

FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet og ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene

Tromsø kommune



Rapport 2022

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Tromsø kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot pleie- og omsorgstjenestene, herunder særlig hjemmetjenester. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Tromsø kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Tromsø kommune for samarbeidet i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 25.1.2022

Margrete Mjølhus Kleiven
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Astrid Indrebø
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

Denne forvaltningsrevisjonen omhandler kvalitet og ressursbruk i kommunens pleie- og omsorgstjenester, og er gjennomført med utgangspunkt i fire problemstillinger:

1. *Har Tromsø kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmetjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*
2. *Hvilke systemer har Tromsø kommune for brukerinvolvering/brukerinvolvering i hjemmetjenestene? Hvordan brukes resultater fra brukerundersøkelser?*
3. *Hvordan er Tromsø kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenestene i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?*
4. *Hvilke tiltak rettet mot kvalitet og ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene er besluttet? Er tiltak iverksatt/fulgt opp som forutsatt?*

Tromsø kommunes pleie- og omsorgstjenester er organisatorisk en del av avdeling for helse og omsorg. Avdeling for helse og omsorg har fire seksjoner, hvorav en av disse er seksjon for hjemmetjenester. I denne seksjonen er det fem enheter som yter hjemmetjenester; Fastlandet hjemmetjeneste, Kvaløya hjemmetjeneste, Sentrum hjemmetjeneste, Midtbyen hjemmetjeneste og Nordøya hjemmetjeneste. Under problemstilling 1 og 2 er det systemene til seksjon for hjemmetjenester og enhetene som vi har undersøkt og vurdert. Også enheter i andre seksjoner i kommunen yter hjemmetjenester, men disse omfattes ikke av problemstillingene 1 og 2.

Vi har for problemstilling 1 og 2 utledet revisjonskriterier fra helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Sistnevnte forskrift stiller krav om at kommunen skal ha et dokumentert styringssystem. I forskriften er det listet opp oppgaver som virksomheten har tilknyttet planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Vi gjør vurderinger av Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester under disse to problemstillingene.

Problemstillingene 3 og 4 gjelder alle kommunens pleie- og omsorgstjenester. Disse problemstillingene er deskriptivt formulert, og vi gjør ikke vurdering av kommunen opp mot revisjonskriterier. Vi drøfter og oppsummerer funnene.

Problemstilling 1: Dokumenterte rutiner og systemer

Revisors konklusjon på problemstilling 1 er at Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester til dels har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmetjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

Mange av våre funn får relevans for flere av de ulike revisjonskriteriene og må ses i sammenheng. Det vil si at avvik opp mot noen revisjonskriterier må vektlegges i vurderinger av øvrige revisjonskriterier. For flere av våre vurderinger opp mot revisjonskriteriene om hva et styringssystem bør bestå av, har det betydning at *Overordnet kvalitetsplan for Helse og omsorg* ikke er fulgt opp som fortsatt. Kvalitetsplanen ble vedtatt i 2016, med fremdriftsplan for kvalitetsarbeidet frem til 2019. Det er ikke etter dette utarbeidet ny, overordnet

kvalitetsplan. Av planen fremgår at den danner grunnlaget for kvalitetssystem i avdelingen og skal bidra til å oppfylle forskriftskravene. Planen gjelder for hele avdeling for helse og omsorg, og ikke kun seksjon for hjemmetjenester. Den gjelder imidlertid også for denne seksjonen.

Seksjon for hjemmetjenester har på flere områder dokumentasjon for styringssystemet, men det mangler også en del dokumentasjon. Sentrale planer og rutiner skal være i Compilo (kvalitetssystem). I mars 2020 gjennomgikk Compilo en revisjon som medførte at alle dokumenter som ikke hadde blitt revidert, ble fjernet. Revisjonsansvarlig for de fleste dokumentene sluttet i kommunen i 2019 etter omstilling på grunn av økonomisituasjonen og innsparingskravene, og en mistet dermed de fleste dokumenter i Compilo, har administrasjonen opplyst. Situasjonen med covid-19 har påvirket arbeidet med å få lagt inn dokumenter i Compilo etter dette.

Konklusjonen på problemstilling 1 bygger på vurderingene som gjengis i det videre: Revisors vurdering er at Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester **ikke har et tilstrekkelig dokumentert styringssystem** for hjemmetjenestene. Videre vurderer vi at Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester **til dels** har *vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i hvilken grad dette skal dokumenteres*. Bakgrunnen for dette er blant annet at planer kommunen selv har vurdert som nødvendige ikke er utarbeidet og at kommunen ikke har helhetlig dokumentasjon av styringssystemet.

Når det gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, vurderer vi at Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene til dels ivaretar dette. Det innebærer at følgende revisjonskriterier vurderes som til **dels oppfylt**:

Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester skal innenfor hjemmetjenestene

- *planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Flere av elementene i dette ivaretas, men også her det betydning at føringene i overordnet kvalitetsplan ikke er fulgt opp. Dette innebærer at arbeidet ikke er underlagt tilstrekkelig systematikk med planlegging, gjennomføring av det som er planlagt, evaluering og korrigerende. Videre vektlegger vi også at det ikke systematisk innhentes erfaringer fra tjenestemottakere.

Problemstilling 2: Systemer for brukerinvolvering og brukervedvirkning

Revisors konklusjon på problemstilling 2 er at Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester i stor grad har systemer for brukerinvolvering/brukervedvirkning. Kommunen har også en plan for gjennomføring av brukerundersøkelser; slike skal gjennomføres annet hvert år. Dette er imidlertid ikke gjort siden 2016, og revisor konkluderer med at Tromsø kommune ikke gjennomfører og bruker resultater fra brukerundersøkelser som forutsatt innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester.

Konklusjonen på problemstilling 2 bygger på følgende vurderinger:

Revisjonskriteriet om at *Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester skal ha etablert systemer for innhenting av tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter innenfor hjemmetjenestene* vurderes som **ikke oppfylt**.

Bakgrunnen for vurderingen er at Tromsø kommune i overordnet kvalitetsplan har fastsatt at det skal gjennomføres brukerundersøkelser annet hvert år. Det er imidlertid ikke gjort siden 2016. Vi vurderer derfor at kommunen ikke har tilstrekkelige systemer for innhenting av erfaringer og synspunkter fra tjenestemottakere.

Revisjonskriteriene om at *Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester skal sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet og legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner*, vurderer vi som **oppfylt**.

Bakgrunnen for vurderingene er at vi har fått opplyst at alle enheter i hjemmetjenesten har brukerutvalg, noen har flere. Seksjonsleder møter fast i eldrerådet. Eldrerådet og kommunalt råd for personer med nedsatt funksjonsevne involveres på ulike måter i arbeidet med planer og prosjekter. Ved større endringer og omorganiseringer i avdeling for helse og omsorg, som også omfatter hjemmetjenestene, er det gjennomført høringer og/eller høringsmøter med rådene og brukerorganisasjoner.

Revisjonskriteriet om at *Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester skal ha systemer som ivaretar tjenestemottakers rett til å medvirke*, vurderer vi som **i stor grad, men ikke fullt ut, oppfylt**.

Bakgrunnen for vurderingen er at tjenestemottakers rett – og plikt – til å medvirke er beskrevet i tjenestebeskrivelser. Kommunen har også beskrevet at bruker skal være med på utforming av planen for hjelpen som gis. Med bakgrunn i opplysningene vi har fått, oppfatter vi at Tromsø kommune har systemer som skal ivareta tjenestemottakers rett til å medvirke. Imidlertid er ikke plan for individuell brukermedvirkning – som kommunen selv har vurdert bør utarbeides – ferdigstilt. Derfor vurderes kriteriet som ikke fullt ut oppfylt.

Problemstilling 3: Ressursbruk

Vi har brukt regnskapstallene til kommunen for å belyse utviklingen i netto driftsutgift innenfor pleie- og omsorgstjenester i Tromsø kommune, og tall fra KOSTRA og ASSS-nettverket for å sammenlikne med andre kommuner. Regnskapstallene er hentet ut etter samme funksjonsinndeling som KOSTRA benytter.

Regnskapstallene viser at samlet sett har netto driftsutgift for pleie- og omsorgstjenestene økt fra 1,243 milliarder i 2017 til 1,470 milliarder i 2020. Dette er en økning på 18,6 %. Lønnsutgiftene, som utgjør de største utgiftene innenfor tjenesteområdet, har samlet økt med 7,4 % i fireårsperioden. Dette er – tatt i betraktning lønnsvekst i perioden – reelt sett en reduksjon i lønnsutgiftene. I kroner tilsvarer denne økningen i overkant av kr 93 millioner. Utgifter til varer og tjenester har økt med 29 % i perioden, hvorav økning i kjøp av tjenester fra andre – altså tjenester som erstatter kommunens egne tjenester – utgjør en betydelig del av økningen. Også avskrivninger har økt i perioden, noe som har sammenheng med nye investeringer, herunder nye bygg som Helsehuset, Otium bo- og velferdssenter og Trudvang barne- og ungdomsboliger.

Sammenlikningen av ressursbruk innenfor pleie og omsorg mellom Tromsø kommune og gjennomsnittet i andre kommunegrupper, tilsier at Tromsø kommune *prioriterer* både institusjons- og hjemmetjenester høyere enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppa. Tromsø kommunes ressursbruk per innbygger er høyere enn gjennomsnittet for begge tjenesteområdene. Når det gjelder aktivisering og servicetjenester til eldre og funksjonshemmede, tilsier sammenlikningen en lavere prioritering av dette i Tromsø enn i både KOSTRA-gruppa og i landet uten Oslo.

Når et tjenesteområde fremstår som høyt prioritert, kan det skyldes flere forhold. Sammenlikningene viser at Tromsø kommune ikke har flere brukere av institusjonstjenester enn sammenlikningsgruppene. Imidlertid er enhetskostnaden for en institusjonsplass høyere i Tromsø enn i sammenlikningsgruppene. Videre har Tromsø kommune høyere netto driftsutgifter per innbygger til institusjonslokaler. At det er noe høyere bistandsbehov blant mottakere av institusjonstjenester i Tromsø, bidrar til å forklare noe høyere enhetskostnader, men ikke at den samlede ressursbruken på institusjonstjenester er høyere i Tromsø kommune enn i kommuner med relativt sett flere institusjonsplasser. Kommunen tilbyr samtidig færre institusjonsplasser enn gjennomsnittet, noe som skulle bidratt til redusert ressursbruk samlet sett. Tromsø kommune kommer bedre ut enn sammenlikningsgruppene på enkelte indikatorer som skal si noe om kvalitet. Disse er ikke egnet til å trekke noen konklusjoner om kvalitet i tjenestene, men gir indikasjoner på at Tromsø kommune kan ha god kvalitet i tjenestene – målt etter disse indikatorene.

For tjenester til hjemmeboende fremstår også bistandsbehovet høyere enn i sammenlikningsgruppene. Dette er forventet, da færre institusjonsplasser i Tromsø tilsier at det er høy terskel for å få tildelt institusjonsplass og at det dermed også er brukere med høyt bistandsbehov som mottar tjenester i hjemmet. Tromsø kommunes utgifter til boliger med heldøgnsbemanning innenfor tjenester til utviklingshemmede (TTU) var i 2020 betydelig høyere enn i ASSS-nettverket. Administrasjonen har opplyst at disse tallene bør tolkes med forsiktighet, da det er basert på manuelle tellinger som er følsomme for metodikk. Innenfor hjemmetjenestene er Tromsø kommunes ressursbruk på tjenester til aldersgruppen 0-66 år høyere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket, mens den er lavere enn gjennomsnittet for aldersgruppen 67 år og over.¹

Administrasjonen har ved gjennomgang av rapporten oppgitt noen av de samme årsakene som nevnt ovenfor til høyere bistandsbehov innenfor tjenester til hjemmeboende samt noen flere. De har oppgitt følgende årsaker: Høyere terskel for institusjonsplasser, manglende avlastningstilbud, ventelister på dagsenter, ventelister på ergo- og fysiotjenester, venteliste på støttekontakter, lav fagdekning og økende andel tjenestemottakere med demens som i mørketid og vinter ikke kan bo hjemme med kun hjemmetjeneste.

Andre forhold som forklarer høyere ressursbruk i Tromsø kommune samlet sett, er lavere andel ansatte med helsefaglig bakgrunn og flere ansatte per bruker enn i sammenlikningsgruppene.

Tromsø kommune har over tid arbeidet med en såkalt «venstreforskyving» i omsorgstrappa. En slik venstreforskyving skulle tilsi at Tromsø kommune prioriterte de lave trinnene i omsorgstrappa høyt. Sammenlikningen med andre kommuner tilsier at det gjenstår en del arbeid med denne venstreforskyvingen. Hjemmetjenestemottakere i Tromsø kommune tildeles flere timer enn i sammenlikningsgruppene, noe som tilsier at brukere av tjenesten har et høyere

¹ Målt i netto driftsutgifter hjemmetjeneste til den aktuelle aldersgruppen per innbygger i samme aldersgruppe.

bistandsbehov når de først mottar tjenester. Videre er Tromsø kommunes prioritering av aktiviserings- og støttetjenester lavere enn i sammenlikningsgruppene. Kommunen har et lavt antall institusjonsplasser sammenliknet med øvrige sammenlikningsgrupper, men utgiftene tilknyttet disse er forholdsvis høye.

Problemstilling 4: Tiltak rettet mot kvalitet og ressursbruk

Problemstillingen gjelder tiltak rettet mot kvalitet og ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene. Vi har sett på perioden 2016-2020 og tiltak som enten er vedtatt politisk eller orientert om i saker som har vært til politisk behandling.

I perioden 2016-2020 – og i særdeleshet perioden 2017-2018 – ble det igangsatt en lang rekke tiltak innenfor pleie- og omsorgstjenestene og i avdeling for helse og omsorg. I hele perioden har pleie- og omsorgstjenestene hatt merforbruk i henhold til budsjett og det har vært store økonomiske innsparingskrav. Det er fremdeles merforbruk i henhold til budsjett.

Pleie- og omsorgstjenester er komplekse og omfatter flere ulike tjenestetilbud. Det ytes tjenester hele døgnet hver dag hele året. Kommunen er pliktig til å yte tjenester og disse skal være forsvarlige. I tidsperioden 2016-2020 har Tromsø kommune selv pekt på flere utfordringer i tjenestene og iverksatt tiltak for å imøtekomme disse, samtidig som det er gjennomført tiltak for å utvikle og dreie tjenestetilbudet. Det er iverksatt en lang rekke ulike tiltak. Noen av utfordringene og satsingsområdene som går igjen i tidsperioden er:

- Høyt sykefravær
- Utfordringer med å rekruttere fagpersonell
- Dreie tjenesteprofilen med fokus på tidlig innsats og forebygging
- Mangel på lavterskeltilbud
- Mangel på tilrettelagte boliger og bygg

De iverksatte tiltakene har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Det er fremdeles utfordringer med å rekruttere fagpersonell og bruk av vikar/overtid. Dreining av tjenesteprofilen med fokus på tidlig innsats og forebygging tar tid og har hittil ikke gitt alle de ønskede effektene. I 2021 vedtok kommunestyret opprettelse av 93 nye plasser for heldøgns omsorg. Kapasitetsøkningen innenfor heldøgns omsorg var nødvendig, men er ikke i tråd med den ønskede strategien om å dreie tjenestetilbudet. Det er fremdeles mangel på lavterskeltilbud, eksempelvis i form av dagsenterplasser for eldre, hvor det høsten 2021 var 93 personer på venteliste. Mangel på tilrettelagte boliger og bygg er fremdeles en utfordring. I oktober 2020 ble Plan for bygg og boliger 2020 – 2030 i avdeling for helse og omsorg vedtatt.

Administrasjonen har opplyst til revisor at det er krevende å jobbe med forebyggende arbeid og tidlig innsats samtidig som det er store innsparingskrav. For å kunne få til venstreforskyvningen med mer forebygging, tidlig rehabilitering, mestring og at flere skal bo hjemme lengst mulig er det utfordrende å ta ned tjenestevolumet. Det vil nødvendigvis i en periode der en skal «dreie» tjenestene øke i tjenestevolumet, som en «pukkeeffekt», har de opplyst. Det er utfordrende å ta ned tjenestevolumet, ikke ha en balansert tjenesteprofil, ha fokus på forebygging og mestring og med lav kompetansedekning samtidig. Videre har de opplyst at det i flere omganger er gjennomgått profiltall og evaluering av tjenester, uten at en har funnet større avvik på tildeling av tjenesten.

Flere av de planlagte eller vedtatte tiltakene er ikke gjennomført/har ikke latt seg gjennomføre, eller har ikke hatt den ønskede effekten. Samtidig er flere av tiltakene fulgt opp. Etter revisors

oppfatning har avdeling for helse og omsorg, og pleie- og omsorgstjenestene, arbeidet for å følge opp flertallet av tiltakene. Det kan være flere årsaker til at ikke alle er fulgt opp som forutsatt eller har gitt de ønskede effektene. En sentral årsak er etter revisors syn at omfanget av tiltak og arbeid som skulle gjennomføres var så stort, at det var utfordringer med å følge opp alt samtidig – særlig når det samtidig skulle gjennomføres store innsparinger. Målet med flere av tiltakene var nettopp innsparinger, men det kreves likevel ressurser for å gjennomføre mange av disse. Dette har administrasjonen selv belyst i økonomirapporter; opprettelse av nye tilbud som på sikt skal bidra til innsparing har oppstartskostnader. Det er i saker fremlagt for politisk behandling skissert hva som var viktig å prioritere, men det kan synes som at det ikke har vært en helhetlig, samlet plan for prioriteringer av alle tiltak, prosjekter og utviklings- og kvalitetsarbeid.

Noen tiltak har blitt gjennomført og senere reversert eller endret slik at de ikke har gitt forventede økonomiske effekter. Eksempler på dette er etablering av Bemanningskontoret, enheten Arbeid og aktivitet – herunder gruppetilbud fremfor enetilbud og reduksjon av sykehjems plasser.

Et annet aspekt ved gjennomføring av svært mange tiltak samtidig, er at det kan være vanskelig å se effektene av det enkelte tiltak som iverksettes. Dette har administrasjonen bemerket i enkelte saker. Dersom effekter ikke kan måles opp mot målet med tiltaket vil det være vanskelig å vite hva som faktisk fungerer og bør videreføres.

Forbedringsprogrammet ble gjennomført i perioden 2016-2019. Programmet hadde som målsetning å bedre kommunens netto driftsresultat med kr 205 millioner. Totalt var 22 av 59 prosjekter i programmet innenfor helse og omsorg, hvorav flertallet hadde betydning for pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg til det overordnede økonomiske målet, var flere av prosjektene knyttet til kvalitetsheving og/eller prosessforbedring.

Administrasjonen har selv i politisk sak om evaluering av Forbedringsprogrammet vist til at det blir vanskelig å vise til gode resultater på hovedmålene, siden innsatsen ikke egner seg til å påvirke målene direkte. Vi stiller spørsmål ved at administrasjonen ikke kom til dette på et tidligere tidspunkt, og først ved endt programperiode. Forbedringsprogrammet pågikk i en fireårsperiode, og skulle være sentralt for bedring av kommunens økonomiske situasjon. Når målet var å forbedre kommunens netto driftsresultat med 205 millioner kroner, er det naturlig å legge til grunn at prosjektene i programmet har økonomiske mål som i sum utgjør en slik besparelse. Etter revisors oppfatning skulle det på et tidligere tidspunkt blitt tatt grep i Forbedringsprogrammet for å oppnå målsetningen – eller å endre denne. Kommunedirektørens ledergruppe var styringsgruppe for Forbedringsprogrammet. Dersom målet i hovedsak var forbedringsarbeid – og ikke økonomiske besparelser – skulle dette på et tidligere tidspunkt blitt adressert, også til politisk nivå. Dersom målet om økonomiske besparelser var det sentrale, burde prosjektporteføljen i større grad vært tilpasset dette. Vi presiserer at prosjektene i Forbedringsprogrammet i seg selv kan ha vært hensiktsmessige, og det er ikke noe revisor gjør vurderinger av. Problemet er at de ikke var egnet til å påvirke målene med Forbedringsprogrammet, slik administrasjonen selv har vist til.

Forbedringsprogrammet omfattet hele kommunen, ikke bare helse og omsorg. Det var imidlertid avdeling for helse og omsorg, herunder pleie- og omsorgstjenestene, som i denne perioden hadde de desidert største innsparingskravene rettet mot seg og det var stort fokus på kostnadsreduksjon i denne perioden. Forbedringsprogrammet var prioritert og sentralt for kommunen. Når dette programmet ikke nådde den økonomiske målsetningen, ga det et

ytterligere press om innsparinger på andre måter i organisasjonen, og en måtte videreføre/finne nye tiltak for å oppnå disse innsparingene.

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjoner anbefaler vi Tromsø kommune å:

- videreutvikle styringssystemet for hjemmetjenester innenfor seksjon for hjemmetjenester, herunder å:
 - utarbeide og sikre dokumentasjon for styringssystemet og at denne er tilgjengelig og kjent
 - sikre at overordnede planer utarbeides og følges opp i tråd med fastsatt fremdriftsplan
 - sikre at nødvendige rutiner/instrukser foreligger og er tilgjengelige og kjente
 - sikre systematisk planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter
- arbeide videre med tiltak for å sikre tilstrekkelig fagdekning/kompetanse innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester.
- jevnlig innhente tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester, og å benytte disse i arbeidet med styringssystemet.
- gjøre prioriteringer av tiltak innenfor pleie- og omsorgstjenestene og jevnlig evaluere effekter av tiltak som iverksettes.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1 Bakgrunn og bestilling	13
2 Problemstillinger og revisjonskriterier.....	13
2.1 Problemstillinger.....	13
2.2 Revisjonskriterier.....	14
2.2.1 <i>Kilder for utledning av revisjonskriterier</i>	14
3 Metode, datamateriale og avgrensing	18
3.1 Metode og datamateriale.....	18
3.2 Metodevalg, gyldighet og pålitelighet.....	19
4 Pleie- og omsorgstjenester i Tromsø kommune.....	21
4.1 Organisering.....	21
4.2 Nærmere om enhetene som yter hjemmetjenester i seksjon for hjemmetjenester	23
5 Rutiner, systemer og brukerinvolvering.....	26
5.1 Innledning	26
5.2 Overordnede planer for helse og omsorg	27
5.2.1 Overordnet kvalitetsplan	27
5.2.2 Program for utvikling av helse og omsorg	30
5.3 Styringssystem, seksjon for hjemmetjenester	31
5.3.1 Mål, oppgaver, aktiviteter og fordeling av ansvar	31
5.3.2 Risikovurderinger.....	32
5.3.3 Kompetanse og opplæring	34
5.3.4 Avvik og klager.....	36
5.3.5 Brukermedvirkning og brukererfaringer	40
5.4 Revisors vurderinger og konklusjoner	42
6 Ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene	45
6.1 Innledning	45
6.2 Tromsø kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester 2017-2020	47
6.3 Sammenlikninger av ressursbruk med andre kommuner	57
7 Oppfølging av tiltak i pleie- og omsorgstjenestene.....	64
7.1 Innledning	64
7.2 Forbedringsprogrammet.....	67
7.3 Rapporter og analyser, ASSS-samarbeidet	74
7.4 Program for utvikling av helse og omsorg 2017-2018.....	76
7.5 Kommunestyresak: Omstilling av helse og omsorg – oversikt tiltak.....	77
7.6 Økonomirapporter	80
7.7 Venstreforskyvning i omsorgstrappa	89
7.8 Oppsummering.....	92
8 Uttalelse	95
9 Anbefalinger	98
10 Referanser	99
Vedlegg.....	100
Vedlegg 1: Nærmere beskrivelse av KOSTRA-funksjoner	100

1 BAKGRUNN OG BESTILLING

Kontrollutvalget i Tromsø kommune vedtok i sak 89/20 å bestille forvaltningsrevisjon om kvalitet og ressursbruk i kommunens pleie- og omsorgstjenester. Forvaltningsrevisjon med slikt tema er prioritert øverst på Tromsø kommunes plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020-2024. Bakgrunnen for prioriteringen er blant annet at helse og omsorg utgjør en betydelig andel av kommunens virksomhet – målt i andel av netto driftsutgifter. Samtidig har ikke tjenesteområdet vært gjenstand for forvaltningsrevisjon siden 2013.

Kontrollutvalgets hovedformål med prosjektet er å belyse om kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd med krav og målsetninger på området – både når det gjelder sentrale målsetninger og regelverk og eventuelle lokale målsetninger. Kontrollutvalget ønsker også belyst kommunens ressursbruk på tjenesteområdet.

Overordnet projektskisse for forvaltningsrevisjonen ble vedtatt av kontrollutvalget i møte 21.1.2021, sak 3/21.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. *Har Tromsø kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmetjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*
2. *Hvilke systemer har Tromsø kommune for brukerinvolvering/brukerinvolvering i hjemmetjenestene? Hvordan brukes resultater fra brukerundersøkelser?*
3. *Hvordan er Tromsø kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenestene i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?*
4. *Hvilke tiltak rettet mot kvalitet og ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene er besluttet? Er tiltak iverksatt/fulgt opp som forutsatt?*

*Problemstilling 1 og 2 retter seg mot hjemmetjenester og seksjon for hjemmetjenester. Disse problemstillingene skulle gjelde hjemmetjenester til eldre. Enhetene i seksjon for hjemmetjenester yter tjenester til alle aldersgrupper og ikke kun eldre. Det er dermed systemene for hjemmetjenestene som er undersøkt, og ikke kun hjemmetjenestene til eldre. Andre seksjoner i kommunen som yter hjemmetjenester omfattes ikke av problemstilling 1 og 2, de gjelder hjemmetjenester i seksjon for hjemmetjenester. *Problemstilling 3 og 4* omfatter alle pleie- og omsorgstjenester.*

2.2 Revisjonskriterier

2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området. Problemstilling 3 og 4 er av deskriptiv karakter og vi utleder ikke revisjonskriterier for disse. De relevante kildene for utledning av revisjonskriterier for de øvrige problemstillingene i denne forvaltningsrevisjonen er:

- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 2.7.2011 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter
- Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring

2.2.2 Utledning av revisjonskriterier

Problemstilling 1

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, plass i institusjon (herunder sykehjem) og personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt). Kommunens ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, innebærer i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven også plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Nærmere krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktivitet følger av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Det følger av forskriftens § 3 at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne medvirker til dette.

Av forskriftens § 4 følger det at i forskriften betyr styringssystem for helse- og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså *forholdsmessige*. Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det innebærer at hvilket omfang av styringssystemet som er nødvendig vil variere mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig; det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at det ikke kan oppstilles konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet skal ha eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at Tromsø kommune må ha gjort en *vurdering* av

hvilket omfang styringssystemet skal ha og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette. Videre må Tromsø kommune sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften. Disse gjennomgår vi nedenfor.

Basert på det ovenstående, utleder vi som revisjonskriterier at Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester skal ha:

- *Et dokumentert styringssystem for hjemmetjenesten*
- *Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i hvilken grad dette skal dokumenteres*

Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 – 9 følger de nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. Bestemmelsene gjelder henholdsvis plikten til å *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere* virksomhetens aktiviteter.

Det følger av forskriften § 6 at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- Ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.*
- Innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- Ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veileder og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- Planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- Ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring*
- Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon om annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Vi utleder som revisjonskriterium at *Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester innenfor hjemmetjenestene skal planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter følger av forskriftens § 7, og innebærer følgende oppgaver:

- Sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
- Sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.*

- c) *Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- d) *Sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.*
- e) *Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende*

Vi utleder som revisjonskriterium at *Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester innenfor hjemmetjenestene skal gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8, og innebærer følgende oppgaver:

- a) *Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
- b) *Vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*
- c) *Evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen*
- d) *Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*
- e) *Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
- f) *Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*

Vi utleder som revisjonskriterium at *Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester innenfor hjemmetjenestene skal evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 9 og innebærer følgende oppgaver:

- a) *Rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold*
- b) *Sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres*
- c) *Forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Vi utleder som revisjonskriterium at *Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester innenfor hjemmetjenestene skal korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Problemstilling 2

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal sørge for at virksomheter som er omfattet av helse- og

omsorgstjenesteloven etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Helse- og omsorgstjenesten skal også legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner. Av dette utleder vi som revisjonskriterier at Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester skal:

- *Sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet*
- *Ha etablert systemer for innhenting av tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter*
- *Legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner*

Av pasient- og brukerrettighetsloven følger det at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (jf. § 3-1). Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utformingen av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven, som hjemmetjenester. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Av dette utleder vi som revisjonskriterium at *Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester skal ha systemer som ivaretar tjenestemottakers rett til å medvirke.*

Som redegjort for under utledningen av revisjonskriterier under problemstilling 1, angir forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. En del av plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter (forskriftens § 6) innebærer å ha oversikt over brukererfaringer. Som en del av gjennomføringen av virksomhetens aktiviteter, skal hjemmetjenesten *sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.* I evalueringen av virksomhetens aktiviteter, skal kommunen *vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer.* Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter omfatter å gjennomføre korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgstjenesteloven etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres. Vi utleder på bakgrunn av dette ikke eget revisjonskriterium, men dette vil omfattes av våre vurderinger under problemstilling 1.

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapitlene de brukes i.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon². Vi avholdt oppstartsmøte via Teams 17.2.2021. Fra Tromsø kommune deltok konstituert seksjonsleder for hjemmetjenester og leder for stab i seksjon for hjemmetjenester.

Problemstilling 1

For å besvare problemstillingen som gjelder dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre kvalitet i tjenestene, har vi innhentet muntlig informasjon og dokumentasjon fra kommunen. Dokumentasjonen vi har benyttet for å besvare problemstilling 1 består av interne dokumenter i Tromsø kommune. Vi har etterspurt kommunens planer og rutiner for blant annet opplæring, rekruttering, avvikshåndtering, kvalitetsarbeid med mer. Vi har gjennomført samtaler med alle enhetslederne for hjemmetjenester i seksjon for hjemmetjenester.

Problemstilling 2

Problemstillingen gjelder brukervedvirkning og brukerundersøkelser. For å besvare denne har vi innhentet muntlige informasjon og dokumentasjon om Tromsø kommunes arbeid med brukervedvirkning i hjemmetjenestene samt med brukerundersøkelser.

Problemstilling 3

For å besvare problemstillingen som gjelder ressursbruk har vi benyttet Tromsø kommunes egne regnskapstall, tall fra KOSTRA og rapporter fra ASSS-nettverket. Gjennomgangen av ressursbruk gjelder årene 2017-2020.

Når det gjelder KOSTRA-tall, skal alle landets kommuner og fylkeskommuner rapportere om ressursbruk og tjenesteproduksjon til bruk i nasjonale informasjonssystemer. KOSTRA står for K^{ommune}-S^{Tat}-R^{apportering}. Statistisk sentralbyrå sammenstiller dataene som rapporteres og gjennom KOSTRA-tallene tilbys styringsinformasjon til blant annet kommunene. Kommunene rapporterer i henhold til en bestemt funksjonskontoplan. Det er tre funksjoner som er relevante for å belyse ressursbruk innenfor helse- og omsorgstjenester:

- Aktivisering og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede (funksjon 234)
- Bistand, pleie og omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (funksjon 253)
- Bistand, pleie og omsorg til hjemmeboende (funksjon 254)
- Institusjonslokaler (funksjon 261)

Nærmere beskrivelse av hva disse funksjonene omfatter er i rapportens vedlegg 1.

SSB har delt alle landets kommuner inn i såkalte KOSTRA-grupper etter bestemte variabler. Tromsø kommune tilhørte frem til 2020 KOSTRA-gruppe 12, som bestod av kommunene i landet med over 20 000 innbyggere – med unntak av de fire største; Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Fra og med 2020 er alle KOSTRA-grupper blitt endret, og fra 1.1.2020 har Tromsø kommune tilhørt KOSTRA-gruppe 13. Denne gruppen består av elleve kommuner med 75 000 til 300 000 innbyggere.

² RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

Tromsø kommune er med i ASSS-nettverket. ASSS står for Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner. Samarbeidet skal bidra til læring og utvikling i partnerskap mellom kommunene og KS. Det er et samarbeid mellom KS og kommunene Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim og Tromsø. Gjennom ASSS-nettverket utarbeides det årlige rapporter, herunder om ressursbruk på tjenesteområdene. Vi har benyttet rapportene fra ASSS-nettverket til å belyse ressursbruken i Tromsø kommunes pleie- og omsorgstjenester samt for å forklare mulige årsaker til forskjeller mellom Tromsø kommune og sammenliknbare kommuner.

Arbeidsgiveravgift betales av lønn og annen avgiftspliktig godtgjørelse for arbeid og oppdrag i og utenfor tjenesteforhold. Arbeidsgiveravgiften er regionalt differensiert. Landets kommuner er plassert i ulike soner med tilhørende differensierte avgiftssatser i intervallet 0 til 14,1 %. Tromsø kommune tilhører sone 4a med arbeidsgiveravgiftssats på 7,9 % i ordinære næringer. De andre kommunene i KOSTRA-gruppe 12 og 13 samt i ASSS-nettverket ligger i hovedsak i sonen med høyest arbeidsgiveravgiftssats. I sammenligningen av KOSTRA-tallene har revisor ikke gjort noen korrigeringer eller beregninger med bakgrunn i ulik arbeidsgiversats. Årsaken er at det også er andre forskjeller mellom kommunene, som ulikt klima, ulik arealstørrelse mv. som kan ha utslag på utgiftsnivået. Vi gjør likevel oppmerksom på forskjellen i arbeidsgiveravgift, slik at lesere av rapporten har det med seg.

Problemstilling 4

Problemstillingen omhandler kartlegging av hvilke tiltak rettet mot kvalitet og ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene, og hvorvidt disse er fulgt opp som forutsatt. Det har de senere årene vært mange saker om, og mye omtale av, økonomi i avdeling for helse og omsorg i Tromsø kommune, herunder i pleie- og omsorgstjenestene. En periode i 2018 ble det rapportert annenhver uke på tiltak og status i omstilling av sektoren. Det er iverksatt en rekke tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen i avdelingen. Tiltak kan fastsettes både administrativt og politisk. Vi har tatt utgangspunkt i tiltak som *fremgår* av saker som er lagt frem for politisk behandling. Det innebærer at vi har sett på både tiltak som kommer som følge av politiske vedtak og tiltak som er igangsatt av administrasjonen – og orientert om til politikerne. Vi vurderer dette å dekke de viktigste tiltakene.

For å kartlegge tiltak som er besluttet iverksatt, har vi gjennomgått saker fremlagt for politisk behandling i årene 2016, 2017, 2018, 2019 og 2020. I første halvdel av 2016 hadde kommunen parlamentarisk styringsmodell, og vi har for denne perioden gjennomgått saker behandlet av *kommunestyret, byrådet og helse- og omsorgskomiteen*. Fra og med 1.7.2016 har kommunen hatt formannskapsmodell. Fra denne datoen og frem til konstituering etter kommunevalget i 2019, har vi gjennomgått saker behandlet i *kommunestyret, formannskapet og helse- og velferdskomiteen*. Etter dette er det saker behandlet i *kommunestyret, formannskapet og helse- og velferdsutvalget* vi har gjennomgått.

3.2 Metodevalg, gyldighet og pålitelighet

Vi har valgt dokumentanalyse og intervju som metoder i denne forvaltningsrevisjonen. I tillegg har vi benyttet regnskapstall, KOSTRA-tall og ASSS-analyser for å belyse ressursbruk.

I utgangspunktet ønsket vi også å gjennomføre en spørreundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester. Resultatene fra en spørreundersøkelse blant ansatte ville vært relevante for å belyse problemstilling 1 om styringssystem, herunder hvordan de ansatte opplever at dette fungerer. Relevante spørsmål ville blant annet knyttet seg til

ansattes mulighet til å medvirke, hvorvidt de opplever at nødvendige rutiner finnes og er tilgjengelige mv.

Det er flere årsaker til at vi har valgt å ikke gjennomføre spørreundersøkelse. Bakgrunnen for dette er situasjonen med covid-19 og at vi anså det som sannsynlig at denne ville påvirke svarene til de ansatte. Covid-19 har påvirket mulighetene til å møtes, herunder også i personalmøter, noe som kan påvirke opplevelsene av å få medvirke. Kommuneadministrasjonen har også opplyst at fag- og kvalitetskoordinatorer i enhetene har blitt omdisponert til koronarelatert arbeid i ca. 1,5 år samt at det i samme periode har manglet dokumentasjon i Compilo. Compilo gjennomgikk en revisjon i mars 2020 som medførte at alle dokumenter som ikke hadde gjennomgått en revisjon ble fjernet. Revisjonsansvarlig på de fleste dokumentene sluttet imidlertid i 2019 etter omstilling på grunn av økonomisituasjonen og innsparingskravene, og en mistet dermed de fleste dokumenter i Compilo, har administrasjonen opplyst. Dette antar vi også er egnet til å påvirke svarene. Situasjonen med covid-19 har vart så lenge, og pågår fremdeles, at det er metodisk vanskelig å utelukke disse effektene i svarene. Det er i seg selv interessant hvordan situasjonen med covid-19 har påvirket både tjenestene og de ansatte, men det er ikke det vi skal måle i dette tilfellet. Det er med bakgrunn i disse metodiske utfordringene vi ikke har gjennomført spørreundersøkelse.

Vi mener at datamaterialet som presenteres i rapporten oppfyller kravene til gyldighet og pålitelighet. Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og problemstillingene. Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige.

Vi vurderer muntlige opplysninger fra ansatte med lederroller i seksjon for hjemmetjenester som relevante for å belyse styringssystemet og praksis i enhetene. Vi har ingen grunn til å betvile påliteligheten i disse opplysningene. Det skriftlige datamaterialet består av overordnede planer, prosedyrer, rutinebeskrivelser, saksfremlegg i politiske saker og politiske vedtak. Vi betrakter den skriftlige dokumentasjonen som relevant for å belyse styringssystemet og sammen med muntlige opplysninger å utgjøre et tilstrekkelig grunnlag. Også når det gjelder problemstilling 4 om tiltak betrakter vi de skriftlige og muntlige opplysningene som relevante og tilstrekkelige.

I besvarelsen av problemstilling 3 benytter vi KOSTRA-tall og regnskapstall med forbehold om at disse kan inneholde feil med bakgrunn i feilrapportering eller feilføring i regnskapet.

For å sikre datamaterialets pålitelighet har vi også vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg har vi fremlagt beskrivelsen av datamaterialet for kommunen og gjort enkelte suppleringer, endringer og presiseringer med bakgrunn i tilbakemeldingene.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.

4 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER I TROMSØ KOMMUNE

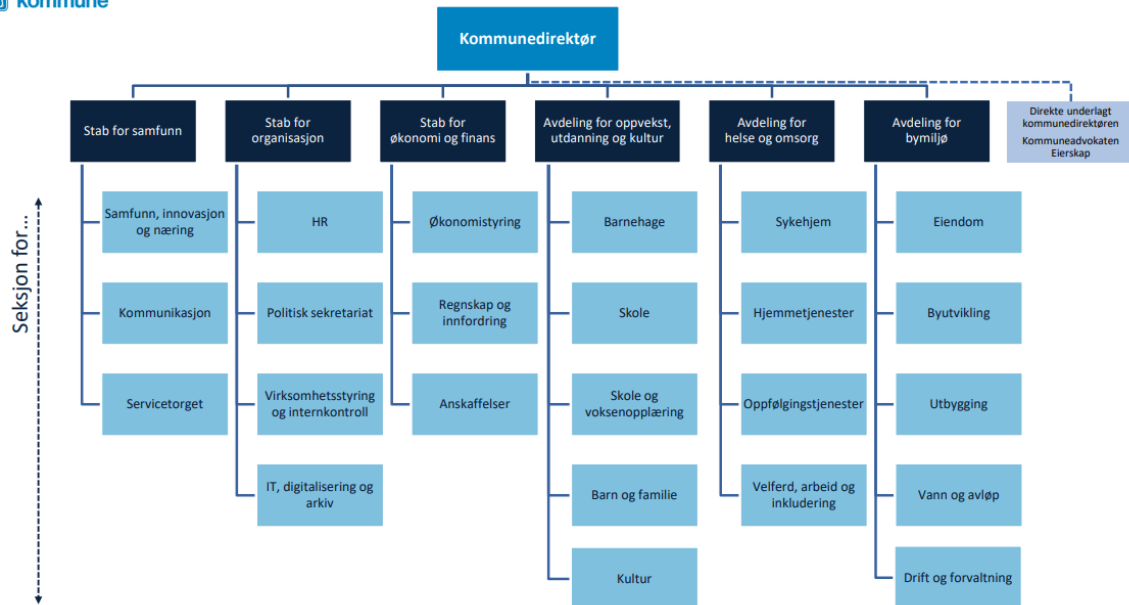
4.1 Organisering

Tromsø kommunes organisering fremgår av utklipp 1 nedenfor. Som organisasjonskartet viser, er administrasjonen organisert i tre staber og tre avdelinger.

Utklipp 1: Organisasjonskart, Tromsø kommune

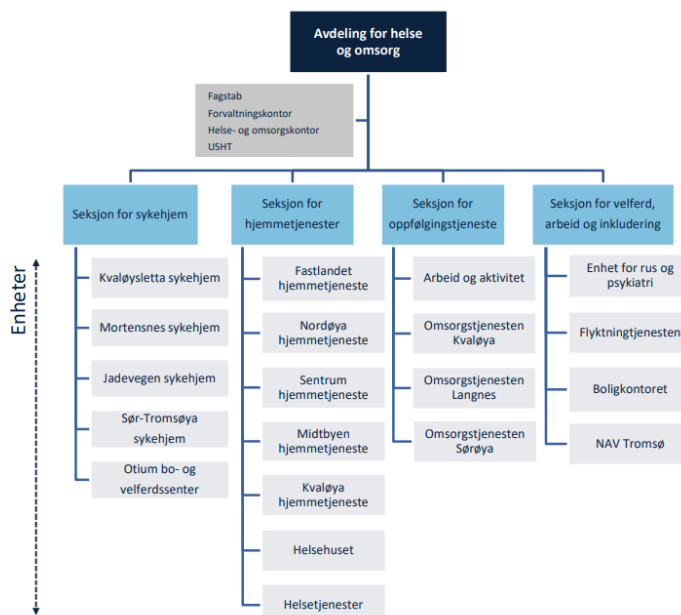


Organisasjonskart Tromsø kommune 1. juni 2021



Pleie- og omsorgstjenester hører innunder *avdeling for helse og omsorg*. Nedenfor er organisasjonskart for avdeling for helse og omsorg.

Utklipp 2: Organisasjonskart avdeling for helse og omsorg



Som det fremgår av utklipp 2, er avdeling for helse og omsorg delt inn i fire *seksjoner*. Tromsø kommunes fem sykehjem³ hører innunder *seksjon for sykehjem*. Hvert sykehjem er en enhet som ledes av enhetsleder. Sykehjemmene tilbyr både varig og tidsavgrenset helhetlig pleie og omsorg for personer som ikke lengre er i stand til å benytte seg av omsorg i hjemmet eller i omsorgsbolig. Sykehjemmene har både ordinære somatiske langtidsplasser, plasser for korttidsopphold og egne plasser tilpasset personer med demens.

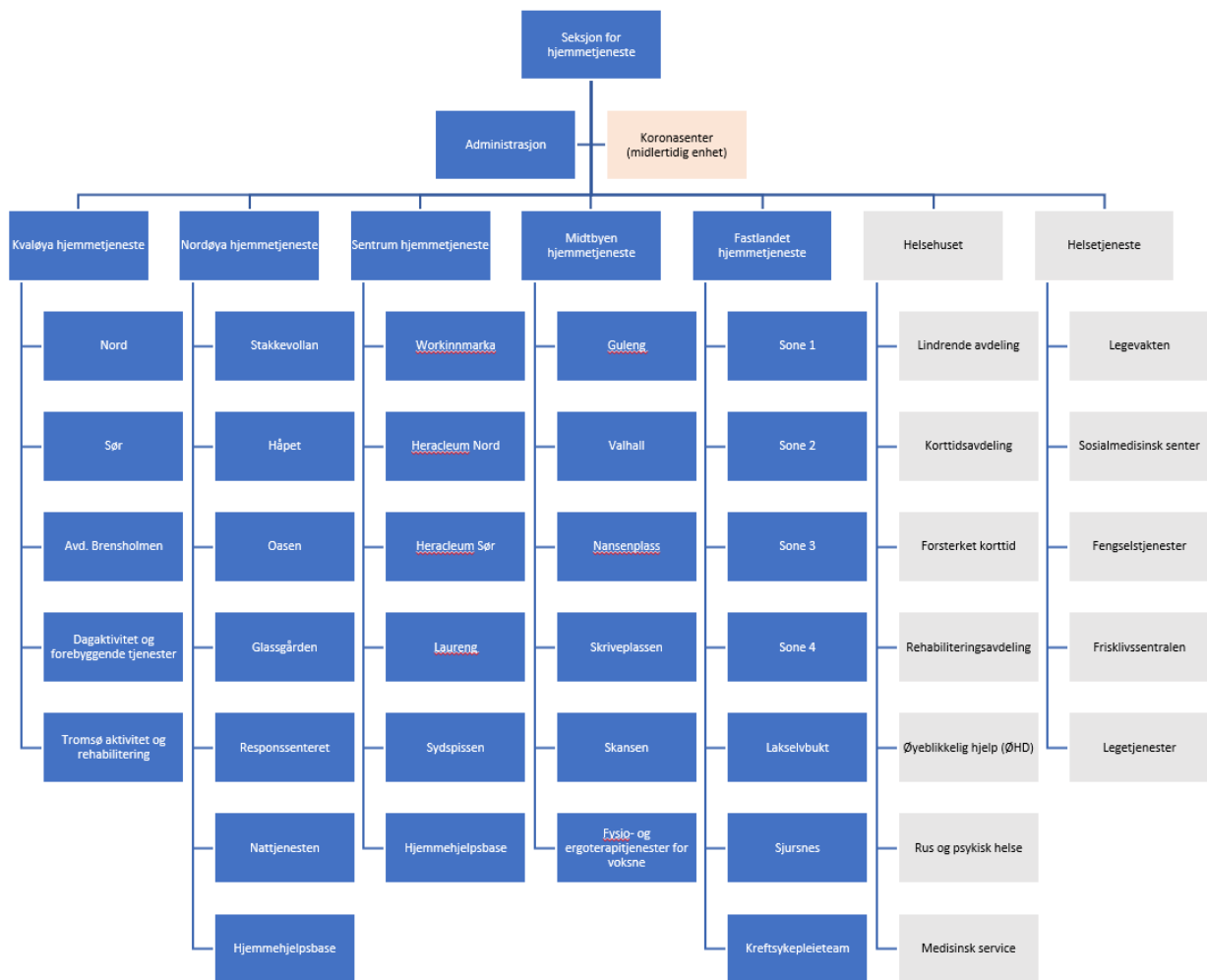
Seksjon for velferd, arbeid og inkludering består av enhetene psykisk helse og rus, boligkontoret, flyktningtjenesten og NAV Tromsø.

Seksjon for oppfølgingstjenester gir tjenester til personer med sammensatte behov. Seksjonen består av enhetene omsorgstjenesten Sørøya, omsorgstjenesten Langnes, omsorgstjenesten Kvaløya og Arbeid og aktivitet. Enhetene gir praktisk bistand og helsetjeneste i hjemmet, miljøtjeneste, dagtilbud, avlastning og botrening til personer med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker.

Seksjon for hjemmetjenester består av syv enheter. Av disse er det fem enheter som yter hjemmetjenester; Midtbyen, Sentrum, Fastlandet, Kvaløya og Nordøya hjemmetjeneste. Hver enhet ledes av enhetsleder. Seksjon for hjemmetjenester skal bidra til at tjenestemottakere med sykdom og funksjonssvikt kan opprettholde et verdig liv og kunne bo hjemme så lenge de ønsker. Seksjonen har også ansvaret for *Helsehuset* og *Helsetjenester*. På Helsehuset er kommunens akutt-plasser, korttids-plasser for utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser og ettervern for rus og psykisk helse samlet. Under *helsetjenester* ligger blant annet fastlegeordningen og legevakta. Seksjonen har også ansvaret den midlertidige enheten Koronasenteret.

Undersøkelsene om rutiner og systemer for å sikre kvalitet i tjenestene og om brukerundersøkelser/brukermedvirkning retter seg mot seksjon for hjemmetjenester, og de fem enhetene for hjemmetjenester i denne seksjonen. Som redegjort for over, yter også seksjon for oppfølgingstjenester hjemmetjenester – til personer med sammensatte behov. Under problemstilling 1 og 2 er det kun hjemmetjenester som ytes gjennom seksjon for hjemmetjenester vi undersøker og gjør vurderinger av. I utklipp 3 på neste side er organisasjonskart for seksjon for hjemmetjenester. De fem enhetene som yter hjemmetjenester, fremgår i blått til venstre i organisasjonskartet. Som det fremgår av organisasjonskartet, består hver av disse enhetene av flere avdelinger.

Utklipp 3: Organisasjonskart, seksjon for hjemmetjeneste



4.2 Nærmere om enhetene som yter hjemmetjenester i seksjon for hjemmetjenester

Tre av enhetene er lokalisert på Tromsøya, mens de to andre er lokalisert på fastlandet og Kvaløya. Nedenfor er nærmere informasjon om den enkelte enhet.

Kvaløya hjemmetjeneste

Enheten dekker et stort geografisk område. Enheten har ansvaret for hjemmetjenester på hele Kvaløya, øyene utenfor og Tromsø kommunes del av Malangen. Som det fremgår av organisasjonskartet i utklipp 3, har enheten fem avdelinger.

Avdelingene *Nord* og *Sør* har oppmøtested Kvaløysletta og yter «ordinære» hjemmetjenester. Det vil si helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Avdeling *Brensholmen* yter også ordinære hjemmetjenester og har også bo- og servicesenter med 14 omsorgsboliger. Avdelingen *dagaktivitet og forebyggende tjenester* ble etablert 1.1.2019. I denne avdelingen er alle dagsentre for eldre samlet. Disse er lokalisert ulike steder i kommunen, men organisert under Kvaløya hjemmetjeneste med egen avdelingsleder. Det var også behov for forebyggende tjenester, og det kunne faglig sett være i samme avdeling. *Tromsø aktivitet og rehabilitering* er et dagtilbud til yngre (ca. 18-70 år). Det var ønskelig å organisere denne avdelingen sammen

med hjemmetjenestene, med bakgrunn i at mange av tjenestemottakerne har somatiske lidelser. Fordi Kvaløya har de andre dagtilbudene, ble avdelingen organisatorisk plassert i Kvaløya hjemmetjeneste. Det er imidlertid en annen målgruppe for denne avdelingen enn de andre dagtilbudene, og denne ledes derfor av egen avdelingsleder.

Avdelingen Brensholmen og deler av avdelingene Nord og Sør er utenfor *nattjenesten* sitt område. Det innebærer at hjemmetjenestens nattjeneste ikke rykker ut på natt til disse områdene. Tjenestemottakere kan fremdeles ha trygghetsalarm. Dersom denne utløses er det en *nabokontakt* som ringes opp av responscenteret. Nabokontakt er en nabo eller familie som frivillig er mottaker av trygghetsalarmer.

Fra 1.11.2021 har Nordøya hjemmetjeneste (hjemmehjelpsbasen) overtatt direkte hjelp i hjemmet (praktisk bistand som rengjøring) for denne enheten. Det er en oppgave som ikke krever helsefaglig kompetanse, og de har jobbet med å skille det ut. Ved å flytte det til Nordøya blir flere årsverk samlet der.

Nordøya hjemmetjeneste.

Enheden har lokaler på Mortensnes og har seks avdelinger. Enheden har også hjemmehjelpsbase som kun utfører rengjøring/husvask. Organisatorisk er denne organisert under Glassgården. To av avdelingene; *Håpet* og *Stakkevollan*, er uteavdelinger som yter «ordinære» hjemmetjenester.

Avdelingene *Glassgården* og *Oasen* har ansvaret for omsorgsboliger. Det er 44 omsorgsboliger med døgnbemanning.

Avdelingene *responscenteret* og *nattjenesten* har ansvaret for tjenester i hele kommunen. Responscenteret er mottak for trygghetsalarmer. Nattjenesten rykker ut på trygghetsalarmer på natt, foruten i områdene med nabokontakt – her ringes nabokontakt opp ved behov.

Sentrum hjemmetjeneste

Det er fem hjemmetjenesteavdelinger i enheten. *Heracleum Nord* og *Heracleum Sør* holder til på Heracleum og ivaretar tjenestemottakere i omsorgsboliger. Det er 64 omsorgsboliger fordelt på de to avdelingene. Det er to utesoner med base i Mellomveien 82. Den ene av disse avdelingene er delt og yter både tjenester til hjemmeboende og har ansvaret for omsorgsboliger på Laureng. Det er egentlig 32 omsorgsboliger på Laureng, men per oktober 2021 var kun 14 av disse i bruk på grunn av renovering. *Sydspissen* er avdeling for ordinære hjemmetjenester. Enheden har også hjemmehjelpsbase.

Midtbyen hjemmetjeneste

Enheden ble opprettet 1.1.2018 og overtok da en del fra Nordøya hjemmetjeneste og noe fra Sentrum hjemmetjeneste. Begge disse enhetene var på dette tidspunktet store, og det var ønskelig med en bedre fordeling. Enheden holder til på Seminaret.

Det er seks avdelinger i enheten. Avdelingene *Nansenplassen*, *Skriverplassen* og *Skansen* har ansvaret for omsorgsboliger. Enheden har en egen avdeling for omsorgsboliger rettet inn mot yngre personer med nevrologiske sykdommer.

Avdelingene *Valhall* og *Guleng* er uteavdelinger som yter ordinære hjemmetjenester i hjemmet. Fra september 2020 har fysio- og ergoterapitjenesten vært organisert som en egen avdeling i enheten. Enheden har også en egen «avdeling» for natt, men denne ledes ikke av egen avdelingsleder.

Fastlandet hjemmetjeneste

Denne enheten har også ansvaret for et stort geografisk område; hele fastlandet i Tromsø kommune. Enheten har seks avdelinger. To av disse er distriktsavdelinger; *Sjursnes* og *Lakselvbukt*. Disse avdelingene har egne lokaler. Sjursnes har fire omsorgsboliger og Lakselvbukt har seks. Lakselvbukt har også fire korttidsplasser. De fire andre avdelingene er *sone 1*, *sone 2*, *sone 3* og *sone 4*. Disse har oppmøtested på Otium. Sone 1 og sone 4 har en del kjøreavstand og dekker henholdsvis området Oldervik – Kroken og området fra Reinen skole til Andersdalen. Hver avdeling ledes av avdelingsleder. I Fastlandet hjemmetjeneste yter de ansatte både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand – sistnevnte er ikke skilt ut som i de andre enhetene. I tillegg til de seks avdelingene er også kreftsykepleierne fra 1.1.2021 organisatorisk plassert i denne enheten. Det er ikke en egen avdeling, men et team underlagt enhetsleder.

Også Fastlandet hjemmetjeneste har områder utenfor natttjenesten sitt område; distriktsavdelingene og deler av sone 1 og sone 4.

Felles for alle enhetene i hjemmetjenestene er at de yter tjenester til tjenestemottakere i alle aldre. Alle har også ansvar for omsorgsboliger. I hjemmetjenestene er det stor variasjon i omfanget og kompleksitet i tjenestene som gis. Enhetene gir tjenester til personer med omfattende og komplekse behov som mottar helsehjelp i hjemmet flere ganger i døgnet og til personer som har tjenester to timer annenhver uke.

Kommunen har plikt til å yte helsehjelp til personer som oppholder seg i kommunen, og hjemmetjenestene er en del av dette. En forskjell mellom hjemme- og institusjonstjenester er at på institusjon kan det bli fullt – alle plasser kan være disponert. I hjemmetjenestene er det ikke på samme måte plasser som blir tatt. Enhetslederne har beskrevet til revisor at de yter tjenester til alle som har behov og vedtak om det. De avviser ingen tjenestemottakere og yter tjenester fra det tidspunktet det er behov, selv om det kan være kort varsel og omfattende tjenester.

5 RUTINER, SYSTEMER OG BRUKERINVOLVERING

Har Tromsø kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmetjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

Hvilke systemer har Tromsø kommune for brukerinvolvering/brukermedvirkning i hjemmetjenestene? Hvordan brukes resultater fra brukerundersøkelser?

Revisjonskriterier

Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester skal ha

- *Et dokumentert styringssystem for hjemmetjenesten*
- *Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i hvilken grad dette skal dokumenteres*

Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester skal innenfor hjemmetjenestene

- *planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester skal:

- *sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet*
- *ha etablert systemer for innhenting av tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter*
- *legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner*
- *ha systemer som ivaretar tjenestemottakers rett til å medvirke*

5.1 Innledning

I det følgende er beskrivelser av systemene og rutineene i seksjon for hjemmetjenester og de enhetene i denne seksjonen som yter hjemmetjenester.

Seksjon for hjemmetjenester benytter de samme overordnede systemene som øvrige deler av kommunen; økonomisystemet Agresso, Power BI (dashboard-løsning) og Visma Enterprise. Compilo benyttes som kommunens kvalitets- og internkontrollsystem. Tromsø kommune bruker Profil som journalsystem og her er opplysningene om den enkelte bruker.

Revisor har fått beskrevet at de fem hjemmetjenesteenhetene i seksjon for hjemmetjenester i stor grad benytter seg av det som er utviklet felles i avdeling for helse og omsorg, og i seksjon for hjemmetjenester. De fleste fag- og kvalitetsrutiner er felles for enhetene som yter

hjemmetjenester. I oppstartsmøte for forvaltningsrevisjonen fortalte seksjonsleder at det er et mål at mest mulig skal være likt, også vil noe måtte tilpasses den enkelte enhet. Hver enhet har en fag- og kvalitetskoordinator (FaKK). Sammen med seksjonsleder, stabsleder i seksjonen, enhetslederne og farmasøyt utgjør disse fag- og kvalitetsutvalg, hvor blant annet nye rutiner godkjennes.

I samtaler med enhetslederne har vi også fått opplyst at disse i hovedsak benytter det som er utviklet felles for seksjonen. Enhetene gjør tilpasninger for egen enhet, og de har i ulik grad utviklet egne rutiner og systemer i tillegg. Flere av enhetslederne opplever det som positivt at enhetene er samlet i felles seksjon for hjemmetjenester, og at innføring av etatsmodellen (senere ble etater til seksjoner) i 2015/2016 har vært positivt for fag- og kvalitetsarbeid. Med bakgrunn i at alle enhetene benytter systemene som er felles, omtaler vi i denne forvaltningsrevisjonen i hovedsak det som er felles. I systemer som er felles, inngår også systemer som er felles i Tromsø kommune – som avvikssystemet – og felles planer og føringer i avdeling for helse og omsorg.

Årene 2020 og 2021 har vært preget av situasjonen med covid-19. Seksjon for hjemmetjenester har hatt ansvaret for koronasenteret, og seksjonen har også ansvaret for legetjenesten og legevakta – i tillegg til hjemmetjenestene og Helsehuset. Denne seksjonen har dermed hatt betydelige oppgaver knyttet til pandemihåndtering. Som nevnt har hver enhet i hjemmetjenesten en fag- og kvalitetskoordinator. Alle disse fem har fra starten av pandemien til 1.10.2021 vært omdisponert til arbeid med pandemihåndtering. Det har hatt betydning for enhetenes – og seksjonens – utviklingsarbeid i denne perioden. Samtidig har enhetene hatt merarbeid knyttet til smittevern, vaksiner mv. Seksjonsleder og stabsleder har også opplyst at seksjon for hjemmetjenester er den seksjonen i kommunen som har omdisponert mest personell til pandemihåndtering.

Alle ansatte har tilgang til kommunens kvalitets- og internkontrollsystem Compilo og her ligger overordnede planer, rutiner mv. Seksjonsleder for hjemmetjenester og leder for stab i seksjonen har opplyst til revisor at ressurspersonen med ansvar for Compilo sluttet i 2019. I mars 2020 ble alt som ikke var revidert innen et gitt tidspunkt automatisk slettet. Det er mulig å få tilbake, men krever spesifikk informasjon om hvilke dokumenter som lå der og ganske god kjennskap til systemet. Samtidig som dokumenter automatisk ble slettet, oppstod situasjonen med covid-19. Dette gjør at dokumentasjonen av kvalitetsarbeidet er mangelfullt.

I det videre omtaler vi først sentrale overordnede planer for helse og omsorg i Tromsø kommune som er relevante for å belyse styringssystemet og arbeidet med kvalitet. Herunder er overordnet kvalitetsplan sentral. Videre omtaler vi nærmere styringssystemet i seksjon for hjemmetjenester.

5.2 Overordnede planer for helse og omsorg

5.2.1 Overordnet kvalitetsplan

Tromsø kommune har flere overordnede planer for tjenestene innenfor helse og omsorg. I 2016 ble «Overordnet kvalitetsplan for Helse og omsorg» vedtatt. Innledningsvis i planen står det blant annet: *Gjennom denne overordnede kvalitetsplanen ønsker Tromsø kommune å sikre at tjenestemottakerne i byrådsavdeling for helse og omsorg får rett tjeneste, i rett omfang og til rett tid. Hver gang.*

I planens innledning er også kvalitet- og styringssystem omtalt:

[...]

Et kvalitetssystem er et styringssystem for kvalitet. Dette styringssystemet skal bidra til å gi lederne oversikt over hvilke kvalitetsutfordringer vi står overfor, bidra til at vi kan iverksette de rette tiltakene for å møte disse utfordringene, og at vi kan registrere om tiltakene får effekt.

Kvalitetssystemet er også et internkontrollsystem, og skal dermed sikre at vi har oversikt over hvilke lovkrav som gjelder på området, og at vi oppfyller disse. [...]

Det er relativt lenge siden kvalitetsplanen ble utarbeidet. Det er ikke seinere utarbeidet en tilsvarende plan som erstatter eller viderefører denne. Tromsø kommune endret i 2016 også styringsmodell – til formannskapsmodell. I planen omtales «kvalitetssystemet i byrådsavdelingen». Etter revisors oppfatning har imidlertid ikke kommunens styringsmodell betydning for planlagt kvalitetsarbeid – utover at politisk og administrativ organisering endres og at systemene må tilpasses, revideres og endres i tråd med endringer som er bestemt. Kvalitetsplanen inneholder en plan for kvalitetsarbeid frem til 2019. Det følger av planen at den er oppbygd for å oppfylle kravene i internkontrollforskriften. Internkontrollforskriften (forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten) er opphevet, og ble fra 1.1.2017 erstattet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Sistnevnte forskrift er mer omfattende, men formålet med begge forskriftene er å bidra til faglige forsvarlige tjenester og at helse- og omsorgstjenestelovgivningen oppfylles gjennom systematisk styring og forbedringsarbeid.

I henhold til overordnet kvalitetsplan inneholder kvalitetssystemet følgende:

- Kvalitetsmål
- Oversikt over lovverk
- Risikovurdering
- Satsningsområder/tematiske kvalitetsplaner
- Rekruttering, kompetanseutvikling, opplæring og bemanning
- Rammer for lokalt kvalitetsarbeid
- System for avvikshåndtering og varsling
- System for brukermedvirkning
- Kvalitetsutvalg og løpende kvalitetsarbeid
- Framdriftsplan

Det overordnede kvalitetsmålet er at brukere/pasienter skal motta tjenester av rett type, i rett omfang og til rett tid. Hver gang.

Formålet med kvalitetssystemet er oppgitt å være:

- Kvalitetssystemet skal bidra til å gi oversikt over status når det gjelder kvalitet i tjenesten og bidra til å avdekke områder med kvalitetssvikt
- Kvalitetssystemet skal legge til rette for både lokale og overordnede tiltak for å bedre kvaliteten på helsetjenesten, og sikre at tiltakene får effekt
- Kvalitetssystemet skal sikre at myndighetskrav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves
- Kvalitetssystemet skal legge til rette for politisk styring av kvaliteten i helse og omsorg.

I kvalitetsplanen er det angitt innenfor hvilke områder det anses å være høyest risiko for svikt i tjenesten etter en grovmaske risikovurdering. Disse områdene er (i uprioritert rekkefølge): Legemiddelhåndtering, bruk av tvang og makt, ernæring, smittevern, dokumentasjon,

kommunikasjonsvansker, vold, trusler og overgrep samt pasientforløp og samhandling mellom sykehus og kommunehelse og internt mellom enheter – særlig rundt utskrivningsklare pasienter.

Det er også andre risikoområder som er identifisert, men som ikke omfattes av kvalitetsplanen fordi det dekkes av andre planer; snøfall og fare for snøras og brann- og datasikkerhet. ROS-analyser og planer knyttet til beredskapsarbeid hører innunder en annen avdeling i kommunen.

I planen er det fastsatt satsningsområder hvor det skal utarbeides temaplaner. I tillegg skal det lages oversikt over andre overordnede rutiner, og en handlingsplan for å utarbeide disse. Sistnevnte knytter seg til at det skal være et systematisk arbeid, og skal lages oversikt over hvilke rutiner som gjelder hele avdelingen og hvilke som kan utarbeides for den enkelte etat (nå kalt seksjoner).

I kvalitetsplanen er det fremdriftsplan for arbeidet med de ulike elementene i kvalitetssystemet. Denne fremgår av utklipp 4 nedenfor.

Utklipp 4: Fremdriftsplan for kvalitetsarbeid, overordnet kvalitetsplan Helse og omsorg

Fremdriftsplan	2016	2017	2018	2019
Utarbeide mal for ros-analyser i etatene				
Utarbeide kvalitetsplan legemiddelhåndtering				
Utarbeide kvalitetsplan ernæring				
Utarbeide kvalitetsplan fallforebygging				
Utarbeide kvalitetsplan tvang og makt				
Utarbeide kvalitetsplan etikk				
Utarbeide kvalitetsplan dokumentasjon				
Utarbeide kvalitetsplan smittevern/hygiene				
Utarbeide handlingsplan for andre overordnede rutiner				
Revidere plan for rekruttering og kompetanse				
Utarbeide plan for kompetanseutvikling				
Utarbeide overordnet plan for opplæring				
Utrede system for kompetanse- og bemanningsstyring				
Utrede system for lokalt kvalitetsarbeid				
Lage rutine for håndtering av avviksmeldinger				
Lage rutine for varsling av alvorlige hendelser				
Utarbeide plan for individuell brukermedvirkning				
Gjennomføre bruker-/pårørendeundersøkelse				
Utarbeide rutiner for behandling av klager				
Opprette kvalitetsutvalg				
Utarbeide årshjul kvalitet				
Utarbeide kvalitetshåndbok				
Etablere system for oppfølging av eksterne leverandører				

Vi har spurt om planene og arbeidet som fremgår av fremdriftsplanen er utarbeidet som forutsatt. Noe er det, mens noe ikke er det.

Planer og arbeid som er utført er:

- Kvalitetsplan for legemiddelhåndtering er utarbeidet. Denne er også oppdatert i ettertid.
- Kvalitetsplan for ernæring er utarbeidet. Denne skal revideres.
- Plan for rekruttering og kompetanse er revidert
- Plan for kompetanseutvikling er utarbeidet
- Rutine for håndtering av avviksmeldinger er utarbeidet
- Rutine for varsling av alvorlige hendelser er utarbeidet

- Kvalitetsutvalg er opprettet
- Årshjul for kvalitet er utarbeidet
- System for oppfølging av eksterne leverandører er etablert

Dette utgjør ni av de til sammen 23 beskrevne planene/oppgavene av utklippet ovenfor som viser fremdriftsplan frem til 2019.

Planer og arbeid som ikke er utført er:

- Kvalitetsplan for fallforebygging er ikke utarbeidet
- Kvalitetsplan for etikk er ikke utarbeidet
- Kvalitetsplan for dokumentasjon er ikke utarbeidet
- System for kompetanse- og bemanningsstyring er ikke utredet
- Bruker- og pårørendeundersøkelse er ikke gjennomført siden 2016
- Kvalitetshåndbok er ikke utarbeidet

I tillegg er det ikke utarbeidet en egen plan for smittevern/hygiene, men som følge av koronapandemien er det utarbeidet en del som kan benyttes videre.

Planer og arbeid som er under arbeid eller delvis er utført, er:

- Utarbeide mal for ros-analyser i etatene (seksjonene). Er delvis utført – det finnes flere ulike maler.
- Kvalitetsplan for tvang og makt er under arbeid i 2021
- Handlingsplan for andre overordnede rutiner er til dels utarbeidet. Revisor oppfatter at det ikke foreligger en samlet, enhetlig plan for alle overordnede rutiner.
- For lokalt kvalitetsarbeid er det laget anbefalinger
- Plan for individuell brukermedvirkning er under arbeid

Revisor oppfatter at overordnet kvalitetsplan satte føringer for kvalitetsarbeidet som skulle gjøres i perioden 2016-2019. Det følger også av planen at den skal sikre et styringssystem for kvalitet. Den overordnede kvalitetsplanen har ikke blitt revidert etter endring i gjeldende forskrift eller kommunens egen organisering. En del av tiltakene kvalitetsplanen forutsatte for kvalitetsarbeidet har blitt gjort, mens andre er under arbeid. Det er også flere tiltak som ikke er utført.

5.2.2 Program for utvikling av helse og omsorg

Et annet overordnet dokument som er relevant for denne tidsperioden, er «Program for utvikling av helse og omsorg 2017 – 2018», vedtatt i 2017. En viktig del av formålet med utviklingsprogrammet var å få økonomisk kontroll. Deler av programmet har også relevans for styringssystem og kvalitetsutviklingsarbeid. Programmet bestod av fem «arbeidspakker»:

- Tillitsreformen
- Bemanningsplanlegging/heltidskultur
- Effektivisering/tjenesteutvikling
- HMS/ledelse
- Virksomhetsstyring

Tillitsreformen er politisk vedtatt innført i helse- og omsorgstjenestene i Tromsø kommune. I utviklingsprogrammet står det at Tillitsreformen ikke er entydig definert, og er verken frislipp av kontroll eller en enhetlig styringsmodell. Den innebærer en operasjonalisering av en revidert styringsform, innenfor rammen av mål- og resultatstyring. Den har som mål å øke kvalitet og

spare kostnader i organisasjoner. I utviklingsprogrammet står at tillitsreformen kan ses på som et sett med prinsipper som systematisk flytter makt og endrer spilleregler for rapportering, organisasjon, økonomistyring og kontroll i styringen av komplekse helse- og omsorgstjenester. Aktuelle tiltak i arbeidspakken for Tillitsreformen er utredning av ny tjenesteprofil og etablering av responscenter.

Arbeidspakke 2 omhandler bemanningsplanlegging og heltidskultur. Målsetningene her er blant annet å redusere omfanget av deltidsstillinger (øke andelen heltid), redusere bruk av overtid og vikarer og øke kontinuitet og kvalitet i tjenestene. Arbeidspakke 3 omhandler effektivisering/tjenesteutvikling. Målsetningene for denne er å effektivisere planleggingsprosesser knyttet til hjemmebasert tjeneste, økt forutsigbarhet i besøkene fra hjemmetjenesten, sikre at nødvendig dokumentasjon er tilgjengelig og å redusere behovet for muntlige rapporter.

Arbeidspakke 4 gjelder HMS/ledelse. Målsetningene her er at alle avdelingsledere har kompetanse og ressurser til å følge opp sine ansatte, både faglig og personlig. Videre at alle avdelingsledere har kompetanse til å sikre kontinuerlig og systematisk arbeid for å bedre arbeidsmiljø og redusere sykefravær. Det skal også sikres god oppfølging av sykemeldte gjennom samarbeid mellom den ansatte, leder, AMT og NAV. Videre er en målsetning at hele avdeling for helse og omsorg jobber systematisk for godt arbeidsmiljø.

Arbeidspakke 5 omhandler virksomhetsstyring og målsetningene er å gi ledere på alle nivå løpende oppdatert styringsinformasjon og derigjennom et godt beslutningsgrunnlag som gjør det mulig å sette inn tiltak tidlig dersom en enhet har økonomiske utfordringer. Den andre målsetningen er riktige budsjetter med god oversikt over de økonomiske og driftsmessige forutsetningene og hva som skal finansieres.

Det var i utviklingsprogrammet fastsatt tiltak for å oppnå målsetningene knyttet til de ulike arbeidspakkene. Vi omtaler utviklingsprogrammet og de konkrete tiltakene nærmere i kapittel 7 under problemstilling 4 som gjelder tiltak rettet mot pleie- og omsorgstjenestene. Bakgrunnen er at dette programmet ble gjennomført som en del av *Forbedringsprogrammet* i Tromsø kommune, og bør derfor ses i sammenheng med prosjektene som ble gjennomført i Forbedringsprogrammet og som redegjøres for i kapittel 7.

5.3 Styringssystem, seksjon for hjemmetjenester

5.3.1 Mål, oppgaver, aktiviteter og fordeling av ansvar

Seksjon for hjemmetjenester har en felles virksomhetsplan. Alle enhetene har også egne virksomhetsplaner. Disse gjelder for et år av gangen og inneholder informasjon om mål, oppgaver og aktiviteter. Organisering fremgår av egne organisasjonskart, som presentert i kapittel 4.

I virksomhetsplanen for seksjonen er det fastsatt hovedmål og delmål med utgangspunkt i kommuneplanens samfunnsdel og handlingsprogrammet. Til hvert delmål er det beskrevet strategier, oppgaver og indikatorer samt mål for indikatoren. Det er også en egen kolonne for hvem seksjonen samarbeider med på den enkelte oppgave.

Når det gjelder fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, er dette relevant på flere nivåer. Det ene er at det må være en klar ansvarsfordeling mellom ulike ledernivå i organisasjonen. Tromsø kommune har fem ledernivå innen helse og omsorg. Kommunedirektør er øverste

ansvarlig for hele organisasjonen. Videre er det direktør for helse og omsorg, seksjonsleder for hjemmetjenester, enhetsleder for den enkelte enhet og avdelingsledere. I henhold til delegasjonsreglement, er direktør for helse og omsorg delegert myndighet etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov og pasient- og brukerrettigheter. Det følger av kommunens delegasjonsreglement hvilket ansvar som alltid tilhører stillinger som seksjons- og enhetsledere. Dette følger også av funksjonsbeskrivelser for seksjonsleder og enhetsledere. Seksjonsleder for hjemmetjenester er delegert myndighet etter deler av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 som omfatter helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt (unntatt brukerstyrt personlig assistent, BPA). Når det gjelder avdelingsledere, ble *Avdelingslederhåndboka* utarbeidet i 2018, og inneholder beskrivelser av ansvaret for avdelingsledere innenfor helse og omsorg.

Når det gjelder fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet blant ansatte i den enkelte enhet/avdeling, er det ferdigstilt arbeid med utarbeidelse av stillingsinstruks i avdeling for helse og omsorg, for helsefagarbeider, sykepleier mv. Dette er forankret i virksomhetsplanen med den hensikt å jobbe for tydelige roller og ansvarsforhold. Stillingsinstruksene ble lagt inn i Compilo i oktober 2021. Disse er bygget på de overordnede funksjonsbeskrivelsene som var laget i Helse og omsorg i 2019, men som hadde blitt fjernet under revideringen av Compilo. Stillingsinstruksene er lagt inn i Compilo sammen med funksjonsbeskrivelsene tilpasset hjemmetjenesten. Før stillingsinstruksene ble utarbeidet utgjorde utlysningstekst og arbeidsavtale grunnlaget for arbeidsinstruks. I tillegg finnes det egne opplæringsdokumenter for ulike typer stillinger; «Velkommen som sykepleier», «Velkommen som helsefagarbeider» mv. Disse omtales senere i kapittel om kompetanse og opplæring.

Revisor har i samtaler med enhetsledere i hjemmetjenesten fått informasjon om hvordan ansvar, myndighet og oppgaver gjøres kjent for de ansatte. Vi oppfatter at dette i hovedsak skjer på den enkelte avdeling, gjennom fellesmøter og veiledning. I alle enheter er det arbeidslister de ansatte forholder seg til i utesonene, og av disse fremgår det hvor den ansatte skal i løpet av dagen og hvilke oppgaver som skal utføres. Hvilken kompetanse det er behov for hos den enkelte tjenestemottaker hensyntas i utarbeidelsen av arbeidslistene. Enkelte tjenestemottakere har behov for tjenester kun sykepleiere kan utføre. Hjemmetjenesten mottar kontinuerlig nye brukere og det gjøres derfor ofte tilpasning i arbeidslistene for å ivareta rett kompetanse hos rett bruker. Flere av enhetene har egne lister for hvilke oppgaver kun sykepleiere kan utføre. Ansatte har tilgang til Profil når de er ute i arbeid og har der tilgang til alle journalopplysninger om tjenestemottaker. Det er knyttet egne rutiner til enkelte tjenestemottakere, eksempelvis prosedyrer for sårstell. Disse ligger i Profil og/eller hjemme hos tjenestemottaker. Avdelingslederne har også god kjennskap til tjenestemottakerne, og dersom ansatte er usikre, kan avdelingsleder kontaktes.

5.3.2 Risikovurderinger

Som det fremgår under beskrivelsene av overordnet kvalitetsplan i kapittel 5.2, ble det gjort en grovmasket risikovurdering i forbindelse med utarbeidelsen av denne.

Det er egne maler for gjennomføring av ROS-analyser (risiko- og sårbarhetsanalyser). Det er et eget dokument kalt HMS-verktøykasse, med ulik informasjon, maler, veiledning og tips i arbeidet med HMS. Her er det beskrevet hvordan risiko kan kartlegges. Det er maler for sjekklister for ulike vernerunder og skjemaer for risikoanalyse; et ved uønsket hendelse og et for risikovurdering av aktivitet eller prosess. Revisor har fått tilsendt eksempler på slike

analyser som er gjennomført. Den ene knytter seg til situasjonen med covid-19 og personellmessige konsekvenser som overtid, fravær, belastning av å stå i beredskap over tid og mangel på personell. Den andre gjelder arbeidstøy i hjemmetjenesten – eller mangel på dette. Seksjon for hjemmetjeneste har i juni 2021 også ferdigstilt ROS-analyser for vold og trusler om vold og hjemmetjenesten som arbeidsplass. Bakteppet for disse er overordnet HMS-plan.

I samtale med enhetsledere har revisor også stilt spørsmål om hva de vurderer som de største risikofaktorene i tjenestene i sine enheter. Forhold som ble trukket frem er alenearbeid, brannsikkerhet, rasfare, vold og trusler og legemiddelhåndtering.

Når det gjelder alenearbeid, er det vanskelig å unngå i hjemmetjenestene, fortalte de aktuelle enhetslederne. Det er imidlertid viktig å følge opp og se de ansatte. Digital kommunikasjon kan avhjelpe noe med hensyn til alenearbeid.

Rasfare er det Fastlandet hjemmetjeneste og Kvaløya hjemmetjeneste som har utfordringer med. Veier kan også stenges av andre årsaker og for Kvaløya sin del er innstilte ferger en relevant problemstilling. Enhetslederne for begge disse enhetene har opplyst at de har rutiner for å kartlegge tjenestemottakere i slike områder med tanke på at de kan bli «innstengt» som følge av ras. De sørger for at det er tilstrekkelig medisintilgang og er i forkant dersom det er tjenestemottakere hvor det vil være kritisk at hjemmetjenesten ikke kan komme. Disse kan eksempelvis få korttidsopphold på institusjon eller bo hos pårørende en periode. I noen områder har enhetene også ansatte som bor, og som da kan gi tjenester «innenfor» rasområdet en periode. Det har ifølge enhetsleder på Fastlandet ikke oppstått kritiske situasjoner på grunn av ras og stengt vei. Det er imidlertid en risikofaktor det må planlegges for, også av hensyn til ansatte som kjører gjennom områdene som er rasutsatte.

For flere av områdene hvor det er rasfare har det på generelt grunnlag også betydning at natttjenesten ikke dekker disse områdene. Tjenestemottakere med behov også på natt kan i disse områdene derfor ikke bo hjemme.

Vold og trusler om vold er det som nevnt gjort risikovurdering av. Enhetslederne har til revisor opplyst at det forekommer – i varierende grad. Det er ikke en generell utfordring av svært stort omfang, men alvorlig når det forekommer. Det er også hendelser som kanskje ikke er direkte trusler, men oppfattes som trakassering eller mistenkeliggjøring. Dette kan være en del av sykdomsbildet hos demente tjenestemottakere. Det er likevel ikke alltid enkelt for ansatte å stå i slike situasjoner. Alle enhetene i hjemmetjenestene har ansvaret for omsorgsboliger. Omsorgsboligene er i utgangspunktet ment for tjenestemottakere innen geriatri, men på grunn av mangel på andre typer omsorgsboliger, er det også andre brukergrupper i de fleste omsorgsboligene. Dette er brukere innenfor rus og psykisk helse og brukere med psykisk utviklingshemming. Flere av enhetslederne har beskrevet at det er utfordrende med sammensatte brukergrupper i omsorgsboligene. Det ene er at hjemmetjenesten ikke i alle tilfeller har rett kompetanse til å gi et godt tilbud til andre brukergrupper enn dem omsorgsboligene opprinnelig er ment for. Det andre er at det kan oppstå situasjoner som oppleves som utrygge for beboerne og også ansatte. Enkelte enheter har brukt betydelige beløp på innleie av vaktelskap i omsorgsboligene.

Å gjøre ROS-analyser i enkelte hjem, kan man nok bli flinkere på, fortalte en enhetsleder. Arbeidsplassen til de ansatte består av mange ulike hjem, og uheldige arbeidsstillinger er en risikofaktor. Administrasjonen har opplyst at det anbefales å gjøre slike ROS-analyser, og at

det i Compilo ligger en veileder for arbeidsmiljø i hjemmetjenesten. I denne inngår også kartlegging av hjemmet sett fra arbeidsmiljøperspektivet.

I ROS-analysen som gjelder hjemmetjenesten som arbeidsplass, inngår mange av de forholdene enhetslederne trakk frem som risikofaktorer og/eller utfordringer. Det gjelder blant annet mangel på brøyting/snørydding, mangel på parkeringsplass og manglende dekning som gjør at arbeidstelefoner og nettbrett ikke fungerer. Hjemmetjenestens fysiske arbeidsplass er flere steder; kontorlokaler, omsorgsboliger, tjenestemottakers hjem og i bil/på veien.

Legemiddelhåndtering er en annen risikofaktor. Dette er også et område det meldes en del avvik. Tromsø kommune har en oppdatert plan for legemiddelhåndtering og det er rutiner for dette. Videre er det også gjort endringer i opplæringen, blant annet på bakgrunn av mange avvik, fortalte en enhetsleder. Alle som skal jobbe i tjenestene – uavhengig av om det er som fast ansatt eller vikar – skal gjennomgå medisinkurs før de begynner på opplæring. Det vil si at det nå er et krav å ha gjennomgått dette kurset før man kan begynne å jobbe i tjenestene.

Når det gjelder legemiddelhåndtering, har administrasjonen opplyst at det ikke kun er opplæring som er utfordring, men også dokumentasjonssystemene. Hjemmeboende har ofte flere legemiddellister dersom de er i et forløp. Fastlege, legevakt, hjemmetjenesten og sykehuset benytter ulike systemer. Dette medfører at det er svært vanskelig å holde oversikten og få rette legemiddelliste i bruk for hjemmeboende. Flere ønsker delvis å ivareta medisinene sine selv, mange går sjeldnere til fastlege og apotek for å få veiledning og råd i medisinbruk. Det er derfor startet prosjekt «Farmasøyt i hjemmetjenestene» (som et ledd i Fremtidens hjemmetjeneste) for å se hvordan det å ha en klinisk farmasøyt tilgjengelig på enheten kan minske risikoen og avvikene, og finne forbedringspunkter inn mot brukere av hjemmetjenesten. Resultatene etter kun et år er betydelig kvalitetsforbedring på indikatormålene som gjøres årlig, har administrasjonen opplyst.

5.3.3 *Kompetanse og opplæring*

Avdeling for helse og omsorg har Rekrutterings- og kompetanseplan for 2019-2023. Denne ble behandlet av kommunestyret i april 2019. Det fremgår av planen at denne er utarbeidet med bakgrunn i *Strategiplan for rekruttering og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten 2010 - 2030*. Det står at tiltakene er evaluert for å høste erfaringer og at det har vært vanskelig å spore konkrete resultater eller effekter siden tiltakene i liten grad er gjennomført systematisk. En del av innsatsområdene vurderes likevel som relevante og er derfor videreført. Videre er planen forankret i kommunens overordnede rekrutteringsplan, som blant annet sier at hver avdeling skal ha en strategisk kompetanseplan. Målet med rekrutterings- og kompetanseplan for 2019-2023 er å sikre at avdeling for helse og omsorg jobber strategisk med å beholde og rekruttere nok og riktig kompetanse.

I rekrutterings- og kompetanseplanen er det fem innsatsområder:

- Generelle organisatoriske tiltak
- Styrking av rekrutteringsprosessen
- Utvikling, stabilisering og mobilisering av kompetanse
- Satsing på unge arbeidstakere
- Samarbeid med utdanningsinstitusjonene

Det er i planen ikke føringer for hvilke typer kompetanse de ulike tjenestene (hjemmetjenesten, sykehjem, legevakta mv.) bør ha. For hjemmetjenestene er det få nasjonale føringer når det gjelder kompetanse og bemanning. Enkelte av enhetslederene har i samtale med revisor fortalt

at de ønsker en rekrutterings- og kompetanseplan. Revisor oppfatter at de ønsker en mer konkret plan for dette. En enhetsleder kunne også ønsket seg en bemanningsnorm. Administrasjonen har opplyst at kompetanseplan er under arbeid, med forventet ferdigstilling januar 2022.

Revisor har spurt om hvordan det holdes oversikt over hvilken kompetanse den enkelte enhet har. Vi har fått tilsendt eksempel på en oversikt over dette for en enhet, hvor det inngår informasjon om utdanning, om man har veilederkompetanse, videreutdanning eller annen kompetanse/kurs.

Tre av enhetene i hjemmetjenesten har utfordringer med rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er de tre enhetene på Tromsøya; Midtbyen, Nordøya og Sentrum. De to andre enhetene; Kvaløya og Fastlandet har hittil ikke hatt disse utfordringene.

I oktober 2021 hadde Midtbyen hjemmetjeneste syv vakante syke- eller vernepleierstillinger og tre-fire vakante stillinger som helsefagarbeidere. Sentrum hjemmetjeneste hadde syv vakante sykepleierstillinger og fire vakante stillinger som helsefagarbeider. Nordøya hjemmetjeneste hadde tre ubesatte sykepleierstillinger og noen ledige vikariater for helsefagarbeidere i mindre stillingsprosenter.

Enhetene som har vakante stillinger, bruker vikarer. Også de andre enhetene bruker vikarer ved fravær blant ansatte. Flere av enhetslederne har i samtale med revisor fortalt at det er noen svakheter ved å bruke innleie fra vikarbyrå. Alle har presisert at vikarene som leies inn gjør en god jobb når de er der. Svakheten er at de kun skal være der en periode og ikke på samme måte som andre blir en del av kollegiet. Det medgår tid til opplæring og innføring i prosedyrer, i tillegg til at det kan være språkproblemer. Det er litt delte erfaringer. Ved bruk av egne vikarer, kan ofte de samme benyttes over tid. Sentrum hjemmetjeneste bruker innleie fra vikarbyrå, i tillegg til at de har noen faste vikarer. De andre enhetene bruker nå i hovedsak egne vikarer. Ved Midtbyen hjemmetjeneste løser de en del av behovet ved bruk av overtid fremfor innleie fra vikarbyrå.

Når det gjelder opplæring, er det felles dokumenter og prosedyrer for dette i seksjon for hjemmetjenester. «Velkommen som medarbeider i hjemmetjenesten» ble sist revidert i 2021 og er en opplæringsplan med informasjon for nye medarbeidere. Av dokumentet fremgår hvilken opplæring den ansatte skal gjennomgå og forventninger til den ansatte. Om omfang av opplæring står følgende:

«Alle nyansatte skal ha tre opplæringsvakter. Utover dette vil enkelte ha behov for å gå på topp i ulike lengder. Dette avhenger av profesjon, hvilken rolle den nyansatte skal ha og hvilken bakgrunn vedkommende har fra tidligere.»

Når opplæringsvaktene er gjennomført, skal den nyansatte ha opptil ti selvstendige vakter. I denne perioden kommer nye spørsmål til å dukke opp, samtidig som man knytter ny kunnskap til praksis.

Etter de ti selvstendige vaktene går en gjennom evaluering sammen med avdelingsleder. Den nyansatte skal nå formidle sine tanker om de ulike kapitlene i opplæringsplanen. Dette er for å kvalitetssikre at de har mottatt og forstått informasjonen.»

Kapitlene i opplæringsplanen er:

- Dokumentasjon av helsehjelp
- Profil

- Visma Enterprise
- Compilo Kvalitet
- Legemiddelhåndtering
- Taushetsplikt
- Egenmeldingsrutiner
- Egenerklæring om tuberkulose
- Veileder i grunnleggende sykepleie

I tillegg er det to kapitler som heter «Opplæringsplan for hjemmetjenesten» og «Profil». Disse inneholder lister med ulike punkter i opplæringa som skal fylles ut med dato for gjennomgang og signeres av nyansatt, den som er ansvarlig for opplæringa og avdelingsleder. Det er ulike lister avhengig av hvilken type stilling det gis opplæring i; sykepleier, helsefagarbeider, assistent/vikar mv.

Dokumentet finnes også i versjoner tilpasset hvilken type stilling den nyansatte skal begynne i; sykepleier eller helsefagsarbeider/assistent. Innholdet er likt som i «Velkommen som medarbeider i hjemmetjenesten» med den forskjellen at kun det som er aktuelt for den aktuelle stillingsgruppen inngår.

Når det gjelder kompetanse, fortalte flere av enhetslederne i samtale med revisor at hjemmetjenesten yter komplekse tjenester til et bredt spekter av befolkningen. Flere av enhetene gir omfattende tjenester til små barn. Enhetslederne fortalte at dette er noe tjenesten i utgangspunktet ikke har kompetanse på, og enkelte enheter har leid inn kompetanse for å ivareta disse brukerne. Tjenesten får også en del brukere fra rus og psykisk helse med somatiske lidelser. Det somatiske har hjemmetjenesten kompetanse på, men har lavere kompetanse på å håndtere rus og psykisk helse. Det samme gjelder brukere med psykisk utviklingshemming i omsorgsboliger. Enhetslederne mener det gis forsvarlige tjenester, men det er en utfordring for hjemmetjenesten at de skal ha kompetanse til å ivareta tilnærmet alle typer tjenester. Når det gjelder tjenester til barn, er dette omtalt i virksomhetsplanen til seksjon for hjemmetjenester. Oppdraget er «Best mulig organisering av tjenester, myndighet og ansvar rundt somatisk syke barn 0-23 år.» Det skal kartlegges hva som er mest hensiktsmessig organisering, tydeliggjøres hva som er dagens organisering og utarbeides samhandlingsavtaler mellom forvaltningene og utøvende tjenester for å få en best mulig samhandling.

For hjemmetjenesten har også legedekningen i kommunen betydning. Det er viktig for hjemmetjenesten at fastlegene har kapasitet til eksempelvis hjemmebesøk hos brukerne. Administrasjonen har opplyst at i Tromsø kommune mangler det flere fastlegehjemler. Det er ikke egne leger knyttet til omsorgsboliger, slik det er på sykehjem. Det er utfordrende med beboere i omsorgsboliger som er på samme helsenivå som sykehjemsbeboere, og som dermed ikke klarer å dra til sin fastlege. På grunn av den store mangelen på leger, har heller ikke fastlegene mulighet til å dra på hjemmebesøk. Dette medfører mer ansvar og arbeid for sykepleierne i hjemmetjenesten.

5.3.4 Avvik og klager

Tromsø kommune har felles avvikssystem for hele kommunen i Compilo. Dette er tilgjengelig på internett, og det kan dermed meldes avvik fra alle smarttelefoner, PC-er og nettbrett. Det er også felles rutiner i kommunen for melding av avvik, og disse ligger også i Compilo. Av denne rutinen fremgår det at formålet er *å sikre internkontroll og kontinuerlig forbedringsarbeid ved at avvik blir rapportert og behandlet på laveste nivå i organisasjonen, i tillegg til at ledelsen*

får styringsinformasjon. Det er den enkelte leder som har ansvar for håndtering av meldte avvik på sitt nivå, og den enkelte medarbeider har ansvar for å melde avvik. Avvik er i rutinen definert som «mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov, direktiv eller forskrift, samt Tromsø kommunes eller enhetens/seksjonens/avdelingens/stabens egne krav og bestemmelser.»

Alle avvik skal registreres i Compilo. Avvik hvor pasienten er involvert skal også registreres i Profil, hvor pasientens journal finnes.

Seksjonsleder har opplyst til revisor at det oppfordres til å melde avvik i tjenestene, og det er ønskelig at alle avvik meldes inn. Dette for å kunne avdekke eventuelle avvik som går igjen, som kan tilsi behov for å gjøre endringer på systemnivå. Avvikssystemet fungerer slik at meldte avvik går til nærmeste leder (som oftest er avdelingsleder). Dersom avviket ikke er håndtert innen 30 dager, går det automatisk videre i systemet til neste leder i linja. Dette skjer altså automatisk, og skal bidra til å sikre at alle avvik blir håndtert.

I avvikssystemet er det fire «hovedkategorier»: Tjeneste/bruker, organisasjon/internt, HMS og Personvern/informasjonsikkerhet. Den som melder avviket krysser av for hva det gjelder, jf. utklippene nedenfor.

Utklipp 5 og 6: Kategorier i Tromsø kommunes avvikssystem

Tjeneste/bruker

Hendelser og situasjoner som angår tjenestemottagere. For eksempel elever, pasienter og lignende.

- Informasjon/kommunikasjon
- Nesten-uhell
- Saksbehandling
- Samhandling/samarbeid
- Tjenesteproduksjon
- Vold og trusler
- Ulykke, skade

Organisasjon/internt

Hendelser og situasjoner knyttet til interne forhold på arbeidsplassen. Dette kan være seg samarbeid, organisering, avtaler osv.

- Bygg/anlegg
- Informasjon/kommunikasjon
- Innkjøp/anskaffelse
- Materiell/utstyr
- Nesten-uhell
- Saksbehandling
- Samhandling/samarbeid
- Tjenesteproduksjon

HMS

Hendelser og situasjoner knyttet til helsen, miljøet eller sikkerheten til de ansatte. Videre også hendelser som vedgår det indre eller ytre miljø på arbeidsplassen. For eksempel skade på utstyr, miljøutslepp, skade på ansatt osv.

- Arbeidsmiljø
- Nesten-uhell
- Ulykke, skade
- Vold og trusler
- Ytre miljø

Personvern / Informasjonssikkerhet GDPR

Hendelser og situasjoner som angår brudd på personopplysningssikkerheten som fører til utilsiktet eller ulovlig tilintetgjøring, tap, endring, ulovlig spredning av eller tilgang til personopplysninger som er overført, lagret eller på annen måte behandlet.

- Brudd på registrertes rettigheter
- Forholdet til tilsynsmyndigheten
- Personopplysninger på avveie

Mangler knyttet til å ivareta brukers/tjenestemottakers konfidensialitet og / eller brudd på taushetsplikt. Å sikre konfidensialitet innebærer blant annet å hindre uautorisert innsyn i informasjon som ikke skal være åpent tilgjengelig.
- Svikt i systematisk internkontroll GDPR
- Tilgang til informasjon/system

Ved avkrysning av et av disse alternativene, får den som melder avviket opp ytterligere valg for avkrysning som konkretiserer nærmere hva avviket gjelder. Dersom det eksempelvis meldes avvik innenfor arbeidsmiljø (HMS), er det tjue ulike underkategorier avviket kan registreres på.

Det velges også i avvikssystemet alvorlighetsgrad på avviket, årsak kan oppgis og forslag til forbedring kan skrives inn.

Seksjonsleder fortalte i møte med revisor at det er stor forskjell på avvik. Noen er «enkle», mens andre er mer komplekse og kan ikke løses enkelt. Hvordan avvik behandles, avhenger av hva de gjelder. Avvik knyttet til HMS gjennomgås i HMS-grupper, mens andre avvik – eksempelvis knyttet til medikamenthåndtering – gjennomgås i sykepleiergruppe. Enhetsledere har i samtale med revisor beskrevet det samme. Også disse har forklart at noen typer avvik ikke enkelt løses, og dermed blir stående åpne en stund. Eksempler på dette er avvik som gjelder manglende internettdekning eller mangel på arbeidstøy. Dette er forhold som ikke enkelt utbedres, og da kan ikke alltid avviket lukkes.

Revisor har fra Tromsø kommune fått oversikt over meldte avvik i perioden 1.1.2019 – 1.1.2021. I hele seksjon for hjemmetjenester ble det i denne perioden meldt 3596 avvik. Av disse var 30,8 % kategorisert med lav alvorlighet, 43,5 % med middels alvorlighet og 25,6 % med høy alvorlighet. Flertallet av avvikene – 54,5 % - gjaldt «tjeneste/bruker». Derneft var det flest avvik – 22,9 % - i kategorien HMS, mens 21,6 % av avvikene gjaldt «organisasjon/internt». Én prosent av avvikene i denne perioden gjaldt «personvern/informasjonssikkerhet GDPR». Av avvikene meldt i denne perioden, var det 88,1 % som ikke førte til noen tiltak. I underkant av en tiendedel av avvikene førte til ett tiltak, mens de øvrige meldte avvikene medførte to til fire tiltak.

I samtaler med enhetslederne spurte revisor om alle avvik etter deres oppfatning meldes, eller om det kan være underrapportering. Samlet sett er det nok litt underrapportering, er enhetsledernes opplevelser. Årsakene til det kan flere forhold. Ved de fleste enhetene er det

flest avvik knyttet til medikamenthåndtering av typen at det er glemt å gi medisin, ikke påsett at tjenestemottaker har tatt medisin o.l. Dette er som regel mindre alvorlige avvik – avhengig av hvilken medisin det gjelder. Avvik er jevnlig tema i møter i enhetene; personalmøter, møter i HMS-gruppene og møter i avdelingene.

Revisor har spurt om det er stort omfang av formelle klager i tjenestene. Eventuelle klager skal gå til enhetslederne og de behandler disse. Ved behov går klagen videre til seksjonsleder, og det gjør den også dersom klager «påklager» enhetsleders svar på klagen. Seksjonsleder fortalte at noen klager dreier seg om at det er ulike forventninger til tjenestetilbudet. Den enkelte tjenestemottaker/pårørende ønsker et best mulig tilbud og forventer kanskje et større omfang av tjenester enn det kommunen mener er nødvendig eller kan tilby. Kommunen skal ivareta flere hensyn; at alle som trenger tjenester får det, at tjenestene er innenfor økonomiske rammer mv. Enhetslederne har opplyst at de mottar veldig få klager som knytter seg til selve tjenestetilbudet i hjemmetjenestene. Også de har opplyst at de får noen klager som gjelder omfanget av tjenester. Det er få klager knyttet til de tjenestene som ytes, hvordan tjenesteytere opptrer og lignende – det er ingen slike fellesnevner som går igjen i klager. Flere av enhetslederne opplyste at dersom det oppstår noen utfordringer i tjenestetilbudet, er både avdelingsledere og enhetslederne selv tett på og går i dialog med tjenestemottaker/pårørende.

Det er altså få klager knyttet til selve hjemmetjenestene, men det er ganske mange klager knyttet til ventetid på plass på dagsenter og ventetid på fysio- og ergoterapeut. Dagsentrene er en del av Kvaløya hjemmetjeneste, og per oktober 2021 var det 93 personer på venteliste. Enhetsleder fortalte at det er mange henvendelser fra pårørende om dette, og også fra forvaltningskontoret om brukere som må prioriteres. Men det er fullt. Det er også noen som er misfornøyde med at det ikke tilbud om plass på dagsentre overalt - det er ikke et tilbud i distriktene. Fysio- og ergoterapi er underlagt Midtbyen hjemmetjeneste. Per oktober 2021 var ventetiden i gjennomsnitt ca. 100 dager. For å redusere ventetiden ansettes det fire fysioterapeuter og fire ergoterapeuter.

Av årsmeldingen for pasient- og brukerombudet i Troms for 2020 fremgår at de hadde en økning i antall henvendelser rettet mot Tromsø kommune fra 2019 til 2020 på 25 % (fra 77 til 97 henvendelser). Flest henvendelser (38) gjaldt fastlegeordningen. Videre var det 17 henvendelser som gjaldt langtidsopphold i sykehjem og syv som gjaldt korttidsopphold ved sykehjem. Når det gjelder helsetjenester i hjemmet, mottok de 15 henvendelser. Av årsmeldingen for pasient- og brukerombudet fremgår at et gjennomgangstema i flere av henvendelsene de fikk fra pårørende/tjenestemottakere, knyttet seg til antall tjenesteytere i turnus og usikkerhet om hvorvidt disse fikk tilstrekkelig og samordnet opplæring. Det står i årsmeldingen at for brukere og pasienter som har et stort hjelpebehov og som er helt avhengige av helse- og omsorgstjenester, kan det være avgjørende med gode rutiner for at tjenesten skal være forsvarlig. Slike rutiner må være kjent og bli fulgt av alle tjenesteytere i en turnus.

Revisor har i samtaler med enhetsledere stilt spørsmål om kontinuitet og i hvor stor grad det er mulig å begrense antallet ansatte den enkelte tjenestemottaker forholder seg til. Enhetslederne har opplyst at det er fokus på kontinuitet i tjenestene, men at det ikke er så enkelt å få til alltid. Det er flere forhold som har betydning for dette. Det ene er at hjemmetjenesten stadig tar imot nye brukere. Det er også store forskjeller i omfanget av tjenester den enkelte tjenestemottaker mottar, og noen har tjenester som krever at sykepleier gir tjenesten. Videre skal også turnus og arbeidstidsordninger gå opp. Ved vakante stillinger eller fravær må det benyttes vikarer. Det er mange hensyn å ta. Flere av enhetslederne fortalte at noen tjenestemottakere har stort behov for kontinuitet, og det vektlegges. Tjenestemottakere som har besøk av hjemmetjenesten seks

ganger i døgnet vil nødvendigvis møte på mange ulike ansatte. Enkelte enhetsledere fortalte at tjenestemottakere som opplever minst kontinuitet nok er de hvor det kan benyttes assistenter til å utføre tjenestene. En enhetsleder fortalte også at ikke alle tjenestemottakere synes det er negativt at det kommer nye folk – det er ikke et ensidig bilde. Hjemmetjenesten er også en sosial faktor for mange, og noen setter pris på at det kommer nye folk.

5.3.5 Brukermedvirkning og brukererfaringer

I kvalitetsplanen fra 2016 er brukermedvirkning omtalt som et eget punkt. Her fremgår det at Tromsø kommune har vedtatt rutine for brukermedvirkning på systemnivå. Denne omfatter blant annet politisk oppnevnte brukerråd (eldrerådet og kommunalt råd for personer med funksjonsnedsettelse) og enhetsvise brukerutvalg. Ifølge planen fra 2016 har alle enheter i helse og omsorg etablert brukerråd. Seksjonsleder og leder for stab i hjemmetjenesten har opplyst at alle enhetene i seksjon for hjemmetjenester har brukerutvalg. Det er litt ulikt organisert – noen enheter har flere utvalg. Men alle enhetene har minst et utvalg.

Administrasjonen har opplyst at det er ønskelig med brukerutvalg på hver omsorgsbolig. Det har vist seg å være vanskelig å rekruttere til disse. I distriktssonene er det tettere samarbeid med lokalsamfunnet og foreninger. Disse bidrar både med aktiviteter og engasjerer seg i politiske saker og høringer.

Når det gjelder individuell brukermedvirkning er – som redegjort for – plan for individuell brukermedvirkning under utarbeidelse. I henhold til opprinnelig fremdriftsplan skulle planen vært ferdig i 2019.

Tromsø kommune har dokument kalt «Brukermedvirkning i praksis». Vi ser at det er henvist til dette blant annet i *Avdelingslederhåndboka* som er fra 2018. Ved oversendelse av dette til revisor, opplyste Tromsø kommune at det er en gammel versjon av dokumentet. Som opplyst innledningsvis, har kommunen hatt rutiner i Compilo som er blitt slettet. Dokumentet vi har fått oversendt er ikke datert, men det er fra perioden kommunen hadde parlamentarisk styringsmodell. Det er også henvist til oppstart av et tiltak i 2012, noe som tilsier at dokumentet ble utarbeidet før 2012.

Av dokumentet «Brukermedvirkning i praksis» følger det at kommunen skal gjennomføre brukerundersøkelser årlig, og i hovedsak benytte undersøkelser som ligger på www.bedrekommune.no. bedrekommune.no er et verktøy for måling av tjenestekvalitet, bruker- og medarbeitertilfredshet som er utarbeidet av KS.

I kvalitetsplanen fra 2016 står det om bruker- og pårørendeundersøkelser at det er en viktig måte å innhente erfaringer fra bruker og pårørende. Av planen følger det at bruker- og pårørendeundersøkelser skal gjennomføres minimum hvert andre år, og skal danne grunnlag for utarbeidelse av satsningsområder og kvalitetsplaner. Resultater fra brukerundersøkelser skal behandles både i kvalitetsutvalg og politisk.

I møte med revisor opplyste seksjonsleder og leder for stab i seksjon for hjemmetjenester at det i utgangspunktet skal gjennomføres brukerundersøkelser hvert andre år, og at dette gjøres felles for hele organisasjonen. For hjemmetjenestene skulle det utføres brukerundersøkelse i 2019. På grunn av at ansatt med ansvaret for dette sluttet, ble undersøkelsen utsatt til 2020. I 2020 oppstod situasjonen med covid-19, og undersøkelsen ble dermed ytterligere utsatt. Sist

gang det ble gjennomført brukerundersøkelse i hjemmetjenesten, var i 2016. Vi har fra Tromsø kommune etterspurt resultatene fra denne, men kommunen har opplyst at de ikke finner disse. De kan ha vært i Compilo og ha blitt slettet.

I samtaler med enkelte av enhetslederne, har systemer for brukervedvirkning vært tema. Brukervedvirkning starter med forvaltninga, hvor saksbehandler skal ha brukers medvirkning i forbindelse med utforming av vedtak. Videre skal den enkelte tjenestemottaker ha en *primærkontakt* i hjemmetjenesten. Dette er også forankret i seksjonens virksomhetsplan, hvor målet er at 100 % av mottakere av hjemmesykepleie skal ha primærkontakt. I hjemmetjenesten ytes tjenestene i den enkelte tjenestemottakers hjem, og enkelte enhetsledere har beskrevet at dette gjør at brukervedvirkning blir en naturlig del av tjenesteutøvelsen. Det gjøres tilpasninger der det lar seg gjøre. Videre skal alltid eventuelle endringer i helsetilstand eller behov hos bruker registreres i Profil. Dette dreier seg selvsagt om flere aspekter enn brukervedvirkning og kan basere seg på andre forhold enn tilbakemeldinger fra bruker, men i og med at ansatte i hjemmetjenesten er de nærmeste til å motta tilbakemeldinger fra brukerne når de er på besøk, anser vi dette også som relevant for brukervedvirkning. Eventuelle endringer i behov som meldes inn evalueres jevnlig av hjemmetjenesten og forvaltningskontoret.

Stabsleder i seksjon for hjemmetjeneste har opplyst at tjenesten skal spørre om «hva er viktig for deg» både under kartleggingen og evaluering av tjenestene, og bruker skal være med på utformingen av planen for hjelpen som gis. Høsten 2021 ble det vedtatt nye tjenestebeskrivelser for helse- og omsorgstjenester i Tromsø kommune. I denne er det en innledning hvor det fremgår hva som er målet, rettigheter til tjenestemottaker, hva kommunen forventer og hva tjenestemottaker kan forvente. Det viktigste målet er mestring – at den enkelte skal kunne mestre hverdagen helt eller i størst mulig grad selvstendig. Under «Dine rettigheter» står følgende:

Alle har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Tjenestene tildeles etter individuelle behov og det er viktig for oss at du blir involvert i prosessen. Vi er derfor opptatt av å stille spørsmålene «Hva er viktig for deg?» «Hva mestrer du?» og «Hvilke ressurser har du rundt deg?» Du har rett og plikt til å aktivt medvirke og ta beslutninger som angår deg. Hva som ansees som nødvendige helse- og omsorgstjenester for deg, vurderes individuelt ut fra hva som er faglig forsvarlig, og ut fra kommunens tilgjengelige tilbud og ressurser.

Vi skal alltid vurdere re-/habiliteringsbehov og re-/habiliteringspotensial før kompensierende tjenester. Det betyr at du skal få tilbud om rehabilitering, opplæring eller tilrettelegging istedenfor at vi gjør oppgavene for deg, såfremt det er mulig. Kartlegging av ditt hjelpebehov kan gjøres i et eller flere møter, noen ganger over lengre tid. Vi tilbyr hjelpemidler og velferdsteknologi som kan gi økt trygghet, aktivitet og mestring basert på dine behov. Det utvikles stadig nye løsninger for bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenestene, og vi vil ta flere av disse i bruk fremover.

Vi kan bare gi helsehjelp med ditt samtykke. Du kan trekke ditt samtykke tilbake. Dersom du trekker ditt samtykke skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelp ikke gis. Dersom noen andre skal samtykke på vegne av deg, må de levere signert fullmakt eller kopi av vergemål først. [...]

I tjenestebeskrivelsen er det også informasjon om hvordan man søker tjenester og beskrivelser av de enkelte tjenestetilbudene.

I kapittel 5.3.4 har vi omtalt hvordan formelle klager behandles. Vi har også stilt spørsmål om hvordan eventuelle tilbakemeldinger som ikke er formelle klager håndteres. Det kan være tilbakemeldinger som ansatte mottar når de er hos brukerne. Flere av enhetslederne har fortalt at de ansatte nok mottar en del tilbakemeldinger. Utfra opplysningene vi har fått, oppfatter vi at det ikke er et fast, enhetlig system for håndtering av slike tilbakemeldinger. Det er ønskelig at slike tilbakemeldinger gjøres kjent for avdelingsleder og eventuelt primærkontakt. Dette for å kunne fange opp eventuelle tilbakemeldinger som går igjen og behov for å gjøre justeringer.

I virksomhetsplanen til seksjon for hjemmetjenester er relevante samarbeidspartnere omtalt. Her fremgår «frivillige» og «organisasjoner» som relevante under flere punkter.

Når det gjelder samarbeid med brukergruppens organisasjoner, har stabsleder i seksjon for hjemmetjeneste opplyst at seksjonsleder er i hvert møte i elderrådet og gir informasjon, får innspill og svarer ut spørsmål. I referansegrupper, prosjektgrupper eller styringsgruppe for prosjekter er det ofte deltakere fra elderrådet og/eller råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Planer, rapporter og politiske saker går til rådene for høring og innspill. Tromsø elderråd og kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne er rådgivende organ for kommunestyret. Eldrerådet består av to politisk valgte representanter og syv representanter fra organisasjoner.⁴ Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne består av fire politisk valgte representanter og representanter fra organisasjoner.⁵

I utarbeidelse av ulike planer eller saker til politisk behandling som omfatter avdeling for helse og omsorg, og dermed også hjemmetjenestene, er det gjennomført møter/høringer med brukerorganisasjoner. Eksempler på dette er ved utarbeidelsen av «Program for utvikling av helse og omsorg 2017 - 2018». Det ble da gjennomført høringsmøte med brukerorganisasjoner. I tillegg til elderrådet og råd for personer med nedsatt funksjonsevne, var følgende representerte: Marborg, RIO og Norsk Forbund for utviklingshemmede.

5.4 Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisjonskriteriene for å besvare problemstilling 1 er utledet fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Forskriften beskriver virksomhetens ulike oppgaver tilknyttet forpliktelsene som gjelder planlegging, gjennomføring, korrigering og evaluering. Hvilke vurderinger og systemer kommunen selv har gjort og etablert har relevans for revisors undersøkelser og vurderinger av dette opp mot forskriften. Mange av våre funn får relevans for flere av de ulike revisjonskriteriene og må ses i sammenheng. Det vil si at avvik opp mot noen revisjonskriterier må vektlegges i vurderinger av øvrige revisjonskriterier.

For det første har det betydning at den overordnede kvalitetsplanen for helse og omsorg ikke er fulgt opp som forutsatt. Denne gjelder hele avdeling for helse og omsorg, og får dermed også betydning for seksjon for hjemmetjenester og enhetene som yter hjemmetjenester. Av kvalitetsplanen fremgår at den danner grunnlaget for kvalitetssystem i avdelingen og skal bidra til å oppfylle forskriftskravene. Når det gjelder dokumentasjon av styringssystemet, har seksjon

⁴ Postens pensjonistforbund, Troms Kraft pensjonistklubb, Tromsø pensjonistforening, Statens Vegvesens pensjonistforbund, Veteranklubben, Tromsdalen og Tomasjord Pensjonistforening og pensjonistforeninga ved UiT.

⁵ Tre representanter fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), en representant fra Norges handikapforbund (NHF), en representant fra Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU) og en representant blant brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse og rus.

for hjemmetjenester dokumentasjon på flere områder, men mangler også en del dokumentasjon som følge av at dokumenter i Compilo automatisk ble slettet.

Mål, oppgaver, aktiviteter og organisering er beskrevet og tilgjengelig for ansatte i Compilo. Det foreligger maler for gjennomføring av risikovurderinger og det er også gjennomført risikovurderinger på flere områder. Det holdes oversikt over ansattes kompetanse, og er systemer for opplæring. Kommunen har felles avvikssystem som også benyttes i hjemmetjenesten og det holdes oversikt over avvik. Systemet er innrettet slik at avvik må håndteres på ledernivå – det går oppover i systemet hvis ikke. Som følge av at flere av planene som i henhold til overordnet kvalitetsplan skulle vært utarbeidet ikke er det, er det etter revisors syn ikke utviklet og iverksatt nødvendige prosedyrer, rutiner mv. Dette er planer kommunen selv har vurdert behov for at utarbeides, men som ikke er utarbeidet. Det er også en svakhet at det ikke er utarbeidet en oppdatert overordnet kvalitetsplan. Dette har betydning for våre vurderinger av revisjonskriteriene som gjelder både planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter.

Revisors vurdering er at Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester **ikke har et tilstrekkelig dokumentert styringssystem** for hjemmetjenestene. Bakgrunnen for vurderingen er at det er mangelfull dokumentasjon av styringssystemet i Compilo og at planlagt kvalitetsarbeid som skal bidra til et helhetlig system ikke er utarbeidet som forutsatt. Videre vurderer vi at Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester **til dels har vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i hvilken grad dette skal dokumenteres**. Bakgrunnen for dette er blant annet at planer kommunen selv har vurdert som nødvendige ikke er utarbeidet og at kommunen ikke har helhetlig dokumentasjon av styringssystemet.

Når det gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, vurderer vi at Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene til dels ivaretar dette. Det innebærer at følgende revisjonskriterier vurderes som **til dels oppfylt**:

Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester skal innenfor hjemmetjenestene

- *planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Flere av elementene i dette ivaretas, men også her har det betydning at føringene i overordnet kvalitetsplan ikke er fulgt opp. Dette innebærer at arbeidet ikke er underlagt tilstrekkelig systematikk med planlegging, gjennomføring av det som er planlagt, evaluering og korrigerende. Videre vektlegger vi at det ikke systematisk innhentes erfaringer fra tjenestemottakere.

Med bakgrunn i ovennevnte vurderinger er revisors konklusjon at Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester til dels har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmetjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

Problemstilling 2 omhandler brukerinvolvering, brukermedvirkning og brukerundersøkelser. Tromsø kommune har i overordnet kvalitetsplan fastsatt at det skal gjennomføres brukerundersøkelser annet hvert år. Dette er imidlertid ikke gjort siden 2016. Med bakgrunn i dette vurderer vi at Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester ikke har tilstrekkelige *systemer* for innhenting av erfaringer og synspunkter fra tjenestemottakere. Revisjonskriteriet om at *Tromsø kommune v/seksjon for hjemmetjenester skal ha etablert systemer for innhenting av tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter innenfor hjemmetjenestene* vurderes som **ikke oppfylt**.

Vi har fått opplyst at alle enheter i hjemmetjenesten har brukerutvalg, noen har flere. Seksjonsleder møter fast i eldrerådet. Eldrerådet og kommunalt råd for personer med nedsatt funksjonsevne involveres på ulike måter i arbeidet med planer og prosjekter. Ved større endringer og omorganiseringer i avdeling for helse og omsorg, som også omfatter hjemmetjenestene, er det gjennomført høringer og/eller høringsmøter med rådene og brukerorganisasjoner. Med bakgrunn i dette vurderer vi revisjonskriteriene om at *Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester skal sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet og legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner* som **oppfylt**.

Plan for individuell brukermedvirkning er ikke utarbeidet som planlagt. I tjenestebeskrivelser for avdeling for helse og omsorg er tjenestemottakers rett til å medvirke beskrevet. Tjenestemottaker har rett og plikt til å medvirke. Kommunen har videre beskrevet at bruker skal være med på utforming av planen for hjelpen som gis. Med bakgrunn i opplysningene vi har fått, oppfatter vi at Tromsø kommune har systemer som skal ivareta tjenestemottakers rett til å medvirke innenfor hjemmetjenestene. Imidlertid er ikke plan for individuell brukermedvirkning – som kommunen selv har vurdert bør utarbeides – ferdigstilt. Med bakgrunn i dette vurderer vi at revisjonskriteriet om at *Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester skal ha systemer som ivaretar tjenestemottakers rett til å medvirke* i stor grad, men ikke fullt ut, er oppfylt. Vi presiserer at vi ikke har undersøkt enkeltindividers muligheter til eller opplevelser av medvirkning.

Systemene for brukerinvolvering/brukermedvirkning er beskrevet i kapittel 5.3.5. **Revisors konklusjon er at Tromsø kommune innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester i stor grad har systemer for brukerinvolvering/brukermedvirkning. Kommunen har også en plan for gjennomføring av brukerundersøkelser; slike skal gjennomføres annet hvert år. Dette er imidlertid ikke gjort siden 2016, og revisor konkluderer med at Tromsø kommune ikke gjennomfører og bruker resultater fra brukerundersøkelser som forutsatt innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester.**

6 RESSURSBRUK I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

Hvordan er Tromsø kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenestene i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?

6.1 Innledning

Som redegjort for i kapittel 3, har revisor sett på Tromsø kommunes regnskapstall, KOSTRA-tall og rapporter fra ASSS-nettverket for å belyse kommunens ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester. Vi presenterer først regnskapstallene for funksjonene 234, 253, 254 og 261, som er de samme funksjonene KOSTRA-tallene som presenteres i kapittel 6.2 tar utgangspunkt i. Dette for å belyse utviklingen i Tromsø kommunes ressursbruk før vi sammenlikner med andre kommunegrupper. Vi har undersøkt at det er samsvar mellom samlet netto driftsutgift slik denne fremgår av tabellene som presenteres i det videre, og samlet netto driftsutgift som fremgår av KOSTRA-tallene. Avvikene vi har funnet er uvesentlige.

Vi presiserer at i dette kapitlet inngår tall for pleie- og omsorgstjenestene, og ikke bare hjemmetjenestene. Videre presiserer vi at funksjonsinndelingen til KOSTRA ikke samsvarer med Tromsø kommunes organisering. KOSTRA-funksjonene viser ressursbruk for produksjon av en tjeneste/et tjenesteområde, uavhengig av hvordan kommunene har organisert seg. Det innebærer at når det eksempelvis presenteres tall for funksjon 254 som gjelder «tjenester til hjemmeboende», gjelder ikke disse kun tjenester som ytes i seksjon for hjemmetjenester. Også tjenester som ytes gjennom andre seksjoner omfattes samt omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistent (BPA). Dette er også redegjort for i kapittel 3, og i rapportens vedlegg 1 er mer spesifisert oversikt over hva de fire funksjonene vi omtaler omfatter. Vi har benyttet funksjonsinndelingen til KOSTRA fordi alle kommuner skal rapportere til SSB etter denne, og dermed gir denne grunnlag for sammenlikning mellom kommuner.

Forventet ressursbruk innenfor et tjenesteområde ses i sammenheng med blant annet demografiske forhold i kommunen. En kommune med relativt høy andel av sine innbyggere som barn i barnehagealder er forventet å ha høyere ressursbruk på dette tjenesteområdet enn en kommune med relativt lav andel barn i samme aldersgruppe. På samme måte forventes en kommune med en relativt høy andel av sine innbyggere i alderen 67 år og over å ha en relativt høy forventet ressursbruk innenfor pleie og omsorg. Det er imidlertid viktig å ha med seg at pleie- og omsorgstjenester også ytes til innbyggere under 66 år, og at en betydelig del av ressursene går til dette tjenestetilbudet.

I årene 2017-2020 har Tromsø kommune hatt en lavere andel av sine innbyggere i aldersgruppen 67 år og over enn gjennomsnittet i landet u/Oslo og gjennomsnittet i relevant KOSTRA-gruppa. I tabell 1 er oversikt over dette. Også om vi deler aldersgruppen inn i intervallene 67-79 år og 80 år og over, har Tromsø kommunes andel av innbyggere i begge aldersintervallene vært lavere enn i sammenlikningsenhetene.

Tabell 1: Andel av befolkningen 67 år og over

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	11,3 %	11,6 %	12 %	12,4 %
KG13	14,8 %	15,1 %	15,4 %	-
KG12	-	-	-	13,9 %
Landet u/Oslo	15,4 %	15,7 %	16,1 %	16,4 %

Kilde: SSB/KOSTRA

Som det fremgår av tabellen over, er andelen av befolkningen i Tromsø som er over 67 år økende. Det er samme utvikling i resten av landet. Denne utviklingen indikerer at behovet for tjenester innenfor pleie og omsorg vil være økende i årene fremover i Tromsø kommune.

Gjennom ASSS-nettverket utarbeides det årlige rapporter. For regnskapsåret 2020 er det per nå ikke utarbeidet like utfyllende rapporter som for tidligere år.

Det fremgår av rapportene fra ASSS-nettverket at Tromsø kommune i årene 2017, 2018 og 2019 innenfor pleie og omsorg hadde et *beregnet utgiftsbehov* som var betydelig lavere enn landsgjennomsnittet. Kommunenes utgiftsbehov varierer avhengig av forskjeller i befolkningssammensetning, sosiale forhold, kommunestørrelse og bosettingsmønster. Gjennom utgiftsutjevningen i inntektssystemet skal kommunene bli fullt ut kompensert for forskjeller i beregnet utgiftsbehov per innbygger når det gjelder såkalte nasjonale velferdsoppgaver. Dette omfatter grunnskole, pleie og omsorg, kommunehelse, sosialtjeneste, barnevern og barnehager. Tromsø kommunes lave utgiftsbehov innenfor pleie og omsorg skyldes i stor grad at Tromsø har relativt få innbyggere fra 67 år og oppover og relativt få psykisk utviklingshemmede fra 16 år og oppover. Utgiftsbehovet innenfor pleie og omsorg er forventet å øke i Tromsø, på grunn av økende andel av befolkningen i aldersgruppen 67 år og over.

Basert på det ovennevnte kan man utlede en *forventning* om at Tromsø kommunes ressursbruk innenfor pleie og omsorg er lavere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket, KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo. Slik er det ikke – Tromsø kommunes ressursbruk er betydelig høyere enn det beregnede utgiftsbehovet. KS har utviklet en ressursbruksindikator spesielt for ASSS-samarbeidet. Denne viser hvor mye ressurser (netto driftsutgift fratrukket avskrivninger) den enkelte kommune bruker på en tjeneste sett i forhold til gjennomsnittet for ASSS-kommunene. Både i 2018, 2019 og 2020 hadde Tromsø kommune den høyeste ressursbruksindikatoren innenfor ASSS-nettverket. Imidlertid er denne redusert fra 2018 til 2020. I 2018 var Tromsø kommunes ressursbruk 31,5 % høyere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket, mens den i 2020 var 21,5 % høyere enn gjennomsnittet i ASSS. Tromsø kommune har i treårsperioden altså nærmet seg gjennomsnittet i nettverket, men har fremdeles den høyeste ressursbruksindikatoren av kommunene som inngår i ASSS.

I det videre skal vi se på mulige årsaker til at Tromsø kommune har en høyere ressursbruk enn forventningene skulle tilsi. Vi presenterer først regnskapstallene for Tromsø kommune for årene 2017-2020, for å belyse kommunens egen ressursbruk før vi gjør sammenlikninger med andre.

6.2 Tromsø kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester 2017-2020

I tabell 2 presenteres samlet driftsutgift for pleie- og omsorgstjenestene⁶ i Tromsø kommune for årene 2017-2020.

Tabell 2: Netto driftsutgifter pleie- og omsorgstjenestene 2017 – 2020 (funksjonene 234, 253, 254, 261)

Art	Pleie og omsorg	R 2017	R 2018	R 2019	R 2020	Økning i %
	<u>Utgifter</u>					
010-019	Fast lønn	767 171 697	841 466 309	866 810 651	836 142 925	9,0 %
020-029	Vikar	87 614 685	90 363 645	91 486 924	97 809 323	11,6 %
030-039	Ekstrahjelp	31 260 318	28 110 656	22 838 785	25 211 051	-19,4 %
040-049	Overtid	25 391 515	23 002 644	18 445 905	24 625 060	-3,0 %
050-089	Annen lønn og godtgjørelse	117 049 017	126 382 411	138 265 610	139 872 476	19,5 %
090-098	Pensjon m.m.	133 066 228	143 692 346	173 104 767	134 542 102	1,1 %
099	Arbeidsgiveravgift	86 955 026	93 384 672	97 743 363	83 222 365	-4,3 %
010-099	SUM LØNNSUTGIFTER	1 248 508 486	1 346 402 683	1 408 696 005	1 341 425 302	7,4 %
100-489	Varer og tjenester	358 218 003	433 550 150	428 829 046	462 151 952	29,0 %
590	Avskrivninger	23 334 298	33 660 139	54 378 638	61 649 113	164,2 %
100-489						
+590	SUM ANDRE UTGIFTER	381 552 301	467 210 289	483 207 684	523 801 065	37,3 %
	<u>Refusjoner/inntekter</u>					
600-699	Salgsinntekter	81 353 510	115 186 389	125 924 275	122 254 349	50,3 %
710-719	Sykepenger og svangerskapsref.	67 219 120	67 569 145	76 035 176	80 530 506	19,8 %
700-709, 720-899	Øvrige inntekter	237 718 756	219 594 423	227 568 136	191 810 626	-19,3 %
600-899	SUM INNTEKTER	386 291 386	402 349 957	429 527 587	394 595 481	2,1 %
	NETTO DRIFTSUTGIFT	1 243 769 401	1 411 263 015	1 462 376 102	1 470 630 886	18,2 %

Kilde: Tromsø kommunes årsregnskaper for årene 2017 - 2020

Regnskapstallene viser at netto driftsutgift samlet økte med 18,2 % i perioden. Inntektene er samlet sett ikke redusert i perioden, men har hatt en lavere vekst enn utgiftene. Det er særlig varer og tjenester og avskrivninger – målt i prosentvis endring – som har økt i perioden. De

⁶ Funksjon 234, 253, 254 og 261.

samlede lønnsutgiftene i fireårsperioden har økt med 7,4 %. Tatt i betraktning lønnsvekst⁷ i samme periode, innebærer dette reelt sett en reduksjon i de samlede lønnsutgiftene.

Andre utgifter, som består av varer/tjenester og avskrivninger, har økt med 37,3 % i fireårsperioden. Som det fremgår av tabellen ovenfor, skyldes en stor del av denne økningen avskrivninger. Imidlertid har også utgifter til varer og tjenester økt med 29 % i perioden. Økningen er større enn lønns- og prisvekst i samme periode. Varer og tjenester omfatter alt materiell og alle tjenester som benyttes i driften, som kontorrekvisita, matvarer, telefontjenester, transportmidler, konsulenttjenester, husleie og vikartjenester. Den største enkeltstående utgiftsposten under varer og tjenester er *kjøp av omsorgstjenester som erstatter kommunal egenproduksjon*. Det er også utgiftsposten som har økt mest i fireårsperioden. Denne har økt med om lag kr 69 millioner i fireårsperioden, fordelt på hjemmetjenester og institusjonstjenester. Beløpene er størst innenfor hjemmetjenesten; i overkant av kr 152 millioner i 2020. Kommunens utgifter til brukerstyrt personlig assistent (BPA) føres på funksjon for hjemmetjenester og inngår i dette beløpet. I 2020 var det utgiftsført om lag kr 31 millioner til kjøp av omsorgstjenester innenfor institusjonstjenestene.

Avskrivninger har økt med 164 % i fireårsperioden. Bakgrunnen for økningen i avskrivninger er nye bygg, som Otium bo- og velferdssenter.

Samlet sett har inntektene økt med 2,1 % i fireårsperioden. Salgsinntekter har en økning på 50 % i perioden, noe som i hovedsak skyldes økt sats for brukerbetalinger. Tromsø kommune endret i 2018 grunnlaget for egenandel ved institusjonsplass, noe som ga økte inntekter.⁸ Sykepenger og svangerskapsrefusjoner har økt. Disse inntektene utløses av fravær blant ansatte i form av permisjon eller legemeldt fravær over 16 dager. Øvrige inntekter er redusert i perioden – i hovedsak fra 2019 til 2020. Dette skyldes i hovedsak reduksjon i refusjon for ressurskrevende tjenester.

Tabell 2 viser utviklingen i netto driftsutgift for pleie og omsorg samlet. I det videre ser vi nærmere på utviklingen i netto driftsutgift i perioden 2017-2020 for de fire funksjonene/tjenesteområdene hver for seg. Det er institusjonstjenester og tjenester til hjemmeboende som utgjør de største tjenesteområdene.

⁷ Vi legger til grunn kommunal deflator, som angir lønns- og prisvekst i kommunesektoren. Kommunal deflator var anslått til 2,4 % i 2017, 2,6 % i 2018, 3,1 % i 2019 og 1,7 % i 2020.

⁸ Behandlet av kommunestyret i sak 102/18, i møte 30.5.2018.

Tabell 3: Aktivisering og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede (funksjon 234)

Art	Funksjon 234	R 2017	R 2018	R 2019	R 2020	Økning i %
	<u>Utgifter</u>					
010-019	Fast lønn	31 218 541	35 468 815	39 752 300	33 638 704	7,8 %
020-029	Vikar	2 733 428	2 403 371	3 071 384	2 119 070	-22,5 %
030-039	Ekstrahjelp	1 201 022	1 676 078	1 931 965	238 221	-80,2 %
040-049	Overtid	790 464	1 004 096	309 653	147 904	-81,3 %
050-089	Annen lønn og godtgjørelse	6 279 461	7 093 899	6 259 794	4 211 954	-32,9 %
090-098	Pensjon m.m.	5 163 647	5 452 439	7 765 135	5 038 624	-2,4 %
099	Arbeidsgiveravgift	3 479 583	4 020 918	4 412 903	3 020 231	-13,2 %
010-099	SUM LØNNSUTGIFTER	50 866 146	57 119 616	63 503 134	48 414 708	-4,8 %
100-489	Varer og tjenester	22 782 692	28 697 524	32 874 316	27 762 869	21,9 %
590	Avskrivninger	2 954 582	3 161 875	3 161 875	1 759 481	-40,4 %
100-489 +590	SUM ANDRE UTGIFTER	25 737 274	31 859 399	36 036 191	29 522 350	14,7 %
	<u>Refusjoner/inntekter</u>					
600-699	Salgsinntekter	10 556 439	14 021 388	16 183 918	10 713 590	1,5 %
710-719	Sykepenges og svangerskapsref.	3 553 432	2 085 937	3 165 637	4 127 838	16,2 %
700-709, 720-899	Øvrige inntekter	5 926 695	6 540 304	10 662 548	6 320 135	6,6 %
600-899	SUM INNTEKTER	20 036 566	22 647 629	30 012 103	21 161 563	5,6 %
	NETTO DRIFTSUTGIFT	56 566 854	66 331 386	69 527 222	56 775 495	0,4 %

Kilde: Tromsø kommunes årsregnskaper, 2017-2020

Funksjon 234 omfatter aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede. Det vil si blant annet dagsentre for eldre, som Tromsø kommune har fem av (Fastlandet, Nordøya, Heracleum, Kvaløya og Laureng). Kommunen har også eget dagaktivitetstilbud til yngre med demens (Møteplassen). Videre inngår arbeids- og aktivitetstilbud til personer med ulike funksjonsnedsettelse her, slik som Tindfoten, Dreis, Fiolvegen aktivitetshus og Tromsø aktivitet og rehabilitering.

Økningen i netto driftsutgift fra 2017 til 2020 er marginal, på 0,4 %. Tatt i betraktning lønns- og prisvekst i samme periode representerer dette en reduksjon i netto driftsutgift i perioden. Som det fremgår av tabell 3, var det en betydelig nedgang i netto driftsutgift fra 2019 til 2020. Fra 2017 til 2019 økte netto driftsutgift med om lag 23 % (13 millioner).

Ut fra regnskapstallene er det reduksjon i utgiftene fra 2019 til 2020 ved Tindfoten dagtilbud, Dreis, Tromsø aktivitet og rehabilitering, Fiolvegen aktivitetssenter og Losen lavterskelsenter (tidl. Værftet aktivitetssenter) som er hovedårsakene til reduksjonen i netto driftsutgift fra 2019 til 2020. Samlet er utgiftene redusert med om lag kr 15 millioner for de nevnte avdelingene.

Samlede lønnsutgifter er redusert i fireårsperioden. Utgifter til fast lønn har økt med 7,8 %, noe som tatt i betraktning lønns- og prisvekst i perioden ikke representerer en økning i antallet faste ansatte. Alle andre poster knyttet til lønn er redusert i perioden. Salgsinntekter har økt marginalt i perioden sett under ett. Disse ble betydelig redusert fra 2019 til 2020, noe som kan ses i sammenheng med blant annet mindre salg ved avdelingen Dreis i 2020 sammenliknet med 2019.

Tabell 4: Bistand, pleie og omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (funksjon 253)

Art	Funksjon 253	R 2017	R 2018	R 2019	R 2020	Økning i %
	<u>Utgifter</u>					
010-019	Fast lønn	289 091 619	327 944 538	343 985 962	330 143 228	14,2 %
020-029	Vikar	34 084 461	38 557 793	42 994 672	48 869 087	43,4 %
030-039	Ekstrahjelp	14 682 360	13 995 170	12 717 811	13 860 227	-5,6 %
040-049	Overtid	10 035 940	9 161 581	9 279 711	12 623 459	25,8 %
050-089	Annen lønn og godtgjørelse	38 316 125	41 968 590	43 286 132	46 349 290	21,0 %
090-098	Pensjon m.m.	49 824 830	57 430 282	69 126 706	54 298 644	9,0 %
099	Arbeidsgiveravgift	32 939 259	36 561 228	38 856 912	33 234 326	0,9 %
010-099	SUM LØNNSUTGIFTER	468 974 594	525 619 182	560 247 906	539 378 261	15,0 %
100-489	Varer og tjenester	117 198 276	141 924 929	126 059 360	161 100 438	37,5 %
590	Avskrivninger	1 565 515	5 480 737	10 612 261	14 048 142	797,3 %
100-489	SUM ANDRE UTGIFTER	118 763 791	147 405 666	136 671 621	175 148 580	47,5 %
	<u>Refusjoner/inntekter</u>					
600-699	Salgsinntekter	59 624 914	81 574 500	81 448 453	84 344 715	41,5 %
710-719	Sykepenges og svangerskapsref.	21 261 353	25 505 852	30 981 189	32 698 708	53,8 %
700-709, 720-899	Øvrige inntekter	20 618 070	31 584 772	33 841 145	23 168 735	12,4 %
600-899	SUM INNTEKTER	101 504 337	138 665 124	146 270 787	140 212 158	38,1 %
	NETTO DRIFTSUTGIFT	486 234 048	534 359 724	550 648 740	574 314 683	18,1 %

Kilde: Tromsø kommunes årsregnskaper, 2017-2020

Funksjon 253 omfatter bistand, pleie og omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Det innebærer blant annet direkte brukerrettede oppgaver i Tromsø kommunes sykehjem, Helsehuset og ulike boligtilbud til personer med funksjonsnedsettelse. Også avlastning, døgnopphold, rehabiliteringsopphold samt utskrivningsklare pasienter (eller dagbøter for disse) hører innunder denne funksjonen.

Netto driftsutgift har økt med 18,1 % i perioden.

De samlede lønnsutgiftene har økt med 15 % i fireårsperioden. Utgifter til fast lønn har økt med 14,2 %. Justert for lønnsvekst innebærer det en liten økning i utgifter til fast lønn. Vikarutgiftene har økt mye; 43 %. Denne økningen bør ses i sammenheng med at refusjoner knyttet til sykefravær og foreldrepermisjon også har økt betydelig i perioden. Også bruk av overtid har økt, men denne svinger mellom årene, og det kan tenkes at covid-19 situasjonen medførte ekstraordinær bruk av overtid i 2020.

Utgifter til varer og tjenester har økt med 37,5 % i fireårsperioden. Dette utgjør en økning på om lag kr 44 millioner. Som redegjort for, omfatter kjøp av varer og tjenester alle kjøp av varer og tjenester som benyttes i tjenesteytingen. En stor del av økningen i fireårsperioden knytter seg til utgifter ført på artsserie 3, som gjelder *kjøp av varer og tjenester som erstatter egen tjenesteproduksjon*. Det omfatter blant annet kjøp av statlige tjenester, betaling til andre kommuner og kjøp av omsorgstjenester fra private. Økningen i utgiftene fra 2017 til 2020 var på om lag kr 29 millioner. Også kjøp av vikartjenester økte fra 2017 til 2020, med om lag kr 8 millioner. I 2020 utgjorde kjøp av vikartjenester i overkant av kr 20 millioner. Det er økningen i disse to utgiftspostene som forklarer størsteparten av økningen i utgifter til varer og tjenester. Andre relativt store utgiftsposter som matvarer, medikamenter og medisinsk forbruksmateriell har vært relativt stabile i fireårsperioden.

Salgsinntekter økte med 41,5 % prosent i fireårsperioden, hvorav økningen i all hovedsak skjedde fra 2017 til 2018. Det er økte inntekter knyttet til vederlag for sykehjemsplasser som er hovedårsaken til det. Disse økte med om lag kr 22 millioner fra 2017 til 2018 og har siden vært relativt stabile. Som nevnt ble grunnlaget for vederlagsberegning endret i 2018.

Tabell 5: Bistand, pleie og omsorg til hjemmeboende (funksjon 254)

Art	Funksjon 254	R 2017	R 2018	R 2019	R 2020	Økning i %
	<u>Utgifter</u>					
010-019	Fast lønn	440 622 368	471 366 345	476 191 726	465 411 252	5,6 %
020-029	Vikar	50 796 796	49 402 481	45 420 868	46 821 166	-7,8 %
030-039	Ekstrahjelp	15 413 391	12 422 881	7 949 556	11 028 560	-28,4 %
040-049	Overtid	14 518 731	12 810 876	8 823 038	11 673 985	-19,6 %
050-089	Annen lønn og godtgjørelse	60 871 241	64 585 806	75 279 140	76 213 232	25,2 %
090-098	Pensjon m.m.	75 304 037	78 131 364	92 607 230	72 424 551	-3,8 %
099	Arbeidsgiveravgift	49 006 981	51 157 254	52 679 008	45 401 109	-7,4 %
010-099	SUM LØNNSUTGIFTER	706 533 545	739 877 007	758 950 566	728 973 855	3,2 %
100-489	Varer og tjenester	193 166 834	233 205 058	239 665 227	234 538 434	21,4 %
590	Avskrivninger	5 643 696	5 729 807	6 427 119	10 803 834	91,4 %
100-489 + 590	SUM ANDRE UTGIFTER	198 810 530	238 934 865	246 092 346	245 342 268	23,4 %
	<u>Refusjoner/inntekter</u>					
600-699	Salgsinntekter	11 024 268	17 796 150	27 909 142	26 298 843	138,6 %
710-719	Sykepenger og svangerskapsref.	40 852 165	38 040 970	40 848 861	42 596 549	4,3 %
700-709, 720-899	Øvrige inntekter	206 765 758	175 829 788	177 367 618	152 164 941	-26,4 %
600-899	SUM INNTEKTER	258 642 191	231 666 908	246 125 621	221 060 333	-14,5 %
	NETTO DRIFTSUTGIFT	646 701 884	747 144 964	758 917 291	753 255 790	16,5 %

Kilde: Tromsø kommunes årsregnskaper, 2017-2020

Funksjonen omfatter praktisk bistand og opplæring samt hjemmesykepleie og psykisk helsetjeneste i hjemmet. Den omfatter også brukerstyrt personlig assistent (BPA), omsorgsstønad og avlastning utenfor institusjon. Også tiltak til rusmisbrukere som bor i egen eller kommunalt tildelt bolig (hjemmeboende) som faller innunder hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning hører innunder denne funksjonen.

Netto driftsutgift har økt med 16,5 % i perioden. Denne økningen skyldes reduksjon i inntekter samt økning i kjøp av varer og tjenester samt avskrivninger. De samlede lønnsutgiftene har økt marginalt i perioden og tatt i betraktning lønnsvekst er lønnsutgiftene reelt sett noe redusert.

Når det gjelder lønnsutgifter, er utgifter til vikarer, ekstrahjelp, overtid, pensjon og arbeidsgiveravgift reduserte i fireårsperioden. Utgifter til fast lønn har økt med 5,6 % og ble

redusert fra 2019 til 2020. Annen lønn og godtgjørelse har hatt en økning med 25 % i fireårsperioden. Her er det omsorgslønn og variable tillegg som utgjør de største utgiftene. Omsorgslønn⁹ har økt med om lag kr 11 millioner i perioden, mens variable tillegg har økt med om lag kr 3,5 millioner.

Samlet sett er inntektene redusert. Salgsinntektene har imidlertid økt, noe som skyldes en økning i internt salg av varer og tjenester. Refusjoner knyttet til sykefravær og foreldrepermisjoner har vært forholdsvis stabile i perioden. Øvrige inntekter er redusert i perioden. Dette knytter seg i all hovedsak til redusert refusjon for ressurskrevende tjenester. Inntektene fra dette er redusert med om lag kr 58 millioner i fireårsperioden. I note til årsregnskapet for 2020 er refusjon ressurskrevende tjenester omtalt, herunder at refusjon fra staten var kr 37 millioner lavere i 2020 enn i 2019. Årsaken er at total ressursinnsats i form av direkte lønnsutgifter under ordningen i 2020 er gått ned med ca. 20 % sammenliknet med 2019, og refusjonskravet er redusert med ca. 24 % sammenliknet med 2019. I 2020 hadde Tromsø kommune 117 brukere som falt innunder ordningen, mens det i 2017 var 163 brukere som falt innunder ordningen.

⁹ Omsorgslønn er økonomisk ytelse som kan gis til person som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Det er omsorgsoppgavens tyngde som er avgjørende, ikke pasientens alder eller tilstand. Omsorgslønn innvilges av kommunen etter søknad og vurdering av behov. Kommunen kan velge å gi andre tjenester i stedet. Lønnsnivået er som for omsorgsarbeidere og uavhengig av lønsmottakers utdannelse og øvrige lønnsnivå.

Tabell 6: Institusjonslokaler (funksjon 261)

Art	Funksjon 261	R 2017	R 2018	R 2019	R 2020	Økning i %
	<u>Utgifter</u>					
010-019	Fast lønn	6 239 169	6 686 611	6 880 663	6 949 741	11,4 %
020-029	Vikar	0	0	0	0	-
030-039	Ekstrahjelp	-36 457	16 527	239 453	84 043	-330,5 %
040-049	Overtid	46 380	26 091	33 503	179 712	287,5 %
050-089	Annen lønn og godtgjørelse	11 582 190	12 743 116	13 440 544	13 098 000	13,1 %
090-098	Pensjon m.m.	2 773 714	2 678 261	3 605 696	2 780 283	0,2 %
099	Arbeidsgiveravgift	1 529 203	1 639 272	1 794 450	1 566 699	2,5 %
010-099	SUM LØNNSUTGIFTER	22 134 199	23 789 878	25 994 309	24 658 478	11,4 %
100-489	Varer og tjenester	25 070 201	29 722 639	30 230 143	38 750 211	54,6 %
590	Avskrivninger	13 170 505	19 287 720	34 177 383	35 037 656	166,0 %
100-489						
+ 590	SUM ANDRE UTGIFTER	38 240 706	49 010 359	64 407 526	73 787 867	93,0 %
	<u>Refusjoner/inntekter</u>					
600-699	Salgsinntekter	147 889	1 794 351	382 762	897 201	506,7 %
710-719	Sykepenges og svangerskapsref.	1 552 170	1 936 386	1 039 489	1 107 411	-28,7 %
700-709, 720-899	Øvrige inntekter	4 408 233	5 639 559	5 696 825	10 156 815	130,4 %
600-899	SUM INNTEKTER	6 108 292	9 370 296	7 119 076	12 161 427	99,1 %
	NETTO DRIFTSUTGIFT	54 266 613	63 429 941	83 282 759	86 284 918	59,0 %

Kilde: Tromsø kommunes årsregnskaper, 2017 – 2020

Netto driftsutgift til institusjonslokaler har økt med 59 % i perioden. Lønnsutgiftene har økt med 11,4 %. Tatt i betraktning lønnsvekst i perioden, er dette relativt stabile lønnsutgifter. Bakgrunnen for økningen i netto driftsutgift knytter seg i hovedsak til økt kjøp av varer og tjenester og økte avskrivninger. Økningen i kjøp av varer og tjenester knytter seg blant annet til at utgifter til vedlikehold av bygninger i 2020 var i underkant av kr 5 millioner høyere enn i 2017. Videre var utgifter til alarmsystemer- og utrykning kr 3 millioner høyere i 2020 enn i 2017, noe administrasjonen har opplyst knytter seg til etableringen av responscenteret.

Avskrivninger har økt med 166 % i perioden. Den største økningen var fra 2018 til 2019 og knytter seg til at Otium bo- og velferdssenter hadde avskrivningsstart 1.1.2019.

Oppsummering, gjennomgang av regnskapstall

Samlet sett har netto driftsutgift for pleie- og omsorgstjenestene økt fra 1,243 milliarder i 2017 til 1,470 milliarder i 2020. Dette er en økning på 18,6 %. Lønnsutgiftene, som utgjør de største utgiftene innenfor tjenesteområdet, har samlet økt med 7,4 % i fireårsperioden. Dette er – tatt i betraktning lønnsvekst i perioden – reelt sett en reduksjon i lønnsutgiftene. I kroner tilsvarer denne økningen i overkant av kr 93 millioner. Utgifter til varer og tjenester har økt med 29 % i perioden, hvorav økning i kjøp av tjenester fra andre – altså tjenester som erstatter kommunens egne tjenester – utgjør en betydelig del av økningen. Også avskrivninger har økt i perioden, noe som har sammenheng med nye investeringer, herunder nye bygg som Helsehuset, Otium bo- og velferdssenter og Trudvang barne- og ungdomsboliger.

Tabellene med regnskapstall viser utgifter for de fire aktuelle funksjonene. Inndelingen i funksjoner samsvarer ikke med Tromsø kommunes organisering av tjenestetilbudet. Eksempelvis omfatter funksjon 234 aktivisering og servicetjenester til eldre og funksjonshemmede. Dette er ulike tjenestetilbud som ytes av ulike deler av Tromsø kommunes organisasjon. Ved å ta ut regnskapstallene per funksjon, ser man hvordan utviklingen i kostnader til produksjon av tjenestene har endret seg i fireårsperioden samlet sett.

Det er netto driftsutgifter til institusjonstjenester og institusjonslokaler som har økt mest i fireårsperioden – med henholdsvis 18,1 % og 59 %. Også netto driftsutgift til tjenester til hjemmeboende har økt i perioden – med 16,5 %. For sistnevnte har imidlertid reduksjon i inntektene – særlig knyttet til refusjoner for ressurskrevende tjenester – hatt betydning. Utgifter til lønn og varer og tjenester har fra 2017 til 2020 økt med kr 63 millioner (7,1 %) innenfor hjemmetjenester. Tatt i betraktning lønns- og prisvekst i samme periode, tilsier dette at utgiftsnivået innenfor tjenester til hjemmeboende reelt sett er redusert fra 2017 til 2020. Fordi inntektene også er redusert, gir dette imidlertid ikke like synlig utslag på netto driftsutgift. Innenfor tjenester til hjemmeboende er netto driftsutgift redusert fra 2019 til 2020 – til tross for reduksjon i inntektene. Dette indikerer at tjenestene samlet sett tilpasser seg reduserte inntekter. Det må likevel tas et forbehold når det gjelder 2020, da dette var et spesielt år på grunn av situasjonen med covid-19.

Netto driftsutgift knyttet til aktivisering og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede er omtrent uendret fra 2017 til 2020. Det var imidlertid en økning frem til 2019 og deretter en betydelig reduksjon fra 2019 til 2020. Også her kan situasjonen med covid-19 hatt betydning i 2020, da aktiviserings- og servicetjenester ble påvirket og måtte redusere aktivitetsnivået som følge av smitteverntiltak. Dette forklarer imidlertid ikke nødvendigvis hele endringen, da Tromsø kommune også har gjort varige endringer og tilpasninger i tjenestetilbudet. Dette gjelder eksempelvis avdelingene Dreis og Fiolvegen aktivitetshus.

6.3 Sammenlikninger av ressursbruk med andre kommuner

I kapittel 6.1 så vi på Tromsø kommunes utgifter og inntekter knyttet til pleie- og omsorgstjenestene. Det er disse tallene som ligger til grunn for kommunens rapporteringer til SSB, og på bakgrunn av disse sammenstilles KOSTRA-tall som muliggjør sammenlikninger med andre kommuner/kommunegrupper. I tillegg til informasjon fra KOSTRA, får Tromsø kommune også årlige rapporter gjennom ASSS-nettverket. Vi sammenlikner Tromsø kommunes ressursbruk innenfor pleie- og omsorgstjenestene med KOSTRA-gruppen, ASSS-nettverket og landsgjennomsnittet utenom Oslo.

Gjennom KOSTRA finner man *prioriteringsindikatorer*, *dekningsgrader* og *produktivitetsindikatorer*.

Prioriteringsindikatorer

Disse indikatorene skal si noe om hvor mye av egne penger kommunen «velger» å bruke på de enkelte tjenesteområdene. En tjeneste kan sies å være høyt prioritert når en kommune bruker en relativt stor andel av ressursene sine på den. Flere forhold kan bidra til å forklare eventuelle forskjeller mellom en kommune og andre kommuner:

- a) Kommunen kan ha et relativt høyt utgiftsbehov knyttet til tjenesten, eksempelvis av demografiske eller sosiale årsaker. Prioriteringsindikatorer der netto driftsutgifter deles på antall innbyggere i målgruppen, bidrar til å korrigere for variasjoner i befolkningssammensetningen kommuner imellom. Variasjoner internt i en målgruppe – eksempelvis i tjenestebehov mellom ulike brukere – blir imidlertid ikke fanget opp.
- b) Kommunen kan ha prioritert en tjeneste høyt på bekostning av andre tjenester. Derfor kan det være interessant å se på hvor stor andel av utgiftene som går til ulike tjenester.
- c) Kommunen kan ha relativt høye inntekter som muliggjør høy ressursbruk.

Ulikheter som de i pkt. a) gjør at forskjeller i utgifter per person i målgruppa ikke bare kan tolkes som et resultat av bevisste prioriteringer på lokalt nivå.

Dekningsgrader

Indikatorene for dekningsgrader skal si noe om hvor stor andel av en tjenestes målgruppe som mottar den aktuelle tjenesten. Innenfor pleie- og omsorgsområdet vil dekningsgradsindikatorer eksempelvis beskrive hvor mange av en kommunes innbyggere i alderen 67 år eller eldre som er mottakere av hjemmetjenester. Årsaken til høye dekningsgrader i en kommune vil være at kommunen av ulike årsaker velger eller må tildele pleie- og omsorgstjenester til en relativt stor andel av befolkningen. Både «rausheten» i tildelingspraksisen og variasjoner med hensyn til befolkningssammensetning, sosiale forhold og forekomst av helseproblemer kan påvirke dekningsgradene i en kommunes helse- og omsorgstjenester.

Produktivitetsindikatorer

Disse indikatorene skal si noe om hva det koster å produsere én enhet av tjenesten. Produktiviteten kan sies å være høy dersom ressursbruken er lav i forhold til produksjonen. Når produksjonen blir vurdert opp imot antall brukere, blir det imidlertid ikke tatt hensyn til eventuelle variasjoner i kvaliteten på tjenestene som brukerne mottar. Det blir heller ikke tatt hensyn til variasjoner i brukernes behov eller for eksempel pleietyngde. Det kan derfor være flere mulige forklaringer på hvorfor en kommune har høye utgifter per mottaker:

- Produktiviteten er lav, dvs. man får lite produksjon igjen i forhold til ressursinnsatsen
- Kvaliteten er høy, dvs. at brukerne mottar relativt gode tjenester

- Enhetskostnadene er høye fordi det er relativt dyrt å produsere tjenester i aktuell kommune, for eksempel grunnet «smådriftsulemper», brukermasse med høy pleietyngde, lange reiseavstander eller et høyt lønnsnivå grunnet mangel på arbeidskraft. Eksempel: Kostnadene per mottaker kan bli høye i kommuner som har brukere med store behov tilknyttet pleie- og omsorgstjenestene

I det videre presenterer vi KOSTRA-tall. Her sammenlikner vi Tromsø kommune med gjennomsnittet i KOSTRA-gruppa kommunen tilhører. Til og med 2019 var det KOSTRA-gruppe 13, mens det fra 1.1.2020 har vært KOSTRA-gruppe 12. Vi sammenlikner også med landet uten Oslo og med gjennomsnittet i ASSS-nettverket der det er relevant.

Tabell 7: Netto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde per innbygger, funksjon 234

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	748	866	904	736
KG13	907	977	985	-
KG12	-	-	-	1016
Landet u/Oslo	948	1011	1023	972

Kilde: SSB/KOSTRA

Av tabell 7 fremgår at Tromsø kommunes netto driftsutgifter på service- og aktivitetstjenester per innbygger i hele perioden har vært lavere enn i sammenlikningsgruppene. Dette indikerer at Tromsø kommunes prioritering av tjenesteområdet er lavere enn i sammenlikningsenhetene.

Mulige forklaringer på forskjeller i ressursbruk er dekningsgrader – altså hvor stor andel av befolkningen som mottar tjenester. Når det gjelder aktiviserings- og servicetjenester, viser KOSTRA-tallene at det i Tromsø kommune var færre brukere per tusen innbyggere enn i sammenlikningsgruppene alle år.

Tabell 8: Netto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde per innbygger, funksjon 253

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	6428	6973	7154	7449
KG13	6155	6534	6864	-
KG12	-	-	-	6762
Landet u/Oslo	6800	7176	7532	7538

Kilde: SSB/KOSTRA

Netto driftsutgifter til institusjonstjenester per innbygger har i hele perioden vært høyere i Tromsø kommune enn i KOSTRA-gruppa og lavere enn i landet u/Oslo. Differansen mellom Tromsø og landet u/Oslo er imidlertid redusert, og var i 2020 lavere enn i 2017. Dette indikerer at Tromsø kommune prioriterer institusjonstjenester høyere enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppa, og i økende grad sammenliknet med landet u/Oslo.

Tabell 9: Netto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde per innbygger, funksjon 261

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	718	828	1082	1119
KG13	865	923	946	-
KG12	-	-	-	965
Landet u/Oslo	956	1020	1051	1101

Kilde: SSB/KOSTRA

Fra å ha lavere netto driftsutgift på institusjonslokaler per innbygger i både 2017 og 2018 enn i sammenlikningsgruppene, var denne i 2019 og 2020 høyere i Tromsø kommune enn i begge sammenlikningsgruppene.

Når det gjelder dekningsgrad, har andelen brukere av institusjonstjenester vært relativt stabil i Tromsø kommune i fireårsperioden. I 2017 var det det 5,7 brukere av institusjonstjenester per tusen innbygger og i 2020 var det 5,8 brukere per tusen innbyggere. Tromsø kommune hadde alle fire årene færre brukere av institusjonstjenester enn sammenlikningsgruppene.

Antall institusjonsplasser samlet sett har økt noe i fireårsperioden i Tromsø kommune; fra 456 i 2017 til 469 i 2020. Økningen fordeler seg på fire plasser i avlastningsboliger, seks plasser i barneboliger og tre sykehjemsplasser. I ASSS-nettverket er det kun Oslo kommune som i 2020 hadde færre institusjonsplasser per tusen innbygger enn Tromsø kommune. Tromsø kommune har også færre institusjonsplasser per tusen innbygger enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 12. I 2021 har kommunestyret vedtatt å øke institusjonskapasiteten. Dette omtaler vi nærmere i kapittel 7.

Ovennevnte tilsier at det ikke er flere plasser eller brukere av institusjonstjenester som er forklaringen på at Tromsø kommune har høyere kostnader innenfor institusjonstjenester enn sammenlikningsgruppene.

Tabell 10: Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kr)¹⁰

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	3 992	4 370	4 551	4 771
KG13	3483	3788	3889	-
KG12	-	-	-	3790
Landet u/Oslo	3439	3710	3842	4033

Kilde: SSB/KOSTRA

Av tabell 10 fremgår at utgifter per oppholdsdøgn i institusjon i hele perioden har vært høyere i Tromsø kommune enn i sammenlikningsgruppene. Differansen har økt. Indikatoren viser hva det koster å «produsere» en institusjonsplass per døgn, og er en produktivetsindikator. Tallene i tabell 10 *indikerer* dermed at Tromsø kommune har en mindre produktiv institusjonsdrift enn sammenlikningsenhetene.

Mulige forklaringer på at Tromsø kommune fremstår som mindre produktiv, kan være at brukerne av institusjonstjenestene i Tromsø har høyere bistandsbehov eller at tjenestene i Tromsø kommune holder høyere kvalitet. Når det gjelder bistandsbehov, har vi sett på hvor mange beboere med langtidsopphold som har omfattende bistandsbehov sammenholdt med samlet antall institusjonsplasser i 2020. Sammenlikning med KOSTRA-gruppe 12 viser at Tromsø kommune har en høyere andel beboere på institusjon med omfattende bistandsbehov enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 12. Siden Tromsø kommune har færre institusjonsplasser enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppen, vil terskelen for å få plass være noe høyere i Tromsø, og det er dermed relativt forventet at de som da får langtidsopphold gjennomsnittlig har et høyere bistandsbehov enn i kommuner med flere institusjonsplasser. Også sammenliknet med gjennomsnittet i ASSS-nettverket har Tromsø kommune en høyere andel brukere med langtidsopphold i institusjon som har omfattende bistandsbehov.

¹⁰ Indikatoren viser brutto driftsutgifter til KOSTRA-funksjonene 253 og 261 fordelt på totale oppholdsdøgn i institusjon gjennom året. Eventuelle kjøpt fra privat virksomhet eller andre kommuner er inkludert.

Når det gjelder kvalitet i tjenestene avhenger det av mange faktorer, og tall fra KOSTRA/ASSS er ikke tilstrekkelige til å si noe om eventuelle forskjeller i kvalitet. Imidlertid kan det gi noen indikasjoner. KOSTRA-tall viser at legetimer per uke per beboer i sykehjem er høyere i Tromsø enn i KOSTRA-gruppe 12 og landet uten Oslo. I 2020 fikk en beboer på sykehjem i Tromsø kommune i underkant av dobbelt så mange legetimer enn i disse to sammenligningsgruppene. Tromsø kommune har også en høyere andel brukertilpassede¹¹ enerom med eget bad/WC på sykehjem/aldershjem enn disse to sammenligningsgruppene. Andelen har økt i Tromsø i fireårsperioden og var i 2020 på 99,1 %. Administrasjonen har opplyst at dette er på grunn av bygging og åpning av Otium og Helsehuset og i tråd med Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4-1.¹²

Når det gjelder tjenester til hjemmeboende, er netto driftsutgift per innbygger lavere i Tromsø kommune enn i landet u/Oslo. Sammenliknet med relevant KOSTRA-gruppe har den i hele perioden vært noe høyere i Tromsø kommune. Dette indikerer at også tjenester til hjemmeboende prioriteres høyere i Tromsø kommune enn i KOSTRA-gruppen, men lavere enn gjennomsnittet i landet u/Oslo.

Tabell 11: Netto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde per innbygger, funksjon 254

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	8559	9748	9860	9771
KG13	8422	9210	9771	-
KG12	-	-	-	9042
Landet u/Oslo	8931	9734	10457	10612

Kilde: SSB/KOSTRA

Når det gjelder dekningsgrad innenfor hjemmetjenester, var det færre brukere per tusen innbyggere i Tromsø kommune enn i sammenligningsgruppene alle fire årene. I Tromsø kommune har antallet brukere i alt innenfor hjemmetjenester blitt noe redusert i fireårsperioden; fra 2133 i 2017 til 2086 i 2020.

Det fremgår ikke i KOSTRA tall for gjennomsnittlig bistandsbehov for de ulike KOSTRA-gruppene eller landet uten Oslo, kun for Tromsø kommune. Tall for dette fremgår imidlertid av ASSS-rapportene. Tromsø kommune hadde alle årene i fireårsperioden noe høyere bistandsbehov blant mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 0-66 år, enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket. For mottakere av hjemmetjenester over 67 år, var gjennomsnittlig bistandsbehov i Tromsø likt som gjennomsnittet i ASSS-nettverket i 2019 og 2020, og litt høyere i 2017 og 2018.

I KOSTRA er det tall for gjennomsnittlig tall på timer i uka til praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet. Det er kun tall frem til 2019. Tallene gjelder gjennomsnittet for alle aldersgrupper som mottar disse tjenestene. Disse viser at gjennomsnittlig tall på timer i uka til praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet var høyere i Tromsø enn i ASSS-nettverket og flertallet av kommunene som inngår i KOSTRA-gruppe 12.

At Tromsø kommune har høyere bistandsbehov og gjennomsnittlig antall timer i hjemmetjenestene enn gjennomsnittet i kommunene de sammenliknes med bør ses i

¹¹ Med «brukertilpasset» menes det at rommet er utformet/innredet slik at den aktuelle beboers behov blir møtt, samtidig som nødvendig pleie kan skje på en hensiktsmessig måte.

¹² Bestemmelsens andre ledd: *Sengerommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes to-sengersrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. [...]*

sammenheng med at Tromsø kommune har noe lavere institusjonskapasitet. Lavere institusjonskapasitet innebærer normalt at det er flere med relativt høyt bistandsbehov som mottar tjenester i hjemmet, og som dermed tildeles flere timer.

Dekningsgradene viser at Tromsø kommune hadde færre mottakere av hjemmetjenester per tusen innbyggere enn gjennomsnittet i sammenlikningsgruppene, og at de som mottok tjenester i gjennomsnitt ble tildelt flere timer.

Når det gjelder enhetskostnader (produktivitetsindikator), ser vi hen til ASSS-rapportene.

Tabell 12: Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 0-66 år per innbygger 0-66 år (kroner)

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	7 316	8 733	8 933	8 914
ASSS-nettverket	6 609	6 839	7 304	7 377

Kilde: KS/ASSS

Av tabell 12 fremgår at netto driftsutgifter til hjemmetjenester for innbyggere i alderen 0-66 år – per innbygger i samme aldergruppe – økte betydelig i Tromsø fra 2017 til 2018. Etter dette har det vært en relativt liten økning. Tromsø kommunes ressursbruk på hjemmetjenester til aldersgruppen 0-66 år er imidlertid betydelig høyere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket. I 2020 var Tromsø kommunes netto driftsutgifter til hjemmetjenester 0-66 år per innbygger i samme aldersgruppe 20,1 % høyere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket.

Andelen brukere av hjemmetjenesten av befolkningen i aldersgruppen 0-66 år var i 2019 og 2020 lavere i Tromsø enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket.

Indikatoren *Utgifter per utviklingshemmet (fratrasket refusjon ressurskrevende)* har vært lavere i Tromsø kommune i årene 2017 og 2018 enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket. For 2019 foreligger det ikke tall for Tromsø kommune. I 2020 hadde imidlertid Tromsø kommune høyest *utgifter per utviklingshemmet (fratrasket refusjon ressurskrevende)* av alle kommunene i ASSS-nettverket. Dette bør ses i sammenheng med at refusjon Tromsø kommune mottar for ressurskrevende tjenester er redusert.

Tabell 13: Utgifter bolig med fast personell hele døgnet (inkl. private/ideelle) per beboer (TTU¹³)

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	1 885 620	1 973 753	-	2 373 894
ASSS-nettverket	1 624 408	1 838 890	1 765 593	1 865 385

Kilde: KS/ASSS

Tallene i tabellen over viser at Tromsø kommunes utgifter til bolig med fast personell hele døgnet per beboer (TTU), har økt betydelig fra 2017 til 2020 – med 25,9 %. Gjennomsnittet i ASSS-nettverket har i tilsvarende periode økt med 14,8 %. I 2020 var Tromsø kommunes utgifter til bolig med fast personell hele døgnet per beboer (TTU) 27 % høyere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket. Administrasjonen har opplyst at disse tallene bør tolkes med forsiktighet. Det gjøres manuelle tellinger uten fast oppsett og rutiner, og er følsomt for metodikk og målefeil.

¹³ TTU står for tjenester til utviklingshemmede.

I tabell 14 nedenfor er netto driftsutgifter for hjemmetjenester til innbyggere 67 år og over, per innbygger i samme aldersgruppe. Denne er redusert i Tromsø kommune i fireårsperioden – med 13,6 %. Fra å være over gjennomsnittet i ASSS-nettverket i 2017, var Tromsø kommune i 2020 under gjennomsnittet i ASSS-nettverket på denne indikatoren.

Tabell 14: Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67 år og over per innbygger 67 år og over

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	18 294	17 477	16 636	15 801
ASSS-nettverket	15 867	17 671	18 137	18 126

Kilde: KS/ASSS

Utgifter til lønn utgjør en betydelig andel av kostnadene innenfor pleie og omsorg. Som det fremgår av tabell 15 nedenfor, har Tromsø kommune i hele fireårsperioden hatt høyere årsverk per bruker av omsorgstjenester enn sammenlikningsgruppene, og differansen var betydelig. Imidlertid var det en reduksjon i årsverk per bruker i Tromsø i 2020, og differansen til sammenlikningsgruppene ble redusert.

Tabell 15: Årsverk per bruker av omsorgstjenester

	2017	2018	2019	2020
Tromsø	0,75	0,77	0,81	0,73
KG13	0,57	0,57	0,59	-
KG12	-	-	-	0,62
Landet u/Oslo	0,55	0,56	0,58	0,58

Kilde: SSB/KOSTRA

KOSTRA-tallene viser at Tromsø kommune i hele fireårsperioden har hatt en lavere andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning enn sammenlikningsgruppene. I 2020 var denne andelen henholdsvis 7,7 og 8,2 prosentpoeng lavere i Tromsø enn i KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo.

OPPSUMMERING RESSURSBRUKANALYSE

Sammenlikningen av ressursbruk innenfor pleie og omsorg mellom Tromsø kommune og gjennomsnittet i andre kommunegrupper, tilsier at Tromsø kommune *prioriterer* både institusjons- og hjemmetjenester høyere enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppa. Tromsø kommunes ressursbruk per innbygger er høyere enn gjennomsnittet for begge tjenesteområdene. Når det gjelder aktivisering og servicetjenester til eldre og funksjonshemmede, tilsier sammenlikningen en lavere prioritering av dette i Tromsø enn i både KOSTRA-gruppa og i landet uten Oslo.

Når et tjenesteområde fremstår som høyt prioritert, kan det skyldes flere forhold. Sammenlikningene viser at Tromsø kommune ikke har flere brukere av institusjonstjenester enn sammenlikningsgruppene. Imidlertid er enhetskostnaden for en institusjonsplass høyere i Tromsø enn i sammenlikningsgruppene. Videre har Tromsø kommune høyere netto driftsutgifter per innbygger til institusjonslokaler. At det er noe høyere bistandsbehov blant mottakere av institusjonstjenester i Tromsø, bidrar til å forklare noe høyere enhetskostnader, men ikke at den samlede ressursbruken på institusjonstjenester er høyere i Tromsø enn i kommuner med relativt sett flere institusjonsplasser. Kommunen tilbyr samtidig færre institusjonsplasser enn gjennomsnittet, noe som skulle bidratt til redusert ressursbruk samlet sett. Tromsø kommune kommer bedre ut enn sammenlikningsgruppene på enkelte indikatorer som skal si noe om kvalitet. Disse er ikke egnet til å trekke noen konklusjoner om kvalitet i

tjenestene, men gir indikasjoner på at Tromsø kommune kan ha god kvalitet i tjenestene – målt etter disse indikatorene.

For tjenester til hjemmeboende fremstår også bistandsbehovet høyere enn i sammenlikningsgruppene. Dette er forventet, da færre institusjonsplasser i Tromsø tilsier at det er høy terskel for å få tildelt institusjonsplass og at det dermed også er brukere med høyt bistandsbehov som mottar tjenester i hjemmet. Tromsø kommunes utgifter til boliger med heldøgnsbemanning innenfor TTU var i 2020 betydelig høyere enn i ASSS-nettverket. En mulig forklaring på dette kan være at Tromsø kommune over tid har hatt mangel på boliger og bygg innenfor helse og omsorg. På grunn av mangel på tilpassede boliger har kommunen brukt penger på vakt hold og brannvakter. Differansen mellom Tromsø kommune og ASSS-nettverket er likevel så stor i 2020 at det ikke forklarer hele differansen. Administrasjonen har opplyst at disse tallene bør tolkes med forsiktighet, da det er basert på manuelle tellinger som er følsomme for metodikk. Innenfor hjemmetjenestene er Tromsø kommunes ressursbruk på tjenester til aldersgruppen 0-66 år høyere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket, mens den er lavere enn gjennomsnittet for aldersgruppen 67 år og over.¹⁴

Administrasjonen har ved gjennomgang av rapporten oppgitt noen av de samme årsakene til høyere bistandsbehov innenfor tjenester til hjemmeboende samt noen flere. De har oppgitt følgende årsaker: Høyere terskel for institusjonsplasser, manglende avlastningstilbud, ventelister på dagsenter, ventelister på ergo- og fysiotjenester, venteliste på støttekontakter, lav fagdekning og økende andel tjenestemottakere med demens som i mørketid og vinter ikke kan bo hjemme med kun hjemmetjeneste.

Andre forhold som forklarer høyere ressursbruk i Tromsø samlet sett, er lavere andel ansatte med helsefaglig bakgrunn og flere ansatte per bruker enn i sammenlikningsgruppene.

Sammenlikninger viser at Tromsø kommune prioriterer aktivisering- og støttetjenester lavere enn sammenlikningsgruppene. Revisor anser at den mest sannsynlige forklaringen på det, er at Tromsø kommune ikke har hatt økonomisk handlingsrom til å prioritere dette området høyere.

Tromsø kommune har over tid arbeidet med en såkalt «venstreforskyving» i omsorgstrappa. En slik venstreforskyving skulle tilsi at Tromsø kommune prioriterte de lave trinnene i omsorgstrappa høyt. Sammenlikningen med andre kommuner tilsier at det gjenstår en del arbeid med denne venstreforskyvingen. Hjemmetjenestemottakere i Tromsø kommune tildeles flere timer enn i sammenlikningsgruppene, noe som tilsier at brukere av tjenesten har et høyere bistandsbehov når de først mottar tjenester. Videre er Tromsø kommunes prioritering av aktiviserings- og støttetjenester lavere enn i sammenlikningsgruppene. Kommunen har et lavt antall institusjonsplasser sammenliknet med øvrige sammenlikningsgrupper, men utgiftene tilknyttet disse er forholdsvis høye.

¹⁴ Målt i netto driftsutgifter hjemmetjeneste til den aktuelle aldersgruppen per innbygger i samme aldersgruppe.

7 OPPFØLGING AV TILTAK I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

Hvilke tiltak rettet mot kvalitet og ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene er besluttet? Er tiltak iverksatt/fulgt opp som forutsatt?

7.1 Innledning

Vi har i gjennomgangen av tiltak sett på perioden 2016-2020. I mai 2015 behandlet kommunestyret i Tromsø saken «Faglig og økonomisk analyse av tjenesteområdene pleie- og omsorg Tromsø kommune.» Fordi det i en del senere sammenhenger henvises til denne rapporten, omtaler vi også denne og kommunestyrets behandling av den. Pricewaterhouse Coopers (PwC) hadde på vegne av Tromsø kommune gjennomført en driftsanalyse av pleie- og omsorgssektoren. Analysen skulle gi svar på hvilke områder pleie- og omsorgstjenesten hadde høyere kostnader enn andre sammenliknbare kommuner. Den skulle også vise hvilke faktorer som var kostnadsdrivere og hadde betydning for omfang og nivå av tjenestene. På bakgrunn av driftsanalysen skulle det også utarbeides en omstillingsplan som hadde fokus på strategier og tiltak kommunen kunne iverksette for en robust bærekraftig tjeneste. Rapporten fra PwC er datert 11. mai 2015.

PwCs analyse viste at Tromsø kommune hadde hatt den største veksten innenfor hjemmebaserte tjenester, og hjemmetjenesten fikk derfor mest omtale i rapporten. Hjemmetjenesten stod for 43 % av budsjettet til sektoren og hadde hatt en vekst på totalt 44 % de fire siste årene. Av rapporten fremgår at det var sammensatte årsaker som lå bak utviklingen, men at det er fokusert på de viktigste utfordringene og drivere som gir størst økonomisk gevinst. Disse kunne deles inn i tre hovedområder:

1. **Høyt tjenestevolum** grunnet en kombinasjon av antall brukere og volum på tildelte tjenester
 - Høy andel tjenestemottakere
 - Høyt timetall per bruker
2. **Ubalansert tjenesteprofil** som medfører at det er feil nivå på tjenestetilbudet og at den enkelte bruker får tjenester på feil nivå.
 - Få omsorgsboliger
 - Få lavterskeltilbud
3. **Effektivitetstap i tjenesteproduksjonen** som medfører at det brukes for store ressurser til å produsere ønsket kvalitet
 - Høyt sykefravær
 - Høy andel småstillinger
 - Annet

I rapporten er det oppgitt flere tiltak. Disse er delt inn i: Prioriterte tiltak med størst økonomisk effekt, øvrige tiltak som reduserer dagens tjenestevolum, øvrige tiltak som justerer kommunens tjenesteprofil mer i henhold til virkelig behov, øvrige tiltak som øker effektiviteten i tjenesteproduksjonen og tiltak for utvikling av tjenesten med fokus på ledelse og kontroll.

På neste side er utklipp av prioriterte tiltak med størst økonomisk effekt, ifølge rapporten.

Utklipp 7: Prioritererte tiltak med størst økonomisk effekt¹⁵

Tiltaksnr.	Område/beskrivelse	Kortsiktig	Langsiktig
1	Avstemme tjenestevolum og vedtak Gjennomgang av porteføljen. Avstemme vedtak og utførte tjenester. Sterkere fokus på kontroll og sammenheng mellom produksjon og økonomi	•	•
2	Øke effektivitet målt i ATA tid Redusere indirekte tid gjennom redusere tid på møter, rapporter og tilrettelegginger	•	•
3	Reduserte kostnader knyttet til sykefravær Fokus på nærværprosjekter, både psykososialt arbeidsmiljø, medarbeiderskap og arbeidsorganisering (heltidskultur) med mål om å redusere sykefravær med 1-3 %	•	•
4	Øke effektivitet gjennom reduksjon av deltidstillinger Redusere antall ansatte per årsverk	•	•
5	Reduksjon av rekrutterings- og opplæringskostnader Reduksjon av følgekostnader for opplæring av vikarer, rekruttering m.m.	•	•
6	Øke effektivitet gjennom riktig bruk av fagkompetanse Sikre rekruttering og optimal bruk av tilgjengelig kompetanse	•	•
7	Tilpasse tjenesteprofil til virkelig behov Tiltak som sikrer god «pasientflyt», fokus på rullering av korttidsplasser, lavterskeltjenester og omsorgsboliger/tilrettelagt botilbud, reduksjon av dagsbøter fra UNN	•	•

Kommunestyrets vedtak i sak 106/15, hvor rapporten ble behandlet, var:

1. Rapporten om faglig og økonomisk analyse av tjenesteområdene pleie- og omsorg tas til orientering.
2. Rapportens anbefalinger og forslag til omstillingsplan følges opp av byrådet.
3. Resultat og effekt av tiltakene tilbakemeldes kommunestyret i de årlige økonomirapporteringene.

Som det fremgår av ovennevnte vedtak, skulle rapporten følges opp med gjennomføring av tiltak. I etterkant av denne rapporten er det besluttet flere tiltak rettet mot Tromsø kommunes pleie- og omsorgstjenester. Avdeling for helse og omsorg, herunder pleie- og omsorgstjenestene, har over år hatt utfordringer med merforbruk i forhold til budsjett. Det er besluttet en rekke tiltak innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Et overordnet formål med mange av tiltakene har vært å komme i økonomisk balanse. Samtidig er det flere tiltak som har hatt som mål å forbedre eller effektivisere arbeidsprosesser og å øke kvaliteten. En del tiltak gjelder begge deler; å løse oppgavene på andre måter kan også gi økonomiske gevinster. Tromsø kommune har som målsetning å dreie tjenestetilbudet, slik at det arbeides mer med forebygging og tidlig innsats. Dette skal bidra til å redusere behovet for mer kostbare tjenester.

I det videre redegjør vi for sentrale tiltak rettet mot pleie- og omsorgstjenestene i perioden 2016 – 2020. På grunn av økonomisk merforbruk, har det i denne perioden vært mye oppmerksomhet på pleie- og omsorgstjenestene, og det er besluttet mange ulike tiltak. Som redegjort for i kapittel 3, er det gjennomført flere tiltak enn de vi redegjør for i denne perioden. Vi har tatt utgangspunkt i større tiltak som enten er vedtatt politisk eller redegjort for i saker til politisk behandling som vi vurderer dekker de sentrale tiltakene som er besluttet.

¹⁵ Hentet fra «Faglig og økonomisk analyse av tjenesteområdene pleie- og omsorg. Tromsø kommune.», PwC 2015

I det videre omtaler vi tiltak som følger av følgende saker eller programmer:

➤ **Forbedringsprogrammet**

Gjennomføring av Forbedringsprogrammet ble besluttet av kommunestyret og varte i perioden 2016-2019. Programmet gjaldt hele Tromsø kommune og det overordnede målet med programmet var å forbedre kommunens netto driftsresultat med kr 205 millioner. Programmet bestod av 59 prosjekter, hvorav 22 gjaldt avdeling for helse og omsorg. Flertallet av prosjektene innenfor avdeling for helse og omsorg har relevans for *pleie- og omsorgstjenestene*.

➤ **Kommunestyresak 2/18 Gjennomgang av ASSS rapport – helse og omsorg – en analyse av forskjeller mellom Tromsø, Drammen og Kristiansand.**

Gjennomgangen av ASSS-rapporten var gjort av administrasjonen, med mål om å forklare hva som kunne ligge bak forskjellene i ressursbruken for pleie og omsorg i Tromsø kommune målt opp mot de to kommunene som har lavest ressursbruk i ASSS-nettverket; Drammen og Kristiansand. Rapporten inneholder også forslag til tiltak for å snu den negative økonomiske trenden med stadig økning i ressursbruk, hvor avstanden til de andre ASSS-kommunene de tre siste årene hadde blitt større. Kommunestyret vedtok disse tiltakene med flere.

➤ **Program for utvikling av helse og omsorg 2017-2018**

Programmet ble vedtatt av kommunestyret våren 2017. Innledningsvis i programmet er målet oppgitt: «...når alle tiltakene er gjennomført skal helse og omsorg i Tromsø kommune kunne drifte kostnadmessig på nivå med andre sammenlignbare kommuner, i henhold til vedtatt budsjett, og være på et høyt nasjonalt nivå hva gjelder både drift og kvalitet.» Arbeidet i utviklingsprogrammet var organisert i fem arbeidspakker. Utviklingsprogrammet skulle gjennomføres som en del av Forbedringsprogrammet, og har dermed sammenheng med dette.

➤ **Kommunestyresak 60/18 Omstilling av helse og omsorg – oversikt tiltak.**

I denne saken er det redegjort for en rekke tiltak som pågår og/eller skal gjennomføres. Det fremgår av saken at avdeling for helse og omsorg arbeider med utviklingsprogrammet for 2017-2018 samt anbefalte tiltak på bakgrunn av ASSS-analysen. Det står i saksfremlegget at «Dette gjør at listen over tiltak som skal gjøres innenfor Avdeling for helse og omsorg er svært lang og det er viktig å sikre en tydelig prioritering av oppgaver for å unngå at de oppgavene som har økonomisk effekt i 2018 blir forsinket.» I saken skisseres en slik prioritering, samtidig som flere tiltak omtales.

➤ **Økonomirapporter**

I økonomirapportene, som fremlegges to ganger per år for politisk behandling, inngår informasjon om status i henhold til vedtatt budsjett. I disse er informasjon om arbeidet med tilpasningen til budsjetttrammer, herunder også informasjon om tiltak og effekten av disse. Med bakgrunn i at flere tiltak ble besluttet i 2017 og 2018, har vi tatt utgangspunkt i økonomirapporter gjeldende fra og med 2018 for å få informasjon om effekten av tiltak som er iverksatt.

7.2 Forbedringsprogrammet

Ved behandling av budsjett og økonomiplan 2016-2019¹⁶, vedtok kommunestyret at *Tromsø kommune skal gjennomføre en omstillingsprosess, med mål om å ta ned driftskostnadene med minimum 150 millioner kroner i løpet av de neste 3 årene. Det skal fokuseres på å sikre god kvalitet i tjenestene, reduserte kostnader og bærekraftig drift for fremtiden. Omorganiseringen skal forankres i hele organisasjonen, og ledere og ansatte skal samarbeide om utforming og gjennomføring.*

Det ovennevnte vedtaket dannet grunnlaget for **Forbedringsprogrammet** i Tromsø kommune. Som det fremgår av ovennevnte vedtak, var dette en omstillingsprosess med mål om å ta ned driftskostnader med minimum 150 millioner kroner. Det skulle fokuseres på å sikre god kvalitet i tjenestene, reduserte kostnader og bærekraftig drift for fremtiden. Ved behandling av økonomirapport 2 – 2016¹⁷ vedtok kommunestyret blant annet:

8) *En helhetlig plan for å bringe økonomien under kontroll i helse og omsorgssektoren, innarbeides i arbeidet med «Forbedringsprogrammet».*

9) *Handlingsplanen skal være basert på tillit, ansvar og faglighet i organisasjonen. Dette må inkludere endring av fullmaktstrukturen, avskaffelse av bestiller-utfører-modellen, og de tillitsvalgte må være med i hele prosessen.*

10) *Administrasjonssjefen bes snarest legge frem «Forbedringsprogrammet» for politisk behandling.*

I tråd med vedtaks punkt 10 over, ble *Programplan Forbedringsprogrammet 2016-2019* lagt frem for kommunestyret i påfølgende møte.¹⁸ Blant de prioriterte prosjektene som skulle inngå i innledende fase av Forbedringsprogrammet, var:

- Forbedringsarbeid i hjemmebaserte tjenester
- Ny finansieringsmodell for Helse og omsorg
- Organisering av Helse og Omsorg

«Porteføljen» av prosjekter i Forbedringsprogrammet er endret underveis i gjennomføringen av programmet. Noen prosjekter var allerede vedtatt, og ble tatt inn i Forbedringsprogrammet. Målet for Forbedringsprogrammet ble også endret til å forbedre netto driftsresultat med 205 millioner kroner. Forbedringsprogrammet omfattet hele Tromsø kommune og ikke kun helse og omsorg, men flere av prosjektene gjaldt helse og omsorg.

I april 2020 behandlet kommunestyret sak 35/20 *Effekter og resultater av Forbedringsprogrammet*. Vi tar utgangspunkt i denne oversikten når vi omtaler prosjektene innenfor helse og omsorg som var en del av Forbedringsprogrammet. Av 59 prosjekter i Forbedringsprogrammet, gjaldt 22 avdeling for helse og omsorg. Flertallet av disse har relevans for pleie- og omsorgstjenestene. Vi har nedenfor nummerert de relevante prosjektene. Der det er relevant omtaler vi andre politiske saker eller vedtak i tilknytning til det enkelte prosjekt.

1. **Bemanningskontor** (seksjon for oppfølgingstjenester)

Formålet var å etablere en bemanningsenhet som skulle serve hele seksjon for oppfølgingstjenester. Bemanningskontoret ble opprettet og satt i drift i nyoppussede kontorer på Stakkevollvegen med ansvar for turnusplanlegging og bemanningsformidling i seksjon for oppfølgingstjenester. Helse- og velferdsutvalget og formannskapet behandlet i mars 2020 sak om evaluering av Bemanningskontor Oppfølgingstjenesten. Av saksutredningen fremgår det at

¹⁶ Sak 220/15 i møte 16.12.2015

¹⁷ Sak 195/16 i møte 26.10.2016

¹⁸ Møte 23.11.2016, sak 232/16

på grunn av flere uklare forhold og nyanser, konkluderer evalueringa med at det er vanskelig å si om Bemanningskontoret har oppnådd mål om innsparing og økonomisk kontroll. Evalueringen anbefaler å videreføre Bemanningskontoret i to år til, i påvente av ny vurdering. Det fremgår av saksutredningen at fordi evalueringen av Bemanningskontoret ikke kan vise til oppnådd økonomisk besparing og økonomisk kontroll, ansees det at en videreføring også vil innebære økonomisk risiko for kommunen. I saksutredningen vises også til rapport fra KomRev NORD om utvidet kostnadskontroll ved seksjon for oppfølgingstjenester. Kommunedirektørens anbefaling var å avvike Bemanningskontoret i sin nåværende form. Formannskapet vedtok å avvike Bemanningskontoret i sin nåværende form.

2. Organisering av Helse og Omsorg.

Sak om organisering av Helse og omsorg ble behandlet av kommunestyret i august 2019¹⁹. Av saksutredningen fremgår det at saken er en oppfølging av arbeidet med Tillitsreformen, som ble vedtatt av kommunestyret i sak 84/14. Bakgrunnen for omorganiseringen er å endre styringsstrukturen. I samsvar med prinsippet om Tillitsreformen er det ifølge saksutredningen ønskelig å flytte større deler av ansvaret for det strategiske utviklingsarbeidet ut i seksjonene. Seksjonsinndelingen som ble foreslått – og vedtatt – var som følger:

Seksjon A	Seksjon B	Seksjon C	Seksjon D
Særskilt målgruppe: Innbyggere med utviklingshemming/ utviklingsforstyrrelse	Særskilt målgruppe: Innbyggere med somatisk sykdom inkludert demens	Særskilt målgruppe: Innbyggere med ruslidelser, psykiske lidelser eller flyktninger	Særskilt målgruppe: Innbyggere med behov for sykehjemsplass
Omsorgstjenesten Kvaløya	Kvaløya hjemmetjeneste	Enhet for rus og psykisk helse	Kvaløysletta sykehjem
Omsorgstjenesten Sørøya	Nordøya Hjemmetjeneste	NAV	Mortensnes sykehjem
Omsorgstjenesten Langnes	Sentrum Hjemmetjeneste	Boligkontoret	Sør-Tromsøya sykehjem
Bemanningskontoret	Fastlandet hjemmetjeneste	Flyktningtjenesten	Otium Bo- og velferdssenter
Enhet for arbeid og aktivitet	Midtbyen hjemmetjeneste		Jadeveien sykehjem
	Helsehuset		
	Enhet Helsetjenesten		

Navn på seksjonene var på dette tidspunktet ikke fastsatt, men er fra A-D: Seksjon for oppfølgingstjenester, seksjon for hjemmetjenester, seksjon for arbeid, velferd og inkludering og seksjon for sykehjem. Med dette ble antallet seksjoner redusert fra fem til fire. Ny seksjonsinndeling ble implementert fra 1.1.2020.

Det fremgår av saken at organiseringen skulle evalueres etter et år. Seksjonsleder for hjemmetjenester har opplyst til revisor at organiseringen vil bli gjennomgått i løpet av 2021.

3. Etablering av responscenterløsning.

Etablering av responscenter ble behandlet av kommunestyret i mars 2016.²⁰ Saken var en oppfølging av byrådsvedtak i 2014 om å starte prosjekt «Utredning om organisering og etablering av interkommunalt call-senter». I saksutredningen vises det til at Helse- og omsorgssektoren de siste årene har hatt en betydelig vekst, at økningen sannsynligvis vil fortsette og at det er behov for stor økning i årsverk. Det vises til at en av løsningene for bærekraftig helse- og omsorgstjeneste er velferdsteknologi. Ved bruk av velferdsteknologi hvor det utløses alarmer fra ulike typer sensorer, er det behov for system for mottak av alarmer fra sensorene som er effektivt og tilstrekkelig dimensjonert. Det fremgår av saksutredningen at dagens system for mottak av ordinære trykghetsalarmer har nådd en maksimumsgrense, både teknisk

¹⁹ Sak 118/19.

²⁰ Sak 43/16.

og organisatorisk. Alarmene ble rutet direkte til vakttelefonene til ansatte i hjemmetjenesten. Omfanget av alarmer var blitt så stort at det forstyrret arbeidsflyten i tjenesten. Videre fremgår det av saksutredningen at helse- og omsorgstjenesten også mangler godt system for mottak og håndtering av andre velferdsteknologiske alarmer. Dersom Tromsø kommune ønsket å ta i bruk velferdsteknologi i litt større skala, var man nødt til å etablere denne typen responscenter, ifølge saksutredningen.

Ifølge saksutredningen ville det være hensiktsmessig å etablere responscenteret sammen med legevakta, fordi det allerede var etablert lokaler og bemanning på bakgrunn av ny akutforskrift og nytt nødnett. Kommunalt responscenter kunne derfor etableres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Kommunestyret vedtok at det skulle etableres responscenter for digitale trygghetsalarmer under dagens legevaktsentral innenfor dagens økonomiske rammer. Det skulle utredes videre hvordan det på sikt kunne være hensiktsmessig og mulig å utvide responscenteret med nye funksjoner med en full helsevakt samt at behovet for endringer skulle utredes.

Responscenteret er etablert og åpnet. Av rapporteringen på resultater fra Forbedringsprogrammet fremgår det at det er lokalisert på Helsehuset, men det holder til i lokalene til Mortensnes omsorgssenter. Endret lokalisering i henhold til vedtaket fra 2016 skyldes utfordringer med plassering på legevakta, og det har politisk nivå blitt orientert om. Responscenteret åpnet med prøvedrift i februar 2020, og ble offisielt åpnet i oktober 2020. Ansatte med helsefaglig bakgrunn mottar, vurderer og håndterer alarmer. Ved behov for å rykke ut til brukeren, varsles ansatte i tjenesten og får all nødvendig informasjon via en app fra responscenteret. Et av målene med responscenteret er at behov for uttrykninger reduseres betraktelig, gjennom at alarmer avklares og håndteres av responscenteret. Erfaringer fra andre kommuner viser at antall uttrykninger kan reduseres med inntil 70 %, ifølge seksjonsleder for hjemmetjenesten. På sikt skal responscenteret også kunne benyttes i forbindelse med flere typer velferdsteknologi.

4. **Digitale arbeidslister.**

Av rapporteringen på resultater fra Forbedringsprogrammet fremgår at digitale arbeidslister i Visma Profil Omsorg har blitt innført i flere enheter i hjemmetjenesten. Innføringen ble på grunn av ressursmangel stoppet våren 2019. Formålet med digitale arbeidslister er blant annet registrering av når besøk er planlagt og utført, slik at andre tjenester (som responscenteret) får tilgang til denne informasjonen. Et annet mål er at innbyggere skal få tjenester levert i henhold til vedtak.

Av rapporteringen fremgår det at Sentrum hjemmetjeneste bruker digitale lister, og opplever å få bedre oversikt over ressursbruk i forhold til vedtak. Ulemper ved systemet gjorde at flere enheter gikk tilbake til manuelle arbeidslister. Ny løsning skulle i henhold til rapporten fra Forbedringsprogrammet testes i 2020.

Sentrum hjemmetjeneste benytter fremdeles digitale arbeidslister, og enhetsleder har opplyst til revisor at dette fungerer bra. De andre enhetene benytter ikke dette. Det vil si at prosjektet ikke er implementert i hele organisasjonen.

5. **Digital kjøreruteplanlegging.**

Prosjektet var forsinket på grunn av manglende integreringsmuligheter i Profil (journalssystem). Tromsø kommune hadde fått tilbud fra Visma om å teste ut ny programvare på ruteoptimering. Tilbudet skulle vurderes første kvartal 2020 med hensyn til om det var mulig å gjennomføre med dagens ressurser og om programvaren hadde god nok kvalitet.

Ingen av enhetene i hjemmetjenesten har fullt ut implementert digital kjøreruteplanlegging. Administrasjonen har opplyst at arbeidet er utsatt på grunn av utsettelse av ny løsning. Det er også utfordringer med digitale arbeidslister og kjøreruter i enkelte enheter på grunn av mobildekning.

6. **Fremtidens helsetjenester til hjemmeboende.**

Målet var blant annet å teste ut en ny arbeidsmetodikk som tar utgangspunkt i den enkeltes innbyggers situasjon og jobbe for at innbyggerne skal leve mest mulig selvstendige liv, og på sikt ha minst mulig behov for kommunale tjenester. Gjennom prosjektet ble det testet ut en tverrfaglig kartlegging bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, saksbehandler og sykepleier ved Midtbyen enhet for alle nye søkere. Etter kartleggingsmøtet med innbygger møttes gruppen for å kartlegge risikoområder, foreslå tiltak utfra brukers målsetning og fordele ansvar. Resultatene var svært gode. Det var 49 tjenestemottakere som fikk tverrfaglig kartlegging i løpet av seks måneder. Blant annet ble korttidsopphold redusert, venteliste til ergo- og fysioterapi ble redusert og søknadsprosesser ble unngått. Prosjektet er videreført.

I mars 2020 behandlet helse- og velferdsutvalget saken «Orientering status i arbeid i seksjon for hjemmetjeneste». Saken gjelder orientering om arbeid med prosjektet «Fremtidens helsetjenester til hjemmeboende», og vedlagt saken var rapport fra arbeidsgruppen. Overordnet mål for prosjektet er helsetjenester som underbygger mest mulig selvstendighet og mestring, og på sikt minske behov for kommunale tjenester. Sentralt står tidlig og tverrfaglig innsats med utgangspunkt i brukers egne målsetninger. Prosjektet skal teste ut nye måter å organisere tjenesten, der økt fokus på velferdsteknologi og rehabilitering, og tverrfaglig arbeidsmetodikk etterstrebes i alle ledd. Evaluering av prosjektet så langt viste at det hadde hatt positiv effekt for både tjenestemottakere og kommuneøkonomien. Arbeidsgruppen foreslo utvidelse av konseptet til «Mestring i hjemmet» på hver enhet i hjemmetjenesten. Dette innebærer blant annet at hjemmetjenesten i større grad involveres i hverdagsrehabilitering. Arbeidsgruppen mener at satsing på «Mestring i hjemmet» også vil være effektiv ressursbruk. Dette fordi det vil bidra til økt egenmestring hos brukerne, noe som bidrar til redusert/utsatt behov på sikt og dermed redusert tjenestebehov. Det vil trolig også redusere antall henvisninger til ergo- og fysioterapi på dagrehabiliteringen, da mestring i hjemmet vil ivareta mange saker som saksbehandles av avdeling for dagrehabilitering. Videre kan «Mestring i hjemmet» bidra til at flere saker løses raskt, og at flere brukere slipper å stå på venteliste for ergoterapi- og/eller fysioterapi, noe som reduserer tid til administrasjon/saksbehandling.

Dette prosjektet pågår og er implementert i enhetene Midtbyen og Nordøya. I mars 2022 skal det implementeres i Sentrum hjemmetjeneste.

Administrasjonen har opplyst at Fremtidens helsetjeneste er en paraply for flere prosjekter som går inn i hverandre. Et av disse er Mestring i hjemmet som er omtalt ovenfor. Andre prosjekter er tverrfaglig kartlegging, Farmasøyt i hjemmetjenesten, Primærkontakten – «gammel rolle i ny drakt», implementering av Helhetlig pasientforløp (HP1 og HP2), forebyggende hjemmebesøk med mer. Det er den totale pakken som er viktig for å få til dreiningen som det snakkes om, har administrasjonen opplyst.

7. **Dokumentasjonsprosjektet.**

Dette prosjektet var ikke gjennomført pga. ressursmangel. Det er heller ikke i ettertid gjennomført.

8. **Tillitsreformen.**

Det er for tillitsreformen definert mål for innbyggeren, ansatte og organisasjonen. *Innbyggeren* skal blant annet oppnå en mest mulig selvstendig tilværelse og god livskvalitet. *Innbyggeren*

skal oppleve helhetlige tjenesteforløp og skal ha rett tjeneste, til rett tid og i rett omfang – hver gang. *Ansatte* skal bruke sin fagkompetanse i tverrfaglig vurdering og utforme tjenestetilbudet sammen med innbyggeren. For *organisasjonen* er målet en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med samlet ressursbruk innenfor vedtatte rammer. Tjenester skal tildeles på beste effektive omsorgsnivå. Effektiviteten skal økes og ressursbruken reduseres, og det skal være venstreforskyving i omsorgstrappen. Som en del av tillitsreformen ble det gjort ny seksjonsinndeling fra 1.1.2020 og vedtaksmyndigheten ble flyttet ut til seksjonsledere fra 1.2.2020. Tidligere var vedtaksmyndigheten hos Tildelingskontoret. Nå er det et forvaltningskontor i hver seksjon.

Revisor har spurt alle enhetslederne i hjemmetjenesten om hvordan de synes Tillitsreformen har fungert. Ingen av enhetslederne opplever at denne er fullt ut implementert. Enkelte opplever at den kun eksisterer på papiret, mens andre opplever at den bare til dels er iverksatt. Ingen av enhetene har saksbehandlere fra forvaltningskontoret samlokalisert med seg, noe enhetslederne har oppfattet skulle være en viktig del av Tillitsreformen. Samtidig har enhetslederne opplyst at covid-19 nok har hatt betydning, da saksbehandlere har vært på hjemmekontor i denne perioden. Det er likevel i ulik grad tilrettelagt for at saksbehandlerne skal være samlokalisert med enhetene.

Kommuneadministrasjonen har opplyst at Tildelingskontoret 1.1.2020 ble overført til seksjonen. Da var ikke prosessen over hva dette innebar vurdert eller oppgavefordeling mellom forvaltningskontorene/koordinerende helse- og velferdskontor jobbet frem. Det skulle starte et arbeid i løpet av første kvartal 2020. Pandemien kom i mars, saksbehandlere jobbet i stor grad fra hjemmekontor og mange sentrale arbeidstakere ble omdisponert i lengre perioder. Dette har medført en betydelig forsinkelse i seksjonen i forhold til dette.

9. Ny finansieringsmodell for helse og omsorg.

Målet var en tydeligere «kobling» mellom vedtak og ressurser. Innsatsstyrt finansiering ble avvirket og rammefinansiering ble innført 1.1.19 Gjennom «dashboard»-verktøy, som gir oversikt over styringsdata, skal gode måleindikatorer bli besørget.

Som det fremgår, er rammefinansiering innført. Dashboard-verktøyet Power BI brukes også.

10. Heltidskultur

Det ble gjennomført eget prosjekt om heltidskultur. Målet var beskrevet å være å forankre en heltidskultur i helse- og omsorgstjenesten som skal bidra til å realisere potensielle gevinster som fremmer effektiv ressursbruk. I prosjektperioden, fra 15-18, vokste andel heltid fra 53 til 62 % i avdeling for helse og omsorg.

Gjennom prosjektet ble det laget ulike særavtaler. Disse ble en periode avvirket på grunn av at arbeidsgiver og tillitsvalgte ikke kom til enighet, men det er i 2021 laget nye avtaler som skal bidra til å tilrettelegge for heltid.

11. Organisering av Seksjon for behandling og rehabilitering

Seksjonen ble delt mellom to seksjonsledere høsten 2018. Som nevnt ovenfor, var det fra 1.1.2020 ny seksjonsinndeling i hele avdeling for helse og omsorg.

12. HMS-plan

Målet var å sikre at internkontrollkravet innen HMS ble oppfylt og å sette inn helsefremmende tiltak for å redusere sykefraværet. HMS-plan er utarbeidet og det var klart for å iverksette helsefremmende tiltak.

13. Etablere FoU-avdeling.

Etablering av FoU-avdeling (Forsknings- og utviklingsavdeling) er politisk vedtatt utsatt, og ikke gjennomført.

14. Mobil omsorg.

Målet med prosjektet var å få digital tilgang til pasientjournaler og å innføre arbeidslister i Profil som et styringsverktøy. Dette er innført og brukes av alle hjemmetjenesteenheter. Ipader er kjøpt inn til hjemmetjenesten. Sentrum hjemmetjeneste har innført kjørelister. Opplæring er gitt til alle hjemmetjenesteenheter. På grunn av økonomi er ikke arbeidslistene tatt i bruk etter at opplæringen var ferdig. Resultatene av prosjektet er opplyst å være bedre og mer oppdatert informasjon, kvalitetssikring av pasientjournaler, mer kompatibelt med GDPR og bedre pasientsikkerhet.

Som nevnt under punkt 4 benytter Sentrum hjemmetjeneste digitale arbeidslister og også Mobil Omsorg. De andre, med unntak av enkeltavdelinger, benytter det ikke. Alle enhetslederne har opplyst at implementeringen kom ganske langt, men så strandet. En årsak til det var utfordringer med manglende nettdekning. Mobil omsorg bruker internett, og dekning er et problem flere steder – også i bynære områder. I flere bygg, eksempelvis i omsorgsboliger, er det heller ikke dekning. Det er gjort forsøk på utbedringer uten at dette har gitt tilstrekkelige endringer/forbedringer. Enkelte enhetsledere har opplyst at Mobil omsorg og digitale arbeidslister krever ganske mye ressurser.

15. Omorganisering oppfølgingstjenesten

Målet for omorganiseringen var blant annet forsvarlige helse- og omsorgstjenester med riktig kvalitet til alle pasient- og brukergrupper. Omorganiseringen ble gjennomført. Det ble blant annet opprettet en ny enhet ved omsorgstjenesten Kvaløya, enheten Arbeid og aktivitet ble opprettet, ny avdeling Mestringshuset Fiolvegen var under etablering og Bemanningskontor var opprettet.

Det er i ettertid vedtatt ny organisering for Oppfølgingstjenesten.

16. Budsjettmodell – hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten.

Målet var å bidra til bedre styring, mer effektiv tjenesteproduksjon og kostnadskontroll. Modellen har vært lagt til grunn for budsjettering fra og med 2017. Det inngår ikke kommentar om resultater/effekter av tiltaket.

Som redegjort for overfor, ble denne modellen erstattet av rammefinansiering fra og med 1.1.2019.

17. Varig bolig og arbeid.

Prosjektet rettet seg mot bolig og arbeid blant flyktninger. Dette inngår ikke i kommunens *pleie- og omsorgstjenester*, og vi går ikke nærmere inn på dette prosjektet.

18. Samhandling mellom oppfølgingstjenesten og tildelingskontoret.

Gjennom prosjektet ble utøvende enhet involvert i forkant av at vedtak ble fattet av Tildelingskontoret. Erfaringene var positive. Prosjektet var en av prosessforbedringsteamets²¹ piloter som ble gjennomført for å hente erfaringer med slike prosesser i Tromsø kommune. At utøvende enhet skal involveres i forkant av at vedtak fattes, er en del av Tillitsreformen.

²¹ I arbeidet med Forbedringsprogrammet ble det etablert et Prosessforbedringsteam. Dette teamet skulle fungere som støttefunksjon for forbedringsarbeidet i Tromsø kommune. Det skulle etableres program for opplæring i og spredning av relevante verktøy og metoder. Prosessforbedringsteamet skulle identifisere og gjennomføre relevante pilotprosjekt for å hente erfaring.

19. Ressursbaser.

Målet med prosjektet var økt kompetanse på ressursplanlegging og å profesjonalisere ressursplanleggingen for å sikre kontinuitet og kvalitet. Avdelingslederrollen skulle også styrkes gjennom å ha egne ressurser som kan ressursstyring. Videre skulle det bli mer enhetlig forvaltning av personell på tvers av enheter og avdelinger. Det ble opprettet enkelte ressursbaser i hjemmetjenesten, mens det som tidligere nevnt ble opprettet Bemanningskontor i seksjon for oppfølgingstjenester. Resultat/effekt var blant annet at ledere fikk frigjort tid for å utøve ledelse med mindre administrativt arbeid.

Enhetene i hjemmetjenestene har egne ressurser til ressursplanleggingen – men med noe ulik organisering. De fleste har dette organisert som ressursbaser, mens noen har personal- og administrasjonskonsulent. I samtaler med enhetslederne har vi fått opplyst at dette har fungert bra, og bidrar til at avdelingsledere får frigjort mye tid til å arbeide mer med faglig ledelse. I Midtbyen hjemmetjeneste er det to avdelinger hvor avdelingslederne fremdeles selv gjør denne jobben, med bakgrunn i at det ikke er tilstrekkelige ressurser i ressursbasen til å ivareta alle avdelinger.

20. Ny budsjettmodell for sykehjemmene.

Målet var å sikre et godt grunnlag for økonomistyring, redusere risiko for budsjettoverskridelser og sette enhetene i stand til å identifisere avvik og treffe nødvendige tiltak. Ny budsjettmodell ble innført – med mer detaljert oppdeling av kostnader med fordeling på bemanning, kompetanse og drift. Resultat/effekt ble opplyst å være bedre oversikt over hva pengene brukes til, og at eventuelle avvik kunne forklares i stor detalj. Videre ble det opplyst at positive økonomiske effekter har blitt skjult av at det er økning i hjelpebehovet til sykehjemsbeboere.

21. Pasientvarslingssystem i helsebygg.

Målet var å sørge for trygghet og tilpassede løsninger for beboere i kommunens helse- og omsorgsbygg, slik at muligheten for egenmestring, frihet og livskvalitet styrkes. Det ville også frigi tid hos ansatte og anskaffelsen skulle sørge for utvikling av en helhetlig plattform for pasientvarsling og velferdsteknologi i kommunens sykehjem og omsorgsboliger. Pasientvarsling ble etablert i 56 rom på Mortensnes sykehjem, 44 leiligheter på Mortensnes omsorgsbolig, 69 rom på Helsehuset, 6 leiligheter på Trudvang barnebolig, 137 rom på Otium bo- og velferdssenter og 40 rom på Jadeveien sykehjem. I 2019 ble det gjennomført evaluering av prosjektet, som viste at alle mål i gevinstplanen ikke var oppnådd. Det var planlagt ny runde med opplæring på institusjonene sammen med leverandør i 2020.

22. Velferdsteknologi for hjemmeboende.

Gi brukerne økt livskvalitet og egenmestring gjennom bruk av ulike typer velferdsteknologi. Det skulle også frigjøres ressurser til tjenesteyting. Prosjektet var en del av et nasjonalt program som ble gjennomført i perioden 2014-2016 og gikk over i drift fra 2017. Etter at prosjektet gikk over i drift, er det ikke gjennomført gevinstanalyse.

I den samlede evalueringen av effekter fra Forbedringsprogrammet som administrasjonen la frem for politisk behandling, står det at prosjektene som har vært en del av Forbedringsprogrammet hovedsakelig har gitt indirekte økonomiske effekter eller kvalitative gevinster. Videre står det: *«Det er derfor vanskelig å vise sammenhengen mellom prosjektgjennomføringen og målet om et netto driftsresultat på 205 millioner kroner. Forbedringsarbeid handler mer om hensiktsmessige arbeidsprosesser, tverrfaglig samhandling, arbeidsglede og motivasjon enn om organisering. En viktig erfaring fra programperioden er derfor at det blir vanskelig å vise til gode resultater på hovedmålene, siden innsatsen ikke egner seg til å påvirke disse målene direkte.»*

Målet med Forbedringsprogrammet var som vi skrev innledningsvis å forbedre kommunens netto driftsresultat med kr 205 millioner. Ovenfor beskrev vi flere prosjekter som ble igangsatt under programmet og status for disse. Fremstillingen er hovedsakelig basert på redegjørelser som administrasjonen har fremlagt for politikerne. Redegjørelsen fra administrasjonen viser også at den selv mener at det ikke er mulig å vurdere måloppnåelse når det gjelder det overordnede formålet med Forbedringsprogrammet som gjaldt innsparing.

7.3 Rapporter og analyser, ASSS-samarbeidet

Kommunestyret behandlet i desember 2016 rapport fra ASSS-nettverket (kommunestyresak 257/17). På bakgrunn av ASSS-rapporten foreslo administrasjonssjefen noen indikatorer og mål. For helse og omsorg ble følgende mål vedtatt av kommunestyret:

1. *Andel brukere med vedtak om velferdsteknologi skal økes til 10 % innen 2020. I 2017 skal andelen være minimum 4 %, i 2018 minimum 6 %, 2019 8%.*
2. *Andelen ansatte i Helse og omsorg med fagutdanning skal være over 75 % innen 2020.*

Tall fra KOSTRA viser at målet i vedtakets andre punkt om at andelen ansatte i Helse og Omsorg med fagutdanning skal være 75 % innen 2020 ikke er nådd. Når det gjelder andel brukere med vedtak om velferdsteknologi, er et av målene i virksomhetsplanen for seksjon for hjemmetjenester for 2021 at 10 % av vedtakene skal inneholde velferdsteknologi.

I desember 2017 behandlet kommunestyret sak 299/17 *Rapport 2017 for aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner (ASSS-nettverket)*. Kommunestyret vedtok at de handlingsregler og mål som ble vedtatt i sak 257/16 skulle videreføres. De relevante målene som gjelder konkret helse og omsorg er gjengitt ovenfor.

I januar 2018 fikk kommunestyret til behandling sak 2/18 *Gjennomgang av ASSS rapport – helse og omsorg – en analyse av forskjeller mellom Tromsø, Drammen og Kristiansand*. Gjennomgangen var gjort av administrasjonen, med mål om å forklare hva som kunne ligge bak forskjellene i ressursbruken for pleie og omsorg i Tromsø kommune målt opp mot de to kommunene som har lavest ressursbruk i ASSS-nettverket; Drammen og Kristiansand. Rapporten inneholder også forslag til tiltak for å snu den negative økonomiske trenden med stadig økning i ressursbruk, hvor avstanden til de andre ASSS-kommunene de tre siste årene hadde blitt større. I rapporten presenteres påstander og hypoteser som bidrar til å forklare forskjellene samt forslag til tiltak. Følgende tiltak ble foreslått:

1. *Utvikle en aktiv pårørendestrategi/system for pårørendeinvolvering*
2. *Utvikle og bygge ut avlastningstilbudet i samarbeid med aktuelle brukere/pårørende*
3. *Boligetablering til personer under 67 år prioriteres og intensiveres, jf. boligprogram for rus- og psykisk helse og for utviklingshemmede.*
4. *Integrasjon og samordning av ressurser mellom sektorer som yter tjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse.*
5. *Alle som ønsker hjemmetjenester bør få det for å sikre tidlig innsats med trygghetsskapende tiltak og fokusere på mestring. Systematisere forbyggende hjemmebesøk til tjenestemottaker med «små tjenester».*

6. *Utvikle forebyggende tjenestetilbud i alle aldersgrupper,- herunder velferdsteknologi, dag- og aktivitetstilbud, friskliv/læring og mestring, rehabilitering/habilitering.*
7. *Utvikle et differensiert og tilpasset botilbud fra seniorboliger til bolig med heldøgns omsorg og i institusjon til personer over 67 år.*
8. *Styrke samhandlingen mellom deler av helse- og omsorg for å legge til rette for tverrfaglig innsats og kunne møte behov for re-/habilitering og spre mestringstankegangen i hjemmetjenesten.*
9. *Gjennomgang av organiseringen av re-/habilitering for å se om det er endringer som kan gjøre tjenesten mer effektiv og/eller mer tilgjengelig for brukerne.*
10. *Utvikle et styringsinformasjonssystem for helse- og omsorg. Arbeidet må prioriteres og sikres god fremdrift. Dette vil gi bedre forutsetninger for strammere økonomistyring og kostnadskontroll, men organisering og ledelse er uansett avgjørende faktorer.*
11. *Systematisk inkludering av kvalitetsindikatorer og kvalitetsmåltall som styringsverktøy på overordnet nivå.*
12. *Kartlegge årsakene til det høye sykefraværet og iverksette målrettede tiltak for å redusere det.*
13. *Gi arbeidet med å øke fagdekningen prioritet.*
14. *Styrke samhandling internt i helse og omsorg, med andre sektorer, med bruker/pårørende, med spesialisthelsetjenesten og frivillige.*

Kommunestyret fattet følgende vedtak:

1. *Gjennomgang av ASSS-rapport helse- og omsorg tas til orientering*
2. *Utviklingsprogram for helse- og omsorg 2017-2018 revideres i henhold til anbefalingene i den vedlagte rapporten, og med oppdatert fremdriftsplan.*
3. *Det utarbeides en 10 års utbyggingsplan for boliger og bygg til helse- og omsorg.*
4. *Anskaffelser av boliger og bygg til helse- og omsorgsformål prioriteres i kommunens investeringsplan.*
5. *Kommunestyret mener at det er nødvendig å intensivere arbeidet med forebyggende tiltak i hele sektoren. Hensikten med dette må være at den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig.*
6. *Kommunestyret mener det må etableres flere lavterskeltilbud for å forebygge. Her må det være fokus på oppsøkende virksomhet og en etablering av helsestasjon for eldre må utredes. Gode forebyggende tiltak kan bidra til å forhindre behovet for mer omfattende tjenester fra pleie- og omsorgstjenesten på et senere tidspunkt. Kommunestyret mener at et slikt tilbud må prioriteres i arbeidet med den kommende økonomiplanen.*

I møte i mars 2019 behandlet kommunestyret sak 38/19 *Kommunens styringsmål og handlingsregler med basis i aggregerte styringsdata for samarbeidende storbykommuner – ASSS-nettverket.* Kommunestyret vedtok følgende:

1. *Sektorspesifikke styringsmål videreføres og evalueres i forbindelse med ny sak om ASSS-nettverket (rapporteringsåret 2018) høsten 2019.*
2. *Økonomiske handlingsregler vurderes i handlings- og økonomiplan 2020-2023.*
3. *Analysen for ASSS-nettverket 2018 (rapporteringsåret 2017) tas til orientering.*

Vi finner ikke at det er fremlagt sak om evaluering av styringsmålene jf. pkt. 1 i vedtaket i sak 38/19.

Når det gjelder oppfølging av de tiltakene som var beskrevet og ble vedtatt i sak 2/18, er blant annet følgende relevant for oppfølgingen av disse:

- Prosjektene Mestring i hjemmet og forebyggende hjemmebesøk
- Endret organisering av re-/habiliteringstjenesten
- Utvikling av dashboardløsning
- Nærværarbeid
- Kompetanseplan og ulike tiltak for å øke fagdekningen
- Tiårsplan for utbygging av boliger og bygg til helse og omsorg

Flere av tiltakene overlapper med andre tiltak som er igangsatt i perioden. Vi omtaler arbeid med forebygging og tidlig innsats nærmere i kapittel 7.7 og oppsummerer i kapittel 7.8. I kapittel 7.6 er informasjon fra økonomirapportene som belyser hvordan tiltak er fulgt opp og effektene av disse.

7.4 Program for utvikling av helse og omsorg 2017-2018

Kommunestyret behandlet i april 2017 «Program for utvikling av helse og omsorg 2017-2018». Innledningsvis i programmet er målet oppgitt: «...når alle tiltakene er gjennomført skal helse og omsorg i Tromsø kommune kunne drifte kostnadmessig på nivå med andre sammenlignbare kommuner, i henhold til vedtatt budsjett, og være på et høyt nasjonalt nivå hva gjelder både drift og kvalitet.» Det fremgår også av innledningen at programmet til dels baserer seg på prosesser som allerede pågår og delvis innebærer det ytterligere prosjekter som må gjennomføres. Arbeidet var organisert i fem arbeidspakker. Disse er gjengitt nedenfor, med oppgitte tiltak under hver arbeidspakke:

1. Tillitsreformen
 - Utredning av ny tjenesteprofil
 - Etablering av responscenter
2. Bemanningsplanlegging/heltidskultur
 - VER-team²²
 - Ressursbaser
 - Vandrevakt
 - Bemanningskontor
 - Særavtaler som fremmer heltidskultur
3. Tjenesteutvikling og effektivisering²³
 - Dokumentasjon
 - Mobil omsorg
 - Arbeidslistene i Profil

²² VER står for Visma Enterprise Ressursstyring, og teamet skulle blant annet bidra i turnusplanlegging og bemanningsstyring.

²³ Tiltakene her var rettet mot hjemmetjenestene

- Spider Solutions for optimering av kjøreruter og arbeidslister
4. Ledelse og HMS
 - Fase 3 omorganiseringsprosjekt
 - Opplæring av avdelingsledere
 - HMS-plan
 5. Virksomhetsstyring
 - Utvikling/pilotering av ledelsesinformasjonssystem
 - Videreutvikling av budsjettmodellen

De fem arbeidspakkene og innholdet i dem har mye til felles med Forbedringsprogrammet som er omtalt ovenfor. Dette fremgår også av utviklingsprogrammet; planen legges inn som et tiltak under forbedringsprogrammet. Det vil si at gjennomføringen av utviklingsprogrammet har vært en del av Forbedringsprogrammet.

Oppsummert var målsetningene med utviklingsprogrammet å redusere tjenestevolumet, øke effektiviteten i driften, redusere sykefraværet og å sikre bedre økonomisk kontroll.

Tillitsreformen er arbeidspakke 1, og har vært et relativt sentralt begrep innenfor helse og omsorg i Tromsø kommune de siste årene. I utviklingsprogrammet står det at Tillitsreformen er ikke entydig definert, og er hverken frislipp av kontroll eller en enhetlig styringsmodell. Tillitsreformen innebærer en operasjonalisering av en revidert styringsform, innenfor rammen av mål- og resultatstyring. Den har som mål å øke kvalitet og spare kostnader i komplekse organisasjoner. Med andre ord tillitsreformen kan sees på som et sett med prinsipper som systematisk flytter makt og endrer spilleregler for rapportering, organisasjon, økonomistyring og kontroll i styringen av komplekse helse og omsorgstjenester. Stikkord er:

- *Flytting av større ansvar til ledere og tjenesteutøver*
- *Økt økonomisk autonomi, med utvidet budsjettansvar*
- *Endringer i spilleregler for rapportering, fjerne unødvendig målinger og mer fokus på kjerneoppgaver*
- *Forenkling av regler og prosedyrer, vektlegging av faglig handlingsrom*
- *Skille mellom ansvar for aktivitet og effektivitet i driften*

Vi viser til kapittel 7.2 for nærmere omtale av de ulike tiltakene som inngikk i arbeidspakkene. Målet med utviklingsprogrammet var blant annet at Tromsø kommune innenfor helse og omsorg skulle drifte i henhold til budsjett og kostnadsmessig på nivå med andre kommuner. Utviklingsprogrammet var toårig; 2017- 2018. I 2019 og senere år har ikke helse og omsorg – eller pleie- og omsorgstjenestene – driftet i henhold til budsjett. Tromsø kommune har fremdeles høyere ressursbruk enn sammenliknbare kommuner, jf. kapittel 6.

7.5 Kommunestyresak: Omstilling av helse og omsorg – oversikt tiltak

Kommunestyret behandlet i mars 2018 sak 60/18 *Omstilling av helse og omsorg – oversikt tiltak*. I denne saken er det redegjort for en rekke tiltak. Det fremgår av saken at avdeling for helse og omsorg arbeider med utviklingsprogrammet for 2017-2018 samt anbefalte tiltak på bakgrunn av ASSS-analysen. Det står i saksfremlegget at «*Dette gjør at listen over tiltak som skal gjøres innenfor Avdeling for helse og omsorg er svært lang og det er viktig å sikre en tydelig prioritering av oppgaver for å unngå at de oppgavene som har økonomisk effekt i 2018*

blir forsinket.» Samtidig er det viktig å ha fokus på langsiktig utvikling. De prioriterte tiltakene for utgiftsreduksjon, som ventes å ha høyest effekt, er:

- Reduksjon i tjenestevolum for timefinansierte tjenester
Planlagt kostnadsreduksjon på 70 millioner kroner, 50 millioner i oppfølgingstjenesten og 20 millioner i hjemmetjenesten. Endringen skulle så langt som mulig gjøres gjennom innføring av trygghetsteknologi, men tjenestevolumet ville nok også måtte reduseres.
- Reduksjon av nattevakter
Omfanget av nattevakter skulle reduseres, med planlagt innsparing på kr 20 millioner. Dette kunne skje gjennom innføring av digitale tilsyn, ambulerende tjenester eller ved en reduksjon i antallet nattevakter.
- Reduksjon bemanning institusjoner
Omfattet Helsehuset, barneboligene og sykehjemmene, med planlagt innsparing på kr 40 millioner. Bakgrunn: Tromsø kommune har generelt høyere driftskostnad enn sammenlignbare kommuner for institusjoner.
- Omorganisering av tjenestetilbudet
Sammensatt av flere tiltak, som å gi gruppetilbud i stedet for enetilbud, innføring av trygghetsteknologi eller å vurdere å innføre noen tjenestemottakere for å samle disse i en mer hensiktsmessig boform. Forventet innsparing kr 30 millioner.
- Redusert effektivitetsavvik
Målsetning å unngå effektivitetsavvik i 2018. Forventet effekt kr 40 millioner kroner.
- Bedre styring av tjenestevolum
Bedre kobling mellom budsjettet som er til rådighet for timefinansierte tjenester og selve tildelingen av tjenesten.

Beløpene som er oppgitt i de ovennevnte tiltakene utgjør til sammen kr 200 millioner. Det tilsvarer «avviket» mellom driftsnivået og budsjett som avdeling for helse og omsorg gikk inn i 2018 med, ifølge saksfremlegget. Andre tiltak som var gjennomført eller skulle gjennomføres var:

- Månedlig rapportering på status i enhetene
- Frata budsjettfullmakt fra enheter med betydelig merforbruk
- Utnytte all kapasitet ved Havtun
- Øke brukerbetaling for trygghetsalarmer
- Forhandle redusert husleie for Ishavsveien 67
- Reduserte ressurser på dag i omsorgs- og avlastningsboliger der tjenestemottaker er på skole med egen assistent. Tiltak om nedbemanning på dagtid i barnebolig skulle også legges inn i dette tiltaket.
- Vurdere redusert tjenestetilbud av hjemmetjenester i distriktet
- Omorganisere arbeidet, slikt at det utløses lønnstilskudd til fysioterapeuter
- Alle enkeltinnkjøp over kr 10 000 godkjennes av seksjonsleder
- Øke beregningsgrunnlaget for vederlagsberegning sykehjem
- System for å måle hvor mye tjenester den enkelte tjenestemottaker faktisk får

Det fremgår av saken at for å nå målet om balanse, må lønnsutgiftene reduseres med nærmere 20 %.

Det er i saken også redegjort for andre tiltak for kostnadskontroll:

- Oppfølging av sykefravær
- Kursserie for enhets- og avdelingsledere
- Avdelingslederbok
- Hackaton/workshop med ansatte
- Prosjektrom
- Kommunikasjon
- Medvirkning

Videre er tiltakene innenfor Utviklingsprogram for helse og omsorg 2017-2018 gjengitt. Øvrige tiltak for mer langsiktig omstilling av tjenesten er oppgitt å være overordnet helse- og velferdsplan, utbyggingsprogram for helse og omsorg, pilot mestringsteam, rehabiliteringsteam, tillitsreformen og responscenter. Det er også informasjon om andre planer og utredninger som gjennomføres i 2018.

Kommunestyret fattet følgende vedtak:

Administrasjonssjefens tiltak beskrevet i saksfremlegget vedtas.

Både nedstyring og omstilling skal gjennomføres uten å svekke de rettighetene innbyggerne har gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, helse og omsorgstjenesteloven og forvaltningsloven. Omstillingen skal styrke dialogen med den enkelte tjenestemottaker. Kommunestyret viser til uttalelse fra Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, og understreker at retten til forhåndsprosedyre og klage ikke skal svekkes.

Parallelt med tiltakene administrasjonssjefen har beskrevet i saksfremlegget skal følgende tiltak gjennomføres:

1. *Arbeidet med reorganisering av dagens tildelings- og finansieringssystem skal intensiveres, i tråd med beslutning om tillitsreformen i Program for helse og omsorg 2017-2018.*
 - a. *Beslutningsmyndigheten skal være pasientnært.*
 - b. *Tildelingskontoret skal avvikles i nåværende form. Omstillingsprosess startes umiddelbart.*

Dette innebærer at noen av de oppgavene tildelingskontoret har i dag, skal organiseres nærmere hver enkelt av de som mottar tjenester. I tråd med vedtak i sak 95/17, skal det utredes hvordan budsjettansvar kan samordnes med tildelingsansvar. I tråd med tillitsreformens prinsipper så skal regler og prosedyrer forenkles. Beslutninger og løpende vurderinger skal skje i tett dialog med den enkelte tjenestemottaker, herav organiseres så nært tjenestemottaker som mulig. Ingen av tildelingskontorets oppgaver skal flyttes før alternativ organisering, opplæring og ansvar er på plass. Omstillingsprosess skal gjennomføres med tett involvering av de ansatte og tillitsvalgte, med Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, eldrerådet og de andre relevante delene av kommunens tjenester.

- c. *Ingen ansatte skal sies opp.*
 - d. *Innbyggerne skal sikres forsvarlige og kvalitativt gode tjenester.*
2. *Helsehusets funksjoner skal optimaliseres, og videreutvikles i nær sammenheng med kommunens omsorgstjeneste og sykehjemmene, slik at den fremtidige helse og omsorgstjenesten drar nytte av helsehusets fagkompetanse og kapasitet. Dersom denne*

optimaliseringen krever at helsehuset beholder opprinnelige budsjett, må helsehuset skjermes for kutt.

3. *I tråd med tillitsreformens prinsipper skal rehabilitering og forebygging prioriteres, blant annet ved at fysio- og ergoterapi organiseres nær pasientene. Dette arbeidet skal gjennomføres som en del av tillitsreformen.*
4. *Lære av de enhetene som drifter i balanse.*
5. *Kommunestyret ber om at det utføres risikovurderinger på enheter i helse og omsorg hvor det gjennomføres omstillingsprosesser, samt at disse gjennomgås på de faste møtene med hovedtillitsvalgte og hovedverneombud på avdelingsnivå.*
6. *Kommunestyret ber om at formannskapet holdes løpende orientert om fremdriften og effekten i tilknytning til de tiltak som iverksettes for å tilpasse driftsnivået på helse og omsorg til budsjettrammen for 2018.*
7. *Innbyggerne som har midlertidig avlastningstilbud på Berglund og Iver Walnums veg flyttes ikke til en ny midlertidig løsning på Seminaret. Flytting avventes til endelig løsning ved Sommerlyst er på plass.*
8. *Den enkelte tjenestemottakers rett til å leve et godt og verdig liv skal ikke svekkes i prosessen. Sikkerhet og livskvalitet for beboerne må prioriteres. Nedstyringstiltak som vil medføre store belastninger for sårbare personer skal ikke gjennomføres.*
9. *Det skal gjøres en vurdering av videre bruk og drift av eksisterende helsebygg som fraflyttes ved oppstart av Otium bo- og velferdssenter.*
10. *Kommunen skal gjennomføre følgeforskning på omstillingsprosessen. Kompetanse og finansiering søkes eksternt. Dersom dette ikke lar seg gjøre, ber vi administrasjonssjefen komme tilbake med sak om finansiering.*
11. *Kommunen skal fortsette arbeidet med stimuleringstiltak for å beholde og rekruttere personell til sektoren. Dette gjelder helsehuset spesielt.*

Revisor har ikke gjennomgått oppfølging eller effekten av det enkelte tiltak. Av regnskapstallene som er presentert i kapittel 6 fremgår det imidlertid at samlet sett hadde ikke tiltakene den ønskede effekten i 2018. Fra 2017 til 2018 økte netto driftsutgift for pleie- og omsorgstjenestene med 13,5 %, mens lønnsutgiftene økte med 7,8 %. Avdeling for helse og omsorg består av mer enn pleie- og omsorgstjenestene, men pleie- og omsorgstjenestene utgjør en vesentlig del av avdelingen. Heller ikke i 2019 så man en slik effekt.

7.6 Økonomirapporter

I kommunens handlings- og økonomiplaner fremgår de overordnede prioriteringene samt økonomiske disposisjoner. I økonomirapportene, som fremlegges to ganger per år for politisk behandling, inngår informasjon om status i henhold til vedtatt budsjett. Avdeling for helse og omsorg, herunder pleie- og omsorgstjenestene, har over år hatt innsparingskrav for å tilpasse seg budsjettrammene. I økonomirapportene er informasjon om arbeidet med tilpasningen til

budsjettrammer, herunder også informasjon om tiltak og effekten av disse. I årsmeldinger oppsummeres året som har gått. Vi har gjennomgått disse dokumentene for å belyse effekter av tiltak som er iverksatt rettet mot ressursbruk og kvalitet. Med bakgrunn i at flere tiltak ble besluttet i 2017 og 2018, har vi tatt utgangspunkt i disse dokumentene gjeldende fra og med 2018 for å få informasjon om effekten av tiltak som ble iverksatt. I det videre er det i hovedsak informasjon fra økonomirapportene som gjengis, da disse gir mest informasjon om effekten av igangsatte tiltak og arbeidet med å nå målsetningene i handlings- og økonomiplanene.

Vi presiserer at økonomirapporteringene avgis i tråd med Tromsø kommunes organisasjonsstruktur. Det vil si at det rapporteres seksjonsvis, eksempelvis fra seksjon for hjemmetjenester. Som redegjort for, består denne seksjonen også av flere tjenester enn hjemmetjenester. Seksjonen har også ansvar for koronasenteret, Helsehuset og helsetjenester. Sistnevnte omfatter blant annet legevakt og legetjenester. Det innebærer at et mer- eller mindreforbruk i seksjon for hjemmetjenester ikke nødvendigvis knytter seg til pleie- og omsorgstjenester (hjemmetjenester), men kan knytte seg til andre helsetjenester som legevakt. Der det fremgår hva det knytter seg til, er dette kommentert. Formålet med å benytte informasjon fra økonomirapporteringene er å belyse hvordan tiltak er fulgt opp, og eventuelle effekter av disse. Selv om økonomien for den enkelte seksjon ikke nødvendigvis er dekkende kun for pleie- og omsorgstjenestene, er informasjonen fra økonomirapportertene egnet til å belyse oppfølging av og effekter av iverksatte tiltak på et overordnet nivå.

2018

Økonomirapport 1

I økonomirapportens forord vises det til at Tromsø kommune fortsatt har betydelige utfordringer knyttet til driftsnivået, spesielt innenfor pleie- og omsorgssektoren. Det vises til tiltakene vedtatt i kommunestyresak 60/18 for å ta ned utgiftsnivået betydelig, men det vil ta tid før tiltakene gir nødvendig økonomisk virkning.

Videre vises det i økonomirapporten til at analyser av ASSS-tall viser at Tromsø kommune har høy terskel for tildeling av hjemmetjenester og for lavt fokus på tidlig innsats og forebygging. Det er også etterslep på boliger til personer med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse og psykisk helse/rus. Mangel på dette medfører kostnadskrevende enetiltak.

Seksjon for sykehjem jobbet med å imøtekomme krav om reduksjon i bemanning, men det var utfordringer med å imøtekomme dette. Særlig på natt, hvor bemanningen var lav fra før av. Byggene hadde ikke tilrettelagt infrastruktur for å erstatte nattevakter med velferdsteknologi.

For seksjon for hjemmetjenester ble rekrutteringsutfordringer og høyt sykefravær, med påfølgende behov for innleie av vikarer og bruk av overtid trukket frem. Raskere utskrivninger fra UNN ble også fremhevet – noe som innebar økt behov for omfattende tjenester. Videre ble det trukket frem at deler av tjenesten har for mye indirekte tid (tid som ikke er direkte brukerrettet) i forbindelse med planlegging, dokumentasjon, rapporter, kjøring mv. Dette kunne tilskrives blant annet mangel på elektroniske planleggingsverktøy og skulle jobbes med fremover.

For seksjon for oppfølgingstjenester var den største økonomiske utfordringen høyt aktivitetsnivå (høyt timetall). For å redusere dette ble det jobbet med å organisere tjenesten i gruppetilbud i større grad. Seksjonen arbeidet med etablering av Bemanningskontor og enheten Arbeid og aktivitet.

I økonomirapporten ble det også rapportert på status i de vedtatte tiltakene i sak 60/18, hvorav det ble rapportert at det meste var i arbeid eller ikke påbegynt enda, mens noe allerede var gjennomført.

Økonomirapport 2

I forordet er det informasjon om at kommunen går mot merforbruk, og at forklaringen i stor grad er knyttet til at helse- og omsorgssektoren er i en stor omstillingsprosess som har pågått i over et år. Omstillingen har påført sektoren utgifter til planlegging og endringsarbeid. I tillegg har nye tiltak hatt oppstartskostnader som det er vanskelig å ta inn i samme budsjettår. Eksempler er nye enheter som Arbeid og aktivitet og Bemanningskontoret. Det er utfordrende for enhver organisasjon å drifte parallelt med endrings- og utviklingsarbeid, står det. Også i denne økonomirapporten vises det til mangel på helsebygg- og boliger samt at en del av boligene er svært mangelfulle, noe som fører til økte kostnader. Når det gjelder tiltakene som ble vedtatt i sak 60/18, viser økonomirapporten at få av tiltakene vil ha effekt i inneværende år og administrasjonssjefen foreslår derfor å styrke ansvarsrammene for pleie og omsorg og kommunehelse med til sammen 205 millioner.

I økonomirapporten står det at årsaken til merforbruk innenfor pleie- og omsorg er sammensatt, men følgende faktorer anses som de viktigste:

- By i vekst med befolkning som blir eldre gir økning i helsebehov
- Manglende satsing på forebygging, lavterskeltilbud og rehabilitering gir høyere tjenestebehov enn de kommunene vi vanligvis sammenlikner oss med
- All bufferkapasitet er oppbrukt. På sykehjemmene brukes ca. 30 rom som dobbeltrom. Rundt 40 korttidsplasser er belagt med pasienter som venter på langtidsplass. Omsorgsboligene har i praksis blitt sykehjem. Dette gjør at når det kommer nye pasienter med høyt omsorgsbehov utløser det store kostnader i form av betaling for utskrivningsklare pasienter, enetiltak og kjøp av tjenester
- Betydelige rekrutteringsutfordringer fører til at det totalt er nesten 300 ledige stillinger. Dette fører til overtid og innleie av vikarer.

Når det gjelder tiltakene som ble vedtatt i kommunestyresak 60/18 (total innsparing på kr 200 millioner), vises det til at det har tatt lengre tid enn ønsket å få effekt av de vedtatte innsparingstiltakene. Kutt i nattevakter (planlagt innsparing 20 millioner) har ikke latt seg gjennomføre, men det jobbes videre med å erstatte nattevakter med velferdsteknologi og/eller ambulerende tjeneste. Unngå effektivitetsavvik (planlagt innsparing kr 40 millioner) har ikke latt seg gjennomføre. I hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten pågikk arbeidet (samlet nedstyringskrav på kr 115 millioner), og effektene var ikke tatt ut enda. Sykehjemmene hadde spart inn kr seks millioner i bemanning på dag, av totalt kr 14 millioner i innsparingskrav. Helsehuset sitt budsjett var redusert med kr 25 millioner, noe som ble raskt effektivert på grunn av at mange stillinger ikke var besatte.

Om tiltak står følgende i økonomirapporten:

Fag:

Avdelingens vurdering er at det er et stort potensial i å redusere behovet for tjenester med større satsing på lavterskeltilbud, forebyggende tiltak og rehabilitering.

- Etablering av enhet for Arbeid og aktivitet (seksjon for oppfølgingstjenester)
- Avdeling for dagaktivitetstilbud etablert (seksjon for hjemmetjenester)

- Pilot Fremtidens helsetjenester i hjemmet har startet utredningsfasen. Målet er å etablere hjemmebaserte helsetjenester med fokus på nettopp rehabilitering og tverrfaglighet.
- Arbeid med plan for habilitering og rehabilitering er startet, skal være ferdig august 2019

Drift:

Her omtales Bemanningskontoret i seksjon for oppfølgingstjenester. I hjemmetjenesten er prosess med implementering av digital arbeidsplanlegging omtalt; kjørerutene legges inn i Profil og kan leses på nettbrett. I seksjon for sykehjem jobbes det med velferdsteknologiske løsninger. Det arbeides også med plan for rekruttering og kompetanse og HMS-plan.

Forvaltning:

Med bakgrunn i PwC-rapporten ble det i 2016 innført ny budsjettmodell. Det var fremdeles innsatsstyrt finansieringsmodell, men med korrekt prising. Det står at det dermed var først i 2016 at systemet med innsatsstyrt finansiering faktisk fungerte. Konsekvensen ble at fra 2016 har aktivitetsnivåene for de tjenestene med innsatsstyrt finansiering økt langt mer enn forutsatt. Det står at det er vanskelig å trekke entydige konklusjoner på hva som er årsaken til det økte aktivitetsnivået, men at det er en kjent effekt at innsatsstyrt finansiering er aktivitetsdrivende. Det er derfor grunn til å tro at Tromsø kommunes finansieringssystem i hvert fall delvis forklarer aktivitetsveksten, står det. Som en del av Tillitsreformen er målet å prøve ut nye metoder for budsjettering og vedtaksmyndighet tidlig i 2019.

Boliger/helsebygg:

Det jobbes med en 12-årig utbyggingsplan for alle boliger og helsebygg for Avdeling for helse og omsorg, som skal være klar til politisk behandling før jul. Parallelt jobbes konkret med en rekke helsebygg innenfor rus-/psykisk helse, utviklingshemmede og somatikk.

Videre ble det jobbet med mulighet for å pusse opp bygningsmasse for å øke kapasiteten på omsorgsboliger og å vurdere tjenesteavtaler med tanke på hvilke tjenester som skal gis i eget hjem – herunder hvor omfattende tjenestetilbudet skal være i pasientens eget hjem.

Kommunestyret vedtok at arbeidet med å gjennomføre endringen av tildelings- og finansieringssystemet innenfor helse og omsorg skulle intensiveres. Videre ba kommunestyret om at analyse av kostnader knyttet til utviklingsprogrammet, endring i timetall, institusjonsplasser og kostnader for de forskjellige seksjonene ble lagt frem for kommunestyret i forbindelse med justering av budsjett for 2019.

Justering av handlings- og økonomiplan 2019-2022

Dette var sak 195/18 i kommunestyret i desember 2018. I denne saken «besvares» kommunestyrets vedtak om intensivering av arbeidet med tildelings- og finansieringssystemet som er gjengitt ovenfor. Videre er det informasjon om utviklingsprogrammet innenfor helse og omsorg.

Det fremgår av saken at rammefinansiering vil innføres fra 1.1.2019. Når det gjelder utviklingsprogrammet, står det at dette ikke har hatt forventet effekt på kostnadsnivået. Det er merkostnader knyttet til omorganisering av avdeling for helse og omsorg (fase 3). Det er også påløpt kostnader til etablering av enhetene Bemanningskontoret og Arbeid og aktivitet. Disse enhetene forventes på sikt å bidra til effektivisering av driften.

Når det gjelder timetall, har det innenfor hjemmetjenester vært en økning på 10 % fra 2016 til slutten av 2018. Innenfor seksjon for oppfølgingstjenester har det vært en økning på 50 % fra 2016 og frem til november 2018.

Fra 2015 til slutten av 2018 har antall institusjonsplasser økt med 25, hvorav mesteparten er knyttet til opprettelse av korttidsplasser på Mellomveien.

Om kostnader for de ulike seksjonene innenfor pleie og omsorg, står det at regnskapstallene viser at det har vært en reell vekst i kostnadene på 187 millioner fra 2015 til 2018 – etter at det er tatt hensyn til lønns- og prisvekst (kommunal deflator) i perioden. Økningen fordeler seg slik:

- Seksjon for oppfølgingstjenester reell utgiftsøkning på kr 83 millioner
- Seksjon for hjemmetjenester reell utgiftsøkning på kr 2 millioner
- Seksjon for sykehjem har hatt utgiftsvekst på kr 57 millioner fra 2015 til 2018
- Endring i kjøp av tjenester, andre generelle kostnader og inntekter gir realøkning på kr 45 millioner i perioden

Det står i saksutredningen at kostnadsøkningen reflekterer at behovet for tjenester har økt i perioden og at dette har sammenheng med demografisk utvikling med økning i antall eldre, men også økning i antall yngre tjenestemottakere. Samtidig er en del av kostnadsøkningen knyttet til utviklingsprogrammet.

I saksutredningen står det også at Tromsø kommune i for liten grad har lyktes med å holde behovet for pleie- og omsorgstjenester på et lavest mulig nivå, noe som har generert et høyt aktivitetsnivå og høye utgifter. Det er en prioritert oppgave å sette inn tiltak som gjør at behovet for tjenester reduseres, som mer forebyggende arbeid og rehabilitering i hjemmetjenesten som kan redusere behovet for institusjonstjenester.

Administrasjonssjefen foreslo å styrke rammen for 2019 for pleie og omsorg med 90 millioner, med bakgrunn i at det ikke kunne forventes at tiltak ville få full effekt i 2019. Kommunestyret vedtok styrkingen av ramma.

2019

Økonomirapport 1

Finansieringsmodellen for hjemmetjenesten var endret fra innsatsstyrt finansiering til rammestyrt finansiering. I økonomirapporten er for lavt fokus på tidlig innsats og forebygging samt mangel på boliger trukket frem. Kommunen har betydelige utfordringer når det gjelder kapasitet på omsorgsboliger for personer med utviklingshemming og personer med ruslidelser eller psykiske lidelser.

Når det gjelder eldreomsorg, fremgår det av økonomirapporten at kommunen inntil nylig har hatt kapasitetsutfordringer, men at dette har endret seg de siste månedene. Fra å ha lange ventelister, har kommunen nå ledig kapasitet både når det gjelder langtidsplasser, korttidsplasser og omsorgsboliger. Den positive utviklingen er forklart med gradvis bedre drift på Helsehuset. Denne utviklingen har kommet etter at Mellomveien 100 ble lagt ned. Det står i økonomirapporten at etter hvert som ny metodikk kan bres ut i hjemmetjenesten, er det grunn til å tro at denne utviklingen forsterkes ytterligere.

Det fremgår av økonomirapporten at seksjon for sykehjem ikke har klart å tilpasse nattbemanning til ny bemanningsnorm. For alle seksjonene er det vist til kostnadskrevende enetiltak/tjenester og behov for innleie av vikarer/overtid som følge av sykefravær. Seksjon for oppfølgingstjenester hadde det største avviket i henhold til budsjett. Seksjonen hadde beregnet en besparelse på 64 millioner kroner i forbindelse med omlegging av 1:1 tjenester i omsorgsboliger til gruppebaserte tjenester i arbeids- og aktivitetstilbud. Denne besparelsen er trukket fra i budsjettet for 2019, i tillegg til at seksjonen hadde et merforbruk på 52 millioner i 2018. Dette gjorde at driftsnivået ved inngangen av året var langt høyere enn budsjett.

I økonomirapporten var forslag til 46 tiltak i avdeling for helse og omsorg for å få økonomien i balanse. Summen av tiltakene utgjorde i overkant av kr 128 millioner. Som vedlegg til økonomirapport 1 var «Innsparingstiltak Avdeling for helse og omsorg. Beskrivelse av tiltak og konsekvenser.» Her inngår nærmere beskrivelse av tiltakene samt risikovurderinger. Bakgrunnen for arbeidet var den økonomiske situasjonen avdeling for helse og omsorg stod ovenfor. Administrasjonssjefen hadde i justering av handlings- og økonomiplan 2019-2022 redegjort for at tiltak, herunder resultat og konsekvenser, ville bli omtalt i økonomirapport 1-2019. Vedlegget var dermed en oppfølging av dette.

Det står i dette vedlegget at det er gjennomført mye utviklingsarbeid. Videre står det blant annet at: «*Fokuset på utviklingsarbeid har vært stort, og det har blitt iverksatt mange tiltak. En utfordring med den store jobben med utviklingsarbeid er at det er vanskelig å måle effekten av tiltak når det gjennomføres flere tiltak samtidig.*»

Følgende informasjon inngår om oppfølgingen av utviklingsprogrammet for helse og omsorg 2017-2018 og de fem arbeidspakkene som skulle gjennomføres:

<p>Arbeidspakke 1 Tillitsreformen</p> <p>1. Arbeidet med forvaltningsmodell:</p> <p>a) Rammebudsjettering og endret rutiner for tildeling er innført fra 1.1.19</p> <p>b) Ny forvaltningsmodell er under utredning – ferdig mai 2019</p> <p>2. Pilot fremtidens helsetjenester i hjemmet – Under iverksetting</p> <p>3. Pilot mestringssteam oppfølgingstjenesten – Utsatt til høsten 2019</p> <p>4. Etablering av responscenter – teknologisk løsning under testing. Forventet oppstart september 2019</p> <p>Arbeidspakke 2 Bemanningsplanlegging og heltidskultur</p> <p>5. Turnusteamet – etablert</p> <p>6. Ressursbaser – etablert</p> <p>7. Bemanningskontor – etablert</p> <p>8. Særavtaler – etablert</p> <p>Arbeidspakke 3 Effektivisering og dokumentasjon</p> <p>9. Dokumentasjon – ikke startet</p> <p>10. Mobil omsorg/digital arbeidsplanlegging – pågående</p> <p>Arbeidspakke 4 HMS og ledelse</p> <p>11. Fase 3. Seksjon for behandling og rehabilitering under ferdigstilling. Ellers ferdig.</p> <p>12. Lederopplæring - gjennomført</p> <p>13. HMS-plan - gjennomført</p> <p>Arbeidspakke 5 Virksomhetsstyring</p> <p>14. Ledelsesinformasjonssystem - gjennomført</p> <p>15. Budsjettmodell – gjennomført</p>
--

I vedlegget om innsparingstiltak er det en egen del som heter «Strategiske valg» og her er det oppsummert hva som skiller Tromsø kommune fra andre sammenlignbare kommuner:

- Ikke tilstrekkelig satsing på forebygging, opptrening, habilitering og rehabilitering
- Mangel på lavtersktilbud som dagsentre og avlastning

- Liten innsats for de med lite hjelpebehov, desto mer kostbare tjenester for de med mye tjenestebehov
- Mangel på boliger, spesielt til gruppen psykisk syke, rusavhengige og personer med utviklingshemming
- Høyt sykefravær

Videre står det under strategiske valg at: «*Dersom Tromsø skal ha mulighet til å få et driftsnivå som nærmer seg de andre kommunene i ASSS-samarbeidet er vi nødt til å redusere på de mest kostnadskrevende tiltakene for å kunne dreie tjenesten mot de lavere delene av omsorgstrappa. Når vi nå har fått kapasitetsoverskudd i eldreomsorgen gir det mulighet til å ta ned antallet institusjonsplasser for heller å beholde eller øke aktiviteten i hjemmebaserte tjenester.*»

I beskrivelsen av prosess, fremgår at avdeling for helse og omsorg har hatt betydelige utfordringer med å finne tiltak som totalt sett bidrar til at avdelinga går i balanse i 2019. Videre står det at for å redusere driftskostnadene må antall ansatte reduseres, da om lag 90 % av kostnadene er lønnsutgifter. På grunn av stor andel årsverk på variabel lønn (overtid, ekstravakter og vikarer) vil det sannsynligvis ikke medføre høy andel overtallige. Det er gjennomført risikovurderinger av foreslåtte tiltak. At det skal gjennomføres mange innsparingstiltak samtidig gjør det lett å miste oversikten og at man ikke klarer å gjennomføre alt etter planen, står det.

Det er totalt 46 tiltak som beskrives og vurderes i vedlegget til økonomirapporten. Disse knytter seg til hele avdeling for helse og omsorg, og ikke kun pleie- og omsorgstjenestene. For pleie- og omsorgstjenestene er sentrale tiltak innenfor seksjon for sykehjem å redusere antall langtidsplasser i institusjon, redusere bemanning i institusjon, effektivisere drift i institusjon (avdelingsledere veksler på å jobbe lørdager, avvikle servicefunksjoner, styrket ressursstyring med ressursbase og erstatte privat kjøp av sykehjemsplass med eget tilbud).

Innen seksjon for oppfølgingstjenester er tiltak bemanningsreduksjon, legge ned turnusteam, økt kapasitet i gruppetilbud i enhet for arbeid og aktivitet, etablering av kjørekontor, forventet økt effekt av bemanningskontoret, ombygging av Mellomveien 100 til tolv leiligheter og reduksjon av lederstillinger.

I seksjon for hjemmetjenester er tiltak reduksjon av tjenestevolum (bl.a. legge ned korttidsplasser i distriktet og holde 17 korttidsplasser ved Helsehuset ledig) og bemanningsreduksjon.

Administrasjonssjefens vurdering og anbefaling var å gjennomføre de innsparingstiltakene som var beskrevet i dokumentet.

Ved behandling av økonomirapporten besluttet kommunestyret at flere tiltak ikke skulle gjennomføres. Tiltak som ble vedtatt ikke gjennomført – eller ikke fullt ut gjennomført - gjaldt i stor grad bemanningsreduksjon i sykehjem, hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten. Blant tiltak som ikke ble vedtatt gjennomført var nedleggelse av korttidsplasser i distriktet og reduksjon av korttidsplasser ved Helsehuset.

Økonomirapport 2

I forordet til denne økonomirapporten vises det til et lavere forventet merforbruk ved årets slutt enn i økonomirapport 1 (reduisert fra 150 millioner til 67 millioner) og at den positive

utviklingen særlig gjelder ansvarsrammene på helse og omsorg. Dette fremheves som positivt, samtidig som det gjenstår et betydelig arbeid.

Det inngår informasjon om status for innsparingstiltak i økonomirapport 1:

«Tiltakene som gjelder reduserte tjenester, er i all hovedsak iverksatt. Det er ikke etablert gruppebasert aktivitetstilbud på Fiolvegen aktivitetssenter pga. både byggetekniske og organisatoriske utfordringer. Det planlagte tiltaket med å bruke Mellomveien 100 til å ta tilbake kjøp av tjenester har blitt stoppet pga. brann i Grønnegata 103. Reduksjon i antall sykehjemsplasser har blitt forsinket på grunn av økte ventelister og økt antall utskrivningsklare pasienter. Noe av dette har sammenheng med at omsorgsboligene på Laureng må avvikles i nåværende form pga. branntekniske mangler ved bygget. Øvrige effektiviseringstiltak er iverksatt. Bemanningsreducerende tiltak er gjennomført eller påbegynt.»

Det er behov for å jobbe videre med tiltakene, og ikke minst hvordan effekten av tiltakene skal måles på en objektiv måte. Det er i en del tilfeller knyttet stor usikkerhet til den økonomiske effekten av det enkelte tiltak på kommunens samlede økonomi. I tiden frem mot årsskiftet vil det bli jobbet med tilpasning til budsjettnivå 2020. Dette vil innebære flere tiltak for kostnadsreduksjon ut over det som ble vedtatt i 2019.»

I alle seksjoner er det planer om tiltak for å redusere kostnader – herunder tiltak som reduserer aktivitet og kvalitet. Kvalitetsreducerende tiltak er blant annet stopp/reduksjon i opplæring og fagdager og redusert bemanning. I hjemmetjenesten utsettes utrulling av pilot som følge av reduserte kostnader til opplæring.

2020

Økonomirapport 1

Fra og med mars 2020 har koronapandemien hatt påvirkning på kommunens drift og økonomi, noe som naturlig nok også omtales i økonomirapportene. Det rapporteres imidlertid også om merforbruk som ikke knytter seg til koronapandemien. Avviket forklares med at planlagte innsparingstiltak ikke har fått effekt som forutsatt. Det er gjennomført tiltak, men noe blir til en viss grad spist opp av koronapandemien, nye uforutsette kostnadsøkninger og reduserte refusjonsinntekter for ressurskrevende brukere.

Kostnadene i seksjon for sykehjem skal reduseres gjennom midlertidig lukking av Kvaløysletta sykehjem og andre reduksjoner i institusjonsplasser. I seksjon for hjemmetjenester er det planlagt besparelser ved Helsehuset, men det er samtidig andre kostnadsøkninger i seksjonen. Det står i økonomirapporten at enhetene over tid har jobbet med å redusere kostnadene, og flere rapporterer at innsparingskravet i 2020 er utfordrende i en situasjon med mange utskrivningsklare pasienter, «fastlegekrisen» i Tromsø og forventning om venstreforskyvning av tjenesteprofilen. I seksjon for oppfølgingstjenester forventes ikke hele innsparingskravet realisert i 2020, noe som i stor grad skyldes mangel på tilrettelagte boliger.

Det er i økonomirapporten redegjort for flere tiltak som jobbes med i avdeling for helse og omsorg. Vi omtaler ikke alle, men de tre fokusområdene som er omtalt i arbeidet med reduksjon av kostnader:

- Tilpasning av tjenesteprofil med fokus på tidlig innsats, tilrettelegging for hverdagsmestring og tjenester i eget hjem
- Styrking av ledelse og organisering. Det er behov for mer systematisk bruk av styring- og lederverktøy i oppfølging av tjenesten, samt øke fokus på nærværarbeid

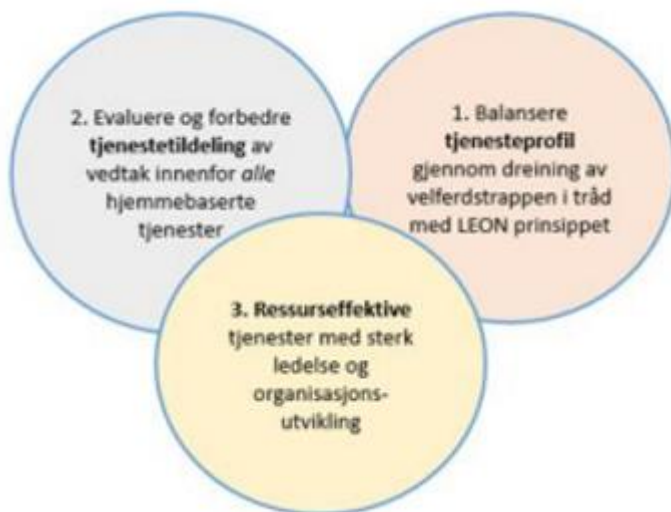
- Aktivitetsreducerende tiltak og styrking av vedtaksprosessen i utforming av tjenestene

Økonomirapport 2

I forordet til økonomirapporten står det at systematisk arbeid over lang tid har begynt å gi ønskede effekter. I avdeling for helse og omsorg har forebyggende innsats vært viet særlig oppmerksomhet, og også arbeidet med å forskyve tjenester fra institusjonsdrift til hjemmebaserte tjenester gir ønsket effekt.

Det er likevel fremdeles merforbruk innenfor helse og omsorgstjenestene – utover koronarelaterte utgifter. Innenfor seksjon for sykehjem skyldes dette blant annet drift av Kvaløysletta sykehjem andre halvår, som det ikke er satt av midler til. I seksjon for hjemmetjenester er mesteparten av merforbruket knyttet til Helsehuset. I seksjon for oppfølgingstjenester er hovedårsaken til merforbruk at personalkostnadene overstiger lønnskostnadene.

Det fremgår av økonomirapporten at det er tre strategiske innsatsområder med underliggende tiltak som skal sikre en felles retning mot et bærekraftig driftsnivå. Disse er illustrert i figuren nedenfor.



Hva dette innebærer er utdypet. Tiltak for å balansere tjenesteprofil er blant annet reduksjon av antall sykehjemsplasser, øke kapasitet på korttidsplasser ved Helsehuset og redusere utskrivningsklare pasienter på UNN, endre organisering av enheten Arbeid og aktivitet og å prioritere bygg/boliger som reduserer driftskostnadene.

Tiltak for å evaluere og forbedre tjenestetildeling er ny forvaltningsmodell med tettere kobling mellom budsjett og vedtak, redusere vedtakstimer og prosjekt Robust helse og omsorg – tjenestetildeling og tjenesteprosess med fokus på selvstendigjøring og mestring.

Tiltak for ressurseffektive tjenester er å øke egenandel på tjenester, stenge bemanningskontoret, redusere utgifter til kjøp av omsorgstjenester, optimalisere sammenhengen mellom vedtak og bemanning, nærværarbeid/ redusere sykefravær og ny arbeidsavtale heltidskultur.

2021

Økonomirapport 1

I forordet til økonomirapporten står det at Tromsø kommune fortsatt er i en krevende økonomisk situasjon, som krever tøffe prioriteringer. Kommunen preges fortsatt av kortsiktige, kostbare tiltak spesielt innenfor helse- og omsorgssektoren.

Merforbruk innenfor helse og omsorg knytter seg blant annet til videre drift av en avdeling ved Kvaløysletta sykehjem samt ytterlige 20 institusjonsplasser, herunder kjøp av ti korttidsplasser i privat regi. Videre har kommunen færre institusjonsplasser enn behovet i befolkningen tilsier, noe som utløser utgifter i form av bøter for utskrivningsklare pasienter og kjøp av korttidsplasser fra eksterne. Det er også mangel på egnede boliger. Utfordringer med rekruttering av fagpersonell og sykefravær gir også merforbruk.

Økonomirapport 2

Av rapportens forord fremgår at avdeling for helse og omsorg har et merforbruk og at årsakene til det er sammensatte. Hovedårsakene er:

- Foreslåtte tiltak har ikke gitt nødvendig effekt, eller effekten er skjøvet på i tid
- Økt etterspørsel etter alle typer helsetjenester fra innbyggerne
- Vedtatte kapasitets- eller kvalitetshevinger. Gjelder blant annet kapasitetsheving i heldøgns omsorg og styrking av fastlegeordningen.
- Kostbar drift med til dels kortsiktige løsninger på en del områder. Å få løst slike kortsiktige, kostbare løsninger er av høy prioritet, vil gi rask besparelse og høy effekt.
- Rekrutterings- og bemanningsproblemer.

De ovennevnte årsakene knytter seg til hele avdeling for helse og omsorg, og ikke utelukkende pleie- og omsorgstjenestene, men gjelder også disse.

7.7 Venstreforskyvning i omsorgstrappa

Et overordnet mål innenfor helse og omsorg har i flere år vært såkalt «venstreforskyvning» i omsorgstrappa. Dette kalles også tjenester i tråd med LEON-prinsippet. LEON står for *laveste effektive omsorgsnivå*. Dette følger av flere politiske saker, blant annet i flere av de vedtak, program og tiltak som er redegjort for ovenfor. Tromsø kommune har hatt som mål å jobbe mer forebyggende og å vri ressursbruken fra de høye trinnene i omsorgstrappa til de laveste trinnene. Satsing på tidlig innsats, selvstendighet og egenmestring er også forankret i kommuneplanens samfunnsdel. Utklippet på neste side viser illustrasjon av det som kalles omsorgstrappa.

Utklipp 7: Omsorgstrapp, illustrasjon



Kilde: Gjennomgang av ASSS-rapport, Tromsø kommune, forsiden

I omsorgstrappa er tjenestene med lavest omfang nederst til venstre, mens de mer omfattende tjenestene er øverst til høyre. Venstreforskyvning i omsorgstrappa innebærer mer forebyggende arbeid og tidlig innsats, som skal bidra til at antallet tjenestemottakere med behov høyt i omsorgstrappa reduseres.

I oppstartsmøtet for denne forvaltningsrevisjonen fortalte seksjonsleder for hjemmetjenester og leder for stab i seksjonen at det over tid ikke har vært arbeidet nok med forebygging innenfor hjemmetjenestene. Det har vært arbeidet med forebygging lenge, og arbeidet er intensivert de siste årene. Blant annet jobbes det nå tettere med fysio- og ergoterapitjenesten. De fortalte at det ligger en utfordring i å jobbe forebyggende samtidig som det skal spares penger. Implementering av forebyggende arbeid tar tid – og det tar også tid før gevinsten kommer.

Seksjonen har prosjekter som omhandler forebyggende arbeid og tidlig innsats, hvor to sentrale prosjekter er *Mestring i hjemmet* og *forebyggende hjemmebesøk*. Mestring i hjemmet er en videreføring og videreutvikling av et av prosjektene i Forbedringsprogrammet; Fremtidens helsetjenester til hjemmeboende. Midtbyen hjemmetjeneste har ansvaret for dette prosjektet, og det skal implementeres i alle enheter. Overordnet mål er helsetjenester som underbygger mest mulig selvstendighet og mestring, og på sikt minske behov for kommunale tjenester.

Sentralt står tidlig og tverrfaglig innsats med utgangspunkt i brukers egne målsetninger. Økt fokus på velferdsteknologi og rehabilitering er sentralt, det samme er tverrfaglig arbeidsmetodikk. Gjennom Mestring i hjemmet involveres hjemmetjenesten i større grad i hverdagsrehabilitering, noe som på sikt også kan redusere ventelister til fysio- og ergoterapi.

Forebyggende hjemmebesøk har Kvaløya hjemmetjeneste ansvaret for. Gjennom prosjektet skal alle 79-åringer i kommunen få hjemmebesøk. Formålet er blant annet å kartlegge behov både hos den enkelte og på mer overordnet nivå samt å gi informasjon om tjenester. Oppstart av dette har blitt utsatt på grunn av koronapandemien.

I 2019 og 2020 jobbet Tromsø kommune med å redusere antallet institusjonsplasser. Det fremgår blant annet av økonomirapporter at dette er i tråd med målsetningen om å styrke hjemmetjenestene og venstreforskyvninga i omsorgstrappa. I mai 2021 behandlet kommunestyret sak 64/21 *Styrking av kapasiteten til heldøgn omsorg*. I saksutredningen vises det til at kommunen over tid har hatt et høyt antall utskrivningsklare pasienter, i tillegg til lange ventelister til langtidsplass på sykehjem og korttidsplass. Det står at situasjonen er alvorlig, og helse- og velferdsutvalget vedtok i april 2021 midlertidige straktiltak for å avhjelpe situasjonen. Disse var å midlertidig stoppe avvikling av plasser ved Kvaløysletta sykehjem og videreføre driften av en avdeling ut 2021. Midlertidig kjøp av ti korttidsplasser i privat regi samt jobbe med å øke kapasiteten på Helsehuset med ti plasser.

Heldøgns omsorg er en felles betegnelse for tilbud som omfatter langtidsplasser, korttidsplasser samt omsorgsboliger med vedtakstimer fra hjemmetjenesten. Plasser innenfor heldøgns omsorg er plassert høyt oppe i omsorgstrappa.

Det fremgår av saken at realisering av ønsket strategi – med tidlig innsats, selvstendighet og egenmestring – samt pågående byggeprosjekter, oppgraderinger/renoveringer og igangsetting av nye investeringsprosjekter er forsinket av ulike årsaker. Situasjonen kommunen er i, med høyt antall utskrivningsklare pasienter og lange ventelister til lang- og korttidsplass gir et bilde av at tjenesten ikke har klart å utvide kapasiteten og endret praksis tilstrekkelig i tråd med ønsket strategi. Det medfører behov for å gjøre vurderinger av tiltak som kan bedre situasjonen underveis. Samtidig er det viktig at tjenesten jobber videre med ønsket dreining av tjenesten som er nødvendig for å sikre kommunen bærekraftig tjenestetilbud for fremtiden. Dette vil ventelig redusere ventelistene på sikt. Under pandemien har det særlig vært økning i ventelister for avlastning.

Kommunestyret vedtok i sak 64/21 om styrking av kapasiteten til heldøgns omsorg på 93 plasser. Disse fordeler seg på gjennomgangsbygg ved Kroken sykehjem med full drift fra høsten 2022 (65 plasser). Driften ved Kvaløysletta sykehjem skulle videreføres med minst 28 plasser ut 2023. I 2022 utgjør planlagt drift kr 75 millioner og kr 110 millioner for hvert påfølgende år. Det må også påregnes investeringskostnader.

Tromsø kommune har besluttet og også iverksatt flere tiltak for å styrke arbeidet med forebygging og tidlig innsats. Som det fremgår av saken om heldøgns omsorg har ikke dette arbeidet gitt ønsket effekt i arbeidet med venstreforskyving i omsorgstrappa. Av sammenlikningene med andre kommunegrupper i kapittel 6 fremgår at Tromsø kommune bruker mindre enn disse på aktiviserings- og servicetjenester. Videre viser sammenlikningen at Tromsø kommune gir et større omfang av tjenester når tjenester først tildeles. Dette er også indikasjoner på at det forebyggende arbeidet og tidlig innsats ikke har gitt tilstrekkelig effekt i Tromsø kommune.

Innledningsvis i dette kapittelet, har vi gjengitt sentrale funn fra PwC sin analyse av pleie- og omsorgstjenestene i Tromsø kommune i 2015. Et av disse var at Tromsø kommune har et høyt tjenestevolum, som skyldtes en kombinasjon av høy andel tjenestemottakere og høyt antall tildelte timer innenfor hjemmebaserte tjenester. Ved gjennomgang av rapporten har administrasjonen kommentert utfordringen med høyt tjenestevolum. De har opplyst at for å kunne få til venstreforskyvningen med mer forebygging, tidlig rehabilitering, mestring og at flere skal bo hjemme lengst mulig, er det utfordrende å ta ned tjenestevolumet. Det vil nødvendigvis i en periode der en skal «dreie» tjenestene øke tjenestevolumet, som en «pukkeffekt», har de opplyst. Det er utfordrende å ta ned tjenestevolumet, ikke ha en balansert tjenesteprofil, ha fokus på forebygging og mestring og med lav kompetansedekning samtidig. Videre har de opplyst at det i flere omganger er gjennomgått profiltall og evaluering av tjenester, uten at en har funnet større avvik på tildeling av tjenesten. Det ble kortvarig etter gjennomgangen tatt ned ca. 10% i timetallet på hver enhet, men en så en rask økning av behovet igjen etter svært kort tid.

7.8 Oppsummering

I perioden 2016-2020 – og i særdeleshet perioden 2017-2018 – ble det igangsatt en lang rekke tiltak innenfor pleie- og omsorgstjenestene og i avdeling for helse og omsorg. I hele perioden har pleie- og omsorgstjenestene hatt merforbruk i henhold til budsjett og det har vært store økonomiske innsparingskrav. Det er fremdeles merforbruk i henhold til budsjett.

Pleie- og omsorgstjenester er komplekse og omfatter flere ulike tjenestetilbud. Det ytes tjenester hele døgnet hver dag hele året. Kommunen er pliktig til å yte tjenester og disse skal være forsvarlige. I tidsperioden 2016-2020 har Tromsø kommune selv pekt på flere utfordringer i tjenestene og iverksatt tiltak for å imøtekomme disse, samtidig som det er gjennomført tiltak for å utvikle og dreie tjenestetilbudet. Det er iverksatt en lang rekke ulike tiltak. Noen av utfordringene og satsingsområdene som går igjen i tidsperioden er:

- Høyt sykefravær
- Utfordringer med å rekruttere fagpersonell
- Dreie tjenesteprofilen med fokus på tidlig innsats og forebygging
- Mangel på lavterskeltilbud
- Mangel på tilrettelagte boliger og bygg

De iverksatte tiltakene har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Det er fremdeles utfordringer med å rekruttere fagpersonell og bruk av vikar/overtid. Dreining av tjenesteprofilen med fokus på tidlig innsats og forebygging tar tid og har hittil ikke gitt alle de ønskede effektene. I 2021 vedtok kommunestyret opprettelse av 93 nye plasser for heldøgns omsorg. Kapasitetsøkningen innenfor heldøgns omsorg var nødvendig, men er ikke i tråd med den ønskede strategien om å dreie tjenestetilbudet. Det er fremdeles mangel på lavterskeltilbud, eksempelvis i form av dagsenterplasser for eldre, hvor det høsten 2021 var over 100 personer på venteliste. Mangel på tilrettelagte boliger og bygg er fremdeles en utfordring. I oktober 2020 ble Plan for bygg og boliger 2020 – 2030 i avdeling for helse og omsorg vedtatt.

I 2018 skulle kostnadsnivået reduseres med kr 200 millioner. Det var politisk vedtatt at tilpasning til budsjetttramme skulle skje uten å si opp ansatte og tjenestene skulle være forsvarlige. Det var også politiske vedtak om at det skulle satses på forebyggende arbeid og tidlig innsats. Samtidig skulle det gjennomføres en rekke prosjekter som del av Forbedringsprogrammet. Som en del av overordnet kvalitetsplan (omtalt i kapittel 5) var det

flere planer og utviklings-/kvalitetsarbeid som skulle gjennomføres. Videre ble det fattet flere politiske vedtak som skulle følges opp. Summen av tiltak som skulle følges opp i denne perioden var dermed veldig høy og av et vidt omfang.

Innenfor helse- og omsorgstjenester er ansatte en sentral innsatsfaktor, og lønnsutgifter utgjør derfor en stor del av utgiftene i denne sektoren. Det gjelder i alle kommuner. I 2018 utgjorde lønnsutgiftene 74 % av utgiftene i pleie- og omsorgstjenestene. En reduksjon i kostnadsnivået på kr 200 millioner er svært krevende å gjennomføre uten å gjøre noe med lønnsutgiftene. Med forutsetningen om at ingen ansatte skulle sies opp, måtte dette skje gjennom å holde stillinger vakante når noen sluttet, unngå innleie av vikar ved fravær mv. Samtidig må tjenestene sikre tilstrekkelig kompetanse og tilstrekkelig bemanning for å kunne yte forsvarlige tjenester, slik at det kan være utfordringer med ikke å erstatte de som slutter eller leie inn vikarer. Det avhenger av hvor det slutter ansatte. Det vil eksempelvis ikke være forsvarlig å ha enheter eller avdelinger uten sykepleiere, der denne kompetansen er påkrevd.

Administrasjonen har opplyst til revisor at det er krevende å jobbe med forebyggende arbeid og tidlig innsats samtidig som det er store innsparingskrav. For å kunne få til venstreforskyvningen med mer forebygging, tidlig rehabilitering, mestring og at flere skal bo hjemme lengst mulig er det utfordrende å ta ned tjenestevolumet. Det vil nødvendigvis i en periode der en skal «dreie» tjenestene øke i tjenestevolumet, som en «pukkeleffekt», har de opplyst. Det er utfordrende å ta ned tjenestevolumet, ikke ha en balansert tjenesteprofil, ha fokus på forebygging og mestring og med lav kompetansedekning samtidig. Videre har de opplyst at det i flere omganger er gjennomgått profiltall og evaluering av tjenester, uten at en har funnet større avvik på tildeling av tjenesten.

Flere av de planlagte eller vedtatte tiltakene er ikke gjennomført/har ikke latt seg gjennomføre, eller har ikke hatt den ønskede effekten. Samtidig er flere av tiltakene fulgt opp. Etter revisors oppfatning har avdeling for helse og omsorg, og pleie- og omsorgstjenestene, arbeidet for å følge opp mange av tiltakene. Det kan være flere årsaker til at ikke alle er fulgt opp som forutsatt eller har gitt de ønskede effektene. En sentral årsak er etter revisors syn at omfanget av tiltak og arbeid som skulle gjennomføres var så stort, at det var utfordringer med å følge opp alt samtidig – særlig når det samtidig skulle gjennomføres store innsparinger. Målet med flere av tiltakene var nettopp innsparinger, men det kreves likevel ressurser for å gjennomføre mange av disse. Dette har administrasjonen selv belyst i økonomirapporter; opprettelse av nye tilbud som på sikt skal bidra til innsparing har oppstartskostnader. Det er i saker fremlagt for politisk behandling skissert hva som var viktig å prioritere, men det kan synes som at det ikke har vært en helhetlig, samlet plan for prioriteringer av alle tiltak, prosjekter og utviklings- og kvalitetsarbeid.

Noen tiltak har blitt gjennomført og senere reversert eller endret slik at de ikke har gitt forventede økonomiske effekter. Eksempler på tiltak som skulle bidra til reduserte kostnader var etablering av Bemanningskontoret, enheten Arbeid og aktivitet – herunder gruppetilbud fremfor enetilbud og reduksjon av sykehjems plasser.

Et annet aspekt ved gjennomføring av svært mange tiltak samtidig, er at det kan være vanskelig å se effektene av det enkelte tiltak som iverksettes. Dette har administrasjonen bemerket i enkelte saker. Dersom effekter ikke kan måles opp mot målet med tiltaket vil det være vanskelig å vite hva som faktisk fungerer og bør videreføres.

Forbedringsprogrammet ble gjennomført i perioden 2016-2019. Programmet hadde som målsetning å bedre kommunens netto driftsresultat med kr 205 millioner. Totalt var 22 av 59 prosjekter i programmet innenfor helse og omsorg, hvorav flertallet hadde betydning for pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg til det overordnede økonomiske målet, var flere av prosjektene knyttet til kvalitetsheving og/eller prosessforbedring.

I administrasjonens egen evaluering av effekter fra Forbedringsprogrammet, står det at prosjektene som har vært en del av Forbedringsprogrammet hovedsakelig har gitt indirekte økonomiske effekter eller kvalitative gevinster. Videre står det: *«Det er derfor vanskelig å vise sammenhengen mellom prosjektgjennomføringen og målet om et netto driftsresultat på 205 millioner kroner. Forbedringsarbeid handler mer om hensiktsmessige arbeidsprosesser, tverrfaglig samhandling, arbeidsglede og motivasjon enn om organisering. En viktig erfaring fra programperioden er derfor at det blir vanskelig å vise til gode resultater på hovedmålene, siden innsatsen ikke egner seg til å påvirke disse målene direkte.»*

Administrasjonen viser selv i evalueringen av Forbedringsprogrammet til at det blir vanskelig å vise til gode resultater på hovedmålene, siden innsatsen ikke egner seg til å påvirke målene direkte.

Revisor stiller spørsmål ved at administrasjonen ikke kom til dette på et tidligere tidspunkt, og først ved endt programperiode. Forbedringsprogrammet pågikk i en fireårsperiode, og skulle være sentralt for bedring av kommunens økonomiske situasjon. Når målet var å forbedre kommunens netto driftsresultat med 205 millioner kroner, er det naturlig å legge til grunn at prosjektene i programmet har økonomiske mål som i sum utgjør en slik besparelse. Etter revisors oppfatning skulle det på et tidligere tidspunkt blitt tatt grep i Forbedringsprogrammet for å oppnå målsetningen – eller å endre denne. Kommunedirektørens ledergruppe var styringsgruppe for Forbedringsprogrammet. Dersom målet i hovedsak var forbedringsarbeid – og ikke økonomiske besparelser – skulle dette på et tidligere tidspunkt blitt adressert, også til politisk nivå. Dersom målet om økonomiske besparelser var det sentrale, burde prosjektporteføljen i større grad vært tilpasset dette. Vi presiserer at prosjektene i Forbedringsprogrammet i seg selv kan ha vært hensiktsmessige, og det er ikke noe revisor gjør vurderinger av. Problemet er at de ikke var egnet til å påvirke målene med Forbedringsprogrammet, slik administrasjonen selv har vist til.

Forbedringsprogrammet omfattet hele kommunen, ikke bare helse og omsorg. Det var imidlertid avdeling for helse og omsorg, herunder pleie- og omsorgstjenestene, som i denne perioden hadde de desidert største innsparingskravene rettet mot seg og det var stort fokus på kostnadsreduksjon i denne perioden. Forbedringsprogrammet var prioritert og sentralt for kommunen. Når dette programmet ikke nådde den økonomiske målsetningen, ga det et ytterligere press om innsparinger på andre måter i organisasjonen, og en måtte videreføre/finne nye tiltak for å oppnå disse innsparingene.

8 UTTALELSE

Det følger av forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14 at revisor skal sende et utkast til forvaltningsrevisjonsrapport til uttalelse til kommunedirektøren. Revisor sendte slikt utkast til uttalelse til Tromsø kommune v/kommunedirektør 17.12.2021. Vi mottok uttalelse fra avdelingsdirektør for helse og omsorg 24.1.2022. Denne er i sin helhet gjengitt på de neste sidene. Uttalelsen har ikke medført endringer i rapporten. Tilbakemeldingene fra seksjon fra hjemmetjenester som er omtalt i uttalelsen kom i forbindelse med gjennomgang av beskrivelsene/fakta i rapporten, og endringer med bakgrunn i disse ble innarbeidet før rapporten ble sendt på uttalelse.

KomRev NORD

Astrid Indrebø

Sjøgata 3

9405 Harstad

Deres ref: Al/

Tromsø, 21.1.2022

Rapport fra forvaltningsrevisjonen «Kvalitet og ressursbruk i pleie og omsorgstjenestene».

Viser til brev datert 17. desember -21 hvor forvaltningsrevisjonens utkast til rapport om kvalitet og ressursbruk i pleie og omsorgstjenesten var vedlagt. I brevet bes Tromsø kommune gjennomgå og kommentere rapporten. Rapporten har på forhånd vært til gjennomgang i seksjon for hjemmetjenester, som har sendt inn grundige og detaljerte tilbakemeldinger på rapportens innhold. Tromsø kommune bes nå å gjennomgå rapporten for å påvise eventuelle feil eller unøyaktigheter.

Innspill til innhold:

Kommunedirektøren takker for en grundig og god rapport, som gir et godt grunnlag for videre arbeid knyttet til dokumentasjon, brukerinvolvering, ressursbruk og kvalitetsarbeid i tjenestene. Kommunedirektøren har ingen innsigelser eller tilføyelser til rapporten utover de merknader KomRev NORD har mottatt fra seksjon for hjemmetjenester.

Videre oppfølging:

Det kan videre opplyses at Tromsø kommune v/ avdeling for helse og omsorg nå har igangsatt et kvalitets- og utviklingsarbeid med en egen ressursgruppe som skal jobbe strategisk for å gjøre nødvendige endringer i tjenestene for å møte demografiske og epidemiologiske endringer.

Den strategiske ressursgruppen vil jobbe systematisk og kunnskapsbasert for å bistå kommunen i å gjennomføre strategiske tiltak for å regulere kostnadsnivået i helse og omsorg. Ressursgruppen vil ha som utgangspunkt at kvalitetssikring av tjenestene og god ivaretagelse av innbyggernes ulike behov sikres samtidig med at tjenestene driftes mer kostnadseffektivt. At kommunen blir mer effektiv betyr at den evner å skape mer verdi for innbyggerne med de samme eller reduserte kostnader. Studier viser at kommuner som leverer topp kvalitet i sine tjenester også er de mest kostnadseffektive. Etterlevelse av lovkravene er også en forutsetning for å lykkes.

Helse og omsorg sin strategi for å etablere mer bærekraftige tjenester er godt dokumentert og begrunnet, bl.a. i Handlingsprogram 2022 - 2025, og peker på 3 innsatsområder: Balansert tjenesteprofil (dvs. sammensetting av tjenestetilbudet), reduksjon i aktivitetsnivå for timesbaserte tjenester og ledelse og organisasjonsutvikling. Ressursgruppen vil bistå til å planlegge, gjennomføre, evaluere og justere strategiske og operasjonelle tiltak for å sikre mer bærekraftige tjenester og pasientforløp.

Prosjektet vil på en strukturert måte bruke lovpålagt forbedringsmetodikk, som definert gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet. Det er en forutsetning at denne tilnæringsmåten er pasientsentrert og har en tett kobling til de reelle innbyggerbehovene og at utviklingsarbeidet spiller på lag med brukerorganisasjonene.

Arbeidet er igangsatt.

Med vennlig hilsen

Magne Nicolaisen

Avdelingsdirektør Helse og omsorg
Avdeling for helse og omsorg, adm.

Tlf: 917 36 289

Magne.Nicolaisen@tromso.kommune.no



All e-post til Tromsø kommune behandles i samsvar med offentlighetsloven, hvilket medfører at innholdet kan bli offentliggjort.

9 ANBEFALINGER

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjoner har vi anbefalinger til Tromsø kommune.

- Vi anbefaler Tromsø kommune å videreutvikle styringssystemet for hjemmetjenester innenfor seksjon for hjemmetjenester, herunder å:
 - utarbeide og sikre dokumentasjon for styringssystemet og at denne er tilgjengelig og kjent
 - sikre at overordnede planer utarbeides og følges opp i tråd med fastsatt fremdriftsplan
 - sikre at nødvendige rutiner/instrukser foreligger og er tilgjengelige og kjente
 - sikre systematisk planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende og korrigerende virksomhetens aktiviteter
- Vi anbefaler Tromsø kommune også å arbeide videre med tiltak for å sikre tilstrekkelig fagdekning/kompetanse innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester.
- Vi anbefaler Tromsø kommune å jevnlig innhente tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter innenfor hjemmetjenestene i seksjon for hjemmetjenester, og å benytte disse i arbeidet med styringssystemet.

Problemstilling 4 er deskriptivt formulert og vi har ikke gjort vurderinger av kommunen eller konkludert på problemstillingen. Vi finner det likevel hensiktsmessig å gi anbefaling til Tromsø kommune basert på funnene. Det er i perioden fra 2016 besluttet iverksatt tiltak av et stort omfang innenfor pleie- og omsorgstjenestene. For å få gjennomført ulike tiltak må det være ressurser til å iverksette og følge opp disse.

- Vi anbefaler Tromsø kommune å gjøre prioriteringer av tiltak innenfor pleie- og omsorgstjenestene og jevnlig evaluere effekter av tiltak som iverksettes.

10 REFERANSER

- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 2.7.2011 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter
- Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring

- Tromsø kommunes dokumenter: Planer, økonomirapporter, rutiner, virksomhetsplaner, saksfremlegg, politiske vedtak mv.

- www.ssb.no/kostra

- www.ks.no/asss-hjem

VEDLEGG

Vedlegg 1: Nærmere beskrivelse av KOSTRA-funksjoner

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har veileder til kontoplanen i KOSTRA, hvor det inngår nærmere informasjon om hva som skal rapporteres på den enkelte funksjon. Veilederen oppdateres årlig. Informasjonen nedenfor er hentet fra veileder for rapporteringsåret 2021 (regnskapsåret 2020). Det har vært noen mindre endringer i hva som inngår i de fire aktuelle funksjonene fra 2017 til 2020, men disse er ikke vesentlige.

Funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.

1. Aktiviserings- og servicetjenester til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, utviklingshemming, personer med rusproblemer mv.:
 - e. eldresentre og dagsentre for hjemmeboende,
 - f. aktivitetssentre for personer med utviklingshemming m.m.,
 - g. aktivisering av barn med funksjonsnedsettelse utover aktivisering i forbindelse med grunnskoleundervisning,
 - h. andre dagaktivitetstilbud
 - i. transporttjenester
 - j. støttekontakt,
 - k. matombringing,
 - l. velferdsteknologiske innretninger som trygghetsalarm (kjøp, installering, vedlikehold og drift av teknologien, men ikke utgifter som er knyttet til utrykninger, som føres på funksjon 254,
 - m. vaktmester,
 - n. vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak,
 - o. ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og personer med funksjonsnedsettelse
 - p. frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse
2. Eldresentre/dagsentre er aktivitetstilbud der brukerbetaling ikke er hjemlet i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Utgifter til dagopphold på institusjon, dvs. tjenester innvilget ved enkeltvedtak, med betaling/egenandel hjemlet i denne forskriften kapittel 1 om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon mv. føres på funksjon 253.
3. Vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på funksjon 840.

Funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

1. Direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse med helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd nr. 6 bokstav c) og forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstavene a, c og d (institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsbolig, aldershjem og sykehjem).
2. Inntekter fra egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 1.
3. I tillegg til døgnopphold inkluderer dette også dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner, f.eks. re-/habilitering og avlastning. Omfatter også servicefunksjoner som:
 - a. husøkonom,

- b. kjøkken,
 - c. kantine/kiosk,
 - d. vaskeri,
 - e. aktivitør.
4. Dersom institusjonens servicefunksjoner (for eksempel kjøkken og vaskeri) yter tjenester overfor hjemmeboende, skal disse utgiftene fordeles mellom funksjon 253 og funksjon 234. Renhold, drift og vedlikehold av institusjonslokaler føres på funksjon 261.
 5. Utskrivningsklare sykehuspasienter (somatikk, psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusavhengighet), føres på funksjon 253, art 300.
 6. Funksjonen omfatter videre:
 - a. medisinske forbruksvarer,
 - b. tekniske hjelpemidler,
 - c. inventar og utstyr,
 - d. administrasjon/ledelse av institusjonen (forutsetningen er at eventuelle ledere ved avdelinger/poster ikke har fullstendig lederansvar),
 - e. inntekter av oppholdsbetaling
 - f. utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger
 - g. betalinger utskrivningsklare sykehuspasienter.
 7. Kommunale institusjoner knyttet til rusomsorg føres på funksjon 243.
 8. For bokstavene b og e i forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon gjelder følgende:
 - a. Bokstav b: Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige føres på funksjon 243.
 - b. Bokstav e: Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge om tilbud døgnopphold for øyeblikkelig hjelp føres på funksjon 256.

Funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

1. Praktisk bistand og opplæring
2. Brukerstyrt personlig assistent
3. Avlastning utenfor institusjon
4. Omsorgsstønad
5. Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste
6. Tiltak til rusmisbrukere som bor i egen eller kommunalt tildelt bolig («hjemmeboende») som faller innunder hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning.
7. Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2.
8. Avlastningsopphold i avlastningsopphold eller på institusjon registreres under funksjon 253.
9. Vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på funksjon 840.

Funksjon 261 Institusjonslokaler

1. Utgifter til drift og vedlikehold av institusjoner (hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. funksjon 253 og forskrift om kommunale helse- og

omsorgsinstitusjoner) med tilhørende tekniske anlegg og utendørsanlegg. Driftsutgifter for boliger vedrørende tjenester regulert etter ovennevnte lov skal føres under funksjon 261 uavhengig av valgt løsning på boform. Dette omfatter lønn mv. til eget drifts-/vedlikeholdspersonell, innkjøp av materiell og utstyr til drift og vedlikehold, og kjøp av drifts-/vedlikeholdstjenester (eksempelvis vaktmestertjenester, snøryddingsavtaler, renholdsavtaler, serviceavtaler på tekniske anlegg, avtaler om vakthold og tilsyn mv.) som er knyttet til institusjonslokaler. Dessuten avskrivninger av egne bygg. Som driftsaktiviteter regnes løpende drift, renhold, vakthold, sikring, energi og vann, avløp og renovasjon. Renhold av institusjonslokaler (dette føres ikke lenger på funksjon 253). Skillet mellom vedlikeholdsutgifter og utgifter til påkostning/investering er beskrevet i Kommunal regnskapsstandard (F) nr. 4. Avgrensningen mellom driftsregnskapet og investeringsregnskapet, se www.gkrs.no.

2. Forvaltningsutgifter knyttet til institusjonslokaler (administrasjon, forsikringer av bygg og pålagte skatter og avgifter knyttet til institusjonslokaler) føres på funksjon 121.
3. Investeringer i og påkostning av institusjonslokaler.
4. Husleieutgifter og -inntekter ved leie/utleie av institusjonslokaler.
5. Inventar og utstyr (innbo/løsøre) knyttet til pleie- og omsorgstilbudet inngår ikke her, men føres på funksjon 253.

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, tolv kommuner i Nordland og 28 kommuner i Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø, Narvik, Finnsnes, Bodø, Sortland, Sjøvegan, Leknes og Svolvær.

Vi har 45 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 14 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner, kartlegginger og eierskapskontroller i Tromsø kommune:

<i>Kvalitet og ressursbruk i barneverntjenesten,</i>	2008
<i>Offentlige anskaffelser,</i>	2009
<i>Arbeidsmiljø, sykefravær og skader ved sykehjemmene,</i>	2009
<i>Ressursbruk i forbindelse med OL-søknaden,</i>	2010
<i>Psykisk helsearbeid,</i>	2011
<i>Farlig avfall,</i>	2011
<i>Tromstun skole,</i>	2012
<i>Kvalitet i eldreomsorgen,</i>	2013
<i>Brann og redning (tre rapporter),</i>	2014
<i>Ressursbruk i grunnskolen,</i>	2014
<i>Kvalitet i grunnskolen,</i>	2014
<i>Barnevern,</i>	2015
<i>Flyktningtjenesten (to rapporter),</i>	2016
<i>Remiks Husholdning AS,</i>	2016
<i>Offentlige anskaffelser Tromsø Havn KF,</i>	2017
<i>Anskaffelse av redningsbåt,</i>	2017
<i>Håndtering av henvendelser fra innbyggere,</i>	2018
<i>Økonomistyring og økonomisk internkontroll i</i>	
<i>Brann og redning,</i>	2018
<i>Bierverv i barneverntjenesten,</i>	2019
<i>Selskapskontroll i Arnestedet Eiendom AS,</i>	2019
<i>Investeringsprosjektet Prostneset Havneterminal,</i>	2019
<i>Beslutningsgrunnlaget for Tromsøbadet,</i>	2019
<i>Offentlige anskaffelser,</i>	2019
<i>Internkontroll og ressursbruk i barneverntjenesten,</i>	2020
<i>Investeringsprosjektet Otium bo- og velferdssenter,</i>	2020
<i>Avdelingen Dreis,</i>	2020
<i>Gjennomføring av investeringsprosjektet Tromsøbadet,</i>	2020
<i>Eierskapskontroll Aurora Kino,</i>	2021
<i>Saksutredninger og oppfølging av politiske vedtak,</i>	2021
<i>BPA-ordningen,</i>	2022

