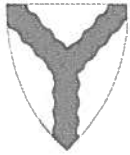


①

**Kvinnherad kommune - Rådmannen**

Vår ref: 2012/2035-8

Dato: 08.10.2012

Til: Formannskapet/ Kommunestyret

Frå: Gunn Tove Petterteig

Notat gjeld: Talfesting, Varaldsøy aldersheim

Det vart etterspurd fleire tal på møte i KHOM. Dette vedkjem Varaldsøysaka.

Meirkostnadar som gjeld flytting av pasientar: Dyrast er som nemt 01.10.12. Det kostar 2000 kr å flytte ein pasient frå Varaldsøy til Halsnøy med drosje. Dvs. i verste fall vil det kosta kommunen 2000 kr gange 14 pasientar (som bur der i dag) = 28 000 kr

Det mest trulege er 1/3 av denne prisen. Fordi: Dersom vi må bruka sjukebil er dette gratis for kommunen. Helse Fonna har denne kostnaden i dag. Dersom pårørande ynskjer å fylje sin næraste blir det ingen utgift for kommunen. (det er faktisk mange pårørande som sjølv vil fylja sine og det er jo flott) Det kan også vera at personalet ved Varaldsøy brukar kommune bilen og fyljer pasienten i arbeidstida. Då kostar det berre ferjebilett og bensin. Dette vil vera mest aktuelt for dei siste brukarane fordi då har personalet betre høve til å reisa ifrå. (ferre pasientar att og fleire personal på jobb)

Innsparingar: I hovudsak er det dei årsverka som skal reduserast (ca 15 årsverk Står på side 1, 2 avnitt saksutgreiing) Dette har i seg sjølv den største innsparinga. Sjå under i tabell for løn. Denne viser ei innsparing på vel 11 millionar. Men fordi vi ikkje har inntekt av pasientane vil denne summen bli redusert med vel 2 mill. Då står ein att med ein buffer som kan nyttast til auka heimetenester både på Varaldsøy og eventuelt i resten av kommunen.

Straum

Det er også eindel små innsparingar ved å ikkje varma opp 16 rom og fellesareal som ikkje vil bli brukt. kva vi eksakt vil spare her er avhengig av straumprisen. I 2011 var den totale kostnaden for straumutgifter for Varaldsøy 168 100 kr. Straumprisen for 2012 er betydeleg lavare. Vi har til no brukt 119 855 kr Vi reknar med to tredjedelar av budsjettet for 2011 kan sparast, altså vil straumutgiftene liggje på ca 56 000 kr.

Vedlikehald

I leige avtalen med Varaldsøy Sanitetsforening står det at kommunen har ansvar for utvendig og innvendig vedlikehald. Denne kostnaden vil vi og ha framover fordi kommunen har ikkje tenkt å sei opp avtalen. Vedlikehaldsutgiftene låg i 2011 på 351 180 kr Men denne summen har lege betrakteleg lavare i 2009 og 2010 (154 325 kr og 169 353kr) Grunnen til at kostnaden gjekk opp i 2011 var at institusjonen fekk eit pålegg frå mattilsynet som igjen førte til at kjøkkenet måtte pussast opp. Med mindre aktivitet i bygget kan vi truleg rekna med å måtta bruka ca ein tredjedel av vanleg sum.

I bygget på Varaldsøy er det heis. det er påbud med heiskontroll årleg. Vi kan stenge heisen og spare dette beløpet.

Desse tala er tatt ut av budsjettet og viser kva vi konkret sparar på Varaldsøy:
Tabellen viser tala i kroner.

Postar, Diverse forbruksmaterialer/ driftsutgifter	2012 budsjett	2013 Budsjett	Sparing
Medisinske forbruksvarer	95 000	0	
Medikamenter	105 000	0	
Kjøp av mat til bebuarane	440 750	0	
Anna forbruksmateriell, råvarer	10 250	0	
Kjøp av vaskeritenester	120 000	0	
Tidsskrifter/ TV lisens	10 000	0	
Reingjeringsmiddel/ plast og papir	30 750	2 000	
Straum	168 100	56 000	
Vassgebyr/forbruk	42 025	22 025	
Renovasjon	29 173	12 607	
Innventar	30 750	0	
Læremiddel/ medisinsk utstyr/ anna utstyr	25 000	0	
Vedlikehaldsutgifter	60000	0	
Service avtale heis	14000	0	
Sum	1 180798	92 632	1 088 166

Lønsutgifter

Lønsutgifter	2012 Budsjett	2013 Budsjett	Sparing
Fast løn	6 603479	1 200 000 (her er inkludert sosiale utgifter som pensjon, arb.givar avgift, forsikringar og sjukdom)	
Orange Helse (vikar firma)	121 078	0	
Helgetilegg	1175978	0	
Høgtidstilegg	286360	0	
Vikar ved sjukdom	335920	0	
Ferievikar	569920	63324	
Vikar ved andre permisjonar	340080	0	
Løn ekstrahjelp	86320	0	
Løn overtid	43626	4847	
Arbeidsgjevaravgift + forsikringar	1421800	0	
Pensjon	1385103		
Sum lønspostar	12 947 864	1 268 171	11 101 533

I desse to reknestykka vil Varaldsøy aldersheim spara: 1 088 166 + 11 101 533=12 189 699 kr

Tap av inntekter:

Kvar pasient betalar gjennomsnittleg rundt rekna ca vel 100 000 kr pr. år for å bu på institusjonen. Inntektene for 2012 er budsjettert med 2 100 000 kr og skal trekkjast frå.

I desse rekneskapstala er det ikkje tatt med tilbakebetaling av meirverdiavgift for drift. Denne ligg på 200 000 kr i budsjettet for 2012. Dette er ei inntekt som skal trekkjast ifrå.

Sluttsummen blir rundt rekna: 9 889 699 kroner

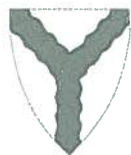
Verksemdsleiar har rekna ut at det blir liggjande att eit budsjett (ekskl. løn) på 367 300 kr som skal gå til husleige, straum, vatn og breiband.

Lønsutgiftene på Varaldsøy vil variera etter kor mykje timar det er vedtak på. Dette er vedtak på heimesjukepleie, praktisk bistand og dagsenterplass. Det utgjer ca 2 årsverk og er tatt med i reknestykket. Dersom dette talet på heimetenester skulle auka, vil det vera rom for det i budsjettet.

Kva kan vi så rekna med vil auka av pleie ute i heimetenesta til kommunen?

Dette kan vi ikkje spå noko eksakt om. Det varierar frå månad til månad slik det er pr. i dag. Det vi veit er at når ein tek bort eit trappetrinn øvst i omsorgstrappa vil trinna bli litt høgare for å nå toppen. Vi kan altså rekna med at det blir ei viss auke i vedtakstimane til heimetenesta.

Dei 2,1 millionane som blir føreslått lagt i felles for sonene vil utgjera om lag 3,5 årsverk. Når ein arbeidar i heimetenesta så vil den effektive tida vera 0,6 time pr arbeida time. Dette betyr at i praksis vil kommunen kunna få 75 fleire vedtaks timar meir enn det vi har i dag utan at det går ut over noko som helst. I tillegg held heile pleie og omsorg på å sjå på andre effektiviseringsgevinstar som og kan gje betre utnytting og dermed kan vi ha meir å gå på. (side 2 , andre avsnitt under heimeteneste i saksframlegget)

**Rådmannen - Husnessona**

Vår ref: 2012/2035-6

Dato: 03.10.2012

Til: Gunn Tove Petterteig

Frå: Sigurd Næss

Notat gjeld: Vurdering av konsekvensar for brukarane i Kvinnherad ved nedlegging av Varaldsøy aldersheim

Komite for helse, omsorg og miljø ønskjer ei utdjuping av konsekvensar ved ei nedlegging av Varaldsøy aldersheim.

Ei nedlegging vil få konsekvensar for innbyggjarane i heile kommunen. Når ein likevel har foreslått dette tiltaket skuldast det at kommunen må redusere drifta monaleg for å komme i økonomisk balanse. Verksemdene står samla bak dette forslaget og meiner ei nedlegging av Varaldsøy aldersheim er det tiltaket som vil gje størst innsparing, og få minst konsekvensar for tilbodet til alle brukarane i kommunen.

Stoda i Kvinnherad i dag.

Det er vanleg å sjå på dekningsgrader i heildøgnsomsorga (HDO) som prosent av gruppa 80+. Vurderinga under vert gjort ut frå dette.

I høve til HDO plassar har det gjennom dei siste utbyggingane av Halsnøytunet og Husnestunet vore ei bevisst satsing på plassar i omsorgsbustader med tilgang til heildøgnsomsorg og plassar i bufellesskap med heildøgnsomsorg. Ein har føretrekt dette framfor ei utbygging av institusjonsplassar. Bakgrunnen for denne strategien er at det skal vere fleire nivå i omsorga mellom institusjonsomsorg og vanlege heimetenester slik at tenestetilbodet lettare skal kunne tilpassast individuelle behov hos dei ulike brukarane. Dette gjer at dekninga av plassar i institusjon i Kvinnherad er relativt låg men likevel høgare enn i mange andre kommunar i Hordaland. Når det gjeld dekninga av bustader med HDO ligg Kvinnherad derimot i den andre enden av skalaen. Her ligg vi godt over dei fleste mellomstore og store kommunane i Hordaland.

Det er vanleg når det gjeld vurderinga av heildøgns omsorgsplassar å sjå talet på omsorgsbustader med heildøgnsomsorg og institusjonsplassar i samanheng med ein annan. Slår ein saman desse to blir talet på slike plassar i Kvinnherad fullt på høgde med dei fleste andre kommunane i fylket.

Utvikling for viktige brukarar av HDO.**Befolkningsutvikling**

Det først og fremst befolkningsutviklinga 80+ som betyr noko i denne samanhengen. Kvinnherad som kommune vil ha eit nokolunde stabilt tal personar i denne gruppa fram til 2020. Den vil så stige moderat fram til ca. 2025. Deretter vil den få ei bratt stigning dei næraste åra etter kvart som dei store etterkrigsskulla rundar 80 år. Kvinnherad er ein av kommunane i Hordaland som vil ha den største endringa i % i gruppa 80+ frå 2020 til 2030.

I åra fram til 2020 vil den interne fordelinga mellom sonene av gruppa 80+ endre seg frå det biletet ein har i dag. Det vil bli ein auke først og fremst i Husnessona. Halsnøysona og

Rosendalsona vil vere nokolunde stabile, medan gruppa 80+ i Hatlestrandsona vil gå ned. Dette er ein tendens som ein alt har sett dei siste åra.

Nye brukarar i samband med samhandlingsreforma.

Utanom 80+ vil nye grupper som kjem til når det gjeld behovet for HDO-plassar først og fremst komme som følgje av samhandlingsreforma. Kvinnherad kommune skal i følgje reforma ha på plass eit tilbod om ØH-døgnopphald. Dette vert det arbeida med, og ein tek sikte på å ha tilbodet oppe å gå i april 2013.

ØH plassar er for Kvinnherad sin del berekna å vere 1,9 plassar. Drifta av desse plassane vil vere fullfinansierte frå helseføretaket og helsedirektoratet fram til 2016. Dei vil deretter bli innarbeida i rammefinansieringa til kommunen. (gjeld alle kommunar i landet) I tillegg til dei 2 (1,9) ØH-plassane skal vi prøve å få i gang ein plass til tyngre rehabilitering i den nye samhandlingsavdelinga.

Vidare vil samhandlingsreforma setje krav til kommunen i høve til mottakskapasitet for såkalla utskrivingsklare pasientar. Kommunen må betale for pasientar som vert liggande på sjukehus etter at dei er definerte utskrivingsklare. Dette kravet har kommunen på seg alt i dag. Erfaring viser at Kvinnherad i stor grad taklar å ta i mot utskrivingsklare pasientar med dei tenestene ein har i dag.

Husnes sjukeheim har i dag eit tilbod med ein plass til palliativ behandling. Dette vil vi fortsetje med.

Dei 3 nye plassane som det dermed er snakk om (2 ØH og 1 til tyngre rehabilitering) vert ikkje oppretta som nye plassar, men tatt av dei plassane som ein alt har i dag. Dette for å unngå auke av drifta. Resultatet av dette er at det vert 3 færre langtidsplassar ved Husnestunet.

Vurdering ved nedlegging av 16 plassar i HDO på Varaldsøy.

Dei 16 plassane utgjør ca. 10% av HDO-plassane i kommunen. Etter ei nedlegging vil kommunen likevel ha fleire plassar i HDO pr. innbyggjar 80+ enn mange av kommunane i fylket. (Dette gjeld også sjølv om vi i tillegg tek vekk 3 langtidsplassar på Husnestunet)

Bebuarane på Varaldsøy aldersheim har eit ulikt behov for tenester slik vi vurderer det ut frå behovsvurderingar gjennom IPLOS registrering gjort av dei tilsette ved aldersheimen. (IPLOS = individbasert pleie og omsorgsstatistikk) Ved nedlegging vil nokre av dei ha behov for langtidsplass i sjukeheim, medan andre vil kunne fungere godt, og ha det best i omsorgsbustad/ bufellesskap med heildøgnsstenester. Dette vil ein så langt det er mogeleg måtte ta omsyn til. Bebruarane vil då truleg kunne få tilbod om tilpassa plassar i kommunen alt etter behov og ønske, men likevel innanfor det som er tilgjengeleg i tida for flytting.

Det som vil skje ved ei nedlegging med flytting av bebruarane er at dei vil ta opp plassar for andre i HEILE kommunen. Nedlegginga vil altså ha konsekvensar for alle bebruarane i heile kommunen – ikkje berre lokalt på Varaldsøy.

Dersom vi tenker oss at aldersheimen vert nedlagt i dag (med 14 bebruarar) ville ein kunne løyse dette slik:

- Halsnøysona har 18 institusjonsplassar. 5 av desse er korttid – 13 er langtid. I dag er det 2 ledige langtidsplassar og 2 korttidsplassar som midlertidig kunne vore nytta for bebruarar frå Varaldsøy.
- Rosendalsona har 4 korttidsplassar som midlertidig kunne vore nytta til føremålet.
- Ølve har 2 institusjonsplassar og 2 bustader som kan nyttast.
- Husnessona måtte ha nytta 2 av sine korttidsplassar midlertidig.

Samla ville ein då vere oppe i 14 plassar.

Nedlegginga vil føre til at det i alle trinna i omsorgstrappa vil bli vanskelegare å få tenester i heile kommunen. Dette fordi pleie- og omsorgstenesta heile tida fungerer dynamisk i høve til muligheitene ein har for tildeling av tenester og behova som befolkninga har. Ein slik dynamikk fungerer både innanfor kvar sone, men også til saman i heile pleie og omsorgstenesta i kommunen. Innanfor denne dynamikken har ein sjølvstendig eit lovverk som skal følgjast. I perioden etter evt. nedlegging av Varaldsøy aldersheim vil det gå månader med tilpassingar i alle sonene for å klare å balansere tenestenivået på dei ulike trinna i omsorgstrappa og samstundes balansere dette opp mot lovverket. Her vil det vere viktig at ein har ei sakshandsaming som vert gjort effektivt og med høg kvalitet. I tillegg må ein ha ei omsorgsteneste med løysingsfokus og samarbeidsevne på tvers av soner og fagfelt for å lukkast.

Det vil blant anna bli vanskelegare å få korttids plass/avlastning fordi mange av desse plassane vil vere blokkerte av bebuarane frå Varaldsøy aldersheim. Dette vil også føre til at vi i perioden vil ha større problem med å ta imot pasientar frå sjukehusa. Nokre vil då bli liggande der, og vi må betale for dette til sjukehuset.

Når det gjeld heimetenestene vil vi heller ikkje kunne auke desse dersom vi skal halde oss til dei økonomiske rammene.

Kva vil skje viss vi ikkje legg ned Varaldsøy aldersheim?

Dersom vi skal halde oss til rammene som pleie- og omsorgstenesta har fått måtte vi i så fall legge ned tilsvarande ein annan stad i kommunen. Vi måtte lagt ned heile avdelingar på sjukeheim. Til dømes kunne vi stengt ned institusjonsplassane på Halsnøy.

Resultatet vil då bli at Varaldsøy aldersheim vil få betydeleg større utfordringar med pasientar frå heile kommunen og med ein monaleg større pleietyngde og behov for fagleg oppfølging.

Dette er ikkje aldersheimen bemanna for i dag med 3,8 årsverk for sjukepleiarar. Til samanlikning har Halsnøy 8 sjukepleiarårsverk til 18 bebuarar for å takle dei faglege utfordringane. Vi måtte dermed ha flytta 6-7 sjukepleiarar frå fastlands-Kvinnherad til Varaldsøy for å fått ei nokolunde forsvarleg drift. Det vil etter vår meining bli ei svært dyr ordning og meningslaust i høve til kvar pasientane og sjukepleiarane vert rekruttert frå.

Vi forstår at ei nedlegging av Varaldsøy aldersheim er eit vanskeleg vedtak å gjere.

Dette er likevel den einaste mogelege vegen i høve til å kutte i kostnader i tenestene med dei størrelsane som det er lagt opp til i vedtatt økonomiplan.



Rådmannen - Halsnøysona

Vår ref: 2012/2035-5

Dato: 02.10.2012

3

Til: Gunn Tove Petterteig

Frå: Anne Tangen Rørdal

Notat gjeld: Omtale av relevante konsekvensar

Komite for helse, omsorg og miljø har i dag bedd om ei utdjuping av konsekvensar av ei nedlegging av Varaldsøy aldersheim.

Ei nedlegging vil få konsekvensar for innbyggjarane i heile kommunen. Når ein likevel har foreslege dette drastiske tiltaket skuldast det at kommunen må redusera drifta betrakteleg for å komme i økonomisk balanse. Verksemdene står samla bak dette forslaget og meiner ei nedlegging av Varaldsøy aldersheim er det tiltaket som vil gi størst innsparing og få minst konsekvensar for tilbodet til alle brukarane.

Ei reduksjon på 14 aldersheim plasser vil medføre at det i ei periode framover vert vanskelegare å få korttids plass. Dette skuldast at fleste parten av dei korttids plassane kommunen disponerer i dei andre sjukeheimane vil verte opptekne med brukarar frå Varaldsøy.

Om aldersheimen blei nedlagt i dag 2 oktober ville ein kunne løyst kabalen slik. (14 personar har vedtak om langtidsopphald HDO/aldersheim)

Halsnøysona – har 18 institusjonsplasser. 5 korttid og 13 langtid. I dag er det 2 ledige langtids plasser og 2 korttids plasser ville kunne vært nytta for bebuarar frå Varaldsøy.

Konsekvens av dette vil være at det vert vanskelegare for bebuarar i Halsnøy og til dels Husnes sona å få korttids plass og at det vert mindre rom for avlastning og utredningsopphald. Halsnøytunet har eit ekstra rom utan bad som kan nyttast til dette formålet.

Rosendal sona – har 4 korttids plasser som kan nyttast for bebuarar frå Varaldsøy – konsekvens av dette vert som for Husnes og Halsnøy

Ølve har 2 institusjonsplasser og 2 bustader som kan nyttast for brukarar frå Varaldsøy.

Husnes sona måtte tatt dei siste 2-3 pasientane – Dei må ha som mål å ha rullering på korttids plassane sine slik at dei kan ta imot pasientar frå sjukehus for heile kommunen.

Konsekvensar for alle sonene

Det vil verte vanskelegare å få langtids plass og utfordringane i heimetenestene vert dermed større. Dette er heilt i tråd med dei signala som har vært gitt politisk dei siste åra. Kostra tal viser at kommunen yt hjelp til mange og ein har i lang tid arbeidet med å skape ei forståing i befolkninga om at tenestilbodet vert dårlegare. Innan dei økonomiske rammene er det ikkje rom for å auke heimetenestene tilsvarande det auka behovet. Konsekvensen er med andre ord at ein må sei nei til mykje meir enn tidlegare. Dette gjeld uansett om ein vel og leggja ned eller ei. Dette krev at ein har ei god organisering av heimetenestene og at sakshandsaming vert gjort effektivt og med høg kvalitet. Ei dynamisk omsorgsteneste med løsningsfokus og samarbeidsevne på tvers av soner og fagfelt vil verte avgjerande for å lukkast.

Aldersheims plassane er etter vår meining ikkje fullverdige sjukeheimsplasser og dei vil ikkje kunne overta oppgåvene Rosendalstunet eller Halsnøytunet har om ei vel og heller leggje ned avdeliger på desse institusjonane.

Halsnøytunet har som før nemnt 18 plasser og er samanliknbart med Varaldsøy. Halsnøytunet har 8 årsverk for sjukepleiar knytt til institusjon medan Varaldsøy har 3.8. Institusjons plassane skal være for dei sjukaste enten på kort eller langtid og krev at det er sjukepleier til stades heile døgnet og at ein har ei god legedekning.

HDO: tyder heildøgns omsorg

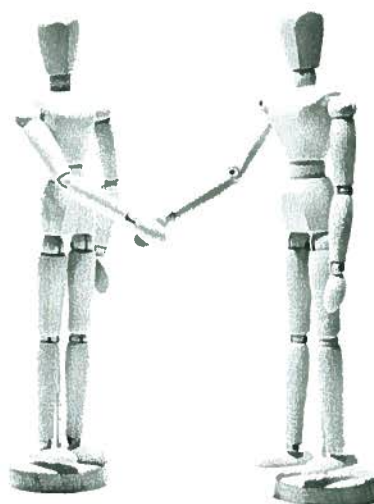


Deloitte

Kommunenes utfordringer i samhandlingsreformen – innspill til diskusjon

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

Delrapport – Hordaland fylke



Oslo, 24. september 2012

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	2
1.1 Formålet med rapporten	2
1.2 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten	3
2. Samlet utfordringsbilde pr. kommune	4
3. Utfordringsbilde i lys av indikatorene pr. analyseområde	6
3.1 Hordaland fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter	6
3.2 Igangsatte prosjekter fordelt etter prosjektets område.....	7
3.3 Befolkningsprognoser	8
3.3.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; befolkningsprognoser	8
3.3.2 Kortsiktig befolkningsutvikling fram mot 2016	10
3.3.3 Endring av andel innbyggere pr. aldersgruppe fram mot 2030	11
3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA – pleie og omsorg.....	13
3.4.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; pleie og omsorg.....	13
3.4.2 Korrigerte netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og eldre.....	15
3.4.3 Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere på institusjon	16
3.4.4 Andel innbyggere 80 år og eldre i bolig med heldøgns bemanning.....	17
3.4.5 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere 80 år og eldre.....	17
3.4.6 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	18
3.4.7 Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	19
3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester	20
3.5.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; spesialisthelsetjenesten	20
3.5.2 Antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere	22
3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og eldre	22
3.5.4 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere	23
3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre.....	24
3.5.6 Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.....	24
3.5.7 Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere	25
3.5.8 Antall utskrivninger til kommunal institusjon pr. 1000 innbyggere	26
3.5.9 Andel av utskrivninger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og eldre	26
3.5.10 Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe»	27
3.6 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA – kommnehelse.....	29
3.6.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; kommnehelse	29
3.6.2 Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene	30
3.6.3 Antall legeårverk pr. 10 000 innbyggere (funksjon 241)	31
3.6.4 Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse, pr. innbygger.....	32
3.6.5 Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger	33

Vedlegg: Oversikt over samhandlingsprosjekter i Hordaland fylke

1. Innledning

1.1 Formålet med rapporten

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

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

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

Oppbygning av rapporten

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

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

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

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

I kapittel 3.1 gis det i tillegg en enkel oversikt over de samhandlingsprosjektene 17 av 33 kommuner (52 %) i Hordaland fylke har rapportert til KS at de har planlagt/igangsatt pr. november 2011.

Innspill til diskusjon

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

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

1.2 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten

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

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

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

Tabell 1: Oversikt over områder og datakilder brukt i rapporten

Alle analysene bygger på selvrapporterte tall fra kommunen/sykehusene. Med dette som utgangspunkt anbefaler vi at kommunene kvalitetssikrer egne tall dersom det er usikkerhet knyttet til 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. korr. for brukere hjemmetj. < 67 år	Samlet vurdering spesialisthelsetjenester
Fedje	⬇	⬇	⬇
Modalen	⬆	⬇	⬇
Osterøy	⬆	⬆	⬇
Elne	⬆	⬆	⬆
Tysnes	⬆	⬆	⬇
Kvam	⬆	⬆	⬇
Sveio	⬆	⬆	⬆
Bømlo	⬆	⬆	⬆
Fusa	⬆	⬆	⬆
Radøy	⬆	⬆	⬆
Os (Hordaland)	⬆	⬆	⬇
Ulvik	⬆	⬆	⬆
Voss	⬇	⬆	⬆
Stord	⬆	⬆	⬆
Kvinnherad	⬆	⬆	⬆
Bergen	⬇	⬆	⬆
Vaksdal	⬇	⬆	⬇
Fitjar	⬆	⬆	⬆
Fjell	⬆	⬆	⬇
Masfjorden	⬇	⬆	⬇
Lindås	⬆	⬆	⬆
Sund	⬆	⬆	⬆
Øygarden	⬇	⬆	⬆
Askøy	⬆	⬆	⬇
Ullensvang	⬆	⬆	⬆
Samnanger	⬇	⬆	⬇
Odda	⬆	⬆	⬇
Granvin	⬆	⬆	⬇
Austevoll	⬆	⬆	⬆
Meland	⬇	⬆	⬇
Jondal	⬇	⬆	⬇
Austrheim	⬆	⬇	⬆
Edfjord	⬇	⬇	⬇

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

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

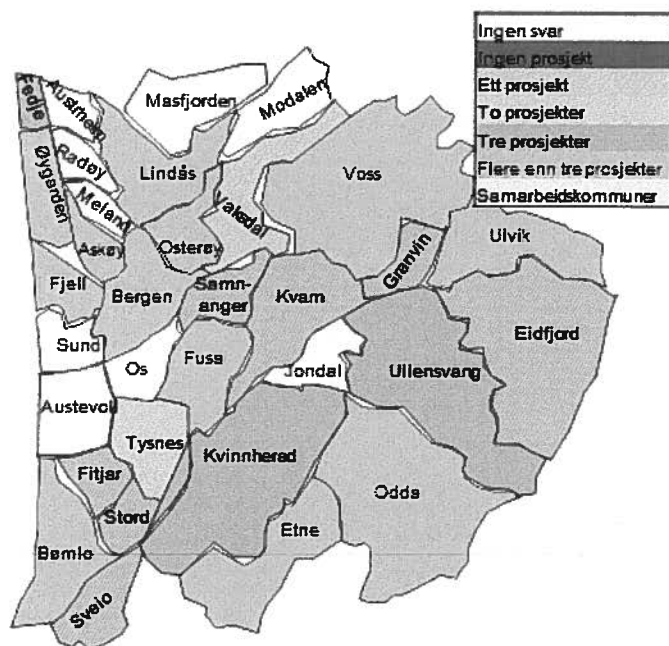
- «Rød firkant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en større utfordring
- «Gul trekant»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en moderat utfordring
- «Grønn ring»: Kommunens verdi kan tolkes slik at kommunen har en lavere utfordring

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 Hordaland fylke – befolkning og registrerte samhandlingsprosjekter



I Hordaland er det 481.897 innbyggere (pr. 01.01.2011). Hordaland er landets tredje største fylke i folketall og landets niende største i areal. Bergen er administrasjonssenter i fylket.

Hordaland er et fylke på Vestlandet i Norge, som grenser til Rogaland i sør, Sogn og Fjordane i nord, Buskerud og Telemark i øst. 71 % av arealet er fjellområder som ligger høyere enn 300 meter over havet. Hordaland er det eneste fylket i landet hvor alle de 33 kommunene grenser til havet.

Fylket består av 33 kommuner, de tre største kommunene målt i antall innbyggere er Bergen (259.111), Askøy (25.525) og Fjell (22.161).

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 %.

17 av totalt 33 kommuner fra Hordaland fylke svarte på undersøkelsen (52 %). Bergen, Bømlo, Fjell, Fusa, Odda og Voss har fått tildelt midler fra HOD og startet opp prosjekter.

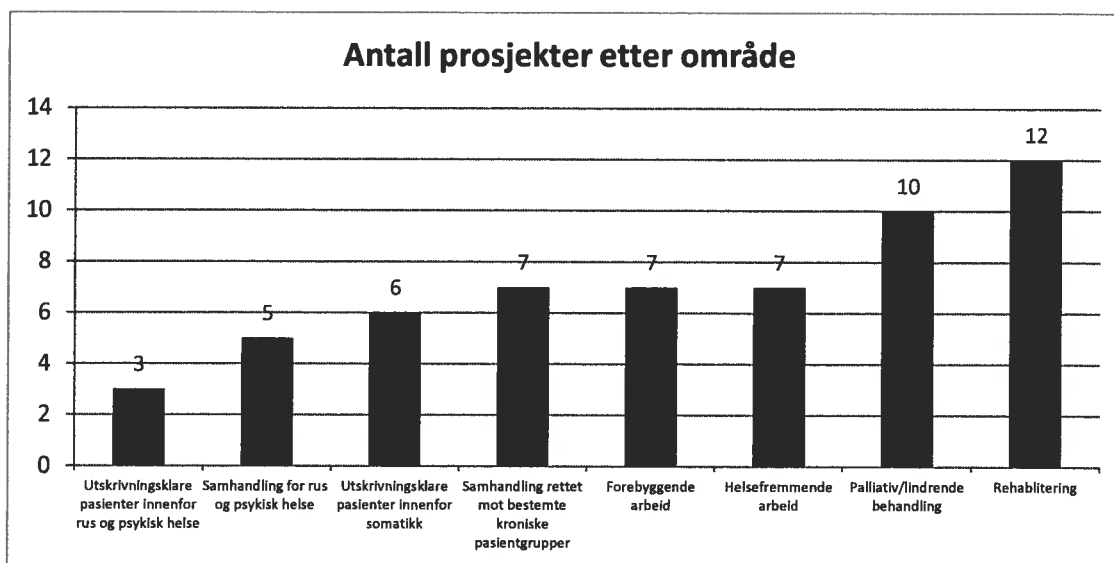
Os har fått tildelt midler, men ikke svart på undersøkelsen og vi vet ikke om det er startet opp prosjekter i denne kommunen.

Fedje, Øygarden, Lindås, Askøy, Osterøy, Tysnes, Kvinnherad, Etne, Ullensvang, Ulvik og Vaksdal har startet opp prosjekter uten å ha fått midler fra HOD.

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 Hordaland fylke etter område, KS spørreundersøkelse, Deloitte egen analyse, 2011

Kommuner som svarte på den landsdekkende undersøkelse har totalt igangsatt 57 samhandlingsprosjekter. I gjennomsnitt har hver kommune igangsatt 1,7 prosjekter.

Områder med flest antall igangsatte prosjekter i Hordaland er rehabilitering, palliativ / lindrende behandling og samhandlingsrettet arbeid.

Prosjekter innenfor Utskrivningsklare pasienter RUS og psykiatri er for tiden underrepresentert i prosjektspektrum fra Hordaland 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 det kommunale tilbudet for eldre, dersom denne befolkningsgruppen viser en større reduksjon i andel av befolkningen fra 2011 til 2030, som å etablere et kommunalt tilbud for eldre, fordi denne befolkningsgruppen viser en positiv endring fra 2011 til 2030.

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

3.3.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; befolkningsprognoser

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

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

Kommunenavn	Samlet vurdering	Kortsiktig endring av andel innbyggere 2011 - 2016		Mellomlangsigtig endring av andel innbyggere 2011 - 2030	
		67 - 79 år	80 - 89 år	67 - 79 år	80 - 89 år
Askøy	△	△	△	⊗	△
Austevoll	△	△	△	△	⊗
Austrheim	△	⊗	△	⊗	△
Bergen	⊗	⊗	△	⊗	⊗
Bømlo	△	△	△	△	⊗
Edfjord	⊗	⊗	△	⊗	⊗
Etne	△	⊗	△	△	⊗
Fedje	⊠	⊗	⊠	⊠	△
Fitjar	△	△	△	⊠	⊗
Fjell	△	△	△	△	△
Fusa	△	⊗	△	△	△
Granvin	△	△	⊗	⊠	△
Jondal	⊠	⊠	△	△	⊠
Kvam	△	△	△	△	⊗
Kvinnherad	△	△	△	△	△
Lindås	△	△	△	△	△
Masfjorden	⊠	⊗	⊠	△	△
Meland	⊗	⊗	△	△	⊗
Modalen	△	⊗	⊠	△	△
Odda	△	⊗	△	△	⊗
Os (Hordaland)	△	△	△	⊗	△
Osterøy	△	△	△	△	⊗
Radøy	△	△	△	△	△
Sannanger	⊠	△	△	⊠	△
Stord	△	⊗	△	△	△
Sund	△	⊗	△	△	△
Sveio	△	△	△	△	△
Tysnes	△	△	△	△	△
Ullensvang	△	△	△	⊗	△
Ulvik	△	⊠	⊗	△	△
Vaksdal	⊗	⊗	△	⊗	⊗
Voss	⊗	⊗	△	△	⊗
Øygarden	⊗	△	△	△	⊗

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

Tabellen viser at fire kommuner har en større utfordring enn de resterende kommunene i Hordaland fylke når det gjelder disse befolkningsprognosene. I 23 kommuner kan utfordringen tolkes som moderat, mens seks kommuner kan sies å ha et lavt utfordringsbilde.

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

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

Vurderingene som her omtales er knyttet til samhandling og føringene i samhandlingsreformen. Enkelte av kommunene kan ha store økonomiske utfordringer knyttet til helse- og omsorgstjenestene og likevel ha en moderat eller lav utfordring i forhold til

befolkningsutvikling isolert sett. Det kan blant annet henge sammen med hvordan kommunene drifter tjenestene til funksjonshemmede, psykisk helsearbeid mv.

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

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

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

3.3.2 Kortsiktig befolkningsutvikling fram mot 2016

Den kortsiktige betraktningen av befolkningsprognosen fram mot 2016 viser en negativ vekst for innbyggere mellom 0 - 66 år i alle kommuner i Hordaland fylke. Andelen av denne befolkningsgruppen reduseres i gjennomsnitt med 1,3 % fra 2011.

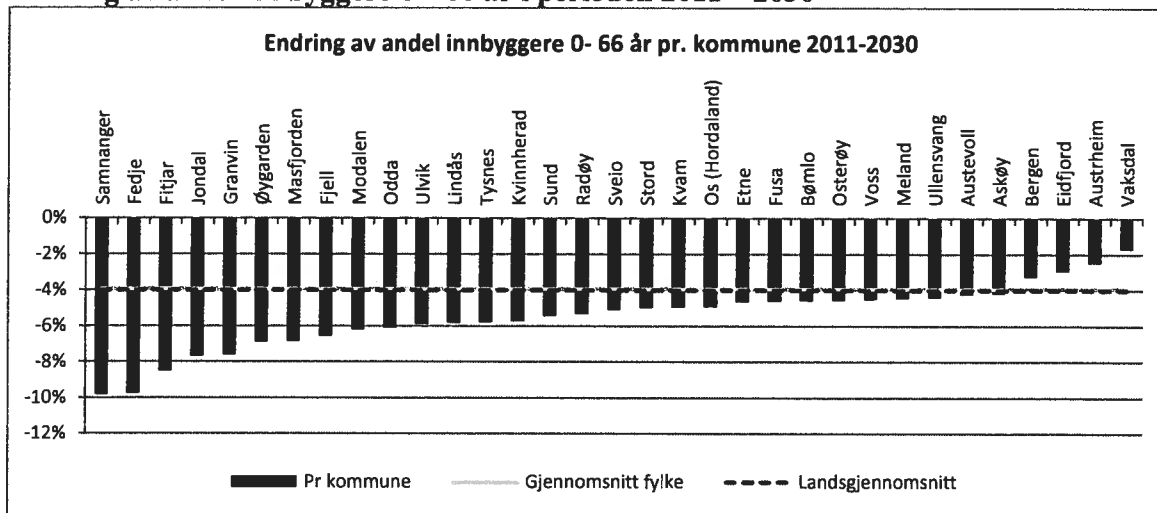
De tre kommunene i Hordaland fylke med størst reduksjon i befolkningen under 67 år fra 2011 til 2016 er Jondal (-3,6 %), Modalen (-3,1 %) og Fedje (-3,0 %).

Når det gjelder andelen innbyggere mellom 67 - 79 år viser i den kortsiktige betraktningen fram mot 2016 en positiv vekst på ett prosentpoeng for Hordaland fylke. Ulvik, Jondal og Samnanger kommune er de tre kommunene med størst vekst for denne befolkningsgruppen fram mot 2016.

Andelen innbyggere 80 år og eldre vil fram mot 2016 forbli tilnærmet uendret for Hordaland fylke (vekst på 0,1 %).

3.3.3 Endring av andel innbyggere pr. aldersgruppe fram mot 2030

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



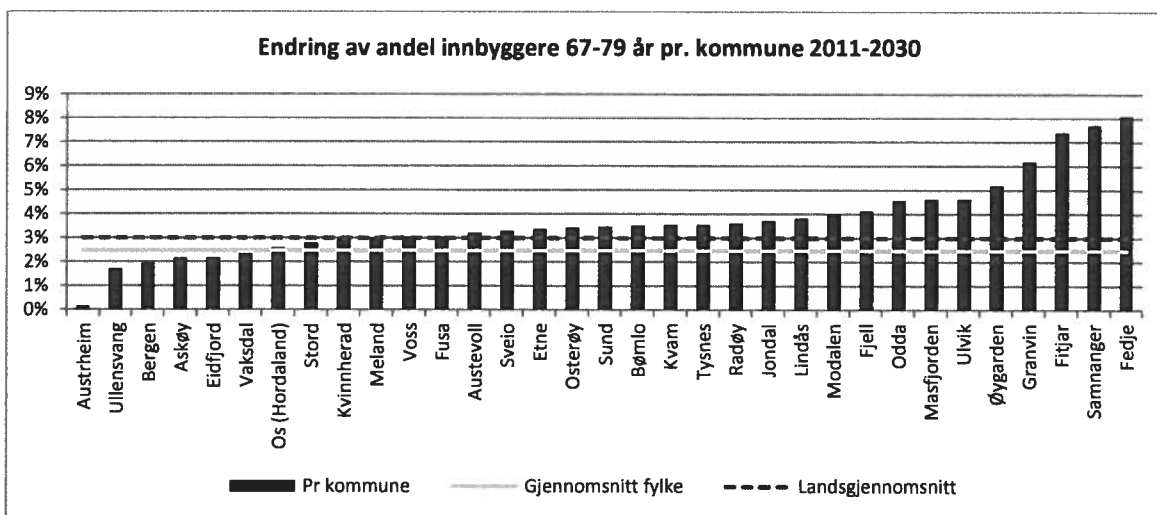
Figur 2: Endring av andel innbyggere 0-66 år i befolkningen fra 2011 – 2030, SSB 2011

Det vil bli en reduksjon i andelen innbyggere mellom 0 - 66 år i alle kommuner i Hordaland fylke fram mot 2030. Reduksjon varierer fra - 9,8 % i Samnanger og Fedje kommune til - 1,7 % i Vaksdal kommune.

For Hordaland fylke generelt vil andelen innbyggere 0 - 66 år være 3,9 % lavere i 2030 enn i 2011. Denne reduksjonen ligger tilnærmet likt med landsgjennomsnittet for Norge.

Samnanger (-9,8 %), Fedje (-9,8 %) og Fitjar (-8,5 %) er de tre kommunene med størst reduksjon av andelen innbyggere 0 - 66 år i Hordaland fylke.

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



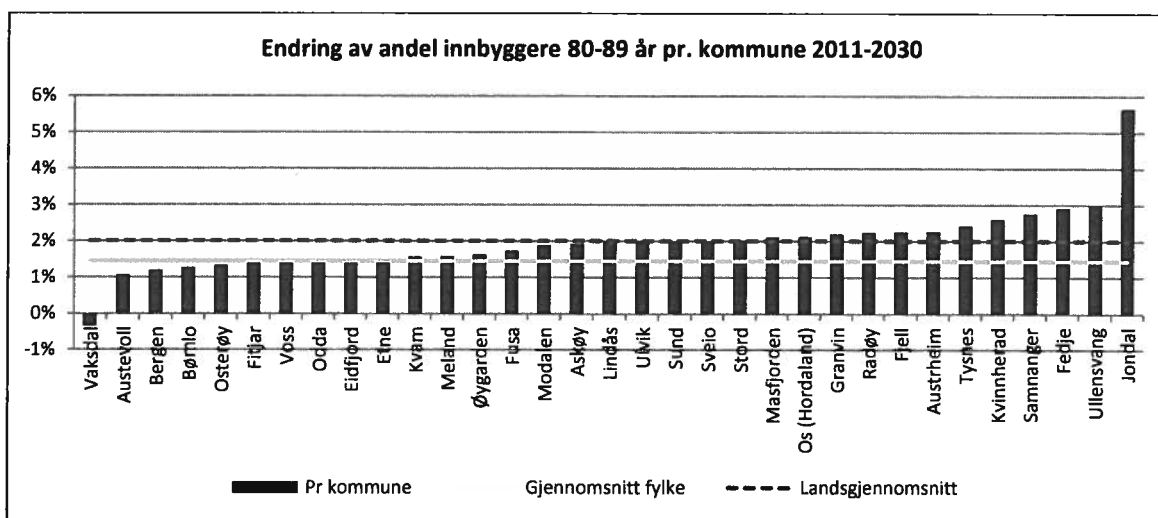
Figur 3: Endring av andel innbyggere 67 - 79 år i befolkningen fra 2011 - 2030, SSB, 2011

Det vil bli en økning i andelen innbyggere mellom 67 - 79 år i alle kommuner i Hordaland fylke fram mot 2030. Veksten i Austrheim kommune vil være marginal (0,2 %).

For Hordaland fylke generelt vil andelen innbyggere 67- 79 år være 2,5 % høyere i 2030 enn i 2011. Økningen er noe under landsgjennomsnittet i Norge for denne gruppen (3 %).

Fedje (8,1 %), Samnanger (7,7 %) og Fitjar (7,4 %) er de tre kommunene med størst økning av andelen innbyggere 67 - 79 år i Hordaland fylke.

Endring av andel innbyggere 80 – 89 år 2011 – 2030



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

Det vil bli en økning i andelen innbyggere mellom 80 - 89 år i alle kommuner i Hordaland fylke fram mot 2030, bortsett fra for Vaksdal kommune, som vil ha en reduksjon i andelen av denne aldersgruppen.

For Hordaland fylke generelt vil andelen innbyggere 80- 89 år være 1,5 % høyere i 2030 enn i 2011. Økningen er noe lavere enn landsgjennomsnittet i Norge for denne gruppen (2 %).

Jondal (5,7 %), Ullensvang (3,0 %) og Fedje (2,9 %) er de tre kommunene med størst økning av andelen innbyggere 80 - 89 år i Hordaland fylke.

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

Andelen innbyggere 90 og eldre år vil være tilnærmet uendret fram mot 2030. Jondal (-2 %) er den kommunen med størst negativ vekst for denne befolkningsgruppen. De andre kommunene har enten en svært lav vekst eller en andel som holder seg konstant over perioden.

3.4 Kommunal tjenesteproduksjon fra KOSTRA – pleie og omsorg

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

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

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

3.4.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; pleie og omsorg

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

Utfordringen innen pleie og omsorg kan ut i fra denne analysen tolkes som moderat (markert ved gul trekant) i de fleste kommunene i Hordaland – 29 totalt. I to av kommunene kan utfordringen tolkes som lav (markert ved grønn ring), mens to kommuner kan sies å ha en større utfordring (markert ved rød firkant) enn resten når det gjelder pleie og omsorg.

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

Kommunenavn	Indikator pleie og omsorg					
	Nettoutgift pr. innb. 80 år + korrigert 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
Askøy	△	◆	◆	△	◆	△
Austevoll	△	◆	△	○	◆	◆
Austrheim	○	◆	◆	◆	◆	◆
Bergen	△	◆	◆	△	◆	◆
Bømlo	△	◆	◆	△	◆	◆
Edfjord	○	△	○	◆	◆	△
Etne	△	◆	◆	△	◆	◆
Fedje	◆	◆	◆		◆	◆
Fitjar	△	◆	◆	△	◆	◆
Fjell	△	◆	◆	○	○	○
Fusa	△	◆	◆	△	◆	◆
Granvin	△	◆	○	△	◆	◆
Jondal	△	△	◆	△	◆	△
Kvam	△	◆	◆	○	△	○
Kvinnherad	△	◆	◆	△	◆	△
Lindås	△	◆	◆	○	◆	◆
Masfjorden	△	◆	◆	△	◆	◆
Meland	△	◆	◆	○	◆	◆
Modalen	◆	○	◆		◆	○
Odda	△	◆	◆	○	△	○
Os (Hordaland)	△	◆	△	○	◆	△
Osterøy	△	◆	◆	◆	◆	◆
Radøy	△	◆	◆	△	◆	◆
Sammanger	△	◆	◆	△	◆	◆
Stord	△	◆	◆	△	◆	◆
Sund	△	◆	◆	◆	◆	◆
Sveio	△	◆	◆	◆	◆	◆
Tysnes	△	◆	◆	○	◆	△
Ullensvang	△	◆	◆	○	◆	△
Ulvik	△	◆	△	△	◆	◆
Vaksdal	△	◆	◆	○	◆	◆
Voss	△	◆	◆	△	◆	◆
Øygarden	△	◆	◆	○	◆	△

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

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

De andre indikatorene under dette analyseområdet er:

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

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

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

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

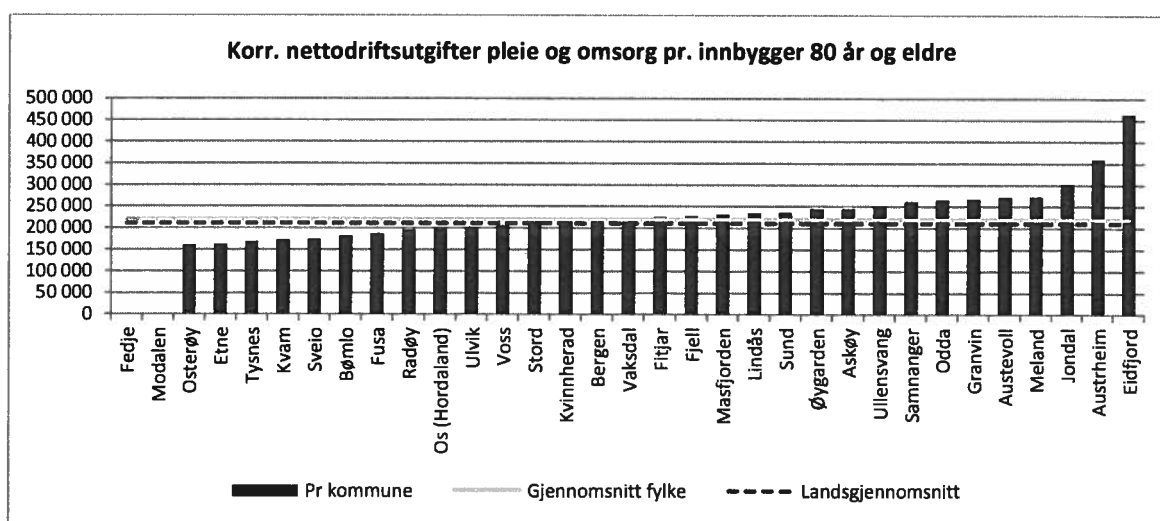
En kommune som har laver nettoutgift pr. innbygger 80 år + korrigerte for bruker av hjemmetjenesten under 67 år, vil normalt ha lav andel innbygger som har tjeneste og/eller lav utgift pr. bruker av hjemmetjenesten/pr. plass i institusjon. Det vises til vedlegget til Nøkkeltallsrapport for pleie- og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

Momenter til videre diskusjon:

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

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

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



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

Landsgjennomsnittet er gjennomsnittet for de 412 kommunene som har fullt datasett/tall og tatt med i tabellen. Gjennomsnittsutgiften til pleie- og omsorgstjenester i Hordaland er 219 000 kr. Dette er 8 370 kroner mer enn landsgjennomsnittet.

15 kommuner har lavere korrigerte netto driftsutgifter enn gjennomsnittet for Hordaland fylke.

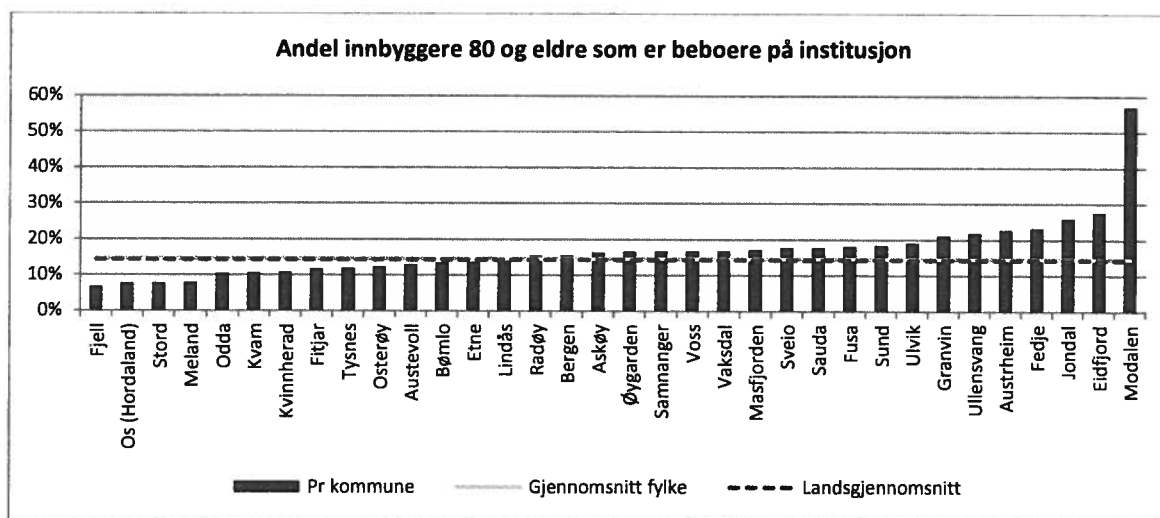
Eidfjord (463 `NOK), Austrheim (359 `NOK) og Jondalen (302 `NOK) er de tre kommunene med høyeste korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger 80 år og eldre.

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

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

Indikatoren beregnes på følgende måte.

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



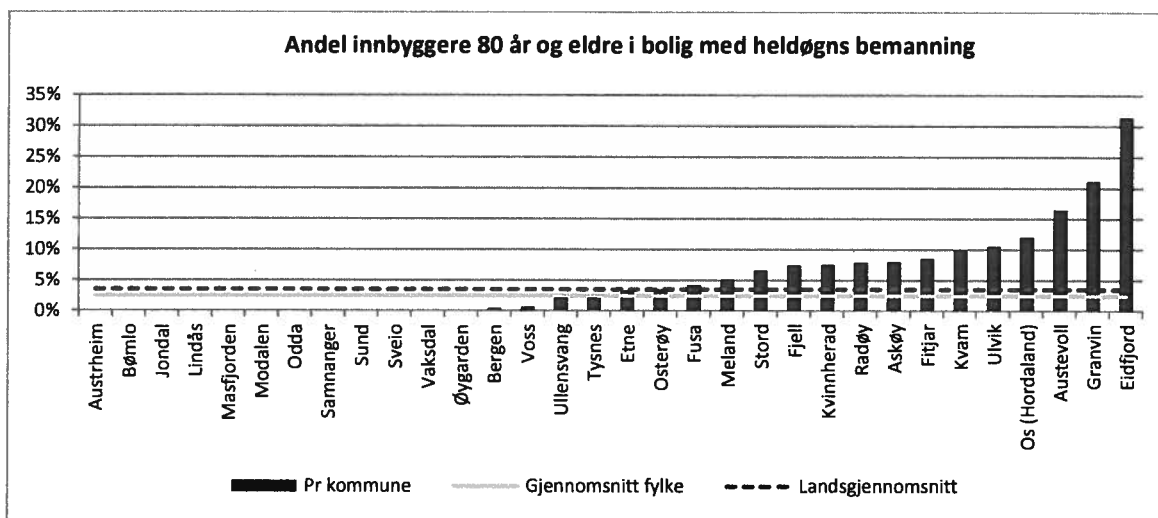
Figur 6: Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere på institusjon, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

I gjennomsnitt er det for Hordaland fylke en dekningsgrad for innbyggere 80 år og eldre som er beboere på institusjon på 14,6 %. Landssnittet er på 14,3 %, og Hordaland fylke ligger 0,3 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet på denne indikatoren.

Modalen kommune skiller seg markant fra de andre kommunene i fylket ved å ha en andel av befolkningen over 80 år som beboer ved institusjon på 57 %. Modalen er den minste kommunen i Hordaland med 369 innbyggere. Fjell, Os og Stord har lavest andel av befolkning over 80 år på institusjon.

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

Indikatoren viser andelen innbyggere 80 år og eldre som er beboer i bolig m/ heldøgns bemanning. Denne andelen er det 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 2: Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere i bolig med heldøgns bemanning, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

I Hordaland ligger gjennomsnittlig andel innbyggere 80 år og eldre med bolig med heldøgns bemanning på 2,5 %. Landsgjennomsnittet for denne indikatoren er på 3,5 %, og Hordaland ligger ett prosentpoeng under landsgjennomsnittet.

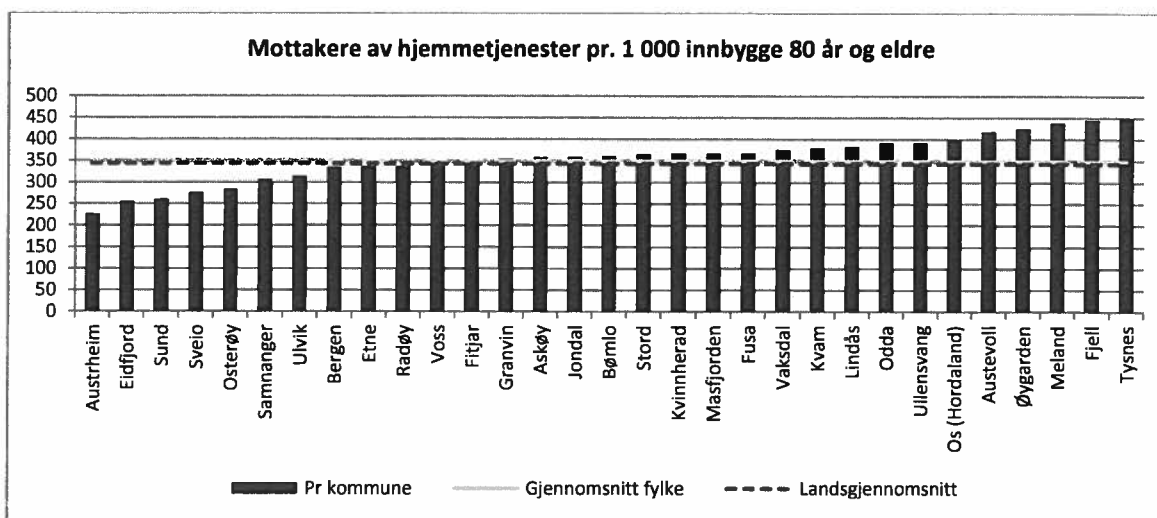
Det er hele 13 kommuner i Hordaland fylke som rapporterer at de ikke har beboere over 80 år i bolig med heldøgns bemanning. Fedje kommune har ikke rapportert denne indikatoren.

Av kommunene med høyest andel innbyggere over 80 år i bolig med heldøgns bemanning er Eidfjord og Granvin. Totalt ligger 17 av kommunene i Hordaland over fylkesgjennomsnittet for denne indikatoren.

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

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

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



Figur 3: Antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og eldre, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

I alle kommuner i Hordaland fylke mottar innbyggere 80 år og eldre hjemmetjenester og i gjennomsnitt mottar 349 av 1000 innbygger hjemmetjenester. Dette er seks personer flere enn landsgjennomsnitt (343 pr 1000 innbygger).

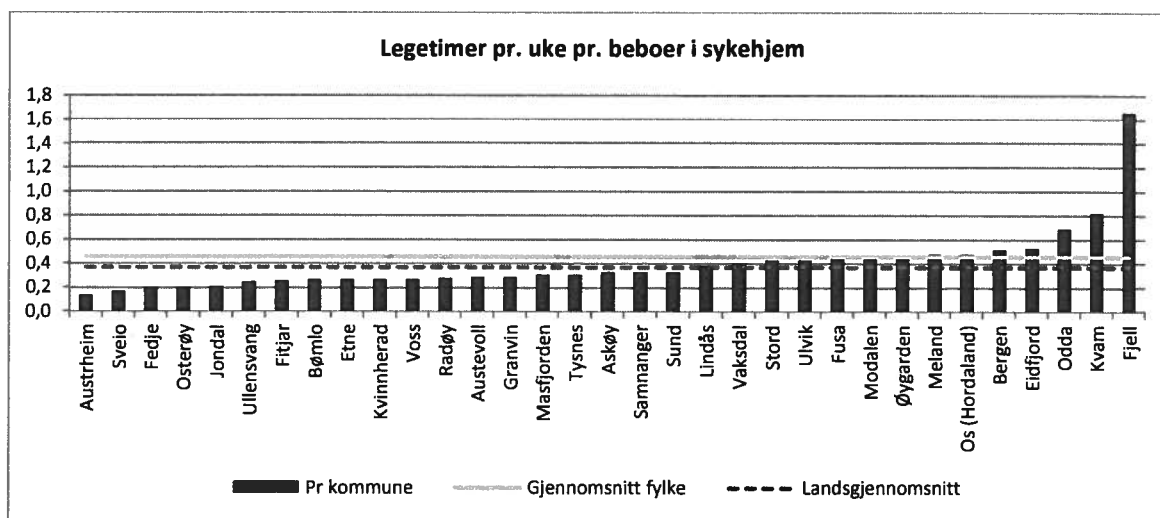
I ti kommuner ligger andelen mottakere av hjemmetjenester under fylkesgjennomsnittet.

De tre kommunene med høyest antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og eldre, er Tysnes (447), Fjell (445) og Meland (439).

Austrheim (226), Eidfjord (255) og Sund (260) er de tre kommunene med laveste antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 80 år og eldre.

3.4.6 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem

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



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

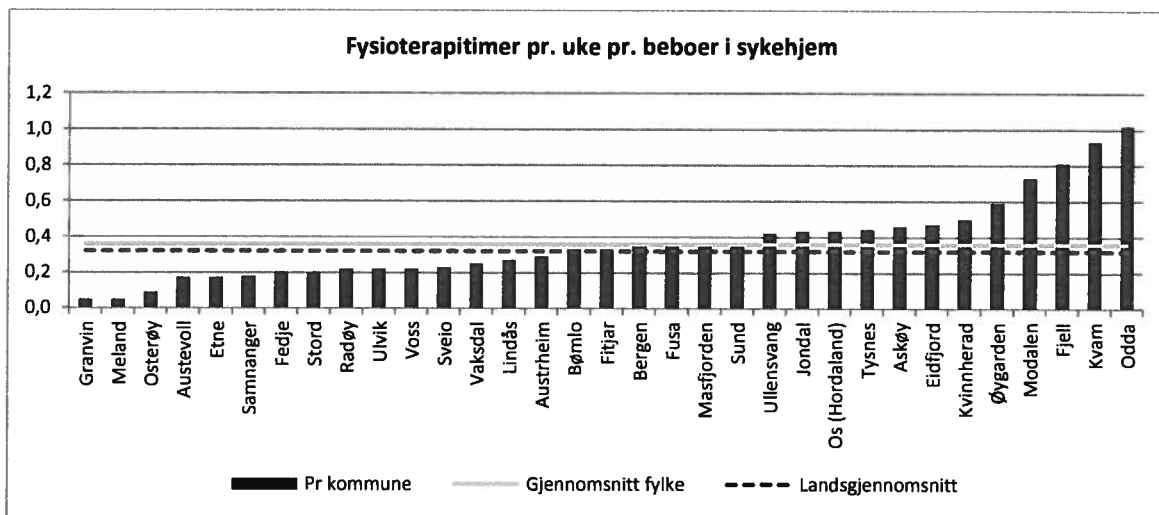
Alle kommunene i Hordaland har innrapportert tall til SSB og gjennomsnittet for beboere i sykehjem pr. uke 0,5 legetimer pr. beboer.

Gjennomsnitt for fylke ligger 0,1 timer høyere enn landsgjennomsnitt. I 25 av de 33 kommunene får beboer i sykehjem færre legetimer pr. uke enn gjennomsnitt for fylke.

I Fjell (1,7), Kvam (0,8) og Odda (0,7) får beboere i sykehjem flest antall legetimer pr uke, mens i Austrheim (0,1), Sveio (0,2) og Fedje (0,2) får beboerne færrest legetimer pr uke.

3.4.7 Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem

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



Figur 5: Antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Alle kommunene i Hordaland har innrapportert tall til SSB og gjennomsnittet for beboere i sykehjem pr. uke 0,4 fysioterapitimer pr. beboer. Antall timer er 0,04 timer høyere enn landsgjennomsnitt.

15 av 33 kommuner har et lavere antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem enn gjennomsnittet for Hordaland fylke.

Odda (1,0), Kvam (0,9) og Fjell (0,8) er de tre kommunene i Hordaland fylke som har høyest antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem. Dette er også de samme kommunene der beboere i institusjon får flest legetimer pr. uke.

Granvin (0,1), Meland (0,1) og Osterøy (0,1) er de tre kommunene i Hordaland fylke som har laveste antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem.

3.5 Bruk av spesialisthelsetjenester

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

- Før
 - Istedenfor
 - Etter
- } sykehusopphold

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

3.5.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; spesialisthelsetjenesten

I tabellen under vises utfordringsbilde pr kommune innenfor området «spesialisthelsetjeneste» ved bruk av trafikklys.

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

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 utskrivinger til kommunal institusjon pr. 1000 innbyggere
- Andel av utskrivinger til kommunal institusjon for innbyggere 80 år og over
- Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe»

Ut i fra denne vurderingen har ti kommuner (markert ved rød firkant) en større utfordring når det gjelder forbruk av spesialisthelsetjenester enn gjennomsnittet for fylket. Utfordringen innen forbruk av somatiske sykehustjenester kan i 17 kommuner tolkes som moderat (markert ved gul trekant) og i seks kommuner kan den tolkes som lav (markert ved grønn ring).

Kommunenavn	Samlet vurdering	Forbruksrate	Andel eldre	Reinnleggelse med opphold	Antall utskrivninger komm. inst.
Askøy	⊙	⊙	⊙	⊙	△
Austevoll	△	△	⊙	△	◇
Austrheim	△	⊙	△	⊙	△
Bergen	△	⊙	△	△	◇
Bømlo	△	△	△	△	⊙
Eidfjord	◇	◇	△	◇	◇
Etne	△	⊙	△	⊙	⊙
Fedje	⊙	⊙	△	⊙	⊙
Fijar	△	⊙	△	△	⊙
Fjell	⊙	⊙	⊙	⊙	◇
Fusa	△	⊙	△	△	◇
Granvin	◇	◇	△	◇	⊙
Jondal	◇	◇	△	◇	⊙
Kvam	◇	⊙	◇	⊙	△
Kvinnherad	△	△	△	△	⊙
Lindås	△	⊙	△	△	△
Masfjorden	◇	⊙	◇	△	△
Meland	⊙	⊙	⊙	⊙	△
Modalen	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Odda	◇	◇	◇	◇	⊙
Os (Hordaland)	⊙	⊙	⊙	⊙	△
Osterøy	◇	△	◇	△	△
Radøy	△	△	△	△	△
Samnanger	◇	⊙	◇	△	◇
Stord	△	△	⊙	△	⊙
Sund	△	⊙	⊙	⊙	◇
Sveio	△	△	⊙	△	⊙
Tysnes	◇	△	◇	◇	⊙
Ullensvang	△	△	△	△	⊙
Ulvik	△	⊙	△	△	△
Vaksdal	◇	△	△	◇	◇
Voss	△	△	△	△	△
Øygarden	△	⊙	◇	△	△

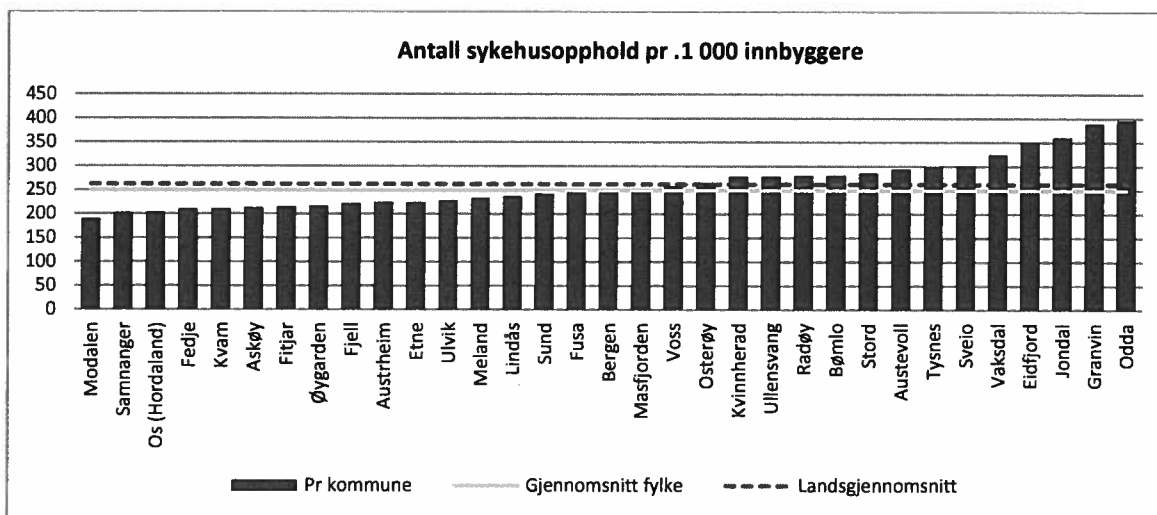
Tabell 5: Samlet utfordringsbilde pr. kommune, spesialisthelsetjenesten, Deloitte's egen analyse

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 reinnleggelsesfrekvens etter medisinsk sykehusopphold opphold? Er det tilstrekkelig med kommunalt tilbud?
- Er det tilstrekkelig kommunalt tilbud dersom antall utskrivninger til kommunal institusjon er høyere i en kommune?

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

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



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

Forbruksraten for spesialisthelsetjenesten målt i antall sykehusopphold (døgn/dag) pr. 1000 innbyggere for Hordaland fylke er 249 sykehusopphold pr. 1000 innbyggere. Forbruksraten ligger 13 opphold lavere enn landsgjennomsnittet.

Forbruksraten varierer fra 189 sykehusopphold/ 1000 innb. i Modalen kommune til 396 sykehusopphold/1000 innb. i Odda kommune.

Odda (396), Granvin (389) og Jondal (360) er de tre kommunene med høyest forbruksrate. Modalen (189), Samnanger (202) og Os (203) er de tre kommunene med lavest forbruksrate i Hordaland fylke.

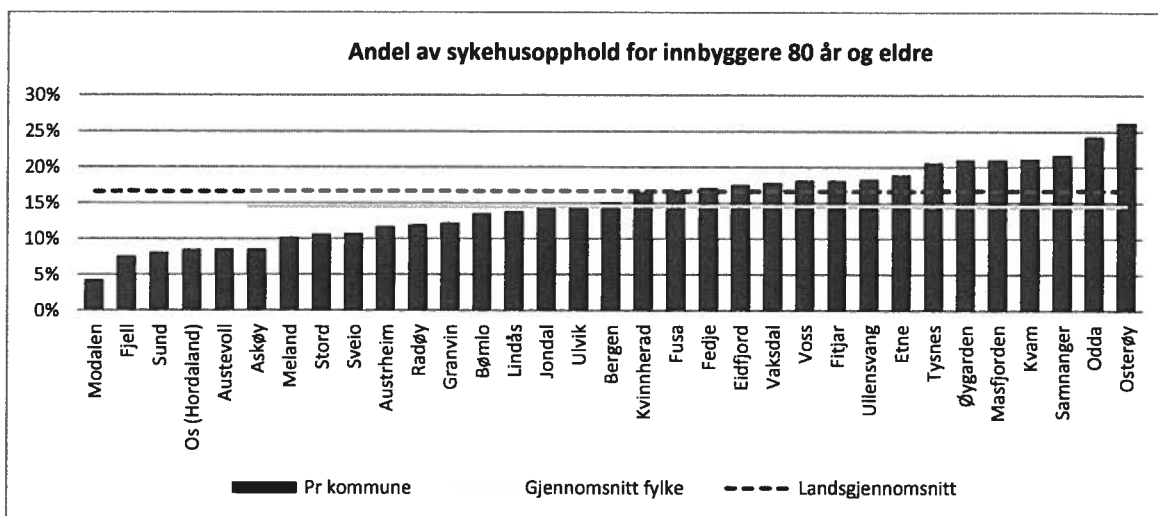
3.5.3 Andel av sykehusopphold (døgn/dag) for innbyggere 80 år og eldre

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

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

Andelen varierer fra 4 % i Modalen kommune til 26 % i Osterøy kommune.

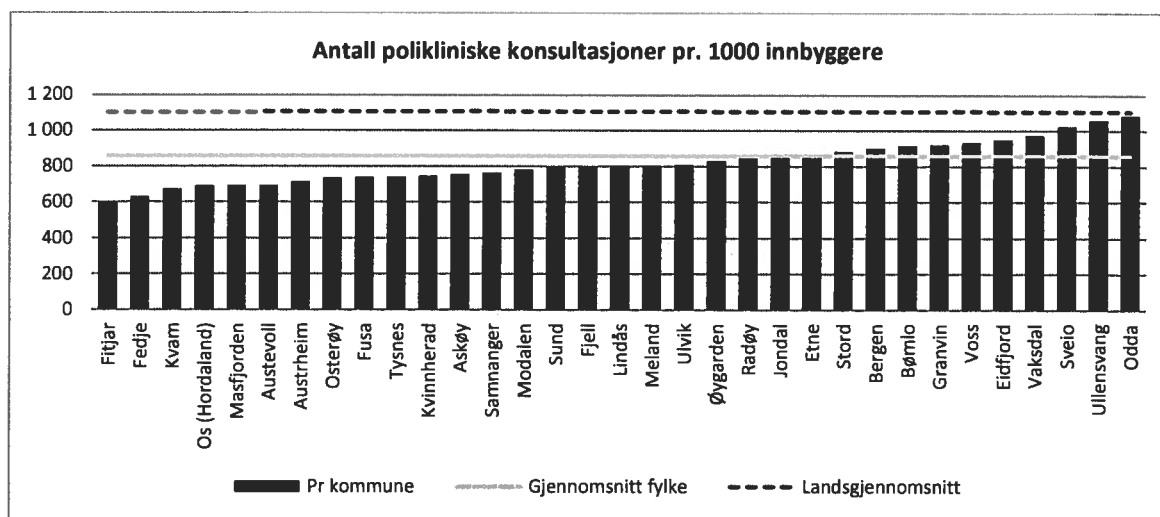
Osterøy (26 %), Odda (24 %) og Samnanger (22 %) er de tre kommunene med høyest andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år og eldre. Modalen (4 %), Fjell (8 %) og Sund (8 %) er de tre kommune i Hordaland fylke med lavest andel av sykehusopphold for innbyggere 80 år og eldre.



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

3.5.4 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere

Indikatoren viser forbruksraten av spesialisthelsetjenester målt i antall polikliniske kontroller pr. 1 000 innbyggere. En poliklinisk kontroll er definert som poliklinisk konsultasjon med kontakttype 3 (kontroll) i pasientadministrativt system. I følge NPR vurderes datakvaliteten som usikker. Bakgrunnen for dette er at det observeres relativt store variasjoner i andelen kontroller mellom sykehus/helseforetak, også for definerte pasientgrupper.



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

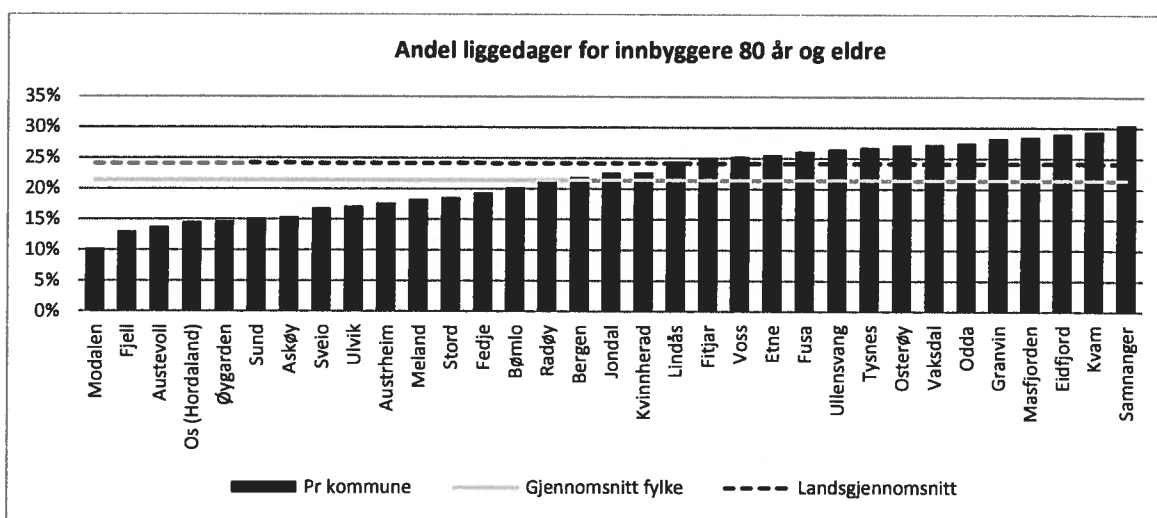
Forbruksraten av spesialisthelsetjenesten målt i antall polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere for Hordaland fylke er 860 kons./1000 innb. Forbruksraten ligger 244 konsultasjoner lavere enn landsgjennomsnittet.

Raten varierer fra 599 kons./1000 innb. i Fitjar kommune til 1 083 i Odda kommune.

Odda (1083), Ullensvang (1056) og Sveio (1022) er de tre kommunene med høyest forbruksraten. Fitjar (599), Fedje (630) og Kvam (672) er de tre kommunene med lavest forbruksrate i Hordaland fylke.

3.5.5 Andel av liggedager for innbyggere 80 år og eldre

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



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

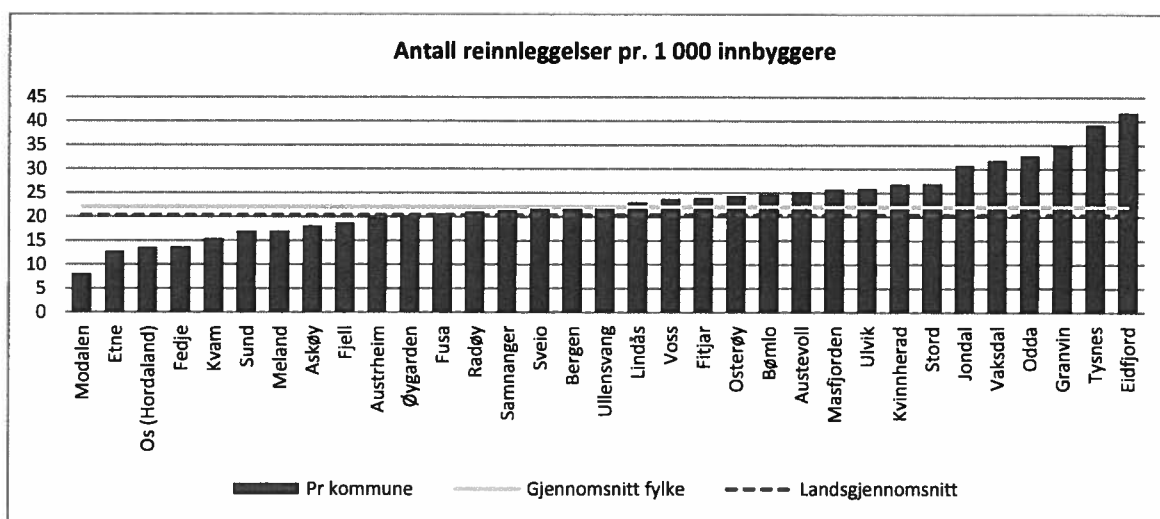
I Hordaland står innbyggere 80 år og eldre i snitt for 21 % av totalt antall liggedager. Andelen er to prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet på 24 %.

Andelen varierer fra 10 % i Modalen kommune til 30 % i Samnanger kommune. Kommunene med den høyeste andelen er Samnanger (30 %), Kvam (29 %) og Eidfjord (29 %). Kommunene med lavest andel liggedager for innbyggere over 80 år er Modalen (10 %), Fjell (13 %) og Austevoll (14 %).

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.



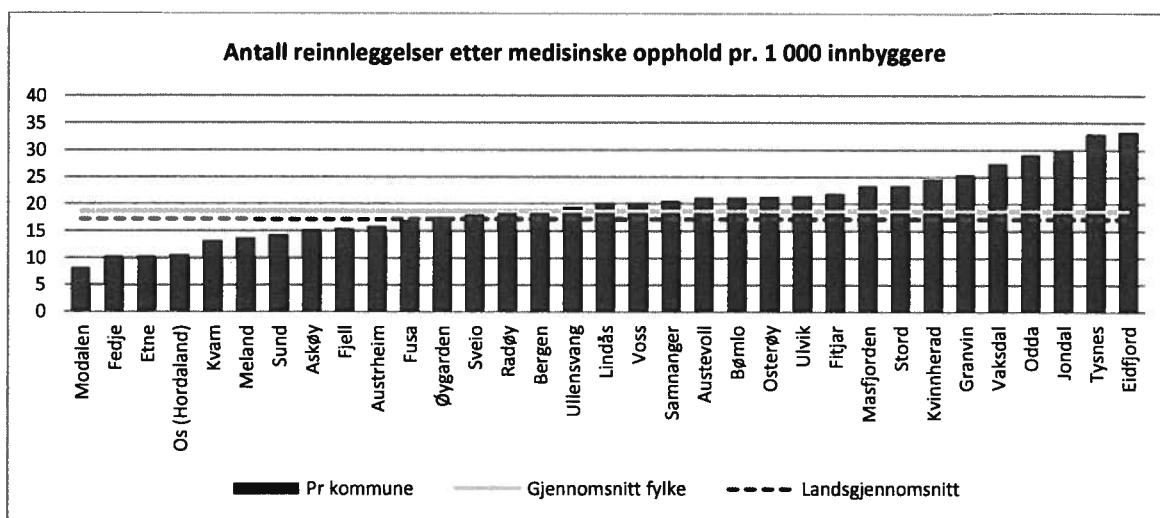
Figur 6: Antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere, 2010, Norsk pasientregister

Reinnleggelsesfrekvensen for Hordaland fylke er 22 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Reinnleggelsesfrekvensen for Norge totalt ligger på 20 pr.1000 innbyggere.

Frekvensen i Hordaland fylke varierer fra åtte pr. 1000 innbyggere i Modalen kommune, til 42 pr. 1000 innbyggere i Eidfjord. Eidfjord (42), Tysnes (39) og Granvin (35) er kommunene med høyest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Modalen (8), Etne (13) og Os (14) er de kommunene med færrest antall reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Hordaland fylke.

3.5.7 Antall reinnleggelser etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere

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



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

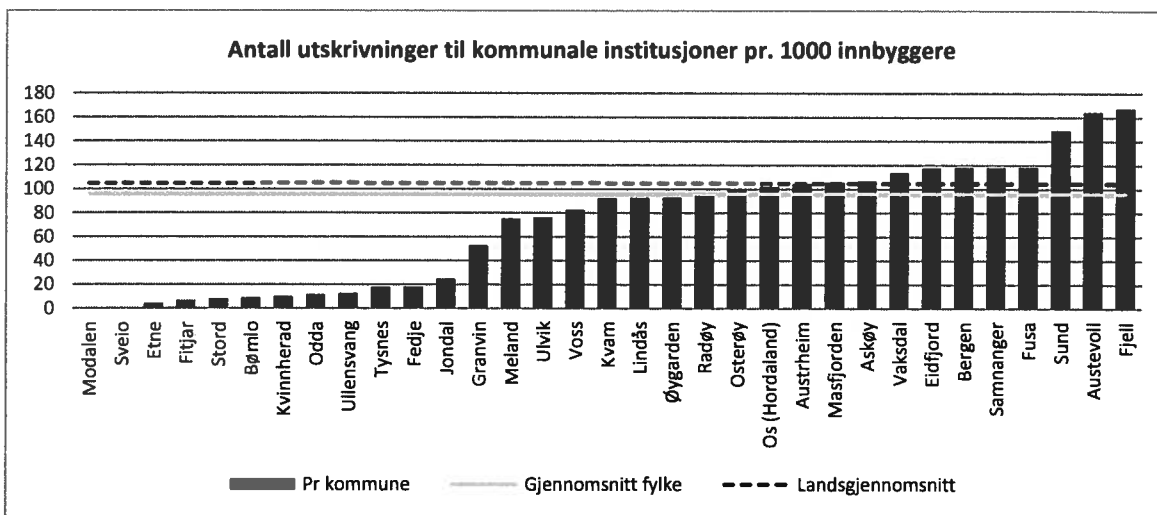
Reinnleggelsesfrekvensen etter medisinsk opphold for Hordaland fylke er i gjennomsnitt 19 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere. Frekvensen for hele landet ligger på 17 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere.

Frekvensen for Hordaland fylke varierer mellom åtte reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Modalen kommune, til 33 reinnleggelser pr. 1000 innbyggere i Eidfjord kommune.

Modalen (8), Fedje (10) og Etne (11) er de tre kommunene med lavest innleggelsesfrekvens etter medisinsk opphold pr. 1000 innbyggere. Kommunene med den høyeste frekvensen er Eidfjord (33), Tysnes (33) og Jondal (30).

3.5.8 Antall utskrivninger til kommunal institusjon pr. 1000 innbyggere

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



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

Utskrivningsfrekvensen til kommunal institusjon for Hordaland fylke er 96 utskrivninger pr. 1000 innbyggere. Frekvensen er ni utskrivninger lavere enn landsgjennomsnittet.

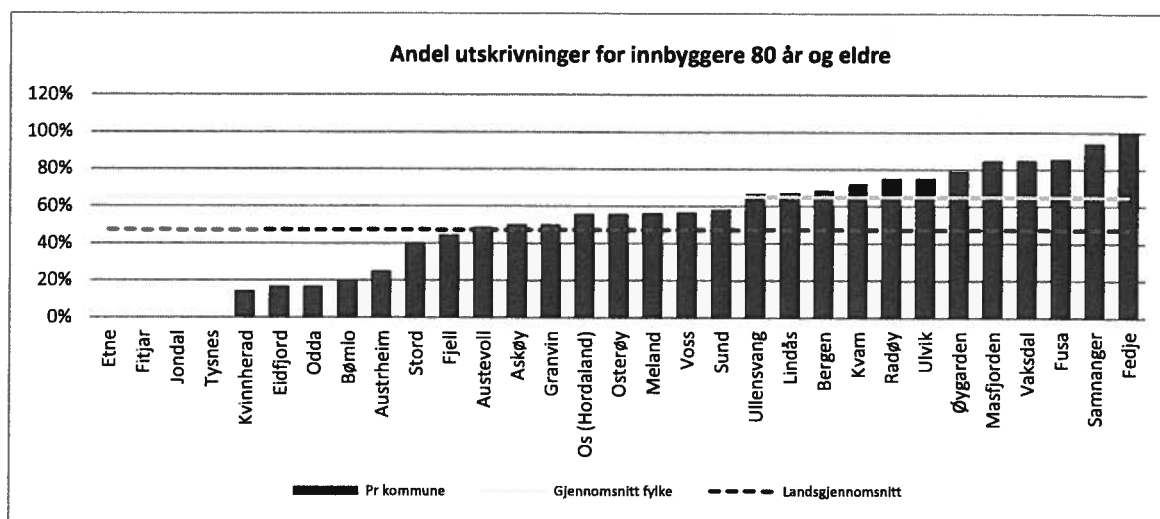
Den varierer fra null utskrivninger til kommunale institusjoner pr. 1000 innbyggere i Modalen og Sveio kommune til 167 i Fjell kommune.

Fjell (167), Austevoll (164) og Sund (149) er de tre kommunene med flest antall utskrivninger til kommunale institusjoner pr. 1000 innbyggere.

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

Innbyggere 80 år og eldre har ofte et større behov for pleie- og omsorgstjenester fra kommunen enn yngre aldersgrupper. Indikatoren gir en indikasjon på hvor mange av utskrivninger til kommunal institusjon som er relatert til denne befolkningsgruppen.

Indikatoren må sees i sammenheng med dekningsgraden for denne befolkningsgruppen på sykehjem/hjemmetjenester og befolkningsutviklingen for aldersgruppen fram mot 2030.



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

I Hordaland fylke står befolkningen 80 år og eldre i snitt for 65 % av utskrivningene til kommunal institusjon. Dette er 18 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet.

I Etne, Fitjar, Jondal og Tysnes er andelen utskrivninger til kommunale institusjoner for pasienter 80 år og eldre 0 %, mens i Fedje er andelen på 100 %.

3.5.10 Antall pasienter pr. «hoveddiagnosegruppe»

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

Kommune	Antall pasienter pr. 1000 innbyggere pr. hoveddiagnosegruppe									
	KOLS	Mangel anemier	Bruddskader	Tarm infeksjoner	Urinveis infeksjon	Lunge betennelse	Forstoppelse	Diabetes	Parkinsons/ Alzheimers sykdom	Brystsmarter
Askøy	2,8	0,5	22,6	4,8	0,4	0,6	1,8	2,2	1,5	3,1
Austevoll	1,5	1,3	21,5	5,2	0,9	0,6	1,9	3,0	0,9	3,4
Austrheim	2,2	0,4	24,5	4,3	0,0	0,4	2,5	1,8	1,4	4,0
Bergen	3,2	0,6	26,4	4,9	1,7	0,8	1,6	2,5	2,2	3,0
Bømlo	2,8	0,7	21,5	9,7	0,5	0,5	3,6	3,7	1,2	3,9
Edfjord	5,2	4,2	28,2	3,1	2,1	0,0	1,0	5,2	3,1	5,2
Erne	3,1	1,8	22,9	3,6	1,0	0,3	1,0	6,7	2,6	3,3
Fedje	1,7	0,0	19,0	10,4	1,7	0,0	1,7	0,0	0,0	6,9
Fitjar	1,0	0,0	23,0	3,8	0,3	0,0	2,1	2,7	0,7	3,8
Fjell	2,2	0,6	23,9	5,2	0,9	0,2	2,5	2,2	1,7	3,2
Fusa	2,4	1,0	29,0	6,3	0,3	1,0	1,8	2,1	1,3	1,8
Granvin	5,3	3,2	27,7	4,3	1,1	0,0	0,0	4,3	1,1	4,3
Jondal	3,9	0,0	33,8	7,7	0,0	0,0	1,0	7,7	1,9	1,9
Kvam	2,1	0,7	19,1	4,3	1,1	0,5	1,3	1,6	2,4	2,3
Kvinnherad	3,0	0,4	22,7	7,9	0,6	0,8	2,8	3,6	1,9	5,1
Lindås	4,2	1,0	23,1	6,6	1,1	0,6	2,7	4,4	1,9	6,4
Masfjorden	5,4	0,0	18,1	6,0	0,6	1,8	2,4	6,0	1,2	6,0
Meland	3,2	0,9	21,9	4,3	0,3	0,1	2,2	3,2	2,1	5,1
Modalen	0,0	2,7	27,1	2,7	0,0	0,0	0,0	5,4	2,7	10,8
Odda	6,4	1,0	31,2	6,9	1,2	1,3	2,0	12,0	3,0	6,1
Os (Hordaland)	2,3	0,1	22,7	3,8	0,8	0,3	1,1	1,3	1,3	2,3
Osterøy	3,9	0,3	22,8	6,7	0,9	0,4	1,5	3,0	1,2	5,5
Radøy	3,7	0,4	25,4	5,3	1,2	0,4	2,7	3,1	1,6	4,7
Samnanger	3,8	0,4	26,5	5,5	0,4	1,7	0,8	2,9	0,8	5,5
Stord	3,0	0,6	21,4	7,0	0,5	1,1	3,9	3,7	1,4	5,1
Sund	2,7	1,0	25,0	5,8	0,3	1,0	1,6	5,0	0,3	3,4
Sveio	3,5	0,6	19,4	6,5	1,0	0,6	2,0	4,7	1,6	4,9
Tysnes	5,1	0,4	30,4	9,9	0,0	0,4	4,4	5,1	2,9	4,8
Ullensvang	4,4	0,6	20,1	9,2	1,2	1,2	1,2	7,4	2,1	4,7
Ulvik	6,3	0,9	22,5	4,5	1,8	0,9	1,8	5,4	1,8	3,6
Vaksdal	6,1	2,7	22,1	7,8	1,0	0,2	2,9	4,9	3,6	5,1
Voss	3,6	2,4	27,8	5,8	0,8	0,6	1,5	3,2	1,9	3,0
Øygarden	3,0	0,7	19,2	5,6	0,2	0,2	2,6	2,6	1,9	1,4
Gjennomsnitt fylke	3,2	0,7	25,0	5,4	1,2	0,7	1,9	2,9	1,9	3,5
Landsgjennomsnitt	3,8	0,9	24,1	4,9	1,0	1,1	2,0	6,5	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 predefinerte hoveddiagnosegruppene viser en høy grad av variasjon mellom kommunene i Hordaland fylke. Tabellen viser de tre kommunene med høyest antall pasienter med forekomst av diagnosen pr. 1000 innbygger merket med rødt felt, og de tre kommunene med færrest antall pasienter med forekomst av diagnosen pr. 1000 innbyggere merket 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 kapittelet har vi valgt å fokusere på indikatorer som påvirkes av innføringen av samhandlingsreformen, og se på status innen disse indikatorene. Kommuner som i dag har en utfordring i sin tjenesteproduksjon og samtidig har en vekst i andel eldre fra 2011 – 2030 vil mest sannsynligvis ha en enda større utfordring i 2030, dersom det ikke iverksettes noen tiltak.

3.6.1 Samlet utfordringsbilde pr. kommune; kommunehelse

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

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

Trafikklysene med ulike figurer illustrerer standardavvik og har følgende definisjoner:

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

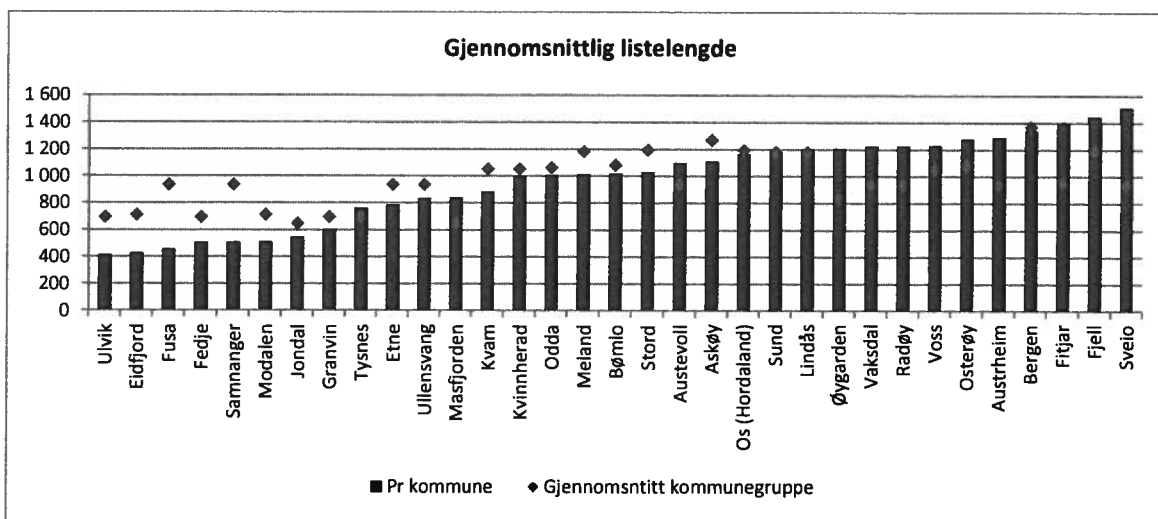
For indikatoren «gjennomsnittlig listelengde» er det ikke gjennomført en vurdering, fordi det ikke kan sees en direkte sammenheng mellom lengden på fastlegelisten og kommunens utfordring i forbindelse med samhandlingsreformen. Det ble ikke gjennomført en samlet vurdering av utfordringsbildet innenfor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

Kommunenavn	Indikator kommnehelse			
	Gjennomsnittlig listelengde	Arsverk 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
Ulvik	413	⊙	⊙	△
Eidfjord	428	⊙	⊙	◇
Fusa	456	◇	⊙	⊙
Fedje	507	△	◇	△
Samnanger	509	◇	⊙	⊙
Modalen	512	◇	⊙	◇
Jondal	547	△	⊙	△
Granvin	599	◇	⊙	⊙
Tysnes	763	◇	⊙	⊙
Etna	785	◇	⊙	⊙
Ullensvang	835	△	⊙	⊙
Masfjorden	840	△	⊙	◇
Kvam	884	◇	⊙	⊙
Kvinnherad	995	◇	⊙	⊙
Odda	1007	◇	⊙	⊙
Meland	1013	◇	⊙	⊙
Bømlo	1018	◇	⊙	⊙
Stord	1029	◇	⊙	⊙
Austevoll	1096	◇	⊙	⊙
Askøy	1110	◇	⊙	⊙
Os (Hordaland)	1165	◇	⊙	⊙
Sund	1182	◇	⊙	⊙
Lindås	1201	◇	⊙	⊙
Øygarden	1206	◇	⊙	⊙
Vaksdal	1225	◇	⊙	⊙
Radøy	1227	◇	⊙	⊙
Voss	1229	◇	⊙	⊙
Osterøy	1280	◇	⊙	⊙
Austrheim	1292	△	⊙	⊙
Bergen	1342	◇	⊙	⊙
Fitjar	1402	◇	⊙	⊙
Fjell	1444	◇	⊙	⊙
Sveio	1510	◇	⊙	⊙

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

3.6.2 Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene

Indikatoren angir gjennomsnittlig antall pasienter på fastlegelistene i kommunen.



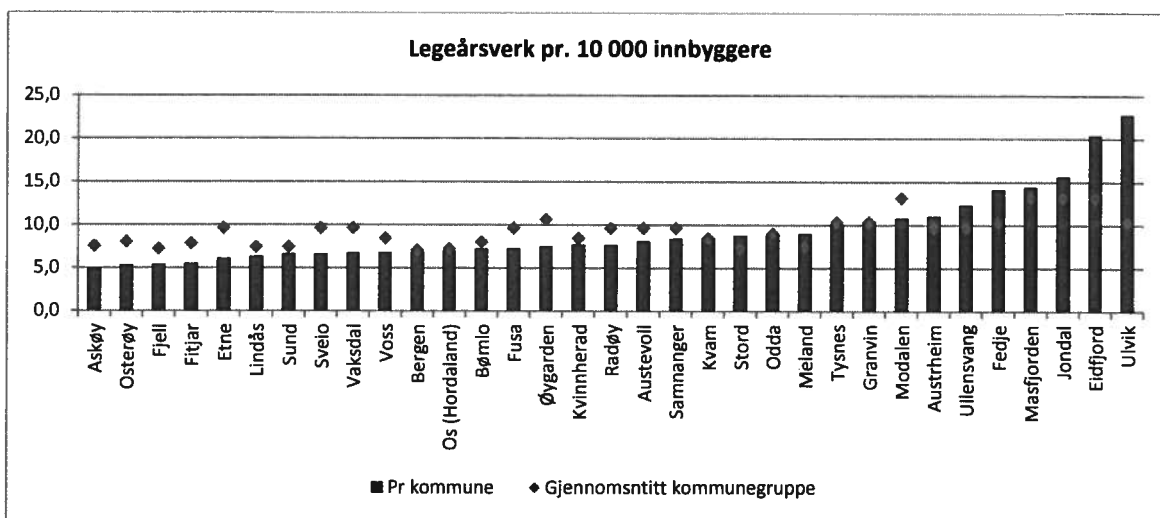
Figur 19: Gjennomsnittlig listelengde, SSB/KOSTRA (nivå 2), 2010

Alle kommunene i Hordaland fylke har innrapportert tall til SSB. Den gjennomsnittlige listelengden i Hordaland fylke (1 195) er 17 personer lengre enn den gjennomsnittlige listelengden for hele Norge (1 178).

I 21 kommuner er den gjennomsnittlige listelengden kortere enn gjennomsnittet for fylket. Fastlegene i Sveio (1 510), Fjell (1 444) og Fitjar (1 402) har gjennomsnittlig den lengste listelengde. Fastlegene i Ulvik (413), Eidfjord (428) og Fusa (456) 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. 10 000 innbyggere. Årsverk beregnes på basis av avtalte timeverk i en representativ uke ved utgangen av året.



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

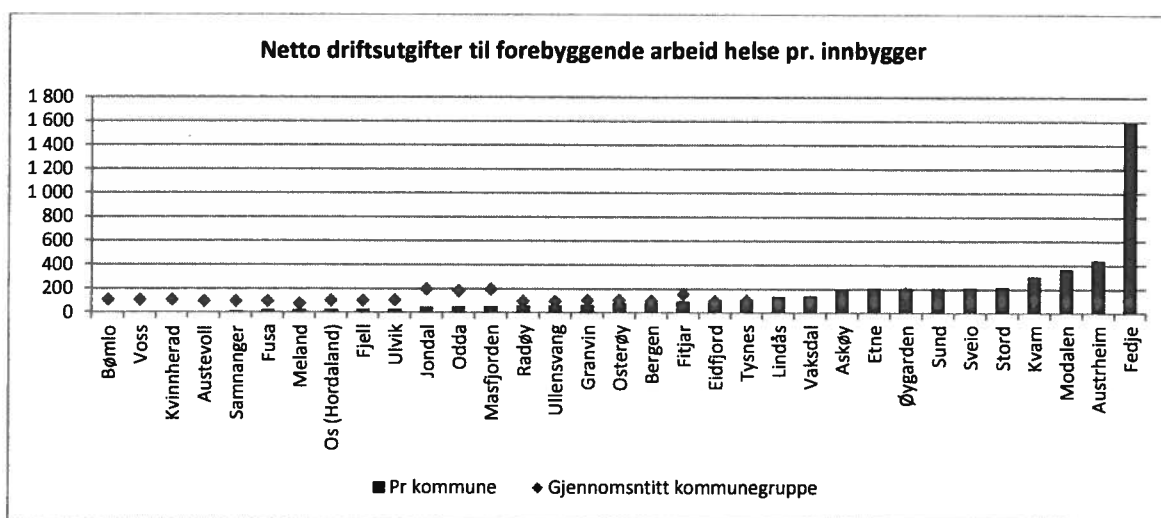
I Hordaland fylke er det 7,1 legeårsverk pr. 10 000 innbyggere. Legedekning er 0,4 årsverk lavere enn landsgjennomsnittet.

12 av de 33 kommunene i Hordaland ligger under fylkesgjennomsnittet for legedekning

Ulvik (22,8), Eidfjord (20,4) og Jondal (15,6) er de tre kommunene med høyest legedekning i Hordaland fylke. Askøy (4,9), Osterøy (5,3) og Fjell (5,4) er de tre kommunene med lavest legedekning i Hordaland fylke.

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

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



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

Det gjennomsnittlige utgiftsnivå for forebyggende arbeid pr. innbygger i Hordaland fylke er kr. 96. Nivået er 14 kroner lavere enn gjennomsnittlig nivå for hele Norge.

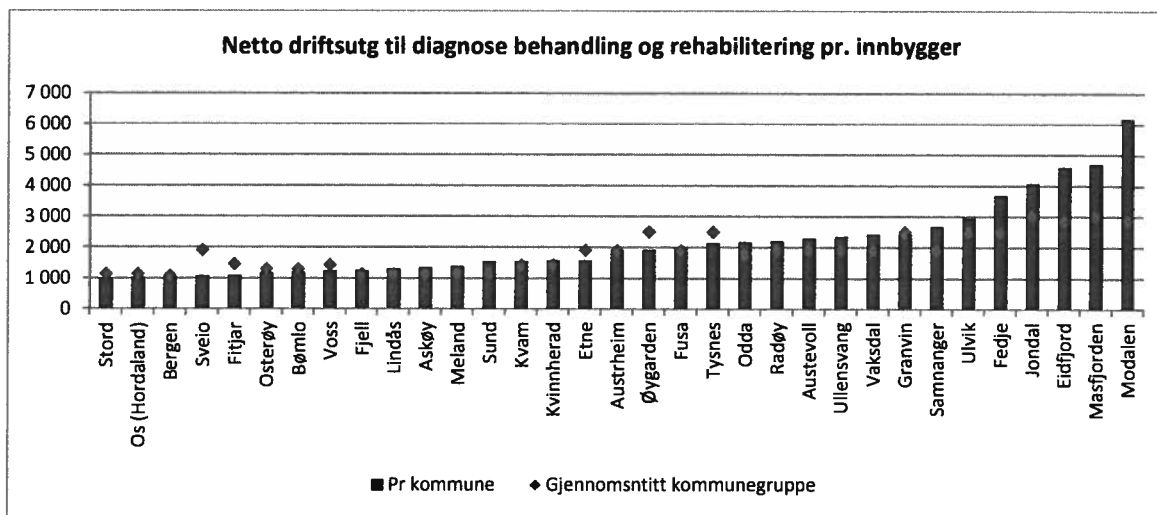
19 kommuner har et lavere utgiftsnivå enn gjennomsnittet for fylket. Bømlo (kr 0), Voss (kr 0) og Kvinnherad (kr. 3) er de tre kommunene i Hordaland fylke med de laveste netto driftsutgifter til forebyggende arbeid pr. innbygger.

Fedje (kr 1 595), Austrheim (kr 442) og Modalen (kr 368) er de tre kommunene i Hordaland med høyest netto driftsutgifter til forebyggende arbeid pr. innbygger. 13 av kommunene i Hordaland har høyere netto driftsutgifter til forebyggende arbeid enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe.

Utgifter pr. innbygger i Fedje kommune avviker betydelig fra de resterende kommunene, og er 16 ganger høyere enn gjennomsnittet for fylket.

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

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



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

Det gjennomsnittlige utgiftsnivået for diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger i Hordaland fylke er kr 1 250. Nivået er kr 17 lavere enn nivået for hele Norge.

Tolv av kommunene i Hordaland har et lavere utgiftsnivå enn snittet for sin kommunegruppe. Stord (kr 970), Os (kr 1 019) og Bergen (kr 1 025) er de tre kommunene i Hordaland fylke med lavest netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger.

21 av kommunene i Hordaland har høyere netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe. Utgiftene i Modalen kommune er 4,9 ganger høyere enn gjennomsnitt for Hordaland fylke.

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

Kommune	Prosjektnavn	Prosjektbeskrivelse
1231 Ullensvang	Prosjekt Rehabilitering/LMS	Prosjekt Rehabilitering/LMS (Helsestorgmodellen) Hovedmål er Best mulig mestring i hverdagen på egne premisser (Hovedmål) Hjelgruppe er brukere med kronisk sykdom, funksjonshemming og deres familje og venner.
1251 Valsdal	Voss kollektivmedisinske senter	Samhandlingsprosjekt med Voss kommune om utvikling av legevaktordning med observasjonssenger(er)
1211 Ene	Samhandling mellom kommunene på Haugalandet og HF	Samarbeidsrådet på Haugalandet
1219 Bævre	Helsestorgmodellen - Et samstus pasientforløp på tvers av alle forvaltningsnivå i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma	Helsestorgmodellen, prosjekt mellom kommunene i Helse Fonna, høgskulen Stord/Haugesund og Helse Fonna.
1253 Osterøy		Osterøy er vertskommune for IKT for Nordhordlandregionen. Samordna IKTsystem opp mot samhandlingsreforma vil bli vektlagt i arbeidet. Leder er mykig tilsatt.
1246 Fjell	"Betre saman"	Intermediær - overføring av pasienter fra sykehus til kommunal sykehjem, diverse pasientgrupper. Kommunene Askøy, Sund, Øygarden og Fjell og Helse Bergen
1259 Øygarden	Intermediær avdeling på Straume	Intermediær avdeling
1223 Tjernes	YSS	Målgruppe: Ortopediske, nevrologiske og medisiniske pasienter
1224 Kvinnherad	Frisidvassentral	Mål: Pasienter rehabilitering gjennom aktiv og intensiv behandling
1263 Lindås	Auka samhandling mellom spesialisthelseteneste og kommunale tjenester rundt ungdom med psykiske lidinger i alderen 16-23 år	Vi håper på å etablere et samarbeid mellom kommunene i Helse Fonna og alle andre aktører innad i kommunen.
1235 Voss	Utredde behov for og dimensjonering og organisering av observasjonssenger/kommunalt ØH-tilbud, intermediære senger, palliasjon, sluttmottak, base for kommunal og interkommunal legevak	Prøve ut og iverksette tiltak som kan gi et styrking av samarbeid mellom BUPP, VOPDPS, videregående skole/PPT og kommunale helsetenester/skolehelseteneste.
1201 Bergen	Akuttpost til s med senger for ruspasienter ved Bergen Legevakt	Overordna målsetting: Bedre samordning av tiltak på tvers av tjenester og forvaltningsnivå rundt ungdom med kjente og ukjente tilstander. Redusere brot og drop-out fra behandling gjennom auka samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivå. Tidligere identifisering av ungdom med psykiske vansker gjennom bedre rutiner for samarbeid og bruk av tilgjengeleg kompetanse. Styrking av kompetanse på psykisk helse i skolen og dei kommunale tenestene.
1241 Fusa	Familiens hus - koordinering - rehabilitering - forebygging	Prosjektorganisert. Deltakere: Helse Bergen/Voss sykehus, Kram, Valsdal og Voss. Omfatter alle kommunene i Voss lokalsykehusområde.
1247 Askøy	Kreftomsorg i primærhelsetjenesten	Fått midler fra Helsest.
1228 Odds	Rehabilitering og Læring og Mestring (LMS)	Akuttposten tar sikte på å behandle eller observere pasienter i maks 48 timer som alternativ til sykehusinnleggelse. Ruspasientene blir alle fulgt opp av et eget helse og sosialteam for å motvære til behandling og etter gi hjelp. Siktet er at flest mulig av ruspasientene skal overføres direkte til TSB
		Kartlegging og utgraving av familiens hus, koordineringsfunksjonen, vedtak, rehabilitering
		Et tredelt prosjekt hvor direkte pasientkontakt, kompetanseheving og samhandling internt og eksternt er hovedmålsetting.
		* at flest mulig rehab/opptreningspasienter kan få denne helme
		* tidlig oppstart rehab i helseforntak
		* rett behandling på rett sted til rett tid
		* pas. oppleve gode pasientforløp både fra 1. og 2. linje
		* kompetanseoverføring/heving
		* Vekt på LMS - Folkehelseperspektiv
		* Etablering av Frisidvassentral

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/>