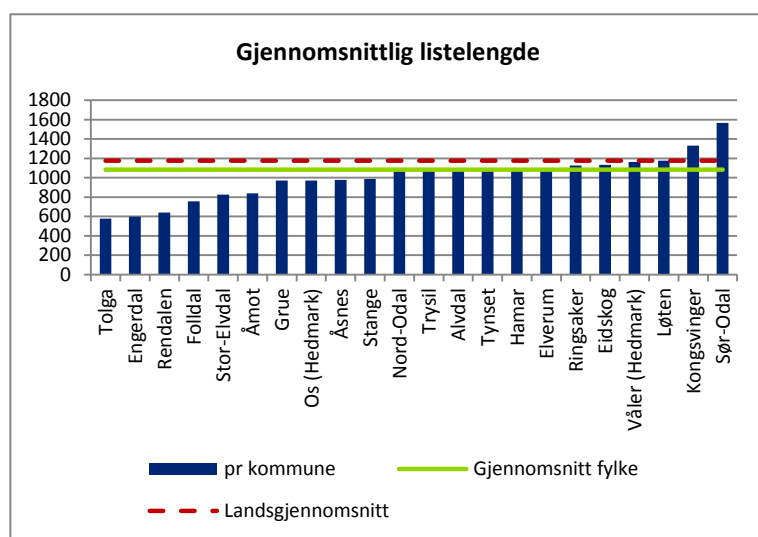
Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

- «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 indikator «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.



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

Alle kommunene i Hedmark innrapportert tall til SSB.

Den gjennomsnittlige listelengden i Hedmark fylke (1 083) er 95 personer kortere enn den gjennomsnittlige listelengden for hele Norge.

I 13 kommuner er den gjennomsnittlige listelengden kortere enn gjennomsnittet for fylket. Fastlegene i Sør-Odal (1 566), Kongsvinger (1 333) og Løten (1 178) har gjennomsnittlig den lengste listelengden.

Fastlegene i Tolga (579), Engerdal (598) og Rendalen (640) har gjennomsnittlig den korteste listelengden.

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

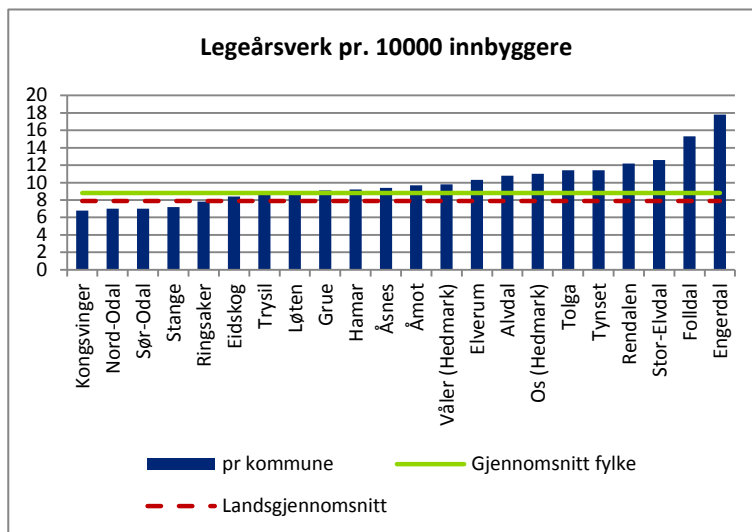
Indikatoren viser legedekning (både kommunalt og privatpraktiserende) til funksjon 241 i KOSTRA, "diagnose, behandling, rehabilitering", målt i beregnede årsverk pr. 10000 innbyggere. Årsverk beregnes på basis av avtalte timeverk i en representativ uke ved utgangen av året.

I Hedmark fylke er det i gjennomsnitt 8,8 legeårsverk pr. 10 000 innbyggere. Legedekningen er 0,9 årsverk høyere enn landsgjennomsnittet.

Syv kommuner har en lavere legedekning enn gjennomsnittet for Hedmark fylke.

Engerdal (17,8), Follidal (15,3) og Stor-Elvdal (12,6) er de tre kommunene med den høyeste legedekningen i Hedmark.

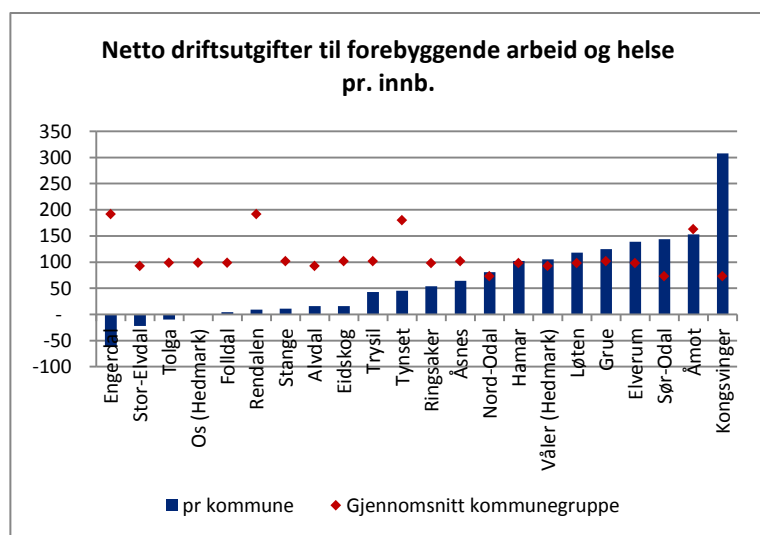
Kongsvinger (6,8), Nord-Odal (7) og Sør-Odal (7) er de tre kommunene med den laveste legedekningen i Buskerud.



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 pr. innbygger. Forebyggende arbeid er hovedsakelig miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste og annet forebyggende arbeid etter kommunehelseloven.



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

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

Kongsvinger og Sør-Odal er kommuner med det største avviket mellom eget utgiftsnivå og gjennomsnittet for sin kommunegruppe.

Det gjennomsnittlige utgiftsnivået til forebyggende arbeid pr. innbygger i Hedmark fylke er 65 kroner.

Nivået er 45 kroner lavere enn gjennomsnittlig nivå for hele Norge.

13 kommuner har et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittet for fylket. Kongsvinger (kr. 308), Åmot (kr. 153) og Sør-Odal (kr. 144) er de tre kommunene i

Hedmark med de høyeste netto driftsutgiftene til forebyggende arbeid pr. innbygger. Åtte

Utgiftene pr. innbygger i Kongsvinger kommune er fire ganger høyere enn gjennomsnittet for den kommunegruppen de tilhører i KOSTRA (kommunegruppe 8).

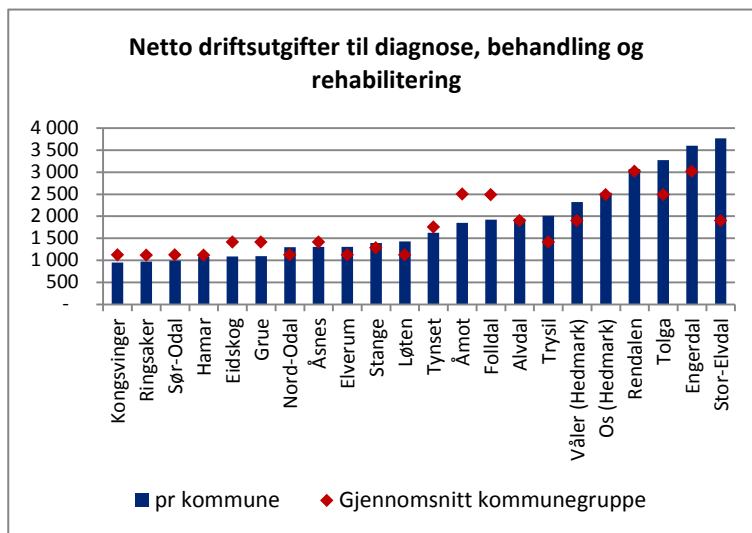
3.6.5 Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger

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

Det gjennomsnittlige utgiftsnivået for diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger i Hedmark fylke er 1 857 kroner. Dette er 590 kroner høyere enn nivået for hele Norge.

Tolv kommuner har et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittsnivået for fylket. Stor-Elvdal (kr. 3 769), Engerdal (kr. 3 600) og Tolga (kr. 3 276) er de tre kommunene i Hedmark fylke med de høyeste netto driftsutgifter til

diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger.



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

Tolv kommuner har høyere netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe. Utgiftene i Stor-Elvdal kommune er to ganger høyere enn gjennomsnittet for kommunegruppe 2 som kommunen tilhører.

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

Kommune	Prosjektnavn	Prosjektbeskrivelse
0426 Våler	Ung i Soler	Målgruppe: Unga under 21 år Mål: Hindre dropouts. Tilbakeføring til utdanning og jobb. Forebygge rus.
0439 Folldal	Strategisk helseplan for Fjellregionen	Felles strategisk plan
0430 Stor-Elvdal	DPS Tynset. Gi pasientgrupper innenfor psykiatrifeltet spesialisthelsetjeneste utenfor sykehus	DPS Tynset. Gi pasientgrupper innenfor psykiatrifeltet spesialisthelsetjeneste utenfor sykehus. Psykiatripasienter.
0441 Os	Nye Røros sykehus	Deltar i etablering og drift av intermedieæravdeling sammen med Røros og Holtålen kommuner
0437 Tynset		Utarbeidelsen av regional helseplan.
0417 Stange	Prosjekt intermedieærtibud i Hamarregionen	Kommunene Hamar, Stange, Løten og Ringsaker sammen med Sykehuset innlandet HF, ønsker å utrede i hvilket omfang regionen med sitt befolkningsgrunnlag på ca 85.000 innbyggere trenger intermedieær enheter for å etterkomme kravet i Samhandlingsreformen om å forhindre unødige sykehusopphold.
0429 Åmot	Sju kommuner i samhandling	Samarbeidskommunene ønsker å stå best mulig forberedt på de muligheter og utfordringer som samhandlingsreformen byr på. Gjennom samarbeid ønsker kommunene å utvikle sterkere felles kompetanse, styrke planleggingskapasiteten og utrede mulighetene for interkommunale løsninger. Programområder for prosjektet er utarbeidelse av helseprofiler, vurdere muligheten for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å etablere ambulante tjenester, øke kompetanse og utrede hensiktsmessige løsninger i forhold til elektronisk kommunikasjon og samhandling, videreutvikle samarbeid med sykehus om legevaktformidling, etablere et lokalmedisinsk senter i en av samarbeidskommunene, modellforsøk med samlokalisering av DPS/BUUP og kommunale psykiske tjenester, styrke samarbeidet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og samarbeidskommunene, og til sist kartlegge behovet for kompetanseutvikling i samarbeidskommunen og utrede praktiske måter å gjennomføre ulike tiltak på. Prosjektperioden er 2011 - 2013
0402 Kongsvinger	Frisklivssentralen	
0434 Engerdal	Palliativ omsorg	Kjøper tjenester fra nabokommunen innen palliativ tjeneste da vi ikke har denne tjeneste. Styrke medarbeideres kunnskap innen fagområdet palliativ omsorg. Veilede medarb. og brukere.
0415 Løten	"Kommunal intermedieær enhet i Hamarregionen" - Regionalt delprosjekt 1	Utrede i hvilket omfang regionen trenger intermedieær enheter for å etterkomme kravet i Samhandlingsreformen om å forhindre unødige sykehusopphold. Gjennom regionalt samarbeid om etablering av tilbud "før", istedet for og etter sykehusopphold og sikre et særkøst helsetjenestetilbud / helhetlig pasientforløp innen. somatikk.

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/>