

Sammen skaper vi fremtiden –
*men da må kommunene også
rustes som fellesskap,
utfra sin egenart*



HO21 25. mars 2021

Kristin Weidemann Wieland, områdedirektør forskning, innovasjon og digitalisering i KS

Organisering av helsetjenesten

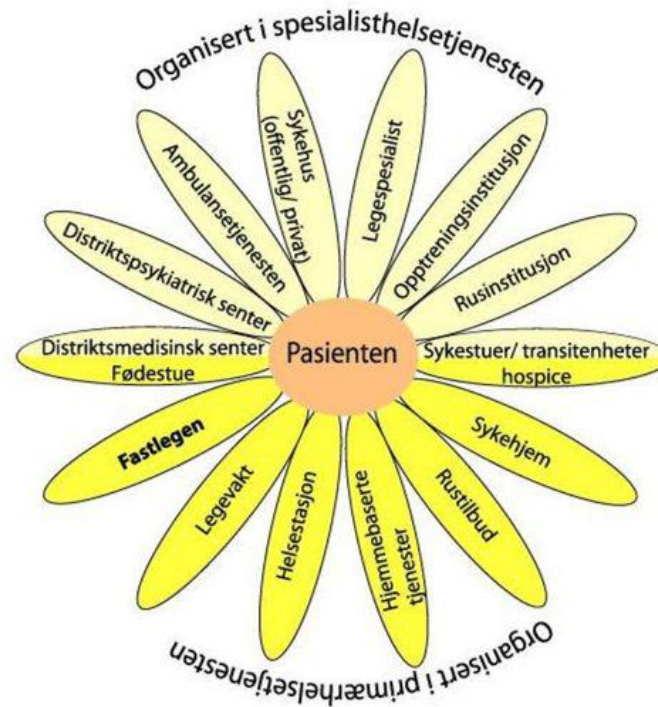




Foto: Samfoto



Foto: TT



Foto: Jevnaker kommune



Foto: Shutterstock



Foto: Scanstock



Foto: Samfoto

Harde fakta

- 356 kommuner, 11 fylkeskommuner
- 470.000 ansatte, høyere utdannet enn i arbeidslivet for øvrig.
- 550 mrd. i brutto driftsinntekter
- 200 mrd gjennom anskaffelser
- Nær 100 mrd i årlige investeringer
- 30-40% av driftsbudsjettet anskaffes i markedet (Statlig sektor: 15%)
- Og alle kommuner og fylkeskommuner er medlemmer i KS





Foto: VG

Det kommunale selvstyret er grunnlovsfestet. Rammestyring ligger til grunn.

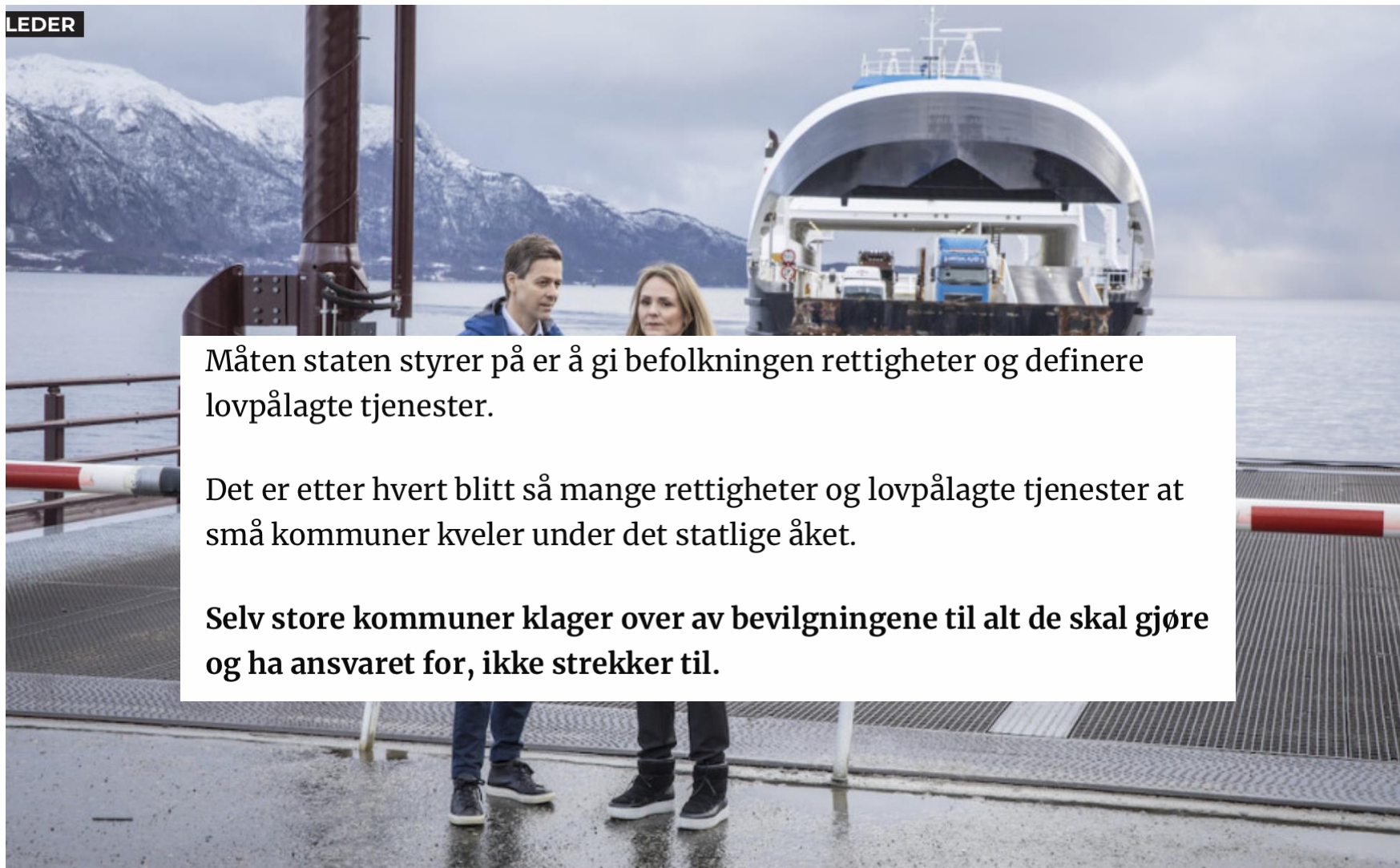
Kommuner og fylkeskommuner har full frihet og selvstendig juridisk ansvar innen de rammer Stortinget vedtar gjennom budsjett, lov og forskrift.



Departement og direktorat kan ikke styre kommuner direkte. Det er det kun Stortinget som gjør.

KMD har imidlertid et *koordinerende ansvar* på *statens vegne* for politikken som utøves overfor kommunene.





Måten staten styrer på er å gi befolkningen rettigheter og definere lovpålagte tjenester.

Det er etter hvert blitt så mange rettigheter og lovpålagte tjenester at små kommuner kveler under det statlige åket.

Selv store kommuner klager over av bevilgningene til alt de skal gjøre og ha ansvaret for, ikke strekker til.

Samferdselsminister Knut Arild Hareide og distrikts- og digitaliseringsminister Linda Hofstad Helleland besøker Møre og Romsdal der det har vært protester mot økte ferjepriser. Foto: Ole Berg-Rusten / NTB scanpix

Desentralisering – et innsparingsgrep

Når det må spares inn, er det fristende for Storting og regjering å overlate ansvaret for å fordele midlene til fylker og kommuner.

Vekst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2017-2040





Selv om kommunene i stor grad har de samme utfordringene og de samme mulighetene til å ta i bruk vår teknologi, så klarer de de ikke å lære av hverandre, sier Lars Dahle som er administrerende direktør i Dignio.

Helseteknologi

Helse-Norge er rammet av pilotsyken

Hans Anderssen | 20.08.2019



Virkemidler tilgjengelig for kommunal sektor for innovasjon, risikoavlastning og implementerings-støtte som kan bidra til skalering står ikke i forhold til sektorens størrelse og samfunnsmessige betydning.

Figur 2.1

Skjematisk illustrasjon av fordeling av midler til drift og til forskning i hhv. spesialist- og kommunehelsetjenesten

Fordeling av Norges helsekroner*

50 %

Primærhelsetjenesten
428 kommuner

50 %

Spesialisthelsetjenesten



*SSB/NFR

Fordeling av Helse- og omsorgs-
sektorens forskningsmidler*

10 %

Primærhelsetjenesten
428 kommuner

90 %

Spesialisthelsetjenesten

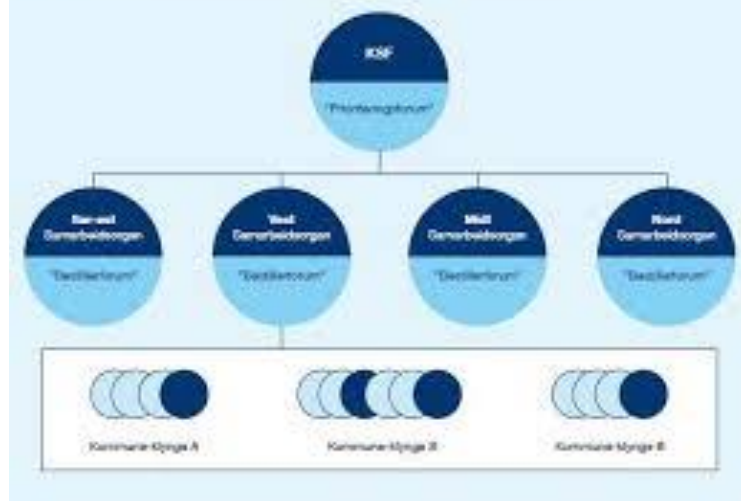


*NIFU rapport 2016:32

Kilde: Bergen kommune



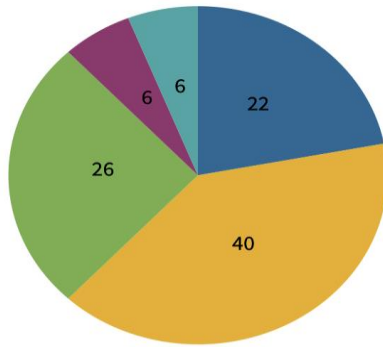
Figur 5.4:
Dimensjon med bestilling og prioritering lagt til struktur for kunnskapsløft for kommunene



HOD, KD og KMD er positive til strukturen som er beskrevet i KSF rapporten, men mener kommunene selv må ta ansvar for å etablere og finansiere strukturer for forskning og innovasjon i tjenestene. Uttaler at kommunene selv må prioritere ressurser til formålet og iverksette tiltak for å få på plass en god struktur for å få til mer forskning i, for og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

"Det er vanlig at pasienter får en uheldig kombinasjon av legemidler"

■ Veldig enig ■ Nokså Enig ■ Verken eller ■ Nokså uenig
■ Veldig uenig



✶ A Flourish data visualisation

“ Det finnes ikke ett eneste journalsystem som brukes på norske sykehjem som fyller kravene.

SYKEHJEMSLEGE

“ Elendige journalsystemer uten noen form for beslutningsstøtte.

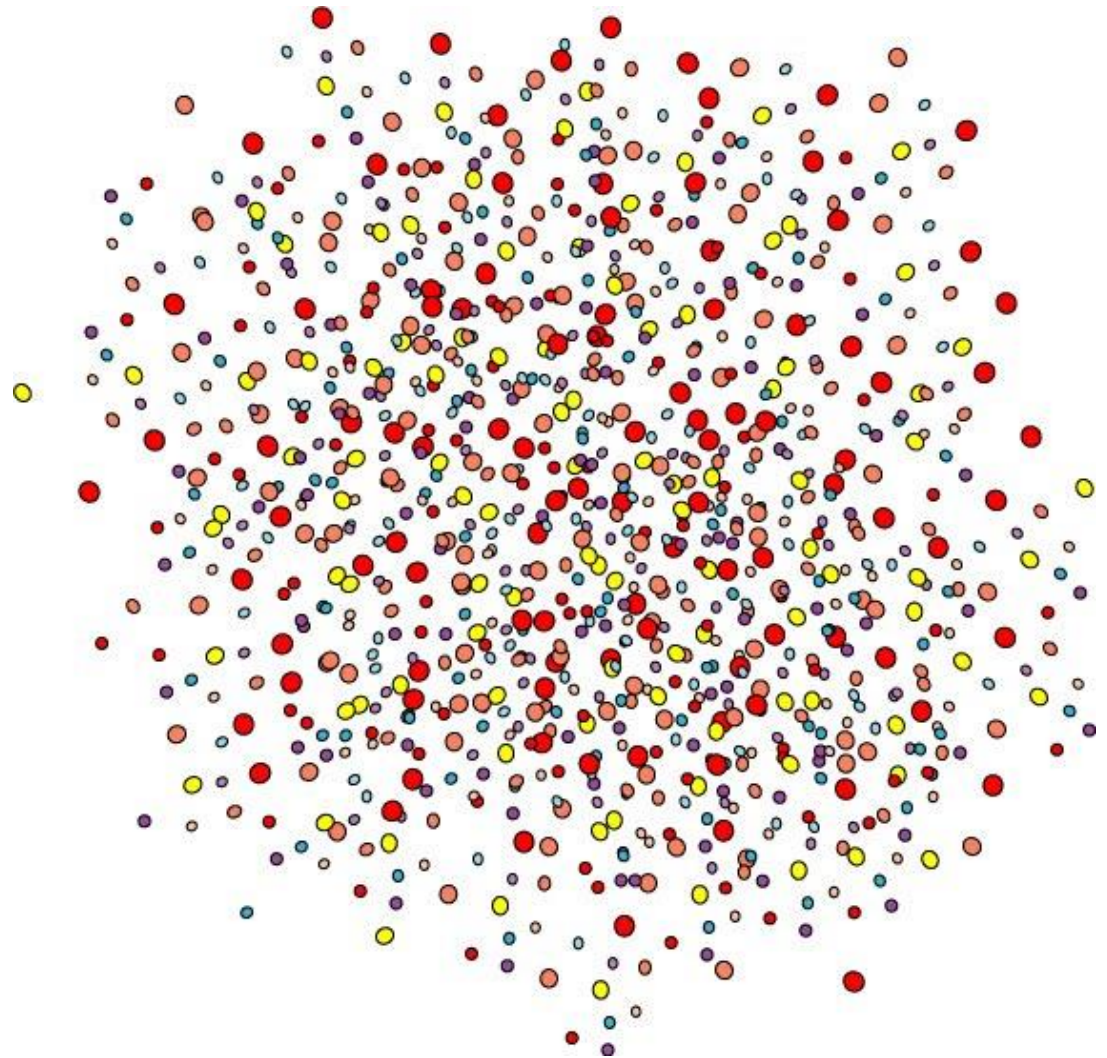
SYKEHJEMSLEGE

“ Det er ingen felles journalsystem. Vi må derfor ringe rundt for å opprette en riktig medisinliste hos oss.

SYKEPLEIER

“ Pasienter blir stående på medisiner med marginal effekt.

SYKEHJEMSLEGE



Sammen for et felles løft!

Landstinget 12. februar 2020
KS oppgaver på digitaliseringsområdet:

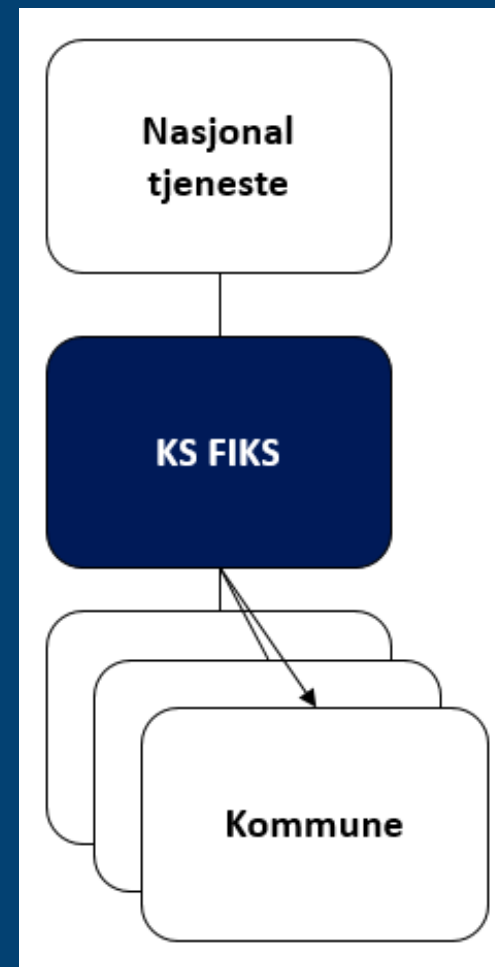
Samordning og samstyring

Representere sektor og dens interesser

Pådriver for:

- kompetanse, utvikling og utbredelse av felles løsninger
- digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør av felles standarder

Regionale digitaliserings-nettverk



Innovative anskaffelser

Nasjonalt program for
leverandørutvikling



innovativeanskaffelser.no





Men det er problematisk at ingen av de utvalgte prosjektene synes å svare på de store utfordringene som knytter seg til å ta i bruk IKT som verktøy i helse- og omsorgstjenestene, skriver debattantene. Illustrasjonsfoto: Magnus K. Bjørke

Muligheten som glapp

Helse og omsorg får IKT-fyrtårn, uten at behovene i kommuner og på samhandlingsfeltet dekkes. Det er et paradoks.

Torsdag, 28 april, 2016 - 09:03



Debatt Norges forskningsråd har nylig valgt ut tre prosjekter som Norges neste «IKT-fyrtårn». Gjennom disse skal 168 millioner offentlige kroner investeres i IKT-forskning innenfor helse, omsorg og velferd.

Seks prosjekter kom til finalerunden. Alle disse ser ut til å ville levere utmerket forskning innenfor diagnostikk og spissteknologier til ytterligere styrking av spesialisthelsetjenesten. Men ingen av de seks utvalgte prosjektene fanger opp de store utfordringene i kommunehelsetjenesten.

“ De 150–200 millionene i fyrtårnsatsingen synes å bli bundet opp til forskning knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Av

Morten Andresen,
gründer og daglig leder i Imatis AS

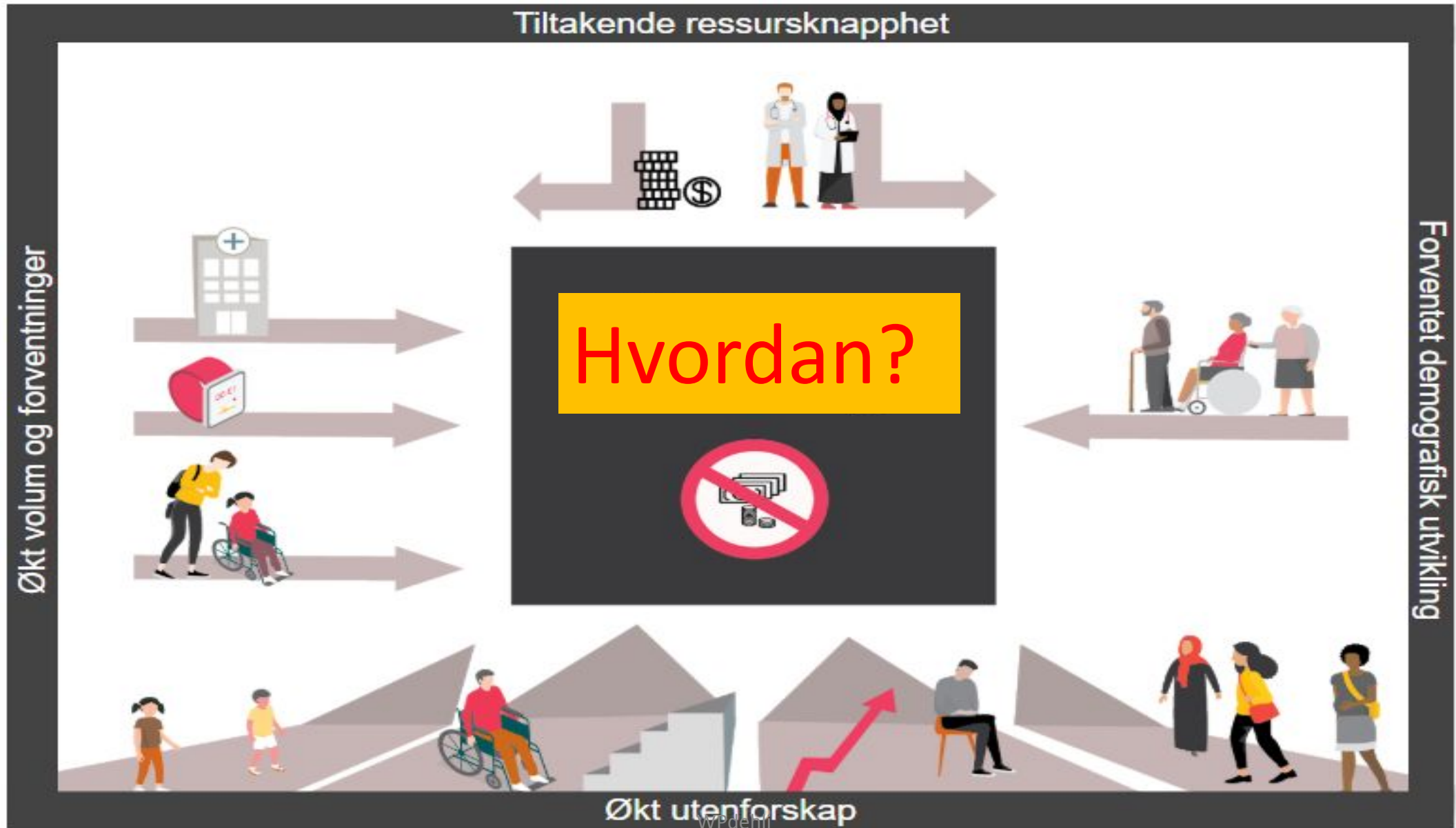
Jan Holm,
administrerende direktør i SafeMate AS

Josef Noll,
professor ved Universitetet i Oslo

Dag Aasen



Kommunen møter alle utfordringene



Hva bør kommune løfte sammen med hverandre og andre?

Målområder:

- «Bærekraft»
- Levekår, Helse
- Klima
- Næringsliv
- Kostbar infrastruktur
- Beredskap

Virkemidler:

- Digitalisering
- Statistikk og analyse
- Forskning
- Kunnskapsgrunnlag

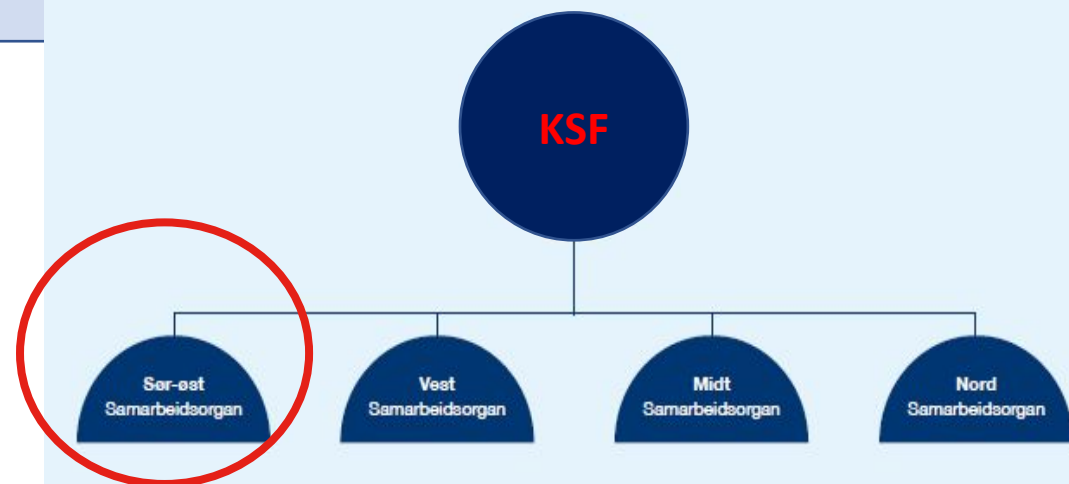
Regional nettverksorganisering for strategiske satsningsområder

Diginettverk

En digital kommunal sektor: Digitalisering av offentlig sektor skal gi en enklere hverdag for innbyggere, næringsliv og frivillig sektor gjennom bedre tjenester, mer effektiv ressursbruk i offentlige virksomheter og legge til rette for produktivitetsøkning i samfunnet.

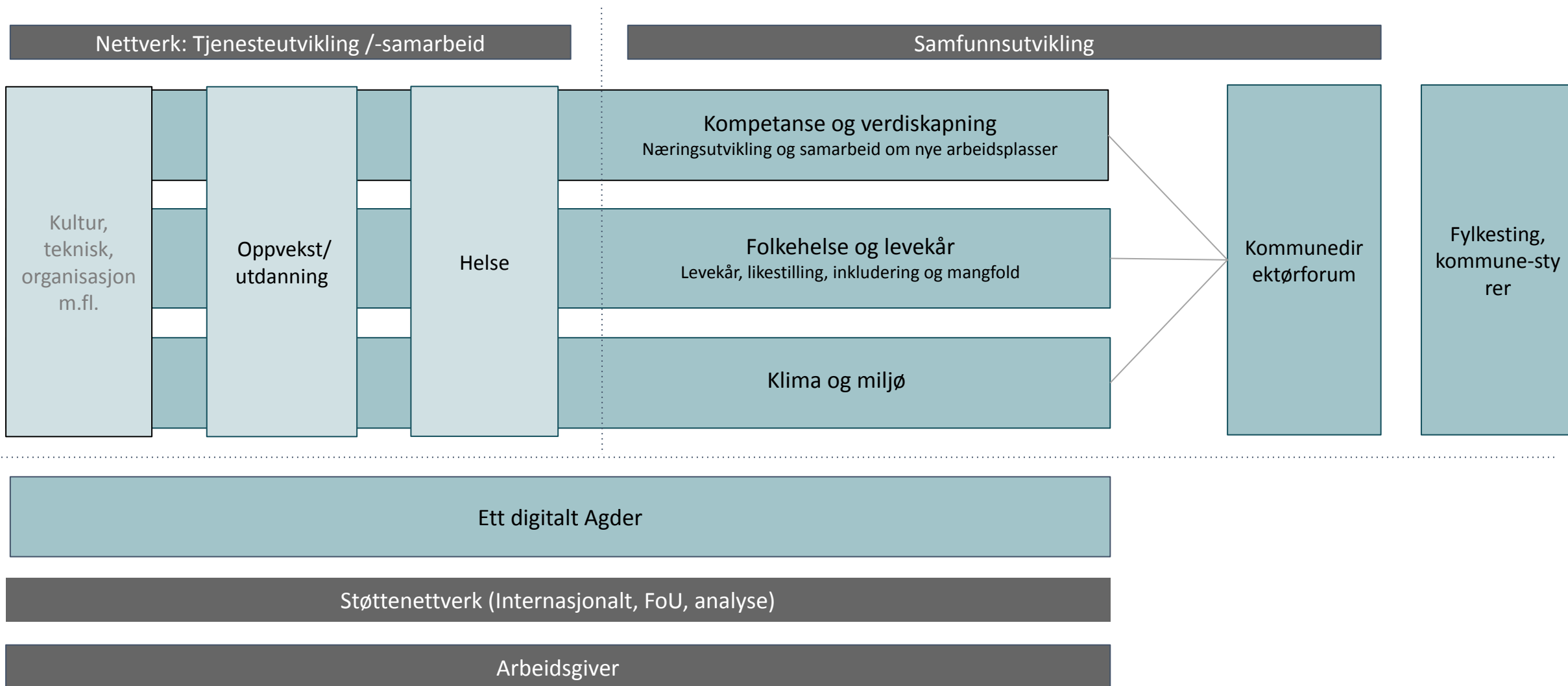
Forskning og Innovasjon

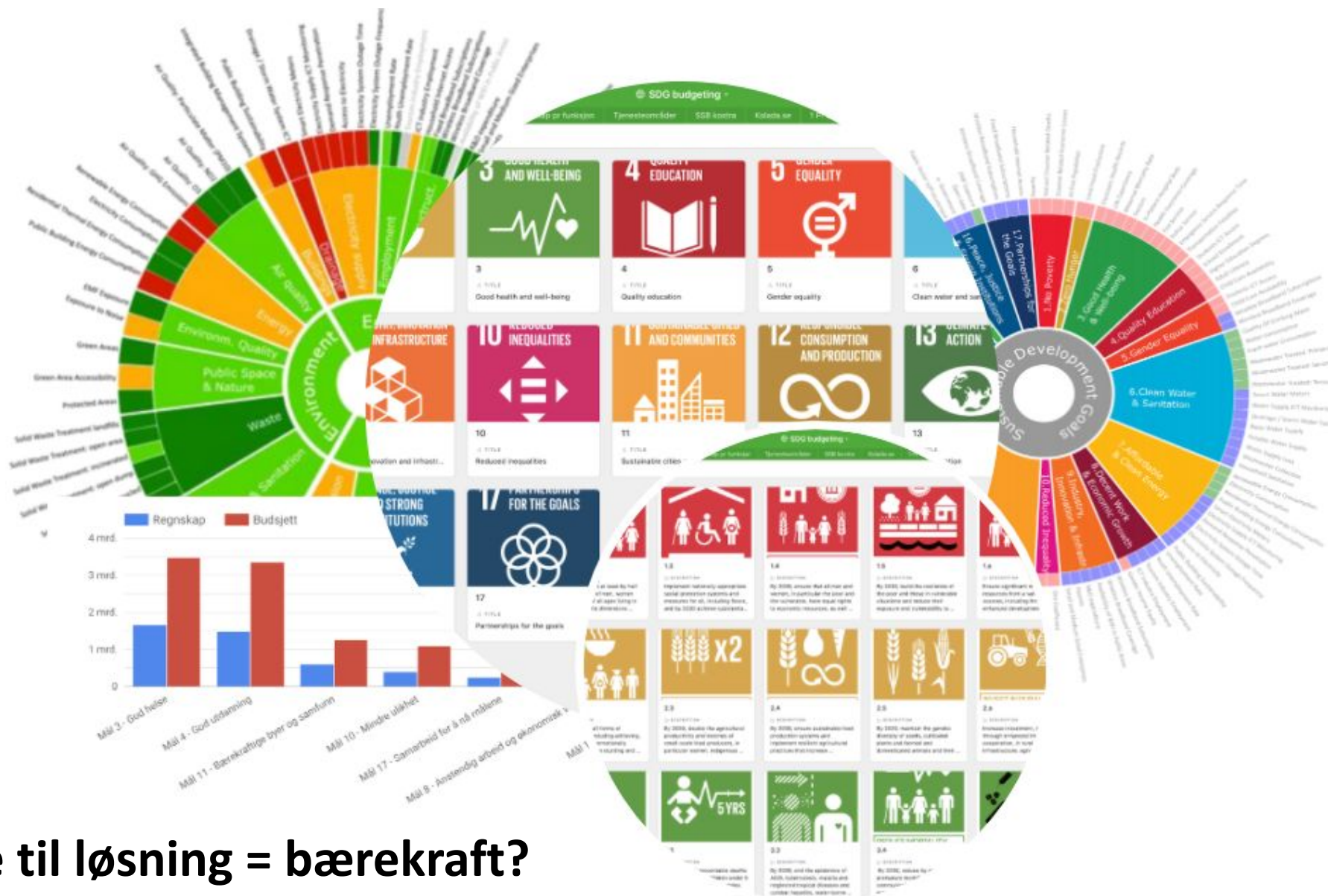
Kunnskapsbasert kommunal sektor: Effektive og behovstilpassede tjenester for innbyggere krever økt satsning på forskning, innovasjon og utdanning i kommunesektoren.



Overordnet regional nettverksstruktur

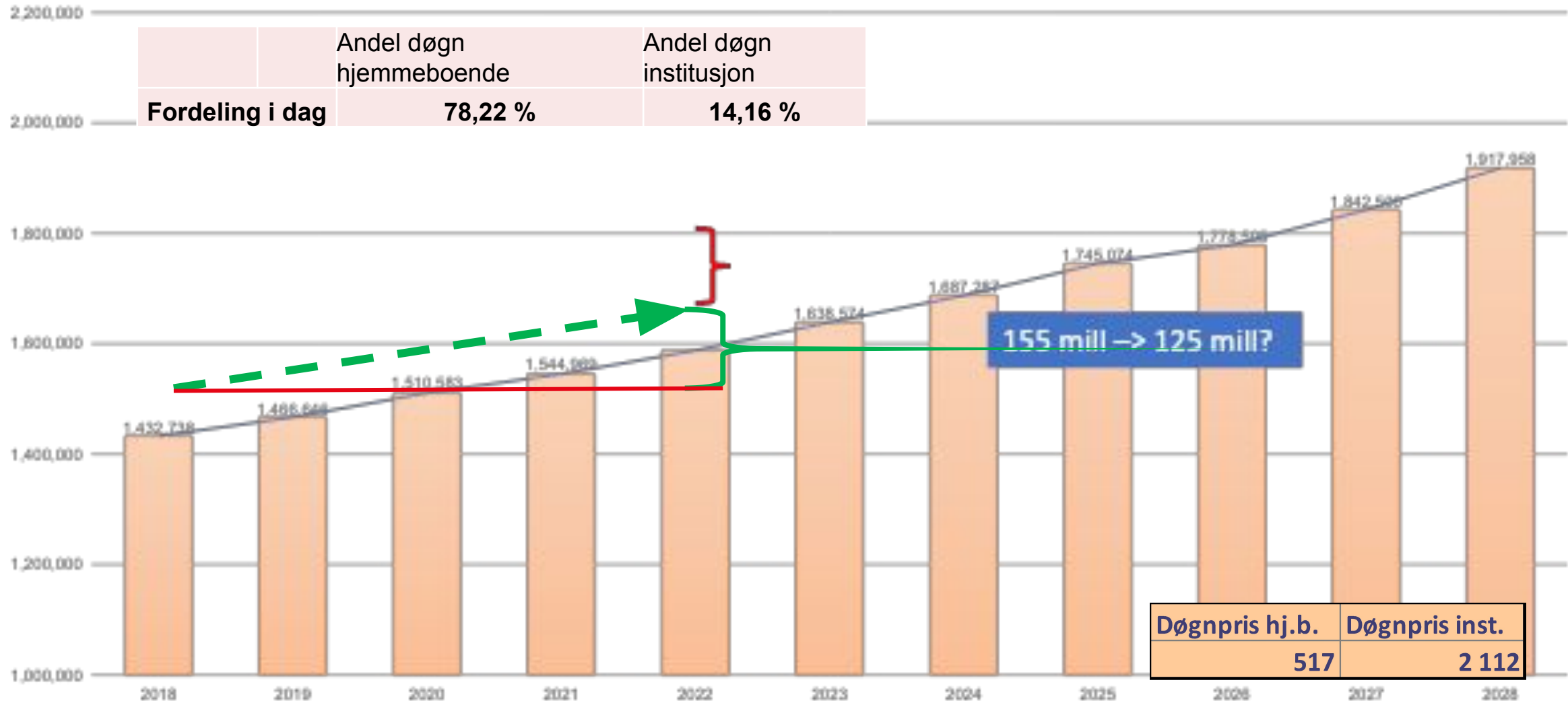
Utkast 17.06.2020





Fra floke til løsning = bærekraft?

Kostnadsutvikling PLO 2018 – 2022



Dagens volumtall

Intitusjon			Hjemmeboende		
Navn	Inkludér?	Verdi	Navn	Inkludér?	Antall brukere
Antall langtidsdøgn	Ja	178 861	Hjemmesykepleie	Ja	2 083
Antall korttidsdøgn	Ja	5 349	Hjemmehjelp	Ja	1 235
Antall langtidsdøgn aldershjem	Ja	0	Psykiatrisk sykepleie	Ja	495
Antall sterkdøgn	Ja	8 551			0
Antall lang topp	Ja	19 752			0
Antall dagplasser	Ja	1 536			0
UH-brukere	Ja	57 670			0
		0			0
		271 719			1 391 745

Total sum døgnopph.:	1 663 464	
Andel døgn i inst.	16,33 %	235546,5
Andel døgn som hjemmeb.	83,67 %	1301162

1 293 743 315
1 011 966 021 183 194 053
1 956 598 86 732

Andel av kostn. Hjemmeb.	78,22 %
Andel av kostn. Inst.	14,16 %
Andel av kostn. Aktivisering (234)	7,62 %
Kontroll-linje sum:	100,00 %

	Prosent hjemmeb.	Prosent inst.	
Dagens	78,22 %	14,16 %	7,62 %
Hypotetisk	78,22 %	14,16 %	7,62 %

52% av kostnadene

48% av kostnadene

Prognoser og simuleringer

Utvikling	Inflasjon	Andel døgn hjemmeboende	Andel døgn institusjon
Høy	0,00 %	78,22 %	14,16 %
Fordeling i dag		78,22 %	14,16 %

Endre kun felter markert med GULT		
-----------------------------------	--	--

Døgnpris hj.b.	Døgnpris inst.
517	2 112

I 2018-kroner med 78,22% hjemmeboende					
	0	254	253+261	234	Sum
2018	0	737 810	588 243	106 685	1 432 738
2019	1	755 271	602 165	109 210	1 466 646
2020	2	777 897	620 204	112 481	1 510 583
2021	3	795 605	634 322	115 042	1 544 969
2022	4	817 493	651 773	118 207	1 587 473
2023	5	843 809	672 754	122 012	1 638 574
2024	6	868 894	692 754	125 639	1 687 287
2025	7	898 652	716 480	129 942	1 745 074
2026	8	915 868	730 206	132 431	1 778 505
2027	9	948 823	756 480	137 197	1 842 500
2028	10	987 681	787 461	142 815	1 917 958

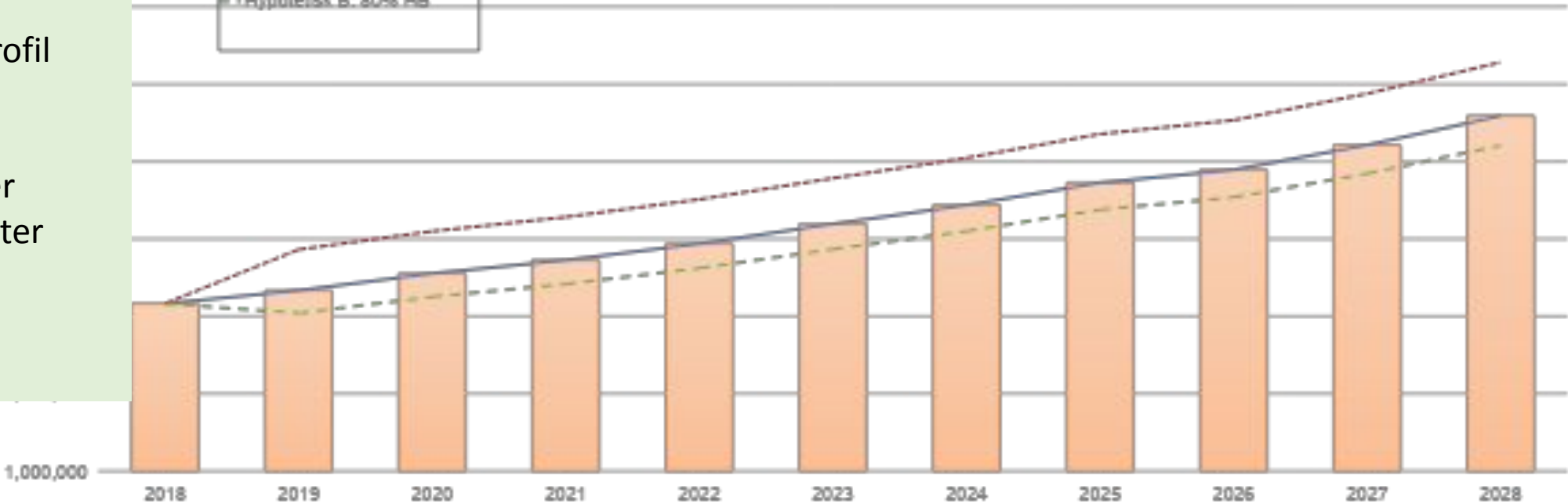
75,00 %	80,00 %
Hypotetisk A: 75% HB	Hypotetisk B: 80% HB
1 432 738	1 432 738
1 572 487	1 408 112
1 619 595	1 450 295
1 656 462	1 483 309
1 702 034	1 524 117
1 756 823	1 573 178
1 809 051	1 619 947
1 871 009	1 675 428
1 906 852	1 707 524
1 975 466	1 768 966
2 056 369	1 841 412

9 347 805 7 452 841 1 351 661 18 152 307

19 358 886

17 485 027

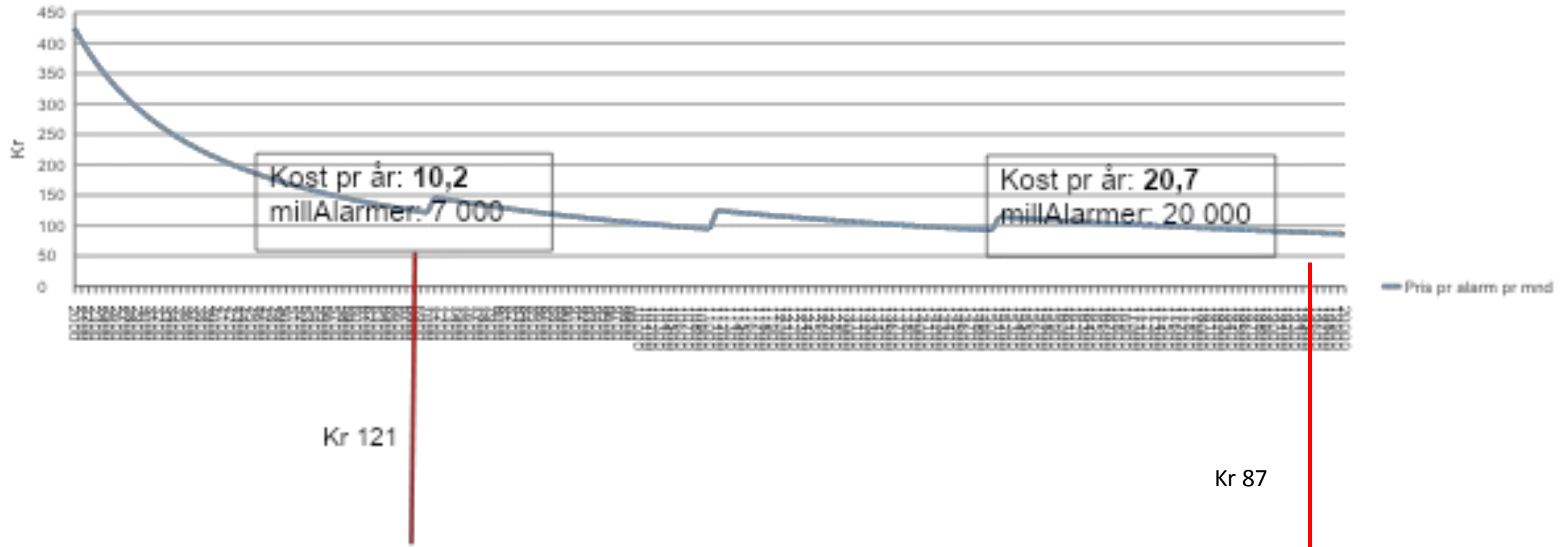
Kostnadsutvikling



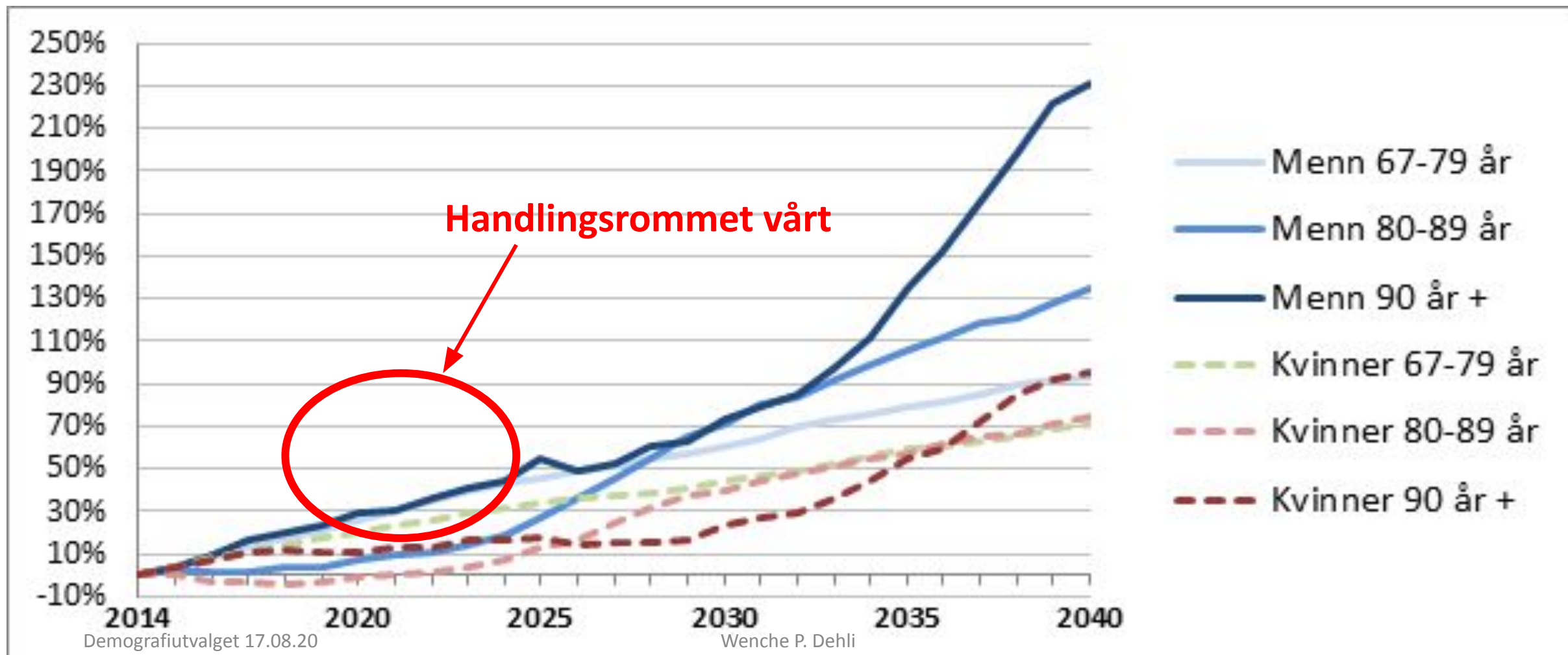
Tiltak som gir lavere kostnadsutvikling:

- Tidlig innsats
- Hjemmetjenesteprofil
- Digitalisering
- Nærmiljø
- Tilrettelagte boliger
- Koordinerte tjenester
- Frivillige

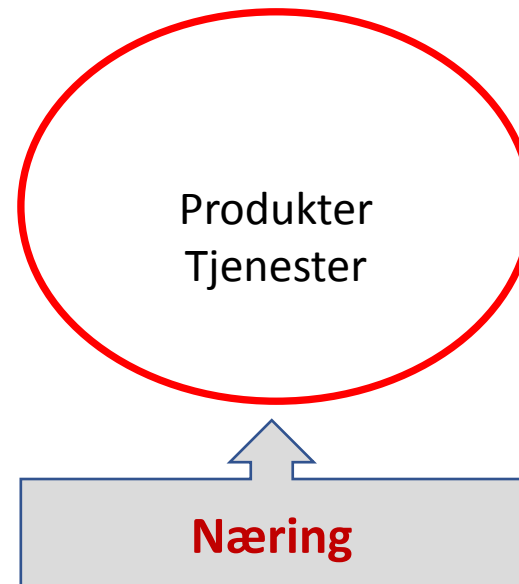
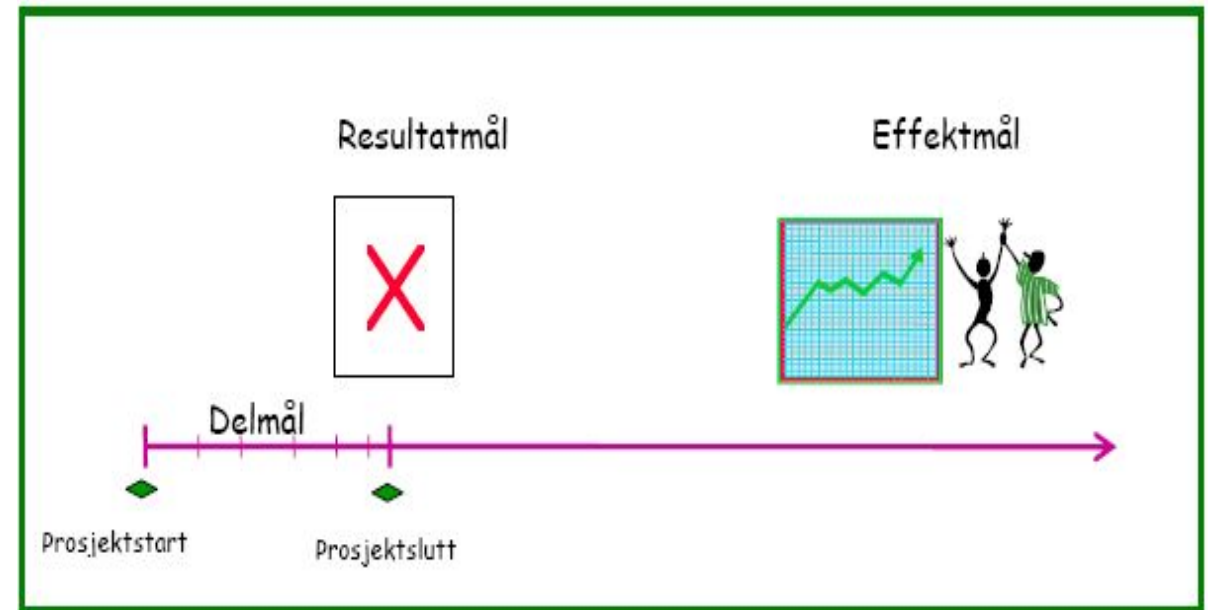
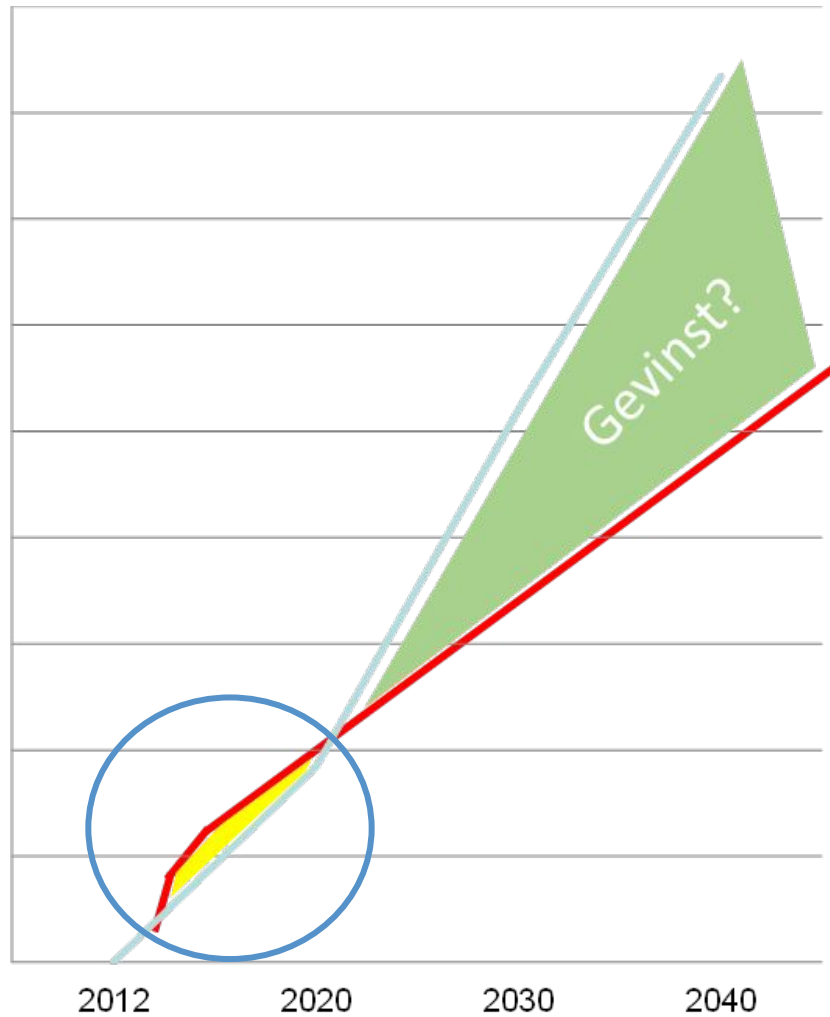
Driftsmodeller og volum som gir bærekraftige tjenester



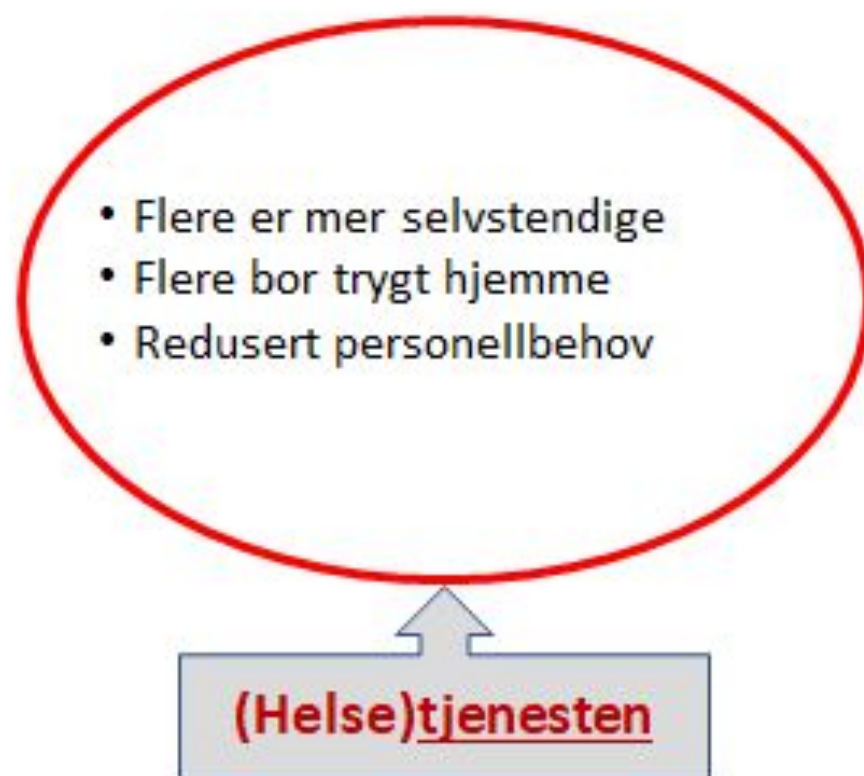
Demografi eldrebefolkningen



Næringsstrategi som grunnlag for sikre tjenester og innovasjon

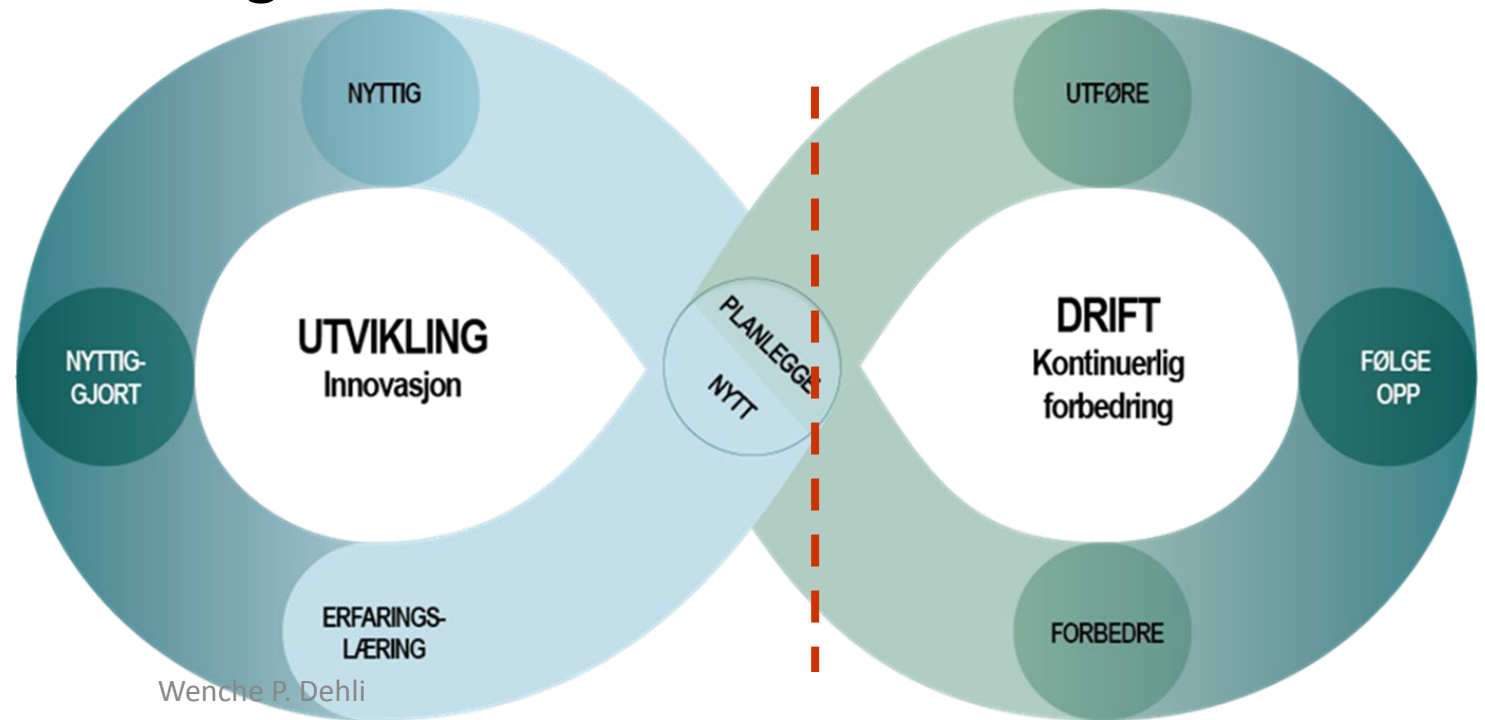


Strategier som gir dobbel effekt



primærhelsetjeneste vs spesialisthelsetjeneste?

- Digital hjemmeoppfølging - nye helsetjenester med bruk av teknologi
- Rusrehabilitering, spesialisert omsorg
- psykisk helse
- helse og barnevern
- forebygging, helsefremming



Figur 2.1

Skjematisk illustrasjon av fordeling av midler til drift og til forskning i hhv. spesialist- og kommunehelsetjenesten

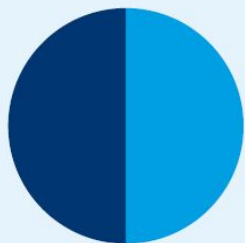
Fordeling av Norges
helsekroner*

50 %

Primærhelsetjenesten
428 kommuner

50 %

Spesialisthelsetjenesten



*SSB/NFR

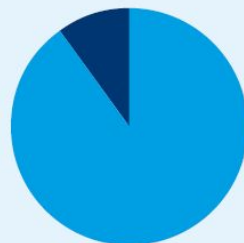
Fordeling av Helse- og omsorgs-
sektorens forskningsmidler*

10 %

Primærhelsetjenesten
428 kommuner

90 %

Spesialisthelsetjenesten



*NIFU rapport 2016:32

“Vi må være sikre på at vi prioriterer de riktige tjenestene for innbyggerne, og at vi bruker ressursene på en best mulig måte”.

KSF-leder Nina Mevold

Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra
Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)



Plan for forskning, utdanning, innovasjon 2016

Politisk forankring

0,1% av budsjettet (6 mill)



Forske med ansatte
og brukere – initiere
forskningstema



Ta i bruk helsefaglige
data- bedre
beslutnings-
grunnlag



Bygge
forskningsmiljø
med
samarbeidspartnere



Etablere PhD-
stillinger og akademiske
bistillinger



Relevante
og gode
utdanninger



BERGEN
KOMMUNE

Kraft og retning i samarbeid!

