

## Saksframlegg

---

### ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV ELDREPLANEN

Arkivsaksnr.: 07/18185

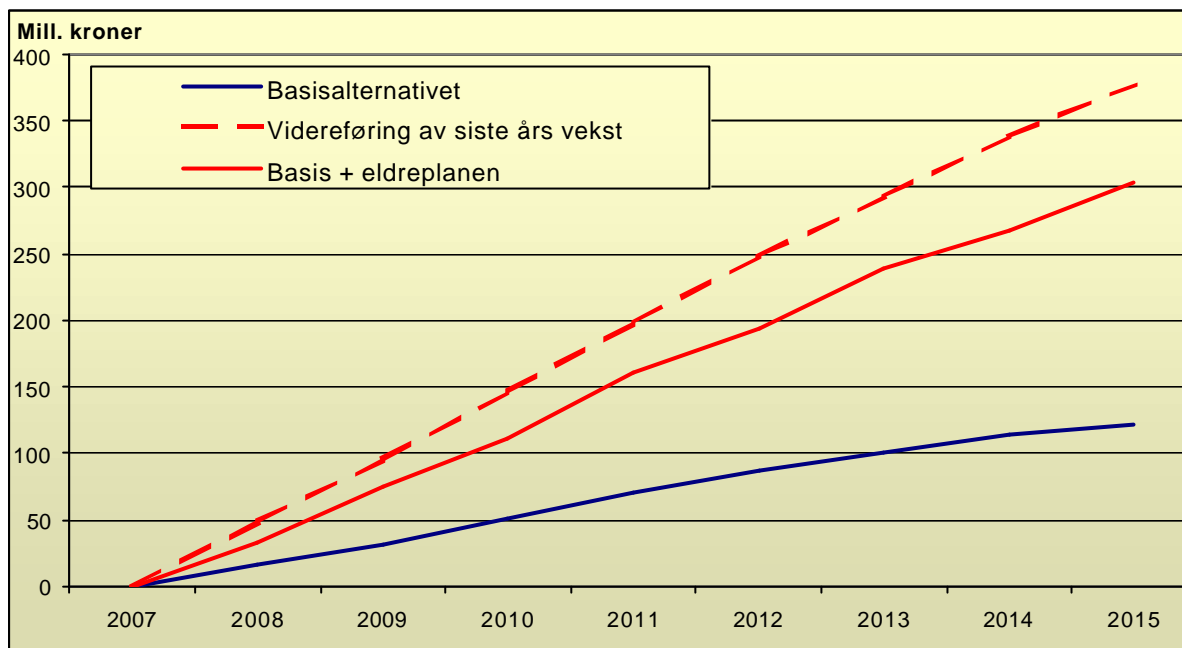
---

#### **Forslag til vedtak:**

1. Bystyret tar saken om økonomiske konsekvenser av Eldreplanen til orientering
2. Bystyret vedtar at "full sykehjemsdekning" defineres som følger;
  - a. Alle over 67 år som trenger heldøgns omsorg enten som en sykehjems plass eller som bolig i et helse- og velferdssenter, skal få det innen 6 uker
  - b. Alle som trenger utredning, behandling og rehabilitering i helsehus, skal få det innen 2 uker
  - c. Alle pasienter med vedtak om langtids plass skal få tilbud om enerom i et helse- og velferdssenter.
  - d. Pasienter på korttidsopphold skal få en avklaring innen 3 uker; enten komme hjem med mulighet for et forsterket tilbud, komme videre på et rehabiliteringsopphold eller flyttes over på en langtidsavdeling
3. Disse kravene skal gjelde fra 1/1-2011.

### Sammendrag

Figuren under viser de økonomiske konsekvensene av den demografiske utviklingen frem mot 2015 uten standard-endringer (basisalternativet), samt konsekvenser av å gjennomføre eldreplanen. Fremskriving av dagens standarder tilsier et økt utgiftsbehov i 2015 på ca. 120 mill. Eldreplanen tilsier økte utgifter i 2015 på ca. 300 mill. sammenlignet med dagens nettobudsjett, som ligger på ca. 1,4 mrd. Figuren viser også videreføring av siste års vekst sett opp mot disse to alternativene.



Dagens måter å organisere helse- og omsorgstjenester på, er neppe levedyktig på sikt. Dette er både et finansielt spørsmål, men minst like mye et spørsmål om hva som finnes av tilgjengelig arbeidskraft de neste 10-25 år. Selv uten standardhevinger innenfor helse og omsorg vil dagens måter å yte tjenester kunne medføre at ca. 30 % av all økning i yrkesaktiv befolkning må jobbe innenfor helse og omsorg. Satsing på helsehus og dobling av hjemmetjenestetimer til de over 80 år vil i første omgang øke presset både på økt bemanning og styrking av budsjett. Men det er god grunn til å tro at tiltak som vedtatt i eldreplanen på sikt vil dempe presset og øke kvaliteten på eldreomsorgen. Saken viser at det ikke er urealistisk å gjennomføre eldreplanen og at dette faktisk kan gjøres rimeligere enn om vi skulle ha fortsatt vekstkurven vi har sett de siste årene innenfor området.

## 1. Bakgrunn

I tilknytning til Bystyrets behandling av plan for eldreomsorg 14/12-06, ba Bystyret om at Rådmannen skulle legge fram en redegjørelse over de økonomiske konsekvensene av planen.

Eldreplanen har fire hovedgrep for å møte utfordringene innenfor eldreomsorgen i perioden 2007 – 2015, men med et perspektiv fram mot 2035;

1. Satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak for å sikre at befolkningen i Trondheim i så stor grad som mulig klarer å mestre egen hverdag og oppleve god livskvalitet
2. Styrke hjemmetjenesten til personer over 80 år slik at alle som vil og kan bo hjemme fortsatt kan gjøre det.
3. Bygge ut helse- og velferdssentra slik at alle som ønsker eller må bo nært en døgnbemannet base kan få det der den enkelte kan velge om man vil ha en sykehjemsplass eller få sine tjenester i et bokollektiv eller i en leilighet i senteret.
4. Bygge ut helsehus slik at alle som trenger korttidsopphold på institusjon i Trondheim får et faglig godt tilbud ut fra den enkeltes behov – fra opphold på trygghetsavdeling, avlastning eller ulike typer korttids- eller rehabiliteringstilbud.

Gjennomføring av eldreplanen vil kreve en betydelig økt innsats frem mot 2015, men målet er at den på sikt skal redusere behovet for innsats sammenlignet med dagens måter å yte tjenester på samtidig som kvaliteten på tilbudet bedres.

## 2. Utviklingen i eldreomsorgen de 10 siste årene i Trondheim:

Eldreplanen bygger på en erkjennelse av at vi ikke vil klare å løse framtidens utfordringer innen eldreomsorgen om vi ikke finner nye måter å jobbe på.

For å kunne si noe om forventet effekt av de nye grepene som ligger inne i eldreplanen, har det vært nødvendig å se på hva som har skjedd de siste 10 årene mht ressurstilførsel.

Kostnadene knyttet til eldreplanens nye grep må holdes opp mot forventet utvikling ved en ren framskrivning av de endringene som har skjedd de siste 10 årene.

Vedlagt denne saken følger et notat der vi har gått grundigere inn på endringer de siste 10 årene innenfor eldreomsorgen.

### 2.1 Budsjettendringer

Figur 1 under viser budsjettendringer til områdene institusjoner, hjemmetjenester samt helse de siste 10 årene. Figuren viser også kostnadsvekst som følge av de demografiske endringene, gitt standarder og dekningsgrader på tjenestene i 2006.

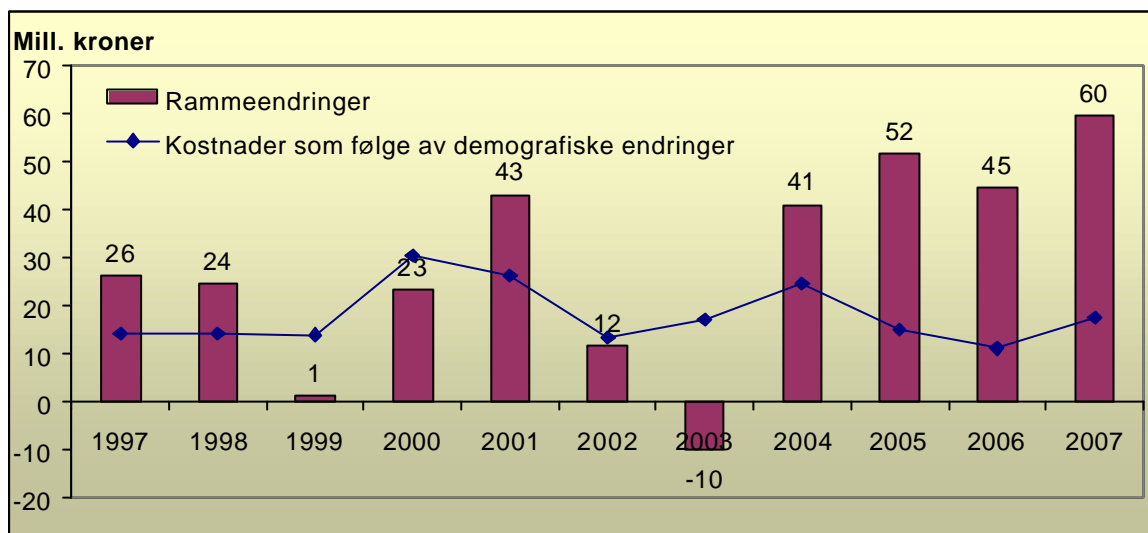
Økningene i årene 1998-2001 ble i stor grad finansiert av statlige øremerkede midler gjennom tiltakspakken for eldreomsorgen, den såkalte eldremilliarden. Med få unntak har det vært påplusninger på budsjettene hvert år.

De årlige budsjettendringene sier ikke så mye hvis det ikke sees opp mot de demografiske endringene. Figuren under viser kostnadsendringer som følge av demografiske endringer. Frem til 2004 var det en

## Trondheim kommune

reduksjon i aldersgruppen 65-79. Dette er den aldersgruppen hvor brukerne har minst behov for hjelp, men det er en relativt stor aldersgruppe. Aldersgruppen 80-89 år har hatt en jevn vekst i hele perioden. Siden 1999 har det vært en kraftig vekst i aldersgruppen 90+. I denne gruppen har en høy andel behov for hjelp. Ca. 90% av befolkningen i denne aldersgruppen har behov for et eller annet kommunalt tilbud. I underkant av 50% har behov for omfattende hjelp. Som vi ser av figuren var de demografiske endringene større en budsjettveksten for årene 1999, 2000, 2002 og 2003. Fom 2004 har budsjettveksten vært større en de demografiske forhold skulle tilsi. Det er også vært å merke seg at en stor del av ressursveksten innen hjemmetjenestene har gått til yngre funksjonshemmede, dvs. de under 67 år.

Figur 1 Budsjettøkning til hjemmetjenester, institusjoner og helse i løpende priser 1



### 2.2 Dekningsgrad

At veksten i budsjettene de siste årene har vært større en den demografiske utviklingen skulle tilsi, ser vi igjen i dekningsgraden på sykehjem. Figur 2 under viser utvikling i dekningsgrad for sykehjem i Trondheim sammenlignet med andre storbykommuner, de såkalte ASSS kommunene<sup>2</sup>. Grunnen til at dekningsgraden er lavere enn den vi opererer med i budsjettdokumenter og årsrapporter, er at her er det kun sykehjemsplasser som er regnet med. HDO<sup>3</sup> plasser kommer i tillegg. I våre lokale tall inngår HDO boliger i dekningsgradsbegrepet.

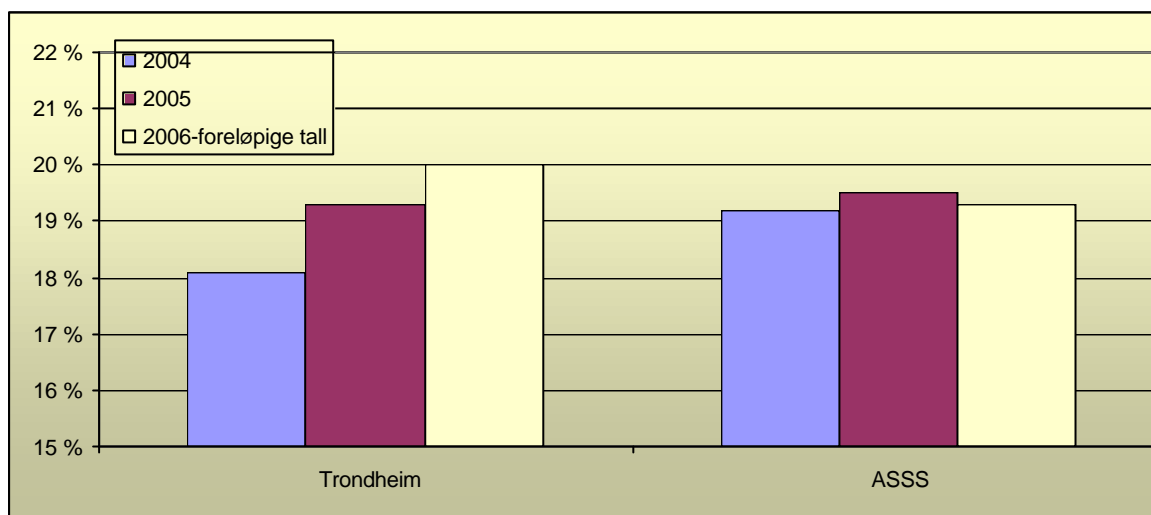
Figur 2, Andel sykehjemsplasser i prosent av innbyggere over 80 år

1 Tallene for 2007 er inkl. vedtaket i formannskapet 17/4-07, hvor det ble påpluset 10 mill. til institusjonsomsorgen.

2 ASSS står for Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storbykommuner. De består av Fredrikstad, Bærum, Drammen, Kr. sand, Sandnes, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø. Oslo er også blitt med de senere år, men inngår ikke i tallene her.

3 Heldøgns omsorgsboliger.

## Trondheim kommune



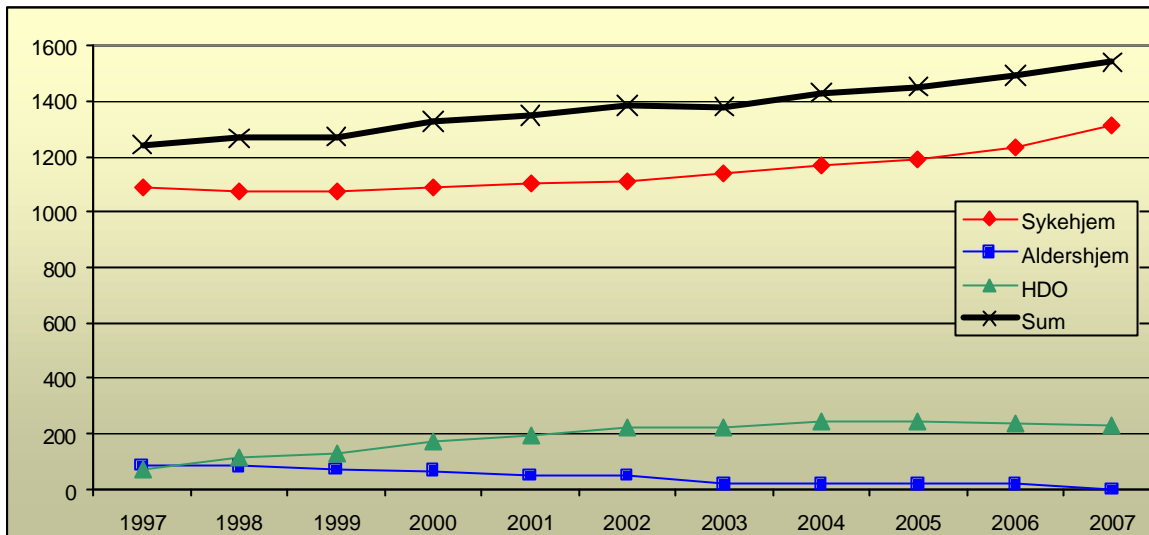
Dekningsgrad basert på sykehjemsplasser alene, er en lite egnet indikator for heldøgns omsorgstilbud. Årsaken er at Trondheim har en relativt stor andel av heldøgns omsorgstilbud i omsorgsboliger (HDO) for eldre. Sykehjemmene utgjør i dag ca. 85% av det totale heldøgnsstilbudet i Trondheim. Andelen har vært stigende siden 2002, da den utgjorde 80%. HDO boligene har samme budsjettildeling som sykehjemmene. Figuren under viser utviklingen i plasser siden 1997, som vi ser har det vært en kraftig vekst i sykehjemsplasser de siste årene. Spesielt i 2006 og 2007 har det vært kraftig vekst i sykehjemsplasser.

Figur 3: Utvikling i heldøgns omsorgstilbud, 1997-2007

---

4 Tall pr. 31/12. Tallene for 2007 er basert på planer i 2007. De fleste av disse er allerede iverksatt.

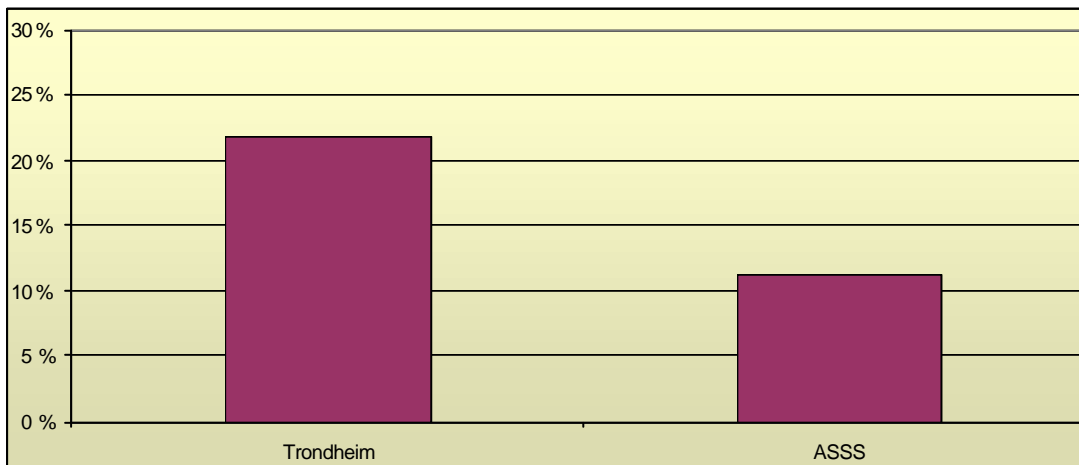
## Trondheim kommune



### 2.3 Netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester

Gjennom KOSTRA5 rapporteringen kan man sammenligne seg med andre kommuner. Trondheim har et formelt samarbeid med andre storbykommuner gjennom ASSS nettverket. Dette samarbeidet har de siste 5 årene gitt oss et godt grunnlag for sammenligning mellom kommunene. Figur 4 under viser veksten i netto driftsutgifter innenfor pleie og omsorg i perioden 2002-2006. Som figuren viser har veksten innenfor pleie og omsorg i Trondheim vært noe høyere enn for snittet av andre ASSS kommuner.

Figur 4: Vekst i netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger 2002-2006



Jeg viser for øvrig til vedlegget "Utviklingen innen helse- og omsorgstjenestene i Trondheim de siste 10 år".

5 K Kommune STat Rapporteringen, en rapportering som ble landsomfattende fom 2002.

## Trondheim kommune

### 3. Konsekvenser av eldreplanen

Som figurene over viser, har veksten innenfor helse og omsorg de siste årene vært større enn hva den demografiske utviklingen alene skulle tilsi. Veksten har også vært noe høyere i Trondheim sammenlignet med snittet av andre storbykommuner. Kan en slik utvikling fortsette?

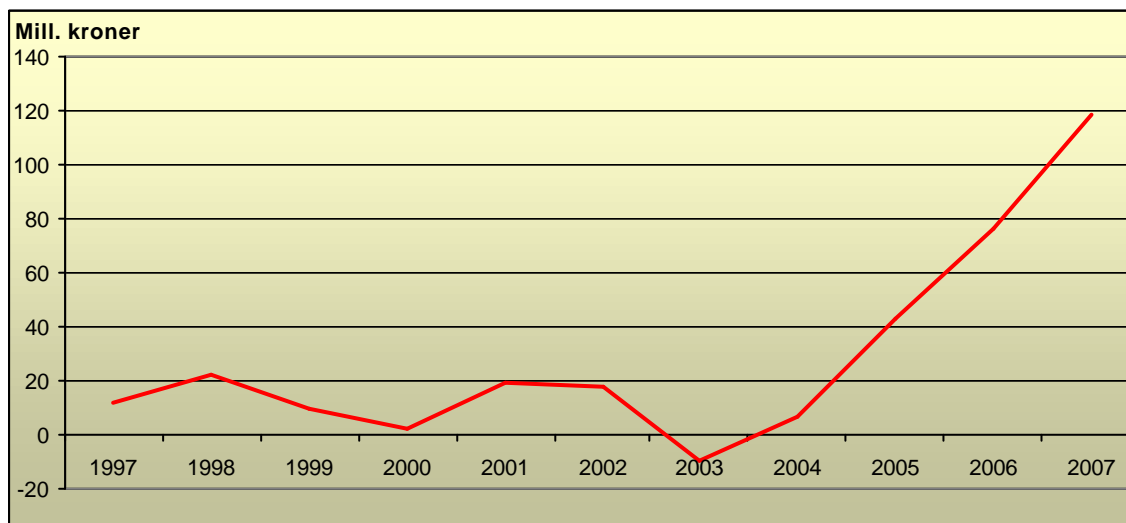
#### 3.1 Fremskrivning av ressursbehov

Som vi så i figur 1, har det i de fleste år vært en større budsjettvekst enn hva demografien alene skulle tilsi. Økningen må enten ha medført høyere kvalitet på tjenestetilbudet eller bedre arbeidsvilkår for ansatte. I figur 5 under er denne utviklingen fom 1997 tom 2007 akkumulert.

Det figuren forteller er betydningen av de samlede budsjettendringer opp mot demografisk utvikling. I 2007 er de årlige driftsrammene nesten 120 mill. over hva den demografiske utviklingen skulle tilsi sammenlignet med utgangen av 1996. Som vi ser var det rimelig samsvar mellom demografisk utvikling og budsjettvekst frem til og med 2004. Fra og med 2004 har veksten vært langt høyere enn hva den demografiske utviklingen skulle tilsi.

Hvis denne utviklingen fortsetter hvilke scenario kan vi ser for oss?

Figur 5, Differanse mellom budsjettvekst og demografi, akkumulerte tall.



Figur 6 under viser utviklingen frem mot 2015 dersom denne trenden fortsetter. Grafen viser vekst i mill. kroner ut over demografisk utvikling. Den er basert på gjennomsnittlig vekst siste 4 år. Som figuren viser, vil ren videreføring av veksten de siste årene medføre økte utgifter i 2015 på ca. 375 mill. ut over ren demografisk utvikling. Det er ikke tvil om at det vil innebære store økonomiske utfordringer om en slik utvikling skal fortsette.

Jeg vil komme tilbake til hvordan denne utgiftsveksten vil se ut sammen med demografisk utvikling.

Figur 6, Fremskrevet differanse mellom budsjettvekst og demografi.

## Trondheim kommune



### 3.2 Demografisk utvikling

I eldreplanen ble det gjort fremskrivninger frem mot 2035. Fremskrivingene viste at behovet ville øke med ca. 1400 årsverk i 2035 sammenlignet med 2006, noe som tilsvarer en vekst i antall årsverk på 35%. Slike fremskrivninger vil bestandig være beheftet med usikkerhet, men det er den beste kunnskapen man har på nåværende tidspunkt. I beregningene er det lagt til grunn omtrent de samme forutsetninger som SSB gjorde i forbindelse med St.meld. nr. 256. De mest sentrale forutsetningene er knyttet til levealder og helsetilstand. Det er forutsatt en økning i den forventede levealderen på 3 år i perioden 2006 til 2035. Det er forutsatt at antall år med sykdom vil øke, dvs at sannsynligheten for at en person på 80 år trenger hjelp er den samme i 2035 som i 2006, og at personen vil trenge like mye omsorg i 2035 som i 2006. Dette er en sentral forutsetning. Dersom vi forutsetter at antall år med sykkelighet er konstant, så vil behovene for flere årsverk i 2035 reduseres med ca. 40%. På den andre siden kan den medisinske utviklingen medføre at flere med svak helse lever lengre. I et så langt perspektiv som 2035 vil det være en rekke faktorer som vil kunne påvirke beregningene i den ene eller andre retningen (Kilde: Scenario 2030). Når det gjelder den kommende økonomiplanperiodene 2008-2011, så er utviklingen mer klar.

Et vanlig begrep for å beskrive dekningsgrad for eldre er antall plasser i forhold til befolkningen over 80 år. Dette er et lite treffsikkert begrep fordi det bare er i overkant av 10% av aldersgruppen 80-89 år som har sykehjemsplass, mens nærmere 50% av aldersgruppen 90+ har sykehjemsplass. Det er også slik at 20% av sykehjemsplassene brukes til aldersgruppen 65-79 år. Vi har derfor lagt vekt på at dekningsgraden innenfor de ulike aldersgruppen skal være som i dag. I et 30 årsperspektiv vil ulike forutsetninger gjøre store utslag.

Etter at fremskrivingene i eldreplanen ble utført, er det fremkommet mer oppdaterte befolkningsfremskrivninger. De nye tallene legger til grunn en noe høyere befolkningsvekst i Trondheim, noe som er mer i tråd med utviklingen de siste årene. Behovfremskrivninger gjort her er justert for nye befolkningsfremskrivninger.

---

6 Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer. I St. meld. la de mer vekt på sannsynligheten for uendret sykdomslengde enn hva vi gjør. Denne forutsetningen spiller mindre rolle frem mot 2015 som er hovedfokus i dette notatet.



### 3.3 Kostnader knyttet til ulike scenarier for eldreomsorgen i Trondheim

#### Generelle forutsetninger:

HDO plasser koster i snitt 410 000 pr år

Sykehjemsplasser koster i snitt 530 000 pr år inkl. kapitalkostnader og 365 000 eksklusive kapitalkostnader.

Det er ikke tatt høyde for at omløpshastigheten i omsorgsboliger er lavere enn på sykehjem. Vi anser dette for å være et løsbart organisatorisk problem, og har derfor sett bort fra dette. Vi har også forutsatt at omsorgsboliger er selvfinansierende. Dette er ikke 100% riktig da det eksisterer kommunal bostøtteordning samt at kommunen må finansiere husleien dersom boligen blir stående tom i perioder.

I basisalternativet er det forutsatt at det kreves 0,995 årsverk i snitt pr. bruker i sykehjem og HDO. I hjemmetjenesten varierer dette mer. I aldersgruppen 0-64 år er det forutsatt 0,83 årsverk i snitt pr. bruker, mens det er 0,17 årsverk i snitt pr. bruker i aldersgruppen 65-79. De andre aldersgruppene ligger mellom disse to yterpunktene.

#### Basisalternativet

Alle beregninger sammenlignes med et basisalternativ. I basisalternativet forutsetter vi at alt fortsetter som i dag med:

1. Dagens dekningsgrad på sykehjem
2. Dagens dekningsgrader på hjemmetjenesten
3. Dagens standarder på sykehjem og hjemmetjenester
4. Dagens standarder og dekningsgrader på helsetjenester som legetjenester, ergoterapi, logopedi og fysioterapi.

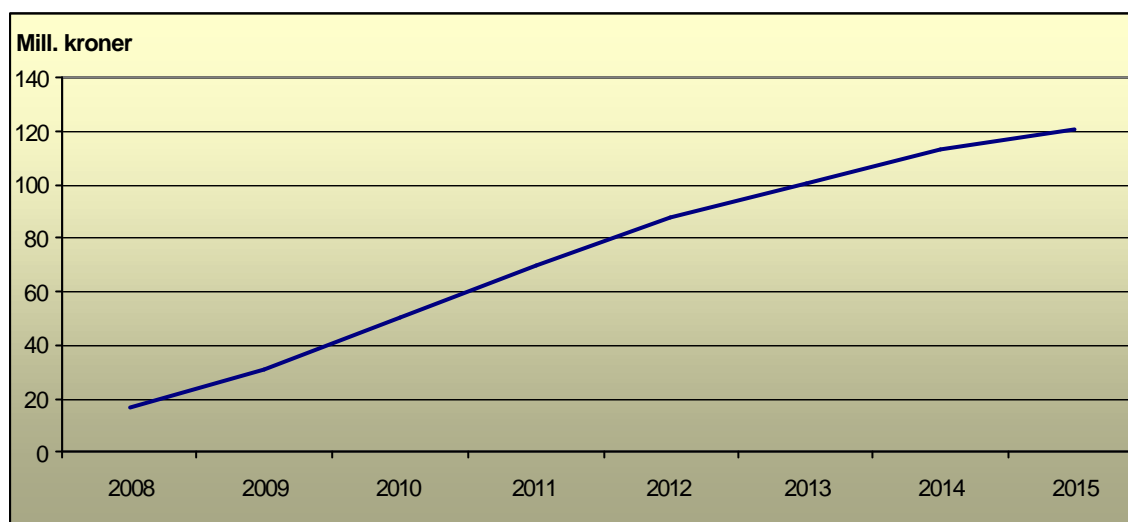
I beregningene her er det ikke tatt høyde for eventuelle statlige tilskudd til bygging av sykehjemsplasser. Kapitalutgiftene for en sykehjemsplass er beregnet som et gjennomsnitt over 30 år. Detaljer rundt kapitalutgifter og hvorvidt planen lar seg finansiere vil rådmannen komme tilbake til i de kommende budsjett og økonomiplaner.

#### Effekter på kort og lang sikt:

Med dagens standarder og dekningsgrader på tjenestene, vil budsjettene måtte øke med om lag 120 mill kr ut over pris og lønnsvekst fram mot 2015. Av dette utgjør økte kapitalutgifter som følge av flere sykehjemsplasser om lag 20 mill., rene driftskostnader utgjør om lag 100 mill. Dette innebærer en vekst frem mot 2015 på ca 7%, eller en årlig vekst i snitt på 0,9%. Eksisterende økonomiplan har en vekst i perioden 2008-2010 som ligger en god del under basisalternativet. Ser man derimot på perioden 2007-2010, ligger budsjettveksten omtrent på basisalternativet. Årsaken er at 2007 budsjettet hadde en kraftig vekst, først og fremst på institusjonssiden.

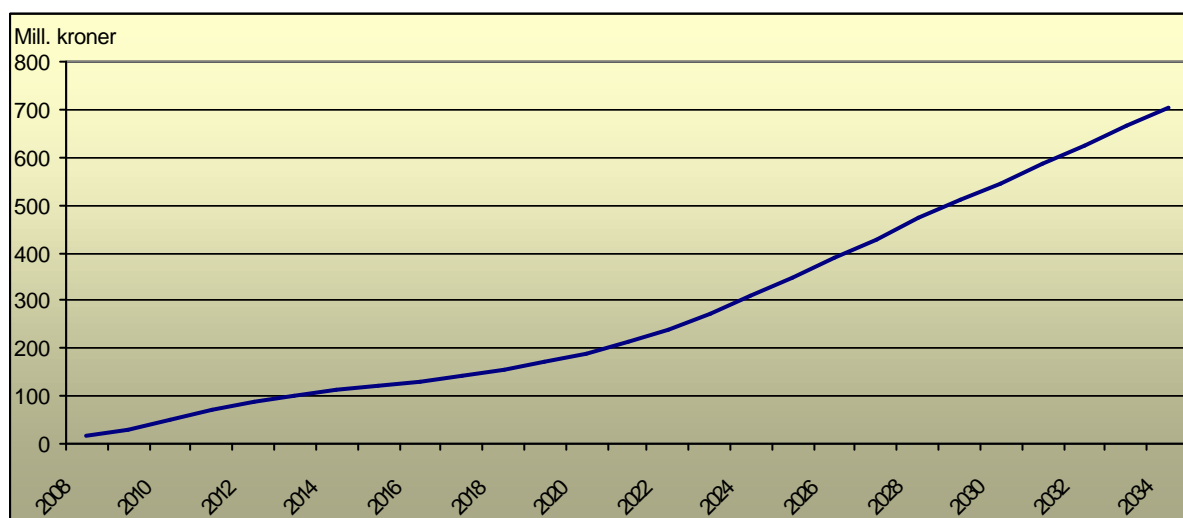
## Trondheim kommune

Figur 7: Basisalternativet kort sikt, hjemmetjenester, helse og institusjoner, tall i mill. kroner



Med dagens standarder og dekningsgrader på tjenestene, vil budsjettene måtte øke med om lag 700 mill kr ut over pris og lønnsvekst fram mot 2035, jfr. figur 8 under. Av dette utgjør økte kapitalutgifter som følge av flere sykehjemsplasser om lag 130 mill., rene driftskostnader utgjør om lag 570 mill. I dag har disse områdene et netto driftsbudsjett på om lag 1,4 mrd. Dette innebærer en vekst fram mot 2035 på over 40%, eller en årlig vekst i snitt på ca. 1,5%.

Figur 8: Basisalternativet lang sikt, hjemmetjenester, helse og institusjoner, tall i mill. kroner



### Rekrutteringsutfordringer:

De finansielle utfordringene med veksten i eldrebefolkningen vil bli store. Utgiftsveksten er også et speilbilde av den andre store utfordringen; å skaffe personell til denne veksten. Denne problemstillingen er behørig diskutert i den vedtatte eldreplanen og i egen sak om Rekrutteringsstrategier for Trondheim kommune, som legges frem for bystyret i mai. Som beskrevet i rekrutteringssaken, vil basisalternativet kreve om lag 30 flere årsverk hvert år frem mot 2015. Oppdaterte befolkningstall tilsier en økning på 34 årsverk i snitt. Det er nødvendig med om lag 272 flere årsverk i perioden 2008-2015 for å holde dagens standarder. Dette kommer på toppen av en stor turnover i systemet, en turnover som er på om lag 132

## Trondheim kommune

årsverk i året. Det betyr at det trengs om lag 166 nye årsverk hvert år.

Befolkning i yrkesaktiv alder blir ofte definert som aldersgruppen 16-66 år. I Trondheim er den prognostiserte veksten for denne aldersgruppen i perioden 2007-2015 på 1 291 personer i snitt pr. år. Hvis vi ikke får gjort noe med turnover blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene, så vil området trenge 13-18% av veksten i yrkesaktiv befolkning, noe avhengig av andelen heltidsstillinger. Dersom alle nye som begynner har 100% stilling, så vil behovet være om lag 13%. Dette vet vi er lite realistisk da mange ønsker reduserte stillingsandeler. Vi vet at av de som slutter i dag, er gjennomsnittlig stillingsstørrelse ca. 70%. Hvis vi i fremtiden ligger på dette snittet for nytilsatte vil vi trenge 237 personer for å fylle disse 166 årsverkene. Da er vi på over 18% av veksten i yrkesaktiv befolkning.

Ser vi frem mot 2035, blir bildet langt mer bekymringsfullt. I perioden 2015-2035 antas yrkesaktiv befolkning å øke med ca. 1 020 i snitt hvert år med en fallende vekst i slutten av perioden. Med uendret turnover, vil behovene for nye årsverk innenfor helse og omsorg i Trondheim være på ca. 200 i året. Gitt at alle får 100% stilling, vil helse og omsorg legge beslag på 20% av veksten i yrkesaktiv befolkning. Gitt dagens stillingsandeler vil behovet være om lag 286 personer eller om lag 28%. Og dette er en situasjon som forverrer seg i hele perioden. Dersom vi ser på de siste ti årene 2025-2035, så er det snakk om 240-345 personer av en vekst i yrkesaktiv befolkning på 920 personer, dvs. 26-38% av veksten.

Jeg vil også påpeke at veksten i eldrebefolkningen øker kraftig i årene 2035-2050, noe som gjør situasjonen beskrevet over langt mer utfordrende. Vi har her ikke tatt høyde for at gjennomsnittsalderen blant de ansatte er økende, og at dermed turnover blant ansatte vil kunne øke de nærmeste årene. Når det gjelder vekst i yrkesaktiv befolkning, så er nok Trondheim bedre stilt enn de fleste andre kommuner i Norge.

Jeg vil påpeke at i disse beregninger er det kun snakk om kommunale helse og omsorgstjenester. Økte behov for spesialisthelsetjenester er holdt utenom. Hvis vi også tar høyde for de økte behovene innenfor spesialisthelsetjenestene, så vil rekrutteringsutfordringene bli enda større.

### **Konklusjon:**

Dagens standarder og måter å yte tjenester på vil medføre store rekrutteringsutfordringer i fremtiden. Skal vi øke bemanningen eller heve standardene på våre tjenester, øker rekrutteringsutfordringene ut over det som er beskrevet her.

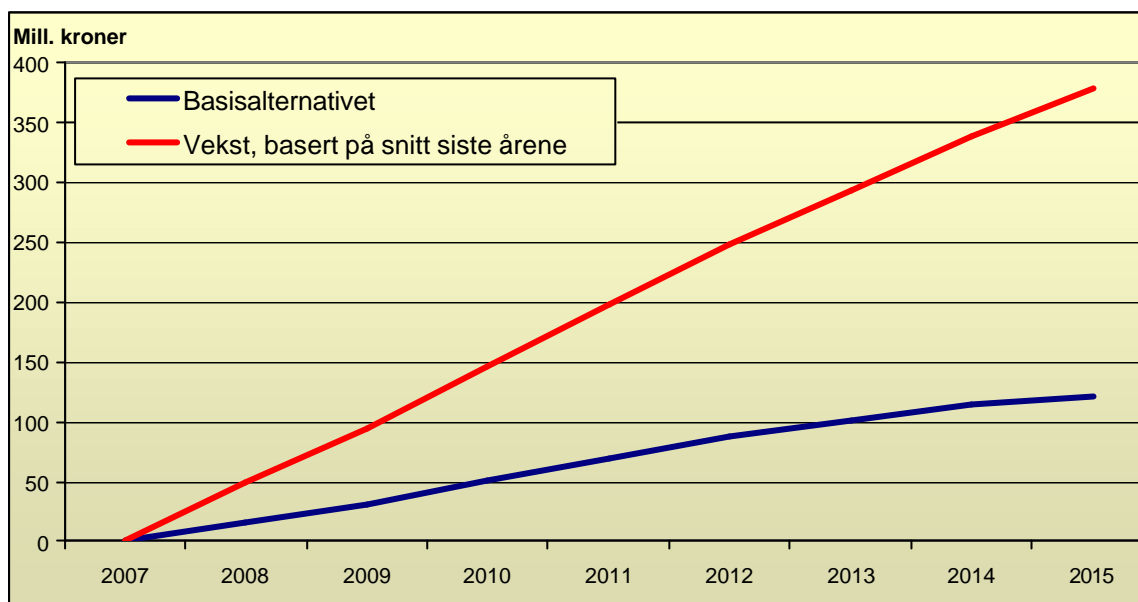
Økte stillingsandeler kan redusere problemene noe, forutsatt at man får utnyttet de økte andelene på en god måte.

### **Basisalternativet vs. siste års vekst**

I figur 6 over viste jeg fremskrevet vekst mot 2015 basert på siste års budsjettvekst. I Figur 9 under ser vi dette sammen med basisalternativet. Fremskrivingene tar utg. pkt i standarder og dekningsgrader i 2007. Basisalternativet er som over, kun fremskrevet demografiske endringer. Det andre alternativet tar utg. pkt. i siste 4 års budsjettvekst. Basisalternativet tilsier en utgiftsvekst i 2015 sammenlignet med 2007 på ca 120 mill. Videreføring av siste års budsjettvekst vil medføre ca. 380 mill. høyere utgiftsnivå i 2015 sammenlignet med 2007.

Figur 9. Basisalternativet sett opp mot videreføring av siste års budsjettvekst.

## Trondheim kommune



### Basisalternativet sammenlignet med gjennomføring av eldreplanen

Jeg vil nå se på kostnadsdriverne i eldreplanen sammenlignet med basisalternativet.

- 1) Helsehus
- 2) Økt innsats i hjemmetjenesten slik at den gjennomsnittlige brukertiden til personer over 80 år er økt til 7 timer pr. uke
- 3) Økt tilgang på plasser i helse- og velferdssentra

Tabell 1 under viser de plassmessige konsekvenser av eldreplanen sammenlignet med basisalternativet.

Tabell 1: Endring i antall plasser

|      | Basisalternativet |          | Eldreplanen                                    |          |
|------|-------------------|----------|--|----------|
|      | Sykehjem/HDO      | Helsehus | Sykehjem og omsorgsboliger med nærhet til base | Helsehus |
| 2007 | 1 495             | 87       | 1 495  | 87       |
| 2015 | 1 625             | 87       | 1 830  | 400      |

### 1) Helsehus

I eldreplanen er det skissert utbygging av 400 plasser i helsehus. Plassene på helsehus er forutsatt å koste 170 000 mer pr. plass en ordinære sykehjemsplasser pga. høyere bemanning. Det er da tatt utgangspunkt i

## Trondheim kommune

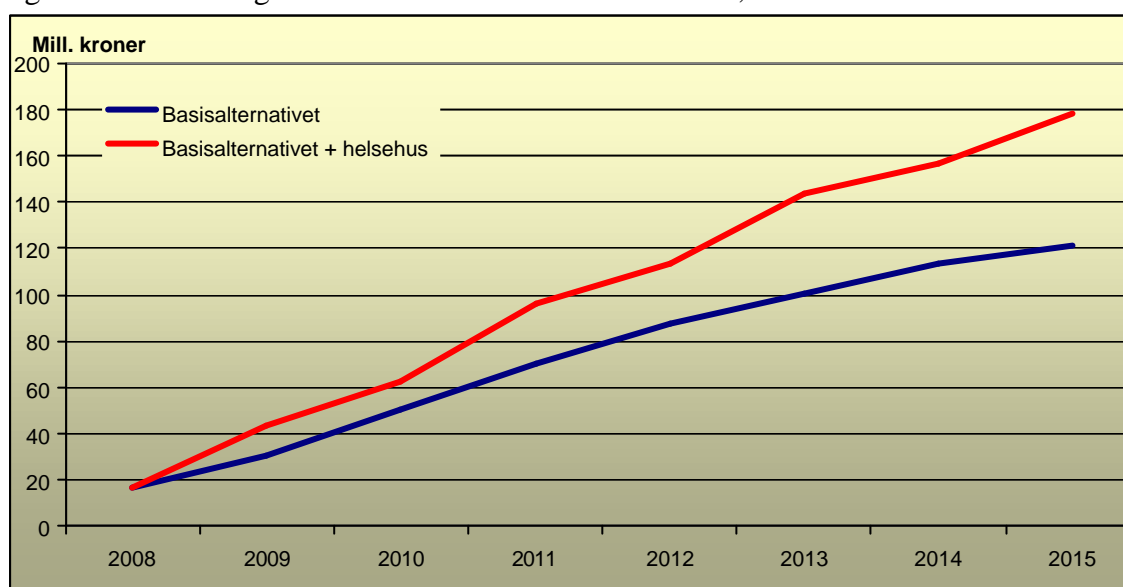
kostnadene ved Søbstad intermediær avd. og rehabiliteringsinstitusjonene. Dette betyr også ca. 1 legestilling pr. 20. plass. Av disse 424 plassene, så har 45 rehabiliteringsplasser allerede en slik finansiering. I tillegg er 42 plasser på Havstein og Søbstad allerede finansiert i hht dette. Plassene på Øya korttidssykehjem har delvis noe høyere finansiering, enn vanlig sykehjem. De har 7,4 årsverk ut over vanlig tildeling. Fortsatt mangler de 97 plassene på Øya 12-13 mill. for å få full helsehus bemanning.

Vi har lagt til grunn følgende opptrapping av helsehus.

1. 140 helsehusplasser etableres i 2009, ekstrakostnad 12,8 mill
2. 80 helsehusplasser etableres i 2011, ekstrakostnad 13,6 mill.
3. 100 helsehusplasser etableres i 2013, ekstrakostnad 17 mill.
4. 80 helsehusplasser etableres i 2015, ekstrakostnad 13,6 mill.

Total årlig ekstrakostnad i 2015 blir da 57 mill.

Figur 10: Driftsmessige konsekvenser av helsehus 2008-2015, tall i mill. kroner



Som beskrevet over, vil basisalternativet kreve 166-237 personer pr. år av en årlig vekst i yrkesaktiv befolkning på 1 291, noe som utgjør mellom 13-18% av veksten i yrkesaktiv befolkning. Full utbygging av helsehus vil kreve 137 ekstra årsverk i 2015 sammenlignet med basisalternativet, noe som igjen betyr et behov for 137-196 flere personer. I praksis betyr dette et behov på ca 20-28 flere personer pr. år i årene 2009-2015. Tar vi med basisalternativet og turnover, vil det pr. år være et rekrutteringsbehov på inntil 186-265 personer, eller 14-20% av veksten i arbeidsstyrken. Helsehusene vil kunne være attraktive arbeidsplasser, men det vil kunne gjøre det vanskeligere å rekruttere til andre typer stillinger.

### Konklusjon:

Oppgradering av korttidsplasser til helsehus vil i utgangspunktet forverre den økonomiske situasjonen og rekrutteringsutfordringene. Tanken er jo at dette tilbudet skal øke kvaliteten og dempe presset på andre kostnadskrevende tiltak.

## Trondheim kommune

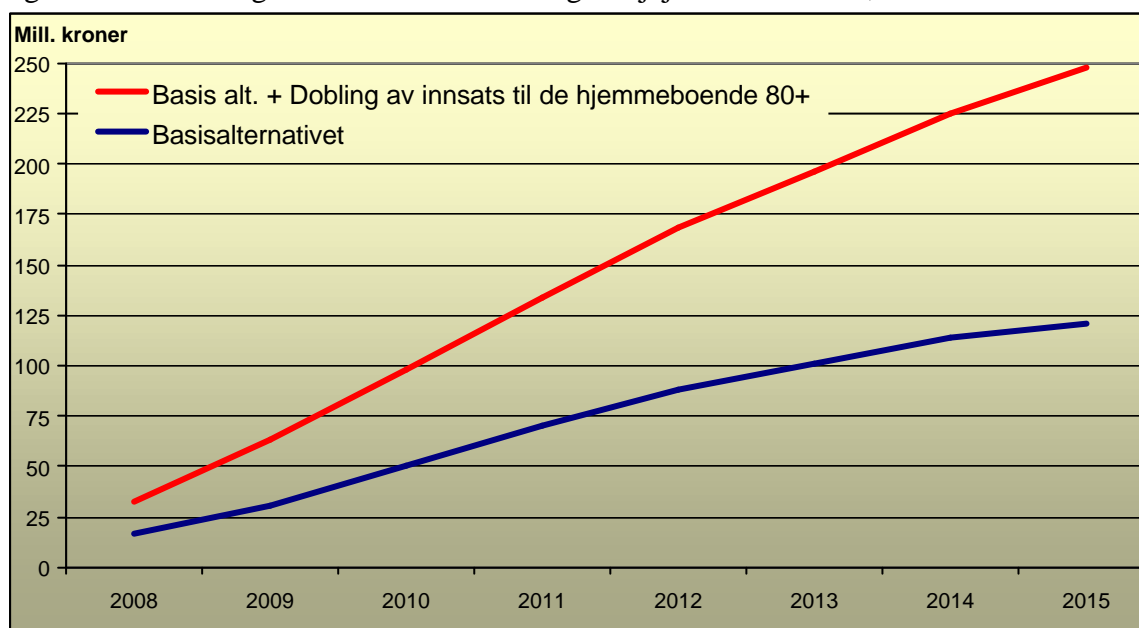
### 2) Økt innsats i hjemmetjenesten slik at den gjennomsnittlige brukertiden til de over 80 år er økt til 7 timer i 2015.

I eldreplanen ble det foreslått å øke innsatsen i hjemmetjenesten for personer over 80 år. Det ble foreslått at den direkte brukertiden i gjennomsnitt skal dobles fra dagens 3,5 timer i snitt til 7 timer i snitt pr. uke.

Vi forutsetter en gradvis opprapping av den økte innsatsen frem mot 2015. I 2015 vil utgiftene øke fra 121 mill. i basisalternativet til 248 mill. pr. år.

Sammenlignet med basisalternativet, så vil årsverksbehovene øke fra 34 pr. år til 75 pr. år. Sammen med turnover blant ansatte vil det bli behov for 207 flere årsverk i snitt pr. år. Litt avhengig av forutsetninger om stillingsandel, så vil dette medføre et økt personellbehov på mellom 207-296, noe som igjen tilsvarer 16-23% av veksten i arbeidsstyrken.

Figur 11: Driftsmessige konsekvenser av doubling av hj tj til de over 80 år, tall i mill. kroner



Det kan se ut som et paradoks at når innsatsen for de over 80 år i hjemmetjenesten dobles så mer enn dobles de totale utgiftene. Årsaken til dette er at det er to forskjellige størrelser som sammenlignes her. Basisalternativet tar kun inn over seg kostnader som følge av vekst i aldersgruppene. Doubling av innsats til de over 80 år handler først og fremst om de som allerede får hjelp.

#### **Konklusjon:**

Skal vi klare å nå de mål som Bystyret har vedtatt knyttet til eldreplanen, vil det innebære store utfordringer både mht økonomi og personalbehov. Men målet med økt innsats er jo at dette i neste omgang skal dempe presset på kostnadskrevende tiltak og slik sett "lønne seg" for eks ved at flere kan klare seg uten et døgntilbud i et helse- og velferdssenter.

### **Helsehus og økt innsats i hjemmetjenestene**

Hittil har jeg sett på hva tiltakene i eldreplanen koster isolert sett. Figur 12a og 12b under viser dem samlet,

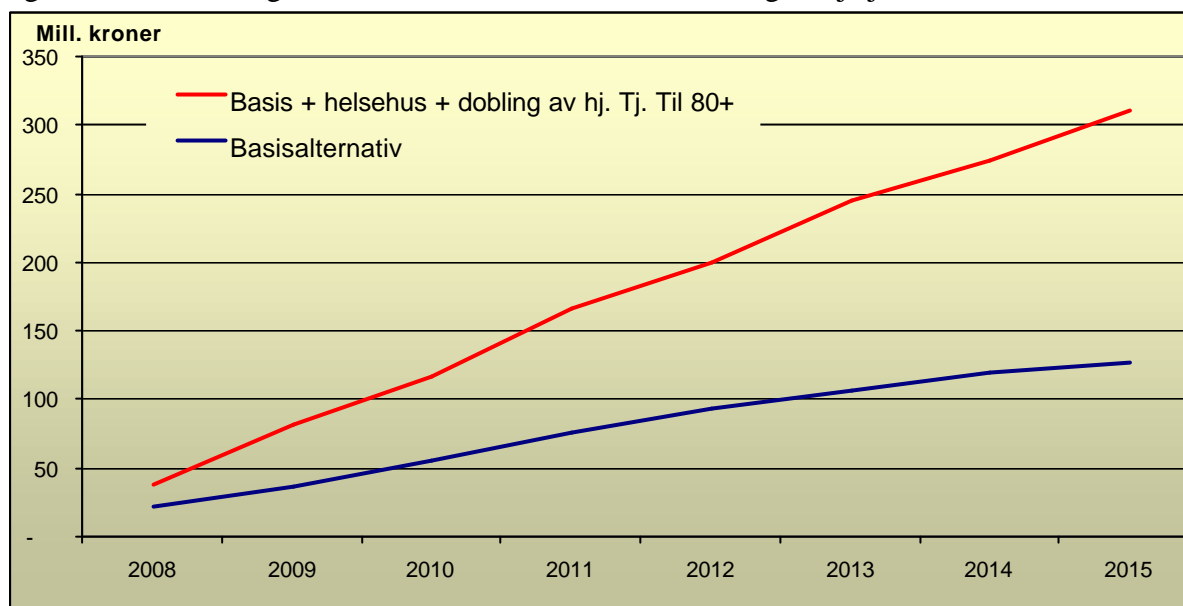
## Trondheim kommune

i hhv 2008-2015 og 2008-2035.

I figur 12a, forutsetter vi en gradvis opprapping av den økte innsatsen frem mot 2015. I 2015 vil utgiftene øke fra 121 mill. i basisalternativet til 304 mill. i årlige økte utgifter.

Sammenlignet med basisalternativet, så vil årsverksbehovene øke fra 34 pr. år til 95 pr. år. Sammen med turnover vil det bli behov for 227 flere årsverk i snitt pr. år. Litt avhengig av forutsetninger om stillingsandel, så vil det medføre et økt behov for personer på 227-324, noe som igjen tilsvarer 18-25% av veksten i arbeidsstyrken. I praksis er dette en dobling sammenlignet med i dag.

Figur 12a: Driftsmessige konsekvenser av helsehus, samt dobling av hj. tj til de over 80 år

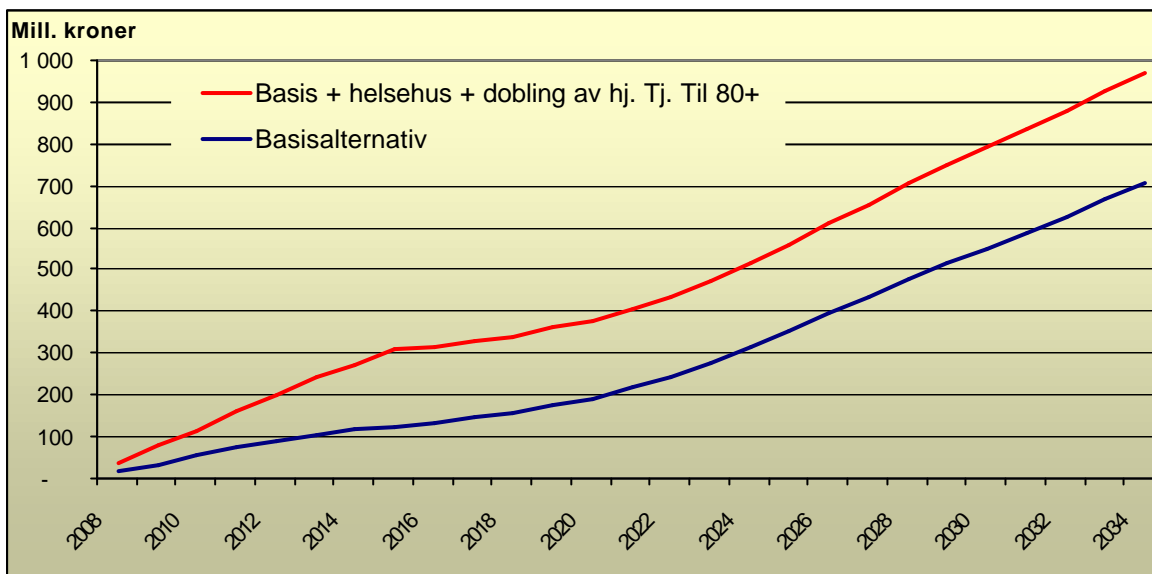


I figur 12b, forutsetter vi en gradvis opprapping av den økte innsatsen frem mot 2015, deretter følger den samme utvikling som i basisalternativet frem mot 2035. I 2035 vil utgiftene vil øke fra 705 mill. i basisalternativet til 970 mill. i årlige økte utgifter.

Som beskrevet over vil basisalternativet legge beslag på fra 26% til opp mot 38% av veksten i yrkesaktiv befolkning i perioden frem mot 2035. Dobling av hjemmetjenester til de over 80 år medfører et økt behov for årsverk i 2035 på 530 årsverk eller opp mot 750 personer. I tillegg vil helsehusene kreve ca. 140 årsverk ekstra eller opp mot 200 personer ekstra. Det betyr at denne satsningen vil kreve opp mot 950 flere personer i 2035 sammenlignet med basisalternativet.

Figur 12b: Driftsmessige konsekvenser av helsehus, samt dobling av hj. tj til de over 80 år

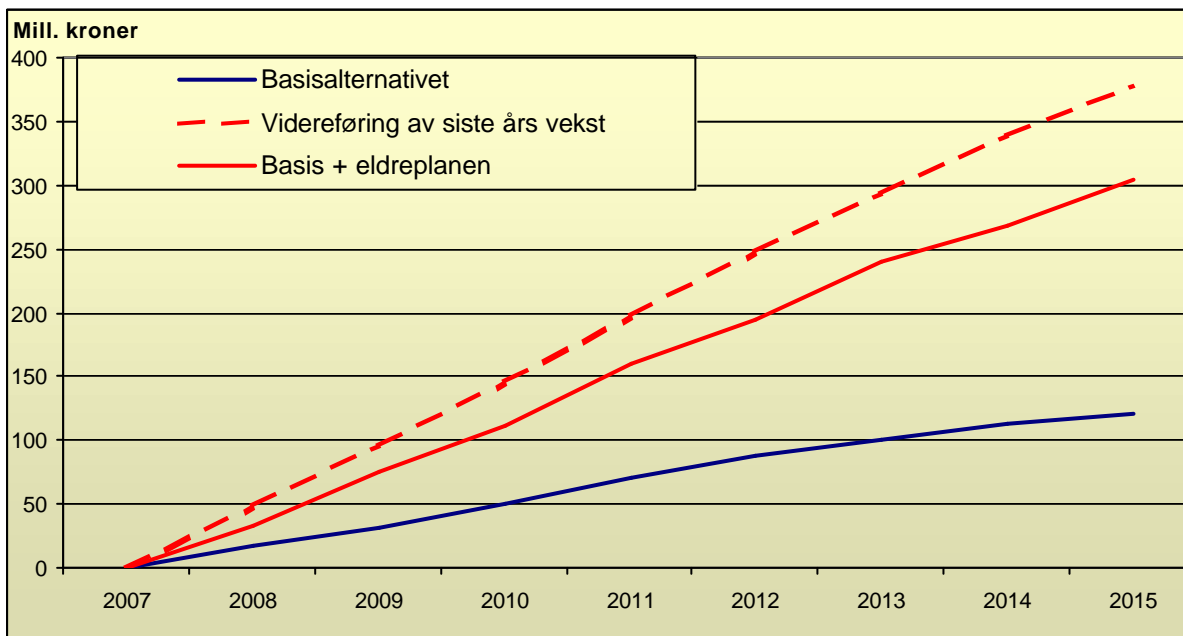
## Trondheim kommune



Som vi har vist innledningsvis, er det først og fremst i perioden 2015 – 2035 at vi møter de store finansielle utfordringene og rekrutteringsutfordringene. Spørsmålet blir derfor hva vi kan gjøre de nærmeste 5-10 årene for å bedre på denne situasjonen.

Det er nå fremstilt tre alternative fremskrivninger. Basisalternativet, vekst som siste 4 år, samt eldreplanen. I figur 13 under er disse sammenlignet.

Figur 13: Basisalternativet, vekst i hht eldreplanen og videreføring av siste års vekst



### Konklusjon:

Som vi ser, vil gjennomføringen av eldreplanen mht etablering av helsehus og dobling av hjemmetjenester til de over 80 år medføre store økonomiske og rekrutteringsmessige utfordringer. Vi må forutsette at tiltakene vil gi effekt mht å dempe presset på tjenestene. Som det framgår av figur 13, gir Eldreplanen en noe lavere



## **Trondheim kommune**

vekstbane enn hva som har vært vekstbanen de siste årene.

### ***Økt satsing på informasjon til eldre***

I eldreplanen ble det foreslått å gi alle 75 åringer råd og veiledning for å fremme helse og egen mestring. I bystyrevedtaket ble dette endret til å gjelde alle 70-åringer. Det er også foreslått en egen oppfølging av 80-åringer i risikogrupper. Det er satt av noe midler i eksisterende budsjett. Det mangler ca. 2 mill. for å få gjennomført strategien.

## Trondheim kommune

Andre økonomiske momenter

### Full sykehjemsdekning

Det virker som om ”full sykehjemsdekning” kommer til å bli et sentralt moment i valgkampen foran årets valg. For å kunne gi anslag på hva en slik ”full sykehjemsdekning” vil koste og hvordan dette henger sammen med eldreplanen, foreslår Rådmannen følgende definisjon på begrepet ”full sykehjemsdekning”;

Definisjon: Alle over 67 år som trenger heldøgns omsorg enten som en sykehjemsplass eller som bolig i et helse- og velferdssenter, skal få det innen 6 uker

2. Alle som trenger utredning, behandling og rehabilitering i helsehus, skal få det innen 2 uker
3. Alle pasienter med vedtak om langtidsplass skal få tilbud om enerom i et helse- og velferdssenter.
4. Pasienter på korttidsopphold skal få en avklaring innen 3 uker; enten komme hjem med mulighet for et forsterket tilbud, komme videre på et rehabiliteringsopphold eller flyttes over på en langtidsavdeling

Jeg foreslår at disse kravene skal gjelde fra 1/1-2011.

Den store forskjellen mellom full barnehagedekning og full sykehjemsdekning er at sirkulasjon av plassene er av langt mer sentral betydning for å nå målet om full sykehjemsdekning. I Trondheim frigjøres det +/- 100 sykehjemsplasser hver måned. De viktigste grepene for en effektiv bruk av sykehjemsplasser er en hjemmetjeneste som brukerne stoler på, samt et godt-fungerende tilbud av korttids- og avlastningsplasser. Styrking av hjemmetjenestene, utbygging av fleksible tilbud i helse- og velferdssentra og utbygging av helsehusene slik Eldreplanen foreslår, vil være det som skal til for å nå ”full sykehjemsdekning”. Full sykehjemsdekning handler altså i like stor grad om hvordan vi utnytter de plasser vi har, som om økt antall plasser.

Rådmannen anbefaler derfor at det er tiltak knyttet til gjennomføring av eldreplanen som må gjennomføres for at Trondheim kommune skal nå målet om ”full sykehjemsdekning”. Kostnadene ved å få ”full sykehjemsdekning” blir da de samme som kostnader ved å gjennomføre eldreplanen.

Som en del av eldreplanen, skal vi bygge flere helse- og velferdssentra. Rådmannen vil opprette en gruppe som skal sikre at vi har tilgjengelige tomter og planer når Stortinget vedtar en ny tilskuddsordning for slike bygg fra 2008.

### 10% vekst i bemanning

I saken om rekruttering som legges fram for Bystyret i mai, er en økt bemanning på enten 10% eller 25% beskrevet mht økt personellbehov. Effekten av en evt bemanningsøkning på sykefraværet er også grundig diskutert i saken.

10 % vekst i bemanning blir som basisalternativet, men hvor det legges på 10% økt årsverksinnsats. La oss anta at bemanningsøkningen skal skje gradvis frem mot 2015. I dag utøves ca. 2 800 årsverk innenfor disse tjenestene. En jevn opptrapping skulle tilsi ca 37 ekstra årsverk hvert år frem mot 2015.7 Sammen med turnover og demografisk endring skulle det tilsi ca 197 ekstra årsverk hvert år. Gitt samme forutsetning om deltid som over er det snakk om 197-281 personer. Det betyr at fom 2008 tom 2015 så

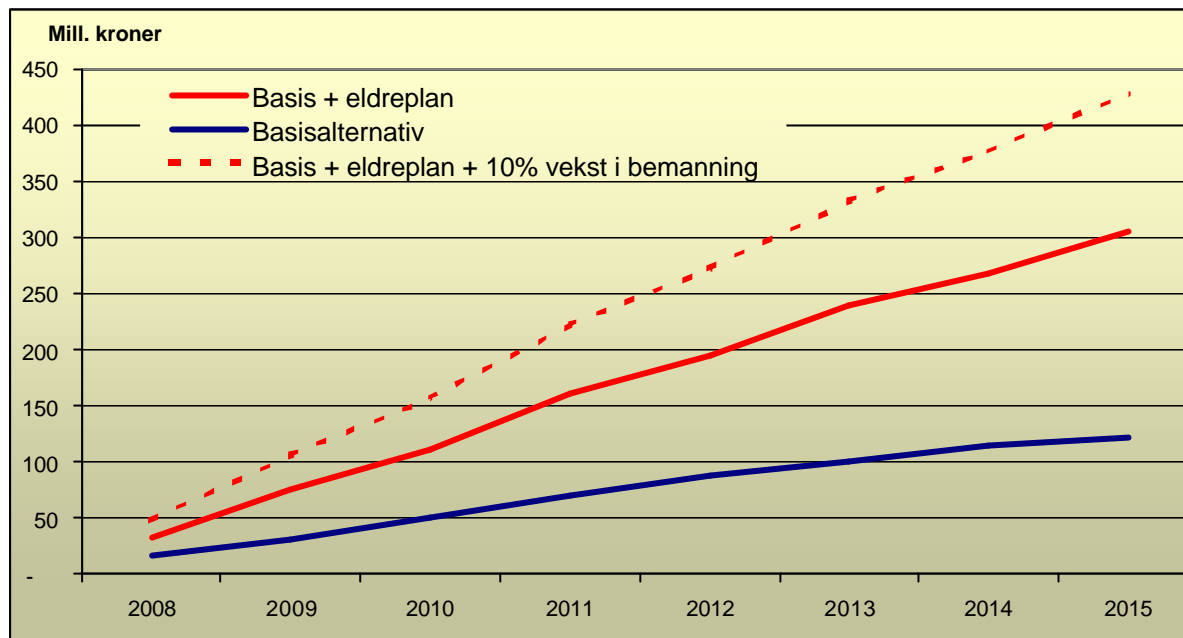
---

7 Grunnen til at det blir 37 og ikke 35 er at turn over vil øke samt at de demografiske utfordringene vil øke.

## Trondheim kommune

må helse og omsorg legge beslag på 15-22% av all vekst i yrkesaktiv befolkning. Det vil medføre økte kostnader på 15-16 mill. pr. år. I 2015 vil da de årlige driftskostnadene ligge 124 mill. høyere Effektene vil selvsagt bli noe lavere om det kan medføre redusert sykefravær. Figur 14 under viser effektene av 10% økt bemanning i tillegg til eldreplanen.

Figur 14 basisalternativ, eldreplan samt 10% vekst i bemanning



### Ensengsrom:

I dag er det ca. 200 plasser i tosengsrom. I hht eldreplanen skal ingen langtidsplasser være tosengsrom. Sykehjem med tosengsrom skal være forbeholdt til korttidsplasser samt mulig avlastningsplasser. I 2015 vil det være 60-80 plasser i tosengsrom i helsehus. Avvikling av tosengsrom andre steder enn på helsehusene er forutsatt å skje gradvis ved bygging av nye sykehjem og flere omsorgsboliger.

Dersom Bystyret ønsker å gjøre om dagens ca 200 tosengsrom til ensengsrom på kort sikt gjennom bygging av sykehjemsplasser, så vil det påløpe betydelige kostnader. Kostnaden ved å gjøre om de til ensengsrom er først og fremst knyttet til kapitalkostnader. Det vil også innebære noe økte driftskostnader. Årsaken er at mange av de eldre sykehjemmene med tosengsrom vil bli mindre rasjonelle med ensengsrom.

En sykehjemsplass koster i snitt 165 000,- pr. år i kapitalkostnader samt drift av bygning. Å etablere 100 flere sykehjemsplasser på kort sikt for å avvikle tosengsrommene vil da medføre 16,5 mill. i økte kapitalutgifter pr. år. For disse ressursene kunne vi ansatt ca. 40 årsverk ekstra. 100 flere sykehjemsplasser tilsvarer ca. 4 sykehjem på ala Tempe. I tillegg til kapitalutgifter må vi påregne ca. 13 mill. i økte driftsutgifter, av dette utgjør økte nattvaksressurser 9 mill.

Rådmannen mener at de tiltak som ligger inne i eldreplanen vil bety at vi kan gjøre om alle tosengsrom for langtidspasienter til ensengsrom fram mot 2015.

### **Oppsummering**

Dagens måter å organisere helse- og omsorgstjenester på, neppe er levedyktig på sikt. Dette er både et

## Trondheim kommune

finansielt spørsmål, men minst like mye et spørsmål om hva som finnes av tilgjengelig arbeidskraft de neste 10-25 år. Selv uten standardhevninger innenfor helse og omsorg vil dagens måter å yte tjenester kunne medføre at ca. 30 % av all økning i yrkesaktiv befolkning må jobbe innenfor helse og omsorg.

Satsing på helsehus og dobling av hjemmetjenestetimer til de over 80 år vil i første omgang øke presset både på økt bemanning og styrking av budsjett. Men det er god grunn til å tro at tiltak som vedtatt i eldreplanen på sikt vil dempe presset og øke kvaliteten på eldreomsorgen.

Saken viser at det ikke er urealistisk å gjennomføre eldreplanen og at dette faktisk kan gjøres rimeligere enn om vi skulle ha fortsatt vekstkurven vi har sett de siste årene innenfor området.

Rådmannen i Trondheim, 22.05.2007

Tor Åm  
kommunaldirektør

Helge Garåsen  
kommuneoverlege

Øystein Døhl  
rådgiver

Vedlegg: Utviklingen innen helse og omsorgstjenestene i Trondheim de siste årene

Utrykt vedlegg; Gjennomgang av aktuelle brukerundersøkelser de siste årene