

DELRAPPORT 1

om

verbalvedtak H36/2012

- Prisenes betydning for kjøp av sykehjemsplasser
- Langtidsplasser, forslag til bydelsuavhengig vurdering av endret omsorgsbehov
- Foreløpig drøfting av ulike finansieringsmodeller

VERBALVEDTAK H 36/2012

Byrådet bes legge frem en sak om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune. Saken skal gi en vurdering av finansieringsmodellen, herunder prissetting av de ulike sykehjemsplassene. Saken skal sikre at det blir likeverdige inntakskriterier for de eldre uavhengig av bydelsgrensene, basert på medisinske og sosialfaglige vurderinger. Byrådet bes i saken vurdere effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene, samt vurdere andre mulige finansieringsmodeller.

Innledning

Kommunaldirektøren nedsatte 20.06. 2012 en hurtigarbeidende gruppe for vurdering av de spørsmål som reises i verbalvedtak H 36. Gruppen har vært ledet av direktør for Sykehjemsetaten (SYE) Per Johannessen og har hatt følgende medlemmer: Fra SYE: Margaret A. Gjertsen og Bitte Thoen. Heidi Engelund har deltatt på ett møte. Fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (EST): Hege Birte Kristoffersen og Tone Pahlke. Sistnevnte har fungert som sekretær. Gruppen har hatt 6 møter.

H36 reiser komplekse problemstillinger. Gruppen har benyttet tilgjengelig statistikk i Årsberetning for Sykehjemsetaten og tall fra Byrådets Årsberetning til å belyse sentrale sider ved oppdraget, og trekker ut fra det noen tentative konklusjoner. En nærmere analyse, foretatt på et bredere materiale, vil kunne gi mer sikre svar. Det bør derfor vurderes om ikke disse problemstillingene bør løftes frem for utredning i regi av KS, Program for storbyforskning, i samarbeid med andre store byer i Norge.

Oppdraget i H 36 har 4 punkter:

1. Vurdering av finansieringsmodellen, herunder prissetting av plassene
2. Vurdering av tiltak for å gi likeverdige inntakskriterier uavhengig av bydelsgrensene
3. Vurdering av effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassen
4. Vurdering av andre mulige finansieringsmodeller.

Arbeidsgruppen har funnet det mest hensiktsmessig først å få vurdert både effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene og tiltak for å sikre likeverdige kriterier, fordi disse vurderingene vil gi føringer for diskusjonen om alternative finansieringsmodeller. Rapporten er derfor bygget opp i henhold til dette.

Arbeidsgruppen legger videre til grunn for sitt arbeid at bydelssystemet og Sykehjemsetaten fremdeles skal være hovedaktører i arbeidet med å gi eldre pleietrengende nødvendig omsorg.

De forslag arbeidsgruppen fremmer, er nøytrale i forhold til SYEs budsjett 2012. Forslag til endringer i kvalitet, beleggsprosent m.v. forutsettes fremmet i den ordinære budsjettprosessen.

Oslo, 20. august 2012

Per Johannessen
etatsdirektør

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|------|
| Innledning | s. 2 |
| 1. Vurdering av effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene | s. 4 |
| 2. Tiltak for å sikre likeverdige inntakskriterier uavhengig av bydelsgrenser | s. 7 |
| 2.1 Likeverdige inntakskriterier ved bestilling av fast plass på sykehjem | s. 7 |
| 2.2 Forslag til forenkling og overordnet, bydelsuavhengig vurdering av endret omsorgsbehov | s. 8 |
| 3. Drøfting av ulike finansieringsmodeller | s.10 |

Tabeller:

| | |
|----------|--|
| Tabell 1 | Utvikling i antall korttids- og rehabiliteringsplasser |
| Tabell 2 | Utvikling i antall langtidsplasser |
| Tabell 3 | Utvikling i antall liggedøgn |
| Tabell 4 | Utvikling i dekningsgrad for institusjonsplasser |
| Tabell 5 | Budsjett og regnskap for bydelene FO 3 Pleie og omsorg 2009 - 2011 |
| Tabell 6 | Nøkkeltall for bydelene FO 3 Pleie og omsorg 2007 - 2011 |
| Tabell 7 | Beregning av full dekning for langtidsplasser i sykehjem |

Vedlegg:

- Vedlegg 1: Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo sykehjemmene, juni 2011.
- Vedlegg 2: Notat til Helse- og sosialkomiteén av 25.05. 2012 om Tildelingspraksis sykehjemsplass.
- Vedlegg 3: Beregning av fastpris på langtidsplass i sykehjem, 2012-priser.
- Vedlegg 4: Prisutvikling Sykehjemsetaten 2007 – 2012.

1. Vurdering av effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene

Bystyret vedtok i budsjett for 2012 å øke den sentrale finansiering av ordinære langtidsplasser på sykehjem med 100 mill. slik at pris pr. plass ble redusert med kr. 33 179 til kr. 630 568. Effekten av denne prisreduksjonen kan først analyseres når det foreligger statistiske data for 2012. Bystyret vedtok imidlertid for budsjett 2010 prisendringer som er egnet til å belyse effekten av prisreduksjoner. Følgende ble gjort:

- Disse prisreduksjonene på korttidsplassene ble iverksatt:
 - Vekt pr. ordinær korttidsplass redusert fra 1,1 til 1,0 og
 - Vekt pr. rehabiliteringsplass redusert fra 1,24 til 1,05.
- Det ble bevilget 180 mill. i grunnfinansiering i SYE, midler som finansierte prisreduksjonen på korttidsplassene og ga en netto reduksjon i pris pr. ordinær langtidsplass (enhetsprisen) på kr. 28 496.

Oversikt over utvikling av antall plasser fra 2009 til 2011 vil derfor kunne gi en indikasjon på effekten av disse prisendringene, både for bruk av korttidsplasser og bruk av langtidsplasser.

Tabell 1 Utvikling i antall korttidsplasser (ordinære korttids- og rehabiliteringsplasser)

| Tekst | 2009 | 2010 | 2011 | Endring 2009/2011 | Endr.% |
|------------------------|------|------|------|-------------------|---------|
| Korttidsplass, ordinær | 452 | 472 | 460 | 8 | 1,8 % |
| Rehabiliteringsplass | 42 | 92 | 122 | 80 | 190,5 % |
| Sum | 494 | 564 | 582 | 88 | 17,8 % |

Tabellen viser at antall korttidsplasser i begge kategorier økte fra 2009 til 2010. Økningen har totalt sett fortsatt, men i noe lavere takt i 2011. Økningen finner sted samtidig med at det legges sentrale føringer for økt fokus på opptrening og rehabilitering bl.a. som forberedelse til gjennomføring av Samhandlingsreformen. Sykehjemsetaten legger til rette for dette ved å tilby flere korttids- og rehabiliteringsplasser. Bydelene har etterspurt disse plassene. Redusert pris kan ha bidratt til en fleksibel tilpasning til nye utfordringer, slik at plassene er blitt benyttet fullt ut.

Tabell 2 Utvikling i antall langtidsplasser

| Tekst | 2009 | 2010 | 2011 | Endring 2009/2011 | Endr.% |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------------------|--------|
| Ordinære langtidsplasser | 2 950 | 2 942 | 2 877 | -73 | -2,5 % |

Tabell 3 Utvikling i antall liggedøgn

| Tekst | 2009 | 2010 | 2011 | Endring 2009/2011 | Endr.% |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-------------------|---------|
| Langtidsdøgn | 1 431 573 | 1 428 518 | 1 426 812 | -4 761 | -0,33 % |
| Korttidsdøgn | 180 080 | 192 945 | 191 813 | 11 733 | 6,52 % |
| Sum | 1 611 653 | 1 621 463 | 1 618 625 | 6 972 | 0,43 % |

Som vi ser av tabellen, har både antall ordinære langtidsplasser og antall langtidsdøgn gått ned fra 2009 til 2011. Nedenstående tabell viser utvikling i dekningsgraden.

Tabell 4 Utvikling i dekningsgrad i prosent for institusjonsplasser

| Årstall | Langtidsplasser | | | Korttidsplasser |
|---------|-----------------|---------------|-----------|-----------------|
| | And. 67-79 år | And. 80-89 år | Andel 90+ | Andel 67+ |
| 2008 | 2,3 | 12,0 | 35,5 | 10,4 |
| 2009 | 2,1 | 11,8 | 36,1 | 10,4 |
| 2010 | 2,0 | 11,8 | 34,2 | 11,7 |
| 2011 | 2,0 | 11,1 | 33,6 | 12,7 |

* Langtidsplassers andel er beregnet i prosent av kommunens befolkning vist i Grønn bok.

At dekningsgraden for langtidsplasser går ned, kan delvis skyldes at eldrebefolkningen stadig blir friskere kombinert med at flere korttidsplasser med rehabiliteringsmål i SYE, og at andre og nye tilbud i bydelene har effekt. Det tidsrommet vi analyserer, er imidlertid bare på 4 år. Utviklingen har gått for raskt til at dette kan være (hele) forklaringen. Terskelen for innvilgelse av langtidsplass er sannsynligvis blitt noe høyere, i hvert fall er den ikke blitt lavere, til tross for bystyrets vedtak om prisreduksjon på langtidsplasser i 2010.

Disse resultatene gjør det naturlig å stille to spørsmål:

- Betyr minkende dekningsgrader at bystyrets styrking av SYEs ramme med 180 mill., i forbindelse med vedtak om prisreduksjon på langtidsplasser i 2010, ikke har kommet eldrebefolkningen til gode?
- Hvorfor ser vi forskjellig effekt av prisreduksjoner på korttids- og langtidsplasser, og hva skal til for å sikre god effekt av reduksjon i pris for langtidsplasser?

Til det første kan det vises til at bystyrets vedtak om prisreduksjon på kjøp av plasser har gitt bydelene mindre utgifter og dermed mulighet til å tilby de eldre mer hjemmebaserte tjenester, eller kutte mindre i disse tjenestene enn de ellers ville ha måttet gjøre. Kriterierammen for pleie og omsorg har i mange år vært for stram til å dekke nødvendige behov for pleie og omsorg, og bydelene har årlig brukt midler fordelt til andre funksjonsområder for å finansiere tilbud til eldre og funksjonshemmede. Det fremgår av nedenstående tabell:

Tabell 5 Budsjett og regnskap i bydelene på FO 3 Pleie og omsorg

Beløp i mill. kr.

| Årstall | Regulert budsjett | | Regnskap | | Avvik | |
|---------|-------------------|----------|----------|---------|--------|--------|
| 2009 | 6 078,2 | 49,9 % | 6 260,6 | 51,6 % | -182,4 | -1,7 % |
| 2010 | 6 318,6 | 49,4 % | 6 399,7 | 50,2 % | -81,1 | -0,8 % |
| 2011 | 6 679,8 | * 41,2 % | 6 727,4 | *42,1 % | -47,6 | -0,9 % |

* Reduksjon i den prosentandel som bydelene fikk til Pleie og omsorg i 2011 skyldes ikke reduksjon i FO 3 rammen, men sterk økning i utgiftene på FO 2, fordi statstilskuddet til barnehager fra da av ble lagt inn i rammen og ikke utbetalt direkte fra staten til hver bydel.

Denne utviklingen har skjedd i en periode der bydelenes handlingsrom¹ har vært som følger: 2009: -37 mill., 2010: 155 mill., 2011: -83 mill.

¹ Det vises til Grønt hefte – dokumentasjon av budsjettgrunnlaget for bydelene, tabell 1.1. Handlingsrom fremkommer som forskjell mellom neste års budsjett og årets budsjett, korrigert for relevante endringer i oppgaver m.v. Et positivt handlingsrom gir mulighet for å øke aktiviteten.

Det er derfor ingen indikasjoner på at eldre ikke blir prioritert i bydelene. Besparelser i form av lavere priser på sykehjemsplasser har ikke ført til at midler som skulle brukes til tiltak for eldre, er brukt til andre formål. Bystyrets bevilgning har gått til målgruppen, midlene har bare ikke redusert terskelen for bruk av sykehjemsplasser.

Nøkkeltall for FO 3 Pleie og omsorg differensierer dette bildet noe. Nedenstående tabell viser at netto driftsutgifter pr. mottaker av disse tjenestene har økt fra 2007. Målt i faste 2011-priser er netto driftsutgifter for mottakere av pleie- og omsorgstjenester samlet økt med 22 % men netto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester har økt med 44 %. Andel som mottar hjemmetjenester har imidlertid sunket noe for innbyggere under 90 år. Det kan ha flere årsaker, eldre blir friskere og bydelene mer bevisste på prioritering av eldre med behov.

Tabell 6 Nøkkeltall for bydelene FO 3 Pleie og omsorg

| Nøkkeltall fro FO3 - Pleie og omsorg | 2007 | 2 008 | 2 009 | 2 010 | 2 011 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Løpende priser | | | | | |
| Netto driftsutgifter pr. mottaker av pleie- og omsorgstjenester | 253 072 | 274 034 | 287 184 | 325 445 | 357 881 |
| Netto driftsutgifter pr. hjemmetjenestemottaker | 114 519 | 132 694 | 149 293 | 170 370 | 191 014 |
| Deflator | | 1,046 | 1,042 | 1,027 | 1,032 |
| Faste 2011 priser | | | | | |
| Netto driftsutgifter pr. mottaker av pleie- og omsorgstjenester | 292 344 | 302 637 | 304 376 | 335 859 | 357 881 |
| Netto driftsutgifter pr. hjemmetjenestemottaker | 132 290 | 146 544 | 158 230 | 175 822 | 191 014 |
| Andel egne 67 -79 innbyggere som mottar hjemmetjenester | 9,3 | 9,2 | 8,5 | 8,3 | 7,8 |
| Andel egne innbyggere 80-89 som mottar hjemmetjenester | 33,5 | 33,2 | 33,2 | 31,6 | 31,6 |
| Andel egne innb. 90 år og over som mottar hjemmetjenester | 44,8 | 45,9 | 48,3 | 45,9 | 46,6 |

Til det andre spørsmålet viser arbeidsgruppen til nedenstående. Når prisen på en vare går ned, er det i følge generell markedsteori, forventet økt etterspørsel og, gjennom det, et utvidet tilbud av varen. Denne forventningen ble ikke innfridd da prisen på ordinære langtidsplasser ble redusert. Bruken gikk noe ned, og det er ikke registrert økte "køer" i systemet.

Normal dekningsgrad i sykehjem ble i 2009 satt til 97,33 % i gjennomsnitt, herav 97,12 % for langtidsplasser, jf. Rapport om ny pris- og finansieringsmodell for Oslo kommunes sykehjemsplasser, trykt vedlegg til byrådssak 233/08.

Tall fra Gericaviser at dekningsgrad for langtidsplasser var i 2011 på 97,5 %. Denne faktiske dekningsgraden fra Gericakan ikke uten videre sammenlignes med dekningsgraden som er lagt til grunn i finansieringsmodellen fra 2008. Gericaberegner dekningsgrad ut fra det antall plasser som til enhver tid er tilgjengelige, mens finansieringsmodellen tar utgangspunkt i antall sykehjemsplasser totalt, dvs. inkludert plasser som er midlertidig stengte, på grunn av oppussing, vannlekkasjer o.l

For å få sammenlignbare tall har arbeidsgruppen hentet detaljer fra rapport om ny pris- og finansieringsmodell fra 2008, som fortsatt legges til grunn, og kommet fram til nedenstående, normal dekningsgrad som kan sammenlignes med Gericaregistreringen.

Tabell 7 Beregning av full dekning for langtidsplasser i sykehjem

| Årsaker til ledighet i langtidsplasser | Virkning i % | Dekningsgrad |
|--|--------------|--------------|
| Tildeling uten ugrunnet opphold | 0,40 | 99,60 |
| Dobbeltrom - lenger tid før belagt | 0,19 | 99,41 |
| Fritt brukervalg | 0,41 | 99,00 |
| Fleksibilitet | 1,00 | 98,00 |
| Sum normal ledighet/dekningsgrad på tilgjengelige plasser | 2,00 | 98,00 |

Sykehjemsetaten har etter dette en teoretisk mulighet for å øke belegget fra 97,5 % til 98,0 % på langtidsplasser, dvs. med 0,5 %, tilsvarende 14 til 15 plasser. En eventuell økning av etterspørselen ut over dette må på kort sikt dekkes ved å øke antall to-sengsrom, øke antall plasser som kjøpes i utenbys sykehjem, eller redusere tilbudet av antall korttidsplasser som da kan omgjøres tilbake til langtidsplasser. Disse tiltakene er ikke i tråd med beboernes ønsker og bystyrets vedtak.

Varig økning i antall langtidsplasser vil bare kunne oppnås ved bygging av nye sykehjem, enten i privat eller kommunal regi. Det tar tid. Tilbudet av antall langtidsplasser har med andre ord liten etterspørselastisitet, SYE klarer ikke å møte en større økning i etterspørselen. For å kunne senke terskelen på bruk av langtidsplasser må bystyret først øke tilbudet av plasser. Når kapasiteten på langtidsplasser er bygget ut, vil reduksjon i prisene føre til at terskelen for plass i sykehjem senkes. Først da får vi samme effekt som beskrevet for bruk av korttidsplasser nemlig at SYE økte tilbudet (i tilfellet korttidsplasser ved omgjøring og oppgradering av eksisterende plasser) og bydelene etterspurte plassene fordi prisene var rimelige.

2. Tiltak for å sikre likeverdige inntakskriterier uavhengig av bydelsgrenser

I H 36 ber bystyret om at byrådet skal foreslå tiltak som sikrer at det blir likeverdige inntakskriterier for de eldre uavhengig av bydelsgrensene, basert på medisinske og sosialfaglige vurderinger.

Arbeidsgruppen har vurdert denne problemstillingen ved to ulike situasjoner:

- Når bydelene første gang bestiller plass.
- Når bydelene fatter vedtak om endring av omsorgsbehov.

2.1 Likeverdige inntakskriterier ved bestilling av fast plass på sykehjem

Sykehjemsetaten har utarbeidet felles inntakskriterier for alle sine tilbud. Det vises til vedlegg 1, Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo sykehjemmene. Kriteriene revideres årlig. Det er bydelene som har ansvar for å vurdere omsorgsbehovet og som fatter vedtak om omsorgstilbud, også i form av fast plass i sykehjem. Bydelene benytter SYEs inntakskriterier og retningslinjer fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester sammen med annen dokumentasjon ved bestilling av plasser.

Bydelenes tildelingspraksis kan likevel variere noe. Ulik tildelingspraksis skyldes til dels at bydelene i forskjellig grad har utviklet tilbud for å dekke Eldres pleiebehov. Bydeler med flere tilbud i omsorgstrappa, kan gi tjenester til sine eldre lenger i egen bydel. De vil ha en faglig forsvarlig høyere terskel for tildeling av sykehjemsplass enn andre bydeler. Likebehandlingsprinsippet blir ivaretatt, men gjennom tildeling av ulike tilbud.

Medisinske og sosialfaglige kriterier ligger til grunn for vurdering av søknad om sykehjemsplass. Enhver søknad skal gis individuell behandling, vurderes helhetlig og tverrfaglig, og det skal søkes gode

løsninger i samråd med søker. For å sikre tilpassete tilbud er derfor skjønnsvurdering viktig. Ulik oppbygging av rutiner og ulik skjønnsvurdering for tildeling av sykehjemsplass i bydelene kan imidlertid føre til utilsiktet forskjellsbehandling. Det er også med på å forklare ulik tildelingspraksis.

For å redusere denne siste ulikheten har byrådet iverksatt flere tiltak som skal bidra til prosesslighet i bydelenes tildelingspraksis for sykehjemsplass. Det er utarbeidet felles søknadsskjema for bydelene om helse- og omsorgstjenester, og felles retningslinjer for behandling av søknadene. Ansatte i bydelenes bestillerkontorer vil fra høsten 2012 få tilbud om ny og utvidet saksbehandleropplæring. De ansatte får også delta i bydelsovergripende nettverk der tildelingspraksis vurderes. Nettverkene drives i regi av Helseetaten. Det vises for øvrig til notat til Helse- og sosialkomiteén av 25.05. 2012 om Tildelingspraksis sykehjemsplass, vedlegg 2.

Arbeidsgruppen mener at større grad av likebehandling av søknader om dekning av pleie- og omsorgsbehov på tvers av bydelsgrensene bare vil kunne skje ved å gjennomføre tiltak som bidrar til prosesslighet. Gruppen har ingen ytterligere forslag til tiltak på dette punktet.

2.2 Forslag til forenkling og overordnet, bydelsuavhengig vurdering av endret omsorgsbehov

Når en bydel bestiller langtidsplass i sykehjem til en av sine beboere, er det til en person som bydelen kjenner godt. En søker til langtidsplass har nesten alltid benyttet bydelens hjemmetjenester i lenger tid og har som regel ett eller flere korttidsopphold bak seg før bydelen fatter vedtak om langtidsopphold. Når langtidsopphold er innvilget, forblir beboeren på sykehjem resten av sitt liv. Gjennomsnittlig liggetid på sykehjem er ca 2 år.

Ved ankomst til sykehjem innformes beboerne og deres pårørende om at beboerne vil måtte regne med å flytte, hvis omsorgsbehovet endres. Hver 3. måned undersøker sykehjemslegen inneliggende beboere for å vurdere eventuelle endringer i fysisk og mental funksjonsevne. Før undersøkelsen har ansvarlig sykepleier og eventuelt fysioterapeut/ergoterapeut dokumentert sine vurderinger av hver enkelt beboer.

Etter dagens praksis melder avdelingssykepleier, i samarbeid med sykehjemslegen, pasientens administrasjonsbydel hvis det er endret omsorgsnivå. Tall fra Gericaviser at det i 2011 var 152 pasienter med langtidsopphold som fikk tildelt nytt langtidsopphold med endret omsorgsnivå. Antallet for første halvår 2012 er 77, altså omtrent på 2011-nivå.

Administrasjonsbydel kan bestride de vurderinger som er foretatt av sykehjemmet. SYE foretar ingen registrering av hvor mange vurderinger som bestrides av administrasjonsbydel. For likevel å få en indikasjon på dette, er det tatt kontakt med styrer/fungerende styrer på tre store sykehjem, Furuset, Langerud og Silurveien, beliggende i hver sin sykehussektor. Svar er gitt muntlig og fritt etter hukommelsen. Ett sykehjem mener dets vurderinger av endret omsorgsbehov bestrides hver gang. Ett annet sykehjem mener vurderingene bestrides ofte, uten å kunne antyde hvor ofte. Det tredje sykehjemmet sier at det opplever stor ulikhet i imøtekommenhet mellom bestillerkontorene.

Inntil en bydel har fattet vedtak om langtidsopphold i sykehjem for en av sine beboere, kan bydelen kombinere ulike tiltak, som praktisk bistand i hjemmet, rehabiliteringsopphold, hjemmesykepleie m.m. for å ivareta beboerens omsorgsbehov. Bydelene arbeider for å finne tilbud som til sammen tilfredsstillende beboeren, til en rimeligst mulig kostnad.

Når beboeren får innvilget langtidsopphold, har bydelen ikke lenger alternative, eller supplerende, tiltak som den kan sette inn. Bydelen har, noen måneder etter innleggelse, heller ikke lenger detaljert kunnskap om pasientens funksjonsnivå. Det synes derfor fordyrende og tungvindt at administrativ bydel skal kunne bestride sykehjemmets vurderinger og diskutere tilleggsfakturering for langtids-

pasienter i sykehjem. Med stramme rammer i bydelene kan økonomiske hensyn veie tungt i de tilfellene der administrativ bydel bestrider sykehjemmets vurderinger. Arbeidsgruppen foreslår derfor at bydelene betaler én pris for fast sykehjems plass, uavhengig av type plass. Denne prisen er i det etterfølgende kalt fastpris.

Dette forslaget synes å være i tråd med anbefalinger i Deloittes vurderinger av kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utførermodellen, utredning fra KS, Program for storbyforskning, datert 2.7. 2012. Der heter det på s.77:

”Der det er vanskelig å måle produksjonen, bør en større del av behovsvurderingen overlates til utfører.”

De viser i sin rapport til eksempler på kompliserte tjenester der utfører bør vurdere behovet, bl.a. hjemmetjenestebrukere med behov for varige og koordinerte tiltak.

Arbeidsgruppens forslag vil føre til at SYE får et totalansvar for sykehjemsbeboere på langtidsopphold. Det vil kunne gi følgende fordeler:

- Vurdering av behov for type plass gjøres uavhengig av bydel, noe som øker sannsynligheten for enhetlig, overordnet praksis og likebehandling av beboere på sykehjem.
- Fastpris vil skape en større bevissthet i SYE om at alle skal ha et riktig omsorgsnivå. Både større og mindre pleiebehov skal registreres.
- SYE vil lettere kunne vurdere behov for endring i sammensetning av langtidsplassene og gi overordnet myndighet en mer helhetlig vurdering av omsorgsbehovet for sykehjemsbeboerne.
- Sykehjemmene vil på sikt kunne organiseres mer fleksibelt, til beste for beboerne og ansatte.
- Bydelenes bestillerkontorer blir avlastet for arbeid.
- Merkostnader for endret omsorgsnivå blir fordelt mellom bydelene. Ingen bydel får uventet store merkostnader på grunn av sine sykehjemsbeboere.

Forslaget vil også kunne medføre noen ulemper, som til en viss grad speiler de fordelene som oppnås. Arbeidsgruppen vil påpeke følgende:

- Når SYE får totalansvaret for sykehjemsbeboerne på fast plass, vil det innebære en viss reduksjon i kontrollen av SYEs vurderinger fra bydelenes side. Bydelene skal ikke lenger etterprøve dem. Bydelene vil imidlertid fremdeles ha tilsynsutvalg som er oppnevnt av bydelsutvalget i geografisk bydel, og som regelmessig besøker sykehjemmene. Ifølge Instruks for tilsynsutvalg i sykehjem, byråds sak 299/04, skal tilsynsutvalgene påse at tjenestestedene:
 - gir den enkelte bruker forsvarlig omsorg og hjelp, og behandler den enkelte bruker med respekt
 - har utarbeidet målsetting, opplegg og tidsplan for oppholdet for den enkelte bruker.
 - følger bestemmelser som regulerer forhold under oppholdet, herunder bestemmelser om bruk av tvang
 - har lokaler, utstyr, aktivitetsmaterieill o.l. som er i samsvar med formålet
 - drives med forsvarlige personalforhold
 - har opprettet medisinsk tilsyn for de institusjoner hvor dette er forutsatt
 - oppbevarer beboernes midler forsvarlig dersom tjenestestedene er gitt ansvar for dette

Forslaget vil gjøre tilsynsutvalgenes vurderinger mer uavhengig av bydelenes økonomiske situasjon.

- For å sikre god økonomisk styring innenfor stramme rammer, kan SYE bli fristet til å redusere antall spesialplasser. Gjennom overordnet styring, der SYE regelmessig blir fulgt opp på måltall for hver enkelt kategori langtidsplasser, vil en slik praksis ikke kunne gjennomføres.
- Presset på SYE for endring av plasser vil øke. Svar fra 46 sykehjem viste at i alt 221 beboere ble vurdert til å ha plass på et for lavt omsorgsnivå. Med ny ordning vil SYE ikke kunne henvise til bydelenes vedtak og unnlate å ta fatt i dette. Etaten må etablere systemer som sikrer de mest

pleietrengende beboere spesialplass, på tvers av sykehjemmene. Arbeidsgruppen tror at slike systemer vil være mer robuste og lettere sikre lik omgjøringspraksis, enn systemer som etableres i 15 bydeler med hvert sitt bydelsutvalg og hver sine ulike utfordringer.

Samlet sett mener arbeidsgruppen at fordelene med fastpris er større enn ulempene, og foreslår derfor fastpris innført for langtidsplasser fra 2013. Gjennomføring av dette forslaget vil innebære en fastpris i 2012-priser på kr. 680 212, mens prisene i dag varierer fra kr. 630 568 til kr. 1 128 370. Denne prisen vil være gjenstand for årlige justeringer basert på beregnet lønns- og prisvekst. (Enhetsprisen har de siste årene økt med ca kr. 20 000 pr år.) Det vises til Vedlegg 3: Beregning av enhetspris på fast sykehjemsplass, 2012 priser. Det er viktig at forslaget høres i bydelene som ikke har vært representert i arbeidsgruppen.

3. Drøfting av ulike finansieringsmodeller

Sykehjemsetaten leverer tjenester til bydelene som er de eneste aktørene med bestillerrett og bestilleransvar. Prising av tjenestene er derfor et kommunalt nullsums-spill som skal bidra til at:

- SYE får incitament til rasjonell drift og funksjonell sammensetning av sine tilbud.
- Bydelene får incitament til gode kost/nyttevurderinger av tilbud i omsorgstrappa.
- Sentrale politiske ambisjoner blir realisert.

Kapitalkostnadene har siden oppstart i 2007 vært sentralt finansiert. Det kan stilles spørsmål om innarbeidelse av disse kostnadene i prisen vil gi et positivt styringsbidrag, jf. ovennevnte punkter. Prisene ville i tilfelle bli reelle og dermed gi bydelene et mer økonomisk korrekt grunnlag for kost/nyttevurderinger. De blir imidlertid også høyere enn i dag og det er en fare for at bydelenes beslutninger, som naturligvis må baseres på kost/nyttevurderinger av samlede behov i bydelssektoren, vil kunne gå på tvers av sentrale politiske ambisjoner der innvilgelse av sykehjemsplass blir vurdert som et sentralt gode.

Kapitalkostnadene er faste kostnader. Uforutsette endringer i sammensetning av plasstyper og svingninger i beleggsprosenten vil gjøre SYEs økonomi sårbar. Driftskostnader kan SYE regulere, kapitalkostnader kan de på kort sikt ikke endre. Kapitalkostnader innarbeidet i prisen, vil derfor ikke bidra positivt til rasjonell drift i SYE. Arbeidsgruppen anbefaler med bakgrunn i disse vurderingene at den nåværende, sentrale finansieringen av kapitalkostnadene opprettholdes.

Prisutvikling for SYEs tilbud siden oppstarten er et resultat av både

- lønns- og prisøkninger, som er det største prisdrivende elementet
- pris for sentralt bestemte kvalitetsøkninger
- krav til prisreduserende effektivisering i SYE og
- prisreduserende, sentralt bestemt grunnfinansiering.

Vedlegg 4, Prisutvikling i SYE 2007 – 2012 gir samlet oversikt over dette. Når arbeidsgruppen skal vurdere ulike prismodeller for dekning av SYEs driftsutgifter, står to av disse elementene sentralt, pris og grunnfinansiering.

Samme pris (enhetspris) på tilbud som har ulik driftskostnad, fastsettes for å sikre seg at bydelene kjøper det tilbudet som dekker pasientenes behov uten å vurdere kostnadene. Enhetspris utjevner også tilfældige svingninger i behov mellom ulike bydeler og over tid. Begge disse forhold har vært bestemmende for at det er fattet sentralt politiske vedtak om at MRSA-plasser, plasser for lindrende behandling og forsterkede plasser for rusavhengige skal ha samme pris som ordinære langtidsplasser i sykehjem.

Når arbeidsgruppen i denne saken også foreslår å opprette fastpris for kjøp av langtidsplass i sykehjem, er det delvis begrunnet i ovennevnte vurderinger. Hovedbegrunnelsen ligger likevel i at SYE har det daglige ansvaret for å dekke omsorgsbehovet til disse sykehjemsbeboerne og best kan vurdere behov for endringer i omsorgsnivå. Fastpris gir derfor samlet sett de mest rasjonelle beslutningene.

For andre tilbud, der ovennevnte forhold ikke er så viktige, mener arbeidsgruppen at prisene må differensieres for å sørge for omsorg på rett nivå i henhold til LEON-prinsippet. Pris på rehabiliteringsplasser kan være delvis grunnfinansiert, for å sikre bruk av dem, men prisen bør ikke settes lik pris for avlastningsopphold, der det ikke er like sterkt fokus på opptrening. I bydelene vil det alltid være et behov for bare å gi tilbud om avlastningsopphold. Lik pris ville føre til urasjonell overforbruk av rehabiliteringsplasser. Det samme argumentet kan naturligvis også føres til fordel for differensiering av pris for langtidsplasser i sykehjem og plasser i aldershjem mv.

Arbeidsgruppen har ikke hatt grunnlag for detaljert å vurdere eventuelle endringer i pris mellom de tilbudene som, etter styringsgruppens forslag om enhetspris på langtidsplasser, fremdeles har ulik pris. Nåværende grunnfinansiering i SYE utgjør om lag 900 mill., dvs. vel 20 % av etatens samlede driftskostnader. Grunnfinansieringen reduserer prisene og gir SYE en større evne til å takle uforutsette svingninger i etterspørselen. Det kan argumenteres både for en økning og en reduksjon i grunnfinansieringen. Det vises til Delrapport 3.

Hvis grunnfinansieringen øker, vil pris pr. sykehjems plass reduseres og SYEs finansielle risiko bli mindre. Økning i grunnfinansieringen i SYE kan enten dekkes av frie midler eller overføres fra bydelsrammen. For bydelene vil resultatet uansett bare bli en viss omfordeling av handlingsrommet bydelene imellom. (Arbeidsgruppen forutsetter da at frie midler alternativt fordeles bydelene etter kriteriesystemet). Bydeler som har relativt mange plasseringer i sykehjem, vil forholdsmessig øke sitt handlingsrom mer enn bydeler som har mer utbygde pleie- og omsorgstilbud i egen regi. Bydeler med mange eldre og få funksjonshemmede vil, alt annet like, få en relativt større andel av midlene.

En reduksjon av grunnfinansieringen vil øke prisene, gi SYE økt finansiell risiko og reversere omfordelingsvirkningene i bydelene. Bydelene kan da mer realistisk kost/nyttevurdere etterspørsel etter sykehjems plass, med de fordeler og ulemper det innebærer, jf. diskusjon under fordeling av kapitalkostnadene.

Arbeidsgruppen har lagt til grunn at dagens modell har etablert et balansert marked mellom SYE og bydelene. SYEs plasser blir belagt og SYE har i hovedsak vært i stand til å øke tilbudet på de korttidsplassene det har vært størst etterspørsel etter. Det etablerte prissystemet med noe grunnfinansiering fungerer. Og det er usikkert hvilke virkninger eventuelle endringer vil få. Arbeidsgruppen har derfor konkludert med bare å anbefale etablering av fastpris for langtidsplasser, med unntak for spesialplasser på Villa Enerhaugen som bystyret har vedtatt skal ha egen, kostnadsdekkende pris.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo sykehjemmene revidert juni 2012.

Vedlegg 2: Notat til Helse- og sosialkomitéen av 25.05. 2012 om Tildelingspraksis sykehjems plass.

Vedlegg 3: Beregning av fastpris på langtidsplass i sykehjem, 2012-priser.

Vedlegg 4: Prisutvikling Sykehjemsetaten 2007 – 2012.

Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslosykehjemmene, revidert juni 2012

Rapporten finnes på Sykehjemsetatens intranettside -> Sentrale dokumenter -> Rapporter
(med ovenstående tekst)

Notat til Helse- og sosialkomitéen av 25.05. 2012 om Tildelingspraksis sykehjemsplass

Nedenstående tekst ble sendt Helse- og sosialkomiteen i notat av 25.05.2012, sak 201001628-105.

1. Søknadsskjema, saksbehandling, skriftlighet

Nytt felles søknadsskjema om helse og omsorgstjenester inkl. sykehjemsplass

- Nytt felles søknadsskjema om helse og omsorgstjenester er utarbeidet og sendt ut til bydelene
- Det arbeides fortsatt med å sikre at søknadsskjemaene er lagt ut riktig på bydelenes nettsider og hvordan det kan søkes elektronisk.

Felles saksbehandlingsrutiner

- Felles retningslinjer for behandling av søknader om helse og omsorgstjenester er utarbeidet og sendt ut til bydelene.

Andre punkter knyttet til ny lov om helse og omsorgstjenester fra 01.01.2012:

- Gerica (kommunens pleie- og omsorgssystem) var fra 02.01.2012 oppdatet slik at vedtak om helse og omsorgstjenester innvilges etter nytt lovverk.

Andre pågående/parallele prosesser:

- Arbeidet, ledet av Byrådets kontor med deltagelse fra EST, med å gjennomgå språk og innhold i kommunes brev/vedtak/maler pågår fortsatt.

2. Kompetanse

Saksbehandleropplæring

- Det er utarbeidet ny og utvidet saksbehandleropplæring for ansatte ved bydelenes Bestillerkontorer, med utgangspunkt i dagens tilbud i regi av Helseetaten (HEL). Det nye opplegget vil starte fra høsten 2012.

Nettverk

- Nettverk for ansatte ved bydelenes bestillerkontor, med utgangspunkt i deltagerne i tildelingsprosjektet, starter opp i juni 2012 i regi av HEL.

3. Kvalitetsutvikling

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

- Arbeidet med å bistå bydelene med felles kvalitetskrav i pleie og omsorgstjenestene pågår i HEL. Felles HMS-håndbok for hjemmetjenesten vil bli klar i løpet av våren.

4. Statistikk

Bydelenes årsstatistikk

- Mal for årsstatistikken er omarbeidet, og det er nå bedre oversikt over og status for bydelenes søknader om sykehjemsplass.

Beregning av fastpris på langtids plass i sykehjem, 2012-priser

| Type langtids plass | Antall plasser | Pris 1.1. 2012 | Beregnet totalsum |
|-----------------------------------|----------------|----------------|-------------------|
| Ordinære plasser | 2.880 | 630.569 | 1.816.038.720 |
| Skjermede plasser | 897 | 783.222 | 702.550.134 |
| MRSA | 12 | 663.747 | 7.964.964 |
| Forsterkete plasser psykiatri | 96 | 896.059 | 86.021.664 |
| Lindrende behandling | 16 | 663.747 | 10.619.952 |
| Forsterkete plasser annet | 68 | 1.128.370 | 76.729.160 |
| Forsterket plass rus | 9 | 663.747 | 5.973.723 |
| Sum | 3.978 | | 2.705.898.317 |
| Ny fastpris (2 708 898 317/3 978) | 680.216 | | |

Prisutvikling Sykehjemsetaten 2007 – 2012

| | | |
|---|----------------|----------------|
| <i>Enhetspris pr. sykehjemsplass i 2007</i> | | 555 600 |
| <i>Effekt av lønns- og priskompensasjoner</i> | | |
| 2008 Lønns- og prisjustering, ordinær | 26 000 | |
| 2008 Personalforsikring, lønnsoppgjør | 4 300 | |
| 2009 Lønns- og prisjustering, ordinær | 25 360 | |
| 2009 Effekt av sentralt justeringsoppgjør | 7 860 | |
| 2009 Økt OPF + avrunding | 2 130 | |
| 2010 Lønns- og prisjustering, ordinær | 19 809 | |
| 2011 Lønns- og prisjustering, ordinær | 20 951 | |
| 2012 Lønns- og prisjustering, ordinær | 25 958 | |
| <i>Sum lønns- og priseffekter 2007 - 2012</i> | <i>132 368</i> | <i>132 368</i> |
| <i>Korreksjoner</i> | | |
| 2008 Korrigert dagsenterpris, fordelt | 7 400 | 7 400 |
| <i>Effekt av bystyrets vedtak om kvalitet som skal inkluderes i prisen</i> | | |
| 2008 - 2010 Økt legedekning | 3 568 | |
| 2010 Enhetspris på palliative plasser | 1 303 | |
| 2011 Enhetspris på forsterkede rusplasser | 338 | |
| <i>Sum bystyrets kvalitetshevinger</i> | <i>5 209</i> | <i>5 209</i> |
| Pris 2012 inkl. lønns- og prisjustering og sentral kval. økn. | | 700 577 |
| <i>Effekt av effektiviseringsuttak</i> | | |
| 2008 Effektiviseringsuttak | -1 200 | |
| 2009 Effektiviseringsuttak | -1 250 | |
| 2010 Effektiviseringsuttak | -1 274 | |
| 2011 Effektiviseringsuttak | -2 525 | |
| 2012 Effektiviseringsuttak | -2 085 | |
| <i>Sum effektiviseringsuttak 2007 -2012</i> | <i>-8 334</i> | <i>-8 334</i> |
| <i>Effekt av subsidieringsvedtak i bystyret</i> | | |
| 2010 Grunnfinansiering 180 mill. | -28 496 | |
| 2012 Ordinære langtidsplasser 100 mill. | -33 179 | |
| <i>Sum subsidieringer</i> | <i>-61 675</i> | <i>-61 675</i> |
| Enhetspris pr. sykehjemsplass i 2012 | | 630 568 |