

1. Tromsø kommune tar saken til orientering.

Arkivsaknr 20/07772-1
Saksbehandler Magnus Skjelmo Kristiansen

Saksgang	Møtedato
Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	04.05.2020
Eldrerådet	07.05.2020
Helse- og velferdsutvalget	11.05.2020
Kommunestyret	27.05.2020

Forarbeid til helhetlig plan for helse- og omsorg

Kommunedirektørens innstilling til vedtak:

1. Tromsø kommune tar saken til orientering.

Mari Enoksen Hult
Konst. kommunedirektør

Margrethe Kristiansen
Konst. avdelingsdirektør helse og omsorg

Hva saken gjelder

Som del av planstrategien for perioden 2021-2024 vil kommunedirektøren anbefale at arbeidet med en helhetlig plan helse- og omsorg utarbeides. En slik plan er også anbefalt av Fylkesmannen i Troms og Finnmark, senest som innspill til merknadene til Kommuneplanens samfunnsdel.

Det er likefullt behov for å gjøre kontinuerlige tiltak for å sikre at driften i avdeling for helse og omsorg er i tråd med vedtatt budsjett. Denne saken må sees på som et forarbeid til helhetlig plan for helse og omsorg, og bytter på den kunnskapen vi har om tjenestens nåværende og fremtidige behov per april 2020.

Saken danner på den måten et felles kunnskapsgrunnlag for arbeidet med økonomirapport 1, ny sak om Kvaløysletta sykehjem, pågående arbeid med bolig- og byggstrategi for avdeling for helse og omsorg, og det pågående arbeidet med virksomhetsstyring og tjenesteprofil som følger av handlingsprogrammet for 2020-2024.

Saksutredning

Som del av planstrategien for perioden 2021-2024 vil kommunedirektøren anbefale at arbeidet med en helhetlig plan helse- og omsorg utarbeides. En slik plan er også anbefalt av Fylkesmannen i Troms og Finnmark, senest som innspill til merknadene til Kommuneplanens samfunnsdel.

Det er likefullt behov for å gjøre kontinuerlige tiltak for å sikre at driften i avdeling for helse og omsorg er i tråd med vedtatt budsjett. Denne saken må sees på som et forarbeid til helhetlig plan for helse og omsorg, og bytter på den kunnskapen vi har om tjenestens nåværende og fremtidige behov per april 2020.

Saken danner på den måten et felles kunnskapsgrunnlag for arbeidet med økonomirapport 1, ny sak om Kvaløysletta sykehjem, pågående arbeid med bolig- og byggstrategi for avdeling for helse og omsorg, og det pågående arbeidet med virksomhetsstyring og tjenesteprofil som følger av handlingsprogrammet for 2020-2024.

SAKSUTREDNING

Innledning

Tromsø kommune er i en krevende økonomisk situasjon. Både i 2018 og 2019 hadde kommunen høyere utgifter enn inntekter. Kort fortalt bruker vi i dag pengene til morgendagens Tromsøværing.

En bærekraftig økonomisk drift innebærer at vi over tid har høyere inntekter enn utgifter. Kommunens inntekter består av skatteinntekter, rammetilskudd fra staten, øremerkede tilskudd, gebyrer og andre inntekter. Med unntak av den kommunale eiendomsskatten, størrelse på utbytte fra egne selskaper, samt kommunalt fastsatte gebyrer og avgifter defineres kommunens inntekter i stor grad av nasjonal politikk.

Tromsø kommune har over flere år – og med varierende hell jobbet med å ta ned kostnadene i helse- og omsorgssektoren. Dette er den største avdelingen i kommunen målt i årsverk, og den nest største målt ut fra budsjett.

Differansen mellom vedtatt budsjett og de faktiske utgiftene viser at helse og omsorgstjenestene over flere år har hatt et høyere utgiftsnivå enn hva kommunen evner å bære over tid. Den økonomiske situasjonen gjør at Tromsø kommune allerede i løpet av 2020 må gjennomføre omfattende kostnadsreducerende tiltak i helse- og omsorgstjenesten for at avdelingen skal levere på vedtatt budsjett. Siden kommunen ikke lenger har et disposisjonsfond (sparepenger) som kan brukes til å dekke utgifter utover vedtatt budsjett i 2020 vil et eventuelt merforbruk i helse- og omsorg måtte dekkes inn gjennom å redusere kostnadene i andre kommunale tjenester.

Det har vært gjennomført flere kutt, nedbemanninger og tilpasninger av tjenesteprofilen for å ta ned kostnadene i helse- og omsorgstjenesten. Årsregnskapet for 2018 og 2019 viser at tiltakene har hatt effekt gjennom at utgiftene har stabilisert seg på cirka 1,7 milliarder kroner. Dette er likefult 135 millioner kroner over vedtatt budsjett for 2020.

Den økonomiske situasjonen gjør fortsatt at det må gjennomføres kostnadsreducerende tiltak som del av arbeidet med økonomirapport 1 i 2020. Disse tiltakene må sees i sammenheng med det kontinuerlige forbedringsarbeidet som pågår i avdelingen på bakgrunn av gjeldende lovverk og politiske føringer.

Kommunale velferdstjenester

Kommunen er grunnmuren i den norske velferdsmodellen ettersom det er her hovedtyngden av velferdstjenestene produseres. En god velferdstjeneste bygger på fire grunnpilarer; helse, inntektssikring, utdanning og bolig. De aller fleste tromsøværingene klarer seg godt uten kommunens tjenester. De kommunale velferdstjenestene skal sikre at de som ikke klarer seg like godt selv, får økt sine muligheter for å leve de samme gode livene som andre. For at flere skal kunne klare seg selv, uten tjenester eller med få tjenester fra kommunen, er det viktig at kommunen lager en god grunnmur som løfter alle et stykke på veien. Dette er universelle tilrettelegginger som Tromsømarka, badeland, gressbaner, gangstier m.m. Her skjer 90 % av helse og velferden for tromsøværingene. Gode systemer for inntektssikring og trygge boliger for alle vil også kunne bidra til at behovet for helsetjenester går ned.

For kommunen er det viktig å tilrettelegge for best mulig tjenester for dagens innbyggere, samtidig som vi må ha en tjenesteprofil som er bærekraftig og tilpassningsdyktig inn i årene som kommer. En riktig utformet helse og velferdstjeneste sikrer at vi også kan gi best mulig tjenester til morgendagens Tromsøværingene. Dette fordrer at vi arbeider både i bredden og dybden av Tromsø kommune, ikke bare innenfor Avdeling for Helse og omsorg.

Begrepet *tjenesteprofil* brukes om hvordan kommunen har satt sammen tjenestetilbudet.

Når velferdstjenestene skal utvikles må dette skje på bakgrunn av kunnskap og dokumentasjon. Vi må ha en driftsmodell som gjør at vi skaper størst mulig verdi for innbyggerne. Vi må innføre teknologiske hjelpemidler og andre verktøy på en måte som ivaretar både mottakerne av helse og omsorgstjenester, pårørende og ansatte.

Hovedgrepene som ligger til grunn for en omstrukturering av helse og velferdstjenestene er forebygging og tidlig innsats, mestring og selvhjelpenhet, og ressurseffektive tjenester. Digitalisering og ny teknologi er viktige innsatsfaktorer både nå og i årene som kommer – både innenfor skole, barnehage og helse og omsorg. Mer robuste enheter og sambruk av ressurser er viktige strukturelle grep. Utvikling av gode lokalsamfunn som tilrettelegger for relasjoner på tvers av alder og sosial bakgrunn er også viktige ingredienser.

Alt dette ser vi tydeligere nå enn noen gang tidligere etter at vi har stått i og fremdeles utfordres av den globale pandemien covid-19.

Bærekraftige helse og velferdstjenester er ikke en oppgave for Avdeling for helse og omsorg alene.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Den kommunale helsetjenesten er forankret i flere lover og forskrifter. Disse sier noe om hvilke oppgaver kommunen er lovpålagt å sørge for er tilgjengelig for de som oppholder seg i kommunen. De sier også noe om verdigrunnlaget, kvalitetskravene, krav til ansatte, kommunens krav om å planlegge, gjennomføre, evaluere og justere, med mer.

For å oppfylle ansvaret i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å tilfredsstille dette kravet skal kommunen blant annet tilby:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap,
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d. psykososial beredskap og oppfølging.
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem.
7. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og vedtak i Stortinget skal kommunene også ha:

8. Koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

9. Knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, psykolog og ergoterapeut.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusproblematikk, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Det at en person har rettskrav på *nødvendige helse- og omsorgstjenester* betyr heller ikke at vedkommende har krav på en bestemt type tjeneste. Kommunen kan selv vurdere og beslutte hvilken hjelp som tilbys. Kommunen har også plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt eller forskrift.

Plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten må også sees i sammenheng med Helsepersonelloven § 6 hvor det står at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører, pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

Kommunens lovpålagte oppgaver er formulert som et *sørge for-ansvar*. Dette gjør at kommunen som prinsipp selv avgjør hvordan tjenesten er organisert så lenge kommunen *sørger for* at de lovpålagte tjenestene tilbys.

Når det gjelder grensen mellom kommunens ansvar og spesialisthelsetjenesten så er ikke denne definert, men regulert av avtaler mellom tjenestenivåene. Her har Samhandlingsreformen av 2012 forårsaket store ansvarsforskyvninger som vi enda ser ringvirkningene av i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten

Den norske offentlige utredningen «Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester» (NOU 2018:16) oppsummerer verdigrunnlaget som ligger til grunn for den kommunale helse- og omsorgstjenesten på bakgrunn av kjennetegnene på den norske velferdsstatens verdier. Herunder: menneskeverd, rettferdig fordeling av velferdsgoder, likebehandling, selvbestemmelse, rettsikkerhet, sosial trygghet, forutsigbarhet og åpenhet. NOU 2018:16 «Det viktigste først» fremholder at:

- Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet.
- Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester.

- Like tilfeller skal behandles likt.
- En rettferdig fordeling innebærer at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester.
- Prioritering av helsetjenester må sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid.

NOU 2018:16 «Det viktigste først» understreker også at verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten kommer helt eller delvis til uttrykk gjennom formålsbestemmelsene i sentrale lover på området.

Dette innebærer at en tjenesteprofil på helse- og omsorgstjenesten i Tromsø kommune som er planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i tråd med nasjonale lover og forskrifter ivaretar verdigrunnlaget som ligger til grunn for den norske velferdsstaten og helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitetskrav

Dagens kvalitetskrav til de kommunale helse- og omsorgstjenestene er formulert i helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, Forskrift om en verdig eldreomsorg, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, og Nasjonal strategi for helsetjenesten. Kravene er:

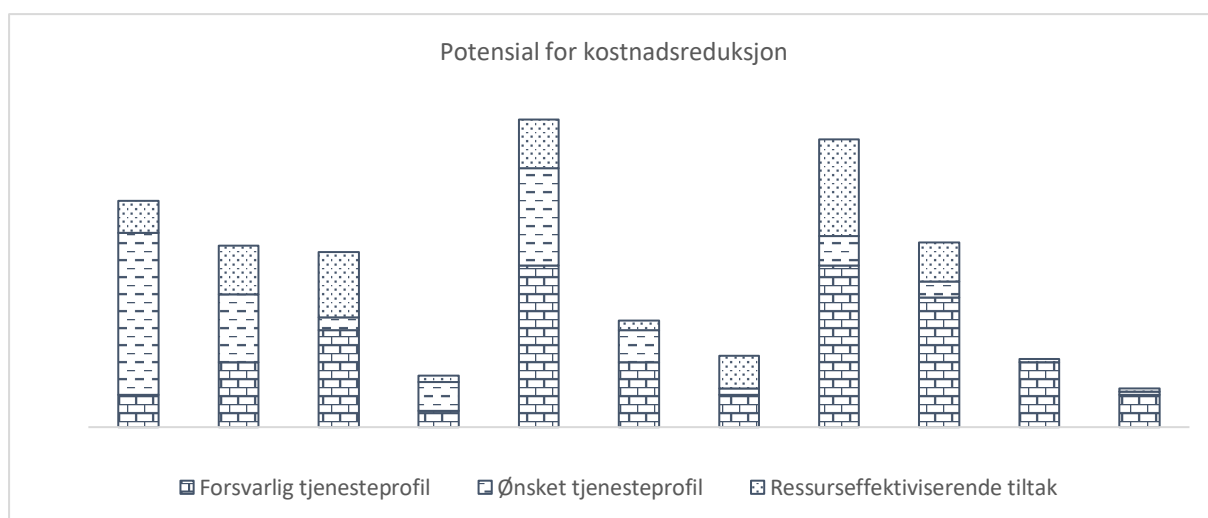
- at tjenestene er forsvarlige,
- at brukerne får de tjenestene de har behov for til rett tid,
- at tjenestetilbudet er helhetlig, samordnet og fleksibelt, og sørger for kontinuitet i tjenesten,
- at brukerne av pleie- og omsorgstjenester, og deres pårørende medvirker ved utforming og endring av tjenestetilbudet,
- at den enkelte bruker har innflytelse på hvordan de daglige tjenestene skal utføres,
- at brukerne får tilbud om en riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand,
- at brukerne får tilbud om samtaler om eksistensielle spørsmål og
- at brukerne får tilfredsstilt grunnleggende behov.

Kvalitetskravene må dermed sees i sammenheng med rettskravet om *nødvendige helse- og omsorgstjenester*. Ifølge NOU 2018:16 «Det viktigste først» skal begrepet *nødvendige helse- og omsorgstjenester* tolkes slik at det gir krav på nødvendig hjelp

med en forsvarlig standard basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Videre fremgår det at:

- Omfang og nivå på hjelpen må foretas etter en konkret vurdering.
- Vurderingen må veie behovet til den enkelte opp mot fellesskapets behov.
- Det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser i vurderingen. Likefullt er det en minstestandard kommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi.

I praksis innebærer dette at Tromsø kommunes tjenesteprofil kan utformes med utgangspunkt i hva som er et forsvarlig nivå på helse- og omsorgstjenesten og hva som er et ønsket nivå på tjenesten. Differansen på disse to tjenesteprofilene utgjør sammen med ressurseffektiverende tiltak innenfor dagens tjenesteprofil det faktiske potensialet for kostnadsreduksjon i helse- og omsorgssektoren. Resonnementet er vist i figuren under.



Figur 1 Forsvarlig tjenesteprofil, ønsket tjenesteprofil og ressurseffektiverende tiltak. Ressurseffektiverende tiltak og justering av ønsket tjenesteprofil utgjør det faktiske potensialet for kostnadsreduksjon.

Prioriteringskriterier

Valg av tjenesteprofil må sees i sammenheng med prioritering av ressurser. Innenfor helse- og omsorgstjenesten handler prioritering om å fordele helse- og omsorgstjenestens ressurser til noen områder og tiltak foran andre. Ettersom ressursene er begrenset er det ikke et spørsmål om prioritering, men hvilke premisser som skal ligge til grunn for prioriteringene som gjøres og til syvende og sist hvilke tjenester vi leverer (NOU 2018:16 «Det viktigste først»).

Som følge av kommunens samfunnsansvar er det ikke tilstrekkelig å prioritere innenfor helse- og omsorgssektoren, det må også prioriteres mellom de ulike tjenesteområdene til kommunen (NOU 2018:16 «Det viktigste først»).

Prioritering innenfor helse- og omsorgstjenesten er viktig fordi det:

- Gjør at fordelingen av helse- og omsorgstjenestene blir mindre tilfeldig.
- Bidrar til å nå målet om likeverdig tilgang til helsetjenestene.
- Sikrer at ressursen brukes der de gir størst nytte og på dem som trenger det mest.
- Fratar den enkelte ansatte i helse- og omsorgstjenesten et uforholdsmessig stort ansvar om å prioritere egen arbeidstid mellom ulike brukere og arbeidsoppgaver.

NOU 2018:16 «Det viktigste først» understreker at når kommunen skal vurdere hvilke tiltak som prioriteres, så er det relevant å vurdere den samlede ressursbruken på tvers av sektorer. Dette fordi tiltak som innføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten motiveres av og påvirker ressursbruk i andre kommunale tjenester.

Norge har vært tidlig ute med å definere prioriteringskriterier for spesialhelsetjenesten. NOU 2018:16 «Det viktigste først» anbefaler at de samme kriteriene legges til grunn for den kommunale helse- og omsorgssektoren, men med en ytterligere vektlegging av *mestring*. Dette fordi kommunene ofte må forholde seg til flere problemer og diagnoser av gangen, og ofte over en lang periode. Der spesialhelsetjenesten ofte behandler én diagnose i en kort periode, har kommunehelsetjenesten ofte et mål om å gjøre brukeren i stand til å leve et godt liv med den sykdommen eller tilstanden man har.

Oppsummert anbefaler NOU 2018:16 «Det viktigste først» at tre kriterier legges til grunn for prioriteringen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller funksjonstap
- graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- graden av fysisk, psykisk og sosial mestring

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Helse og omsorg i Tromsø kommune – en beskrivelse av nåsituasjonen

Som nevnt innledningsvis viser begrepet tjenesteprofil til hvordan kommunen i dag gir tjenester. Tjenesteprofilen innenfor helse og omsorg er fordelt på to avdelinger og fem seksjoner. Underlagt hver seksjon ligger det flere enheter.

Avdeling for helse og omsorg				Avdeling for oppvekst og utdanning
Seksjon for sykehjem	Seksjon for hjemmetjenester	Seksjon for oppfølgingstjenester	Seksjon for velferd, arbeid og inkludering	Seksjon for barn og familie
Kvaløysletta sykehjem Mortensnes sykehjem Jadevegen sykehjem Sør-Tromsøya sykehjem Otium bo- og velferdssenter	Helsetjenester Tromsø helsehus Sentrum hjemmetjeneste Kvaløya hjemmetjeneste Nordøya hjemmetjeneste Fastlandet hjemmetjeneste Midtbyen hjemmetjeneste	Omsorgstjenesten Sørøya Omsorgstjenesten Langnes Omsorgstjenesten Kvaløya Arbeid og aktivitet Bemanningskontoret	Boligkontoret Flyktningetjenesten NAV Tromsø Psykisk helse og rus	Barneverntjenesten Bedre tverrfaglig innsats for barn og unge Forebyggende helsetjenester Pedagogisk psykologisk tjeneste Tverrfaglig ressurs

Tabell 1 Tromsø kommunes tjenesteprofil innenfor helse og omsorg er fordelt på to avdelinger med fem seksjoner og underenheter

I tillegg ligger det en sentral stabsfunksjon i begge avdelinger. Avdeling for oppvekst og utdanning består i tillegg av seksjon for barnehage, seksjon for skole og seksjon for skole og voksenopplæring.

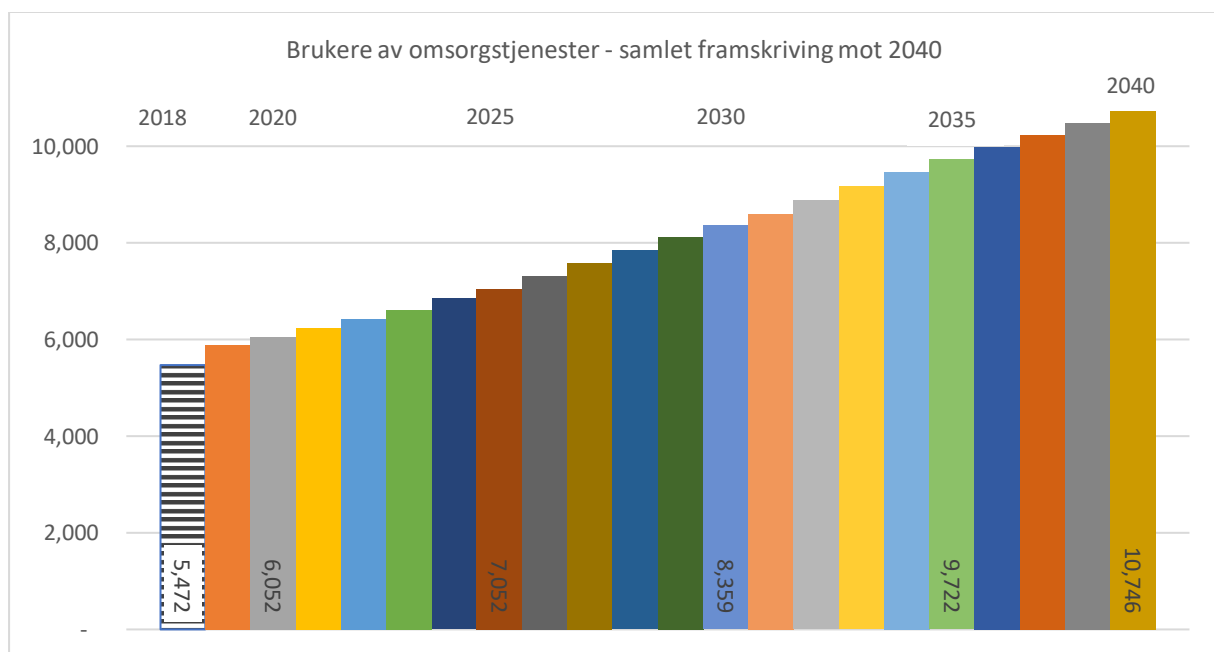
Fremtidig behovsutvikling

Tromsø kommune er i en innledende fase for å analysere fremtidens tjenestebehov i helse- og omsorgssektoren. Beregningene har tatt utgangspunkt i SSB sitt middelalternativ, og befolkningsprognosen ligger derfor noe under de framskrivingene som tidligere er gjort med BASIS-alternativet i KOMPAS.

Videre er det tatt utgangspunkt i SSB nr. 11645 som viser brukere av ulike omsorgstjenester per 31.12.2018. Denne statistikken gir anledning til å se antallet

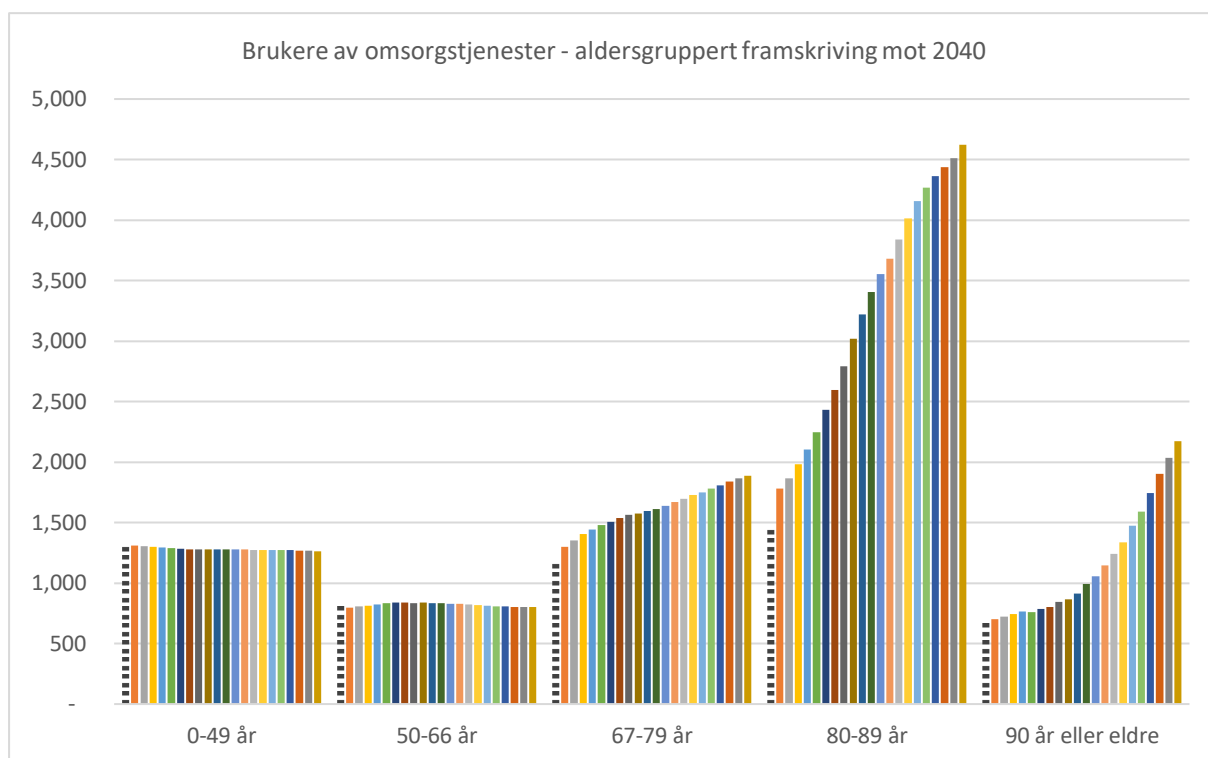
brukere på mer detaljerte tjenesteområder. Vi kan også bryte den ned på ulike aldersgrupper. I de påfølgende figurene utgjør 2018 basisåret. Basisåret er fremskrevet gjennom å først beregne størrelsen for de ulike aldergruppene for hvert år frem mot 2040. Deretter er det lagt til grunn at en like stor prosentandel av aldersgruppen mottar tjenesten som i basisåret. Figurene viser det en prognose på forventet antallet brukere dersom vi viderefører dagens tjenesteprofil.

SSB sin tall viser at Tromsø kommune hadde 5 472 personer som mottok ulike omsorgstjenester i 2018. Dersom vi legger til grunn at en prosentmessig like stor andel av befolkningen skal ha samme tjenester i 2030 og 2040 vil dette utgjøre henholdsvis 8 121 og 10 746 personer.



Figur 2 Figuren viser framskriving av brukerbehovet basert på statistikk fra SSB. Figuren viser utviklingen fra 2018 (helt til venstre) til 2040 (helt til høyre). Kilde: SSB statistikk 11645: Brukarar av omsorgstjenester per 31.12., etter region, alder, tenestetyp, statistikkvariabel og år og SSB statistikk 11668: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter region, alder, statistikkvariabel og år. Bearbeidet av Tromsø kommune.

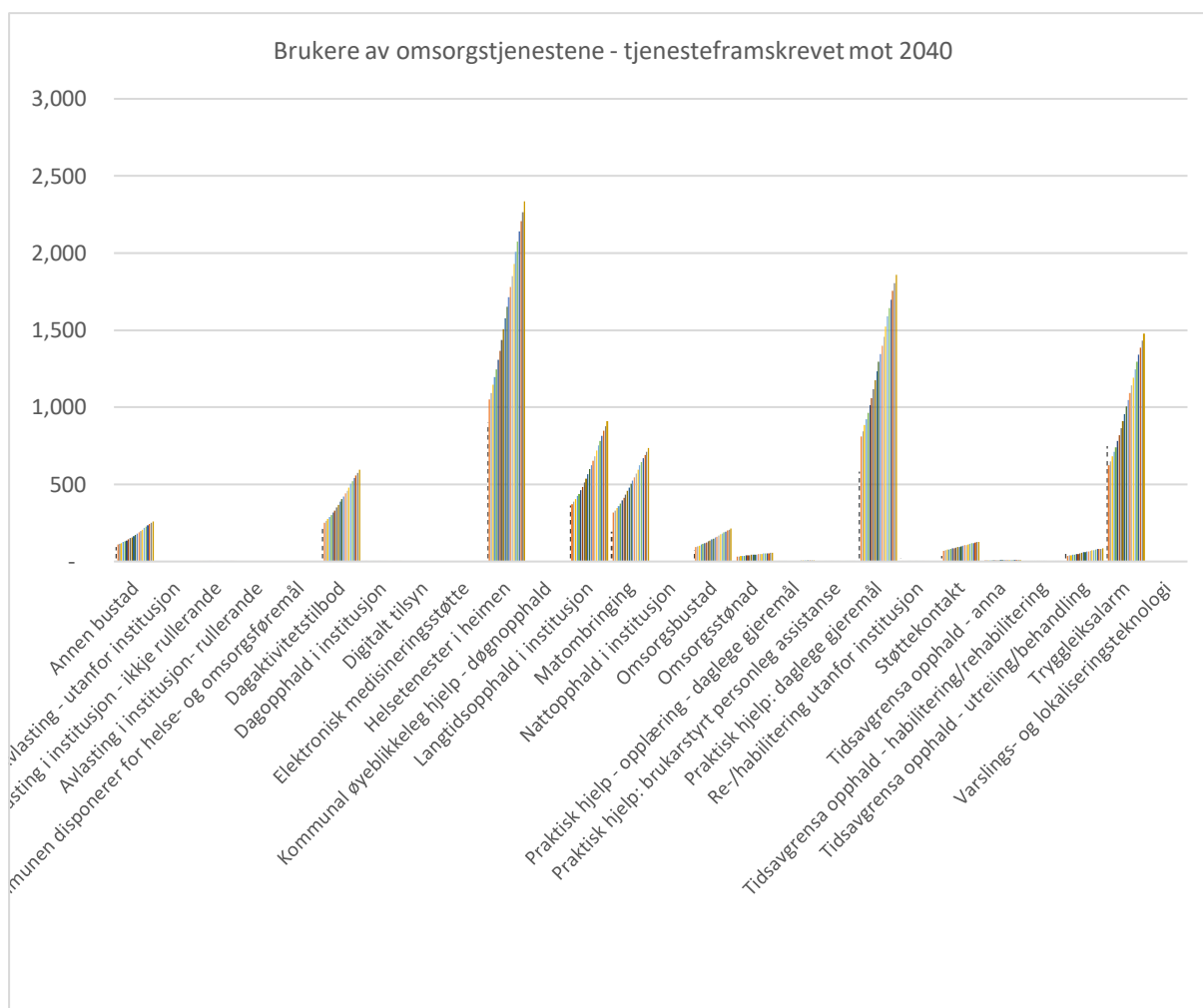
Framskrivingene kan brytes ytterligere ned på aldersgrupper og de ulike delene av tjenestene.



Figur 3 Figuren viser framskrivning av brukerbehovet basert på statistikk fra SSB. Figuren viser utviklingen fra 2018 (helt til venstre på aldersgruppen) til 2040 (helt til høyre på aldersgruppen) for hver aldersgruppe. Kilde: Se Figur 2.

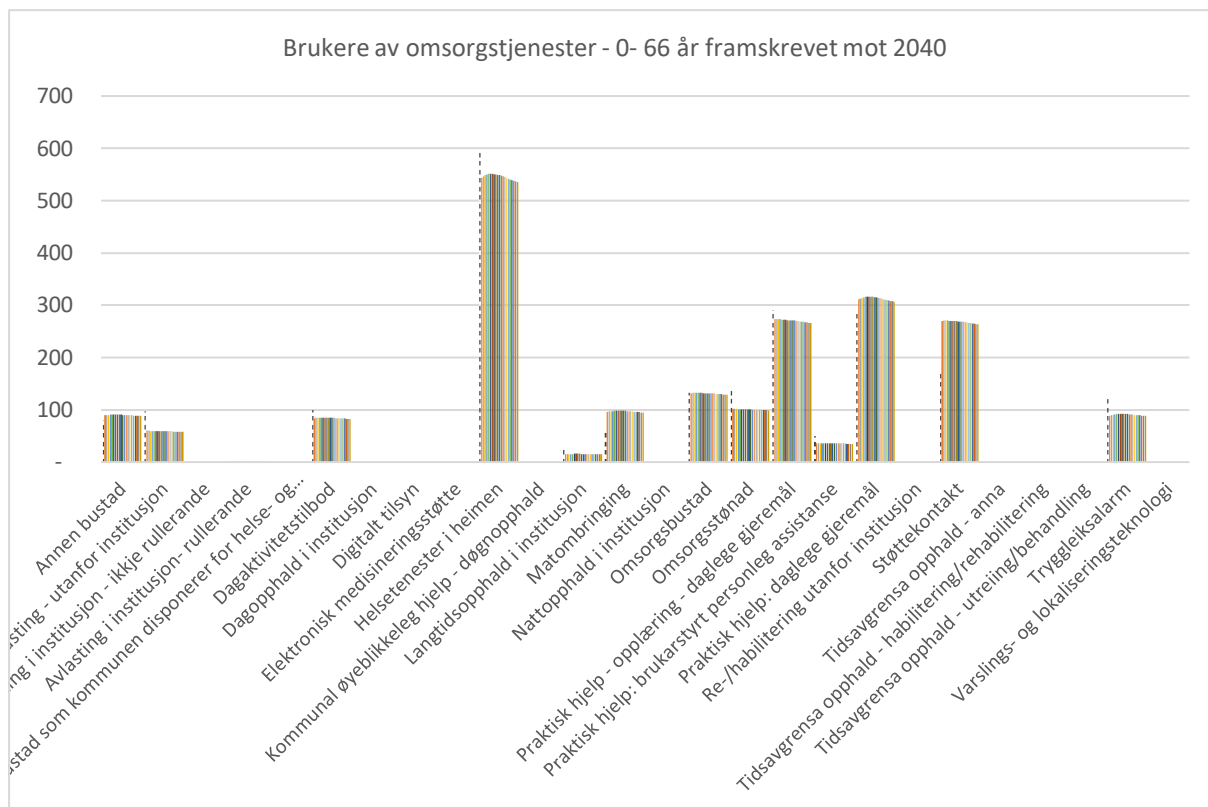
Vi ser at vi kommer til å ha en sterk vekst i omsorgsbehovet til personer i aldersgruppa 80 til 89 år. Vi ser også at omsorgsbehovet vil øke både i aldersgruppa 67-79 år og hos de over 90 år. Dette skyldes i stor grad at vi vil ha en større andel innbyggere i denne aldersgruppen.

Det overordnede bildet viser at enkelte deler av tjenesten vil oppleve en betydelig vekst dersom vi også i fremtiden skal løse oppgavene på samme måte som i dag. Dette gjelder særlig helsetjenester hjemme, praktiske hjelp hjemme, trygghetsalarm, langtidsopphold i institusjon, matombringning, dagaktivitetstilbudet og de ulike boligordningene.

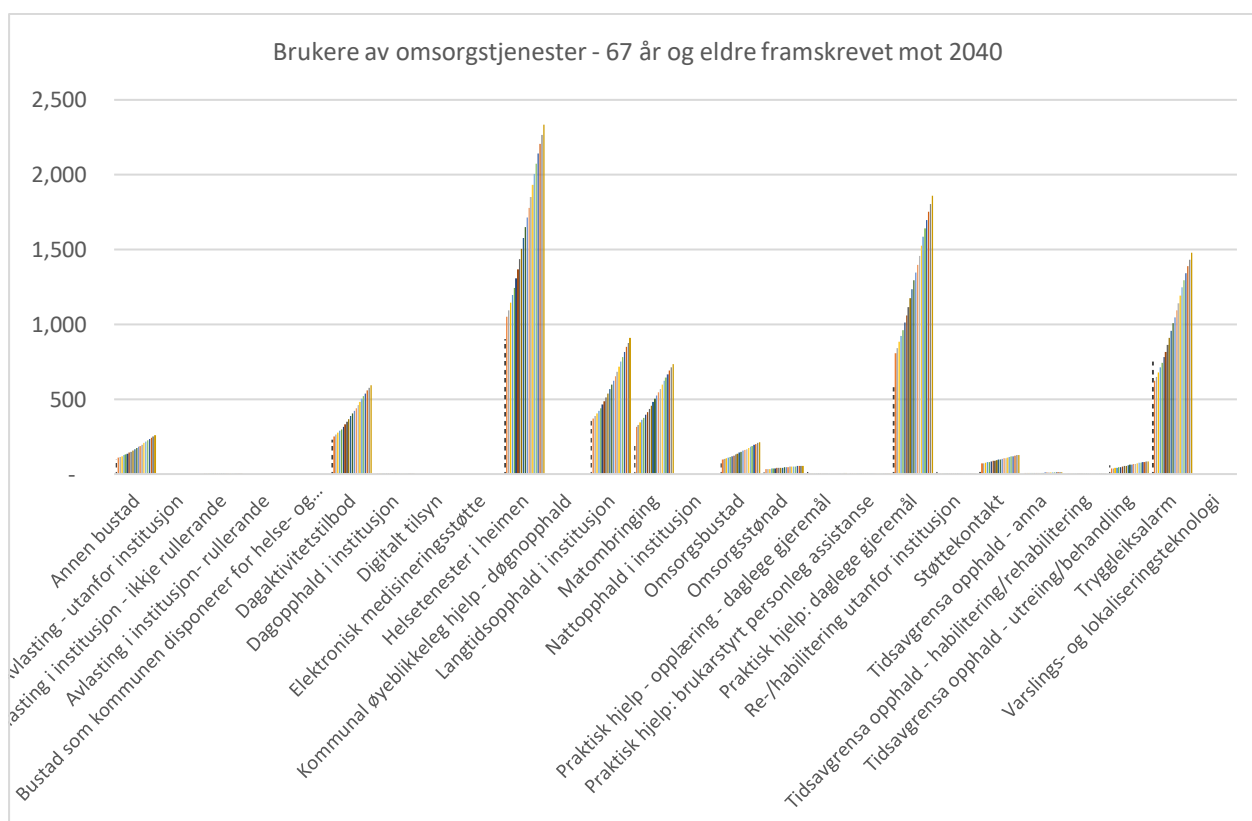


Figur 4 Figuren viser framskrivning av brukerbehovet basert på statistikk fra SSB. Figuren viser utviklingen fra 2018 (helt til venstre) til 2040 (helt til høyre) for de ulike delene av omsorgstjenesten. Kilde: Se Figur 2.

Ved å kombinere informasjonen over ser vi at ulike alders- og brukergrupper vil ha behov for ulike tjenester i årene som kommer. Figur fire viser at aldersgruppene opp til 66 år i stor grad trenger helsetjenester og praktisk hjelp hjemme, støttekontakt og omsorgsbolig. Figur 5 viser at ved en videreføring av dagens tjenesteprofil vil aldersgruppen fra 67 år og oppover legge et betydelig beslag på ressursene i hjemmetjenesten og på institusjonsplassene.



Figur 5 Figuren viser framskriving av brukerbehovet basert på statistikk fra SSB. Figuren viser utviklingen fra 2018 (helt til venstre) til 2040 (helt til høyre) for de ulike delene av omsorgstjenesten for aldersgruppen 0 til 66 år. Kilde: Se Figur 2.



Figur 6 Figuren viser framskriving av brukerbehovet basert på statistikk fra SSB. Figuren viser utviklingen fra 2018 (helt til venstre) til 2040 (helt til høyre) for de ulike delene av omsorgstjenesten for brukere over 67 år. Kilde: Se Figur 2.

Kostnadsreduksjon når lønn er kostnadsdriveren

Som nevnt over brukte avdeling for helse og omsorg 135 millioner kroner mer i 2019 enn hva de har i budsjett i 2020. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig kostnadsreduksjon på 370 000 kroner per dag gjennom hele 2020.

En stor andel av budsjettkostnadene i avdeling for helse og omsorg er knyttet til lønnsbudsjettet. Dette skyldes at helse- og omsorgstjenesten er en arbeidsintensiv tjeneste av flere grunner:

- Mange av brukerne er tildelt et gitt timeantall, som igjen definerer personalbehovet for å dekke tildelte timer.
- Formalkrav stiller krav til minimumsbemanning i enkelte deler av tjenestene.
- Helsebyggenes utforming gir behov for flere ansatte på jobb for å sikre forsvarlig tjeneste.
- Tjenesteprofilen samsvarer ikke med det faktiske brukerbehovet. Derfor «løftes brukere» opp til et mer ressurskrevende tjenestenivå (eks. institusjonsplass med bemanningskrav fordi vi mangler en tilrettelagt bolig hvor personen kunne bodd uten heldøgns bemanning).
- Høyt sykefravær gir stort behov for innleie av vikarer.
- Praksisen med å ansette direkte på enheten, og ikke i Tromsø kommune som organisasjon, gjør det vanskelig å flytte arbeidskraftressursen mellom avdelinger, enheter og seksjoner.
- Flere av punktene over gjør det vanskelig å planlegge en god turnusordning.

Dersom Tromsø kommune skal lykkes med å ta ned kostnadene innenfor helse- og omsorgssektoren vil de største gevinstene derfor være knyttet til strukturelle grep som gjør at lønnskostnadene går ned. For å få til dette må det jobbes med de «utløsende» årsakene til høye lønnskostnader.

For de som har behov for velferdstjenestene vil det å gi riktig hjelp til rett tid og i riktig omfang bidra til å redusere etterspørselen. Dette fordi rett hjelp til rett tid bidrar til å utsette forfall, og dermed redusere behovene (etterspørselen) etter kommunale helse- og omsorgstjenester. Dersom vi også lykkes med å tilrettelegge tjenestene slik at de innbyr til mestring og selvhjulpenhet, får vi en ytterligere reduksjon i etterspørselen etter omsorgstjenester, samtidig som innbyggerne i størst mulig grad kan være sjef i eget liv.

Det er verdt å merke seg at en reduksjon av sykefravær ikke bare vil være kostnadssparende for kommunen. Det vil gi en bedre arbeidshverdag for den enkelte ansatte, styrke arbeidsmiljøet og sikre mer kontinuitet og kvalitet i tjenesten for brukerne og pårørende.

Rett hjelp til rett tid

For å sikre at brukerne får rett hjelp til rett tid er det en forutsetning at helse- og omsorgstjenesten er dimensjonert slik at den evner å fange opp de ulike brukergruppene tidsnok til at de kan gi en forsvarlig hjelp. De må også prioritere ressursbruken slik at tiltakene gir mest mulig helse i befolkningen.

Denne måten å arbeide på er sentral i «LEON-prinsippet» som allerede ligger til grunn for helse- og omsorgstjenesten i Tromsø kommune. «LEON-prinsippet» sier at hjelpen skal gis på Laveste Effektive OmsorgsNivå. I praksis innebærer dette at tjenester skal leveres på et tidlig tidspunkt og i et slikt omfang at behovet for mer komplekse tjenester reduseres.



Dette kan illustreres ved hjelp av en velferdstrapp. På trinn én er forebygging for hverdagsmestring. Formålet med trinn én er å forebygge på en måte som styrker folkehelsen. På den måten kan den enkelte selv leve et mest mulig selvstendig liv. Trinn to er lavterskeltilbud med fokus på tidlig innsats, veiledning og tilrettelegging. Formålet på trinn to er å legge til rette for at den enkelte får en enkel tilrettelegging som gjør brukeren i stand til å mestre eget liv. På trinn tre gis det hverdagshjelp – det vil si ulike former for hjemmetjenester i form av praktisk bistand, opplæring og støttekontakttjenester. På dette trinnet er det en mer individuelt tilpasset praktisk støtte

for at brukeren i størst mulig grad skal klare å mestre egen hverdag. Trinn fire omfatter helsetjenester i hjemmet. Herunder hjelp til å ivareta medisinske behov. Trinn fem utgjør det øverste trinnet i omsorgstrappen og omhandler ulike former for øyeblikkelig hjelp, kort- og langtidsopphold i institusjon og heldøgnsbemannet omsorgsbolig. Innenfor hvert av trinnene går det an å differensiere ytterligere både på tiltak og de ulike seksjonene i kommunen.

Et vesentlig poeng med velferdstrappa er at de fleste innbyggere vil oppleve en bedre hverdag dersom de kan få hjelp på et lavt nivå i trappa. Dette fordi tiltakene på de lavere trinnene er mindre inngripende i den enkelte persons liv, og dermed gjør at den enkelte beholder større kontroll over eget liv. Eksempler på dette er hjelp til snømåking slik at den enkelte kan gå ut av hjemmet uten hjelp eller medisinroboter som sikrer at brukere får medisinen til rett tidspunkt uavhengig av vær- og føreforhold som kan medføre forsinkelser for hjemmetjenesten.

For kommuneorganisasjonen er det også slik at det er økonomisk gunstig å gi hovedtyngden av helse- og omsorgstjenestene på lave nivå i velferdstrappa. Dette fordi kostnadene per bruker øker for hvert trinn i velferdstrappa.

Eksempel på dreining av tjenesteprofilen – styrking av hjemmetjenesten og heldøgns omsorg for den eldre befolkningen

I årene fremover er det forventet at antallet brukere med demensdiagnose vil øke som følge av at vi får flere eldre. Avhengig av hvor langt sykdomsbildet har utviklet seg vil det de fleste demenspasienter på et tidspunkt ha behov for plass i heldøgns omsorgsbolig eller på sykehjem. Det er gjort omfattende forskning på demenssykdom, og hvor stor prosentandel av ulike aldersgrupper som utvikler demens. Dette gjør det mulig å fremskrive hvor stor andel av befolkningen i Tromsø som kommer til å ha en demensdiagnose i årene fremover.

Gitt LEON-prinsippet er det ønskelig å legge til rette for at innbyggerne kan bo hjemme lengst mulig. Dette gjelder også demenspasienter i en tidlig fase av sykdomsforløpet.

I eksemplene nedenfor er det beregnet hvor stor andel av befolkningen som forventes å ha en demensdiagnose basert på tall fra Folkehelseinstituttet. Følgende forutsetninger er lagt til grunn:

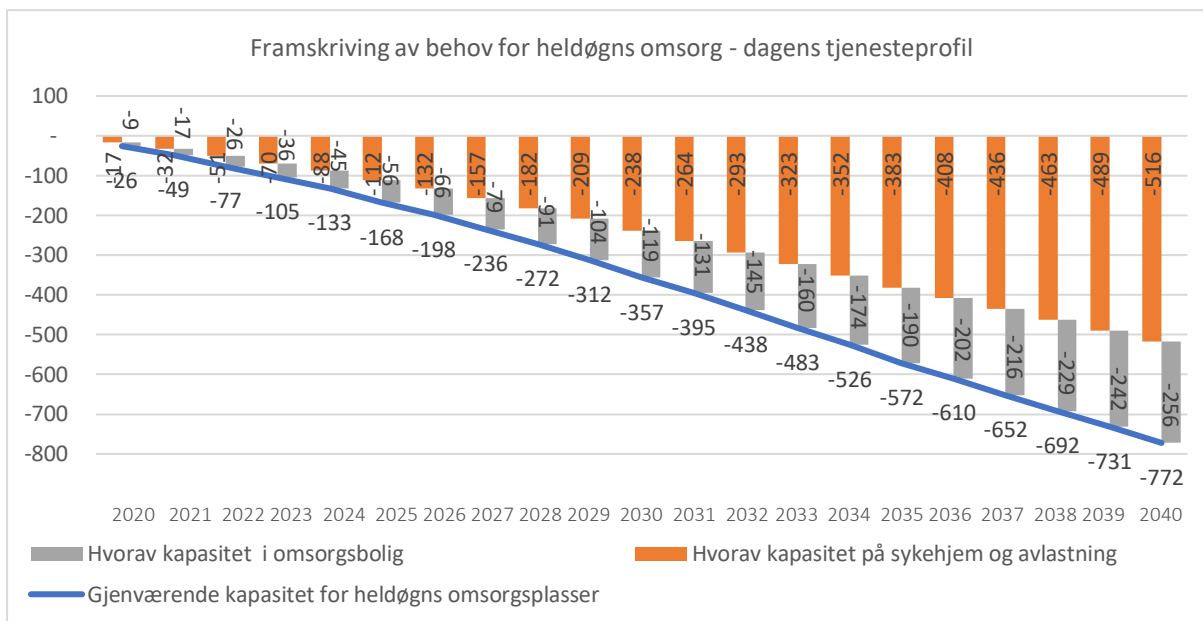
	Dagens tjenesteprofil	Tjenesteprofil med styrket hjemme-tjeneste og flere heldøgns omsorgsboliger
<i>Innbyggere med demensdiagnose som tilbys heldøgns omsorgsplass¹</i>	60 %	55 %
<i>Innbyggere med demensdiagnose som tilbys målrettede hjemmetjenester¹</i>	40 %	45 %
<i>Andel heldøgns omsorgsplasser forbeholdt demens²</i>	80 %	80 %
<i>%-andel plasser i sykehjem</i>	67 %	60 %
<i>%-andel plasser i heldøgns omsorgsbolig</i>	33 %	40 %
<i>Antall plasser forbeholdt personer over 80 år³</i>	80 %	80 %

Tabell 2 Forutsetninger for framskriving av behov i to ulike tjenesteprofiler.

1. Tall fra Norge viser også at 40 % av de som i dag mottar hjemmetjenester har en demensdiagnose. Dette tallet er lagt til grunn for Tromsø å beregne tjenesteprofilen per april 2020 da kommunen ikke har egne oppdaterte tall.
2. Det foreligger nasjonal anbefaling om at 80 % av plassene i heldøgns omsorg og på institusjonsplasser bør være forbeholdt personer med demens.
3. Det foreligger nasjonal anbefaling om at 80 % av plassene på heldøgns omsorg og på institusjoner bør være forbeholdt personer over 80 år.

Framskriving av dagens tjenesteprofil frem mot 2040

Med framskriving av dagens tjenesteprofil er det tatt utgangspunkt i at vi viderefører dagens fordeling hvor 67 % av plassene er på sykehjem, mens 33 % av plassene er i heldøgns omsorgsbolig.



Figur 7 Framskrivning av behov for heldøgns omsorg, sykehjem og omsorgsboliger, fram mot 2040 med dagens tjenesteprofil.

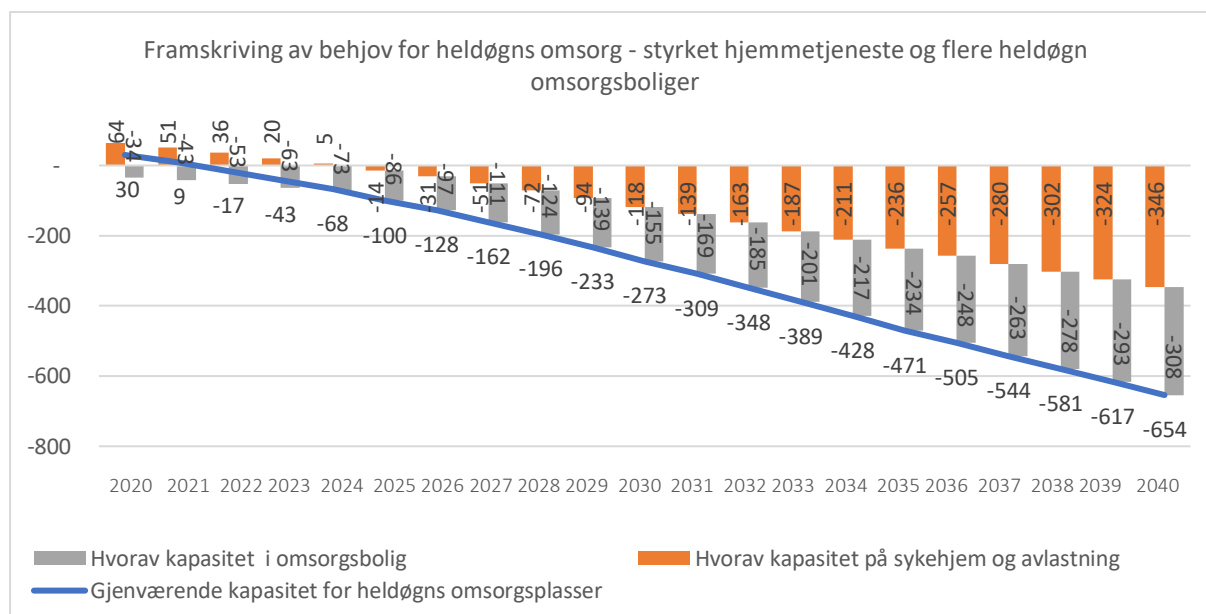
Prognoser knyttet til dagens tjenesteprofil viser at Tromsø mangler 26 plasser til heldøgns omsorg dersom vi beregner behovet ut i fra prognostisert demensandel i befolkningen. Gitt dagens fordeling av heldøgns omsorgsboliger og sykehjemsplass er det en underdekning på henholdsvis 9 og 17 plasser.

Til sammenligning av prognose og faktisk virkelighet har Tromsø i utgangen av april 2020 23 plasser på venteliste.

Ved å videreføre dagens tjenesteprofil vil Tromsø mangle 168 heldøgns omsorgsplasser i 2025, 357 plasser i 2030, 572 plasser i 2035 og 772 plasser i 2040. Ved en videreføring av dagens tjenesteprofil tilsier dette at det må etableres fire nye sykehjem med 160-180 plasser frem mot 2040. Dette tilsvarer en utbyggingstakt på ett sykehjem hvert femte år.

Det må i tillegg etableres i gjennomsnitt 13 heldøgns omsorgsboliger per år for å dekke det samlede behovet for denne brukergruppen.

Framskrivning av tjenesteprofil med styrket hjemmetjeneste og flere heldøgns omsorgsboliger



Figur 8 Framskrivning av behov for heldøgns omsorg, sykehjem og omsorgsboliger, fram mot 2040 med tjenesteprofil med styrket hjemmetjeneste og flere plasser i heldøgns omsorgsbolig.

I denne tjenesteprofilen legges det opp til en forsterket hjemmetjeneste, slik at flere av brukerne kan motta helsetjenester hjemme uten behov for heldøgns omsorgsplass. Der fordelingen er 60 % plasser på sykehjem og heldøgns omsorg og 40 % hjemmetjenester i dagens tjenesteprofil, er dette forskjøvet til henholdsvis 55 % og 45 % i denne. Det er også lagt inn en større andel heldøgns omsorgsplasser til fordel for plasser på sykehjem. Der dagens tjenesteprofil viser at vi har 67 % sykehjemsplasser og 33 % heldøgns omsorgsplasser er det her lagt opp til henholdsvis 60 % og 40 %.

Framskrivning av denne tjenesteprofilen viser at det samlede behovet for plasser til heldøgns omsorg reduseres med 118 plasser i 2040. Dette sammenlignet med behovet i dagens tjenesteprofil. Denne reduksjonen vil føre til en tilsvarende økning i antall brukere i hjemmetjenesten.

Det er fortsatt behov for å etablere 2 sykehjem med 160-180 plasser i årene frem mot 2040 med denne tjenesteprofilen. Dette tilsvarer en utbyggingstakt på ett sykehjem hvert tiende år.

Det må i tillegg etableres i gjennomsnitt 16 heldøgns omsorgsboliger per år beregnet for eldre for å dekke det samlede behovet for denne brukerguppen.

Det gjøres oppmerksom på at dette er en foreløpig beregning basert på andelen eldre med forventet demensdiagnose i befolkningen. Det vil i tillegg være behov for å tilrettelegge helse- og omsorgsbygg for andre brukergrupper.

Justering og dimensjonering av velferdstrappa

På bakgrunn av det overnevnte arbeider avdeling for helse og omsorg med å justere og dimensjonere velferdstrappa. I 2020 har avdelingen særlig fokus på:

1. Gjennomgang av tjenestebeskrivelsen for å sikre sammenheng mellom forsvarlig tjenesteprofil og ønsket tjenesteprofil.
 - 1.1. Tjenestebeskrivelsen er nøkkelen fordi:
 - Den legger rammen for framtidig etterspørsel.
 - Den gir grunnlag til å evaluere og korrigere eksisterende vedtak.
 - Den sikrer at like tilfeller behandles likt.
 - Fritar ansatte fra urimelig ansvar for «hemmelige helsetjenester»
 - Sikrer lik praksis fra saksbehandlere til den praktiske utøvelsen
 2. Ledelse og organisasjonsutvikling
 - 2.1. Redusere sykefraværet fordi økt nærvær gir bedre arbeidsmiljø, høyere kvalitet i tjenesten og mer forutsigbarhet for brukere og pårørende
 - 2.2. Innføre måleverktøy som synliggjør sammenhengen mellom budsjett og produksjon
3. Justere og dimensjonere tjenesteprofilen gjennom velferdstrappa og LEON-prinsippet med tilhørende justering av produksjonen.
 - 3.1. Dimensjonere boligporteføljen slik at den underbygger justeringer i tjenesteprofilen. Herunder:
 - Øke antallet plasser i omsorgsbolig og andre kommunalt disponerte boliger
 - Ivareta behovet for bygging, vedlikehold av omdisponering av bygg til helse og omsorgsformål i samarbeid med Avdeling for bymiljø
 - Målrette anskaffelser av velferdsboliger basert på kommunens behov
 - Hindre unødvendige leiekostnader
 - Stimulere til offentlig/privat samarbeid i bygg- og boligformål
 - 3.2. Evaluere og korrigere timeantallet for de hjemmebaserte tjenestene i tråd med tjenestebeskrivelsen med tilhørende tilpasning av turnus.
 - 3.3. Oppstart av prosjekt som øker kvaliteten i vedtaksprosessen

3.4. Øke andelen ansikt til ansikt-tid.

3.5. Avstemme tildelt tid med utført tid.

Disse tiltakene suppleres med flere tiltak i Økonomirapport 1 – 2020. Arbeidet med Kvaløysletta sykehjem og ny bygg- og boligstrategi er også en del av årets arbeid.

Konklusjon

Kommunedirektøren anbefaler at Tromsø kommune tar saken til orientering.

Vedtakskompetanse

Kommunestyret

Vedlegg