



Arendal



Froland



Åmli



Tvedestrand



Vegårshei



Gjerstad



Risør



Grimstad

AGENDA  
KAUPANG

# Samarbeid om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold 2016 - 2018

---

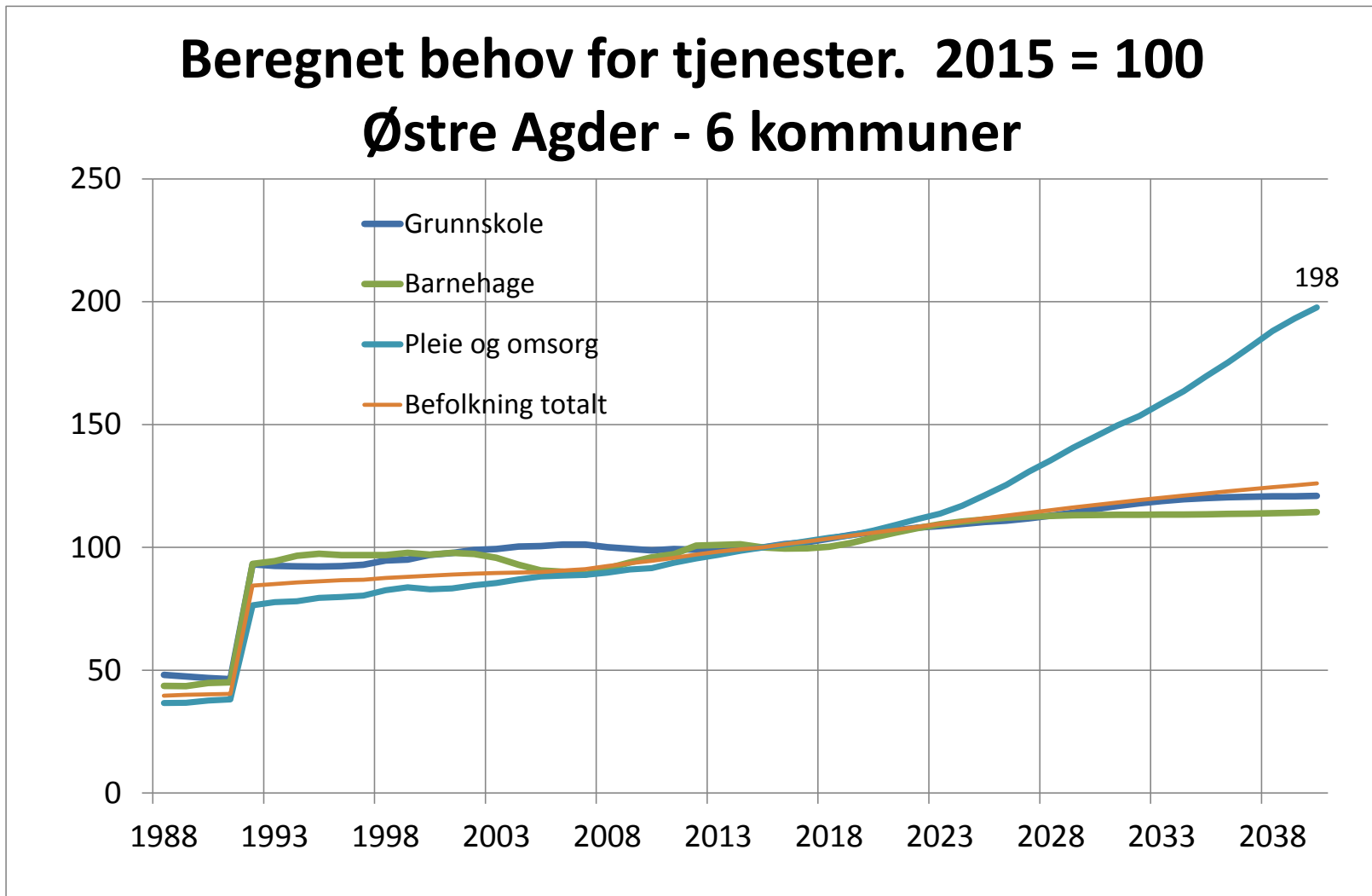
Presentasjon av høringsutkast og innspill til beslutningsgrunnlag for styret i Østre Agder 12. april kl. 17 på Thon Hotel Slottsparken, Oslo  
v/Rune Holbæk, [rune@agendakaupang.no](mailto:rune@agendakaupang.no)

# Oppsummering av høringsutkastet - videre samarbeid om KØH i Østre Agder

- ***Etablere en samorganisering av legevakt og KØH-tilbudet***
  - med et felles og sammenhengende styringssystem og styrke lederkraften i KØH-prosjektet
- Planleggingen av en felles lokasjon for både legevakt og KØH-enheten må fortsette med full tyngde i 2016
- Satsingen på «Ambulant KØH» som felles prosjekt i Østre Agder utvikles videre under prosjekttittelen «Ambulant øyeblikkelig hjelp»
- Opprettholde og videreutvikle en felles legetjeneste og beredskap for KØH Østre Agder uavhengig av modell for sengetilbudet
- Tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling gjennom læringsnettverket "Gode pasientforløp" videreføres i samme omfang i 2016
- «KØH Telemedisin» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres

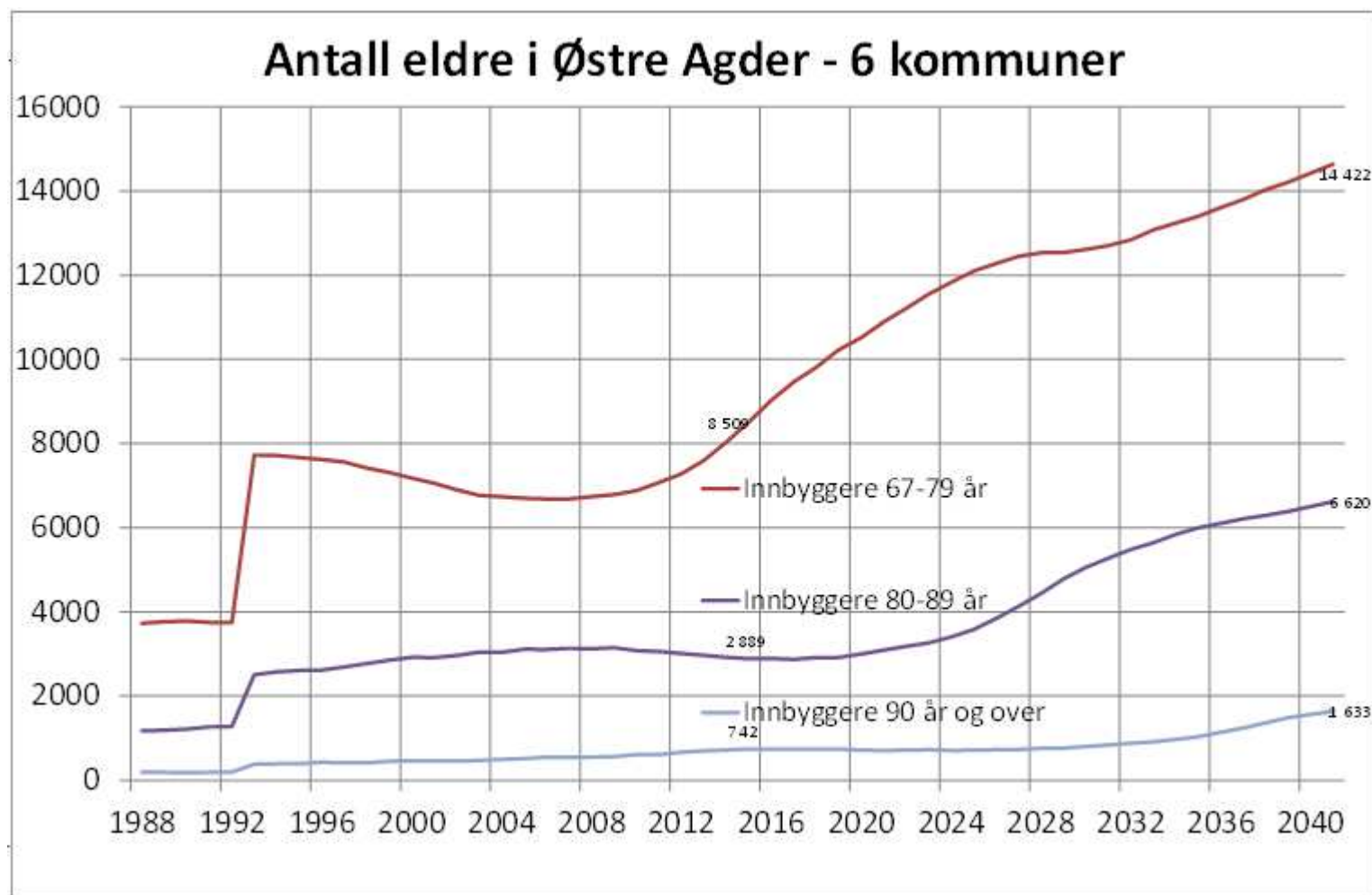
# Utfordringsbildet for Østre Agder

(Tvedestrand, Risør, Arendal, Grimstad, Gjerstad, Froland)



# Befolkningsframskriving

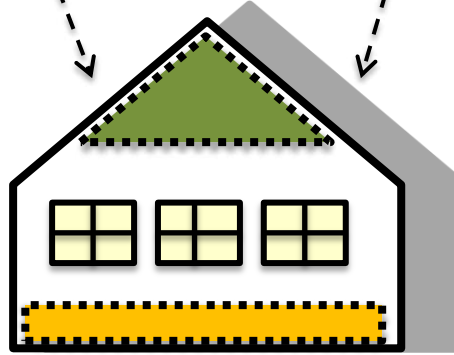
0914 Tvedestrand, 0901 Risør, 0906 Arendal, 0904 Grimstad, 0911 Gjerstad, 0919 Froland



# Flere pasienter til kommunene

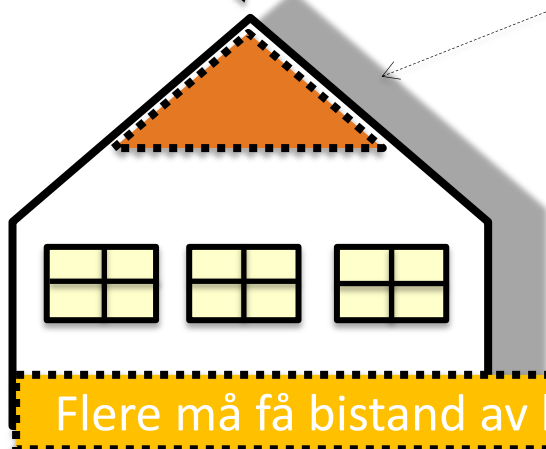
S  
Y  
K  
E  
H  
U  
S

Behandler  
flere  
pasienter mer  
avansert



Flere  
pasienter,  
med større  
behov, til  
kommunene

K  
O  
M  
M  
U  
N  
E



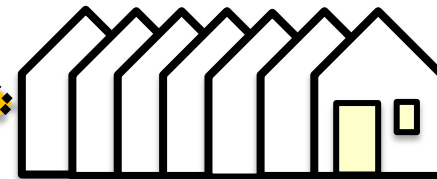
Flere må få bistand av hjemmetjenesten

- Sykehuset behandler flere pasienter avansert/med høy ressursinnsats
- Flere pasienter med, større behov, blir overført til kommunene.
- Kommunen må gi tjenester til flere i hjemmetjenesten for å frigi ressurser til de sykeste pasientene. Krever mere av primærlegetjenesten

ØHD/KAD

Flere pasienter med større behov i kommunen og i hjemmetjenesten

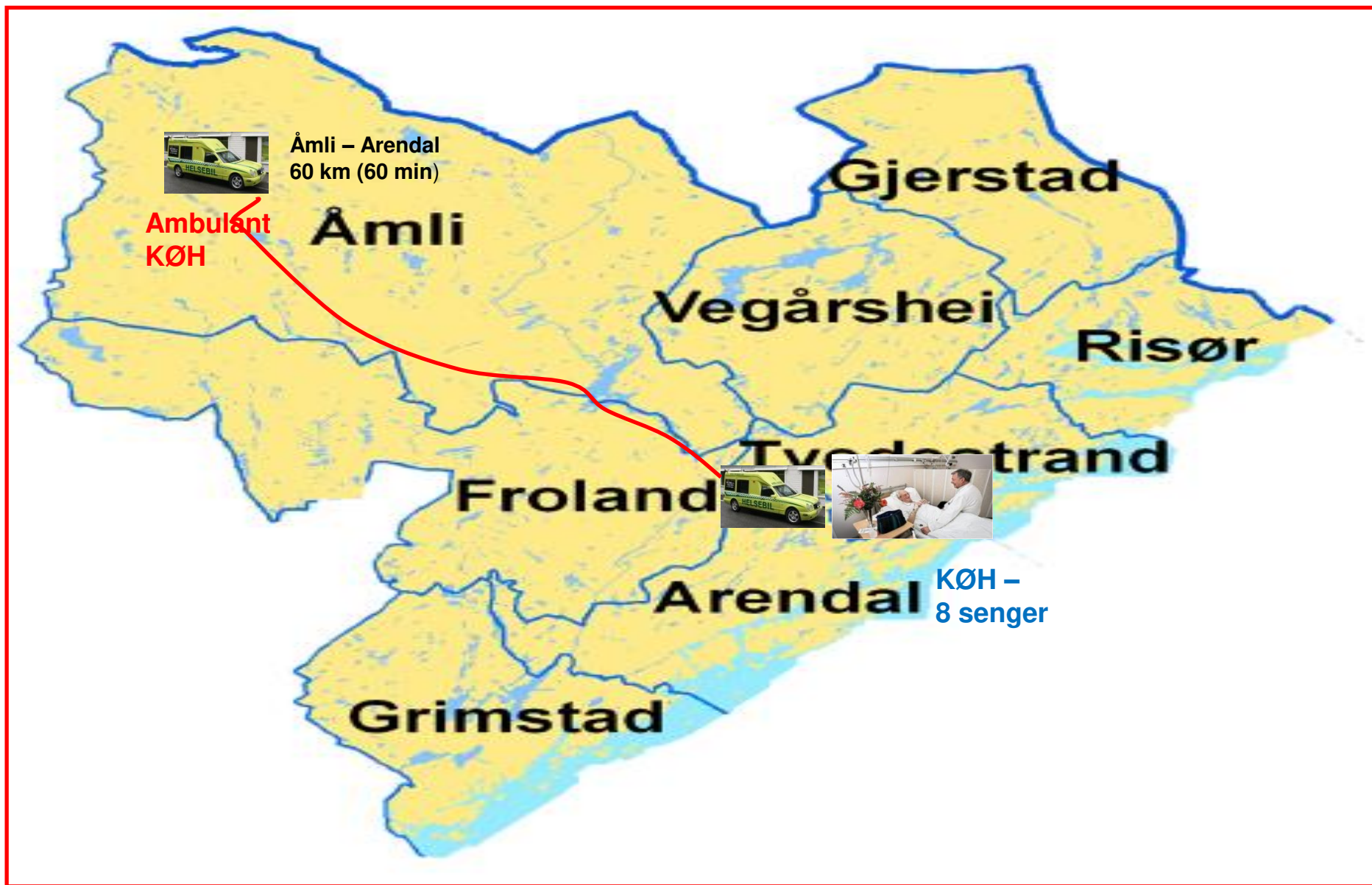
Flere må klare seg selv



# Desentralisert modell med 4 + 1 (gjesteseng), to senger i Grimstad, en seng i Risør, ambulant KØH og KØH telemedisin



# Sentralisert modell med 8 senger på Myratunet og ambulansesykepleiertjeneste med tilgang på lege



# Presentasjon av høringsutkastet

---



# Oversikt over kommunevis bruk av KØH – senger på Myratunet i 2015

Kommune	Antall innleggelses- 2015	Ligge- døgn totalt 2015	Senge- kapasitet benyttet i 2015	Gjennom- snittlig liggetid pr pasient	Målsetning liggedøgn i Samhandlings- reformen	Målsetning i senger med 100% belegg	Beleggs- prosent 2015 12 senger	Beleggs- prosent 2015 Myratunet 10 senger	Andel av pasienter	Andel av ligge- døgn
Arendal	273	1 446	3,96	5,3	2 126	5,82	68 %	82 %	68 %	74 %
Grimstad	66	264	0,72	4	967	2,65	27 %	33 %	17 %	14 %
Froland	19	100	0,27	5,3	234	0,64	43 %	51 %	5 %	5 %
Risør	17	71	0,19	4,2	381	1,04	19 %	22 %	4 %	4 %
Tvedestrand	12	50	0,14	4,2	323	0,88	15 %	19 %	3 %	3 %
Vegårshei	2	6	0,02	3	100	0,27	6 %	7 %	1 %	0 %
Åmli	0	0	0,00	0	99	0,27	0 %	0 %	0 %	0 %
Gjerstad	2	2	0,01	1	131	0,36	2 %	2 %	1 %	0 %
<b>Sum</b>	<b>391</b>	<b>1 939</b>	<b>5,31</b>	<b>4,6</b>	<b>4 361</b>	<b>11,95</b>	<b>44 %</b>	<b>53 %</b>	<b>98 %</b>	<b>99 %</b>
Nissedal	3	12	0,03	4	76	0,21	16 %	19 %	1 %	1 %
Fyresdal	5	3	0,01	1	73	0,20	4 %	5 %	1 %	0 %
<b>Totalt 2015</b>	<b>399</b>	<b>1 954</b>	<b>5,35</b>	<b>4,6</b>	<b>4 510</b>	<b>12,36</b>	<b>43 %</b>	<b>52 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

- Gjennomsnittlig ligger belegget nasjonalt på ca. 34 prosent
  - etter bortfallet av kommunal medfinansiering fra 2015, har kommunene ingen direkte insentiver for å bruke det kommunale ø-hjelpstilbudet fremfor sykehus
  - det er ikke beleggsprosenten i seg selv som er problemet - problemet er at det kommunale ø-hjelpstilbudet ikke avlastet sykehusene i tilstrekkelig grad

# Planlagt bruk av KØH-tilbudet i 2016

Kommune	Målsetning liggedøgn pr. år i Samhandlings- reformen	Målsetning i senger med 100% belegg	8 KØH senger fordelt 100% belegg	8 KØH senger antall døgn 100% belegg	8 KØH senger antall inn- leggelse*	8 KØH senger antall pasienter pr uke fordelt*	Ambulant ø- hjelp tilsvarende 4 senger	Ambulant ø- hjelp tilsvarende 4 senger i antall døgn	Ambulant ø- hjelp til- svarende 4 senger i antall innleggelse*	Ambulant ø-hjelp tilsvarende 4 senger i antall pasienter pr uke*
Arendal	2 126	5,82	3,88	1 417	472	9,1	1,94	709	236	4,5
Grimstad	967	2,65	1,77	645	215	4,1	0,88	322	107	2,1
Froland	234	0,64	0,43	156	52	1,0	0,21	78	26	0,5
Risør	381	1,04	0,70	254	85	1,6	0,35	127	42	0,8
Tvedestrand	323	0,88	0,59	215	72	1,4	0,29	108	36	0,7
Vegårshei	100	0,27	0,18	67	22	0,4	0,09	33	11	0,2
Åmli	99	0,27	0,18	66	22	0,4	0,09	33	11	0,2
Gjerstad	131	0,36	0,24	87	29	0,6	0,12	44	15	0,3
<b>Sum</b>	<b>4 361</b>	<b>11,95</b>	<b>7,97</b>	<b>2 907</b>	<b>969</b>	<b>18,6</b>	<b>3,98</b>	<b>1 454</b>	<b>485</b>	<b>9,3</b>
Nissedal	76	0,21	0,14	51	17	0,3	0,07	25	8	0,2
Fyresdal	73	0,20	0,13	49	16	0,3	0,07	24	8	0,2
<b>Totalt 2016</b>	<b>4 510</b>	<b>12,36</b>	<b>8,24</b>	<b>3 007</b>	<b>1 002</b>	<b>19,3</b>	<b>4,12</b>	<b>1 503</b>	<b>501</b>	<b>9,6</b>

**Det er en målsetning med ambulant ø-hjelp tilsvarende 4 senger i 2016**

*\*utgangspunktet er gjennomsnittlig behandlingstid på 3 døgn av det ambulante ø-hjelps teamet*

# Hovedgruppene av pasienter har store oppfølgingsbehov i kommunene

- 1) Lungebetennelse og andre infeksjoner som krever intravenøs antibiotikabehandling
- 2) Avklarte KOLS – pasienter med KOLS – eksaserbasjon (forverring)
- 3) Pasienter med skader i forbindelse med fall
- 4) Sårbare multimorbide eldre med rask funksjonssvikt

# Sårbare multimorbide eldre med rask funksjonssvikt – eksempel på oppfølgingsbehov

- Mange av de geriatriske pasientene har flere diagnoser samtidig (multimorbide)
  - eks. nyresvikt, hjertesvikt, osteoporose, Parkinson, diabetes, KOLS + kognitiv svikt
- Innlegges ofte i helgen fra legevakt
  - undersøkelsene på forhånd er ofte svært mangelfulle med lite dokumentasjon
- Innleggelsesårsaken er gjerne nedsatt allmenntilstand og økende forvirring
- Krever en bred kartlegging og flere undersøkelser i løpet av kort tid
  - gjøres i tett samarbeid med lege
- Må observeres kontinuerlig da innleggelsesårsaken er uklar og forverring kan skje i løpet av kort tid
- Etter innleggelse kan mange bli enda mer forvirret
  - de er sårbare fra før og enhver forandring i pasientens hverdag er en stor belastning
- Kartleggingen inkluderer:
  - gjennomgang av pasientens journal i Gericia eller Profil.
  - tidligere dokumentasjon ift kognitiv funksjon
  - TILT, blodprøver og andre nødvendige undersøkelser
  - gjennomgang av medikamenter (bivirkninger og interaksjoner)
  - samtaler med pårørende / hjemmesykepleien om hjemmesituasjonen og tidligere hjelpebehov/funksjon og kognitiv funksjon

# Årsregnskap for KØH-enheten 2015 viser et totalt kostnad på ca. 24 mill. kroner

Årsregnskap KØH-enhet (70) prosjektnr. 7071 og 7544	Kostnad	Kommentarer
Myratunet - KØH enhet 10 senger pleiekostnader	10 926 449	Pleiekostnader
Driftskostnader	1 117 574	Driftskostnader ikke inkludert husleie
Andre driftskostnader og ledelse Myratunet/ambulant KØH	2 414 199	1 årsverk leder KØH, fysio, noe "overhead-kostnad"; 0,1 årsverk økonomikonsulent, 0,2 årsverk rådgiver Østre Agder
Legekostnader 2015	4 353 543	
<b>Sengerelaterte kostnader KØH-2015</b>	<b>18 811 765</b>	
Utviklingsprosjektene (Ikke sengerelaterte utgifter)	4 679 003	
<b>Totalt 2015 inkludert prosjektene</b>	<b>23 490 768</b>	
<b>Totalt inkl. alle kostnader</b>	<b>23 997 661</b>	

- Arendal kommune har ikke laget en egen avtale med deltakerkommunene om overheadkostnader for KØH-tilbudet
  - Bør inkludere økonomi, lønn, dokumentsender, regnskap, IKT-kostnader, forsikringsandel – tilsvarende modell i andre vertskommuneordninger er ca. 5%
- Arendal kommune har fram til 2016 ikke inkludert husleiekostnadene for KØH-tilbudet i driftskostnadene

# Ikke sengerelaterte utgifter KØH - 2015

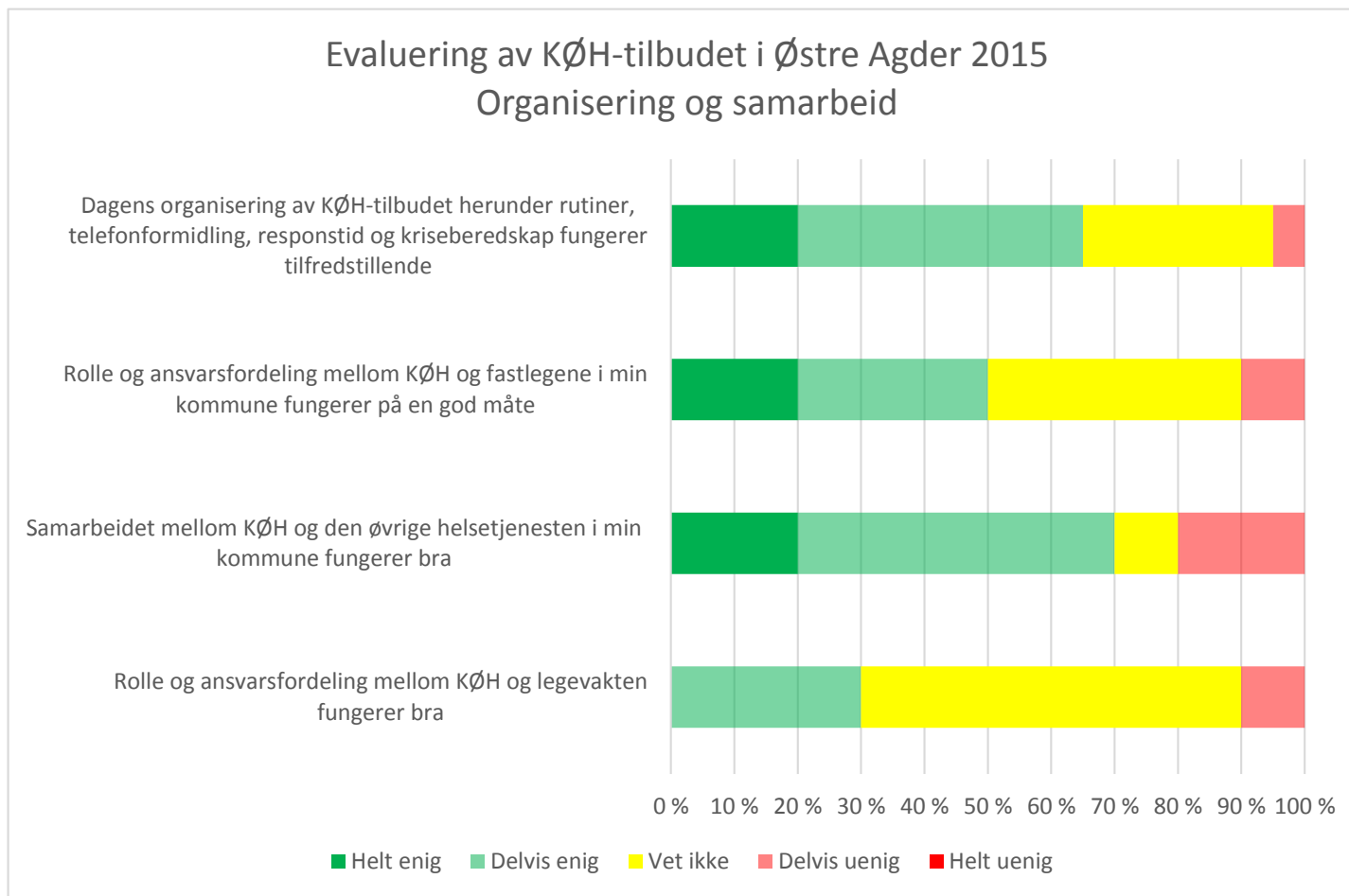
Ikke sengerelaterte utgifter KØH - 2015	Kostnad	Komentarer
Prosjekt KØH telemedisin	1 908 733	kr 589 105 betales ut i 2016
Engasjement medisinskfaglig rådgiver	1 127 945	kr 441 339 er etterslep fra 2014
Prosjekt trygge pasientforløp	987 258	
Ambulant KØH - prosjekt	207 741	
Felles kompetansetiltak	86 170	
Utredning nye lokaler legevakt + KØH prosjekt	190 165	
Prosjekt Evaluering KØH	153 263	
OSS sekretariat	16 678	
Kommuneoverlegesamling	1 050	
<b>Totalt 2015</b>	<b>4 679 003</b>	

# Høye legekostnader i KØH i 2015

<b>Legekostnader 2015</b>	<b>Kostnad</b>
KØH overlege lønn	1 077 187
KØH overlege pensjon	134 648
KØH overlege arb.avg	170 869
Faste legeutgifter frikjøp	498 860
Utbetalte vakttillegg	2 333 774
Arb.avg vakttillegg sykehjemsoverleger	138 205
<b>Totalt</b>	<b>4 353 543</b>

- Potensial for å redusere legekostnadene i 2016

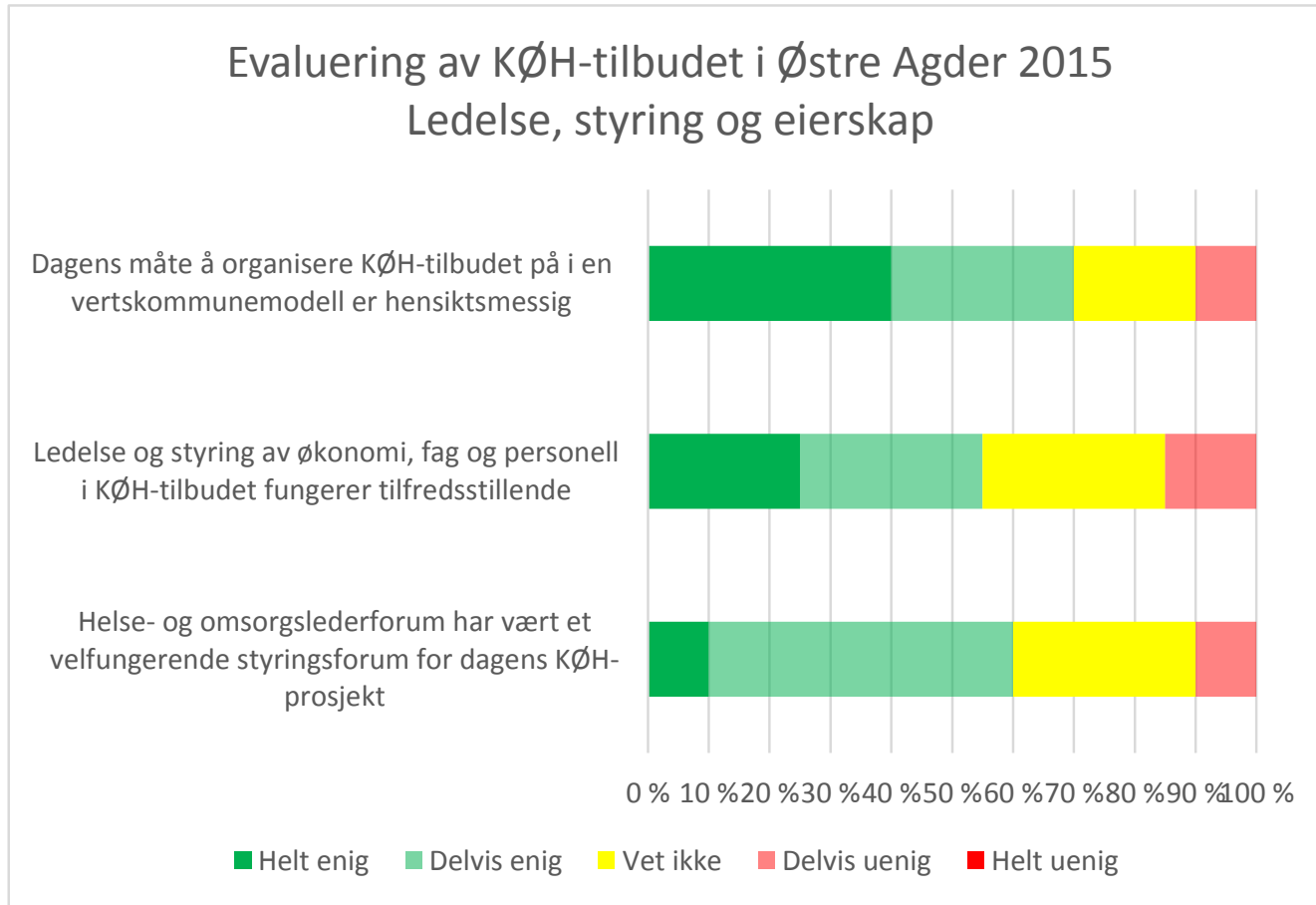
# Evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015 – Påstander i forhold til organisering og samarbeid



Kilde: Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015, fordelt etter skår

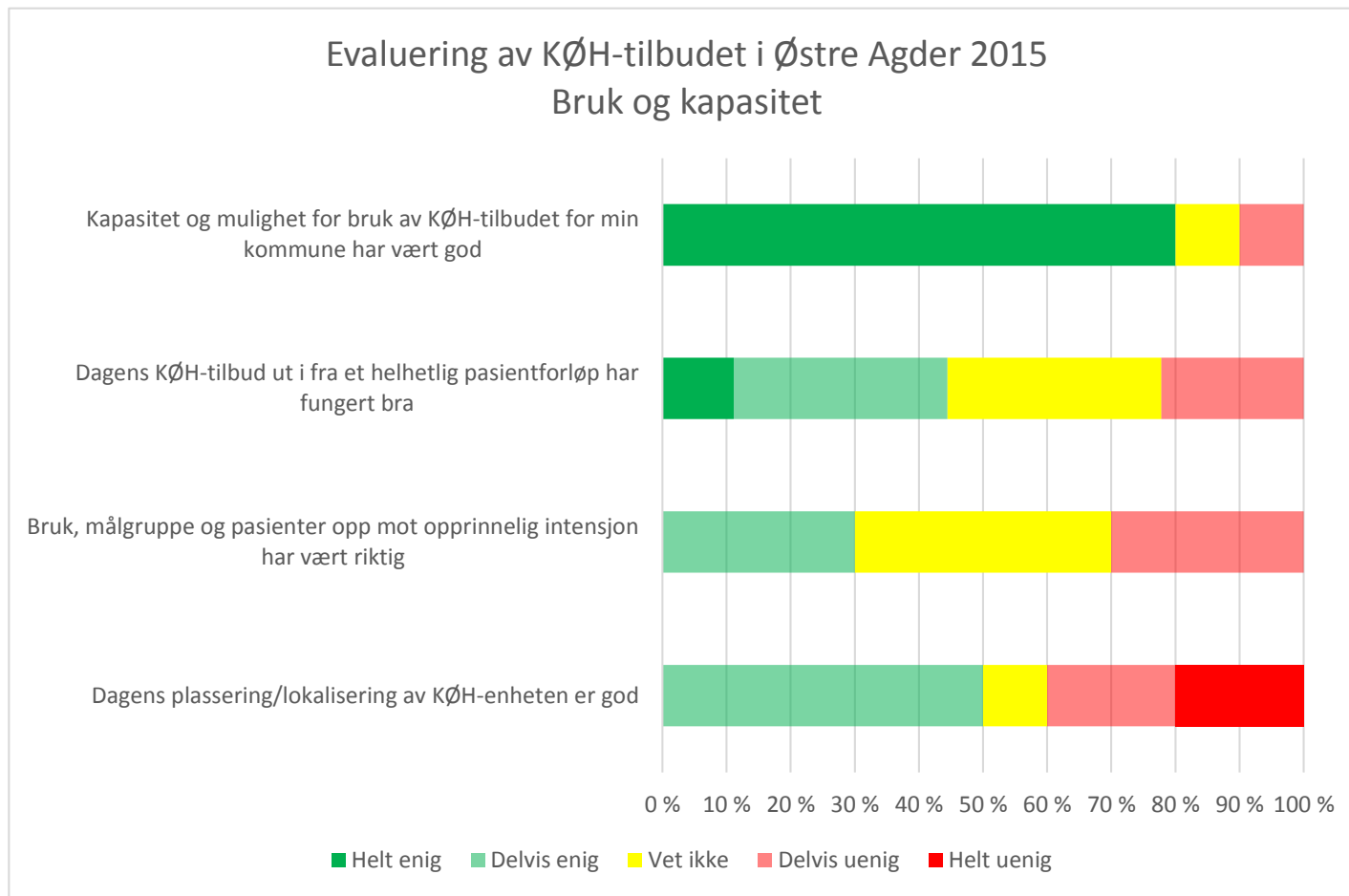


# Evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015 – Påstander i forhold til ledelse, styring og eierskap



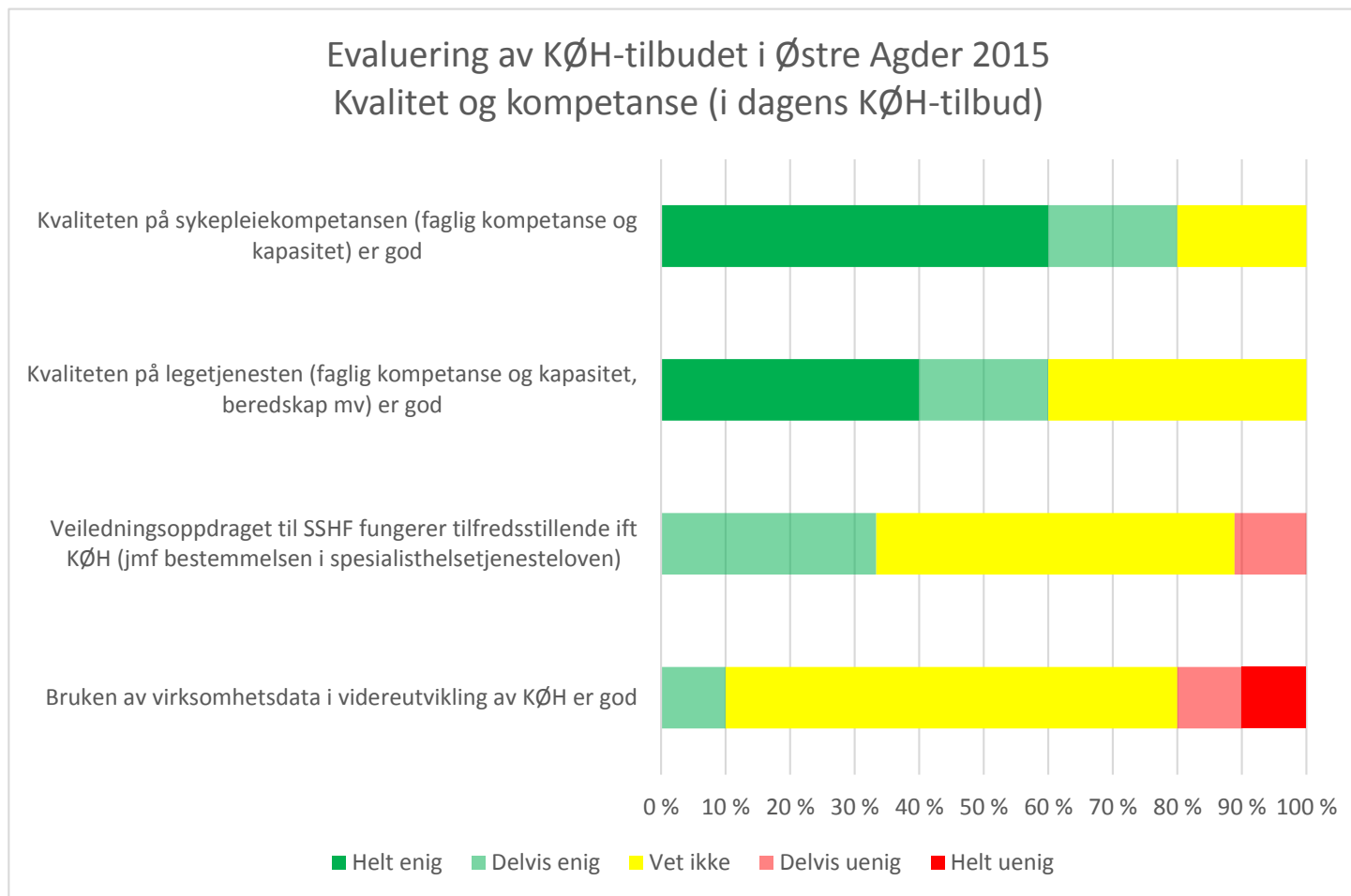
Kilde: Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015, fordelt etter skår

# Evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015 – Påstander i forhold til bruk og kapasitet



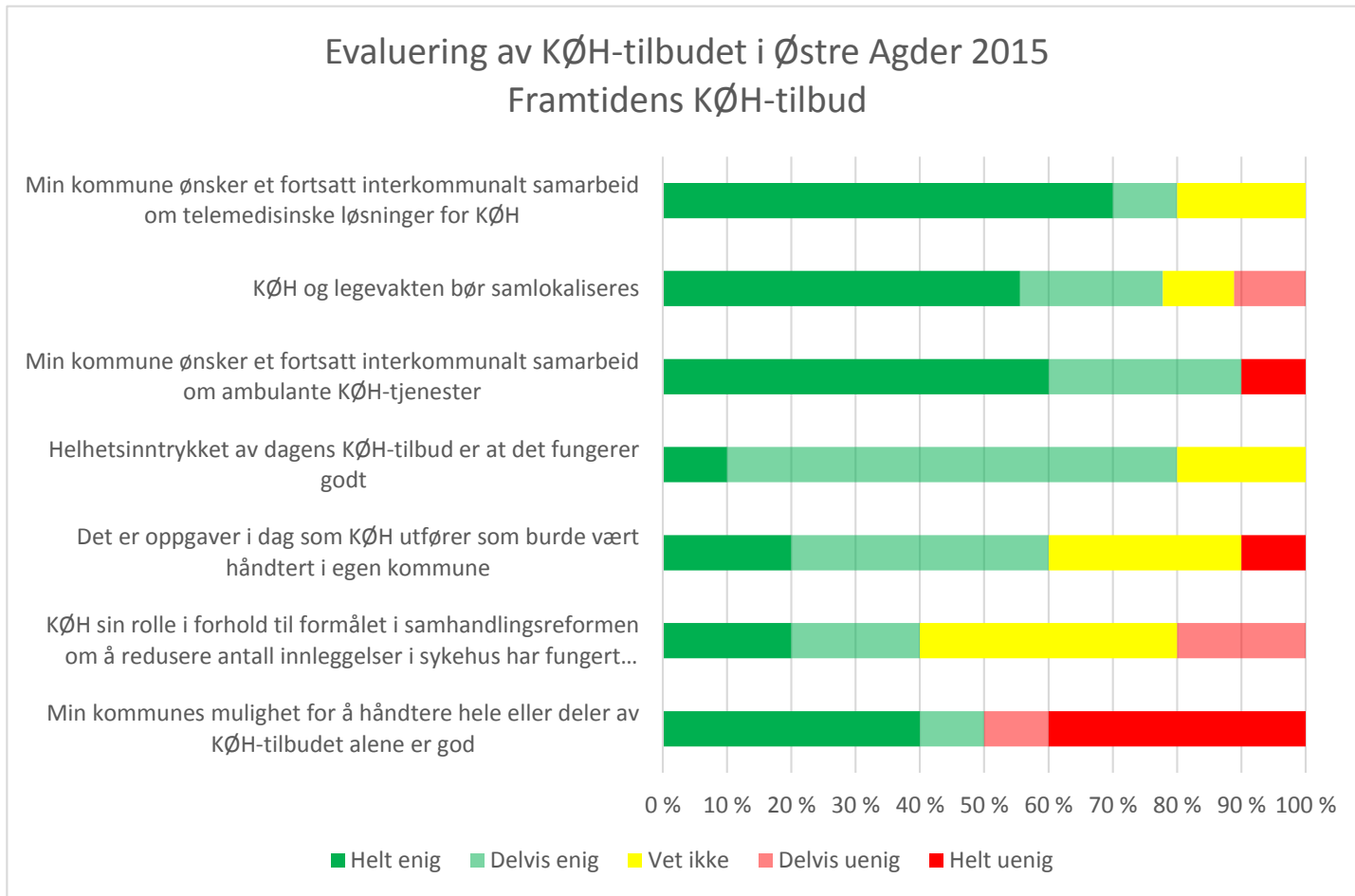
Kilde: Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015, fordelt etter skår

# Evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015 – Påstander i forhold til kvalitet og kompetanse



Kilde: Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015, fordelt etter skår

# Evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015 – Påstander i forhold til framtidens KØH-tilbud



Kilde: Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til evaluering av KØH-tilbudet i Østre Agder 2015, fordelt etter skår

# Anbefalinger og innspill til beslutningsgrunnlag for KØH- tilbudet i Østre Agder for perioden 2016-2018

---

# Strategisk mål for KØH innen 2019

## Hovedbasen for KØH i Østre Agder på Myratunet bør samlokaliseres med legevakt for å kunne utnytte synergier mellom tjenestene

- Planleggingen av en felles lokasjon for både legevakt og KØH-enheten må fortsette med full tyngde i regi av Arendal som vertskommune og med støtte fra alle deltakerkommunene
  - det bør allerede i 2016 avsettes penger til et forprosjekt fra fondsmidlene i KØH-fondet
  - stort potensial for viktige synergieffekter for alle kommunene både faglig og økonomisk
- Alternativene som bør vurderes er etter vår mening i prioritert rekkefølge:
  - Alternativ 1: Samlokalisering av legevakt og KØH-enheten i «sykehuskroppen»
  - Alternativ 2: nytt legevakts- og KØH-bygg, lokalisert sykehusnært
- Etablering av 2-4 observasjonssenger på legevakten samlokalisert med KØH-sengene
  - vil kunne dekke noe av behovet for observasjon og behandling hos en del av dagens KØH-pasienter
  - er allerede et etterspurt behov fra medarbeiderne i dagens legevakt (observasjon inntil 12 timer)
  - et viktig grep for å møte kravet til øyeblikkelig hjelp også for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer fra 1. januar 2017

# Strategisk mål for KØH innen 2019

- En samlokalisering av legevakt og KØH-enheten har videre potensial i seg til:
  - et mer robust og bærekraftig akuttmedisinsk tilbud i Østre Agder
  - økt belegg i KØH-sengene, spesielt for de kommunene som ligger lengst fra Arendal
  - felles strategisk ledelse og effektiv utnyttelse av administrative ressurser
  - mer effektiv utnyttelse av samlede legeressurser for kommunene i Østre Agder
  - mer effektiv utnyttelse av sykepleiekompetansen på tvers mellom legevakt, KØH-sengetilbudet og ambulant KØH
  - frigjøre flere ressurser til ambulant KØH innenfor de samme økonomiske rammene
  - mer effektiv utnyttelse av legebilen på legevakten i samarbeid med ambulant KØH
  - å styrke samhandlingen med sykehuset i den akuttmedisinske kjeden
  - å bedre samhandlingen om trygge pasientforløp mellom kommune og sykehus
  - være en god arena for felles kompetanseutvikling mellom kommunene

# Anbefalinger for 2016-2018 fram til samlokalisering av legevakt og KØH

- Etablere en samorganisering av legevakt og KØH-tilbudet med et felles og sammenhengende styringssystem og styrke lederkraften i KØH-prosjektet
- «Ambulant øyeblikkelig hjelp» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres og styrkes
- Sengetilbudet for KØH i Østre Agder videreføres i en desentralisert modell med fem senger i Arendal, to senger i Grimstad og eventuelt en seng i Risør
- Arendal kommune etablerer snarest mulig en gjestepasientordning på Myratunet for KØH-pasienter fra Nissedal, Fyresdal, Gjerstad, Åmli, Vegårshei, Froland og Tvedestrand
- Opprettholde og videreutvikle en felles legetjeneste og beredskap for KØH Østre Agder
- Jobbe for en tettere integrering av legetjenesten på legevakt og KØH for å redusere behovet for doble vaktordninger der det er mulig



# Anbefalinger for 2016-2018 fram til samlokalisering av legevakt og KØH

- «KØH Telemedisin» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres
- Tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling gjennom læringsnettverket "Gode pasientforløp" videreføres i samme omfang i 2016
- KØH-enheten på Myratunet bemannes kun med sykepleiere som sikrer fleksibel bruk med «Ambulant øyeblikkelig hjelp»
- Alle kommunene i det interkommunale KØH-samarbeidet vil med begge de to alternative modellene få reduserte faste kostnader sammenlignet med kostnadene på 2015-nivået
- Finansieringen av utviklingsprosjektene i 2016 og forprosjektet for en samlokalisering av legevakt og KØH, bør tas av fondsmidlene som er opparbeidet i KØH-fondet

# Anbefalinger for ledelse av KØH-prosjektet

- ***Etablere en samorganisering av legevakt og HØH-tilbudet med et felles og sammenhengende styringssystem og styrke lederkraften i KØH-prosjektet***
- Styrke lederkraften i KØH-prosjektet ved å iverksette ansettelse av kommuneoverlege med ansvar for legevakt og KØH
  - starte en prosess med å styrke samhandlingen mellom legevakt og KØH
  - iverksette utviklingsarbeid
    - oppfølging av Agenda-rapporten/2014
- Det bør avsettes ett halvt lederårsverk for å bygge opp og utvikle den ambulante delen av tjenestetilbudet i 2016, totalt minimum 1 lederårsverk for KØH-tilbudet

# Anbefalinger for legetjenesten i KØH

- Opprettholde og videreutvikle en felles legetjeneste og beredskap for KØH Østre Agder
  - Utgangspunkt i nåværende legeorganisering med Myratunet som base og Arendal som vertskommune
  - Felles legeberedskap hverdager kveld (fra kl. 16 – 23) og tilstedevaktordning i helger og høytider (fra kl. 10 – 16)
- En tilpasset modell med sengetilbud både i Arendal, Grimstad og Risør forutsetter:
  - at alle tre kommunene selv tar ansvar for legefaglig arbeid på dagtid
  - at kommunene samarbeider om en legetjeneste på kveld og helg/høytider
  - Dette må skje i henhold til de faglige krav og responstid som er beskrevet i kvalitetshåndboka og avtalen med SSHF
- Dagens vaktordning opprettholdes ved at legene i Arendal, Grimstad og Risør kommune inngår i en 5-delt beredskapsordning (kveld) og en 8-delt tilsynsvaktordning i helger og på helligdager som dekker behovet ved sengeenhetene og i ambulant KØH
  - Vaktordningen suppleres med fastleger ved behov

# Forutsetninger for legetjenesten

- For å etablere dagens legeberedskap til KØH på kveld og helg har Arendal kommune inngått en spesialavtale med egne sykehjemsleger og noen av sine fastleger. Det har vært krevende og kostbart å etablere denne løsningen, men har vist seg å fungere bra.
- Det er ulike forutsetninger som må ligge til grunn for en løsning som innebærer lokalisering av senger både i Grimstad og eventuelt i Risør og et utvidet ambulant ø-hjelps tilbud.
- Dersom det skal etableres senger i Grimstad og Risør forutsettes det at det er tilsvarende nivå på legetjenesten hele døgnet på alle sengelokasjonene
- I de økonomiske beregningene er det forutsatt et samarbeid om en felles vaktordning for legene på kveld og helg mellom de tre lokasjonene. Alternativet er at Grimstad og Risør selv sørger for denne legeberedskapen blant sine leger.
- En felles vaktordning for Arendal, Grimstad og Risør forutsetter at man må få på plass en avtale med Arendal som vertskommune om felles beredskap for legetjenesten før en slik løsning kan vedtas og etableres
- Videre forutsetter dette at Arendal får på plass en avtale med legene som inngår i dagens vaktordning
- En utvidet vaktordning bør ha beredskap knyttet til samtidighetskonflikter
- Det er for de fleste kommunene et ønske om en samlokalisering av legevakt og KØH. En desentralisert modell bør derfor tidsavgrenses til felles integrering med KØH og legevakt er en realitet
- Uavhengig av lokalisasjon av de fysiske sengene, bør det ambulante arbeidet videreføres

# Satsingen på «Ambulant KØH» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres

- Satsingen på «Ambulant KØH» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres under prosjektittelen «Ambulant øyeblikkelig hjelp»
  - for å utvide målgruppen av pasienter og inkludere utskrivningsklare pasienter
- «Ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbudet må være så robust at det har kapasitet og potensial til å erstatte behovet for 4 senger på Myratunet
  - 1503 behandlingsdøgn/501 pas. pr år med i gjennomsnitt 3 behandlingsdøgn
- Prosjektet bør tidligst mulig tilføres ressurser som sikrer at det kan tilbys et «ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbud hele døgnet (24/7) som inkluderer alle kommunene
- Bemannes med 1-2 sykepleiere alle dager fra kl. 08-23 med telefontilgjengelighet hele døgnet (ca. 4,83 årsverk) og en god tilgjengelighet til legekonsultasjoner fra KØH-legen
- Det bør avsettes ett halvt lederårsverk for å bygge opp og utvikle den ambulante delen av tjenestetilbudet i 2016
- «Ambulant øyeblikkelig hjelp» må ha to egne biler med utstyr til disposisjon hele døgnet
- Arendal kommune bør være vertskommune for «Ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbudet med base på Myratunet for å sikre mest mulig synergier med sengetilbudet
- Finansieringen av prosjektet bør basere seg på samme fordelingsnøkkelen som andelen av rammeoverføringen for KØH til kommunene

# Sengetilbudet for KØH i Østre Agder videreføres i en desentralisert modell

- Arendal kommune beholder et robust KØH sengetilbud med min. 4 senger på Myratunet for pasienter fra kommunen samlokalisert med senger for utskrivningsklare pasienter
- Grimstad kommune viderefører forsøksordningen med 2 senger på Feviktun i 2016
- Risør kommune etablerer et forsøk med en seng på Frydenborgsenteret fra høsten 2016
- Arendal kommune etablerer snarest mulig en gjestepasientordning på Myratunet for KØH-pasienter fra Nissedal, Fyresdal, Gjerstad, Åmli, Vegårshei, Froland og Tvedestrand
- Gjestepasientordningen bør ha en kapasitet på en sengeplass i gjennomsnitt hvert døgn. Dette er basert på pasientstatistikk fra både 2014 og 2015 (244 liggedøgn i 2015)
- Gjestepasientordningen finansieres i en kombinasjon av abonnement og betaling for bruk
- KØH-enheten på Myratunet bemannes kun med sykepleiere som sikrer fleksibel bruk med ambulant øyeblikkelig hjelp
- Etableringen av sengetilbud i Grimstad og Risør baserer seg på erfaringene fra den såkalte "Farsund- modellen" som er et desentralisert tilbud som er godkjent av Sørlandet sykehus gjennom egen delavtale
- Forslaget om et desentralisert sengetilbud bygger på forutsetninger om at de tre kommunene har en legeberedskap utover vanlig arbeidstid

# Tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling i KØH - anbefalinger

- Tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling gjennom læringsnettverket "Gode pasientforløp" videreføres i samme omfang i 2016
- Agenda Kaupang anbefaler videre at samarbeidet med Sørlandet sykehus, Arendal om kompetansedeling, veiledning, fagutvikling og samhandling om pasientforløp videreføres
- Arbeidet i det interkommunale læringsnettverket og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten har gitt økt kompetanse og bedre kvalitet
- KØH-fondet kan være mulig finansieringsordning for å videreføre disse kompetanseprosjektene på samme nivå som i 2015
  - omfang ca. kr. 1 200 000

# Økonomiske forutsetninger 2016-2018

- De økonomiske rammene for driften av det interkommunale KØH-samarbeidet i 2016-2018 bør totalt sett reduseres med 10-20% for den enkelte deltakerkommunene fra 2015-nivået
- Alle kommunene i det interkommunale KØH-samarbeidet vil med de to alternative modellene få reduserte faste kostnader sammenlignet med kostnadene på 2015-nivået
- Overskuddet eller de ubrukte midlene bør benyttes til å utvikle tilbudet i egen kommune
- Finansieringen av utviklingsprosjektene i 2016 og forprosjektet for en samlokalisering av legevakt og KØH, bør tas av fondsmidlene som er opparbeidet i KØH-fondet
- Overhead-kostnadene for driften bør i 2016 ligge på ca. 5% for å dekke alle reelle kostnader for Arendal som vertskommune
- Driftsutgiftene må inkludere husleiekostnadene for KØH-enheten på Myratunet fra 2016
- Regnskapet for KØH bør føres av økonomiavdelingen i Arendal kommune og bygges opp med flere ansvars- og prosjektnummer for de ulike delprosjektene i KØH-samarbeidet
- Deltakerkommunene i Østre Agder må holdes orientert om regnskap og budsjett gjennom tertialrapportering



# Budsjettrammer for KØH 2016 for de 8 kommunene i Østre Agder er på ca. 22 mill. kroner

- Regjeringen har i sitt budsjettforslag foreslått en nasjonal ramme på 1 .206.000 milliarder kroner, som er en videreføring på nivå med forutgående år hvor det har vært øremerkede midler
- Nasjonal ramme medfører en bevilgning på 22.057 millioner kroner til Østre Agder–kommunene
- Ny fordelingsnøkkel (fra samhandlingsnøkkel til pleie – og omsorgsnøkkel) gir totalt 398.000 kroner mer til Østre Agder – kommunene.
- Arendal og Grimstad får noe mindre tildelt ift den andre fordelingsnøkkelen, mens de øvrige kommunene får mer tildelt
- Rådmannsgruppa i Østre Agder har besluttet å videreføre foreslåtte rammer i budsjettframleggene til kommunene i 2016

# KØH 2016-2018 - forslag til fordelingsnøkler

Kommune	Befolkning 01.07.2015	Øyeblikkelig hjelp, døgnopphold, inngående fordeling (2015-kr)	%andel gammel fordeling	Inntekter 2016 KØH-tilskudd ramme- overføring, beregning PLO 2015	%andel ny fordelings modell - amb. KØH + overlege KØH	%andel senger sentrali sert modell
Arendal	44 327	10 319 000	47,15 %	10 267 000	44,68 %	51,39 %
Grimstad	22 258	4 692 000	21,44 %	4 683 000	20,38 %	23,44 %
Froland	5 576	1 136 000	5,19 %	1 217 000	5,30 %	6,09 %
Risør	6 935	1 849 000	8,45 %	2 035 000	8,86 %	10,19 %
Tvedestrand	6 045	1 566 000	7,15 %	1 777 000	7,73 %	8,89 %
Vegårshei	2 029	483 000	2,21 %	580 000	2,52 %	
Åmli	1 832	482 000	2,20 %	703 000	3,06 %	
Gjerstad	2 481	635 000	2,90 %	794 000	3,46 %	
<b>Sum</b>	<b>91 483</b>	<b>21 162 000</b>	<b>97 %</b>	<b>22 056 000</b>	<b>96 %</b>	<b>100 %</b>
Nissedal	1 437	370 000	1,69 %	492 000	2,14 %	
Fyresdal	1 321	355 000	1,62 %	429 000	1,87 %	
<b>Totalt 2016</b>	<b>94 241</b>	<b>21 887 000</b>	<b>100 %</b>	<b>22 977 000</b>	<b>100 %</b>	

- Alle kommunene deltar prosentvis likt ift KØH tilskuddet i 2016-2018 ift ambulant ø-hjelp og overlege KØH/legevakt
- Ved en sentralisert modell fordeler de 5 store kommunene sengekostnaden og inntekten for gjestepasientordningen

# Kostnadsberegning KØH-tilbudet 2016-2018

## Sentralisert vs desentralisert modell for sengetilbudet

Kommune	Stipulerte inntekter 2016 KØH-tilskudd rammeoverføring, beregning PLO-nøkkel 2015	Alternativ 1 Kostnader totalt inkl. inntekter gjestedøgn KØH 2017	Alternativ 2 Kostnader totalt inkl. inntekter gjestedøgn KØH 2017	Alt. 1 - 2017-18 Desentralisert modell Ubrukte midler KØH-rammetilskudd	Alternativ 2 Sentralisert modell Ubrukte midler KØH-rammetilskudd	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 1 - 2017, desentralisert	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 2, sentralisert
Arendal	10 267 000	8 787 642	8 228 842	1 479 358	885 691	14 %	9 %
Grimstad	4 683 000	4 377 133	4 377 133	305 867	314 912	7 %	7 %
Froland	1 217 000	909 555	909 555	307 445	81 838	25 %	7 %
Risør	2 035 000	2 020 945	1 633 267	14 055	136 845	1 %	7 %
Tvedestrand	1 777 000	1 235 603	1 235 603	541 397	119 496	30 %	7 %
Vegårshei	580 000	391 357	391 357	188 643	190 104	33 %	33 %
Åmli	703 000	425 497	425 497	277 503	279 275	39 %	40 %
Gjerstad	794 000	522 782	522 782	271 218	273 219	34 %	34 %
Nissedal	492 000	276 514	276 514	93 486	180 682	19 %	37 %
Fyresdal	429 000	265 482	265 482	89 518	142 736	21 %	33 %
<b>Totalt 2016</b>	<b>22 977 000</b>	<b>19 212 512</b>	<b>18 266 033</b>	<b>3 568 489</b>	<b>2 604 799</b>	<b>16 %</b>	<b>11 %</b>

- I begge alternativene ligger det forutsetninger om samarbeid om ambulant ø-hjelp, overlege legevakt/KØH og en gjestepasientordning
- I tillegg anbefales det at alle utviklingsprosjekter i 2016 som f.eks. utvikling av en ny felleslegevakt samlokalisert med KØH-tilbudet, telemedisin og gode pasientforløp tas av oppsparte fondsmidler

# Kostnadsberegning KØH-tilbudet for 2016

## Desentralisert modell for sengetilbudet

Kommune	Ambulant KØH Bemanning, ledelse og drift	Gjestedøgn 40% av intensjonen abonnement	Gjestedøgn basert på forbruk 2015 (utover 40%)	KØH lege dagtid Andel ift 8 senger	Felles legeordning senger kveld/helg	Overlege legevakt/KØH 100% (1,4 mill) - fordeling 70/30	8 KØH senger totalt, bemanning + drift eks.lege, ledelse	Ledelse KØH - 0,5 årsverk	Alternativ 1 Kostnader totalt inkl. gjestedøgn KØH 2016	Alternativ 1 Desentralisert modell Ubrukte midler KØH-rammetilskudd	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 1
Arendal	2 844 032			700 000	906 712	189 287	6 022 012	440 000	8 228 842	2 038 158	20 %
Grimstad	1 297 225			280 000	413 571	86 338	2 200 000	100 000	4 377 133	305 867	7 %
Froland	337 118	514 800	35 200			22 437			909 555	307 445	25 %
Risør	563 710	558 800		46 667	59 906	37 518	366 667	0	1 633 267	401 733	20 %
Tvedestrand	492 242	710 600				32 762			1 235 603	541 397	30 %
Vegårshei	160 664	220 000				10 693			391 357	188 643	33 %
Åmli	194 736	217 800				12 961			425 497	277 503	39 %
Gjerstad	219 944	288 200				14 639			522 782	271 218	34 %
<b>Sum</b>	<b>6 109 670</b>	<b>2 510 200</b>	<b>35 200</b>	<b>1 026 667</b>	<b>1 380 188</b>	<b>406 634</b>	<b>8 588 678</b>	<b>540 000</b>	<b>17 724 037</b>	<b>4 331 963</b>	<b>20 %</b>
Nissedal	102 493	167 200				6 821			276 514	93 486	25 %
Fyresdal	98 338	160 600				6 545			265 482	89 518	25 %
<b>Totalt 2016</b>	<b>6 310 500</b>	<b>2 838 000</b>	<b>35 200</b>	<b>1 026 667</b>	<b>1 380 188</b>	<b>420 000</b>	<b>8 588 678</b>	<b>540 000</b>	<b>18 266 033</b>	<b>4 514 967</b>	<b>20 %</b>

- Beregningene forutsetter at Risør fra 1/9-2016 er i gang med en egen KØH seng
- I begge alternativene ligger det forutsetninger om samarbeid om ambulant ø-hjelp, overlege legevakt/KØH og en gjestepasientordning
- I tillegg anbefales det at alle utviklingsprosjekter i 2016 som f.eks. utvikling av en ny felleslegevakt samlokalisert med KØH-tilbudet, telemedisin og gode pasientforløp tas av oppsparte fondsmidler

# Kostnadsberegning KØH-tilbudet 2017-2018

## Desentralisert modell for sengetilbudet

Kommune	Befolkning 01.017.2015	Ambulant KØH Bemanning, ledelse og drift	Gjestedøgn 40% av intensjonen abonnement	Gjestedøgn basert på forbruk 2015 (utover 40%)	KØH lege dagtid	Felles legeordning senger kveld/helg	Overlege legevakt/KØH 100% stilling (1,4 mill) - fordeling 70/30	8 KØH senger totalt, bemanning + drift eks.lege, ledelse	Ledelse KØH	Alternativ 1 Kostnader totalt inkl. inntekter gjestedøgn KØH 2016	Alternativ 1 Desentralisert modell Ubrukte midler KØH- rammetilskudd	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 1
Arendal	44 327	2 844 032			700 000	906 712	189 287	6 022 012	440 000	8 787 642	1 479 358	14 %
Grimstad	22 258	1 297 225			280 000	413 571	86 338	2 200 000	100 000	4 377 133	305 867	7 %
Froland	5 576	337 118	514 800	35 200				22 437		909 555	307 445	25 %
Risør	6 935	563 710			140 000	179 717	37 518	1 100 000	0	2 020 945	14 055	1 %
Tvedestrand	6 045	492 242	710 600					32 762		1 235 603	541 397	30 %
Vegårshei	2 029	160 664	220 000					10 693		391 357	188 643	33 %
Åmli	1 832	194 736	217 800					12 961		425 497	277 503	39 %
Gjerstad	2 481	219 944	288 200					14 639		522 782	271 218	34 %
<b>Sum</b>	<b>91 483</b>	<b>6 109 670</b>	<b>1 951 400</b>	<b>35 200</b>	<b>1 120 000</b>	<b>1 500 000</b>	<b>406 634</b>	<b>9 322 012</b>	<b>540 000</b>	<b>18 670 515</b>	<b>3 385 485</b>	<b>15 %</b>
Nissedal	1 437	102 493	167 200					6 821		276 514	93 486	25 %
Fyresdal	1 321	98 338	160 600					6 545		265 482	89 518	25 %
<b>Totalt 2017</b>	<b>94 241</b>	<b>6 310 500</b>	<b>2 279 200</b>	<b>35 200</b>	<b>1 120 000</b>	<b>1 500 000</b>	<b>420 000</b>	<b>9 322 012</b>	<b>540 000</b>	<b>19 212 512</b>	<b>3 568 489</b>	<b>16 %</b>

- Beregningene forutsetter at Risør i 2017 er i gang med en egen KØH seng
- I begge alternativene ligger det forutsetninger om samarbeid om ambulant ø-hjelp, overlege legevakt/KØH og en gjestepasientordning
- I tillegg anbefales det at alle utviklingsprosjekter i 2016 som f.eks. utvikling av en ny felleslegevakt samlokalisert med KØH-tilbudet, telemedisin og gode pasientforløp tas av oppsparte fondsmidler

# Kostnadsberegning KØH-tilbudet 2016-2018

## Sentralisert modell for sengetilbudet

Kommune	Ambulant KØH Bemanning, ledelse og drift	Gjestedøgn 40% av intensjonen abonnement	KØH lege dagtid	Felles legeordning senger kveld/helg	Overlege legevakt/KØH 100% stilling (1,4 mill) - fordeling 70/30	8 KØH senger, bemanning + drift basert på Myratunet	Husleie lokaler Myratunet 8 senger	Ledelse KØH	Alternativ 2 Kostnader totalt inkl. inntekter gjestedøgn KØH 2016	Alternativ 2 Sentalisert modell Ubrukte midler KØH-rammetilskudd	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 2
Arendal	2 819 772		719 445	770 834	187 672	5 199 010		226 111	9 381 309	885 691	9 %
Grimstad	1 286 159		328 155	351 594	85 601	2 371 381	89 071	103 134	4 368 088	314 912	7 %
Froland	334 242		85 280	91 371	22 246	616 265	23 147	26 802	1 135 162	81 838	7 %
Risør	558 901		142 600	152 785	37 198	1 030 485	38 706	44 817	1 898 155	136 845	7 %
Tvedestrand	488 043		124 521	133 415	32 482	899 838	33 798	39 135	1 657 504	119 496	7 %
Vegårshei	159 294	220 000			10 602				389 896	190 104	33 %
Åmli	193 075	217 800			12 850				423 725	279 275	40 %
Gjerstad	218 068	288 200			14 514				520 781	273 219	34 %
<b>Sum</b>	<b>6 057 553</b>	<b>726 000</b>	<b>1 400 000</b>	<b>1 500 000</b>	<b>403 165</b>	<b>10 116 979</b>	<b>184 722</b>	<b>440 000</b>	<b>19 774 619</b>	<b>2 281 381</b>	<b>10 %</b>
Nissedal	135 125	167 200			8 993				311 318	180 682	37 %
Fyresdal	117 822	160 600			7 842				286 264	142 736	33 %
<b>Totalt 2016</b>	<b>6 310 500</b>	<b>1 053 800</b>	<b>1 400 000</b>	<b>1 500 000</b>	<b>420 000</b>	<b>10 116 979</b>	<b>184 722</b>	<b>440 000</b>	<b>21 426 001</b>	<b>2 604 799</b>	<b>11 %</b>

- Beregningene forutsetter at alle 8 KØH-sengene ligger på Myratunet
- I begge alternativene ligger det forutsetninger om samarbeid om ambulant ø-hjelp, overlege legevakt/KØH og en gjestepasientordning
- I tillegg anbefales det at alle utviklingsprosjekter i 2016 som f.eks. utvikling av en ny felleslegevakt samlokalisert med KØH-tilbudet, telemedisin og gode pasientforløp tas av oppsparte fondsmidler

# Utfordringsbilde for kommunene i Østre Agder med fokus på KØH-tilbudet

---

Utvalgte analyser fra KOSTRA 2014,  
Kommunebarometeret 2014 og  
befolkningsprognoser fra SSB, 2015

# Sammenligningskommunene i KOSTRA

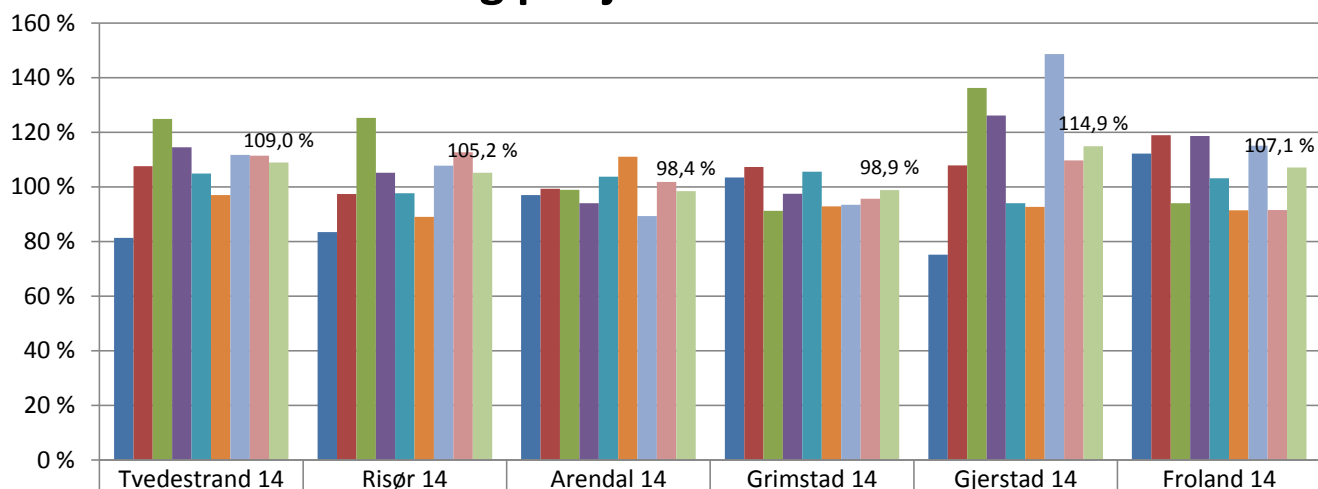
Utvalgskommuner	Befolkning 1.1		Vekst 2005 - 2015	Innbygger pr. km2 areal	K gruppe	Areal	Frie inntekter og eiendomsskatt pr. innbygger justert for behov. Nivå i forhold til landsgj snittet
	2005	2015					
<b>Tvedestrand 14</b>	<b>5889</b>	<b>6048</b>	<b>2,7 %</b>	<b>29,6</b>	<b>10</b>	<b>204</b>	<b>91,4 %</b>
Risør 14	6909	6909	0,0 %	38,6	11	179	98,0 %
Arendal 14	39676	44219	11,5 %	172,7	13	256	93,5 %
Grimstad 14	18885	22098	17,0 %	81,1	13	273	97,2 %
Gjerstad 14	2500	2481	-0,8 %	8,0	2	308	104,3 %
Froland 14	4672	5532	18,4 %	9,1	11	605	94,7 %
Åmli 14	1801	1832	1,7 %	1,7	6	1068	105,9 %
Vegårshei 14	1854	2018	8,8 %	6,3	1	322	94,0 %



# Utgiftsbehov etter statsbudsjettets metode

Relativt behov pr. innnyggeri forhold til landsgjennomsnittet (100 %)

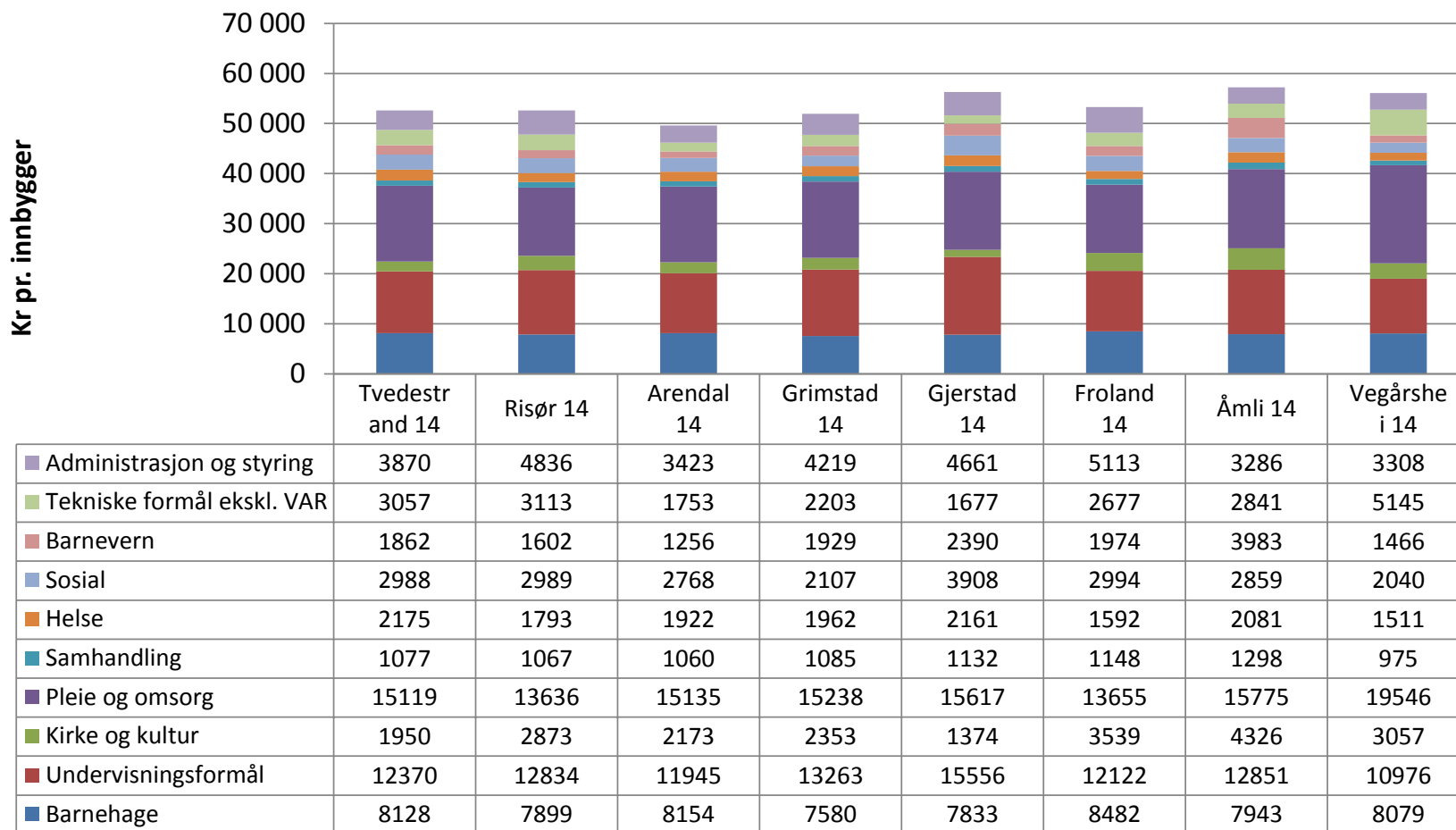
## Beregnet behov for tjenester ut fra KRDs kostnadsnøkkel Totalt og pr. tjenesteområde



	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14
■ Barnehage (16,35 prosent)	81 %	83 %	97 %	103 %	75 %	112 %
■ Grunnskole (28,58 prosent)	108 %	97 %	99 %	107 %	108 %	119 %
■ PLO (31,24 prosent)	125 %	125 %	99 %	91 %	136 %	94 %
■ Helse (4,1 prosent)	114 %	105 %	94 %	97 %	126 %	119 %
■ Barnevern (3,12 prosent)	105 %	98 %	104 %	106 %	94 %	103 %
■ Sosialhjelp (4,74 prosent)	97 %	89 %	111 %	93 %	93 %	91 %
■ Administrasjon (9,36 prosent)	112 %	108 %	89 %	93 %	149 %	115 %
■ Samhandling (2,51 prosent)	111 %	113 %	102 %	96 %	110 %	92 %
■ Totalt	109,0 %	105,2 %	98,4 %	98,9 %	114,9 %	107,1 %

# Korrigerede netto driftsutgifter

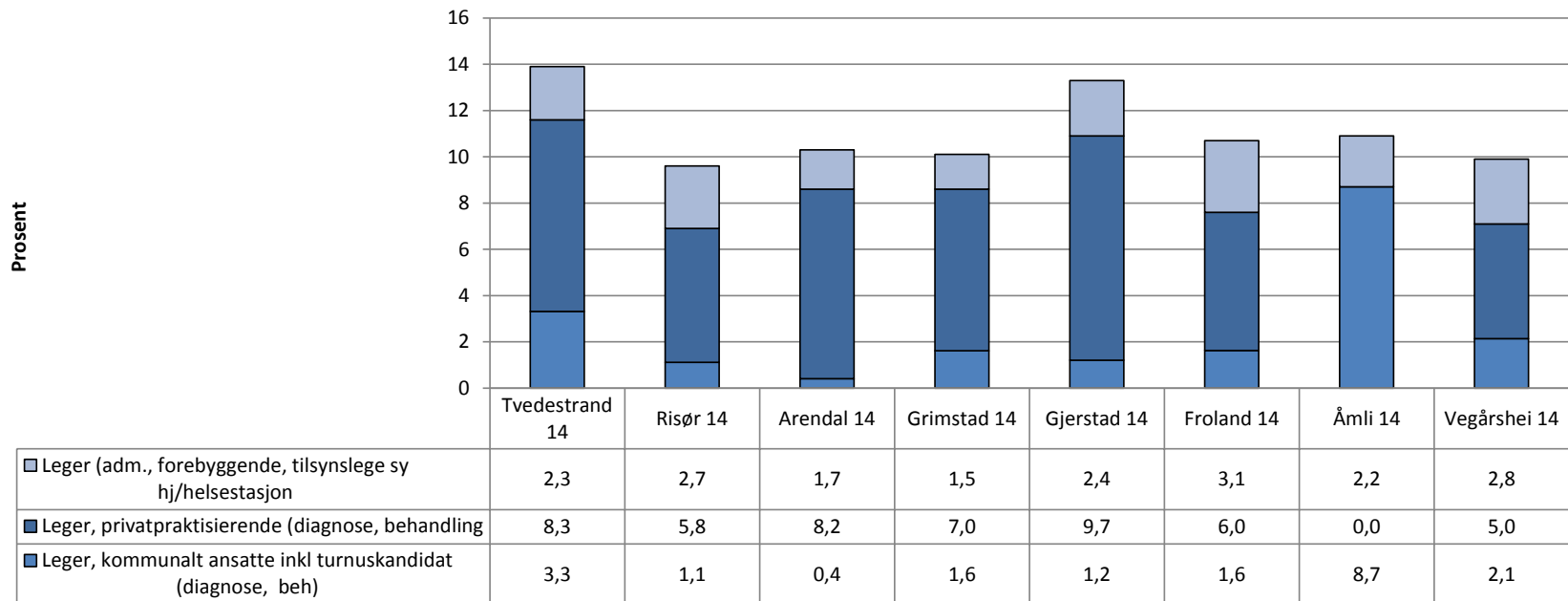
Netto driftsutgifter pr. innbygger korrigert for behov etter hovedformål



# Årsverk leger pr. 10 000 innbyggere

## Årsverk 1) leger pr. 10 000 innbyggere

Fordelt mellom kommunalt ansatte og privatpraktiserende innefor diagnose og behandling

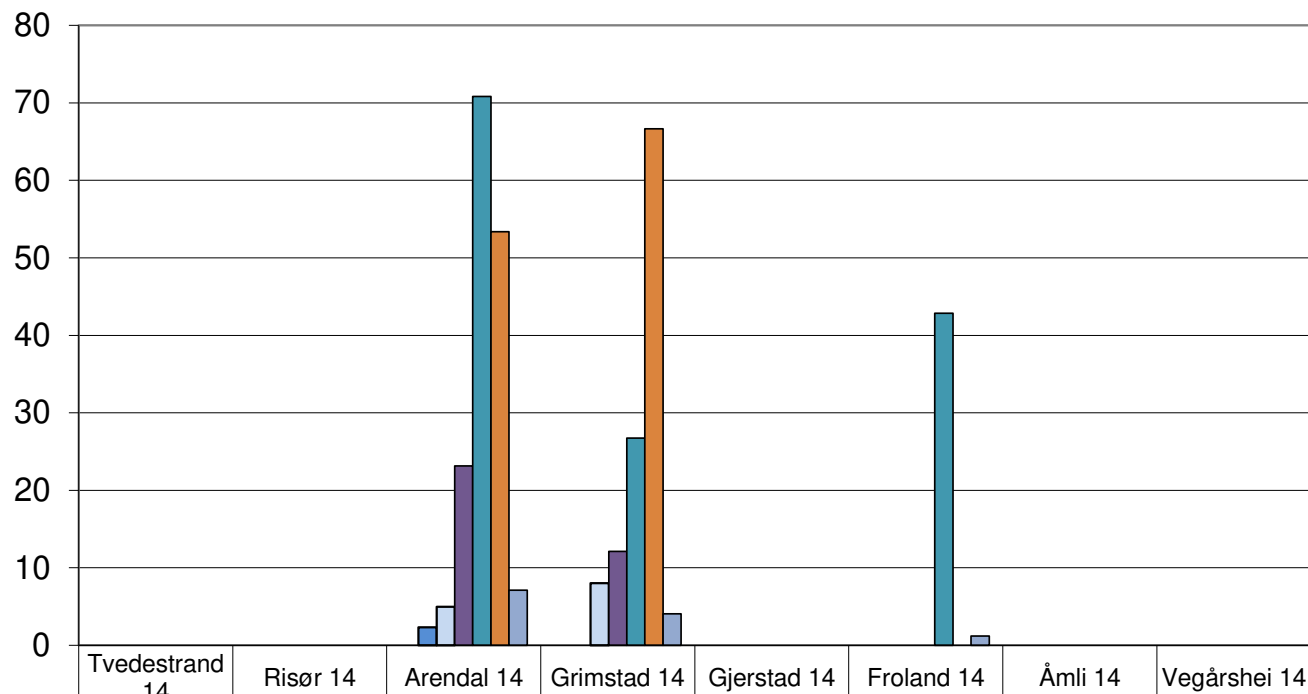


1) Årsverk for privatpraktiserende er ikke nødvendigvis det samme som antall, da gjennomsnittlig arbeidstid pr. uke i en valgt uke er dividert på 37,5 timer (for leger) .

2) Framkommer 0 i tallet for kommunalt ansatte inkl turnuskandidat - kan det bety at fordelingen mellom privat/ kommunalt ansatt ikke er oppgitt

# Utskrivningsklare pasienter 2014

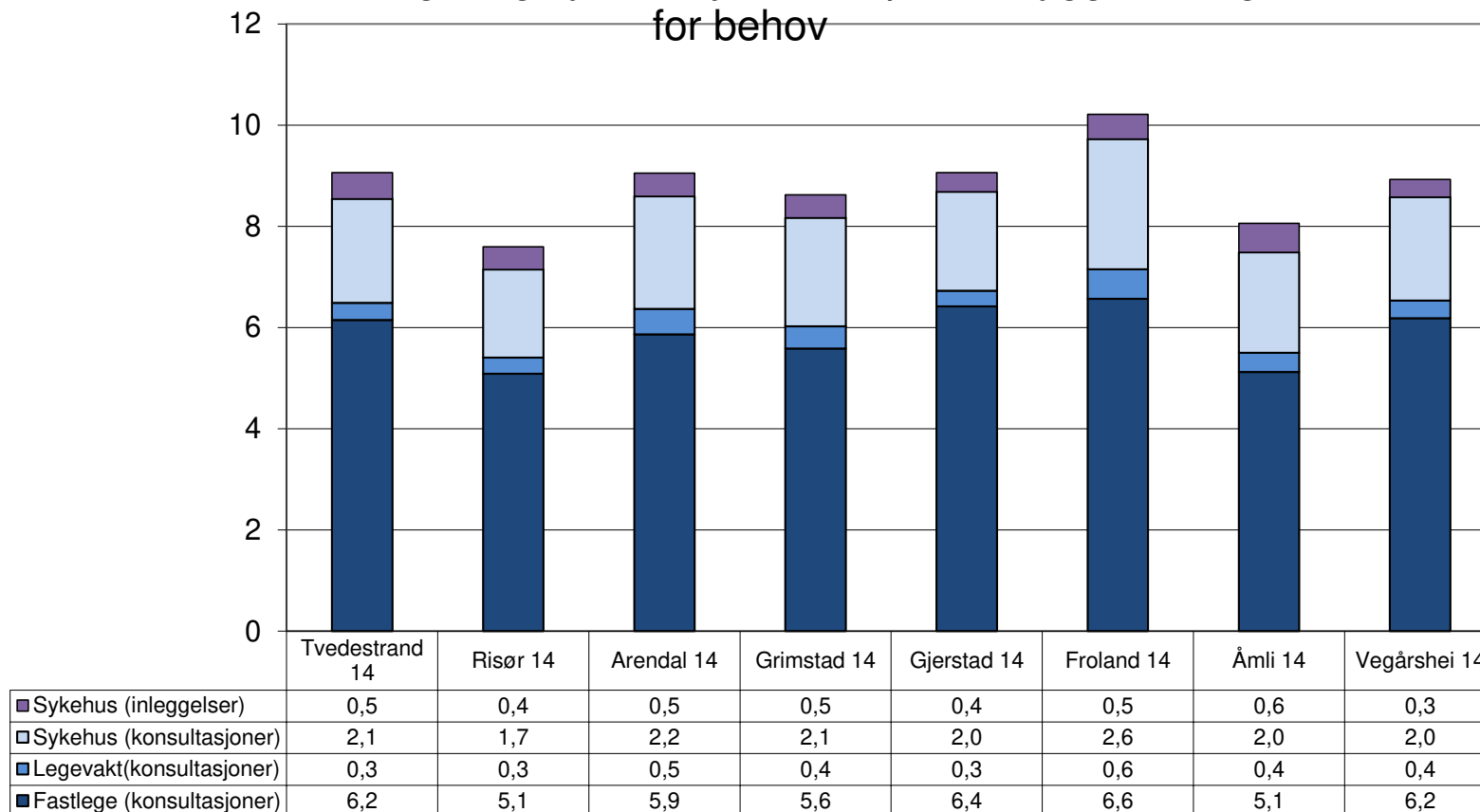
Antall liggedøgn utskrivningklare pasienter pr. 1000 innbyggere



	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14	Åmli 14	Vegårshei 14
0-17 år	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
18-49 år	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
50-66 år	0,0	0,0	5,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0
67-79 år	0,0	0,0	23,2	12,1	0,0	0,0	0,0	0,0
80-89 år	0,0	0,0	70,8	26,7	0,0	42,9	0,0	0,0
90 år og eldre	0,0	0,0	53,4	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Pr. innbygger justert for behov totalt	0,0	0,0	7,1	4,1	0,0	1,2	0,0	0,0

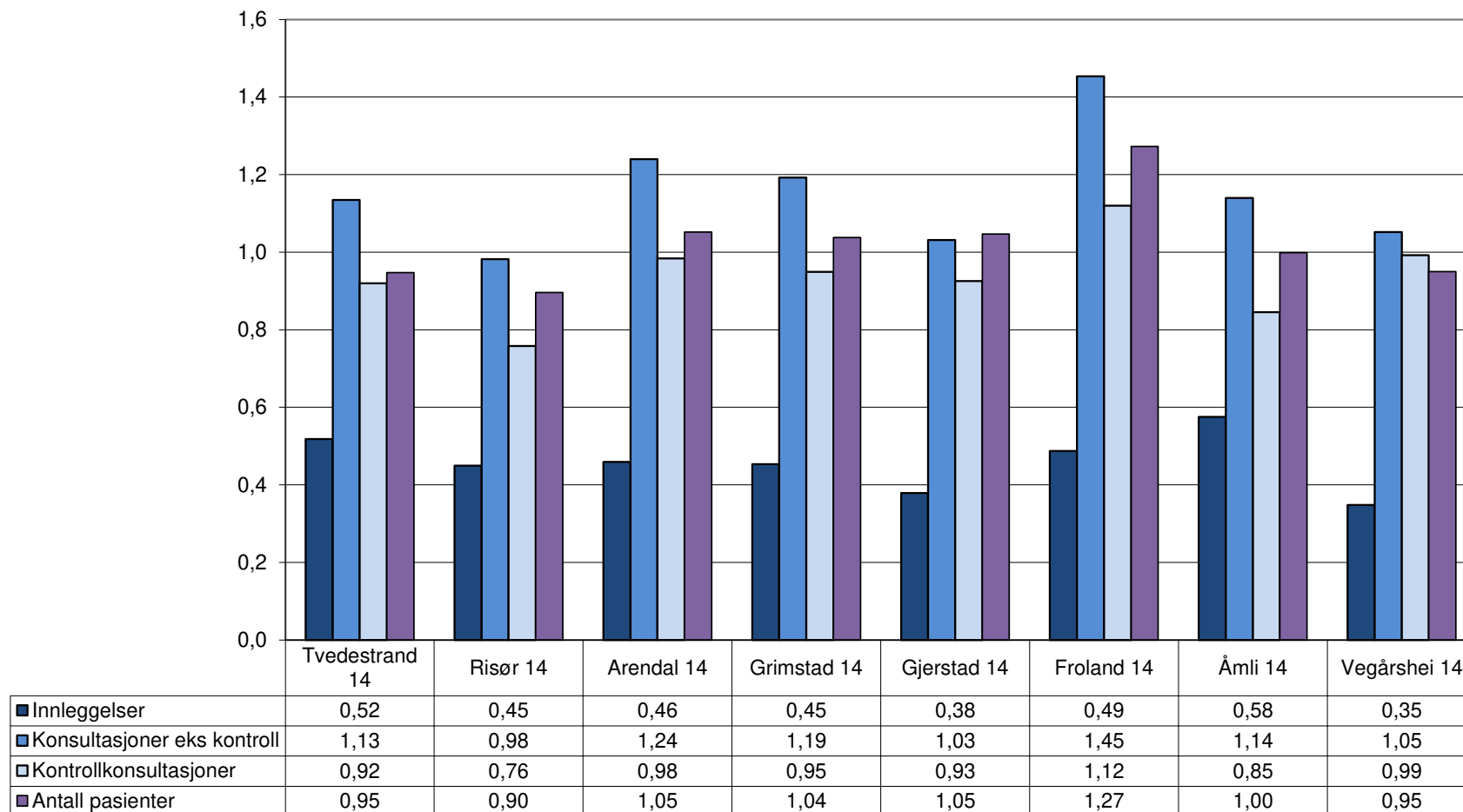
# Lege- og sykehustjenester

Forbruk av lege- og sykehustjenester per innbygger korrigeret for behov



# Sykehusforbruk per innbygger

Sykehusforbruk per innbygger korrigert for behov



# Kommunebarometeret på Helse

## Kilde: Kommunal Rapport 2014

HELSE	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14	Åmli 14	Vegårshei 14	Kommentarer
LEGEDEKNING: Andel legeårsverk per 10.000 innbyggere (15 % vekt innen sektoren)	13,9	9,6	10,3	10,1	13,3	10,7	10,9	9,9	LEGEDEKNING: Andel legeårsverk per 10.000 innbyggere (15 % vekt innen sektoren)
LEGEDEKNING: Ledig plass på fastlegelistene, som andel av totalt antall plasser (5 %)	-1,0	6,0	7,0	1,0	1,0	-20,0	38,0	114,0	LEGEDEKNING: Ledig plass på fastlegelistene, som andel av totalt antall plasser (5 %)
HELSEØSTER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere under 5 år (10 %)	89,7	91,5	51,7	38,3	124,1	54,1	87,7	66,7	HELSEØSTER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere under 5 år (10 %)
PSYKIATRISK SYKEPLEIER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere (10 %)	6,0	6,0	4,9	2,6	0,0	0,1	5,5	5,0	PSYKIATRISK SYKEPLEIER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere (10 %)
INNLEGGELSER: Antall innleggelse på sykehus per 1.000 innbyggere (15 %)	257	215	204	190	173	187	291	157	INNLEGGELSER: Antall innleggelse på sykehus per 1.000 innbyggere (15 %)
HELSEUNDERSØKELSE: Andel barn som har fullført undersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn (5 %)	99,0	100,0	60,0	100,0	87,0	95,0	68,0	100,0	HELSEUNDERSØKELSE: Andel barn som har fullført undersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn (5 %)
HJEMMEBESØK: Andel hjemmebesøk hos nyfødte innen to uker etter hjemkomst (5 %)	96,0	100,0	77,0	96,0	85,0	100,0	100,0	89,0	HJEMMEBESØK: Andel hjemmebesøk hos nyfødte innen to uker etter hjemkomst (5 %)
MEDISINBRUK: Diabetesmedisin, per 10.000 innbyggere (5 %)	24,6	25,9	25,9	27,3	32,9	28,1	27,2	26,3	MEDISINBRUK: Diabetesmedisin, per 10.000 innbyggere (5 %)
MEDISINBRUK: Hjerte- og karmedisin, per 10.000 innbyggere (5 %)	144	145	131	132	150	132	147	144	MEDISINBRUK: Hjerte- og karmedisin, per 10.000 innbyggere (5 %)
MEDISINBRUK: Medisin psykiske lidelser (5 %)	159	139	154	147	147	141	155	150	MEDISINBRUK: Medisin psykiske lidelser (5 %)
NY: MEDISINBRUK: Totalt alle legemidler (10 %)	709	669	701	681	710	693	665	691	NY: MEDISINBRUK: Totalt alle legemidler (10 %)
FOREBYGGING: Netto driftsutgifter til forebygging, kroner per innbygger - snitt siste tre år (10 %)	228	82	90	203	205	127	0	128	FOREBYGGING: Netto driftsutgifter til forebygging, kroner per innbygger - snitt siste tre år (10 %)
									HELSE
	Rangordning totalt								Helse (7,5 %)
Nivå (fra 1 til 6)	2,94	3,03	2,51	2,91	2,88	2,77	2,49	3,28	
Rang blant kommunene (bare for kommuner)	316	284	410	320	329	352	413	206	

# Kommunebarometeret på pleie og omsorg

## Kilde: Kommunal Rapport 2014

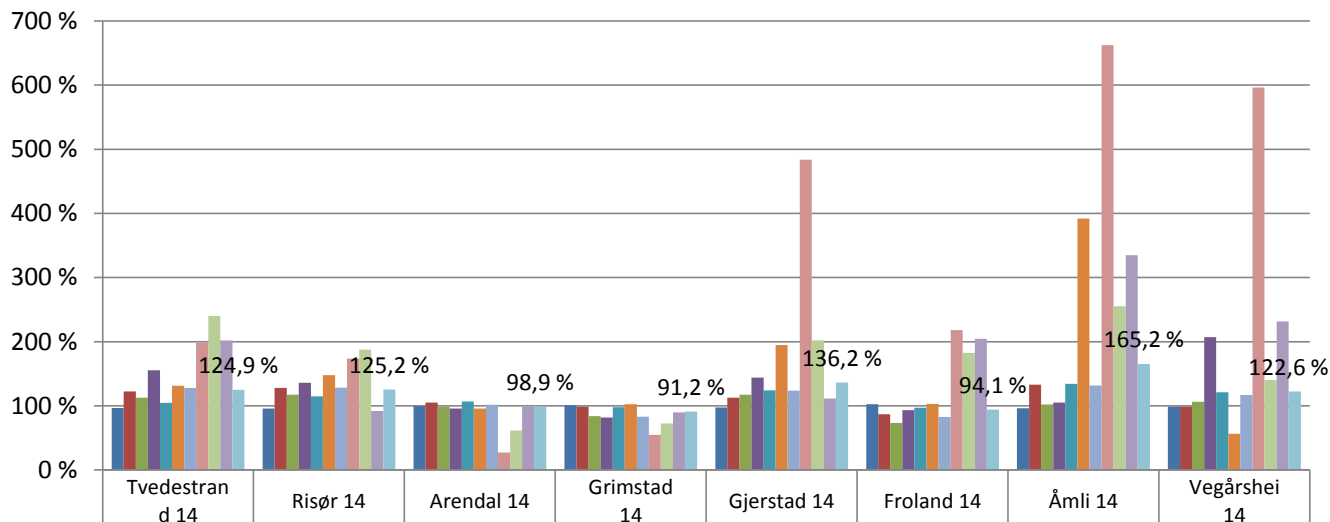
Eldreomsorg	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14	Åmli 14	Vegårshei 14	Kommentarer
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 % vekt innen sektoren)	84,0	79,0	82,0	84,0	85,0	84,0	86,0	88,0	BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 % vekt innen sektoren)
BEMANNING: Tid med lege og fysioterapeut på sykehjem (10 %)	0,6	0,9	1,0	0,8	0,4	1,0	1,0	0,5	BEMANNING: Tid med lege og fysioterapeut på sykehjem (10 %)
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut og geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (10 %)	4,9	20,9	15,3	20,6	20,2	10,0	6,8	0,0	BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut og geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (10 %)
PROFIL: Hvor stor andel av eldreomsorgen skjer i hjemmet (andel over 80 år med tjenester som ikke bor på institusjon) (10 %)	81	74	68	81	69	69	82	72	PROFIL: Hvor stor andel av eldreomsorgen skjer i hjemmet (andel over 80 år med tjenester som ikke bor på institusjon) (10 %)
TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer praktisk bistand i hjemmet (5 %)	4,0	10,9	6,3	4,5	9,4	4,0	4,9	1,7	TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer praktisk bistand i hjemmet (5 %)
TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie (5 %)	4,1	4,9	3,8	6,3	2,5	5,4	7,0	3,2	TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie (5 %)
BEHOV: Andel av de over 67 som får bistand og som har stort omsorgsbehov (5 %)		6,6	8,1	16,8					BEHOV: Andel av de over 67 som får bistand og som har stort omsorgsbehov (5 %)
HELSETILSTAND: Dødelighet i prosent av landsgjennomsnittet (100 = snittet) (10 %)	104,5	115,0	106,9	98,0	124,3	97,3	134,3	121,0	HELSETILSTAND: Dødelighet i prosent av landsgjennomsnittet (100 = snittet) (10 %)
KORTTIDSPLASSER: Gjennomsnittlig oppholdstid per plass, målt i dager (10 %)		22,5	25,9	46,8		4,9			KORTTIDSPLASSER: Gjennomsnittlig oppholdstid per plass, målt i dager (10 %)
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	0,0	0,0	73,0	39,5	0,0	10,9	0,0	0,0	SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	100	100	76	100	100	95	61	50	ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)
DEMENTE: Andel plasser avsatt til demente målt mot andel over 80 år som allerede er på sykehjem (5 %)	48	84	30	69	43	32	67	42	DEMENTE: Andel plasser avsatt til demente målt mot andel over 80 år som allerede er på sykehjem (5 %)
TRYGGHET: Trygghetsalarm per 1.000 hjemmeboende eldre over 80 år (5 %)	39		43	50	47	35	38	56	TRYGGHET: Trygghetsalarm per 1.000 hjemmeboende eldre over 80 år (5 %)
BRUKERE: System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten/institusjon (5 %)	0,0	6,0	6,0	0,0	0,0	0,0	6,0	6,0	BRUKERE: System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten/institusjon (5 %)
									Eldreomsorg
									Eldreomsorg (20 %)
	Rangordning totalt								
Nivå (fra 1 til 6)	3,54	4,33	3,90	4,09	3,43	3,84	3,83	3,26	
Rang blant kommunene (bare for kommuner)	229	19	105	57	271	125	126	325	



# Beregnet behov pleie- og omsorgstjenester

Relativt behov pr. innbyggeri forhold til landsgjennomsnittet (100 %)

## Beregnet behov for tjenester ut fra KMDs delkostnadsnøkkel

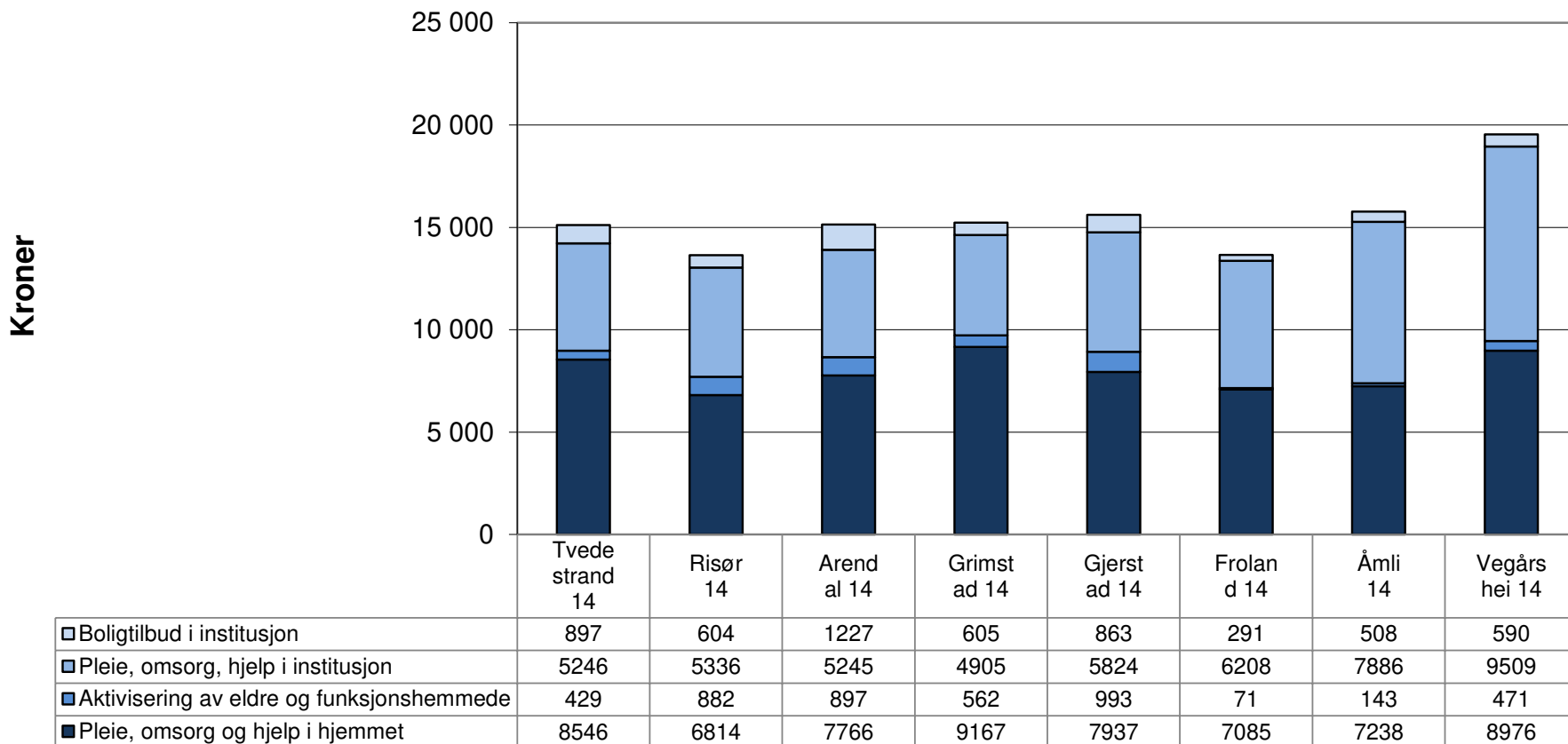


	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14	Åmli 14	Vegårshei 14
Under 67år (11,46 prosent)	96 %	96 %	100 %	101 %	97 %	103 %	96 %	99 %
67-79 år (11,02 prosent)	123 %	128 %	105 %	99 %	113 %	87 %	133 %	99 %
80-89 år (19,71 prosent)	113 %	117 %	99 %	84 %	118 %	73 %	102 %	106 %
over 90 år (13,83 prosent)	155 %	136 %	96 %	82 %	144 %	93 %	105 %	207 %
Dødlighet (13,23 prosent)	105 %	115 %	107 %	98 %	124 %	97 %	134 %	121 %
PU 16 år og over (14 prosent)	131 %	148 %	96 %	103 %	195 %	103 %	392 %	56 %
Ikke-gifte (13,23 prosent)	128 %	128 %	102 %	83 %	124 %	83 %	132 %	117 %
Basistillegg (1,2 prosent)	198 %	173 %	27 %	55 %	484 %	218 %	662 %	596 %
Sone (1,16 prosent)	240 %	187 %	61 %	73 %	202 %	183 %	255 %	140 %
Nabo (1,16 prosent)	202 %	92 %	98 %	90 %	112 %	204 %	335 %	232 %
PLO	124,9 %	125,2 %	98,9 %	91,2 %	136,2 %	94,1 %	165,2 %	122,6 %

# Netto driftsutgifter innen pleie og omsorg

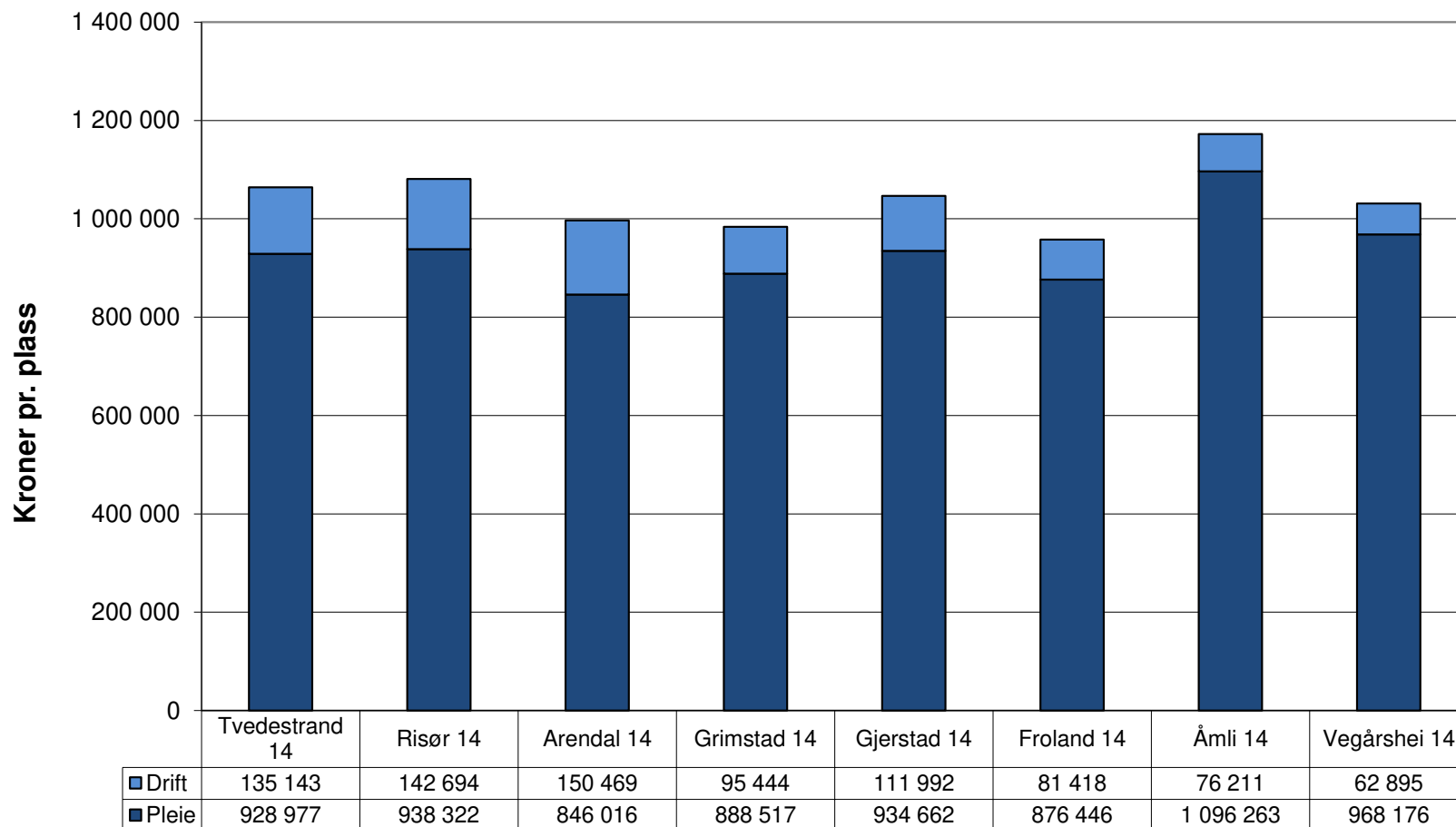
## Netto driftsutgifter pr. korrigerede innbygger (etter behov ut fra inntektssystemets kriterier) for pleie- og omsorgstjenester

Justert for effekten av vertskommunetilskuddet (trukket fra utgifter i hj. tj.)



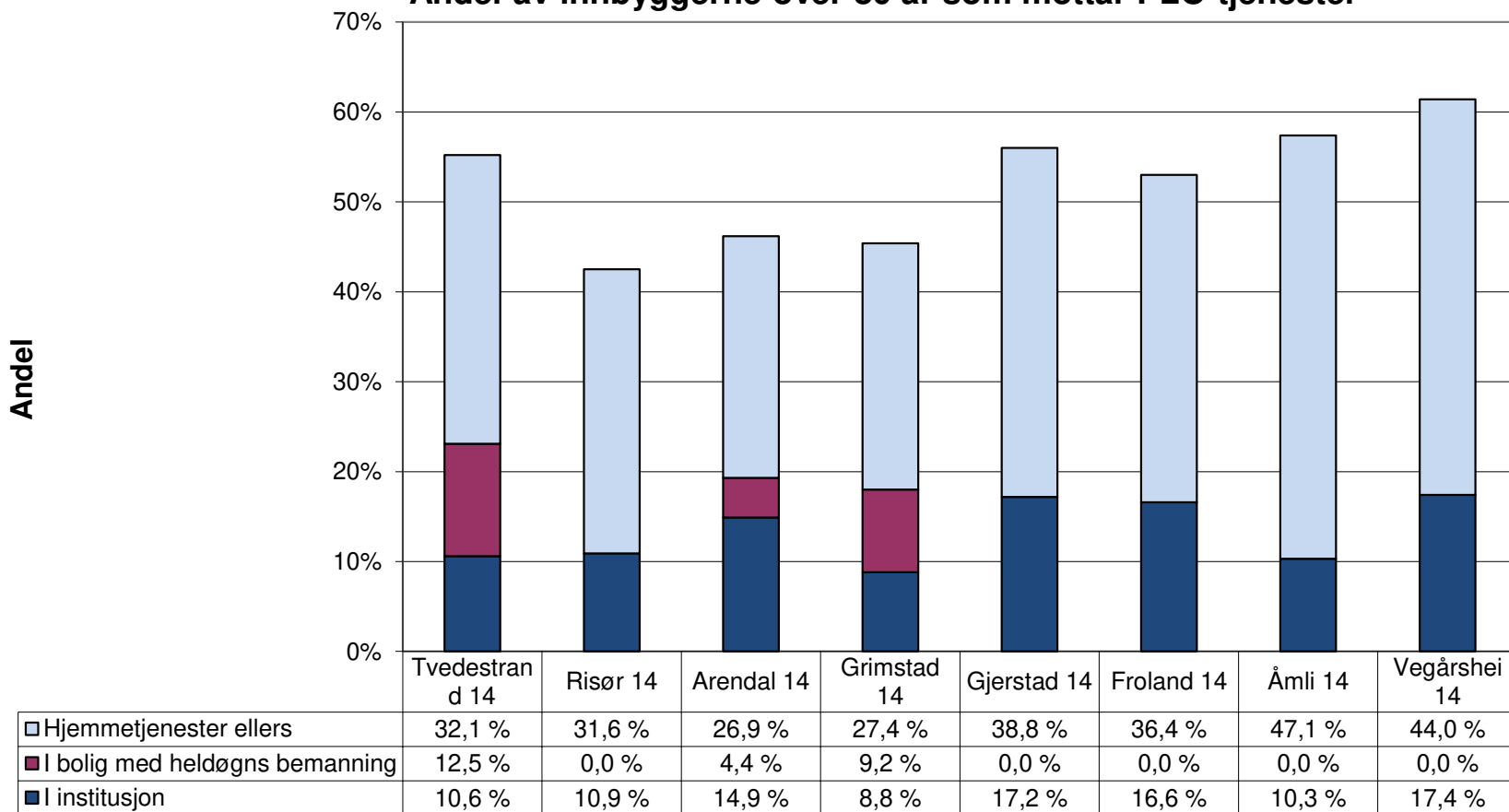
# Brutto driftsutgifter i institusjon pr. plass

**Brutto driftsutgifter i institusjon pr. kommunal plass**



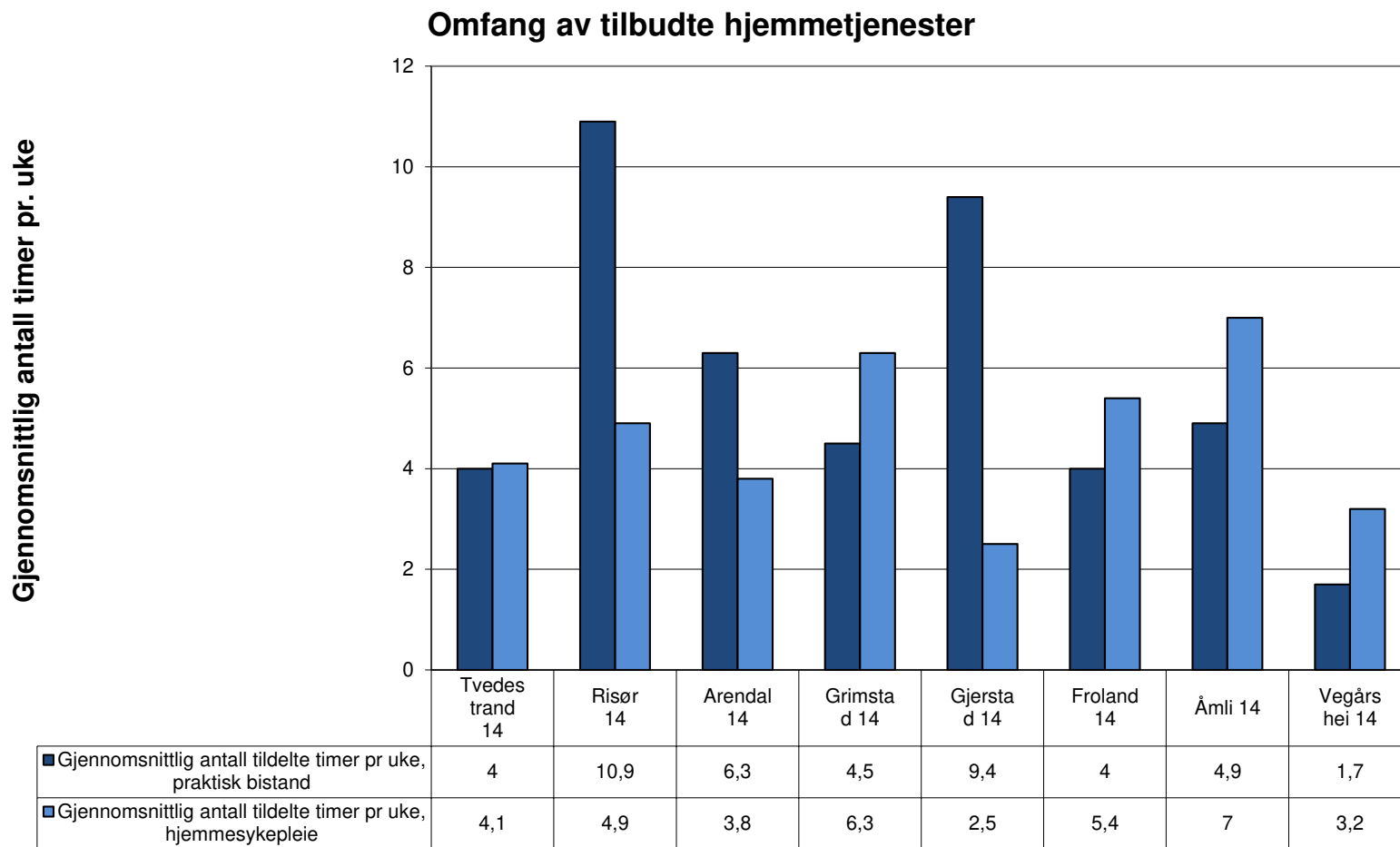
# Andel som mottar tjenester

Andel av innbyggerne over 80 år som mottar PLO-tjenester



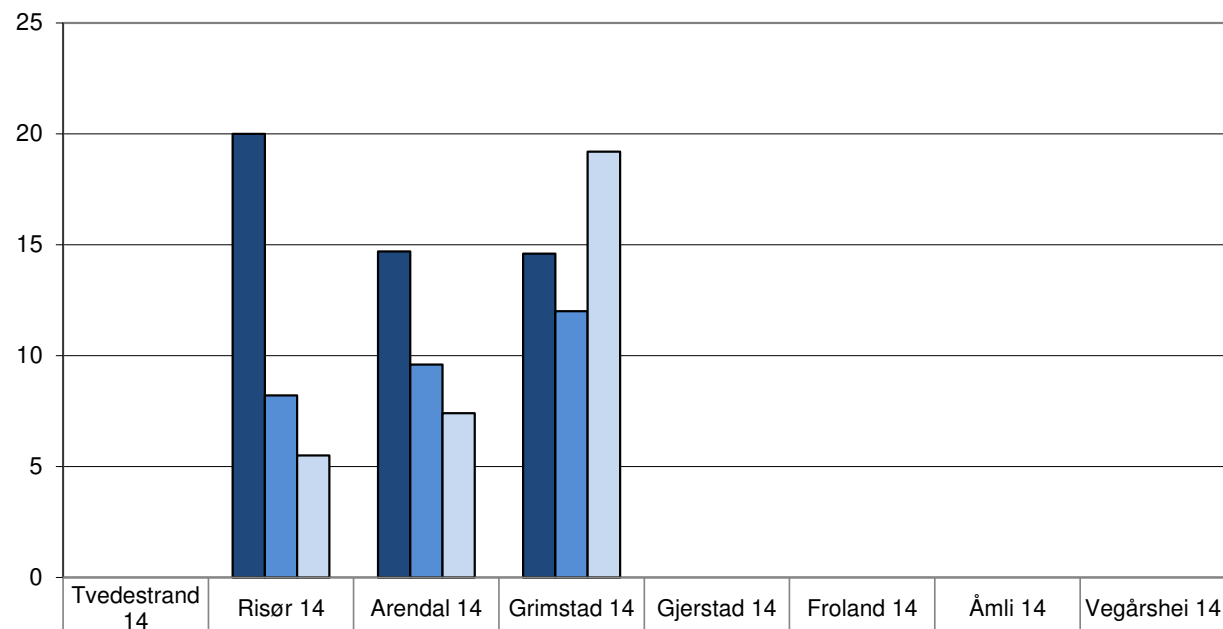
Nb; 0 i en av kategoriene kan bety at informasjon mangler.

# Omfang hjemmetjenester



# Manglende data om bistandsbehov

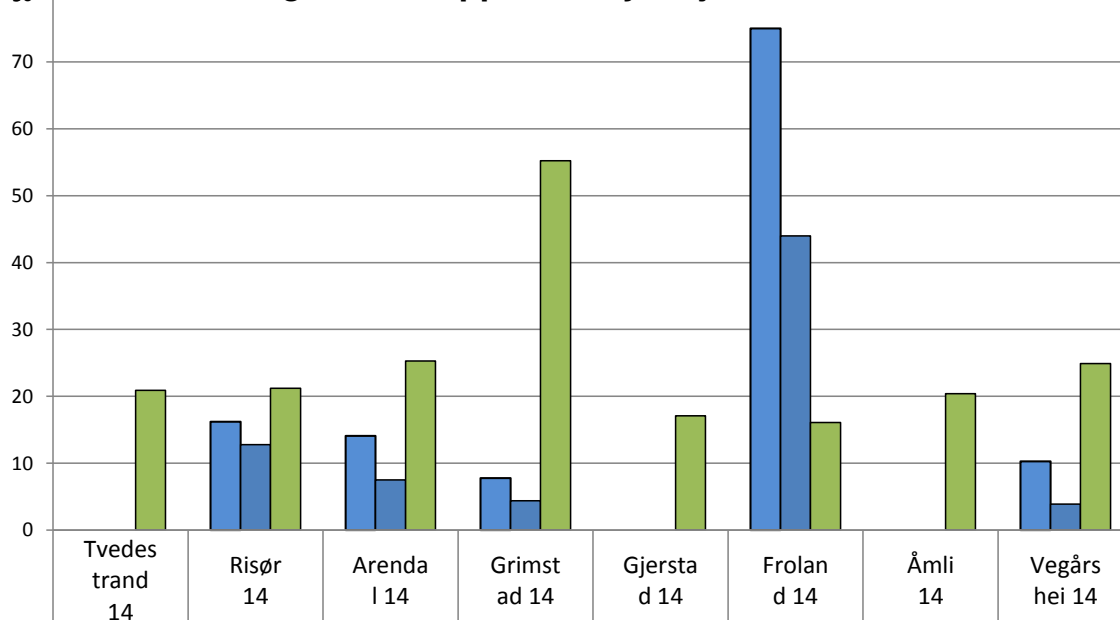
**Andel med omfattende behov som mottar hjemmetjenester**



	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14	Åmli 14	Vegårshei 14
■ Andel hjemmetj.mottakere med omfattende bistandsbehov, 0-66 år	0	20	14,7	14,6	0	0	0	0
■ Andel hjemmetj.mottakere med omfattende bistandsbehov, 67-79 år	0	8,2	9,6	12	0	0	0	0
□ Andel hjemmetj.mottakere med omfattende bistandsbehov, 80 år og over	0	5,5	7,4	19,2	0	0	0	0

# Gjennomstrømning på korttid

**Gjennomstrømning korttidsopphold i sykehjem**



	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14	Åmli 14	Vegårshei 14
■ Gjennomstrømning opphold per plass 31.12 på tidsbegrenset opphold i institusjon	0	16,2	14,1	7,8	0	75	0	10,3
■ Gjennomstrømning personer per plass 31.12. på tidsbegrenset opphold i institusj	0	12,8	7,5	4,4	0	44	0	3,9
■ Gj.snittlig antall oppholdsdøgn per tidsbeogr. opphold i institusjon	20,9	21,2	25,3	55,2	17,1	16,1	20,4	24,9