

Strategisk og operativ økonomistyring



Strategisk og operativ økonomistyring

1. Hva ligger foran oss - strategiske valg
2. Operativ økonomistyring
3. Muligheter med Helseplattformen
 - Løpende styring
 - Benchmarking innad i kommunen og mellom kommuner
 - Samhandlingsstatistikk
 - Gevinstrealisering
 - Langsiktig utvikling

1) Hva ligger foran oss

Fremskrivninger

Formål med fremskrivninger

- Hvilke utfordringer ligger foran oss
- Hva skjer om vi fortsetter som i dag?
- Hvor er det mulig å redusere kostnader?

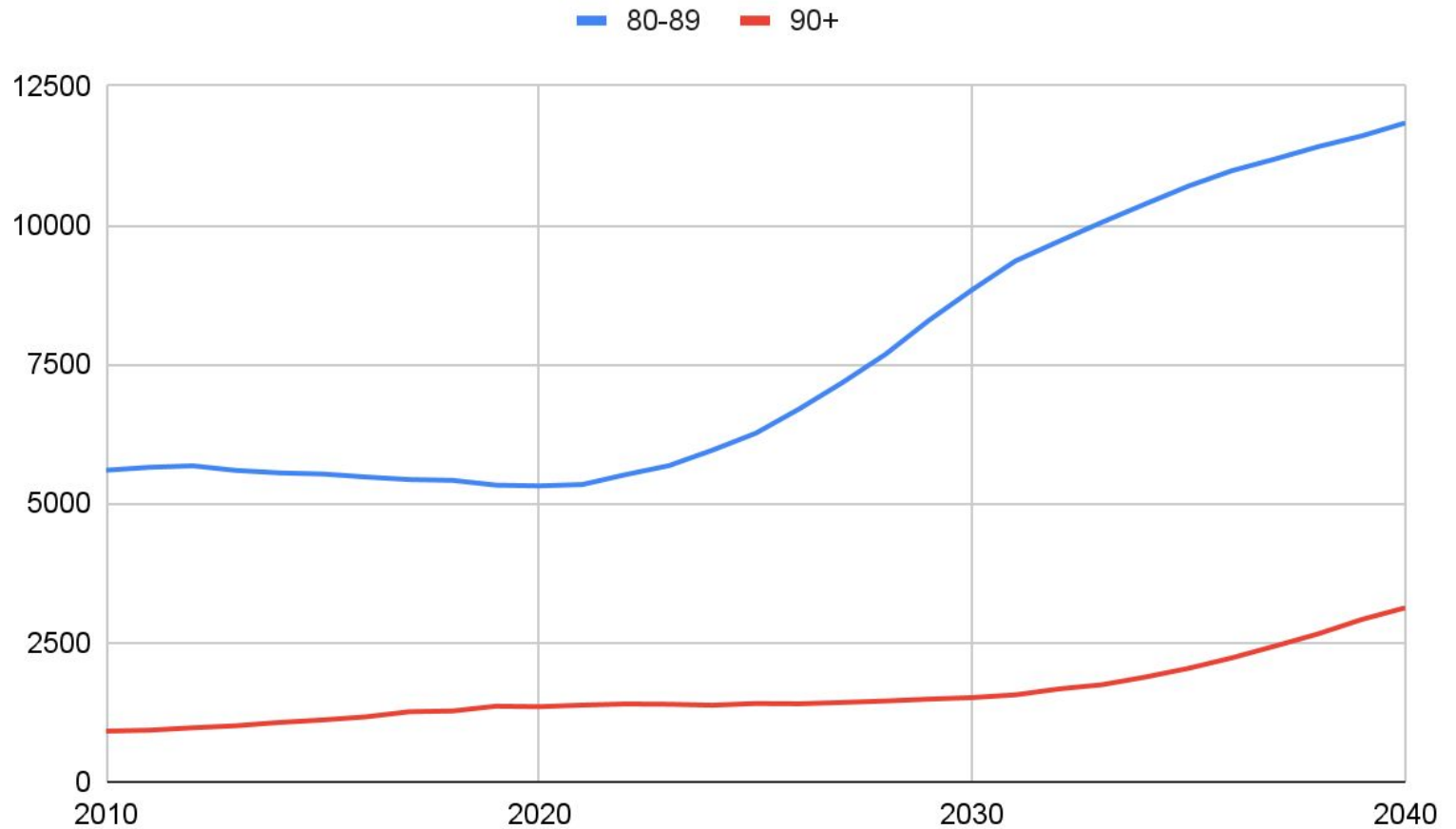


Prognose - Hva skjer om vi fortsetter som i dag?

1. Befolkningsprognoser
2. Forutsetning om helsetilstand
3. Dekningsgrad
Handlingsparameteren
4. Enhetskostnader



1) Befolkningsprognoser



Hva kan vi vente oss?

2010-2019:

- Moderat vekst i antall eldre
- Større vekst yrkesaktive enn eldre
- =Moderate rekruteringsutfordringer

2020-2025:

- Liten vekst i antall eldre, noe økning 80-89
- Men mindre vekst i yrkesaktive
- =Tiltakende rekruteringsutfordringer

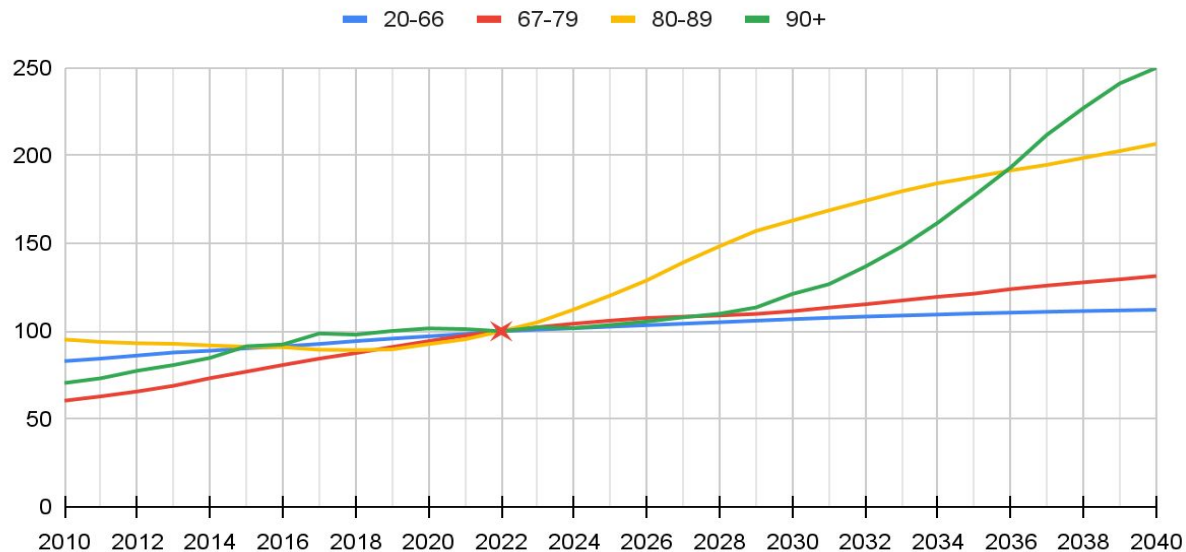
2026 - 2040:

- Kraftig vekst i eldre:
 - 2025-2030: 80-89
 - 2030-2040: 90+
 - Stadig færre yrkesaktive per eldre
- = Vedvarende store rekrutteringsutfordringer

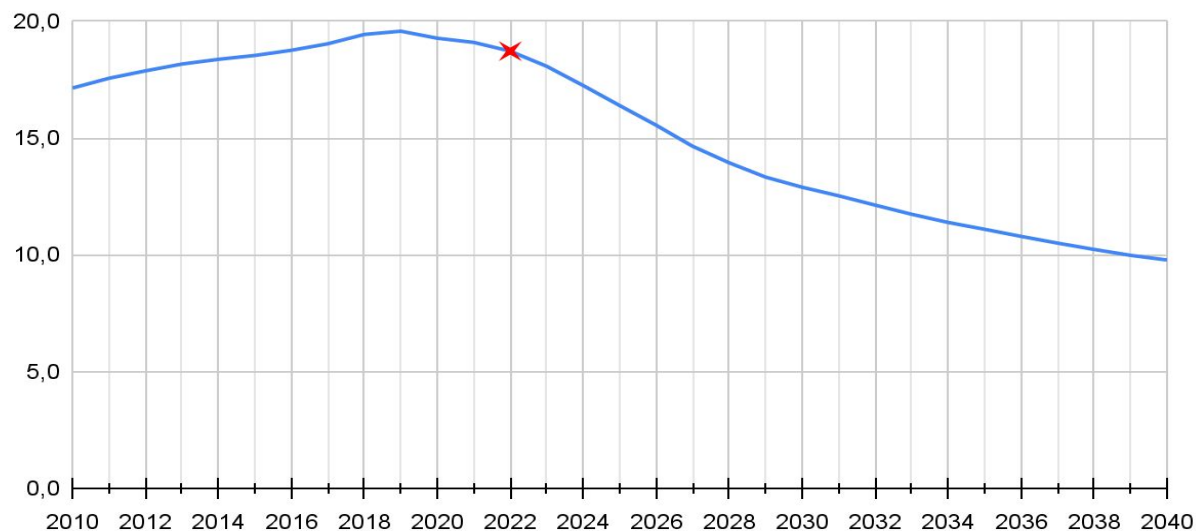
Halvparten så mange i yrkesaktiv alder per 80+ i 2040 vs 2019 løses ikke med penger alene.

Vi må se på nye måter å jobbe på

Vekst i befolkning 2022=100



Yrkesaktive per 80+



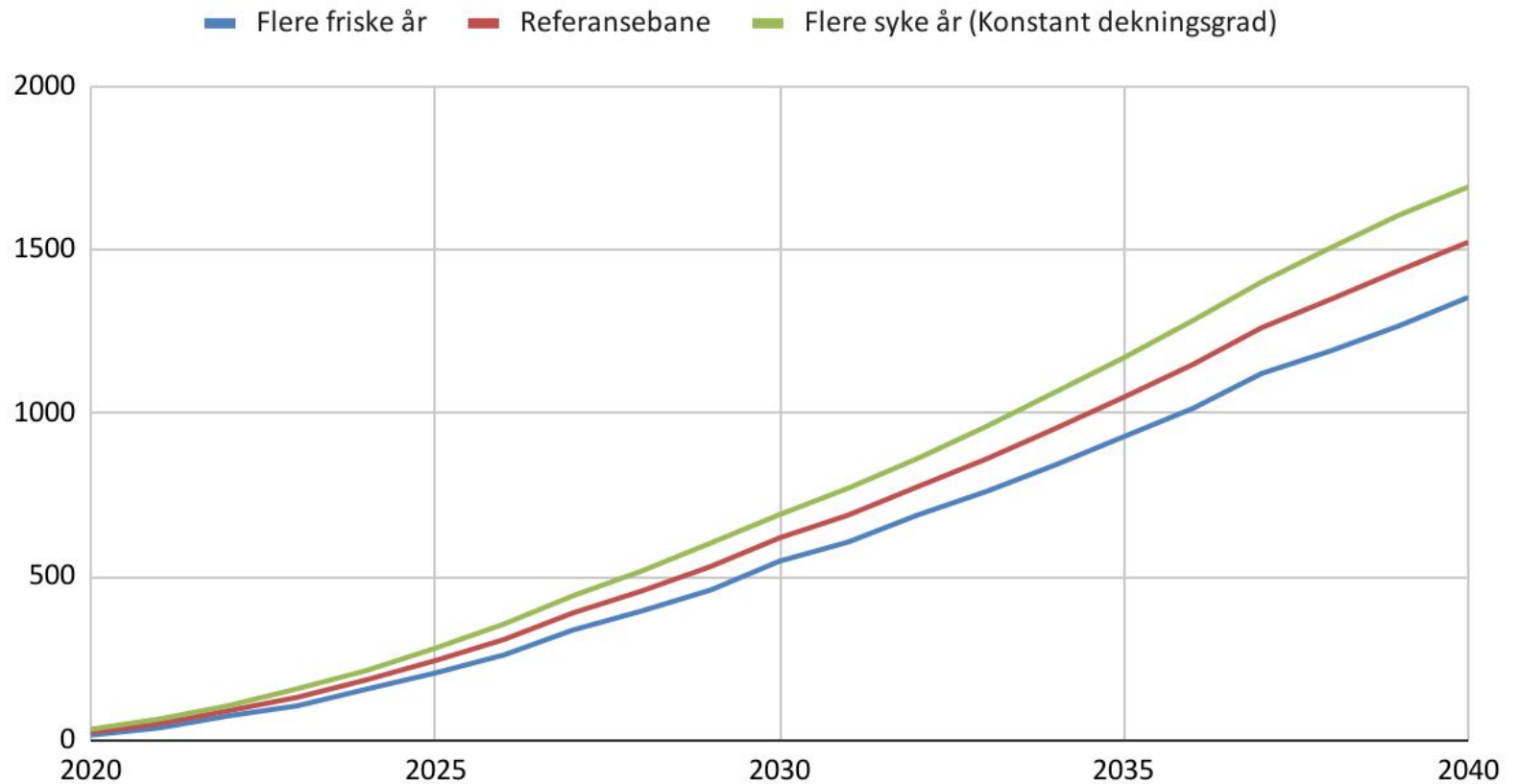
2) Helsetilstand

Forutsetning - økt levealder gir:

1. Like mange syke år, dvs. flere friske år (komprimert sykkelighet)
2. Flere syke år, dvs. like mange friske år (utvidet sykkelighet)
3. Både flere friske og flere syke år

Ulik forutsetning om økt levealder

Prognose vekst i heldøgns plasser



Ukjent parameter: Sivilstand:
Flere enslige vil flytte kurven oppover (økt behov)

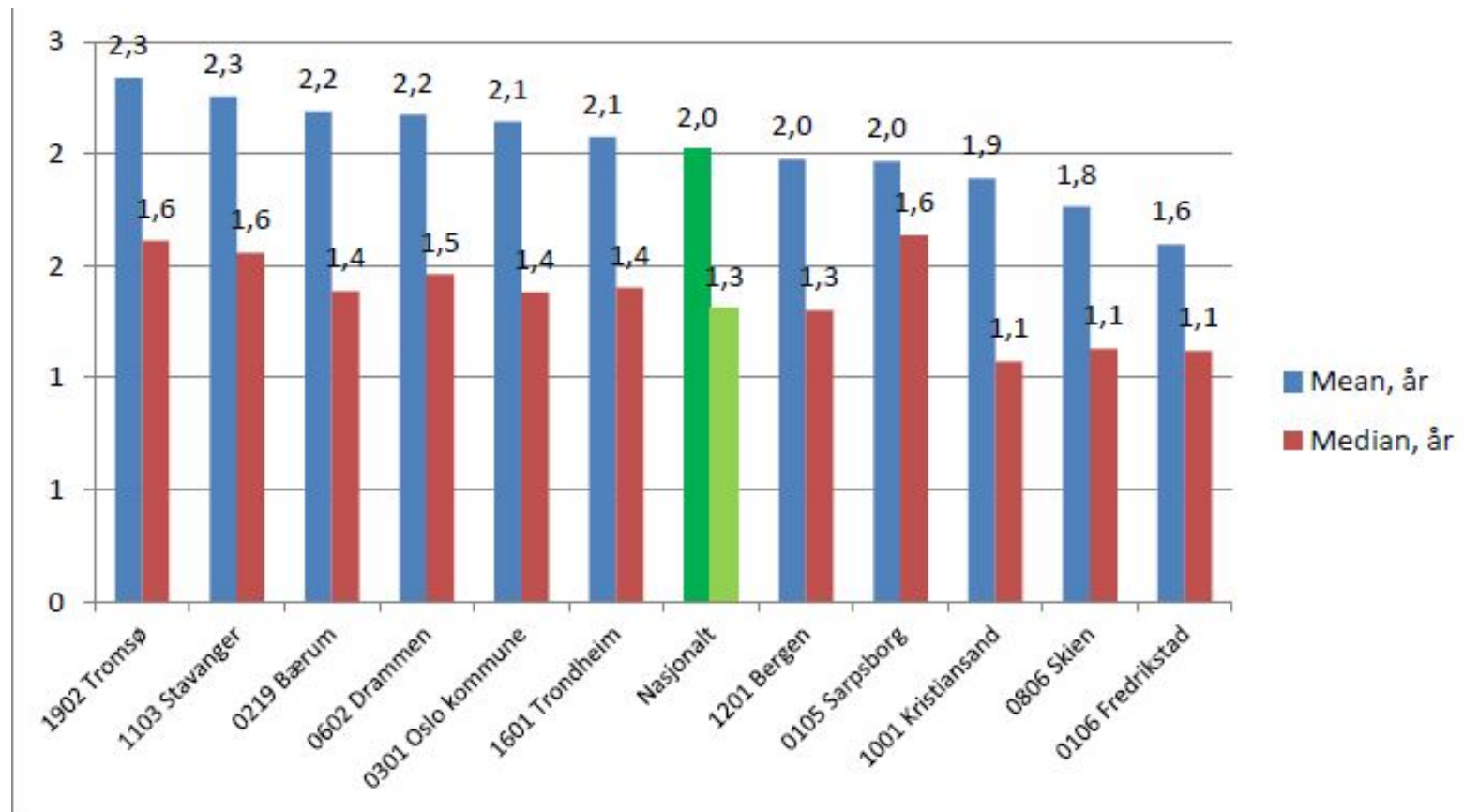
Bedre helsetilstand alene vil ikke "redde" oss

3) Dekningsgrad

Forutsetninger:

- Økt levealder gir både flere friske og flere syke år (referansebane)
- Hvor mange sykehjemsplasser kan vi klare oss med?

Liggetid sykehjem

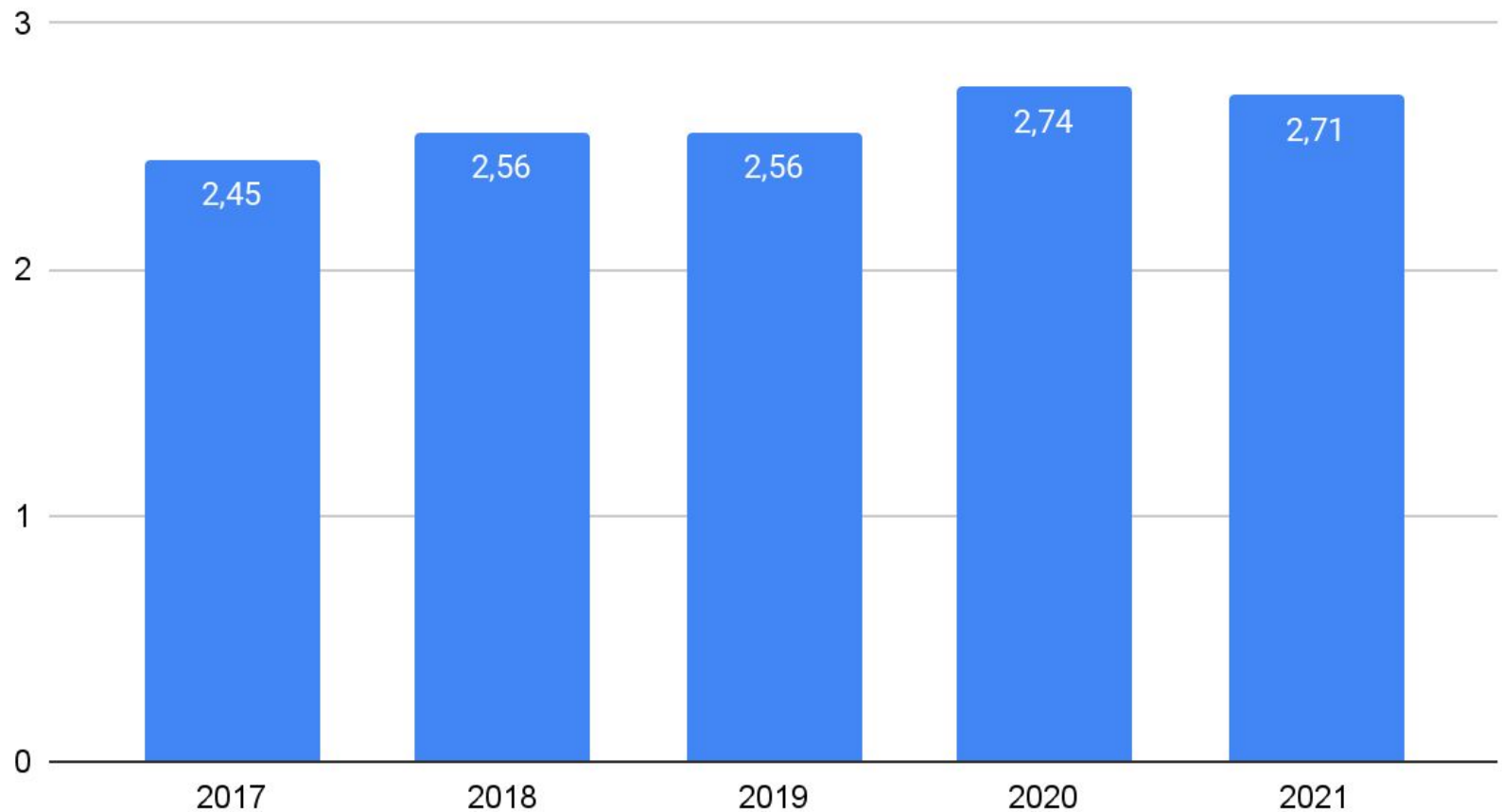


*Kilde: Analysenotat 02/17 SAMDATA kommune, data 2016

Økt Liggetid Langtidsplasser

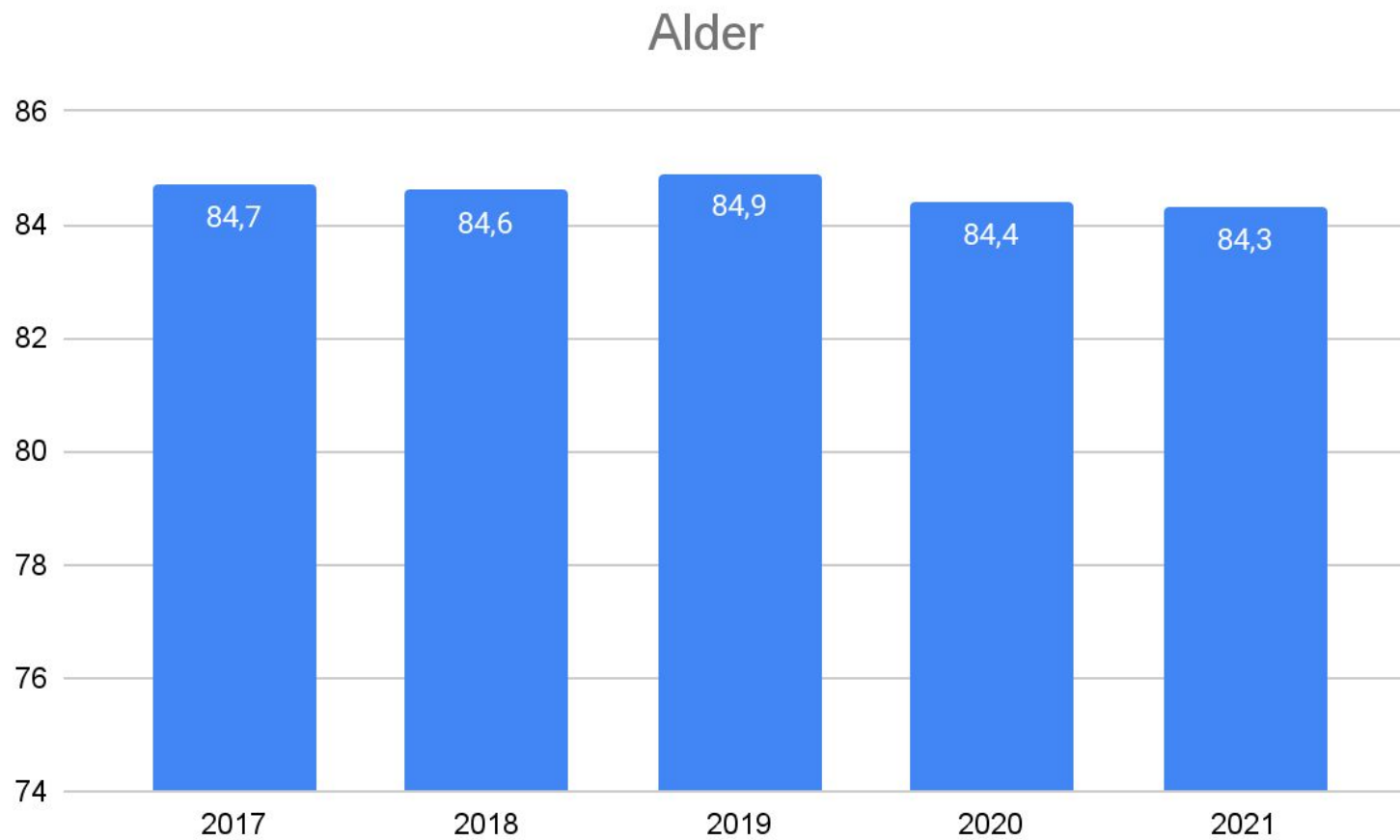
Økt 3 mnd fra 2017

Liggetid langtidsopphold

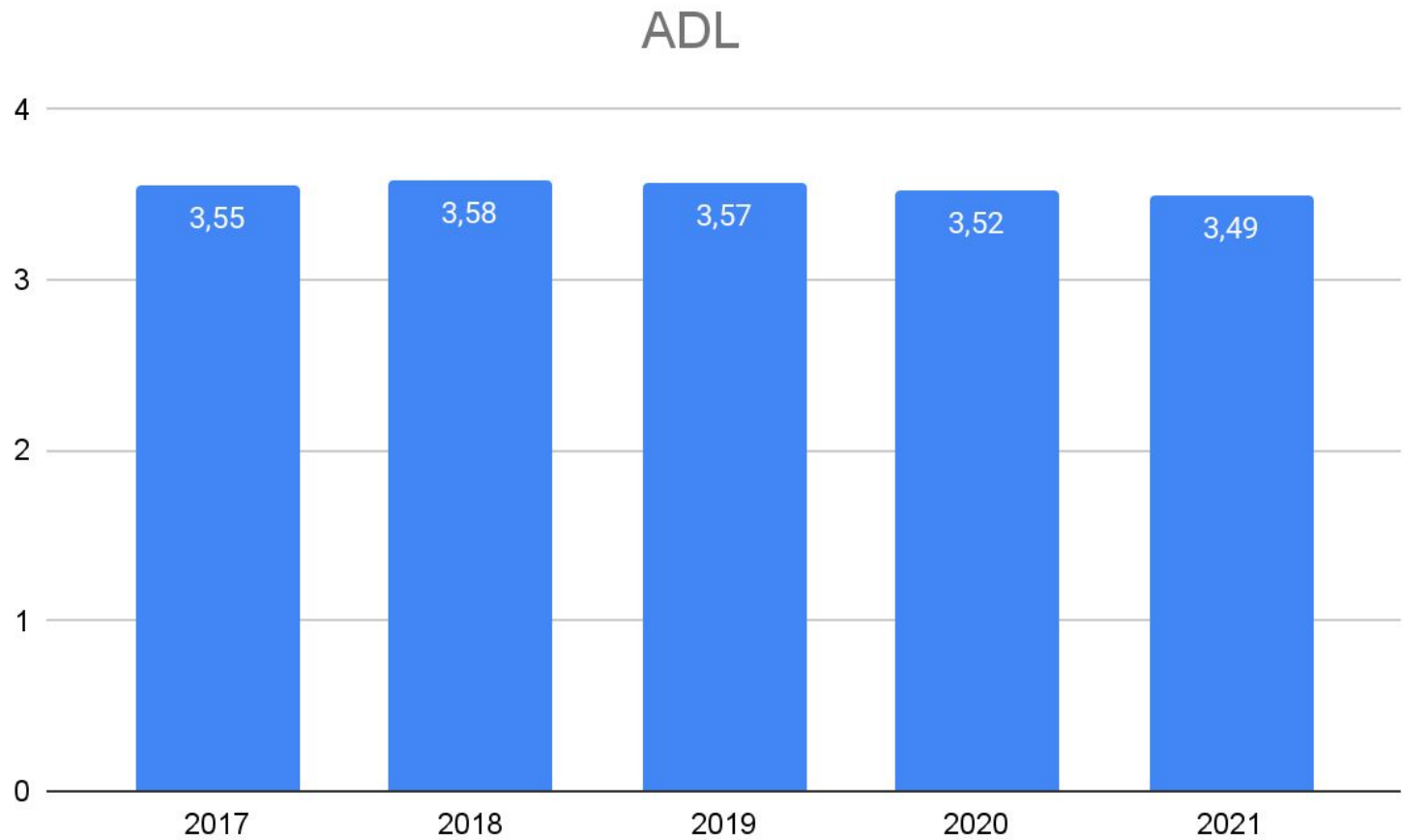


Alder LO

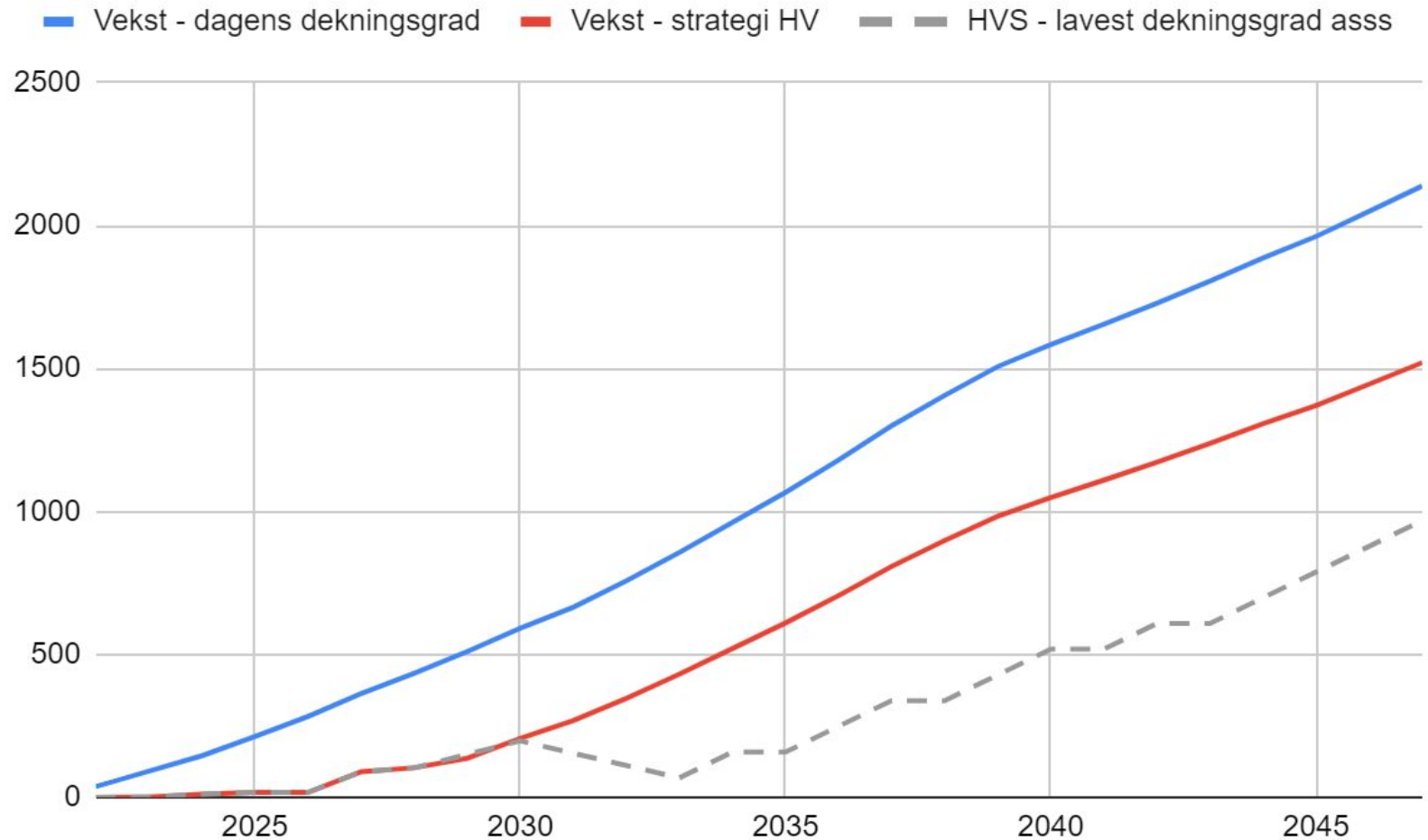
Redusert alder



ADL Langtidsplasser



Strategisk valg



Liggetid må reduseres

Den store ukjente - pårørende

1. Vekst dagens dekningsgrad
2. Vekst ny strategi

Forskjell på 1 og 2:
- 400 mill. i sparte årlige driftskostnader fom 2030
- Økende til 700 mill.

Oppsummert

- Handlingsrommet er frem mot 2030
- Tiltakende rekrutteringsutfordringer
- Bedret helsetilstand blant eldre vil ikke “redde” oss
- Den store ukjente - pårørende
- Ingen “naturlov” at eldre på sykehjem blir skrøpeligere
- Dekningsgrad er handlingsparameteren

KS modell

KS har utviklet en prognosemodell for alle norske kommuner:

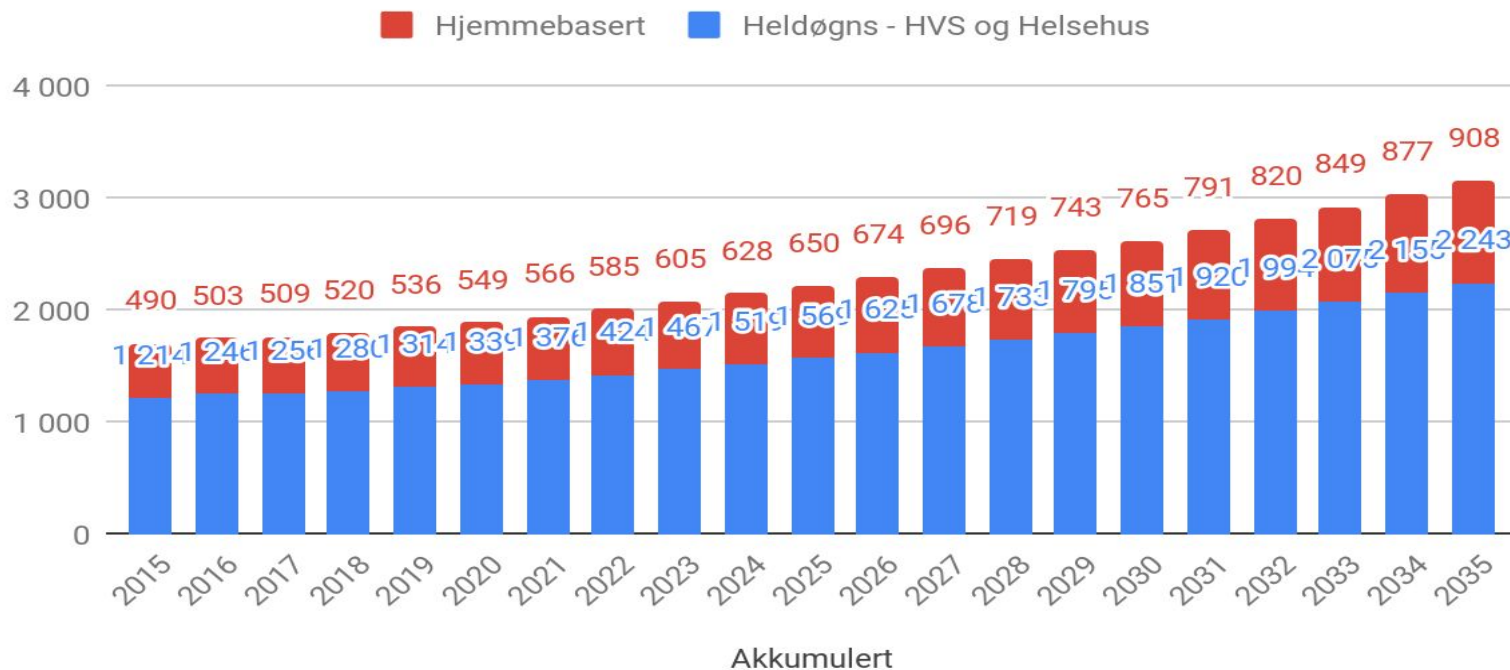
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/nytt-verktoy-for-bedre-planlegging-av-sykehjem-og-omsorgsplasser/>

4) Enhetskostnader



Framskriving av dagens praksis - Eldre

HVS og Helsehus og Hjemmebasert



Vekst 2016-2021: + 240 mill.

Prognose 2025: + 280 mill.

Prognose 2035: + 1,2 mrd.

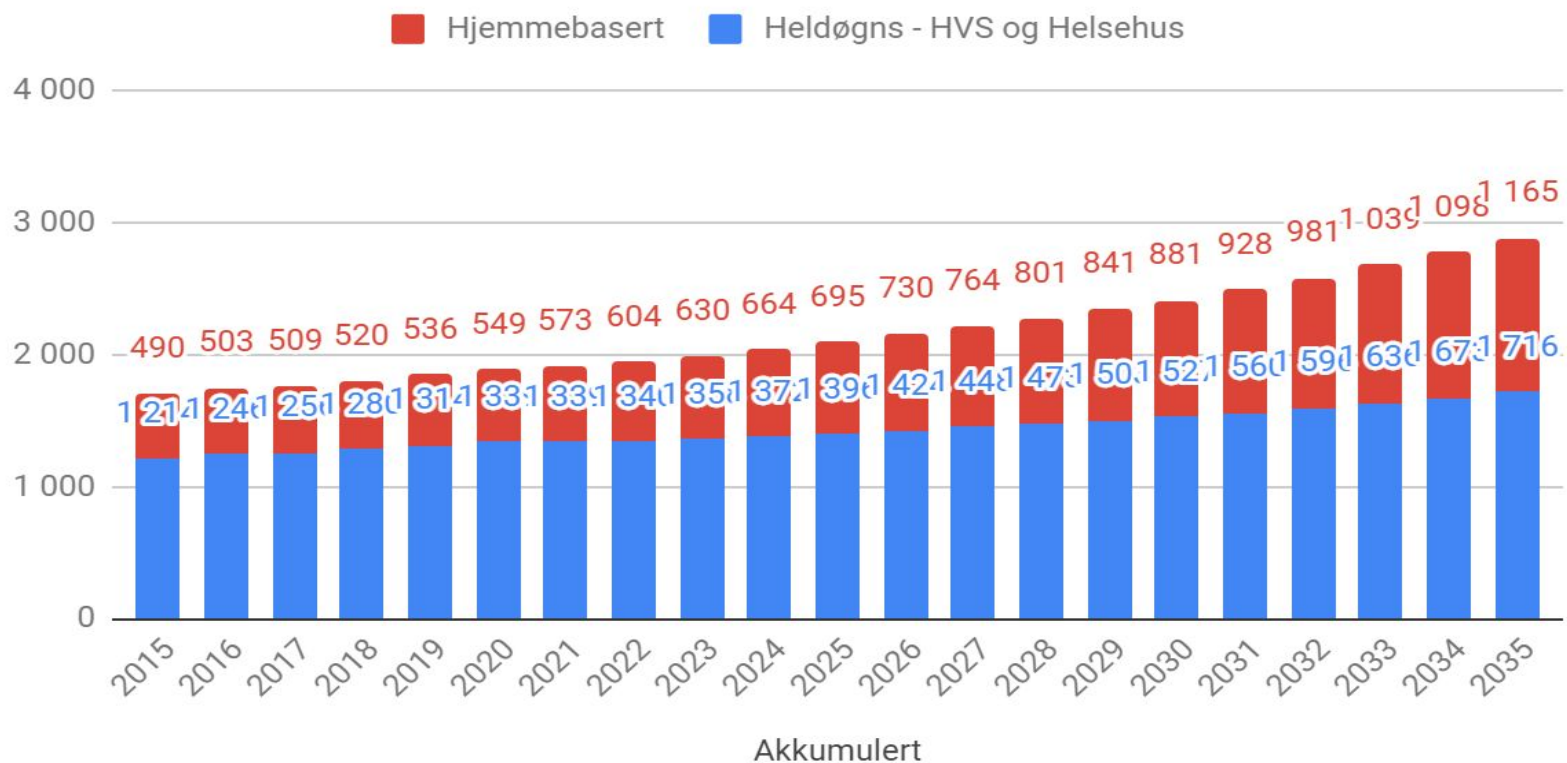


Bærekraftig eldreomsorg - økonomiske konsekvenser

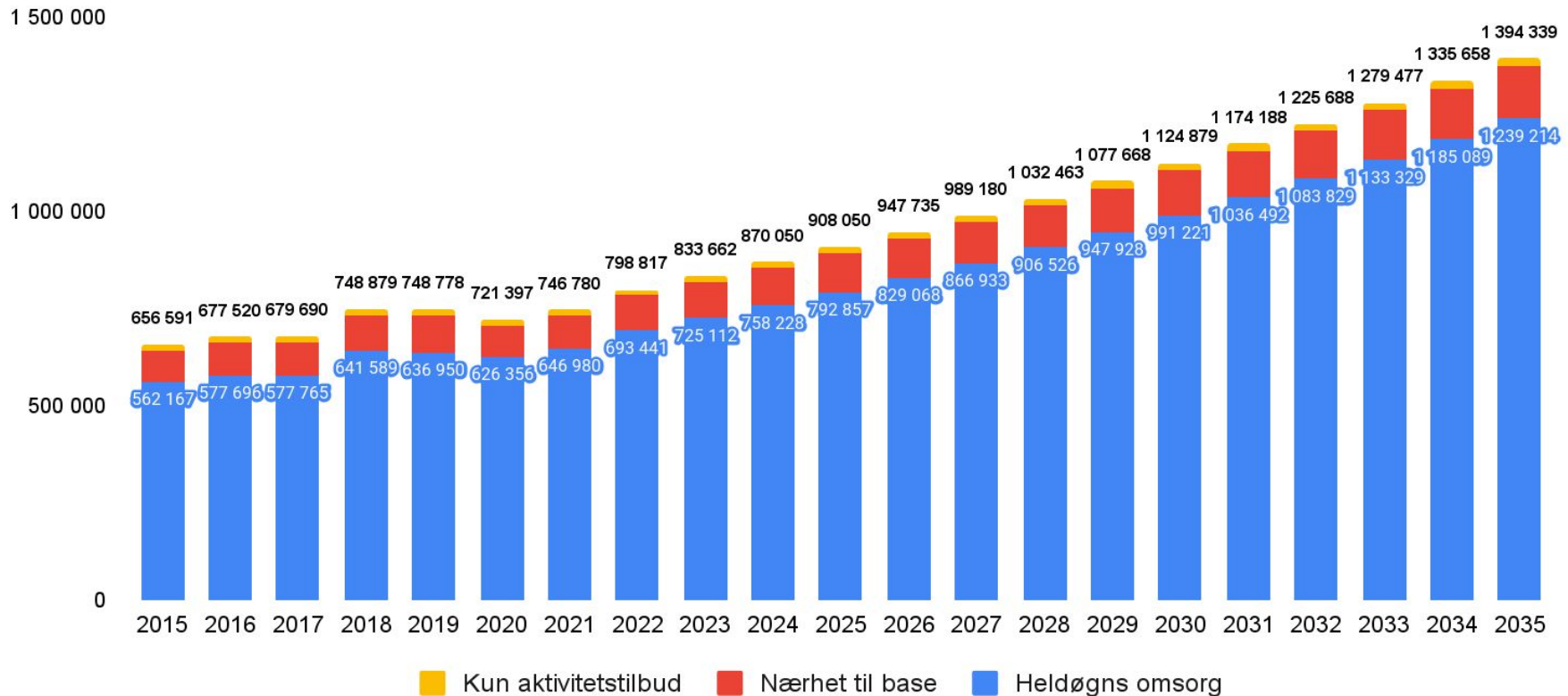
Øke ambulante tjenester

250 mill. lavere årlige utgifter i 2035

HVS og Helsehus og Hjemmebasert



Framskriving av dagens praksis - BOA



Vekst 2016-2021: + 90 mill.

Prognose 2025: + 160 mill.

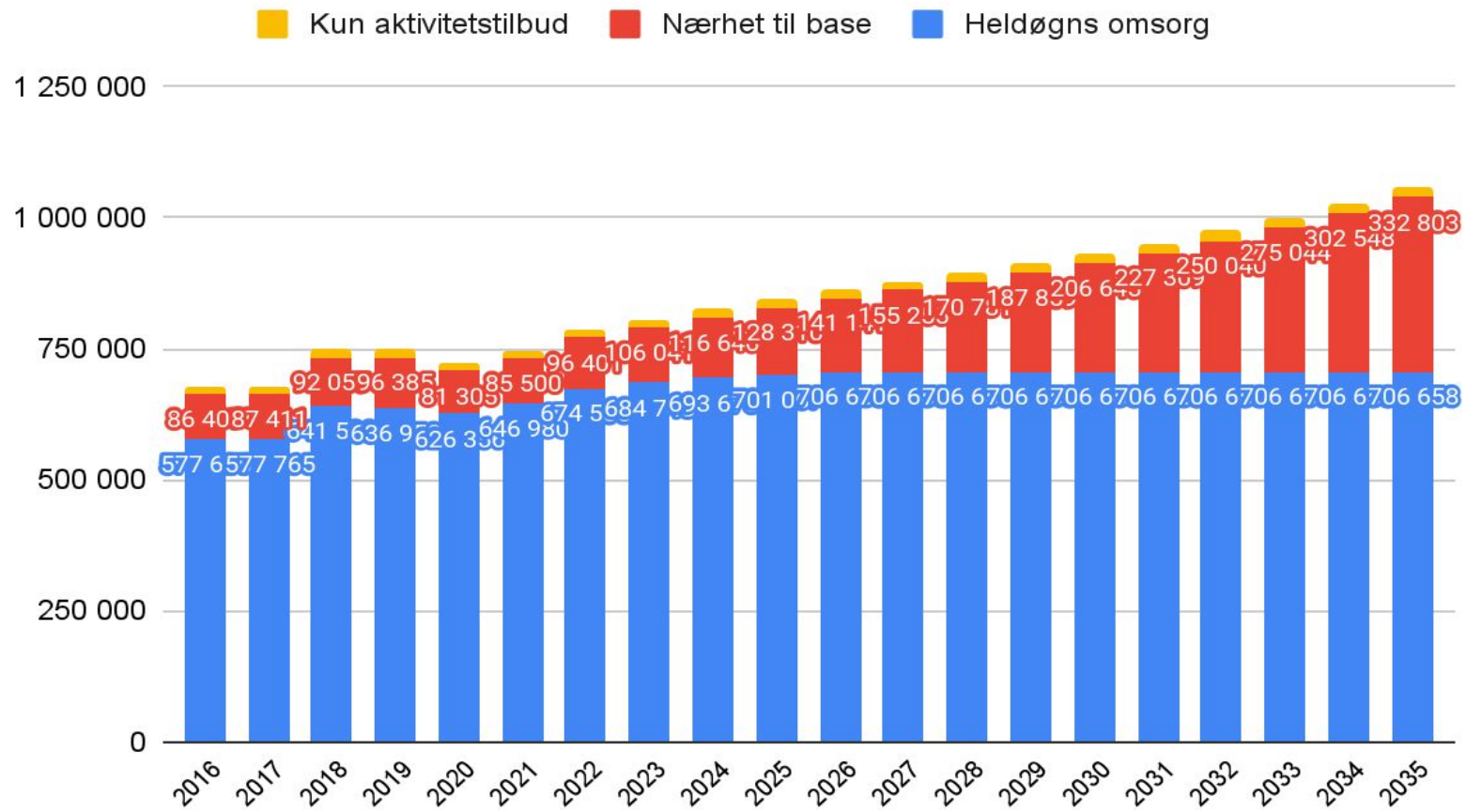
Prognose 2035: + 650 mill.



Bærekraftig BOA - Økonomiske konsekvenser

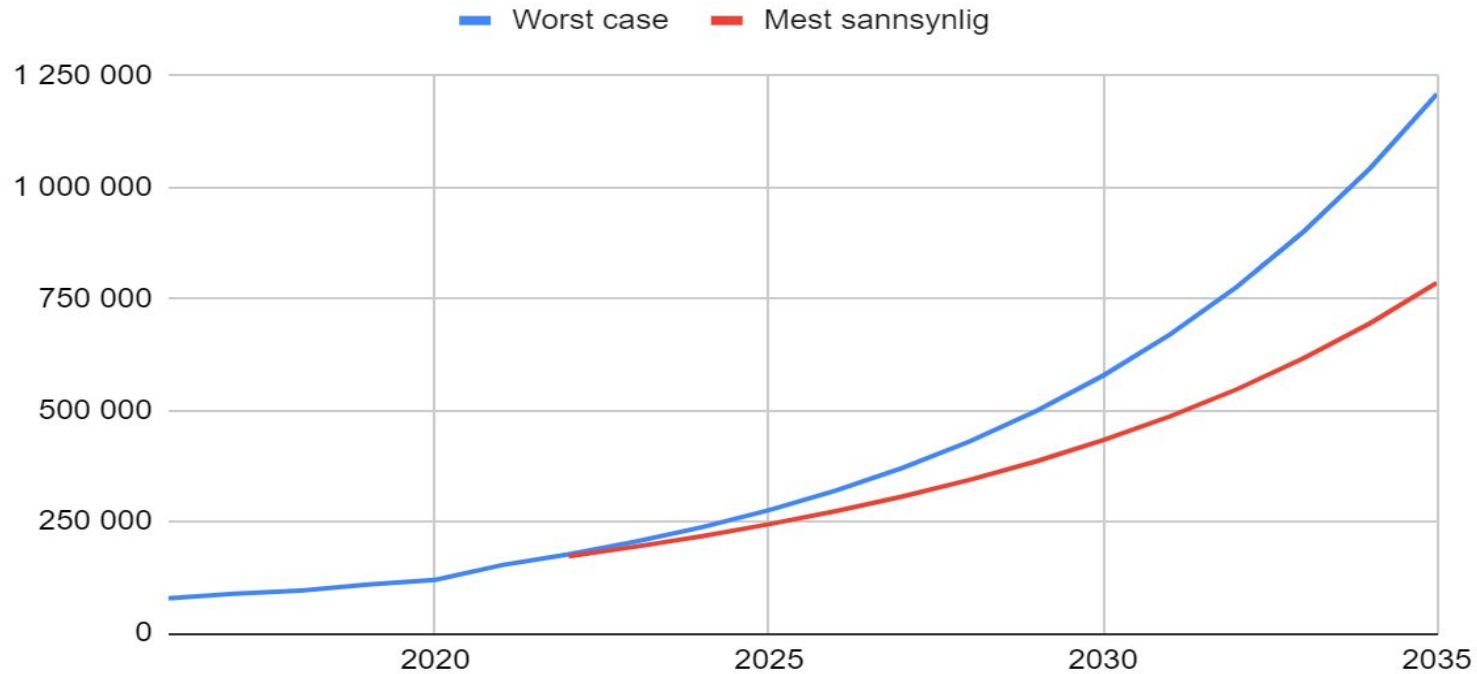
Øke ambulante tjenester

335 mill. lavere årlige utgifter i 2035



Framskrivning av dagens praksis - BPA

Utvikling i BPA



Mest sannsynlig:

- Vekst 2016-2021: + 83 mill. (120%)
- Prognose 2025: + 90 mill.
- Prognose 2035: + 600 mill.



Løpende styring

- Driver vi effektivt?



Ulike finansieringsmodeller

1. Rammefinansiering (historiske budsjetter)
2. Kostnadskompensasjon
3. Aktivitetsbasert finansiering



Rammefinansiering

- **Fordeler:**
 - Kontroll med de samlede utgiftene
 - Ingen incentiver til "overprodusere" helsetjenester
 - Små administrative kostnader
- **Ulemper:**
 - Ingen incentiver til å øke kapasitet – Ventelister
 - Nye grupper og nye pasienter vil kunne få manglende tilbud

Kostnadskompensasjon

- Fordeler:
 - Høy aktivitet
 - Liten finansiell risiko for tjenesteleverandør
- Ulemper:
 - Kostnadsvekst som følge av høy aktivitet
 - Ineffektivitet - små incentiver for kostnadskontroll

Aktivitetsbasert finansiering

- Fordeler
 - Økt aktivitet
 - Økt produktivitet
- Ulemper
 - Kostnadsvekst
 - Seleksjon av pasienter
 - Oppkoding
 - Administrasjonskostnader

Aktivitetsbasert finansiering

Trondheim

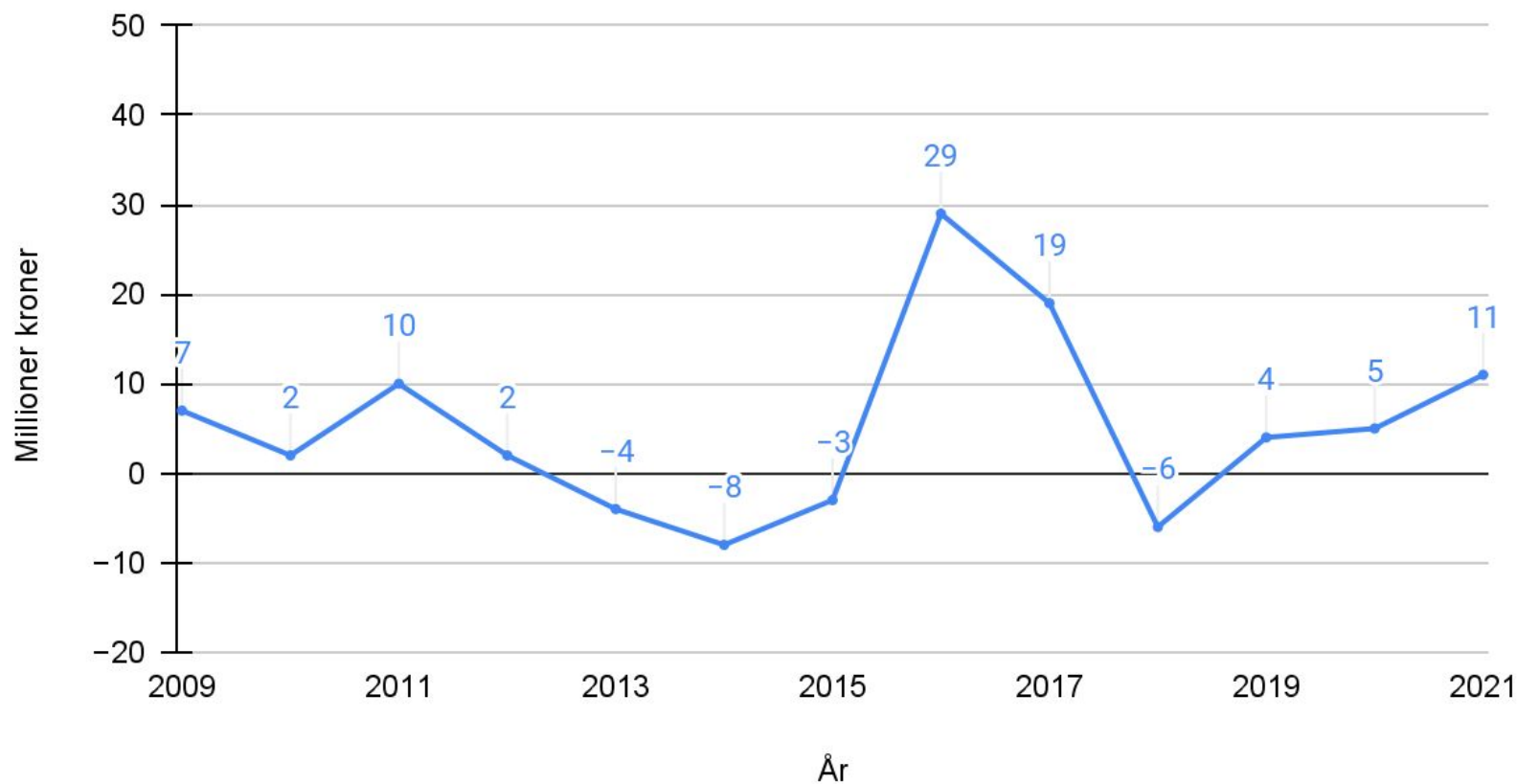
- Hjemmetjenesten
- Tjenester til utviklingshemmede
- Sykehjem
- Barne og familietjenesten



Økonomistyring hjemmetjenesten -

Store billedet - God økonomistyring siden "finanskrisen"

Årsresultat



Ledende prinsipper i Trondheim

- Modellene skal være rettferdig
 - Viktig med transparens, du skal kjenne ditt eget budsjett, men også vite hvorfor “naboen” har fått så mye som hun har.
- Modellene skal gi incentiver til god økonomistyring
- Tydelig ansvar
- Minst mulig byråkrati
 - Dvs. i størst mulig grad benytte allerede tilgjengelig informasjon

Tydelig ansvar

- **Aktivitetsavvik** er kommunedirektørens og politikernes ansvar
- **Effektivitetsavvik** er enhetsleders ansvar



1. Prinsipper for budsjettfordeling Helse- og omsorgstjenester



Helse- og omsorgstjenester



Personer med psykisk utviklingshemming



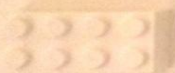
Personer med psykiske lidelser



Sykehjemspasienter



Hjemmeboende eldre



Personer med behov for rehabilitering



Andre

Hvordan få en enda bedre oversikt?



Mottakere sortert etter behov



Hvordan foreta denne sorteringen?

- IPLOS
 - Bygger på anerkjente internasjonale systemer
 - Fordeler: Allerede pålagt registrering
 - IPLOS har sine svakheter
 - Differensiering av de friskeste eldre
 - Andre målgrupper enn eldre



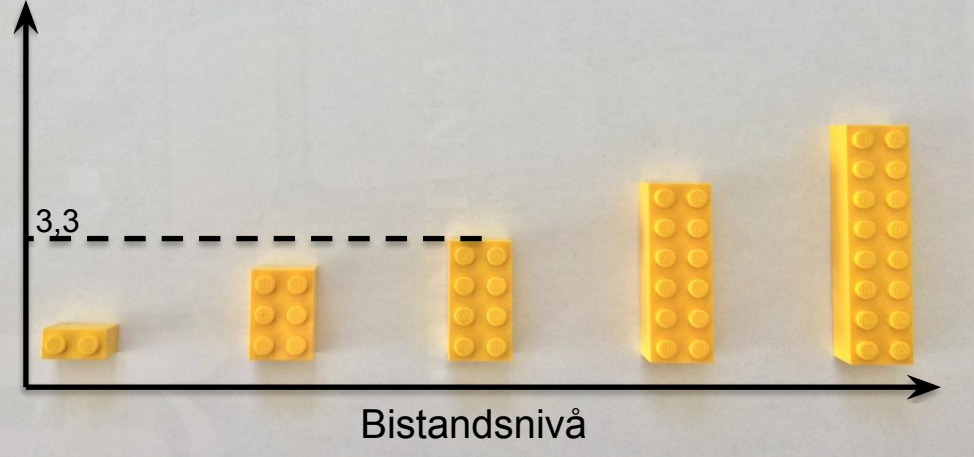
Sammenheng mellom bistandsbehov og ressursbruk hjemmeboende

(Health and Social Care in the Community (2015))

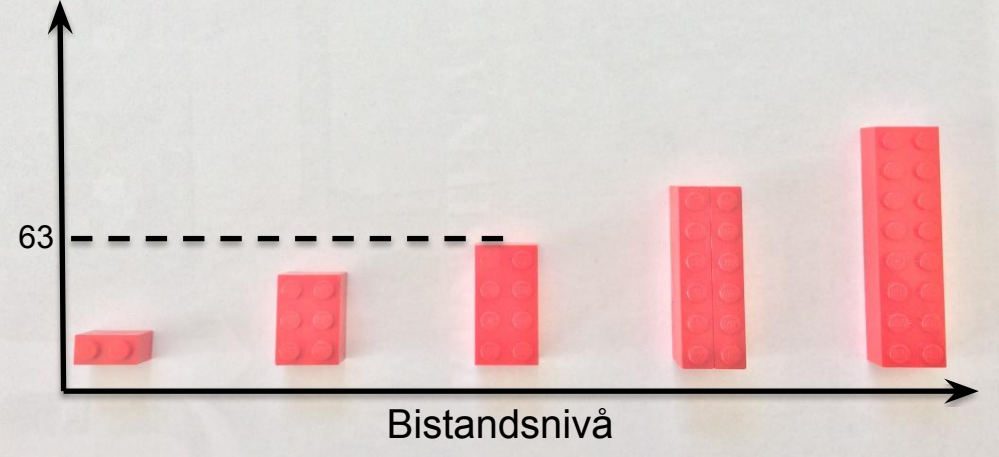
Hjemmeboende eldre

Personer med psykisk utviklingshemming

Timer hjelp per uke



Timer hjelp per uke



Bistandsbehov IPLOS - To dimensjoner

<i>Variable</i>	<i>Klassifisering</i>	<i>Eldre</i>
Spise	ADL	
På-/avkløding	ADL	
Personlig hygiene	ADL	
Toalett	ADL	
Bevege seg innendørs	Mobilitet	Fysisk funksjon
Bevege seg utendørs	Mobilitet	snivå
Lage mat	IADL	
Alminnelig husarbeid	IADL	
Skaffe seg varer og tjenester	IADL	
Ivareta egen helse	Kognitiv funksjonssvikt	
Kommunikasjon	Kognitiv funksjonssvikt	
Sosial deltakelse	Kognitiv funksjonssvikt	Kognitivt funksjon
Beslutninger i dagliglivet	Kognitiv funksjonssvikt	s-nivå
Hukommelse	Kognitiv funksjonssvikt	
Styre adferd	Kognitiv funksjonssvikt	
Styre egen økonomi	Kognitiv funksjonssvikt	

Hjemmetjenesten – Norm inkl. indirekte tid

<u>Norm 2022</u>							
	1	1,5	2	2,5	3	4	
1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	
1,5	1,4	1,5	1,9	3,3	4,3	4,5	
2	2,4	3,2	3,7	4,7	6,6	6,8	
2,5	3,8	6,0	7,2	7,5	8,2	9,1	
3	7,4	9,9	12,1	13,5	17,2	17,8	
4	18,2	19,4	21,1	24,5	27,6	30,6	

- Påslag aleneboende 21%

Budsjett

- Timepris 450 (2022)
 - Årsverkskostnad
 - Driftskostnader
- **timer x timepris = Budsjett**
- I tillegg direktebudsjetteres leder, avdelingsleder og merkantil

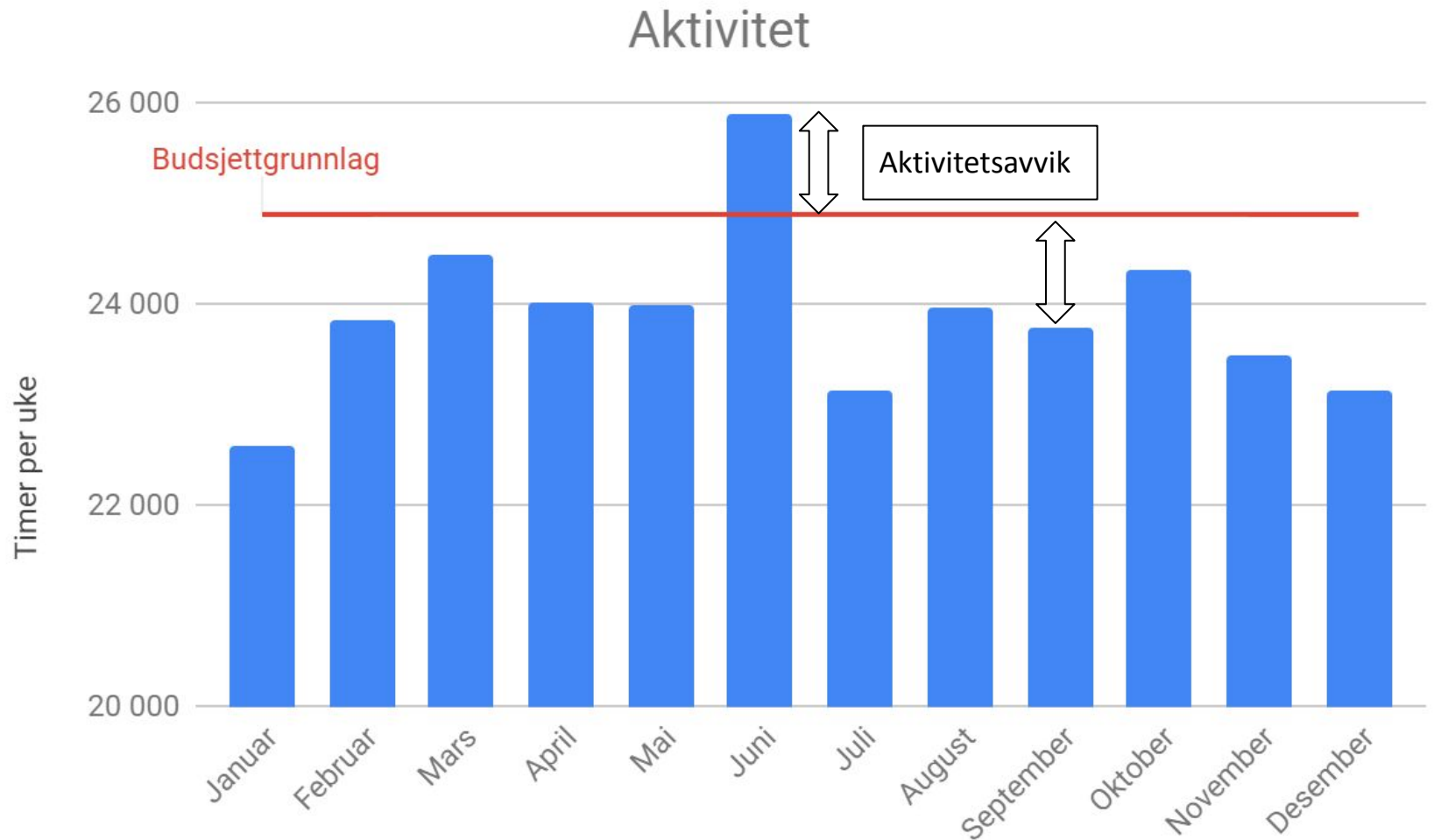
Årsverkskostnad

- årsverkstime
 - Regulativ lønn
 - Pensjon
 - Kvelds/helg og nattillegg
 - Ferievikar
 - Sykevikar (5% korttid)
 - Feriepenger
 - Arbeidsgiveravgift
 - Forsikringer

Budsjettendringer

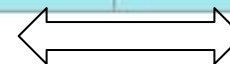
- Budsjettkorrigeringer foretas:
 - Månedlig for hjemmetjenesten og HVS
 - BOA kvartalsvis
 - Ved større og vedvarende aktivitetsendringer
- Forvaltningskontoret deler ikke ut budsjett
- Kommunedirektørens ansvar å sette av nok midler til aktivitetsvekst
 - Aktivitetsavvik direktørens ansvar
 - Effektivitetsavvik enhetsleders ansvar

Aktivitetsavvik / effektivitetsavvik gjennom året



Økonomistyring

Ansvar	Avvik 2020	Brukerendring	Årsresultat 2020
Sone 1	-3 576	3 739	163
Sone 2	-484	-2 541	-3 025
Sone 3	2 077	2 237	4 314
Sone 4	696	-753	-57
Sone 5	45	37	82
Sone 6	-4 443	2 166	-2 277
Sone 7	-2 521	4 729	2 208
Sone 8	-2 030	2 529	499
Sone 9	-868	613	-255
Sone 10	598	395	993
Sone 11	1 862	-925	937
Sum total	-8 643	12 226	3 583

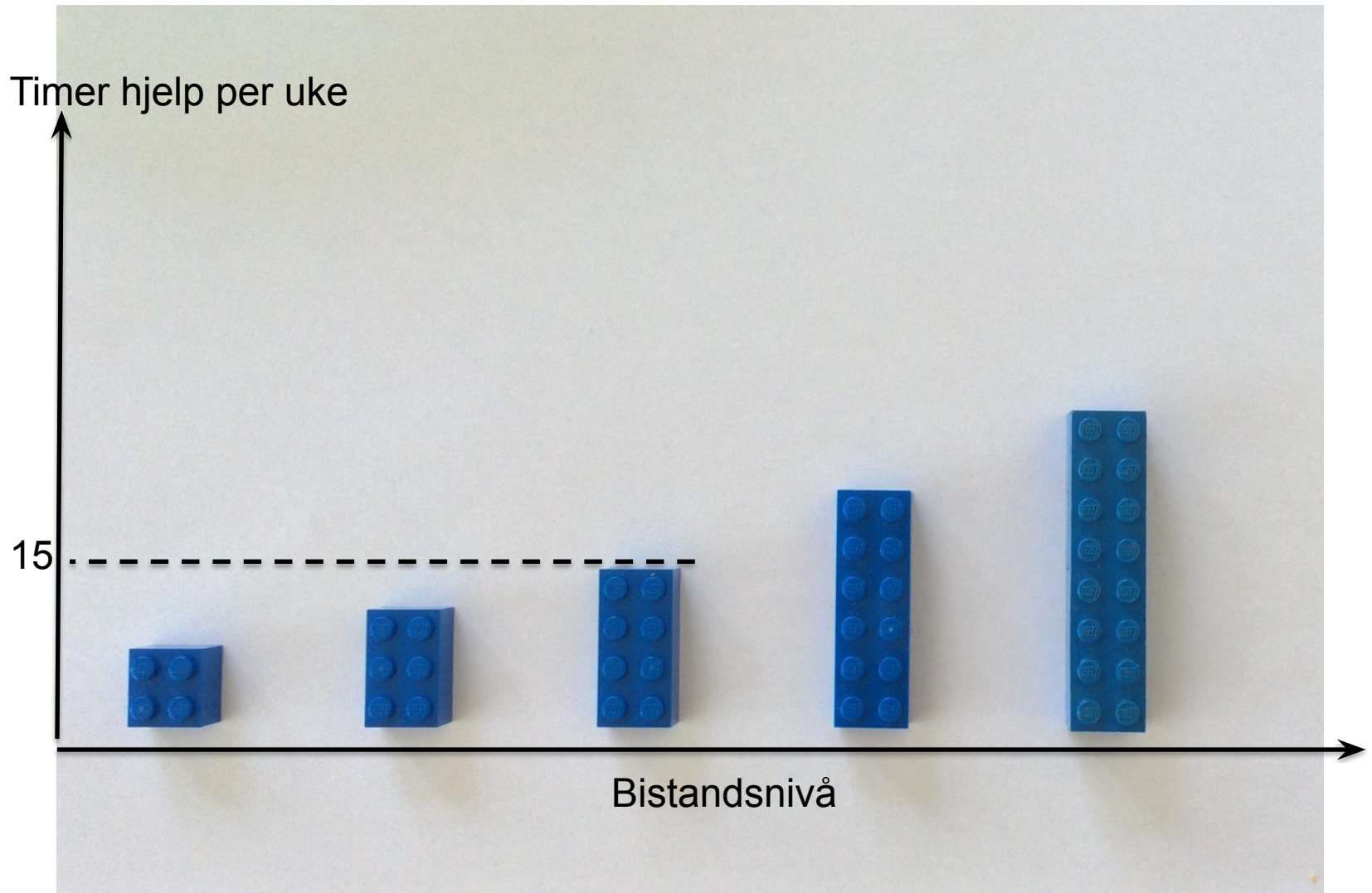


Effektivitetsavvik

Forutsetninger for å lykkes

- Tillit
 - Jeg får min rettferdige andel av budsjettet
 - Ingen “jukser”
 - Transparens
- Kontroll
 - Vi må ha kontrollmekanismer for å opprettholde tillit
 - Esikt er vår “revisjon”

Sammenheng mellom bistandsbehov og ressursbruk på sykehjem



Budsjettmodell sykehjem:

- Uavhengig av funksjonsnivå:
 - Grunnressurs
 - Avdelingsressurs 1 årsverk per avdeling
 - Servicevert 0,045 åv per plass
 - 0,28 årsverk per plass (0,54 korttid)
 - Natt – 0,1 årsverk per pasient
 - Styrer 1 åv per enhet
 - Merkantil 2% per tildelt årsverk
 - Energi og renhold
 - Andre driftskostnader per pasient
 - Medisiner per pasient

Ressurs avhengig av funksjonsnivå

Ca. 45% av pleierressursen

		Kognitiv svikt			
		1-1,99	2-2,99	3-3,99	4-5
Fysisk svikt	1-1,99	0,0	1,6	1,6	4,6
	2-2,99	4,2	4,2	5,0	6,9
	3-3,99	8,6	8,6	8,6	9,4
	4-5	13,0	13,0	13,0	14,2

Årsverk per sykehjemsbeboer

- De friskeste: 0,32 årsverk
- De skrøpeligste: 0,72 årsverk (0,32+0,40)
- Gjennomsnitt: ca. 0,55
- I tillegg: avdelingsressurs og nattressurs

Satser HVS 2022

Lønn HVS	Dag	Natt	Styrer	Avdelingsleder	Merkantil	Aktivitør
Satser	758 tusen	850 tusen	1,1 mill	851 tusen	683 tusen	609 tusen

Revidering 2022

Etablert et nytt prosjekt som skal oppdatere modellen. Samarbeid med NTNU

- Politisk bestilling
- Administrative behov (gamle tall)
- Ønske fra enhetslederne

Korttidsplasser

Bemanningsnormer for ulike pasientkategorier

	Medisinsk behandling og MRSA	Rehabilitering	Avlastning	FSE	KAD	Etterbehandling (palliasjon/hjerte /ortop.)
Grunnressurs pr pasient natt:	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Grunnressurs per avd.:	1	1	1	1		1
Grunnressurs pr. pasient:	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55
Tilleggsressurs:						
Lege	0,05	0,05	0,01	0,01	0,1	0,08
Sykepleier	0,15	0,05	0,05			
Fysioterapeut	0,05	0,1				
Ergoterapeut		0,1				
Logoped		0,025				
Aktivitør			0,05			
Fritt disponert	0,1	0,025	0,05	0,76	1,24	1,07
Sum tilleggsressurs	0,35	0,35	0,16	0,77	1,34	1,15
Sum per pasient	0,90	0,90	0,71	1,32	1,89	1,7

Felles for alle 3 modellene

- Basert på IPLOS bistandsnivå
- +
- Faktisk medgått brukertid



Generelt om alle 3 fordelingsmodellene

- ”MÅ” suppleres med annen styringsinformasjon. Vi har månedlige:
 - Prognoserapporter basert på regnskap
 - Rapporter basert på brukerregnskap
 - Rapporter for aktivitetsavvik/effektivitetsavvik
 - Aktivitetsavvik rådmannens ansvar
 - Effektivitetsavvik er enhetens ansvar
 - Rapporter for direkte/indirekte tid
- Suppleres med annen styringsinformasjon
 - Sykefraværsrapporter, utvikling heltid-deltid etc.



3. Muligheter med Helseplattformen

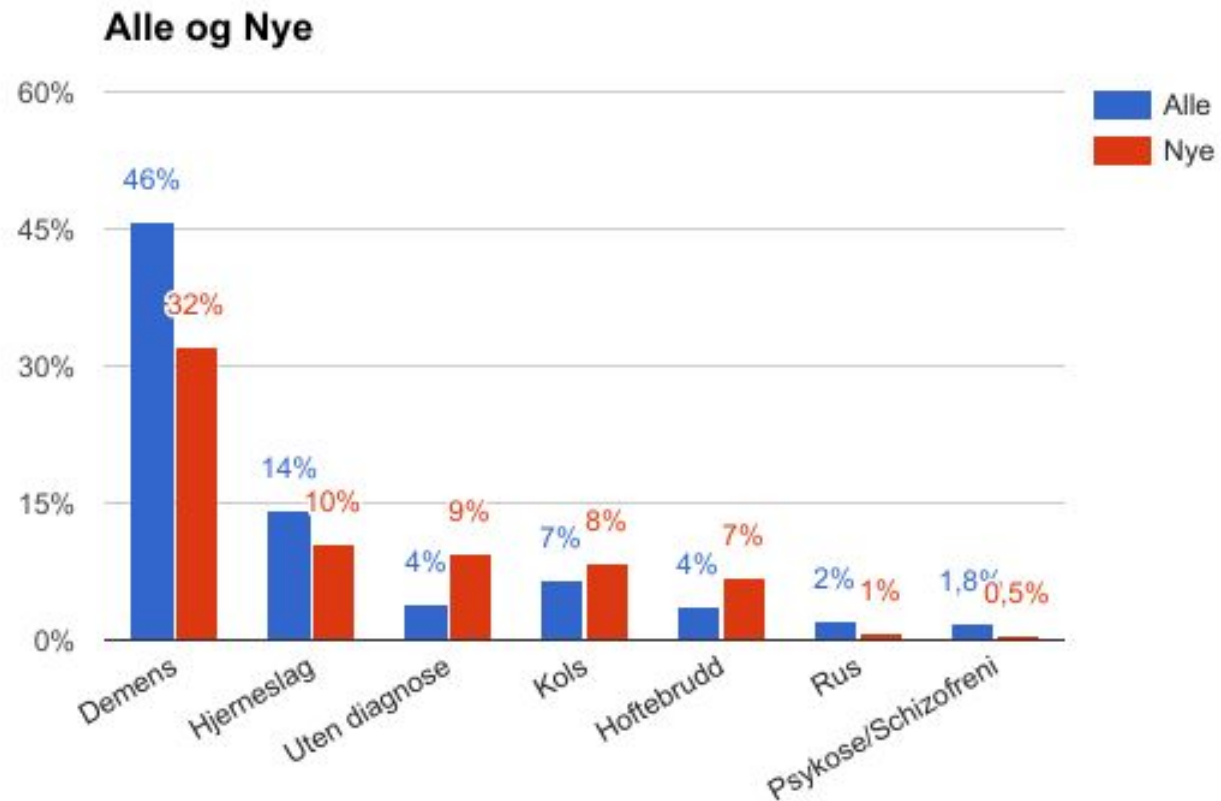
Eksempler

Økonomistyring i ukjent farvann

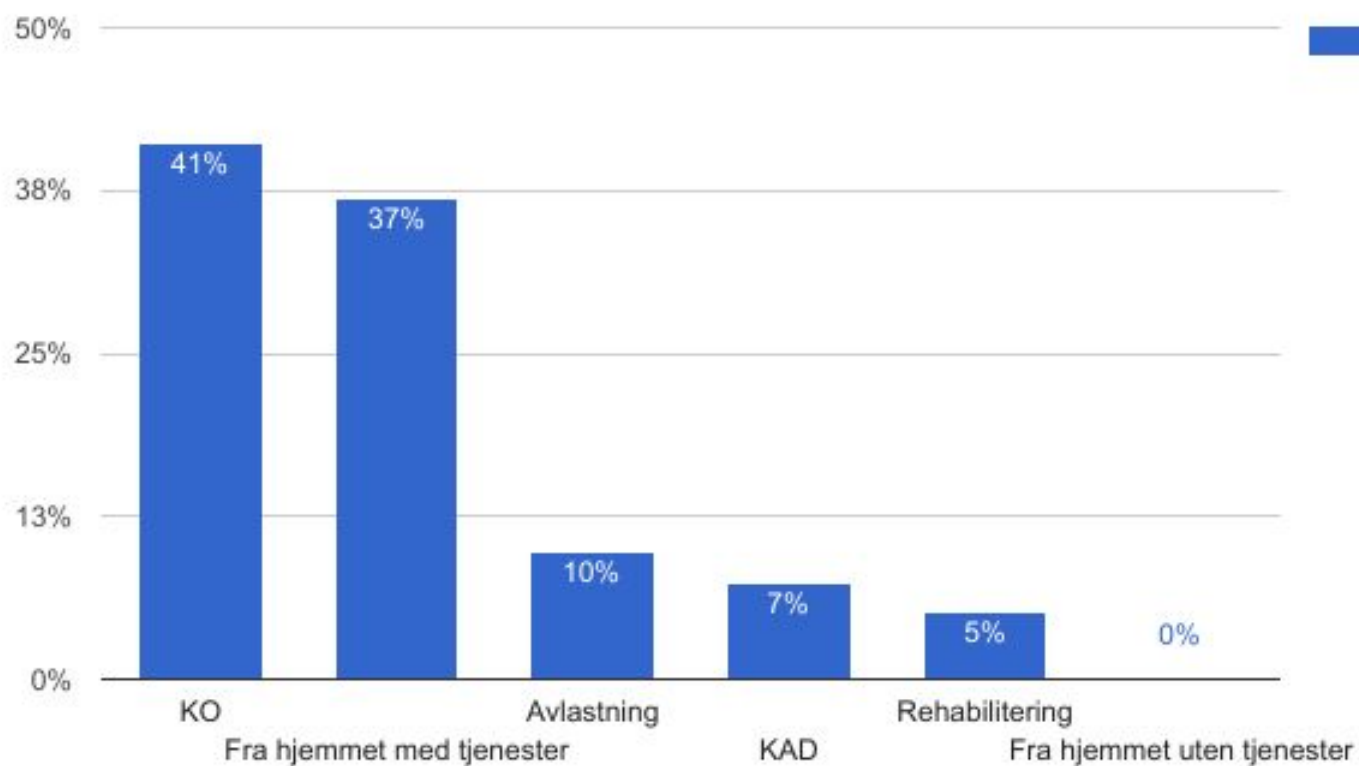
1. Hva ligger foran oss
2. Løpende økonomistyring
3. Muligheter med Helseplattformen
 - Løpende styring
 - Benchmarking innad i kommunen og mellom kommuner
 - Samhandlingsstatistikk
 - Gevinstrealisering
 - Langsiktig utvikling



Sykehjemspasienten

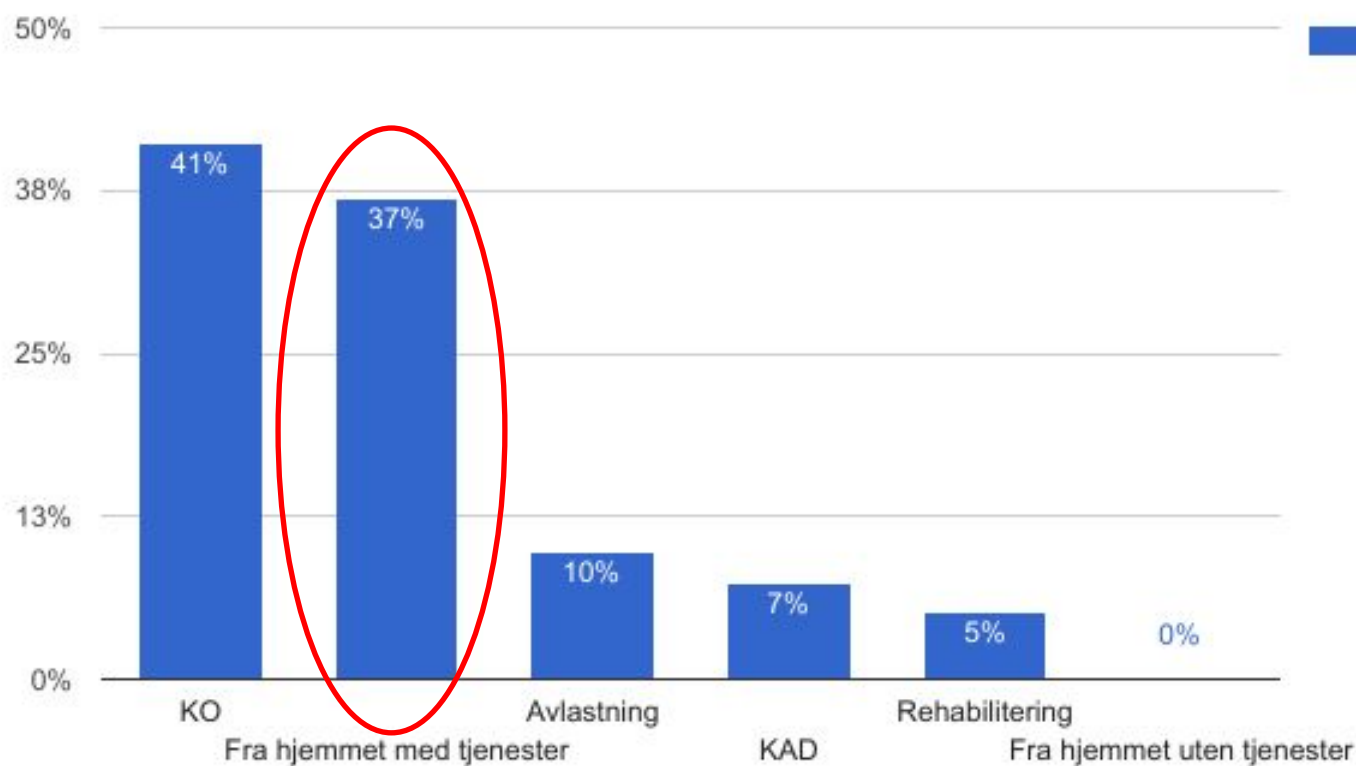


Nye sykehjemspasienter - hvor kommer de fra?



Nye Lo

Hva kjennetegner de som kommer direkte fra hjemmet?



Nye Lo

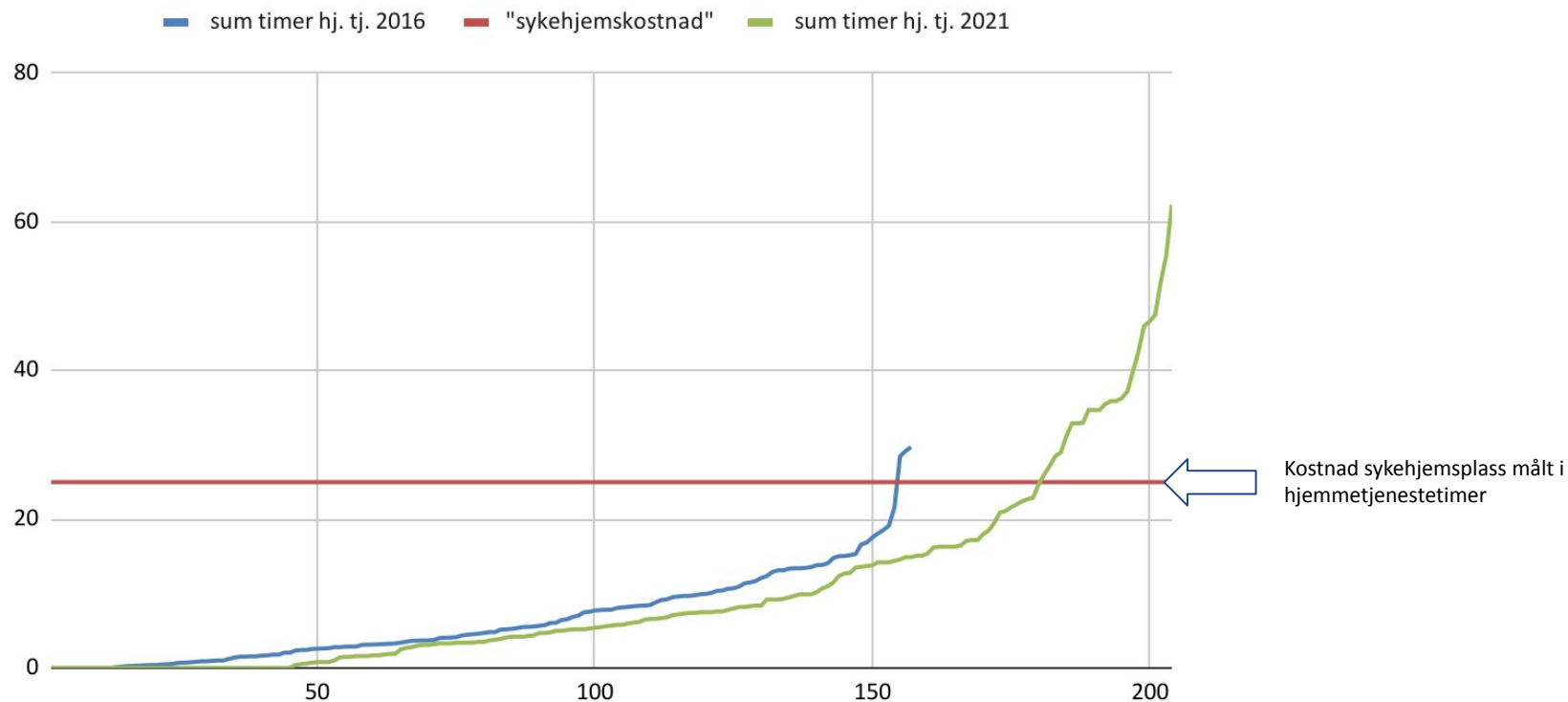
Ressursbruk måneden før innleggelse LO

Antall timer i hjemmetjenesten måned før sykehjem

ca. 450-500 nye brukere per år på sykehjem

ca. 150-200 kommer direkte fra hjemmet

2020: $\frac{3}{4}$ < 15 timer



Executive dashboard

[Executive](#)



Økonomistyring i ukjent farvann

1. Hva ligger foran oss
2. Løpende økonomistyring
3. Muligheter med Helseplattformen
 - Løpende styring
 - Benchmarking innad i kommunen og mellom kommuner
 - Samhandlingsstatistikk
 - **Gevinstrealisering**
 - **Langsiktig utvikling**



Systematisk prosess med involvering av ansatte, ledere og fageksperter



Utarbeidelse og fastsettelse av gevinstmål

Alle tjenesteområdene ga innspill på og deltok i å utforme mulige gevinstmål som var relevant å oppnå i hht funksjonalitet.

Gevinstworkshops

Alle tjenesteområdene deltok på to gevinstworkshops; én om tidstyver og én om ambisjonsnivå.

Bystyresak Desember

2017

2019

2020

2021

Januar - Mai

Juni-September

Kartlegging av arbeidsprosesser

Det ble gjennomført en kartlegging av over 70 arbeidsprosesser som omfatter alle tjenesteområder. Flere av arbeidsprosessene ble forankret med andre kommuner.

Prioriterte gevinst- og delmål

Alle tjenesteområdene prioriterte de viktigste gevinstmålene og delmål for sitt område.

Utforme ambisjonsnivå og beregne gevinster

Det ble gjennomført oppfølgingssamtaler med de største tjenesteområdene, og forslag på gevinstpotensiale knyttet til tidstyvene.



TRONDHEIM KOMMUNE

Gevinster er ønskede forbedringer og positiv effekt



Økt
brukervennlighet
for helsepersonell



Mer fornøyde
innbyggere og
pasienter



Bedre
samhandling
mellom spesialist
og kommune

Gevinster kan i hovedsak deles inn i 3 kategorier: effektivitet (tid), kvalitet og direkte økonomisk innsparing (kroner)



Ett felles journalsystem gir gevinster innenfor flere områder



Innbyggerinvolvering

HelsaMi skal gi pasienten lettere tilgang til egne helseopplysninger, økt mulighet til å registrere egne opplysninger og kommunisere med helsetjenestene



Logistikk

Standardisering, informasjonsdeling og enklere tilgang til helseopplysninger skal gi medarbeidere i kommunehelsetjenesten mer tid til pasientbehandling



Legemiddelhåndtering

Medarbeidere og pasienter skal oppleve økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet på legemiddelhåndtering gjennom samstemt liste i sanntid og beslutningstøtte i forskrivning



Digital hjemmeoppfølging

gjennom innbyggerportalen få oppfølging hjemme gjennom økt bruk av videokonsultasjon, informasjon og distribuert opplæring, egenregistrering og fjermonitorering



Brukervennlighet

Medarbeidere i kommunal helsetjeneste skal oppleve bedre kvalitet, beslutningsstøtte og enklere tilgang til helseopplysninger



Styringsinformasjon

Bedre tilpasset styringsinformasjon til tjenesteutvikling og prioritering av ressurser



Forskning

Økt forskningsaktivitet i primærhelsetjenesten og mulighet for sammenligning av data på tvers av kommuner til forskningsprosjekter



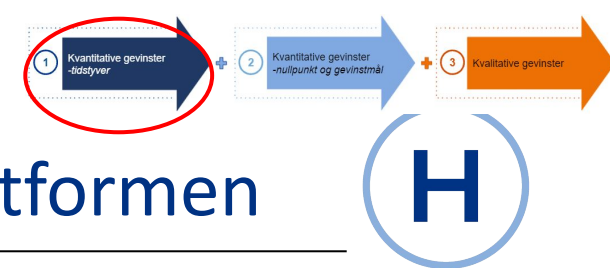
Samhandling

Økt kvalitet på samhandling i, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten



Eksempler:

Tidstyver som vil forsvinne med Helseplattformen



Overvåke E-link

Eksempel 1



Dobbeltføring av dokumentasjon

Eksempel 2

Nåsituasjon

- 1 person per vakt overvåke e-meldingssystemet jevnlig (min 3 ggr i døgnet)
- På kveld, helger og helligdager er det ansatt med 'uteoppdrag' som må gjøre dette
- Kjører tilbake og undersøker (ca 40 minutter per vakt)

Fremtidig situasjon

- Mha Helseplattformen vil ansatte kunne overvåke e-link på håndholdt enhet Rover
- Bare behov for å kjøre tilbake dersom meldingen krever aksjon

Gevinst-potensiale

Ca **12 MNOK**

for HVS, hjemmetjenesten og BOA



TRONDHEIM KOMMUNE

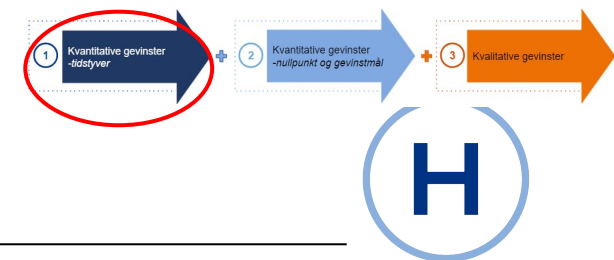
- Dobbeltføring av dokumentasjon flere steder
- Skriver på papir og skriver manuelt over på data i ettertid
- Særlig ifm nye brukere/oppdrag

Mha Helseplattformen vil ansatte kunne benytte seg av standardformuleringer som bare må justeres, skrive inn/registrere på håndholdte enheter og færre dobbeltføringer (estimerer en halvering av tiden)

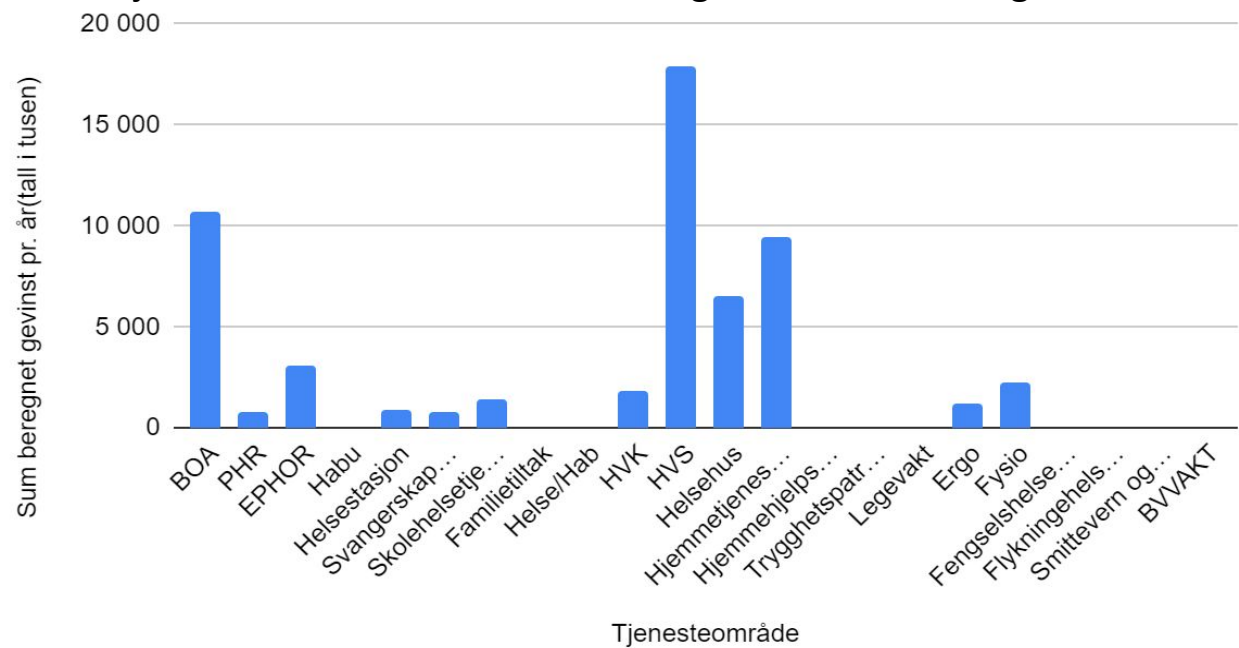
Ca **13 MNOK**

for HVS, helsehus, hjemmetjenesten og BOA

Helseplattformen vil bli en lønnsom investering for Trondheim kommune



- 12 av alle 22 tjenesteområder har jobbet med å utarbeide gevinstpotensiale for sine største tidstyver
- Gevinstpotensialet med utgangspunkt i dagens størrelse på tjenestetilbudet er beregnet til minimum 58 millioner kroner i året
- De langsiktige gevinstene kan bli minst 80 millioner kroner i året for Trondheim kommune. Det mer enn oppveier kommunens samlede årlige kostnader knyttet til Helseplattformen
- Det jobbes videre med estimatene og en kvalitetssikring av disse



80*
MNOK per år
(langsiktig)



Trondheim kommune investerer 65 millioner kroner i forberedelsesfasen



- **Modning**
 - Ledersamlinger og lederforankring
 - Enhetsvise fagdager for ansatte
 - Demonstrasjoner av løsningen
- **Forberedelse**
 - Superbrukeraktiviteter (før og etter oppstart)
 - Manuell overføring av informasjon til Helseplattformen
- **Opplæring og øving i systemet**
 - Superbrukere
 - Ansatte og ledere

ikke uttømmende



TRONDHEIM KOMMUNE

Omstillingskostnader ved innføring av Helseplattformen



Endrings- og omstillingskostnader

- En tredjedel av medarbeidere opplever ikke nødvendigvis teknologiomstilling som positivt (Sintef, 2017)
- Helsesektoren er mindre digital enn andre sektorer, og det kan bidra til at sektoren i større grad kan oppleve at ny teknologi gir økt arbeidsbelastning
- Store omstillinger fører til en dobling i sykefravær (Virtanen, 2005)
- Ca 30 prosent høyere sannsynlighet for å rapportere symptomer på lettere psykiske plager (Ingelsrud, 2014)

Dokumentasjonskostnader

- Noen tjenesteområder må dokumentere mer enn man gjør i dag (som igjen skal gi økt kvalitet på sikt)

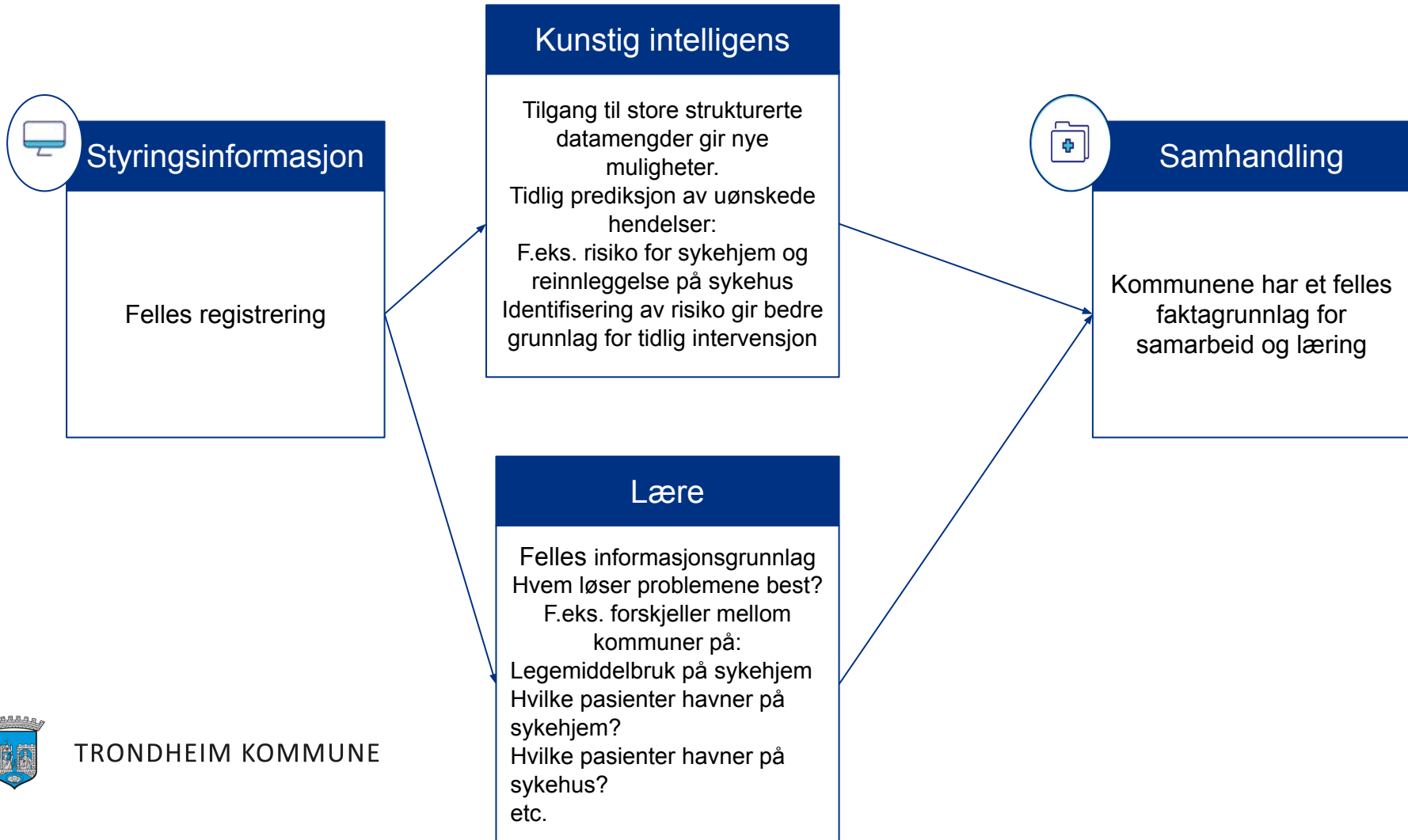
Ikke uttømmende



TRONDHEIM KOMMUNE

Gevinstpotensialet i driftsfasen 1-2 år etter opstart vurderes langt på vei å kunne veie opp for disse omstillingskostnadene

Økonomiske gevinster som ikke er beregnet



Helseplattformen

Eksempler:

- FoUI aktivitet
 - Felles data gjør kommunene mer egnet for forskning.
- Risikoprediksjon
 - Hvilke brukere har risiko for fremtidig uhelse
 -
- Bruk av AI
 - Pågående prosjekt: Er det mulig å predikere hvilke brukere/pasienter som har økt risiko for sykehjemsinnleggelse?
 - Kan vi forebygge med mer skreddersydde løsninger?

Takk for meg!

