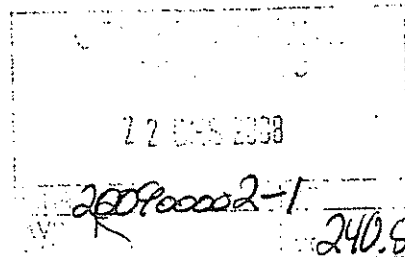




Oslo kommune
Bystyret
Finanskomiteen

12/09



DIR

Ris. ✓

Likelydende brev til:
Bydelsutvalgene
Sykehjemsetaten
Eldrerådet
Sykepleierforbundet
Fagforbundet
HSK

Dato: 18.12.2008

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
200802246-6

Saksbeh: Vera Holst Eckbo
Tlf. 23 46 19 29

Arkivkode:
UTV.SAK

HØRING. PRIS OG FINANSIERINGSMODELL FOR SYKEHJEMSPLASSE I OSLO

Byrådet har lagt frem sak om pris- og finansieringsmodell for sykehjemsplasser i Oslo, se vedlagte sak 233 av 02.12.2008.

Saken ligger nå til behandling i finanskomiteen. Før komiteen behandler saken ønsker den høringsinstansenes uttalelse til byrådets forslag. Det presiseres at høringen er begrenset til byrådets forslag dvs. pris og finansieringsmodellen for sykehjemsplasser i Oslo. Høringen gjelder ikke generelle synspunkter omkring organiseringen av Sykehjemsetaten.

Høringsfrist settes til utgangen av januar 2009. Vennligst ta kontakt med undertegnede dersom fristen skulle volde problemer.

Med hilsen

Vera Holst Eckbo
Komitésekretær

Vedlegg: Byrådssak 233/2008

Kopi: Byråd for velferd og sosiale tjenester



Byrådssak 233/08

PRIS- OG FINANSIERINGSMODELL FOR SYKEHJEMSPLASSER I OSLO

Sammendrag:

Byrådet legger i denne saken frem forslag om pris- og finansieringsmodell for sykehjemsplasser i Oslo.

Byrådet foreslår at det legges til grunn en modell som ivaretar Sykehjemsetatens behov for dekning av kostnader både til belagte sykehjemsplasser og sykehjemsplasser som er ledige som følge av realisering av fritt brukervalg, omstilling, uforutsette hendelser og lignende. Erfaringene etter halvannet års drift er at Sykehjemsetaten har en gjennomsnittlig ledighet i sykehjemsplassene på ca. 2,67 %, dvs. et gjennomsnittlig belegg på ca. 97,33 %. Denne beleggsprosenten er lagt til grunn i byrådets forslag til budsjett for Sykehjemsetaten i 2009.

Reduksjonen i beleggsprosent medfører et økt inntektsbehov for etaten på ca 52 mill. kroner årlig. Byrådet foreslo i Sak 1/2009 en bevilgning til etaten på 32 mill. kroner og forutsatte at de øvrige 20 mill. kroner skulle tas ut i form av økte priser til bydelene. I finanskomiteens budsjettinnstilling foreslås det at også disse 20 mill. bevilges direkte til etaten. Hele reduksjonen i beleggsprosent fra 99 % til 97,33 % blir dermed grunnfinansiert i Sykehjemsetaten.

Byrådet foreslår at vektene for ulike kategorier sykehjemsplasser videreføres, og beregnes på nytt etter at regnskapet for 2008 er avlagt. Ved opprettelse av nye typer sykehjemsplasser i løpet av budsjettåret, foreslår byrådet at pris pr. plass fastsettes ut i fra anslag på de faktiske driftskostnadene, og at tilhørende vekt beregnes ut i fra de anslåtte kostnadenes andel av enhetsprisen. Byrådet foreslår videre at dagsenterplasser, som i dag har fast pris, får vekt 0,15 av enhetsprisen for sykehjemsplasser.

Byrådet har i Tilleggsinnstillingen foreslått at Sykehjemsetaten får direktefinansiert 32,5 mill. som kompensasjon for inntektstap som følge av ny opptelling av heldøgns plasser basert på føringene i *Inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud* (22 mill.) og inntektstap som følge av etablering av 11 nye MRSA-plasser i 2008 (10,5 mill.). Finanskomiteen har i sin budsjettinnstilling sluttet seg til dette.

Saksfremstilling:

I bystyrets behandling 21.06.2006 sak 262, av byrådssak 79/06 *Sykehjem – Organisering for bedre kvalitet og valgfrihet* bes byrådet fremme sak om finansieringssystem for sykehjemmene i Oslo.

Sykehjemsetaten ble opprettet 01.01.2007 og har ansvar for kommunens sykehjemssdrift. Sykehjemsetaten har ansvaret for tilbudet av sykehjemsplasser, mens bydelene har beholdt vedtakskompetansen og de økonomiske midlene til kjøp av sykehjemsplasser.

Den nåværende pris- og finansieringsmodellen for sykehjemsplasser

Den nåværende pris- og finansieringsmodellen for sykehjemsplasser var forutsatt å være en midlertidig løsning ved etablering av etaten. Den er basert på følgende forhold:

- Et inntektskrav for Sykehjemsetaten tilsvarende et sykehjemsbelegg og en faktureringsgrad på 99 %.
- Felles pris for sykehjemsplasser på samme nivå for å sikre fritt sykehjemsvalg for brukere med vedtak om langtidsopphold i sykehjem.
- Differensierte priser som er beregnet ut i fra det antallet og den fordelingen av sykehjemsplasser som bydelene rapporterte inn at de drev høsten 2006, en gjennomsnittsberegning av sykehjemmenes totale driftskostnader, et påslag for Sykehjemsetatens administrasjon og formidling av plassene og en vektning av de ulike typene plasser basert på antatt ressursbruk og analyser av tidligere års regnskapstall.
- Sykehjemmenes kapitalkostnader er utelatt fra prisene og i stedet bevilget direkte til Sykehjemsetaten, som dekker kapitalkostnadene gjennom husleie til Omsorgsbygg. Dette er gjort for å redusere prisene som bydelene må betale når de bestiller plasser.
- Spesialplasser for brukere med Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) eller andre resistente bakterier (MRSA-plasser) har samme pris som somatiske langtidsplasser (vekt 1,0), selv om driftskostnadene på disse spesialiserte plassene er vesentlig høyere. Dette er gjort for å sikre at infiserte brukere får dette tilbudet, slik at spredning av disse bakteriene hindres.
- Plasser for yngre demente på Villa Enerhaugen er holdt utenfor prismodellen fordi det er store variasjoner i ressursinnsatsen overfor disse brukerne. Bydelene betaler individuell pris for hver enkelt av disse brukerne.

Sykehjemsetatens resultat i 2007 og prognose for 2008.

Sykehjemsetatens regnskap for 2007 viste et negativt resultat på 50,3 mill. og en inntektssvikt på salg av sykehjemsplasser som beløp seg til ca. 60 mill. Hovedårsaken til inntektssvikten var at etatens budsjett har vært basert på et inntektskrav tilsvarende et sykehjemsbelegg på 99 %, hvilket er for høyt i forhold til faktisk belegg i 2007.

Sykehjemsetaten engasjerte våren 2008 konsultantselskapet ECON for å analysere etatens resultat og inntektssvikt i 2007, og lage prognose for etatens inntekter i 2008. ECON anslår i sin rapport at etatens mindreinntekter i 2008 vil beløpe seg til 60-100 mill. (trykt vedlegg 1). I byrådets rapport for 2. tertial ble det anslått et forventet merforbruk i 2008 på ca 80 mill. kroner.

Inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud

Etter at Sykehjemsetaten overtok ansvaret for sykehjemssdriften i Oslo, har det fremkommet at det er store forskjeller i tilbud på samme nivå, sykehjemmene i mellom. Dette er et resultat av at bydelene har prioritert sykehjemmene ulikt. Det har også fremkommet at bydelene hadde utviklet litt ulik terminologi og begrepsbruk som følge av at det ikke har eksistert sentrale retningslinjer, eller gjeldende føringer, om hva de ulike plasskategoriene skal inneholde av tjenestetilbud og kvalitet, og hvilke inntakskriterier

som skal gjelde for ulike typer sykehjemsplasser. Bydelenes innrapporteringer av antall og sammensetning av plasskategorier høsten 2006 ble derfor ikke sammenlignbare, fordi de var basert på ulik forståelse av de ulike plasskategorienes innhold og tjenestetilbud.

På bakgrunn av dette oppnevnte Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester en arbeidsgruppe med representanter fra bydelene, Sykehjemsetaten og byrådsavdelingen. Arbeidsgruppen utarbeidet et forslag til inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud. Utkastet ble sendt på høring til alle bydelene, og tilbakemeldingene er innarbeidet i endelig rapport – *Inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud* (trykt vedlegg 2). Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester vil gjøre rapportens anbefalinger førende for bydelenes kjøp av sykehjemsplasser fra Sykehjemsetaten fra og med 2009.

Ny kartlegging av antall og kategorier plasser som Sykehjemsetaten driver i dag

Med utgangspunkt i *Inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud* har Sykehjemsetaten gjort en ny opptelling av antallet sykehjemsplasser av ulike kategorier som er i drift pr. 13.06.2008. Dette antallet og sammensetning av plasskategorier er lagt til grunn for utarbeidelsen av pris- og finansieringsmodell for sykehjemsplasser i denne saken.

Endringen i antall og fordeling av ulike typer sykehjemsplasser, som følge av ny opptelling, utgjør et innteksttap for Sykehjemsetaten på ca. 32,9 mill. når dagsenterplassene er inkludert. Ekskluderes dagsenterplassene, utgjør beholdningsendringen et innteksttap for Sykehjemsetaten på ca. 22 mill. Byrådet foreslo i tilleggsinnstillingen til budsjett 2009 at Sykehjemsetaten får direktefinansiert 22 mill. som kompensasjon for innteksttapet etaten er påført som følge av korrigert beholdning av heldøgns sykehjemsplasser. Dette vil bidra til å sikre at brukerne mottar tilbud med lik kvalitet på samme nivå, uavhengig av hvilket sykehjem de bor på. Finanskomiteen har i sin budsjettinnstilling sluttet seg til dette forslaget til bevilgning.

Etablering av nye MRSA-plasser

I løpet av 2008 er det blitt etablert 11 nye MRSA-plasser på sykehjem, hvorav fem av plassene er på Stovnerskogen sykehjem og de resterende seks plassene er på Solvang sykehjem. Bydelene betaler samme pris for MRSA-plasser som for somatiske langtidsplasser (vekt 1,0), selv om driftskostnadene på disse spesialiserte plassene er vesentlig høyere (1,5 mill. pr. plass). Dette er gjort fordi det er et satsningsområde å hindre spredning av MRSA og andre resistente bakterier, og i dette arbeidet er det viktig å sikre at infiserte brukere får slike spesialplasser på sykehjem. I prismodellen for sykehjemsplasser i byrådets forslag til budsjett for 2009 er ikke prisøkning som følge av disse nyetablerte spesialplassene innarbeidet. Differansen mellom Sykehjemsetatens driftskostnader og salgsinntekter på disse 11 nyetablerte plassene vil i 2009 utgjøre ca. 10,5 mill. Byrådet foreslo derfor i tilleggsinnstillingen til budsjett 2009 at Sykehjemsetaten får direktefinansiert kr 10,5 mill. som kompensasjon for dette innteksttapet. Finanskomiteen har i sin budsjettinnstilling sluttet seg til dette forslaget til bevilgning.

Pris- og finansieringsmodell for sykehjemsplasser i Oslo kommune

Med utgangspunkt i bystyrets vedtak om at byrådet skal fremme en sak om finansieringssystem for sykehjemmene i Oslo, ECONs rapport (trykt vedlegg 1) og

Inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud (trykt vedlegg 2), har byrådet utarbeidet et forslag til pris- og finansieringsmodell for sykehjemsplasser i Oslo. Byrådets forslag til pris- og finansieringsmodell er utarbeidet med fokus på at modellen både skal være transparent og robust i forhold til endringer, og at den skal bidra til effektiv ressursbruk, økonomisk forutsigbarhet og en mer balansert risikofordeling enn dagens modell representerer.

Årsaker til ledige sykehjemsplasser

Den nåværende pris- og finansieringsmodellen er basert på 1 % ledighet i Sykehjemsetatens langtidsplasser. Det har vist seg å være urealistisk for Sykehjemsetaten å oppnå salgsinntekter som tilsvarer et sykehjemsbelegg på 99 %. ECON-rapporten (trykt vedlegg 1) viser at årsaken til Sykehjemsetatens underskudd i 2007 er at det totalt sett er belagt færre plasser enn det som er en inntektsforutsetning i den nåværende pris- og finansieringsmodellen, og dermed i Sykehjemsetatens budsjett.

Ledigheten på langtidsplassene er i hovedsak forårsaket av:

- behovet for to virkedagers tildelingstid
- tidsbruk som følge av fritt sykehjemsvalg
- økt tidsbruk ved tildeling av dobbeltrom fordi disse er lite populære
- nødvendig reservekapasitet for at fritt sykehjemsvalg skal være gjennomførbart

Alle typer heldøgns plasser er omfattet av ledighet som følge av:

- uforutsette hendelser
- større omstruktureringer

Alle typer en bloc plasser er i tillegg omfattet av ledighet som følge av:

- omstilling på grunn av endringer i bydelenes bestillinger

Sykehjemsetaten har totalt 4 048 langtidsplasser i drift (pr. 13.06.2008). Analyser etter halvannet års drift viser at forventet ledighet på langtidsplasser utgjør ca. 2,88 % ved en gjennomsnittlig liggetid på to år. En viktig grunn til ledigheten på langtidsplassene er tidsbruk som følge av fritt sykehjemsvalg.

I tillegg drifter Sykehjemsetaten (pr. 13.06.2008) i alt 731 korttids-, rehabiliterings-, vurderings- og aldershjems plasser, som har en lavere ledighet enn langtidsplasser. Gjennomsnittlig ledighet på disse plassene er ca. 1,5 %, hvilket dekker uforutsette hendelser, omstruktureringer og omstillinger som følge av endringer i bydelenes en bloc bestillinger i løpet av året. Det dekker også nødvendig ledighet i vurderingsplassene, hvor bydelene bare betaler for belagte døgn.

Et veid gjennomsnitt av ledighetsprosenten for langtidsplasser og heldøgns en bloc-plasser tilsvarer en ledighet på ca. 2,67 % av Sykehjemsetatens totale antall plasser, beregnet ut i fra en gjennomsnittlig liggetid på langtidsplasser på to år.

Byrådets vurdering

Reduksjonen i beleggsprosent medfører et økt inntektsbehov for etaten på ca 52 mill. kroner årlig. Byrådet foreslo i Sak 1/2009 en bevilgning til etaten på 32 mill. kroner og forutsatte at de øvrige 20 mill. kroner skulle tas ut i form av økte priser til bydelene. I finanskomiteens budsjettinnstilling foreslås det at også disse 20 mill. bevilges direkte til

etaten. Hele reduksjonen i beleggsprosent fra 99 % til 97,33 % blir dermed grunnfinansiert i Sykehjemsetaten.

Byrådet har, som omtalt foran, dessuten foreslått at Sykehjemsetaten får direktefinansiert 32,5 mill. som kompensasjon for inntektstapet etaten er påført som følge av korrigert antall og fordeling av ulike typer heldøgns plasser basert på *Inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud* (22 mill.) og inntektstap som følge av etablering av 11 nye MRSA-plasser i 2008 (10,5 mill.). Finanskomiteen har i sin budsjettinnstilling sluttet seg til dette.

Byrådet foreslår at det legges til grunn en pris- og finansieringsmodell for sykehjemsplasser som ivaretar Sykehjemsetatens behov for dekning av kostnadene til både belagte plasser og plasser som er ledige på grunn av realisering av målet om fritt sykehjemvalg, omstilling, uforutsette hendelser og lignende. Forslaget forutsetter at reduksjonen i forventet beleggsprosent fra 99 % til 97,33 % av Sykehjemsetatens totale antall plasser finansieres som sentral grunnfinansiering til Sykehjemsetaten.

Forslaget til ny pris pr. vektet plass i 2009, etter finanskomiteens budsjettinnstilling, er beregnet ut fra følgende forutsetninger:

	(beløp i 1000 kroner)
Pris 2008	592,1
Styrking av legetjenesten	1,2
Pensjonsforsikring	2,1
Effektiviseringsuttak	-1,3
Sum før lønns- og prisjustering	594,1
Lønns- og prisjustering 4,24 %	25,4
Sentralt justeringsoppgjør ¹	7,9
Ny pris 2009	627,4

¹ Beregnet ut fra 40 mill. i økt inntekt på 5 091 vektete plasser.

Dette gir følgende priser for de ulike kategorier sykehjemsplasser sammenlignet med prisene i 2008:

		(beløp i 1000 kroner)	
Priser for de ulike sykehjemsplasser	Vekt	Pris 2008	Pris 2009
Somatisk langtidsplass	1,00	592,1	627,4
Korttidsplass	1,10	651,3	690,1
Aldershjemsplass	0,75	444,1	470,6
Plasser i skjermet avdeling	1,18	698,7	740,3
Forsterket plass - psykiatri	1,35	799,4	847,0
Forsterket plass - annet	1,70	1 006,6	1 066,6
Rehabiliteringsplass	1,24	734,2	778,0
Dagsenterplass	0,15	89,5	94,1

Byrådet foreslår at vektene for ulike kategorier sykehjemsplasser videreføres, og vurderes på nytt for 2010, basert på analyser av regnskapet for 2008. Ved opprettelse av nye typer sykehjemsplasser i løpet av budsjettåret, foreslår byrådet at pris pr. plass fastsettes ut i fra de anslåtte driftskostnadene og at tilhørende vekt beregnes ut i fra kostnadenes andel av enhetsprisen.

Byrådet foreslår videre at dagsenterplasser, som i dagens pris- og finansieringsmodell har fast pris, får vekt 0,15 av enhetsprisen for sykehjemsplasser.

Administrative og økonomiske konsekvenser

De økonomiske disposisjonene som følger av denne saken avspeiler det byrådet mener er en hensiktsmessig risikofordeling for ledighet i sykehjemsplasser mellom bydelene og Sykehjemsetaten. Ved å foreta direkte bevilgning til Sykehjemsetaten for de forhold som etaten selv ikke kan korrigere for gjennom driftsmessige tiltak, unngås prisøkninger for bydelene, og dette bidrar til at terskelen for å innvilge sykehjemsplass ikke heves. De budsjettmessige konsekvensene av saken vil være innarbeidet i budsjettet for 2009. Saken medfører ingen administrative endringer.

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

1. Byrådets forslag til pris- og finansieringsmodell for sykehjemsplasser i Oslo vedtas slik det fremgår av saken.
2. Byrådet får fullmakt til å regulere antall vektnivåer og priser på sykehjemsplasser innenfor Sykehjemsetatens inntektskrav.

Byrådet, den

Erling Lae

Jøran Kallmyr

Trykte vedlegg:

1. ECONs rapport om Sykehjemsetatens resultat i 2007 og den nåværende pris- og finansieringsmodellen
2. Inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud

Utrykte vedlegg: Ingen

Notat 2008-024

**Finansiering av
Sykehjemsetaten**

Finansiering av Sykehjemsetaten

Utarbeidet for
Sykehjemsetaten, Oslo
kommune

Innhold:

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Metode	2
1.3.1	Informasjonsinnhenting	2
1.3.2	Omregning fra døgn til plasser	3
1.3.3	Pågående prosjekter i Sykehjemsetaten	3
2	PRIS- OG FINANSIERINGSMODELLEN	3
2.1	Priser for institusjonsplasser	3
2.2	Plasser	4
2.3	Mulige årsaker til avvik mellom budsjetterte og realiserte inntekter.....	5
3	INNTÉKTSSVIKTEN I 2007	5
3.1	Analyse av langtidsplasser 2007	6
3.1.1	Inntektskrav	6
3.1.2	Bydelenes anslagsbestillinger	6
3.1.3	Fakturerte langtidsplasser	7
3.2	Analyse av en-blocplasser 2007	8
3.2.1	Inntektskrav	8
3.2.2	Bydelenes bestillinger.....	9
3.2.3	Fakturerte en-blocplasser	9
3.2.4	Årsakene til inntektssvikten i 2007 – oppsummering.....	10
4	HVA KAN VENTES FOR 2008?.....	11
4.1	Analyse langtidsplasser 2008.....	12
4.1.1	Inntektskrav	12
4.1.2	Anslagsbestillinger og faktisk bruk 1. kvartal 2008	12
4.1.3	Avviksberegninger 1. kvartal 2008.....	13
4.1.4	Hva sier tallene fra 2007?	14
4.1.5	Prognose for inntektene på langtidsplasser 2008.....	16
4.2	Analyse en-blocplasser 2008	17
4.2.1	Inntektskrav	17
4.2.2	En-bloc bestillinger og faktisk bruk 1. kvartal 2008	18
4.2.3	Avviksberegninger 1. kvartal 2008.....	19
4.2.4	Hva sier tallene fra 2007?	19
4.2.5	Prognose for inntektene på en-blocplasser 2008	20
4.3	Samlet prognose for inntekter 2008	21
5	VURDERINGER AV PRIS- OG FINANSIERINGSMODELL	22
5.1	Økonomiske sammenhenger i dagens pris- og finansieringsmodell.....	22
5.2	Mulighet for å oppnå balanse i dagens modell	23
5.2.1	Upresist prisgrunnlag	23
5.2.2	Upresis kapasitetsstruktur	24
5.2.3	Per definisjon usikkerhet i behovet (bruk) for plasser.....	24
5.2.4	Reelle muligheter for kapasitetsendringer er begrenset.....	25
5.3	Samlet vurdering av dagens pris- og finansieringsmodell.....	26

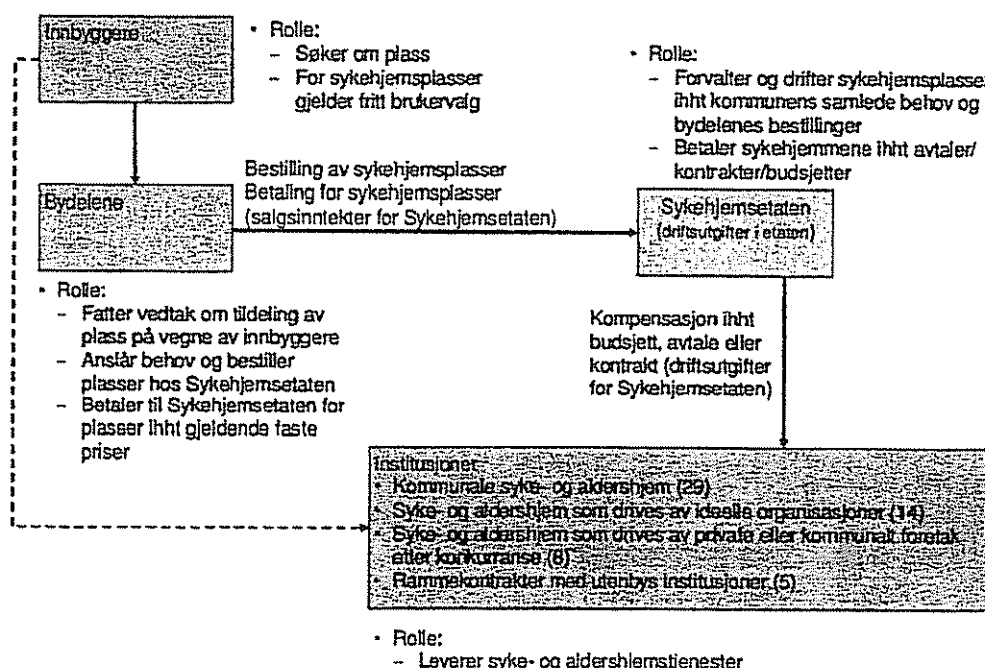
6	FORSLAG TIL ENDRINGER I PRIS- OG FINANSIERINGSMODELL	27
6.1	Kan en ny modell løse problemet?	27
6.1.1	Høyere inntekter?	27
6.1.2	Tiltak på kostnadssiden i Sykehjemsetaten?	28
6.1.3	Endringer i modellen kan ikke løse problemet	28
6.2	Alternative modellutforminger	28
6.2.1	Nødvendige tekniske opprettinger	28
6.2.2	Krav til modellen	29
6.2.3	Mulige endringer i modellen	30
6.2.4	Oppsummering	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Sykehjemsetaten ble etablert 1. januar 2007. Etatens hovedmål er å sørge for at innbyggerne i Oslo til enhver tid får tilbud om syke- og aldershjems plass når de har vedtak om det. I Figur 1.1 har vi illustrert Sykehjemsetatens oppgaver, og rollefordelingen mellom Sykehjemsetaten, bydelene og innbyggerne.

Figur 1.1 Aktører, roller og økonomiske relasjoner



Det er *bydelene* som har vedtaksmyndigheten for tildeling av plasser til innbyggerne. Bydelene melder inn behov/bestiller plasser hos Sykehjemsetaten og betaler for de plassene de kjøper av Sykehjemsetaten til sine innbyggere. *Innbyggerne* har fritt sykehjemvalg når det gjelder sykehjemsplass.

Sykehjemsetaten har ansvaret for Oslo kommunes 51 syke- og aldershjem. Dette er syke- og aldershjem som

- drives i kommunal egenregi (29)
- drives etter avtale med ikke-offentlige organisasjoner (14)
- drives av private kommersielle eller kommunalt foretak etter konkurranse (8).

Til sammen forvalter etaten om lag ca 4800 heldøgns plasser og 650 dagplasser. I tillegg har etaten inngått rammekontrakt med 5 utenbys institusjoner om kjøp av inntil 135 langtids plasser.

Alle utgifter til drift av Sykehjemsetaten, samt utgifter til drift av syke- og aldershjemmene, finansieres gjennom salgsinntektene fra bydelene. Salgsinntektene som tilføres Sykehjemsetaten, er fastsatt på grunnlag av en kombinasjon av bydelenes faktiske bruk av ulike typer plasser og bestilte plasser i ulike syke- og aldershjem og fastsatt pris per plass. Prisene fastsettes hver år av Bystyret. Bystyret fastsetter prisen på ordinære sykehjemsplasser, mens prisene på ulike typer andre plasser fastsettes i en *prismodell*, som er utviklet for formålet. Prismodellen er derfor sentral i forhold til Sykehjemsetatens inntekter: Inntektene for salg av syke- og aldershjemsplasser til bydelene er plassene bydelen kjøper multiplisert med prisene for de ulike typer plassene.

1.2 Problemstilling

Sykehjemsetaten hadde i 2007 et korrigert negativt netto regnskapsresultat på rundt 50 millioner kroner. Etaten hadde 70 millioner kroner mindre i salgsinntekter fra bydelene enn det som lå til grunn i budsjettet. På bakgrunn av dette ønsket Sykehjemsetaten en analyse av fire hovedproblemstillinger:

- Analyse av inntektssvikt og årsresultat i 2007 i henhold til fastsatt prismodell.
- Analyse av forventet inntektsnivå i 2008 basert på dagens situasjon, inkludert utnyttelsesgrad
- Vurdering av dagens pris- og finansieringsmodell, fordeler og ulemper
- Forslag til ulike pris- og finansieringsmodeller for sykehjemsetaten i fremtiden inkludert en vurdering av modellenes fordeler og ulemper.

1.3 Metode

1.3.1 Informasjonsinnhenting

I prosjektet har vi hentet informasjon fra følgende kilder:

- Relevante dokumenter;
 - Budsjett, årsrapport 2007, relevante dokumenter om Sykehjemsetaten som har vært til politisk behandling, dokumenter om prosjekter som pågår i Sykehjemsetaten, mv.
- Gjennomgang og analyse av Sykehjemsetatens (omfattende) materiale over bestillinger og faktureringer til bydelene;
 - Antall plasser
 - Fakturerte beløp
- Intervjuer med følgende;
 - Leder, økonomiansvarlig og bestillerenhet i Sykehjemsetaten
 - Administrasjonen i Byrådsavdeling for Velferd og sosiale tjenester
 - Administrasjonen i Byrådsavdeling for Utvikling og finans
 - To bydelsdirektører
 - To ledere av sykehjem

Informasjonen danner bakgrunn for analysene som er gjennomført i dette prosjektet.

1.3.2 Omregning fra døgn til plasser

Informasjonen i budsjettet er basert på antall syke- og aldershjems plasser samt en årspris per type plass. Informasjonen i fakturert bruk av plasser er i *døgn*. For å kunne måle budsjett mot fakturert har vi omregnet fakturerte døgn til fakturerte årsplasser. Avvik mellom budsjetterte og fakturerte årsplasser framkommer dermed som ledige plasser. Vi understreker at dette er summen av ledige plasser på mange forskjellige institusjoner til ulike tider i løpet av de tidsperiodene vi ser på, ikke at enkeltplasser står ledige over lengre tid.

1.3.3 Pågående prosjekter i Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten har igangsatt et prosjekt som heter "Prosjekt mulighetsrom". Dette prosjektet består av flere underprosjekter som blant annet omhandler problemstillinger knyttet til inntektssiden, effektiv utnyttelse av ressurser i produksjonen og kartlegging av ledighet i institusjoner.

Prosjektene behandler flere sentrale forhold vi berører i dette notatet. Prosjektene vil alle bidra med viktig informasjon i forhold til å frambringe kunnskap om situasjonen i sykehjemssektoren og gi bedre muligheter for å tilpasse aktiviteten og utnytte ressursene bedre. Informasjon fra disse prosjektene er ikke tatt inn i vårt arbeid ettersom prosjektene ikke er ferdigstilt. Vi kommer ikke nærmere tilbake til dette.

2 Pris- og finansieringsmodellen

Prinsippene for den nåværende prismodellen ble utarbeidet av Byrådet og fikk tilslutning i Bystyret i 2006.¹ Modellen ble innført fra 1. januar 2007. Sykehjemsetaten får sine inntekter bestemt av salg av sykehjemsplasser til bydelene.² Inntektene bestemmes av pris per plass og antall plasser de ulike bydelene bruker, altså:

Salgsinntekter = fastsatt pris på ulike plasser x antall plasser i bruk for hver prisklasse³

2.1 Priser for institusjonsplasser

Hovedprinsippet er at Byrådet/Bystyret beslutter en felles pris for alle sykehjemmene for ulike typer plasser. Det har vært et viktig prinsipp på politisk nivå at prisene ikke skulle avspeile kostnadsforskjeller mellom sykehjemmene. En slik prismodell er ment å gi Sykehjemsetaten incentiver til å redusere driftskostnadene ved de sykehjem som har høyest kostnadsnivå.

Prisene er beregnet på grunnlag av gjennomsnittskostnader for alle sykehjemmene i 2006, det vil si året før Sykehjemsetaten ble opprettet. Gjennomsnittsprisen er basert på kostnadene for antall vektete sykehjemsplasser basert på innmeldte plasser fra bydelene høsten 2006. For budsjettåret benyttes anslåtte driftskostnader, inkludert anslått pris- og lønnsvekst fra året før budsjettåret. Endringer i priser og lønninger er de samme som i Oslo kommune for øvrig. Disse er fastsatt av Byrådet/Bystyret.

¹ Se Byrådssak 79/08 og Saksfremlegg til Finanskomiteen, saksnr. 200401948-4.

² Det selges også et lite antall plasser til nabokommuner.

³ For noen plasser betaler bydelene ihht. bestilling. Vi kommer tilbake til dette.

Prisene i modellen varierer som nevnt mellom ulike typer plasser. Forholdet mellom prisene er basert på analyser av kostnadene for ulike plasser. Dette arbeidet ble gjort så langt tilbake som midt på 1990-tallet, ifølge de opplysninger vi har mottatt. Forholdstallet i prisene mellom ulike typer plasser er angitt ved et sett vektorer, der prisen for ordinære sykehjemsplass er referanse med en vekt på 1,0. Tabell 2.1 gjengir vektene og prisene for de ulike plassene, slik disse var i budsjettet for 2007.

Tabell 2.1 *Prismodell for sykehjem i Oslo kommune. Priser i budsjett for 2007*

Kategori	Vekt	Pris per plass
Ordinære sykehjemsplasser	1,00	555 600
Korttidsplasser	1,10	611 160
Aldershjemsplasser	0,75	416 700
Plasser i skjermet avd.	1,18	655 608
Forsterket plass – psykiatri	1,35	750 060
Forsterket plass – annet	1,70	944 520
Plasser i rehab.avd.	1,24	688 944
Dagsenterplasser*	0,25	138 900/89 500

Note: Prisen ble redusert fra kr 138 900 til kr 89 500 med virkning fra 1. juli 2007.

Kilde: Sykehjemsetaten

2.2 Plasser

Sykehjemsetatens inntekter fra salg av sykehjemsplasser bestemmes som nevnt av prisen for ulike plasser og det antall plasser som bydelene faktisk bruker og dermed kjøper fra Sykehjemsetaten. Bydelene gir anslagsbestillinger på langtidsplasser, men er kun forpliktet til å betale for de plassene de faktisk bruker. For en-blocplasser (som er korttidsplasser, aldershjemsplasser, plasser i rehabiliteringsavdelinger og plasser på dagsenter) gir bydelene bestillinger for hver tertial. Bydelene er forpliktet til å betale for bestilte en-blocplasser. For eventuelt bruk av plasser utover bestilling, betales samme pris som for bestilte plasser.

Usikkerhet om bydelenes bruk av plasser innebærer at det er usikkerhet knyttet til Sykehjemsetatens inntekter for et budsjettår. Sykehjemsetaten kjenner ikke bydelenes bruk av plasser før budsjettåret er slutt. Før budsjettåret starter har Sykehjemsetaten informasjon om faktisk antall plasser på sykehjemmene, samt anslagbestillinger på langtidsplasser og bestillinger på en-blocplasser for 1. tertial i budsjettåret. Den faktiske bruken av sykehjemsplasser får Sykehjemsetaten løpende kjennskap til gjennom året på basis av rapporteringer fra sykehjemmene og løpende fakturering til bydelene. I praksis betyr dette at Sykehjemsetaten ikke kjenner total bruk av plasser i budsjettåret eller sine totale inntekter før budsjettåret er slutt.

2.3 Mulige årsaker til avvik mellom budsjetterte og realiserte inntekter

Avvik mellom faktiske og forventede salgsinntekter kan forklares med avvik i én eller begge av de to komponentene (pris og plasser):

- Priser. Dette kan kun skje dersom bydelene betaler annen pris enn den som er fastsatt. I praksis er det kun ved feilfakturerings at det kan skje.
- Antall plasser i bruk for hver prisklasse: Det kan oppstå to former for avvik i plassbruken
 - avvik i faktisk bruk av antall plasser samlet
 - og/eller avvik i sammensetning av plassene.
 - Dersom det er et avvik mellom faktisk og forventet bruksmønster vil dette være en kilde til avvik i salgsinntektene. Generelt vil færre antall plasser og en vridning mot billigere plasser i forhold til budsjettet kunne forklare lavere faktiske enn forventede salgsinntekter.

I analysene som Econ Pöyry gjennomfører i dette oppdraget analyserer vi den faktiske bruken av institusjonsplasser i forhold til de forutsetninger som lå til grunn i budsjettet, dvs. i første rekke avvik mellom budsjettert antall plasser og antall fakturerte plasser, herunder endringer i sammensetningen av plassene. Det ligger utenfor vårt oppdrag å analysere om prisene reflekterer kostnadene for ulike typene av institusjonsplasser.

3 Inntektssvikten i 2007

Sykehjemsetaten hadde i 2007 budsjettert med salgsinntekter fra bydelene på 2 937 millioner kroner. Faktiske salgsinntekter ble ifølge Sykehjemsetatens årsrapport om lag 70 millioner kroner lavere enn budsjettert. Det er tre mulige kilder til inntektssvikten:

- At antall fakturerte plasser har avveket fra budsjettert antall plasser
- At fakturert antall plasser ikke er i samsvar med antall plasser som faktisk er brukt av bydelene
- At fakturert pris har avveket fra budsjettert pris

Vi har gjennomført analyser av fakturering av plasser fra Sykehjemsetaten til bydelene på grunnlag av Sykehjemsetatens egne registreringer av fakturering. I disse analysene fremgår omfanget av hver bydels bruk av plasser som er fakturert i 2007. Faktureringsgrunnlaget gir opplysninger hvilke typer plasser som er fakturert hver bydel i ulike tidsperioder for 2007. Vi har på grunnlag av dette materialet utarbeidet en samlet oversikt over totalt omfang av fakturerte plasser for hele 2007 og for alle bydeler. Tallene for fakturerte plasser er sammenlignet med hva som var lagt til grunn i budsjettet for Sykehjemsetaten og også sammenlignet med bestillingene (både anslagbestillingene og en-bloc bestillingene) bydelene gjør tertialvis. Grunnlaget gir også opplysninger om hvilke priser som er fakturert, slik at det er mulig å finne ut om det har vært avvik mellom budsjetterte priser og fakturerte priser.

Vi har ikke hatt informasjon til å analysere om det er avvik mellom fakturert bruk av plasser og faktisk bruk av plasser.

3.1 Analyse av langtidsplasser 2007

3.1.1 Inntektskrav

Tabell 3.1 viser forutsetninger om priser og bruk av plasser i inntektskravet for langtidsplasser i budsjettet for 2007.

Tabell 3.1 *Inntektskrav for langtidsplasser i 2007*

	Vekter i prismodell	Pris per plass per døgn (kr)	Plasser	Inntektskrav (mill kr)
Ordinære sykehjemsplasser	1,00	1 522	2 828	1 571
Plasser i skjermede enheter	1,18	1 796	988	648
Forsterkede plasser psykiatri	1,35	2 055	76	57
Andre forsterkede plasser	1,70	2 588	27	26
Totalt			3 919	2 301

Kilde: Sykehjemsetaten

Det samlede inntektskravet for langtidsplasser var 2 301 millioner kroner i 2007. Inntektskravet for ordinære sykehjemsplasser utgjorde nesten 70 prosent av samlet inntektskrav for langtidsplasser, mens plasser i skjermede enheter utgjorde i underkant av 30 prosent. Inntektskravet for forsterkede plasser utgjorde om lag 3 prosent av samlet krav.

3.1.2 Bydelenes anslagsbestillinger

For langtidsplasser gir bydelene ved inngangen til hvert tertial, en anslagsbestilling på antall plasser bydelene planlegger å bruke.⁴ Bestillingen er ikke forpliktende for bydelene. De betaler kun for de langtidsplasser de faktisk bruker.

Tabell 3.2 viser bydelenes anslagsbestillinger av langtidsplasser for 2007. Samlet sett falt bestillingene av plasser noe gjennom året som følge av gradvis lavere bestillinger på ordinære sykehjemsplasser. For andre langtidsplasser skjedde det en oppgang gjennom 2007 ved at bydelene bestilte flere forsterkede plasser, mens antall skjermede plasser lå på samme nivå i 3. tertial som i 1. tertial.

Tabell 3.2 *Bydelenes bestilling av langtidsplasser i 2007*

	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Gjennomsnitt 2007
Ordinære sykehjemsplasser	3 212	3 175	3 069	3 152
Plasser i skjermede enheter	852	833	852	846
Forsterkede plasser psykiatri	61	84	80	75
Andre forsterkede plasser*	-	-	19	6
Totalt	4 125	4 092	4 020	4 079

Note: * = Var inkludert i forsterkede plasser psykiatri i 1. og 2. tertial.

Kilde: Sykehjemsetaten

⁴ Bydelene gir et anslag på hva de forventer at etterspørselen etter plasser blir, men betaler kun for de plassene de faktisk bruker. For enkelthets skyld kaller vi dette anslaget bestilling.

3.1.3 Fakturerte langtidsplasser⁵

Antall plasser

Tabell 3.3 gir en oversikt over fakturerte langtidsplasser i 2007. Dette er sammenlignet med bestilte plasser og antall plasser som lå til grunn for inntektskravet, det vil si i budsjettet. Tabellen viser at totalt antall fakturerte plasser lå klart høyere enn i budsjettet, samlet sett ble det fakturert 150 plasser mer enn budsjettet. Antall ordinære sykehjemsplasser som ble fakturert bydelene⁶, lå vel 250 plasser høyere enn i budsjettet. Antall fakturerte plasser i skjermede enheter lå langt lavere enn budsjettet, et negativt avvik på 131 plasser, ifølge våre tall. For forsterkede plasser ble det fakturert flere enn budsjettet.

Tabell 3.3 Antall langtidsplasser i 2007

	Antall plasser			
	Budsjett (inntektskrav)	Bestilling	Fakturert	Avvik mellom antall fakturerte og budsjetterte plasser
Ordinære sykehjemsplasser	2 828	3 152	3 090	262
Plasser i skjermede enheter	988	846	857	(131)
Forsterkede plasser psykiatri	76	75	80	4
Andre forsterkede plasser	27	6	42	15
Totalt	3 919	4 079	4 069	150

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Avviket mellom bydelenes anslagsbestillinger på langtidsplasser og deres bruk av (fakturerte)⁷ langtidsplasser var alt i alt beskjedent i 2007. Bydelenes faktiske bruk av langtidsplasser lå nesten 4 prosent høyere enn i Sykehjemsetaten opprinnelige budsjett. Bydelene brukte færre ordinære sykehjemsplasser enn bestilt i 2007, mens de brukte flere skjermede plasser og forsterkede plasser enn de hadde bestilt.

Samlet sett er det ingenting som tyder på at bydelene samlet underbudsjetterte (anslo) bruken av langtidsplasser i 2007. Det samlede avviket var bare 10 plasser, som svarer til 2 ½ promille av antall plasser i Sykehjemsetatens opprinnelige budsjett.

⁵ Fakturerte vurderingsplasser som er korttidsplasser, er i våre analyser medregnet i langtidsplassene. Vurderingsplassene bestilles ikke av bydelene. Dette innebærer at antall fakturerte langtidsplasser overvurderes i våre analyser, mens antall fakturerte korttidsplasser ligger noe lavere enn faktisk bruk. For de samlede antall fakturerte plasser og inntekter har denne føringen ingen betydning.

⁶ Tallene inneholder også salg av noen få plasser til nabokommunene. Dette utgjorde to ordinære sykehjemsplasser og en forsterket plass i 2007.

⁷ Det kan være et avvik mellom bydelenes faktiske bruk av plasser og antall fakturerte plasser som følge av feilfakturering. Econ Pöyry har ikke hatt informasjon til å sjekke feil i faktureringer.

Salgsinntekter

Tabell 3.4 viser avvik mellom anslåtte og realiserte salgsinntekter for Sykehjemsetaten for bydelenes bruk av ulike langtidsplasser⁸. Negative avvik er markert med parentes. Budsjetterte salgsinntekter var 2 301 millioner kroner. Realiserte salgsinntekter basert på oppgavene for fakturering var 2 366 millioner kroner. I tillegg er det fakturert 29 millioner kroner, som dels er etterfakturering i forbindelse med priskorrigerings og andre etterkorrigeringer, som ikke er mulig å fordele på plasstyper.

Tabell 3.4 *Anslåtte og realisert salgsinntekter for Sykehjemsetaten fra bydelene. Langtidsplasser. Millioner kroner*

	Budsjett (inntekts- krav)	Bestilling	Fakturert*	Avvik mellom fakturert og budsjettert salgsinntekt
Ordinære sykehjemsplasser	1 571	1 751	1 710	139
Plasser i skjermede enheter	648	554	559	(89)
Forsterkede plasser psykiatri	57	56	60	3
Andre forsterkede plasser	26	6	41	15
Uspesifisert og priskorrigerings			29	29
Totalt	2 301	2 368	2 398	97

Note: * Inkludert plasser solgt til nabokommuner. Dette utgjorde to sykehjemsplasser og en forsterket plass i 2007.

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Fakturerte salgsinntekter i alt lå 97 millioner kroner høyere enn i budsjettet, som følge av høyere bruk av ordinære sykehjemsplasser og av forsterkede plasser, mens bruk av plasser i skjermede enheter ga mindre i inntekter enn det som lå i budsjettet.

3.2 Analyse av en-blocplasser 2007

3.2.1 Inntektskrav

Tabell 3.4 viser forutsetninger om priser og bruk av en-blocplasser som var grunnlag for inntektskravet for Sykehjemsetaten i budsjettet for 2007.

Tabell 3.5 *Inntektskrav for en-blocplasser i 2007*

	Vekter i pris- modell	Pris per plass per døgn (kr)	Plasser	Inntektskrav (mill kr)
Korttidsplasser	1,1	1 674	527	322
Plasser i rehab avdelinger	1,24	1 887	217	150
Dagsenterplasser*	0,25	381	779	108
Aldershjemsplasser	0,75	1 142	133	55
Totalt			1 656	635

Note: * = Prisen på dagsenterplasser ble nedjustert fra kr. 138.900 til kr. 89.500 per år med virkning fra 1. juli 2007.

Kilde: Sykehjemsetaten

⁸ Salgsinntekten fra salg av plasser til nabokommuner er også med, jf. fotnote 6.

Det samlede inntektskravet for en-blocplasser var 635 millioner kroner i 2007. Inntektskravet for ordinære korttidsplasser utgjorde omtrent halvparten av det samlede inntektskravet for en-blocplasser, mens om lag en firedel av kravet var knyttet til plasser i rehabiliteringsavdelinger.

3.2.2 Bydelenes bestillinger

Tabell 3.6 viser bydelenes bestillinger av en-blocplasser i 2007. Dette er som tidligere nevnt plasser som bydelene er forpliktet til å betale for, uansett om de brukes eller ikke. Samlet sett falt bestillingene av disse plassene noe gjennom året, vesentlig som følge av lavere bestillinger på dagsenterplasser.

Tabell 3.6 Bydelenes bestilling av en-blocplasser i 2007

	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Gjennomsnitt 2007
Korttidsplasser	413	420	427	420
Plasser i rehab avdelinger	104	100	101	101
Dagsenterplasser	719	661	653	678
Aldershjemsplasser	121	150	141	137
Totalt	1 357	1 331	1 322	1 337

Kilde: Sykehjemsetaten

3.2.3 Fakturerte en-blocplasser

Tabell 3.7 gir en oversikt over budsjett, bestillinger og antall ekstrarakturerte⁹ en-blocplasser i 2007. Antall fakturerte en-blocplasser er beregnet på grunnlag av regnskapsoversikter fra Sykehjemsetaten.

Tabell 3.7 Antall en-blocplasser i 2007

	Budsjett (inntekts- krav)	En-bloc bestilling	Ekstra- fakturerte plasser	Avvik mellom antall fakturerte og budsjetterte plasser
Korttidsplasser	527	420	13	(94)
Plasser i rehab avdelinger	217	102	5	(111)
Dagsenterplasser	779	678	0	(101)
Aldershjemsplasser	133	137	0	4
Totalt	1 656	1 337	18	(301)

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Vi ser at både totalt antall bestilte en-blocplasser fra bydelene og totalt antall fakturerte en-blocplasser lå klart lavere enn antall en-blocplasser som ble brukt i prismodellen og i budsjettet. Tabellen viser at Sykehjemsetaten fakturerte bydelene for 94 færre korttidsplasser enn det som var lagt til grunn i budsjettet for 2007. Antall fakturerte rehabiliteringsplasser lå 111 plasser under budsjettet. For dagsenterplasser ble det fakturert 101 plasser færre enn det som lå i budsjettet.

⁹ Plasser bydelene har benyttet utover de som var bestilt i en-bloc bestillingene.

Avviket mellom bestillingene og faktisk bruk av plasser beskjedent. Samlet brukte bydelene kun 18 plasser mer enn det de hadde bestilt. Dette utgjør vel 1 ¼ prosent av det bestilte antallet en-blocplasser.

Salgsinntekter fra bydelene

Tabell 3.8 viser anslåtte og realiserte salgsinntekter for Sykehjemsetaten for bydelenes bruk av en-blocplasser. Budsjetterte salgsinntekter var 635 millioner kroner. Realiserte salgsinntekter basert på oppgavene for fakturering var 476 millioner kroner for fakturering som er fordelt på plasser. I tillegg er det fakturert 3 millioner kroner som det ikke er mulig å fordele på plasser basert på oppgavene. Fakturerte salgsinntekter for en-blocplassene i alt lå dermed 159 millioner kroner lavere enn budsjetterte salgsinntekter.

Årsaken til inntektssvikten er at antall en-blocplasser som bydelene benyttet i 2007 lå langt under det som var lagt inn i budsjettet til Sykehjemsetaten. Det største avviket er for plasser i rehabiliteringsavdelinger, der realiserte salgsinntekter i 2007 lå 76 millioner kroner lavere enn det som var lagt til grunn i etatens budsjett, som følge av at bydelene brukte 111 færre plasser enn det som lå til grunn i budsjettet. Inntektssvikten som følge av langt lavere bruk av rehabiliteringsplasser forsterkes av at dette er dyre plasser. Også langt lavere bruk av ordinære korttidsplasser bidro sterkt til inntektssvikten i 2007 med realiserte salgsinntekter som lå 57 millioner kroner under budsjett.

Tabell 3.8 *Anslåtte og realisert salgsinntekter fra bydelene. En-blocplasser.*
Millioner kroner

	Budsjett (inntekts- krav)	Bestilling	Fakturert	Avvik mellom fakturert og budsjettert salgsinntekt
Korttidsplasser	322	257	265	(57)
Plasser i rehab avdelinger	150	70	73	(76)
Dagsenterplasser	108	94	77	(31)
Aldershjemplasser	55	57	57	2
Uspesifisert			3	3
Totalt	635	478	476	(159)

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöryrs beregninger

3.2.4 Årsakene til inntektssvikten i 2007 – oppsummering

Tabell 3.9 oppsummerer tallmessig inntektssvikten i 2007. I tillegg til svikten i salget av plasser, viser også tabellen betydningen endringen i sammensetningen i ulike type plasser har hatt for inntektene. Dette kan ses av gjennomsnittprisene på plassene. Dersom gjennomsnittprisene ligger lavere for fakturerte plasser sammenlignet med budsjettet, betyr det at sammensetningseffekten trekker inntektene ned og vice versa.

Tabell 3.9 Oppsummering av årsakene til inntektssvikten i 2007

	Avvik mellom realiserte størrelser og budsjett		Gjennomsnittlig priser per plass. Kroner per år	
	Antall plasser	Inntekter i alt. Millioner kroner	Budsjett (inntektskrav)	Fakturent
Langtidsplasser	150	97	587 263	589 353
En-blokplasser	(301)	(159)	383 579	351 197
- herav sykehjemsplasser	(54)	(35)	594 696	594 165
I alt	(151)	(63)	526 761	529 868

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Samlet innebærer våre analyser at den samlede svikten i salgsinntektene for Sykehjemsetaten i 2007 var om lag 63 millioner kroner. Dersom vi ser bort i fra det som ble fakturert andre kommuner var svikten i salgsinntektene fra bydelene på knapt 66 millioner kroner, det vil si på linje med det Sykehjemsetaten rapporterte i sin årsmelding for 2007. Svikten i salgsinntektene kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

1. Bydelene kjøpte i 2007 om lag 151 færre plasser fra Sykehjemsetaten enn det som var lagt til grunn i budsjettet.
2. Det var solgt av en-blokplasser som ble langt lavere enn antatt; om lag 301 plasser lavere enn antatt i budsjettet.
3. Bruken av langtidsplasser ble klart høyere enn budsjettet, om lag 150 plasser høyere enn i budsjettet.
4. Sammensetningen i plassene trakk i retning av høyere gjennomsnittspris per plass, siden en god del av en-blokplasser der bruken gikk ned, koster klart mindre enn andre plasser. Dette gjelder plasser på dagsenter og aldershjem.
5. For sykehjemsplasser alene, dvs. plasser utenom dagsenter og aldershjem, bidro endringen i sammensetning av plassene til en inntektssvikt på om lag 2 millioner kroner, dvs. bare en marginal del av inntektssvikten i 2007.

Informasjon som Econ Pöyry har hatt tilgang til, gir ingen indikasjoner om at det er betydelige avvik mellom budsjetterte og fakturerte priser for plassene som bydelene kjøper.

4 Hva kan ventes for 2008?

Sykehjemsetaten har et budsjettert inntektskrav for 2008 på 3 084 millioner kroner. I dette kapitlet skal vi vurdere hva slags inntektsoppnåelse vi kan forvente for Sykehjemsetaten i 2008 basert på hva budsjett, faktisk fakturering hittil i år samt erfaringene som ble gjort gjennom 2007. Vi bruker følgende data som grunnlag for å gjøre vurderinger av inntektsoppnåelsen i 2008:

- Inntektskravet (budsjettet) for plassene i 2008
- Omfang av bestilte og fakturerte plasser i 1. kvartal 2008
- Avviket mellom bestilte, fakturerte og budsjetterte plasser første kvartal 2008
- Status for budsjett, bestilling og fakturering av plasser første kvartal 2007 samt hele 2007.

Vi vurderer først langtidsplassene, deretter en-blocplassene.

4.1 Analyse langtidsplasser 2008

4.1.1 Inntektskrav

I Tabell 4.1 har vi vist forutsetninger om priser og plasser for inntektsanslaget for langtidsplasser i 2008. Vi har også angitt et gjennomsnittlig kvartalsmessig inntektskrav (25 prosent av årskravet) som sammenligningsgrunnlag for de senere vurderingene av bestilling og fakturering av plasser i første kvartal 2008.

Tabell 4.1 Inntektskrav for langtidsplasser 2008

	Vekter i prismodell	Pris per plass per døgn (kr)	Plasser	Inntektskrav (mill kr)	Gjennomsnittlig kvartalsvis inntektskrav (mill kr)
Ordinære sykehjemsplasser	1,00	1 622	2 828	1 674	418,6
Plasser i skjermede enheter	1,18	1 914	988	690	172,6
Forsterkede plasser psykiatri	1,35	2 190	76	61	15,2
Andre forsterkede plasser	1,70	2 758	27	27	6,7
Totalt			3 919	2 452	613,1

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pörys beregninger

Pris per ordinær sykehjemsplass i 2008 er 592 100 kroner. Det samlede inntektskravet for 2008 for langtidsplasser er 2 452 millioner kroner, tilsvarende et gjennomsnittlig inntektskrav på om lag 613 millioner kroner i kvartalet for langtidsplassene.

4.1.2 Anslagsbestillinger¹⁰ og faktisk bruk 1. kvartal 2008

Bydelene ga i desember 2007 anslagsbestillinger på bruk av langtidsplasser for første tertial i 2008. På tidspunktet for vår analyse har Sykehjemsetaten fakturert bydelene for bruk av plasser i første kvartal 2008. I Tabell 4.2 har vi vist bydelenes anslagsbestillinger for langtidsplassene for 1. kvartal 2008 (tertial) samt hva Sykehjemsetaten har fakturert bydelene for første kvartal 2008.

¹⁰ Bydelene gir et anslag på hva de forventer etterspørselen etter plasser blir, men betaler kun for de plassene de faktisk bruker. For enkelthets skyld kaller vi dette anslaget bestilling.

Tabell 4.2 Anslagsbestilling og fakturerte langtidsplasser 1. kvartal 2008

	Anslags- bestilling (plasser)	Fakturerte plasser	Anslag inntekt (mill kr)	Fakturert inntekt (mill kr)
Ordinære sykehjemsplasser	3 020	3 085	447,0	456,7
Plasser i skjermede enheter	871	857	152,1	149,6
Forsterkede plasser psykiatri	91	79	18,2	15,7
Andre forsterkede plasser	32	44	8,1	10,9
Uspesifisert				1,2
Totalt	4 014	4 065	625,3	634,5

Note: Fakturerte plasser er inkludert plasser som er fakturert andre kommuner. Disse bestilles ikke. I 1.kvartal 2008 var dette 2 ordinære sykehjemsplasser og 1 forsterket plass. Til sammen ble det fakturert i underkant av 600 000 kroner for disse plassene.

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Totalt anslo bydelene at de ville ha behov for 4 014 langtidsplasser i første kvartal (tertial). Sykehjemsetaten har fakturert for bruk av 4 065 plasser i første kvartal. Fakturerte inntekter for disse plassene i første kvartal 2008 var i overkant av 634 millioner kroner.

4.1.3 Avviksberegninger 1. kvartal 2008

Tabell 4.3 viser avvik mellom budsjetterte, bestilte og fakturerte plasser og inntekter for de ulike langtidsplassene i første kvartal 2008. Negative avvik er markert med parentes.

Tabell 4.3 Avvik mellom inntektskrav, bestillinger og faktisk bruk 1. kvartal 2008

	Avvik fakturerte og budsjetterte plasser	Avvik fakturerte og bestilte plasser	Avvik fakturerte og budsjetterte* inntekter (mill kr)	Avvik fakturerte og bestilte inntekter (mill kr)
Ordinære sykehjemsplasser	257	65	37,8	9,7
Plasser i skjermede enheter	(131)	(14)	(22,9)	(2,5)
Forsterkede plasser psykiatri	3	(12)	0,5	(2,5)
Andre forsterkede plasser	17	12	4,1	3,1
Uspesifisert			1,2	1,2
Totalt	146	51	21,3	9,1

Note: * = Budsjett satt lik ¼ av krav til årsinntekt
Fakturerte beløp er inklusive fakturert beløp til utenbys kommuner. Dette er plasser som ikke er bestilt (2 ordinære sykehjemsplasser og 1 forsterket plass annet).

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Tabellen viser i hovedsak at det i første kvartal 2008 er:

- fakturert bruk av 146 flere langtidsplasser samlet enn det som er lagt til grunn i budsjettet (inntektskravet)
- fakturert bruk av 51 flere langtidsplasser samlet enn det ble bestilt for dette kvartalet.

Når det gjelder type plasser er det:

- fakturert 257 flere ordinære sykehjemsplasser enn det som er lagt til grunn i inntektskravet og 65 flere ordinære sykehjemsplasser enn det som er bestilt.
- fakturert 131 færre plasser i skjermede enheter enn det som er lagt til grunn i inntektskravet og 14 færre plasser i skjermede enheter enn det som er bestilt.
- fakturert 20 flere plasser i forsterkede enheter enn det som er lagt til grunn i inntektskravet. Fakturert er imidlertid det samme som bestilt.

Fakturert bruk første kvartal 2008 målt i plasser er dermed høyere enn antallet plasser lagt til grunn i inntektskravet og også høyere enn bestilt av bydelene. Det er videre en vridning i bruk av ulike plasser mellom budsjettet, bestillingene og faktureringen. Generelt er det en kraftig vridning mot bruk av ordinære sykehjemsplasser.

Samlet sett gir endringene en høyere fakturert inntekt for Sykehjemsetaten både i forhold antatt kvartalsinntekt i budsjettet (21,3 millioner kroner høyere) og i forhold inntekt basert på bestillingene (9,1 millioner kroner høyere).

4.1.4 Hva sier tallene fra 2007?

I kapittel 3 har vi analysert inntektskrav, bestillingene og fakturerte plasser og inntekter for langtidsplasser i 2007. For å belyse situasjonen per første kvartal 2008 har vi i Tabell 4.4 vist avviksberegningene for 1. kvartal i 2007 og hele 2007 for langtids-plassene.

Tabell 4.4 Avvik mellom inntektskrav, bestillinger og faktisk bruk 2007

	Avvik fakturerte og budsjetterte plasser	Avvik fakturerte og bestilte plasser	Avvik fakturerte og budsjetterte* inntekter (mill kr)	Avvik fakturerte og bestilte inntekter (mill kr)
1. kvartal 2007				
Ordinære sykehjemsplasser	229	(155)	39,1	(21,6)
Plasser i skjermede enheter	(121)	15	(17)	2,5
Forsterkede plasser psykiatri	1	58	0,4	11
Andre forsterkede plasser	12	(3)	3,0	(0,6)
Halvt forsterket plass	2	2	0,2	0,2
Uspesifisert			(0,2)	(0,2)
Totalt	123	(83)	25	(8,9)
Hele 2007				
Ordinære sykehjemsplasser	262	(62)	139	(41)
Plasser i skjermede enheter	(131)	11	(89)	5
Forsterkede plasser psykiatri	4	5	4	4
Andre forsterkede plasser	15	36	15	35
Uspesifisert og prisjustert			29	29
Totalt	150	(10)	97	32

Note: * = Budsjett satt lik ¼ av krav til årsinntekt

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Tabellen viser i hovedsak at det i første kvartal 2007 ble:

- fakturert bruk av 123 plasser flere enn det som var lagt til grunn i budsjettet (inntektskravet for 2007)
- fakturert bruk av 83 plasser færre enn det ble bestilt for dette kvartalet.

Når det gjelder type plasser ble det:

- fakturert 229 flere ordinære sykehjemsplasser enn det som er lagt til grunn i inntektskravet men 155 færre ordinære sykehjemsplasser enn det som var bestilt.
- fakturert 121 færre plasser i skjermede enheter enn det som er lagt til grunn i inntektskravet men 15 flere plasser i skjermede enheter enn det som var bestilt.

Etter første kvartal 2007 var dermed fakturert forbruk målt i plasser høyere enn inntektskravet for ett kvartal. Det var en vridning mot bruk av ordinære sykehjemsplasser. Samlet ga bruken Sykehjemsetaten en inntekt i første kvartal som var 25 millioner kroner høyere enn det kvartalsvise inntektskravet i budsjettet, men nesten 9 millioner kroner lavere enn det bydelene bestilte. Med andre ord var bydelenes anslag på behov noe høyt.

Tabellen viser videre at det på årsbasis i 2007 ble fakturert 150 flere plasser enn det som lå til grunn i inntektskravet, men 10 færre plasser enn det som var bestilt. Også på årsbasis ser vi dermed at antall plasser fakturert var høyere enn inntektskravet. På samme måte som for kvartalet ser vi en vridning i bruk av plasser. For hele 2007 ble det fakturert betydelig flere ordinære sykehjemsplasser enn det som ble forutsatt i inntektskravet, og betydelige færre plasser i skjermet enhet. Dette er nærmere behandlet i kapittel 3. Anslaget på plassforbruket (bestillingen) var imidlertid stort sett i samsvar med fakturert på totalnivå året sett under ett.

Samlet ga bruken av langtidsplasser Sykehjemsetaten en inntekt i 2007 som var 97 millioner kroner høyere enn inntektskravet i budsjettet, og 32 millioner kroner høyere enn det bydelene anslo i sine bestillinger.

4.1.5 Prognose for inntektene på langtidsplasser 2008

Som vi har sett av analysene over gjelder følgende for langtidsplassene:

- Budsjettet antall langtidsplasser for 2007 og 2008 er det samme.
- Første kvartal 2008: Det er fakturert for bruk av 146 flere langtidsplasser enn budsjettet. Dette tilsvarer 21,3 millioner kroner i merinntekter i forhold til budsjett målt på kvartalsbasis.
- Første kvartal 2007: Det ble fakturert for bruk av 120 flere langtidsplasser enn budsjettet. Dette tilsvarte 25 millioner kroner i merinntekter i forhold til budsjett målt på kvartalsbasis.
- Hele 2007: Det ble fakturert for bruk av 150 flere langtidsplasser enn budsjettet. Dette tilsvarte 97 millioner kroner i merinntekter i forhold til budsjett for året.

Det er flere måter å vurdere en prognose for inntektene på langtidsplasser i 2008 på.

Basert på resultatene i første kvartal 2008 (prognose 1)

Dersom vi legger til grunn at faktureringsrenden fra første kvartal 2008 vil holde seg igjennom året vil hvert kvartal komme ut med en inntekt som er 21,3 millioner kroner høyere enn inntektskravet. Til sammen gir dette en inntekt i 2008 som er over 85 millioner kroner høyere for langtidsplassene enn det som er lagt til grunn i inntektskravet.

Basert på resultatene i 2007 (prognose 2)

Som vi så i avsnitt 4.1.4 var overskuddsinntekten for langtidsplassene i første kvartal 2007 om lag 25 millioner kroner høyere enn inntektskravet, mens det på årsbasis var 97 millioner kroner høyere. Dette tilsvarer et forholdstall på 0,26 mellom kvartalsresultatet og årsresultatet. Dersom vi legger til grunn at det samme forholdstall gjelder mellom første kvartal 2008 og hele 2008, vil fakturerte inntekter for langtids-plasser i hele 2008 være om lag 82 millioner kroner høyere enn inntektskravet.

Konsekvenser av innmeldt endringsbehov

I forbindelse med at bydelene ga en anslagsbestilling på behov for langtidsplasser for 2008, ble de også bedt om å antyde hva de forventer av endringer i behovet i løpet av 2008. Samlet meldte bydelene et forventet redusert behov for ordinære sykehjemsplasser (99 færre plasser) og skjermede plasser (40 færre plasser) gjennom året. Dersom vi for enkelthets skyld legger til grunn at den reduserte etterspørselen fordeler seg jevnt over de resterende tre kvartalene av 2008, vil dette gi følgende reduksjon i fakturerte inntekter isolert sett:

Tabell 4.5 Reduserte inntekter som følge av innmeldt redusert etterspørsel etter langtidsplasser. Millioner kroner.

	2. kv. (mill kr)	3. kv. (mill kr)	4. kv. (mill kr)	Totalt (mill kr)
Ordinære sykehjemsplasser	(4,9)	(9,8)	(14,7)	(29,3)
Skjermede plasser	(2,3)	(4,5)	(7,0)	(13,8)
Totalt (mill kr)	(7,2)	(14,3)	(21,6)	(43,1)

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Med andre ord vil en ren reduksjon i etterspørselen etter langtidsplasser isolert sett gi et betydelig bortfall av inntekter for Sykehjemsetaten de siste tre kvartalene av året (til sammen i overkant av 43 millioner kroner).

Dersom vi legger til grunn prognose 1, vil overskuddet (avvik fra budsjett) på langtidsplasser reduseres fra 85 millioner kroner til om lag 42 millioner kroner.

Dersom vi legger til grunn prognose 2, vil overskuddet (avvik fra budsjett) på langtidsplasser reduseres fra 82 millioner kroner til om lag 39 millioner kroner. Imidlertid ligger det i prognose 2 allerede inne en nedtrapping av bruk basert på 2007-tall ettersom prognosen er basert på forholdet mellom første kvartal 2007 og hele 2007. Dette betyr at denne korreksjonen av prognosene 2 overvurderer nedgangen i bydelenes bruk av langtidsplasser gjennom 2008.

4.2 Analyse en-blocplasser 2008

4.2.1 Inntektskrav

I Tabell 4.6 har vi vist forutsetninger om priser og bruk av plasser for inntektsanslaget for en-blocplasser i 2008. Vi har også her angitt et gjennomsnittlig kvartalsmessig inntektskrav (25 prosent av årskravet).

Tabell 4.6 *Inntektskrav for en-blocplasser 2008*

	Vekter i pris-modell	Pris per plass per døgn (kr)	Plasser	Inntektskrav 2008 (mill kr)	Gjennomsnittlig kvartalsvis inntektskrav 2008 (mill kr)
Korttidsplasser	1,10	1 784	527	343,3	85,8
Plasser i rehab avdelinger	1,24	2 012	217	159,3	39,8
Dagsenterplasser*		245	779	69,7	17,4
Aldershjemplasser	0,75	1 217	133	59,1	14,8
Totalt			1 656	631,4	157,9

Note: * = Pris per dagsenterplass er kr 89 500 per år.

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Pris per ordinære sykehjemsplass er som nevnt i avsnittet om langtidsplasser 592 100 kroner per år. Vektene for de ulike en-blocplassene i forhold til dette er angitt i tabellen. For dagsenterplasser gjelder en årpris på kr 89 500. Det samlede inntektskravet for en-blocplasser i 2008 er om lag 631 millioner kroner, tilsvarende et gjennomsnittlig inntektskrav på nesten 160 millioner kroner per kvartal.

4.2.2 **En-bloc bestillinger og faktisk bruk 1. kvartal 2008**

Bydelene ga i desember 2007 en bestilling på bruk av en-blocplasser for første tertial i 2008. På tidspunktet for vår analyse har Sykehjemsetaten fakturert bydelene for bruk av plasser i første kvartal 2008. Sykehjemsetaten fakturerer bydelene for disse en-bloc bestillingene uavhengig av faktisk bruk. Merforbruk utover bestillingene faktureres i tillegg.

I Tabell 4.7 har vi vist bydelenes bestillinger av en-blocplasser for 1. tertial 2008 (som gjelder for første kvartal), ekstrarakturerer for merforbruk fordelt på plasser samt hva Sykehjemsetaten har fakturert bydelene for en-blocplasser i første kvartal 2008.

Tabell 4.7 *Anslagsbestilling og fakturerte en-blocplasser 1. kvartal 2008*

	En-bloc bestilling (plasser)	Ekstrafakturererte plasser	Sum fakturert (mill kr)
Korttidsplasser	464	9	77,0
Plasser i rehab avdelinger	65	6	13,0
Dagsenterplasser	645	-	14,4
Aldershjemplasser	138	2	15,5
Totalt	1 312	17	120,0

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Totalt bestilte bydelene 1 312 en-blocplasser for første kvartal (tertial) 2008. Sykehjemsetaten har fakturert for disse plassene samt 17 ekstra plasser. Merforbruket er samlet sett lavt i forhold til en-bloc bestillingene. Totalt har Sykehjemsetaten fakturert 120 millioner kroner for en-blocplasser i første kvartal 2008.

4.2.3 Avviksberegninger 1. kvartal 2008

I Tabell 4.8 har vi vist avvik mellom budsjetterte, bestilte og fakturerte plasser og inntekter for de ulike en-blocplassene i første kvartal 2008. Negative avvik er markert med parentes.

Tabell 4.8 Avvik mellom inntektskrav, bestillinger og faktisk bruk 1. kvartal 2008

	Avvik bestilte og budsjetterte plasser	Avvik fakturerte og budsjetterte plasser	Avvik fakturerte og budsjetterte* inntekter (mill kr)
Korttidsplasser	(63)	(54)	(8,8)
Plasser i rehab avdelinger	(152)	(146)	(26,9)
Dagsenterplasser	(134)	(134)	(3,0)
Aldershjemplasser	5	7	0,8
Totalt	(344)	(327)	(37,8)

Note: * = Budsjett satt lik ¼ av krav til årsinntekt

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Tabellen viser i hovedsak at det total sett er:

- bestilt 344 færre en-blocplasser enn det som er lagt til grunn i budsjettet (inntektskravet)
- fakturert 327 færre en-blocplasser enn det som er lagt til grunn i budsjettet (inntektskravet)

Avvikene gir en fakturert inntekt for en-blocplassene som er 37,8 millioner kroner lavere enn lagt til grunn i antatt kvartalsinntekt i budsjettet.

4.2.4 Hva sier tallene fra 2007?

I kapittel 3 har vi analysert inntektskrav, bestillingene og fakturerte plasser og inntekter for en-blocplasser i 2007. For å belyse situasjonen per første kvartal 2008 har vi i Tabell 4.9 vist avviksberegningene for første kvartal i 2007 og hele 2007 for en-blocplasser.

Tabell 4.9 *Avvik mellom inntektskrav, bestillinger og faktisk bruk 2007*

	Avvik bestilte og budsjetterte plasser	Avvik fakturerte og budsjetterte plasser	Avvik fakturerte og budsjetterte inntekter (mill kr)
1. kvartal			
Korttidsplasser	(114)	(81)	(12,3)
Plasser i rehab avdelinger	(113)	(101)	(17,4)
Dagsenterplasser	(60)	(60)	(2,1)
Aldershjemsplasser	(12)	(12)	(1,2)
Totalt	(299)	(254)	(33,1)
Hele 2007			
Korttidsplasser	(107)	(94)	(57)
Plasser i rehab avdelinger	(115)	(111)	(76)
Dagsenterplasser	(101)	(101)	(31)
Aldershjemsplasser	(4)	(4)	2
			3
Totalt	(327)	(301)	(159)

Kilde: Sykehjemsetaten og Econ Pöyrys beregninger

Tabellen viser i hovedsak at det i første kvartal 2007 ble:

- bestilt 299 færre en-blocplasser enn det som var lagt til grunn i budsjettet (inntektskravet for 2007)
- fakturert bruk av 254 færre en-blocplasser enn det som var lagt til grunn i budsjettet (inntektskravet for 2007)

Etter første kvartal 2007 var dermed fakturert forbruk målt i plasser lavere enn inntektskravet for ett kvartal. Samlet ga den lavere etterspørselen etter en-blocplasser Sykehjemsetaten en inntekt i første kvartal som var 33 millioner kroner lavere enn det kvartalsvise inntektskravet i budsjettet.

Tabellen viser videre at det på årsbasis i 2007 ble fakturert 301 færre en-blocplasser enn det som lå til grunn i inntektskravet. Samlet ga dette Sykehjemsetaten en inntekt i 2007 som var 159 millioner kroner lavere enn inntektskravet i budsjettet for en-blocplassene.

4.2.5 Prognose for inntektene på en-blocplasser 2008

Som vi har sett av analysene over gjelder følgende for en-blocplassene:

- Budsjettert antall en-blocplasser for 2007 og 2008 er det samme.
- Første kvartal 2008: Det er fakturert for bruk av 327 færre en-blocplasser enn budsjettert. Dette tilsvarer 37,8 millioner kroner lavere inntekter enn budsjettert.
- Første kvartal 2007: Det ble fakturert for bruk av 254 færre en-blocplasser enn budsjettert. Dette tilsvarer 33,1 millioner kroner lavere inntekter enn budsjettert.
- Hele 2007: Det ble fakturert for bruk av 301 færre en-blocplasser enn budsjettert. Dette tilsvarer 159 millioner kroner lavere inntekter enn budsjettert.

Basert på resultatene i første kvartal 2008 (prognose 1)

Dersom vi legger til grunn at faktureringsrenden fra første kvartal 2008 vil holde seg igjennom året vil hvert kvartal komme ut med en inntekt som er 37,8 millioner kroner lavere enn budsjettet. Til sammen gir dette en inntekt i 2008 som er over 151,2 millioner kroner lavere for en-blocplasser enn det som er lagt til grunn i inntektskravet.

Basert på resultatene i 2007 (prognose 2)

Som vi så i avsnitt 4.2.4 var inntektene for en-blocplassene i første kvartal 2007 om lag 33,1 millioner kroner lavere enn inntektskravet, mens det på årsbasis var 159 millioner kroner lavere. Dette tilsvarer et forholds tall på 0,21 mellom kvartalsresultatet og årsresultatet. Dersom vi legger til grunn at det samme forholdstallet gjelder mellom første kvartal 2008 og hele 2008, vil fakturerte inntekter for en-blocplasser i hele 2008 være 182,7 millioner kroner lavere enn inntektskravet.

4.3 Samlet prognose for inntekter 2008

I Tabell 4.10 har vi oppsummert samlet forventet prognose for inntektene for langtids-plassene og en-blocplassene i 2008.

Tabell 4.10 Prognoser for samlet inntekt 2008. Millioner kroner.

	Langtidsplasser	En-blocplasser	Totalt
Inntektskrav	2 453	631	3 084
Inntektsendring prognose 1 (basert på 1. kv 2008)	85	(151)	(66)
Inntekter 2008 prognose 1	2 538	480	3 018
Justert for antatt reduksjon i etterspørsel etter langtidsplasser (43,1 mill kr)	2 495	480	2 975
Inntektsendring prognose 2 (basert på erfaringer i 2007)	82	(183)	(101)
Inntekter 2008 prognose 2	2 535	448	2 983
Justert for reduksjon i antatt etterspørsel etter langtidsplasser (43,1 mill kr)	2 492	448	2 940

Kilde: Econ Pöyrys beregninger

Som tabellen viser er prognosene at Sykehjemsetaten totalt sett vil ha en inntekt som er lavere enn det som er lagt til grunn i inntektskravet for 2008 basert på resultatene i 2007 og første kvartal 2008. Våre tekniske prognoser tilsier at inntessvikten i 2008 vil ligge mellom om lag 66 til 145 millioner kroner i 2008. Som påpekt tidligere kan justeringen for antatt bruk inneholde en dobbeltregning. Det betyr i så fall at intervallet vi har angitt, kan ligge i noe høyt. Ser vi helt bort fra den innmeldte nedgangen i bruken av langtidsplasser, er intervallet for inntektssvikten om lag 65 til 100 millioner kroner.

5 Vurderinger av pris- og finansieringsmodell

I dette kapitlet foretar vi en gjennomgang og vurdering av selve prismodellen og det vi har kalt finansieringsmodellen. Med *prismodell* mener vi den beregningsmetodikken som legges til grunn for å utarbeide prisene for ulike syke- og aldershjems plasser. Med *finansieringsmodell* mener vi de økonomiske sammenhengene mellom systemets inntekter (etterspørselen etter syke- og aldershjems plasser) og utgifter (tilbudet av syke- og aldershjems plasser). Prisen er et element i finansieringen.

5.1 Økonomiske sammenhenger i dagens pris- og finansieringsmodell

Utgangspunktet for Sykehjemsetaten er at kostnadene til drift av plassene samt driften av Sykehjemsetaten skal dekkes av inntektene fra bruk av plassene.

Sykehjemsetatens kostnader er kostnad per plass ganger med antall plasser som benyttes og kan uttrykkes på følgende måte:

$$\text{Kostnader} = \sum c_i * (1-l_i) * K_i$$

der

c_i	=	vektet kostnad for ulike de plasstypene
K_i	=	kapasiteten av de ulike plasstypene
l_i	=	gjennomsnittlig ledighet for de ulike plasstypene

Det er lagt til grunn at det vil være en viss ledighet av plasser. I budsjettet er det lagt til grunn en gjennomsnittlig ledighet på 1 prosent.

Sykehjemsetatens inntekter er prisen per plass ganger med antall plasser som brukes, og kan uttrykkes på følgende måte:

$$\text{Inntekter} = \sum \alpha_i * p * B_i$$

der

P	=	pris ordinær sykehjemsplass
α_i	=	vekt som angir prisforhold mellom ulike plasstyper
p_i	=	pris på plasstype i ($p_i = \alpha_i * p$)
B_i	=	bydelens bruk av de ulike plasstypene

For at Sykehjemsetaten skal gå i balanse må kostnader og inntekter være like, eller:

$$\sum c_i * (1-l_i)*K_i = \sum p_i * B_i$$

Det er to mulige kilder til avvik fra balanse mellom kostnader og inntekter:

- At vektet pris per plass (p_i) avviker fra vektet kostnad per plass (c_i)
- At bruk av plasser (B_i) avviker fra kapasiteten korrigert for antatt ledighet ($(1-l_i)*K_i$)
 - Dersom det brukes færre plasser enn antatt i budsjettet alt annet like, gir dette lavere inntekter enn kostnader og motsatt.
 - Dersom det brukes en annen sammensetning av plasser enn det kapasiteten tillater, gir dette avvik i balansen. Om avvik er positivt eller negativt avhenger av vridningen.

Muligheten for å oppnå balanse avhenger derfor av at disse avvikene ikke oppstår. Det er Sykehjemsetaten som har ansvaret for at det oppnås balanse mellom kostnader og inntekter i bruken av sykehjemsplasser. Vi skal nedenfor vurdere pris- og finansieringsmodellen med utgangspunkt i etatens mulighet for å oppnå balanse.

5.2 Mulighet for å oppnå balanse i dagens modell

Etter vår vurdering er det flere sider ved dagens system som gjør at kravet til balanse er krevende å tilfredsstille.

5.2.1 Upresist prisgrunnlag

Prisen for en sykehjemsplass (gjennomsnitt) i 2007 er basert på det samlede kostnadsnivået i 2006 fordelt på den samlede kapasitet i 2006. Gjennomsnittsprisen er deretter vektet for de ulike plasstypene for å gjenspeile ulik ressursbruk for ulike plasser. Vektene er fastsatt på grunnlag av undersøkelser tidlig på 1990-tallet og er justert noe i 2005 (nye typer plasser). Prisene i 2008 er tilsvarende basert på kostnadene i 2006 med en pris- og lønnsjustering for 2007.¹¹ Riktig pris er derfor avhengig av at den samlede kostnaden er vurdert riktig, at samlet kapasitet er vurdert riktig og at vektene er riktige. Følgende punkter er kritiske:

- Det er vårt inntrykk at det er usikkerhet omkring hva som er samlet kapasitet av plasser. Totalt antall plasser er også et flytende begrep ettersom for eksempel en langtidsplass kan brukes som en korttidsplass og lignende. Uriktig totalkapasitet gir uriktig gjennomsnittspris.
- Det er videre vårt inntrykk at aktørene i dette systemet mener at vektene ikke fullt ut gjenspeiler den reelle ressursbruken (kostnaden) ved de ulike plassene. Uriktige vektene gir dermed uriktige priser per plasstype.
- Prisene forutsetter full kapasitetsutnyttelse (99 prosent). Dersom den faktiske kapasitetsutnyttelsen er lavere enn dette, gjenspeiler ikke prisen de reelle kostnadene. Vi kommer tilbake til dette.

¹¹ Prisen for dagsenter er bestemt separat.

At prisgrunnlaget er riktig, har betydning for Sykehjemsetatens mulighet for å oppnå balanse. Sykehjemsetaten påvirker ikke prissettingen.

5.2.2 Upresis kapasitetsstruktur

Kapasiteten av de ulike plasstypene er fastsatt etter en vurdering høsten 2006. Fordelingen av kapasitet er benyttet som utgangspunkt for inntektskravet både i 2007 og 2008. Følgende punkter er kritiske:

- Det er vårt inntrykk at det også er usikkerhet omkring plassfordelingen og at plassfordelingen på samme måte som totalt antall plasser er flytende begreper fordi plasser kan omgjøres. Blant annet viser plassbruken i 2007 at det er et betydelig avvik i plassfordelingen i faktisk bruk i forhold til kapasiteten i inntektskravet. Sykehjemsetatens senere tellinger av plasser og sammensetning viser også et avvik fra den kapasitetsstrukturen som ligger i inntektskravet. Kapasiteten i inntektskravet for 2008 er ikke justert.
- Dersom det er lagt til grunn upresise kapasitetstall, vil en riktig bruk av plassene likevel kunne gi et avvik i balansen mellom inntekter og kostnader uten at det nødvendigvis er noe galt.

Sammen med upresist prisgrunnlag vil upresis kapasitetsstruktur danne et inntektskrav som ikke nødvendigvis gjenspeiler den reelle situasjonen. Sykehjemsetaten bærer derfor risikoen for at inntektskravet er riktig konstruert.

5.2.3 Per definisjon usikkerhet i behovet (bruk) for plasser

Bydelene bestemmer etterspørselen etter syke- og aldershjems plasser basert på innbyggernes behov. I utgangspunktet vil volumet på etterspørselen og typen plasser som etterspørres variere fra år til år avhengig av ulike faktorer. Følgende punkter er kritiske:

- For langtidsplassene er det fritt sykehjemsvalg. Bydelene gir et anslag på hva de mener behovet for plasser er for sine innbyggere, men det er det faktiske forbruket som faktureres. Dette gir i utgangspunktet lav forutsigbarhet for Sykehjemsetaten. Likevel viser tallene for 2007 og første kvartal 2008 at det generelt er en overbruk av langtidsplasser i forhold til det som er lagt til grunn i inntektsanslaget. Faktisk plasssammensetning avviker imidlertid en del fra grunnlaget i inntektskravet, men det er mindre avvik i forhold til de anslagene bydelene faktisk gir.
- For en-blocplasser er det et krav om bestillinger per tertial. Bydelene betaler for disse plassene uavhengig av bruk og blir fakturert for enkeltplasser som brukes utover dette. Formålet er å gjøre etterspørselen etter disse plassene mer forutsigbar for Sykehjemsetaten. I utgangspunktet har bydelene incentiv til å holde en-bloc bestillingene lave, siden det ikke har noen konsekvenser å etterbestille. Imidlertid viser tallene fra 2007 og særlig første kvartal 2008 at bestillingene er relativt presise, og at de derfor gir et godt anslag på hva bydelene trenger. Problemet er at etterspørselen og dermed faktisk forbruk av en-blocplassene er mye lavere enn den kapasiteten som ligger til grunn i inntektskravet.
- Selv om det er innbyggernes behov som styrer etterspørselen etter ulike syke- og aldershjems plasser, vil bydelenes økonomiske rammebetingelser også påvirke bydelenes adferd. Det er ingen sammenheng mellom bydelenes budsjetter til syke- og aldershjems plasser og inntektskravet til Sykehjemsetaten.

Sykehjemsetaten har i dag små muligheter til å påvirke etterspørselen etter plasser utover det som er gjort for å skaffe forutsigbarhet i form av en-bloc bestillinger. Sykehjemsetaten bærer derfor risikoen når etterspørselen blir lavere enn den kapasiteten som finnes i syke- og aldershjemmene i Oslo kommune.

5.2.4 Reelle muligheter for kapasitetsendringer er begrenset

Dersom etterspørsel/bruk av tilgjengelige døgn eller plasser over tid avviker (negativt) fra kapasiteten må enten etterspørselen etter plasser økes, omløpshastigheten på plassene økes eller kapasiteten trappes ned. Etterspørselen er behandlet i avsnittet over. Når det gjelder omløpshastighet og kapasitetsjusteringer er følgende punkter kritiske:

- Omløpshastigheten bestemmes av flere faktorer:
 - En slik faktor er hvor raskt sykehjemmene melder fra om ledige plasser og hvor raskt de er i stand til å klargjøre et rom eller en seng for en ny beboer. Sykehjemsetaten må styre sykehjemmene på en slik måte at de har incentiver til klargjøre kapasitet så raskt som mulig. Normalt kan man tenke seg økonomiske incentiver for å styre aktører i en ønsket retning. Imidlertid er ikke sykehjemmenes budsjetter påvirket av slike faktorer.
 - Fritt sykehjemsvalg bidrar til at omløpshastigheten på sykehjemsplasser blir lavere. Dette fordi en plass tilbys både to og tre ganger før en beboer takker ja til plassen.
 - Omløpshastigheten på plassene påvirkes også av i hvilken grad plasser av forutsette eller uforutsette grunner blir stående tomme. Planlagt ombygginger er eksempel på en forutsatt ledighet. Smitteutbrudd, vannlekkasje eller streik er eksempler på uforutsett ledighet. Det første er det mulig å inkludere i planleggingen, det andre ikke.
 - Det er generelt lagt inn en ledighet på 1 prosent i inntektskravet til Sykehjemsetaten. Dette ble bestemt i forbindelse med opprettelsen av etaten i 2006. Det finnes ikke en oversikt over den reelle ledigheten som følge av faktorene over. Imidlertid er det flere av aktørene vi har snakket med som mener at det ikke er mulighet å drive med 99 prosent utnyttelse.
- Utgiftene til forvaltning og drift av syke- og aldershjems plasser er i stor grad faste i betydningen at det er en blanding av kontraktsfestede avtaler og fastsatte budsjetter.
 - På kort sikt må justeringer skje i form av sammenslåing/stenging av poster og midlertidig reduksjon av bemanning. Dette må løpende skje på de enkelte sykehjemmene. I så fall må sykehjemmene ha incentiver til foreta slike justeringer. I utgangspunktet er dette krevende fordi sykehjemmene i dagens system ikke har en økonomisk oppside i forhold til å gjøre disse tilpasningene.
 - På lengre sikt er det i teorien mulig å gjøre større kapasitetsreduksjoner for å tilpasse kapasiteten til faktisk etterspørsel. Imidlertid er Sykehjemsetatens fullmakter og muligheter for dette også begrenset. Reduksjon av syke- eller aldershjems kapasitet er politisk et vanskelig område, og Sykehjemsetaten kan neppe foreta større justeringer i kapasiteten uten at dette er politisk godkjent. Det er også politiske føringer på at kapasitet skal opprettholdes. For eksempel er det et uttrykk mål i kommunen at det skal være et større tilbud av korttids- og rehabiliteringsplasser. Sykehjemsetaten må opprettholde kapasiteten selv om bydelen som styrer etterspørselen, ikke nødvendigvis oppfyller målsettingen om å bruke tilbudet.

Etter vår vurdering er Sykehjemsetatens muligheter for å justere kapasitet både på kort og lang sikt begrenset.

5.3 Samlet vurdering av dagens pris- og finansieringsmodell

Som gjennomgangen over har vist er det betydelige utfordringer knyttet til å oppnå balanse mellom inntekter og kostnader i dagens modell. I utgangspunktet er modellen med rollefordelingen mellom bydelene som kjøpere og Sykehjemsetaten som tilbyder tenkt å virke som et marked. Formålet er å oppnå effektiv ressursbruk. Det er imidlertid viktige markedsmekanismer som er satt ut av spill slik modellen virker i dag:

- Bydelene har som kjøper full frihet til å tilpasse seg både på kort og lang sikt avhengig av behovet hos innbyggerne og de økonomiske ramme i bydelene. Bydelene har incentiver til å søke billigst mulig plasser og andre tilbud enn syke- og aldershjems plasser. Etterspørselen blir dermed relativt uforutsigbar.
- Ansvar for at tilbudet av syke- og aldershjems plasser til en hver tid er i overensstemmelse med etterspørselen ligger hos Sykehjemsetaten. Det er derfor Sykehjemsetaten som har all risikoen for at etterspørselen varierer eller faller bort.
- Normalt vil ansvaret for tilbudssiden (produksjonen) følges av muligheter for å styre viktige parametre som pris og kapasitet. Sykehjemsetaten har begrenset mulighet for å bestemme og styre pris og kapasitet:
 - Prisene og inntektskravet er satt dels av andre, uavhengig av den faktiske adferden til bydelene eller de økonomiske rammene i bydelene, og på et usikkert grunnlag. Paradokset ved en slik prisfastsetting er at prisene (kostnadene) i ettertid kan avvike fra de på forhånd fastsatte prisene, dersom det skjer endringer i bydelenes faktiske bruk av plasser. Den nåværende pris- og finansieringsmodellen innebærer at Sykehjemsetaten bærer den økonomiske risikoen dersom det oppstår avvik mellom innmeldt og faktisk bruk av plasser, mens bydelene er skjermet for risiko ved at de står overfor faste priser på sin bruk av plasser.
 - I et system med betydelige faste kostnader og leveringsplikt er det særlig krevende å justere kapasitet basert på kortsiktige svinginger. Langsiktig planlegging er også vanskelig gjort fordi ansvaret for bruk og kapasitet er delt mellom bydelene og etaten.
 - Tilbudet av plasser styres dels av politiske føringer og forpliktelser og i mindre grad av etterspørselen. Politiske målsettinger fra Bystyret/Byrådet om satsinger på bestemte typer plasser krever respons hos Sykehjemsetaten, men ikke nødvendigvis i bydelene.
 - Etaten har også begrensede økonomiske virkemidler for å styre de enkelte sykehjemmene. Den prisen bydelene betaler for en beboer gjenspeiles ikke direkte i overføringenes til sykehjemmene i dagens system. Tilpasninger på sykehjemssiden i form av kapasitetsjusteringer gir heller ingen økonomisk oppside for sykehjemmene.

Etter vår vurdering gir modellen liten forutsigbarhet for Sykehjemsetaten, skjev risikofordeling mellom bydeler og Sykehjemsetaten og vanskelige vilkår for å etablere en hensiktsmessig og fleksibel kapasitet. Avvik mellom kapasitet i sykehjemmene og bruk av plasser vil på kort sikt "tyte" ut i SYE's regnskaper.

6 Forslag til endringer i pris- og finansieringsmodell

6.1 Kan en ny modell løse problemet?

For Sykehjemsetaten var inntektssvikten i 2007 alvorlig. Mye tyder på at Sykehjemsetaten vil få en betydelig inntektssvikt også i 2008. For at inntektssvikten ikke skal vedvare kan man kun oppnå balanse ved at inntektene økes eller at utgiftene reduseres.

6.1.1 Høyere inntekter?

Når det gjelder inntektene er det tre mulige kilder til å oppnå balanse:

1. At bydelene øker sin bruk av sykehjemsplasser
2. At bydelene betaler mer per plass
3. At Bykassen dekker underskuddet.

Økt bruk av plasser fra bydelene?

Bydelene har beslutningsmyndighet i forhold til sin bruk av plasser. Det betyr at de sentrale myndighetene i kommunen ikke kan pålegge bydelene å øke bruken av sykehjemsplasser. De kan sende signaler om sine ønsker, slik de har gjort for eksempel gjennom signaler om økt bruk av rehabiliteringsplasser, noe bydelene ikke har prioritert. Med mindre man ønsker å forkaste nåværende styringsmodell med bydelene, er ikke det ikke en aktuell fremgangsmåte å pålegge bydelene en bestemt bruk av plasser.

Økt betaling fra bydelene?

En annen mulighet for å unngå inntektssvikt er at bydelene må betale mer per plass. I prismodellen kan dette teknisk sett tenkes innarbeidet på flere måter. Realiteten vil likevel uansett være at bydelen ved gitt budsjett får mindre rom for tjenestekjøp totalt sett. For å unngå dette må bydelene gis en budsjettmessig kompensasjon. Uten en kompensasjon kan en slik løsning bidra til å forsterke problemene ved at bydelene vil velge å bruke enda færre plasser dersom prisen settes opp. Selv med en kompensasjon over budsjettet til bydelene, kan en slik løsning gi redusert bruk av syke- og aldershjemsplasser, fordi plassene blir dyrere sett i forhold til andre mulige tilbud, som for eksempel økt av tjenester hjemme. Dette er dermed en løsning som ikke vil fjerne problemet.

Bykassen dekker underskuddet løpende?

Et siste alternativ er at Bykassen dekker inntektssvikten og dermed dekker deler av Sykehjemsetaten underskudd. Det innebærer at Bykassen dekker kostnadene for overkapasitet i sykehjemmene.¹² Dersom de sentrale politiske myndigheter pålegger Sykehjemsetaten å opprettholde kapasiteten, synes det ikke urimelig at Bykassen dekker

¹² Vi viser til drøftingen nedenfor, der vi anbefaler at underskuddet i Sykehjemsetaten, som er oppstått i forbindelse med reformen i 2006, bør finansieres med friske penger fra Bykassen.

utgiftene. Imidlertid er det samlet sett en lite effektiv bruk av skattepengene, dersom de går med til å finansiere tomme sykehjemsplasser med full bemanning. Dessuten innebærer en slik løsning at Sykehjemsetaten ikke får økonomiske incentiver til å tilpasse seg til endrede inntekter. Så heller ikke dette er etter vårt syn en god løsning på varig basis. Dersom det er et varig avvik mellom Sykehjemsetaten kapasitet av plasser og bydelenes etterspørsel, må det på sikt løses ved å tilpasse kapasiteten, jf neste avsnitt.

6.1.2 Tiltak på kostnadssiden i Sykehjemsetaten?

Alternativet til å øke inntektene er at Sykehjemsetaten reduserer sine kostnader. Det kan skje på to måter:

1. Reduserte kostnader per plass – det vil si en effektivisering
2. Redusert kapasitet, det vil si at Sykehjemsetaten nedlegger sykehjemsplasser

Det er utenfor Econ Pöyrys mandat å vurdere kostnadene til Sykehjemsetaten. Når vi likevel trekker dette inn, er det fordi at hovedutfordringen til Sykehjemsetaten er at det har oppstått en overkapasitet, fordi bydelene har valgt å bruke færre plasser enn det som er tilgjengelig kapasitet. Det mest nærliggende er da å redusere kapasiteten, slik at den tilpasses til den aktuelle etterspørselen. Tilpasning av kapasiteten tar trolig noe tid. Sykehjemsetaten må søke å finne løsninger som gjør at tilbudet av syke- og aldershjems plasser og ikke minst at utgiftene driften av plassene lettere justeres opp og ned. I våre intervjuer har for eksempel bruk av vikarer vært påpekt som en mulig kanal som ikke utnyttes godt nok i forhold til å justere ned kapasitet og utgifter på kort sikt. Andre intervjuobjekter mener at mulighetene for å justere kapasiteten via vikarbruk er små på kort sikt. For øvrig begrenses muligheten til fleksibilitet av at antall fast ansatte ikke kan endres på kort sikt. Også langsiktige avtaler med eksterne leverandører, setter klare grenser for fleksibiliteten i tilbudet. Men, slik vi har forstått det, er hovedutfordringen trolig om en slik tilpasning av kapasiteten er akseptabel politisk. Hvis ikke en slik løsning aksepteres, har Sykehjemsetaten kun én alternativ mulighet til å møte inntektssvikten, nemlig å effektivisere driften av sykehjemmene. Hvilke muligheter det er for det, har ikke vi undersøkt og har derfor heller ikke kunnskaper om det.

6.1.3 Endringer i modellen kan ikke løse problemet

Samlet sett kan ikke problemet som er oppstått i Sykehjemsetaten, løses ved en ny pris- og finansieringsmodell. Det er ikke modellutformingen som har skapt problemet, men at balansen mellom tilbudet av og etterspørselen etter syke- og aldershjems plasser er endret etter reformen. Etter vårt syn må dette strukturelle problemet løses uavhengig av pris- og finansieringsmodellen. Når det er gjort, kan det være grunn til å vurdere alternative modeller som har bedre egenskaper enn den nåværende modellen.

6.2 Alternative modellutforminger

6.2.1 Nødvendige tekniske opprettinger

Det er to forhold ved den nåværende modellen som bør rettes opp. For det første er det slik at vektene i modellen, som er et uttrykk for de relative kostnadene for ulike typer plasser, bør tallfestes på grunnlag av siste tilgjengelige kostnadstall. Dersom kostnadene for ulike typer plasser ikke reflekterer de reelle kostnadene, vil det gi bydelene gale incentiver ved valg av plasser.

For det andre er det etter vårt syn nødvendig med en ny gjennomgang av hvilke typer plasser som finnes i sykehjemmene. Vi antar også at strukturen på ulike typer sykehjemsplasser ganske raskt kan tilpasses til etterspørselen uten at det har stor betydning for kostnadssiden.

6.2.2 Krav til modellen

Normalt vil det settes en del krav til en pris- og finansieringsmodell. Kravene vil kunne variere fra tilfelle til tilfelle ut fra målsettingen med en slik modell og i forhold til andre styringsmekanismer som benyttes. Vi vil her sette opp en del krav som vi mener er viktige og bruke disse som grunnlag for våre vurderinger.

Vi vil ta utgangspunkt i følgende overordnede krav:

- Modellen bør bidra til effektiv ressursbruk
- Modellen bør være så enkel som mulig

I forhold til kravene over og gjennomgangen av den eksisterende modellen, er det særlig ett forhold som vi mener har skapt problemer ved dagens modell:

- Risikofordeling mellom bydelene og Sykehjemsetaten

Dagens pris- og finansieringsmodell innebærer at Sykehjemsetaten bærer risikoen når det er avvik mellom kapasiteten (justert for antatt ledighet på 1 prosent) og faktisk bruk av plasser. Vi vil her gi noen vurderinger av disse kravene.

Modellen bør bidra til effektiv ressursbruk

I dagens modell gis det klare styringssignaler til bydelene gjennom prisstrukturen på plassene. Dette legger til rette for at bydelene kan avveie plassbruken i forhold til behov sett opp mot kostnadene, og dermed legge grunnlaget for en effektiv bruk av bydelenes ressurser. Som vi har påpekt i drøftingen av dagens modell er hovedproblemet med modellen dels at de enkelte sykehjem ikke direkte berøres av modellen i den løpende driften og dermed ikke direkte kan tilpasse seg løpende til de signaler som modellen gir. Signalene til de enkelte sykehjem kommer indirekte gjennom Sykehjemsetaten andre styringsinstrumenter. I forhold til å oppnå best mulig ressursbruk i syke- og aldershjemmene samlet må dette i dag håndteres direkte av Sykehjemsetaten utenfor modellen. Kan dette håndteres annerledes? Ja, i prinsippet kan en tenke seg at hvert syke- og aldershjem står overfor de samme prisene og må tilpasse seg til dem. Imidlertid er det etter de opplysninger vi har, store kostnadsforskjeller mellom institusjonene. Det kan tale mot en slik løsning, i hvert fall på kort sikt.

Likevel kan en vurdere en gradvis innføring av økonomiske incentiver som retter seg mot alders- og sykehjemmene. Det kan for eksempel ivaretas ved at en del av budsjettmidlene gjøres avhengig av aktiviteten, dvs. av antall plasser som er i drift, mens en del av budsjettmidlene er faste og uavhengig av aktiviteten i budsjettåret. En mulig modell er at den aktivitetsbaserte andelen av alders- og sykehjemmenes inntekter trappes opp over tid, dvs. i løpet av for eksempel 3-5 år. En slik modell vil gi institusjonen tid til å tilpasse seg, samtidig med at de får økonomiske incentiver til effektiv og fleksibel drift i forhold til mulige skiftninger i etterspørselen. En slik desentralisert modell krever at det enkelte sykehjem gis nødvendige frihetsgrader til å tilpasse sitt tilbud løpende.

Modellen bør være så enkel som mulig enkel og gi forutsigbare (budsjett-)rammer for aktørene

Den nåværende modellen er etter vårt syn enkel og forståelig for aktørene. Dagens modell og øvrige styringssystemer gir forutsigbare rammer og mulighet til god budsjettstyring i bydelene, mens for Sykehjemsetaten er ikke det tilfelle. At Sykehjemsetaten har begrensede muligheter til løpende å tilpasse tilbudet av plasser til etterspørselen, innebærer at etaten har store utfordringer med å styre etter sitt budsjett. Som påpekt i avsnitt 6.1.2 har Sykehjemsetaten begrensede muligheter til å tilpasse kostnadssiden til endringer i etterspørselen, bortsett fra mulige effektiviseringstiltak, som ligger utenfor vårt mandat å vurdere.

Spørsmålet er da om en kan regulere bydelenes etterspørsel annerledes enn det som ligger i dagens modell, eller på andre måter skape et handlingsrom for Sykehjemsetaten, som gjør at etaten i større grad blir i stand til å holde sine budsjetter. Dette diskuteres nærmere nedenfor.

6.2.3 Mulige endringer i modellen

Ut fra de hovedkriteriene som vi har satt opp i kapittel 6.2.2, diskuterer vi nedenfor noen mulige endringer i modellen. Dagens modell innebærer at Sykehjemsetaten bærer hele risikoen dersom det skjer endringer i etterspørselen. Vi har særlig søkt etter endringer som kan innebære at risikoen blir mer balansert.

Fastsette prisene i ettertid?

Et ytterpunkt vil være en modell der bydelene bærer hele den økonomiske risikoen. En slik løsning vil for eksempel kunne innebære at prisene fastsettes i ettertid på basis av faktisk bruk av plasser, slik at Sykehjemsetaten samlede budsjett dekkes inn. En slik løsning vil imidlertid ikke være hensiktsmessig, fordi den vil kunne påføre bydelene uventede utgifter og dessuten gi uheldige incentiver både for bydelene og Sykehjemsetaten, slik at den samlede ressursbruken neppe vil bli optimal. Særlig vil de økonomiske incentivene for Sykehjemsetaten svekkes vesentlig i denne modellen i forhold til dagens modell.

Fast og aktivitetsbasert kompensasjon?

Det er mulig å prise kapasitet. Vi har allerede berørt en slik løsning i avsnitt 6.1.1. Vi konkluderte der med at en slik løsning ikke var optimal i en situasjon der det er stor overkapasitet. Imidlertid kan det vurderes om dette kan innføres i en mer balansert situasjon. Det er mulig å vurdere om Sykehjemsetaten bør få en kompensasjon fra Bykassen for å holde kapasiteten på et bestemt nivå. Imidlertid krever en slik løsning ekstra bevilgninger. Og det må i tilfelle tilpasses slik at det ikke svekker Sykehjemsetatens incentiver til effektiv ressursbruk.

Et alternativ er at kompensasjonen til Sykehjemsetaten deles i to deler: En fast kompensasjon som fastsettes før budsjettåret og som er uavhengig av aktiviteten, og en variabel del som er avhengig av aktiviteten. Aktivitetsmålet kan være den samme som i dagens modell; salg av plasser til bydelene. En fast kompensasjon kan delvis dekke utgiftene som Sykehjemsetaten har til å holde kapasitet, som det er krevende å tilpasse på kort sikt. Dette vil redusere Sykehjemsetatens risiko i modellen.

En slik modell må utformes slik at bydelenes budsjetter reduseres tilsvarende den faste kompensasjonen til Sykehjemsetaten. Samlet budsjett blir uendret. I tillegg må prisene på alders- og sykehjemsplasser justeres ned, slik at bydelene har mulighet til å kjøpe like mange sykehjemsplasser som tidligere med mindre budsjett. Reduksjon i prisene vil innebære at det for bydelene blir billigere å bruke alders- og sykehjemsplasser enn i dagens modell. Det innebærer at bydelene gis sterkere incentiver til å bruke slike plasser fremfor andre tilbud til brukerne, noe som kan føre til at ressursbruken totalt sett ikke blir optimal i økonomisk forstand. En slik modell svekker også signalene til Sykehjemsetaten ved at mulig inntektsvikt (eller gevinst) blir mindre dersom det er forskjeller mellom kapasitet og kjøp av plasser. Imidlertid er det i en slik løsning nettopp formålet å dempe svingningene i inntektene. En todeling av kompensasjonen vil redusere risikoen for Sykehjemsetaten og samtidig gi etaten incentiver til å tilpasse kapasitet og effektivisere driften, men disse signalene blir mindre sterke enn i dagens modell.

Innføre et toprissystem?

Noen av våre intervjuobjekter har foreslått å innføre et toprissystem, en pris for plasser som forhåndsbestilles og en høyere pris for plasser som bydelen bruker, men ikke har bestilt. Tanken er at dette skal bidra til at bydelenes bestillinger blir mer reelle enn i dag og dessuten at Sykehjemsetaten får en kompensasjon for risikoen ved å holde kapasiteten oppe. Ser vi på bydelenes bestillinger lå anslagsbestillingene for langtidsplasser under faktisk forbruk i 2007 og 1. kvartal 2008, mens en-bloc bestillingene lå svært nært faktisk bruk av plasser. Innføring av et to-prissystem måtte gjelde både langtids- og en-blocplasser. Det innebærer i så fall at også bestilling av langtidsplassene må gjøres en-bloc, noe som er svært krevende med fritt brukervalg. Samlet vil en slik modell innebære mer forutsigbarhet for Sykehjemsetaten og dermed mindre risiko, mens for bydelene vil risikoen øke og dermed vil også budsjettstyringen bli noe, men trolig ikke mye mer krevende. Alt i alt mener vi at en slik utforming neppe er hensiktsmessig, fordi den trolig vil bli krevende å administrere, og dessuten vil modellen trolig bli komplisert for de involverte aktørene.

Mer langsiktige forpliktelser for bydelene?

En annen mulighet til å redusere risikoen til Sykehjemsetaten vil være at bydelene pålegges å forplikte seg mer langsiktig til å kjøpe sykehjemsplasser. Dette vil gjøre det enklere for SYE å tilpasse kapasiteten og dermed utnytte sine ressurser bedre. Imidlertid kan bydelene av budsjettensyn ikke forplikte seg lenger enn et budsjettår. Dessuten legger også brukernes rettigheter til å velge sykehjem skranker på bestillingene, som gjør at en slik modell neppe vil ha gode egenskaper. Etter vårt syn vil en slik løsning være forenlig med bydelenes løpende beslutningsmyndighet i forhold til egne prioriteringer.

Høyere ledighet?

I Sykehjemsetaten budsjett er det et krav om at ledigheten i gjennomsnitt ikke skal ligge på mer enn 1 prosent av kapasiteten. Vi har fått innspill i våre intervjuer på at faktisk ledighet¹³ er høyere enn dette uten at det er dokumentert. Vi har blant annet fått innspill

¹³ Det er ledigheten i en normalsituasjon det er tenkt på her. Enkelte intervjuobjekter mener at det går for lang tid etter at en plass er ledig til det er en ny bruker kan benytte plassen.

på at fritt brukervalg bidrar til øke ledigheten ved at brukerne og deres pårørende gis tid til å ta sine valg. Også utbrudd av smittsomme sykdommer hevdes å øke ledigheten. Dersom det er riktig at faktisk ledighet er høyere og Sykehjemsetaten og institusjonene i liten grad har mulighet til å påvirke denne, betyr det at prisen per plass er for lav i budsjettet. Dersom en skal gjøre noe her, bør en først og fremst kartlegges nærmere hva den faktiske ledigheten er og hva som er årsakene til ledigheten.

Dersom en velger å legge inn en forutsetning om høyere ledighet i modellen og inntektskravet, innebærer det at prisene vil øke for bydelene. Dersom bydelene ikke gis kompensasjon for dette i sine budsjetter, vil ikke dette bidra til bedre balanse, men snarere kunne bidra til at bydelenes bruk av plasser faller. Selv med kompensasjon til bydelene, er det en fare for at bydelenes etterspørsel faller, jf. diskusjonen i avsnitt 6.1.1.

Vi vil også påpeke at vi i våre intervjuer har fått innspill på at ikke alle ulike syke- og aldershjem er tilstrekkelig påpasselige med å fylle opp ledige plasser. Dersom der er korrekt, trekker det i motsatt retning, altså at ledigheten isolert sett bør settes lavere i modellen.

6.2.4 Oppsummering

I Tabell 6.1 har vi oppsummert diskusjonen over i forhold til to hovedkriteriene som vi vurderer alternative endringer i modellen opp mot, nemlig effektiv ressursbruk og risiko. Alle de alternative modellutformingene er etter vårt syn relativt enkle og forståelige, bortsett fra modellen med topprissystem.

Tabell 6.1 Egenskaper for kandidater for modellendring sammenlignet med dagens modell

	Effektiv ressursbruk		Risiko		Andre kommentarer
	SYE	Bydelene	SYE	Bydelene	
Fastsette priser i ettertid	Vesentlig svakere	Vesentlig svakere	Bortfaller	Klart større	Svekker bydelenes budsjettstyring vesentlig
Fast og aktivitetsbasert kompensasjon	Noe svakere	Svakere	Mindre	Uendret	Gir lavere priser på institusjonsplasser for bydelene
Topprissystem	Noe svakere	Noe svakere	Mindre	Større	Gir trolig svært små gevinster
Mer langsiktige forpliktelser for bydelene	Noe bedre	Vesentlig svakere	Mindre	Større	Fritt brukervalg og ett-årige budsjetter gjør at dette neppe kan gjennomføres
Høyere ledighet	Uklart*	Uendret	Større	Uendret	Gir høyere priser som svekker etterspørselen etter institusjonsplasser

Kilde: Econ Pöyry

Note: * Dersom ledigheten i utgangspunktet ligger på et nivå som er høyere enn det Sykehjemsetaten kan oppnå med egne tiltak, vil økt ledighet i modellen innebære at effektiviteten i ressursbruken svekkes, og vice versa.

Ut fra diskusjonen ovenfor fremstår etter vårt syn en modell der inntektene til Sykehjemsetaten består av en fast kompensasjon og en kompensasjon basert på aktiviteten, det vil si på salg av plasser til bydelene, som det mest attraktive alternativet til dagens modell. En slik alternativ modell vil redusere Sykehjemsetatens risiko uten at den påfører bydelene større risiko.

Samtidig vil den aktivitetsbaserte kompensasjonen gi Sykehjemsetaten incentiver til effektiv bruk av ressursene, selv om disse vil bli noe svakere enn i dagens modell. Svekkelsen vil avhenge av hvor stor andel den faste kompensasjonen utgjør av samlet kompensasjon. Jo større den faste kompensasjonen er, jo sterkere blir den negative effekten på effektiviteten i samlet ressursbruk.

Hovedsvakheten ved denne modellen vil være at bydelene i valget mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsbasert omsorg ikke vil stå overfor priser på disse to alternative omsorgsformene som reflekterer kostnadene for alternativene. Institusjonsbasert omsorg vil bli billigere sett fra bydelenes side, slik at de vil ha incentiver til å velge "for mye" institusjonsbasert omsorg og for lite hjemmebasert omsorg når de relative prisene endres og ikke lenger reflekterer de relative kostnadene ved å fremstille tjenestene. Dette leder til at andelen den faste kompensasjonen utgjør, bør være relativt lav sett i forhold til den aktivitetsbaserte, slik at vridningen blir begrenset. En bør antakelig prøve seg litt frem over tid og endre andelen som fast og aktivitetsbasert kompensasjon utgjør.

RAPPORT

INNTAKSKRITERIER OG INNHOLD I OSLO KOMMUNES SYKEHJEMSTILBUD

**RAPPORT FRA
SYKEHJEMSETATENS OG BYDELENES ARBEID
SEPTEMBER 2008**

1. Arbeidsgruppens mandat

Opprettelsen av Sykehjemsetaten har blant annet avdekket at bydelene har hatt ulik praksis hva angår "navnsetting" av de ulike sykehjemstilbudene som de tidligere drevet. Tilsvarende synes det å være ulike kriterier som legges til grunn ved tildeling av ulike typer sykehjemsplasser.

Sykehjemsetaten har på oppdrag fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester laget en beskrivelse av kvalitetskrav og innhold i de ulike sykehjemstilbudene som etaten nå har ansvar for.

Med utgangspunkt i denne beskrivelsen ble Sykehjemsetaten bedt om å koordinere et samarbeid mellom bydelene og etaten, for å utarbeide klare og tydelige inntakskriterier for de ulike sykehjemstilbudene.

Det ble presisert at beskrivelsen av kvalitetskrav og innhold som Sykehjemsetaten allerede hadde utarbeidet eventuelt skulle justeres, dersom dette skulle vise seg hensiktsmessig.

En felles forståelse av både innhold, kvalitet og kriterier for tildeling, vil tjenes byens innbyggere.

2. Arbeidsgruppens sammensetning

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester har oppnevnt en arbeidsgruppe for å utarbeide forslag til inntakskriterier og eventuelt justert beskrivelse av innhold og kvalitet i ulike typer sykehjemstilbud. Det har vært viktig at arbeidsgruppen har representert både bydelene (som bestiller) og Sykehjemsetaten (som utfører), for å få frem et best mulig resultat.

Byrådsavdelingen har også deltatt i arbeidsgruppen. Sykehjemsetaten har ledet arbeidet.

Arbeidsgruppen har bestått av

- Ellen Reine, institusjonssjef Tåsenhjemmet
- Teresa Dentoni, institusjonssjef Solvang sykehjem
- Helga Katharina Haug, seksjonssjef Seniorforvaltningen i Bydel St. Hanshaugen
- Frøydis Lehne, teamleder bestillerkontoret i Bydel Alna
- Torhild Kristiansen, teamleder søknadskontoret i Bydel Bjerke
- Elin Holter Grundt, spesialkonsulent plan og strategi i Sykehjemsetaten
- Hege Kristoffersen, spesialrådgiver i Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester
- Heidi Engelund, avdelingssjef avd. kvalitet, kompetanse og utvikling i Sykehjemsetaten og leder av arbeidsgruppen

3. Arbeidsgruppens anbefalinger

Generelt

Inntakskriteriene er forankret i Bystyremelding nr. 1/2008 som presiserer at tjenestene skal tilbys i hht. LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og tilpasses "omsorgstrappen".

Hensikten med å utarbeide et sett felles inntakskriterier for bydelene, er bl.a. å legge til rette for mest mulig rettferdig og likeartet praksis for tildeling av alle typer institusjonsopphold, i Oslo kommune.

Inntakskriteriene er ment å sikre at de ulike institusjonstilbudene blir rettferdig og riktig fordelt i forhold til brukernes behov, uavhengig av bydelstilhørighet som følge av bosted. De er ment å fungere som et verktøy som synliggjør grensene mellom ulike typer institusjonsplasser.

Kriteriene er, slik de er formulert, ikke uttømmende. De er heller ikke ment å være ekskluderende eller et virkemiddel for å gjøre det "vanskelig" å få plass i institusjon. Det er viktig at bydelenes bestillerkontor gis rom for å foreta faglig skjønn. Kriteriene må være fleksible nok til ikke å utelukke brukere med særlige behov, fra å kunne motta de tjenester de har krav på.

Samtidig skal det bli mer tydelig hva Sykehjemsetaten kan tilby, hva de ulike tilbudenes innhold og kvalitet skal være. Det er viktig å presisere at beskrivelsen av sykehjemmenes innhold og kvalitet er retningsgivende. Pr. i dag er det store ulikheter sykehjemmene i mellom. Skjevhetene kan til dels forklares med ulikheter i kultur, økonomi og lignende i de 15 bydelene hvor sykehjemmene var organisert forut for Sykehjemsetaten. I videreutviklingen av etaten er det et mål å tilpasse og endre sykehjemstilbudet slik at det sammenfaller med beskrevet innhold og kvalitet. Det er imidlertid viktig at beskrivelsen ikke medfører at brukere med særlige behov opplever mangel på imotekommenhet.

Arbeidsgruppen tar ikke stilling til hvilken bemanning (type eller antall) de ulike institusjonstilbudene skal ha. Imidlertid har Sykehjemsetaten igangsatt interne utviklingsprosesser hvor man bl.a. ser bemanning i relasjon til kvalitet. Så langt har man avdekket at det er store ulikheter i bemanningen ved de ulike sykehjemmene og innenfor likelydende plasskategorier. I videreutviklingen av Sykehjemsetaten vil en tilpasning for å oppnå større likhet i bemanning og kvalitet bli viet stort fokus.

Spesielt

Med referanse til beskrivelse av innhold og kvalitet i sykehjemstilbudet i Oslo, anbefaler arbeidsgruppen at det utarbeides inntakskriterier for følgende institusjonstilbud:

- Aldershjemsopphold
- Dagsenter i sykehjem
- Tidsbegrenset opphold i sykehjem
- Langtidsopphold i sykehjem

Arbeidsgruppen anbefaler at de foreslåtte inntakskriteriene tas i bruk i alle bydelene i Oslo kommune.

- Inntakskriteriene bør erstatte Oslo kommune sine kriterier vedlagt Instruks om *Felles retningslinjer for bydelene for inntak i sykehjem og andre heldøgns omsorgstilbud i bydelene*, vedtatt av Byrådet 12.04 1996v 1994.
- Inntakskriteriene erstatter eventuelle kriterier som bydelene har utarbeidet i etterkant av dette.
- Inntakskriteriene skal være gjenstand for evaluering en gang pr. år.

- Inntakskriteriene baserer seg på tverrfaglige vurderinger.
- Arbeidsgruppen anbefaler også at det nedfelles som informasjon i alle vedtak at det kan bli nødvendig at bruker må flytte til annet tilbud dersom vedkommendes behov endrer seg, og bydelene fatter vedtak om annet tjenestetilbud.

4. Dokumenter som er lagt til grunn

- Byrådets sak 34/08 om "Bystyremelding om fremtidens eldreomsorg i Oslo"
- Byrådets sak 35/08 om "Sykehjemsbehovsplan for Oslo"
- Kommunerevisjonens rapport 7/2007 om Bydelenes behandling av søknad om fast plass i sykehjem

Oslo september 2008, på vegne av arbeidsgruppen

Heidi Engelund
Avdelingssjef kvalitet, kompetanse og utvikling

BESKRIVELSE
INNHold OG KVALITET I TILBUD OM OPPHOLD I SYKEHJEM
I OSLO

Beskrivelse av innhold og kvalitet i tilbud om opphold i sykehjem i Oslo kommune.

1. Overordnede krav til tjenester i sykehjem

Lov om helsetjenesten i kommunene (KHL) pålegger kommunene å sørge for nødvendige helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Helsetjenesten skal også gi den som søker eller trenger helsehjelp opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett (KHL § 2-1).

Et viktig ansvarsområde er å sørge for sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie med organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste (KHL § 1-3). Forskrift om sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie fordrer at tjenestene skal være innrettet på en eller flere av følgende oppgaver:

- a) medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet,
- b) avlastning,
- c) permanent opphold,
- d) spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede,
- e) skjermet enhet for senil demente,
- f) selvstendig boenhet for barn/ungdom,
- g) dagopphold,
- h) nattopphold,
- i) terminalpleie

Kommunen kan samarbeide med private organisasjoner hvor det er egnet og skal samarbeide med regionale helseforetak om planlegging, informasjon og samordning av tjenestene (KHL § 1-4). Vedtak om tildeling av plass i sykehjem og boformer med heldøgns omsorg og pleie omfattes av forvaltningslovens regler. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunehelsetjenesten utarbeide en individuell plan (KHL § 6-2a). Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen og bidra til et helhetlig tilbud til pasientene.

Lov om sosiale tjenester m.v., kapittel 4 § 4 -2d, presiserer at tjenestene skal omfatte plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det pga. funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

§ 4 - 2b presiserer at det skal gis avlastningstilbud for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) pålegger kommunen å etablere et system som sikrer kvaliteten på tjenestene. Statens helsetilsyn fører medisinsk faglig tilsyn med at kommunen fremmer helsetjenestens formål på en hensiktsmessig og forsvarlig måte (KHL § 6-3).

2. Kvalitetsforskriftens krav til tjenestenes innhold

Kvalitetsforskriften fra 2003 er hjemlet i både kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester og skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine

grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§ 1)

For å ivareta denne overordnede målsettingen skal kommunen ved blant annet Sykehjemsetaten, etablere et system av prosedyrer som sikrer at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes. Tverrfaglig samarbeid er grunnleggende.
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen/Sykehjemsetaten utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som sikrer at brukere som gis opphold i våre sykehjem får tilfredsstillende grunnleggende behov.

Med dette menes bl.a. at den som mottar et tilbud om opphold i sykehjem skal:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- oppleve selvstendighet og styring av eget liv
- få dekket fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- få dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- få følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- gis mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivarettatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- gis mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- gis en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- få nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- få nødvendig tannbehandling og ivarettatt munnhygiene
- kunne få tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre målgrupper som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- gis tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- gis tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- gis tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- gis tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Listen over er ikke fullstendig, men må oppfattes som kvalitetskrav for alle typer tjenester i Oslo kommunes sykehjem.

Oslo kommune har i tillegg presisert noen utvidete kvalitetskrav som er vedtatt i

bystyret fra 1999. Det presiseres at det før innleggelse i sykehjem skal gis tilstrekkelig informasjon om tilbudet i sykehjemmet vedrørende omfanget og tilbudet i tjenestene. Alle beboere i sykehjem skal ha en egen kontaktperson og det skal foreligge skriftlig informasjon om hvem som er ansvarlig sykepleier. Tilbudet i institusjonen skal tilpasses den enkeltes behov og det skal utarbeides en kvalitetsplan for oppholdet som justeres hver 6. måned (Bystyresak 204/99). Alle tjenester skal planlegges i samarbeid med beboer og pårørende, og det skal legges til rette for et nært, løpende og aktivt samarbeid.

Ansatte ved sykehjem er bevisste på Oslo kommune sitt verdigrunnlag og setter dette i fokus og arbeider ut fra dette i alle deler av organisasjonen.

3. Ansvarsfordeling i forbindelse med tildeling av opphold i Oslo kommunes sykehjem
Oslo kommune skal tilby opphold i sykehjem som ivaretar helsetjenestelovgivningens krav til innhold og organisering. Vedtak om opphold fattes etter vurdering av den enkeltes behov for nødvendige helsetjenester av bestiller i bydel, mens Sykehjemsetaten har ansvar for oppholdet i sykehjem og sørger for tilfredsstillende kvalitet på tjenestene.

4. Sykehjemmenes tilbud

Sykehjemsetaten gir tilbud om 4 hovedkategorier opphold: opphold i aldershjem, langtidsopphold, tidsbegrenset opphold og dagopphold i sykehjem etter spesifiserte kriterier.

4.1 Opphold i aldersavdeling

Ved opphold i aldersavdeling tilstreber Sykehjemsetaten å tilby følgende, dersom det er behov for det:

- Trygghet for å motta nødvendig omsorg.
- Nødvendig døgkontinuerlig oppfølging og tilsyn av tilstrekkelig fagkyndig personell, avhengig av den enkeltes behov.
- Sikkerhet for at offentlig godkjent sykepleier kan tilkalles når det er behov for sykepleiefaglig oppfølging.
- Nødvendig medisinsk oppfølging og behandling.
- Tjenester som ivaretar at overordnede krav til kvalitet imøtekommes. Det er krav bl.a. om kvalitetsplan for alle beboere.
- Jevnlig informasjon om den enkelte beboers situasjon og tilstand til beboer og eventuelt dennes pårørende.
- Tilbudene planlegges og gis i nær samhandling med beboer og evt. pårørende.
- Tilrettelegging for sosialt samvær og aktivitet/kultur.
- Et godt og trygt bomiljø, som bidrar til trivsel og tilfredsstillende livskvalitet.

4.2 Langtid opphold i sykehjem

Permanent opphold er i Oslo kommune definert som langtidsopphold. I det videre følger beskrivelse av de ulike kategorier langtidsopphold og innholdet i dem, slik de er definerte pr. april 2008:

4.2.1 Langtidsopphold i ordinære enheter

Ved opphold i somatiske enheter for langtidsopphold i sykehjem tilstreber Sykehjemsetaten å tilby følgende:

- Døgkontinuerlig oppfølging og tilsyn av tilstrekkelig fagkyndig personell.

- Sikkerhet for at det til enhver tid skal gis oppfølging av offentlig godkjent sykepleier.
- Nødvendig medisinsk oppfølging og behandling.
- Tjenester som ivaretar at overordnede krav til kvalitet imøtekommes. Det er krav bl.a. om kvalitetsplan for alle beboere.
- Sykepleiefaglig bistand og oppfølging, som kompenserer for manglende/sviktende mulighet og evne til å ivareta egenomsorg.
- Nødvendig utstyr for å ivareta den sykepleiefaglige oppfølgingen.
- Jevnlig informasjon om den enkelte beboers situasjon og tilstand til beboer og eventuelt dennes pårørende.
- Faglig oppfølging og bistand for å opprettholde evne til å ivareta flest mulig av dagliglivets aktiviteter.
- Særskilt tilrettelagt fysisk bomiljø, som ivaretar behov for plass til bevegelse dersom det er behov for bruk av tunge hjelpemidler.
- Tilrettelegging for sosialt samvær og aktivitet.
- Et godt og trygt bomiljø, som bidrar til trivsel og tilfredsstillende livskvalitet.

De kvalitetskriterier som er nedfelt for langtidsopphold i ordinære enheter, er grunnleggende, og skal tilstrebes å være til stede ved alle kategorier opphold.

4.2.2 Langtidsopphold i skjermete enheter for personer med demens

Ved opphold i skjermet enhet for personer med en demens gis ulike tilbud. Tilbudene til yngre personer (<65 år) med demens beskrives i eget avsnitt.

Sykehjemmene tilstreber å gi tilbud til personer med alvorlig grad av demens i skjermete enheter som:

- Er innrettet med 12 plasser eller mindre, som gir mulighet for skjerming av beboerne fra for mye stimuli fra omverdenen. Tilbudet organiseres og tilrettelegges slik at den enkelte beboer er sikret kontinuerlig tilsyn.

Beboerne gis tilbud slik de er beskrevet for langtidsopphold.

I tillegg tilstrebes å gi tilbud om:

- Oppfølging av personell som innehar videreutdanning eller spesiell fagkompetanse/realkompetanse innen området demensomsorg.
- Særskilt oppfølging av lege/tverrfaglig team med tanke på eventuelle behov for videre utredning på andrelinjetjenestenivå.
- Særlig oppfølging for å bibeholde evne til å ivareta dagliglivets aktiviteter og egenomsorg.
- Særskilt oppfølging for at beboer skal føle trygghet, tillit, stabilitet og forutsigbarhet i sine omgivelser.
- Særskilt oppfølging som sikrer at beboeren skjermes for forstyrrende stimuli.
- Et tilrettelagt bomiljø for sosialt fellesskap og tilbud om aktiviteter tilpasset målgruppen.

4.2.3 Langtidsopphold i enhet for mennesker med psykiske lidelser

Tilbud om opphold i forsterket enhet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser gis vanligvis til personer over 67 år, men kan også gis til yngre. Det er imidlertid ikke alder som skal være avgjørende for å motta tilbudet.

Det skal foreligge en definert diagnose om psykisk lidelse.

Tilbudet omfatter:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for somatisk langtidsopphold.

I tillegg tilstrebes å gi tilbud om:

- Organisering i egne enheter, som legger til rette for skjerming.
- Oppfølging av fagpersonell med videreutdanning innen området alderspsykiatri.
- Forsterket bemanning, hvorav flere har videreutdanning eller spesiell opplæring innen fagfeltet, samt det å yte sykepleie til tungt pleietrengende personer. Fagkompetansen tilbys døgnekstrem.
- Tilbudet organiseres og tilrettelegges slik at den enkelte beboer er sikret kontinuerlig tilsyn.
- Et sosialt miljø som gir rom for aksept og tillit, og som legger til rette for kontinuerlig tilsyn/oppfølging i miljøet.
- Muligheter for innhenting av spesialkompetanse i nødvendig grad knyttet til de spesielle utfordringer den enkeltes sykdom utløser.

4.2.4 Langtidsopphold i forsterkede enheter for personer med APSD (atferdsmessige og psykiske tilleggssymptomer ved hoveddiagnose demens).

Sykehjemsetaten gir tilbud som er særskilt forsterket til bl.a. personer med hoveddiagnose demens og evt. med psykiske tilleggsslidelser, som har en atferd som stiller særskilte krav til oppfølging. Beboerne har adferdsavvik i form av aggresjon, motorisk og verbal utagering, samt ukritisk opptreden som ikke er forenelig med opphold på andre avdelinger.

Tilbudene omfatter:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for somatisk langtidsopphold.

I tillegg gis tilbud om:

- Organisering i egne enheter, avgrenset til mellom 4-8 plasser.
- Tilbudet organiseres og tilrettelegges slik at den enkelte beboer er sikret kontinuerlig tilsyn.
- Forsterket bemanning, hvorav flere har videreutdanning eller spesiell kompetanse innen fagfeltet. Fagkompetansen tilbys døgnekstrem.
- Muligheter for innhenting av spesialkompetanse i nødvendig grad knyttet til de spesielle utfordringer den enkeltes sykdom utløser.
- Tilbudet gis i samarbeid med medisinsk faglig ansvarlig.
- Et trygt og avgrenset bomiljø.
- Tilbud om aktivitet og kulturopplevelser, tilpasset målgruppen.

4.2.5 Tilbud til yngre personer med en demensdiagnose

Sykehjemsetaten tilbyr et særskilt tilrettelagt tilbud til personer under 65 år med demens, for eksempel i Villa Enerhaugen. Tilbudet omfatter:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for somatisk langtidsopphold.

I tillegg tilstrebes å gi tilbud om:

- Organisering i enheter avgrenset til mellom 4-6 plasser.

- Tilbudet organiseres og tilrettelegges slik at den enkelte beboer er sikret kontinuerlig tilsyn.
- Forsterket bemanning, hvorav flere har videreutdanning eller spesiell opplæring innen fagfeltet. Fagkompetansen tilbys døgkontinuerlig.
- Tilbudet skal gis i samarbeid med ansvarlig lege.
- Muligheter for innhenting av spesialkompetanse i nødvendig grad knyttet til de spesielle utfordringer den enkeltes sykdom utløser.
- Et trygt og avgrenset bomiljø.
- Særskilt tilrettelagt fysisk bomiljø, som ivaretar behov for plass til bevegelse dersom det er behov for bruk av tunge hjelpemidler.
- Særskilt oppfølging i f.h.t. behov for fysisk utfoldelse og deltakelse i samfunnet.
- Tilbud om aktivitet og kulturopplevelser tilpasset målgruppen.

4.2.6 Langtidsopphold i forsterket enhet for mennesker med særlig alvorlige psykiske lidelser

Tilbud om opphold i forsterket enhet for mennesker med psykiske lidelser eksempelvis ved Lindeberg omsorgssenter, gis vanligvis til personer over 67 år. Det er imidlertid ikke alder som skal være avgjørende for å motta tilbudet. Det skal foreligge en definert diagnose om psykisk lidelse.

Tilbudet omfatter:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for somatisk langtidsopphold.

I tillegg gis tilbud om:

- Organisering i egne enheter med inntil 12 beboere.
- Tilbudet organiseres og tilrettelegges slik at den enkelte beboer er sikret tilsyn dersom vedkommende vil forlate enheten.
- Beboerne får i hovedsak dekket sine behov ved en-til-en kontakt med personal.
- Trenger kontinuerlig tilsyn/oppfølging ute i miljøet.
- Har behov for skjerming.
- Oppfølging av fagpersonell med videreutdanning innen området psykiatri.
- Muligheter for innhenting av spesialkompetanse i nødvendig grad knyttet til de spesielle utfordringer den enkeltes sykdom utløser.
- Særskilt tilrettelagt fysisk bomiljø, som ivaretar behov for plass til bevegelse dersom det er behov for bruk av tunge hjelpemidler.

4.2.7 Langtidsopphold i forsterket enhet, annet

Sykehjemsetaten gir forsterkede tilbud til målgrupper som har spesielle somatiske sykdommer, som krever at tilbudet krever forsterket bemanning. Målgrupper er bl.a. yngre personer med fysiske funksjonshemminger og personer med alvorlige nevrologiske lidelser, som har et stort pleiebehov.

Tilbudet inneholder:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for somatisk langtidsopphold.

I tillegg tilstrebes å gi tilbud om:

- Organisering i egne enheter, avgrenset til mellom 6-8 plasser.

- Forsterket bemanning, hvorav flere har videreutdanning eller spesiell opplæring innen det aktuelle fagfelt, samt det å yte sykepleie til tungt pleietrengende personer. Fagkompetansen tilbys døgkontinuerlig.
- Muligheter for innhenting av spesialkompetanse i nødvendig grad knyttet til de spesielle utfordringer den enkeltes sykdom utløser.
- Særskilt tilrettelagt fysisk bomiljø, som ivaretar behov for plass til bevegelse dersom det er behov for bruk av tunge hjelpemidler.
- Tilrettelegging for sosialt samvær og aktivitet/kultur tilpasset målgruppen.

4.2.8 Langtidsopphold for personer med MRSA

Meticillinresistente gule stafylokokker (motstandsdyktige bakterier) MRSA og andre resistente bakterier er et problem ved mange helseinstitusjoner også i Oslo.

Det er etablert egne enheter spesielt rettet mot denne gruppen med plass til 6 – 8 beboere eksempelvis ved Ammerudlunden og Solvang sykehjem. Tilbudet inneholder:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for somatisk langtidsopphold.

I tillegg tilstrebes å gi tilbud om:

- Organisering i egen enhet, slik at smitte ikke kan spres til beboere ved andre avdelinger, avgrenset til mellom 6-8 plasser.
- Forsterket bemanning, hvorav flere har videreutdanning eller spesiell opplæring innen smittevern og hygiene. Fagkompetansen tilbys døgkontinuerlig.
- Særskilt tilrettelagt fysisk bomiljø som ivaretar muligheter for sosialt fellesskap og aktivitet, til tross for behovet for strengt smitteregime.
- Et bomiljø som ivaretar trygghet og legger til rette for god livskvalitet, innenfor de rammer som tilbudet kan gis i.

4.2.9 Andre spesialiserte tilbud

Sykehjemsetaten har ikke hatt spesifiserte tilbud for nattopphold eller terminalpleie i sykehjem (Forskrift om sykehjem §2-1,h-i). Sykehjemsetaten gir pr. i dag likevel gode tilbud når det i praksis oppstår behov for slik form for oppfølging/tilbud. Brukerne henvises fra både sykehus, sykehjem og hjemmet.

Tilbudet ivaretar:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for somatisk langtidsopphold.

Tilbudet ivaretar særskilt:

- Adekvat smertelindring.
- Nødvendig sykepleie og oppfølging i livets siste fase.
- Særskilt oppfølging over for pårørende.
- En-til-en oppfølging og ekstra bemanning ved behov.

Sykehjemsetaten gir også tilbud om langtidsplasser for døve. Tilbudet er tilrettelagt for målgruppen, ved at personalet har kunnskaper som gjør det mulig å kommunisere med beboerne på en god måte.

For alle tilbud om langtidsopphold for personer med demensdiagnose/psykisk sykdom/-lidelse/annet forsterket tilbud, vil det vurderes om tilbudet er hensiktsmessig, dersom den enkelte beboer utvikler somatisk sykdom og funksjonssvikt som medfører og utløser økt grad av behov for somatisk pleie. Brukere og pårørende informeres om dette ved innleggelsen.

4.3 Tidsbegrenset opphold (korttidsopphold)

Korttidsopphold i sykehjem etter KHL §2-1 er et tidsbegrenset tilbud. Tidsbegrenset opphold i sykehjem kan vare fra 2 – 12 uker avhengig av funksjonssvikt og målsettingen med oppholdet. Oppholdet skal være kortvarig, og derfor må målsettingen med oppholdet begrunnes tydelig og være kjent for beboeren og eventuelle pårørende (Pas.rettighetsloven §3). Tilbudet kan være rullerende.

Tilbud om tidsbegrenset opphold differensieres med ulike typer av tjenester som ivaretar både behandling, utredning, rehabilitering, forbygging og avlastning (KHL § 1-3).

4.3.1 Tidsbegrenset opphold

Tilbudet omfatter:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for langtidsopphold i ordinære enheter.

I tillegg tilstrebes å gi tilbud om:

- Oppstart arbeid med tiltaksplan innen 24 timer.
- Mål som er definert i vedtak skal nås, dersom disse ikke krever innsats fra annet omsorgsnivå.
- Tilbudet er organisert i egne enheter, som har noe forsterket bemanning knyttet til at tilbudet er av kortvarig karakter. Personalet jobber målrettet for at bruker skal kunne komme tilbake til eget hjem.
- Tilbudet ivaretar den enkelte brukers behov for medisinsk oppfølging, sykepleie og tilsyn ved sykdom hvor det er behov for helsetjenester i institusjon i en periode.
- Tilbudet kompenserer/erstatter omsorg når dette ikke kan gis på forsvarlig måte i hjemmet, for eksempel ved akutt sykdom eller der omsorgstjenestene ikke makter å ivareta tilstrekkelig omsorg og pleie i hjemmet på kort varsel.
- Tilbudet legger til rette for at bruker opprettholder/gjenvinner sitt funksjonsnivå.
- Tilbudet legger til rette for at brukeren opprettholder evne til å mestre dagliglivets aktiviteter.
- Det gis tverrfaglig oppfølging.
- Det vektlegges samhandling med bydel/ bestiller.
- Det vektlegges samhandling med hjemmetjenesten.
- Det gis hjemmebesøk med begrunnelse i brukers behov.

4.3.2 Tilbud om rehabilitering

Rehabiliteringsopphold i sykehjem etter KHL §1-3 er et målrettet og tidsbegrenset tjenestetilbud der tverrfaglig personale samarbeider med brukeren og eventuelle pårørende. Formålet med rehabilitering i sykehjem stiller krav om at oppholdet skal bidra til økt funksjons- og mestringsevne og tjenestene skal ytes ut fra et brukerperspektiv (FOR rehab § 1). Rehabiliteringsopphold i sykehjem skal være målrettet, planmessig og gjerne nedfelt i en skriftlig individuell plan.

Tilbudet omfatter:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for langtidsopphold i ordinære enheter.

I tillegg tilstrebes å gi tilbud om:

- Oppstart arbeid med tiltaksplan innen 24 timer.
- Målene som er definert i vedtak skal nås. Det arbeides systematisk for at målene nås.
- Eventuelle avvik vurderes tverrfaglig, og nye tiltak/ny behandling planlegges og initieres i samråd med bruker, eventuelt dennes pårørende og bydelens bestillerkontor.
- Tilbudet er organisert i egne enheter, som er tilpasset formål og behandlingsopplegg.
- Lokalene har opptreningsfasiliteter.
- Tilbudet har forsterket bemanning, som har faglig bakgrunn for å gi oppfølging slik at brukeren gjenvinner funksjonsevne etter skade eller sykdom.
- Tilbudet ivaretar den enkelte brukers behov for medisinsk behandling, sykepleie og tilsyn ved sykdom hvor det er behov for helsetjenester i institusjon i perioden.
- Tilbudet legger til rette for mobilisering og opptrening slik at brukeren gjenvinner sitt funksjonsnivå/oppnår best mulig funksjonsnivå, i forhold til nivå før skade/funksjonssvikt oppsto.
- Tilbudet legger til rette for at brukeren gjenvinner evne til å mestre dagliglivets aktiviteter i størst mulig grad.
- Det legges til rette for systematisk egentrening og egenaktivitet, og motiveres for dette.
- Det vektlegges samhandling med bydel/ bestiller.
- Det vektlegges samhandling med hjemmetjenesten.
- Det gis hjemmebesøk med begrunnelse i brukers behov.

Sykehjemsetaten formidler også tilbud om rehabilitering og tidsbegrenset opphold i Spania. Tilbudene leveres av private leverandører, og oppfølging fra Sykehjemsetaten skjer gjennom kontraktsstyring. Tilbudene beskrives gjennom avtale og kontrakt, hvor også de kvalitetskrav som gjelder for alle kategorier tjenestetilbud er nevnt (kap. 2).

4.3.3 Vurderingsopphold for ferdigbehandlede pasienter i sykehus

Vurderingsopphold i sykehjem etter KHL §1-3 er et målrettet og tidsavgrenset tjenestetilbud. Vurderingsplasser er et tilbud til utskrivningsklare pasienter fra sykehus, i påvente av et mer egnet tilbud. Vurderingsopphold i sykehjem kan vare fra 1 dag til maks 4 uker avhengig av funksjonssvikt og målsettingen med oppholdet. Oppholdet skal være kortvarig, og målsettingen med oppholdet må begrunnes tydelig og være kjent for pasienten og eventuelle pårørende på forhånd (Pas.rettighetsloven § 3).

Mål:

Formålet er at brukeren ved utskrivning fra vurderingsopphold skal tildeles riktige tjenester i på rett nivå.

Tilbudet omfatter:

- Tilbudet ivaretar kvalitetskravene som er beskrevet under kap. 2, og som gjelder for alle kategorier tjenestetilbud.
- Tilbudet innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for langtidsopphold i ordinære enheter.

I tillegg tilstrebes å gi tilbud om:

- Målene som er definert i vedtak skal nås. Eventuelle avvik vurderes tverrfaglig, og nye tiltak/ny behandling planlegges og initieres i samråd med bruker og dennes pårørende.
- Det er organisert i egne enheter som er tilpasset formål og behandlingsopplegg.
- Tilbudet har forsterket bemanning, knyttet til at tilbudet er av kortvarig karakter, med faglig bakgrunn for å gi behandling, opptrening og pleie, slik at brukeren gjenvinner funksjonsevne etter skade eller sykdom.
- Tilbudet ivaretar den enkelte brukers behov for medisinsk behandling, sykepleie og tilsyn ved sykdom hvor det er behov for helsetjenester i institusjon i perioden.
- Tilbudet tilstreber å legge til rette for mobilisering og opptrening slik at brukeren gjenvinner funksjonsnivå/oppnår best mulig funksjonsnivå, i forhold til nivå før skade/funksjonssvikt oppsto. Tilbudet er ikke et rehabiliteringstilbud.
- Det vektlegges samhandling med bydel/ bestiller.
- Det vektlegges samhandling med hjemmetjenesten.

4.3.4 Avlastningstilbud for pårørende

Tilbudet er hjemlet i Lov om sosiale tjenester m.v., kapittel 4 § 4- 2b. Avlastning tilbys for å utsette institusjonsinnleggelse, og gi eldre mulighet for å bli boende hjemme lengst mulig, sammen med pårørende. Det kan tilbys rullerende avlastningsopphold ved behov.

Tilbud om avlastning er vederlagsfritt og omfatter følgende:

- Tilbudet ivaretar kvalitetskravene som er beskrevet under kap. 2, for alle kategorier tjenestetilbud.
- Tilbudet innehar de nevnte kvaliteter nedfelt for somatisk langtidsopphold.
- Det gis i enheter som er forbeholdt korttidsbrukere.

I tillegg gis tilbud om:

- Oppfølging som kompenserer/erstatte omsorg når dette ikke kan gis på forsvarlig måte i hjemmet, der omsorgsperson eller der omsorgstjenestene for en periode ikke kan ivareta tilstrekkelig omsorg og pleie i hjemmet.
- Tilrettelegging for at bruker skal bibeholde sin evne til å ivareta egenomsorg og evne til å mestre dagliglivets aktiviteter.
- Eventuelt nødvendig tverrfaglig oppfølging.
- At det opprettholdes nær kontakt med pårørende.
- At det avtales tidsavgrensning for oppholdet, som kan være rullerende.

4.3.5 Trygghetsavdeling som sikkerhetsnett for hjemmeboende

Trygghetsavdeling er et tilbud til hjemmeboende eldre som uventet kommer i en vanskelig situasjon, og som ellers i det alt vesentligste greier seg hjemme med tilbud om hjelp der.

Opphold ved trygghetsavdeling skjer ved at den eldre selv tar kontakt med tjenesten og "skriver seg inn". Blant de vanligste innleggelsesårsakene er angst, ensomhet, alminnelige

sykdommer og mindre skader som vanligvis ikke krever sykehusinnleggelse, samt ulike sosiale forhold. Brukerne kan skrive seg inn uansett tid på døgnet og få opphold i trygghetsavdelingen i inntil 3 uker for nødvendig pleie og omsorg, innenfor definerte kriterier. Tilbudet er ikke lov hjemlet.

Tilbudet er vederlagsfritt for bydelene, men brukerne betaler egenandel som for kortidsopphold.

Tilbudet innebærer:

- Brukeren får bo i avdelingen for en periode på 2-3 uker.
- Brukeren får oppleve trygghet og sosialt fellesskap.
- Tilbudet innebærer omsorg, hjelp og støtte.
- Tilbudet innebærer råd og veiledning for å tilrettelegge brukerens hjemmesituasjon.

4.4 Dag-og nattopphold

Tilbud om dagopphold gis pr. i dag i mange av våre sykehjem i dagsentra. Brukeren har vedtak på tjenesten i hht. Forvaltningsloven.

Sykehjemmene tilbyr inntil videre kun unntaksvis nattopphold.

Tilbud om opphold i dagsenter kan være et viktig tiltak for å forebygge funksjonssvikt og utsette eller forhindre behov for døgninnleggelse i institusjon.

- Tilbudet gis fra en til syv dager pr. uke.
- Det tilbys som hovedregel mellom kl. 08 og 15.
- Det er organisert som egne enheter i sykehjemmenes lokaliteter.
- Det skilles mellom tilbud over for personer med demens og tilbud til andre.
- Tilbudet gir mulighet for sosialt fellesskap og stimulering.
- Det gis anledning til å benytte sykehjemmets fasiliteter.
- Det legges til rette for opptrening og egenaktivitet.
- Det organiseres aktiviteter og felles måltider.

UTKAST TIL INNTAKSKRITERIER

OPPHOLD I ALDERSHJEM

1. Om tjenesten

Ved opphold i aldersavdeling tilbyr Sykehjemsetaten følgende, dersom det er behov for det:

- Trygghet for å motta nødvendig omsorg.
- Døgkontinuerlig oppfølging og tilsyn av tilstrekkelig fagkyndig personell, avhengig av den enkeltes behov.
- Sikkerhet for at offentlig godkjent sykepleier kan tilkalles når det er behov for sykepleiefaglig oppfølging.
- Nødvendig medisinsk oppfølging og behandling.
- Tjenester som ivaretar at overordnede krav til kvalitet imøtekommes. Det er krav bl.a. om kvalitetsplan for alle beboere.
- Informasjon om den enkelte beboers situasjon og tilstand til beboer og eventuelt dennes pårørende.
- Tilbudene planlegges og gis i nær samhandling med beboer og evt. pårørende.
- Tilrettelegging for sosialt samvær og aktivitet/kultur.
- Et godt og trygt bomiljø, som bidrar til trivsel og tilfredsstillende livskvalitet.

Jfr. "Innhold og kvaliter", p. 4.1.

2. Lovgrunnlag

- Lov om sosiale tjenester m.v., kapittel 4 § 4 -2 bokstav d, presiserer at tjenestene skal omfatte plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det pga. funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.
- Forvaltningslovens regler for saksbehandling gjelder.
- Forskrift om vederlag i institusjon m.v.
- I bystyresak 204/99 "Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene" er det spesifisert kvalitetskrav til kommunens egen forvaltning.

3. Henvendelse og søknad

- Egensøknad må foreligge. Søknaden skal, så sant det er mulig, være egenhendig undertegnet. I spesielle tilfelle kan pårørende/hjelpeverge/fullmektig underskrive for søker når vedkommende er ute av stand til å gjøre dette selv på grunn av fysisk og/eller mental svikt. *Jfr. Lov om pasientrettigheter, kapittel 4, samtykke til helsehjelp*
- Legeopplysninger og rapporter fra andre aktuelle tjenesteytere skal foreligge.
- Søker skal være informert om de økonomiske konsekvensene ved innleggelse i aldershjem, og om kommunens rett til å innhente økonomiske opplysninger.

4. Alternative tiltak som skal være utredet, vurdert og/el. prøvd før søknad innvilges
Ifølge Bystyremelding 1/2008 presiseres det at tjenestene skal tilbys i hht LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og tilpasses "omsorgstrappen".

Tiltak som skal være utredet, vurdert og/eller prøvd før søknad innvilges

- Trygghetsskapende tiltak som trygghetsalarm m.m.
- Sosiale støttetiltak som dagtilbud m.m.

- Tiltak og tjenester i hjemmet og vurdering av hjelpemidler. eksempelvis hjemmehjelp og hjemmesykepleie.
- Tilrettelegging av bolig, eventuelt alternativt boligtilbud i privat eller kommunal regi.
- Midlertidig opphold i institusjon.
- Medisinsk utredning og behandling.

5. Kriterier for tildeling av opphold i aldershjem

5.1 Grunnleggende kriterier

Søkeren:

- Har behov for døgkontinuerlig tilsyn, oppfølging og struktur for å ivareta egenomsorg.
- Opplever stor grad av utrygghet i eget hjem.
- Har moderat fysisk hjelpebehov.
- IPLOS gir viktig informasjon om funksjonsnivå, uten at det defineres noen grenseverdi som utløser tilbud i seg selv.

5.2 Spesielle kriterier

Ingen.

6. Faglig skjønn

Det vil alltid måtte gjøres en skønnsvurdering om hva den enkelte søker har behov for av tjenester. Det er viktig at saksbehandler gjør seg kjent med den enkeltes situasjon, og sikrer at det foreligger flest mulige opplysninger, som kan bidra til å underbygge skønnsvurderingen.

Det er viktig å legge vekt på søkers medbestemmelsesrett, samt ta hensyn til innspill fra evt. pårørende og andre tjenesteytere.

7. Frist for tildeling

Så raskt som mulig uten ugrunnet opphold.

8. Konklusjon og grunnlag for vedtak

Alle faktaopplysninger sammenstilles med skønnsvurderingen.

Bydelen fatter vedtak om opphold i aldershjem.

Forskrift for vederlag for opphold i institusjon, som inkluderer betaling for opphold i aldershjem, leveres ut ved søknad eller sammen ved vedtak.

Det skal opplyses om klageadgang og klageinstans.

9. Annet

Gjeldende tildelingsrutiner følges og tildeling skjer i samarbeid mellom søkeren, bydelen og Sykehjemsetaten.

TILBUD I DAGSETER I SYKEHJEM

1. Om tjenesten

Tilbud om dagsenter gis pr. i dag i dagsentra ved sykehjemmene. Tilbud om dagsenter kan være et viktig tiltak for å forebygge funksjonssvikt og utsette eller forhindre behov for døgninnleggelse i institusjon.

Dagsenter er et supplement til andre tjenestetilbud, men kan også tilbys alene. Formålet er å forebygge behov for mer omfattende tilbud.

Brukeren gis vedtak på tjenesten i hht. Forvaltningsloven.

- Tilbudet gis fra en til syv dager pr. uke.
- Det tilbys som hovedregel mellom kl. 08 og 15.
- Det er organisert som egne enheter i sykehjemmenes lokaliteter.
- Det skilles mellom tilbud over for personer med demens og tilbud til andre.
- Tilbudet gir mulighet for sosialt fellesskap og stimulering.
- Det gis anledning til å benytte sykehjemmets fasiliteter.
- Det legges til rette for opptrening og egenaktivitet.
- Det organiseres aktiviteter og felles måltider.

Jfr. "Innhold og kvalitet", p. 4.4.

2. Lovgrunnlag

- Tjenesten er ikke lovhemlet.
- Forvaltningslovens regler for saksbehandling gjelder for alle tjenestetilbud.
- I bystyresak 204/99 "Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene" er det spesifisert kvalitetskrav til kommunens egen forvaltning.
- Vederlag for opphold kreves i hht. retningslinjer i Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v., § 4.

3. Henvendelse og søknad

- Egensøknad må foreligge. Søknaden skal, så sant det er mulig, være egenhendig undertegnet. I spesielle tilfelle kan pårørende/hjelpeverge/fullmektig underskrive for søker når vedkommende er ute av stand til å gjøre dette selv på grunn av fysisk og/eller mental svikt. Jfr. *Lov om pasientrettigheter, kapittel 4, samtykke til helsehjelp*.
- Legeopplysninger skal foreligge.
- Søker skal være informert om egenbetaling.

4. Alternative tiltak som skal være utredet, vurdert eller prøvd før søknad innvilges
Ifølge Bystyremelding 1/2008 presiseres det at tjenestene skal tilbys i hht LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og tilpasses "omsorgstrappen".

Tiltak som skal være utredet, vurdert og/eller prøvd før søknad innvilges

- Sosiale støttetiltak som senior-/eldresenter m.m.
- Trygghetsskapende tiltak som trygghetsalarm m.m.
- Tiltak og tjenester i hjemmet og vurdering av hjelpemidler, for eksempel hjemmehjelp, hjemmesykepleie, innsatssteam m.m.
- Medisinsk utredning og behandling.

5 Kriterier for tildeling av ordinært opphold i dagsenter

5.1 Grunnleggende kriterier

Søkeren:

- Er hjemmeboende.
- Har behov for stimuli i form av sosial omgang og aktiviteter.
- Har ikke mulighet for å oppsøke sosiale arenaer, eks. eldresenter p.g.a. fysiske og/eller mentale begrensninger.
- Har behov for bedret ernæring.
- Har nedsatt egenomsorg, og har behov for oppfølging.
- Har et behov som anses å være av langvarig karakter.
- IPLOS gir viktig informasjon om funksjonsnivå, uten at det defineres noen grenseverdi som utløser tilbud i seg selv.

5.2 Spesielle kriterier

5.2.1 Dagsenter for personer med demens

Søkeren har:

- Kognitiv svikt eller demensdiagnose.
- Behov for tilpasset oppfølging og tilrettelagte aktiviteter.

5.2.2 Dagsenter for personer med behov for rehabilitering

Søkeren har:

- Behov for målrettet og tidsavgrenset opptrening/rehabilitering.

5.2.3 Dagsenter for døve/døvblinde

Søkeren er

- Døv/døvblind.

6 Faglig skjønn

For de ovennevnte kriteriene er skillene retningsgivende. Det vil alltid måtte gjøres en skjønnsvurdering om hva den enkelte søker har behov for av tjenester. Det er viktig at saksbehandler gjør seg kjent med den enkeltes situasjon, og sikrer at det foreligger flest mulige opplysninger, som kan bidra til å underbygge skjønnsvurderingen.

Det er viktig å legge vekt på søkers medbestemmelsesrett, samt ta hensyn til innspill fra evt. pårørende og andre tjenesteytere.

7 Frister for tildeling

Så raskt som mulig uten ugrunnet opphold.

8 Konklusjon og grunnlag for vedtak

Alle faktaopplysninger sammenstilles med skjønnsvurderingen. Bydelen fattet vedtak om dagsenter.

Det betales for dagsenter i hht de til en hver tid gjeldende satser og regler.

Det skal opplyses om klageadgang og klageinstans. Jfr. Forvaltningsloven.

9 Annet

Gjeldende tildelingsrutiner følges.

Tildeling skjer i samarbeid mellom søkeren, bydelen og Sykehjemsetaten.

TIDSBEGRENSET OPPHOLD I SYKEHJEM

1. Om tjenesten

Midlertidig opphold i sykehjem etter Lov om helsetjenester i kommunene §2-1 er et tidsavgrenset tilbud. Tidsbegrenset opphold i sykehjem varer som hovedregel fra 2 – 12 uker avhengig av funksjonssvikt og målsettingen med oppholdet. Siden oppholdet er kortvarig, må målsettingen med oppholdet begrunnes tydelig og være kjent for brukeren og eventuelle pårørende. Tilbudet kan være rullerende.

Tilbud om tidsbegrenset opphold differensieres med ulike typer av tjenester som ivaretar både behandling, utredning, rehabilitering, forbygging og avlastning (KHL § 1-3). Jfr. beskrivelse i "Innhold og kvalitet", kap. 4.3 som beskriver spesifikke forhold som ivaretas for de ulike kategoriene av spesielle tilbud om tidsbegrenset opphold.

Tilbudet omfatter:

- Tjenester som møter overordnede krav til kvalitet, samt innehar de grunnleggende kvaliteter nedfelt for langtidsopphold.
- Oppstart arbeid med tiltaksplan innen 24 timer.
- Mål som er definert i vedtak skal nås, dersom disse ikke krever innsats fra annet omsorgsnivå.
- Tilbudet er organisert i egne enheter, som har noe forsterket bemanning, knyttet til at tilbudet er av kortvarig karakter. Personalet jobber målrettet for at bruker skal kunne komme tilbake til eget hjem.
- Tilbudet ivaretar den enkelte brukers behov for medisinsk oppfølging, sykepleie og tilsyn ved sykdom hvor det er behov for helsetjenester i institusjon i en periode.
- Tilbudet kompenserer/erstatter omsorg når dette ikke kan gis på forsvarlig måte i hjemmet, for eksempel ved akutt sykdom eller der omsorgstjenestene ikke makter å ivareta tilstrekkelig omsorg og pleie i hjemmet på kort varsel.
- Tilbudet legger til rette for at bruker opprettholder/gjenvinner sitt funksjonsnivå.
- Tilbudet legger til rette for at brukeren opprettholder evne til å mestre dagliglivets aktiviteter.
- Det gis tverrfaglig oppfølging.
- Det vektlegges samhandling med bydel/ bestiller.
- Det vektlegges samhandling med hjemmetjeneste.
- Det gis hjemmebesøk med begrunnelse i brukers behov.

2. Lovgrunnlag

- Lov om sosiale tjenester mv av 13.12 1981 nr. 81 § 4-3, jfr. 4-2 b avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.
- Lov om helsetjenester i kommunene av 19.nov. 1982, nr. 66, § 2-1 sier at en hver som har rett til nødvendig helsehjelp, herunder sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie (§1-3), i den kommunen han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering.
- Forvaltningslovens regler for saksbehandling gjelder for alle tjenestetilbud.

- Forskrift om vederlag i institusjon m.v., gir i § 4 retningslinjer for vederlag for tidsbegrenset opphold i institusjon. Oslo kommune sine særskilte retningslinjer av 2004 presiserer at det kreves kr. 118 pr døgn for tidsavgrenset opphold.
- Avlastningsopphold i h.h.t. sosialtjenestelovens § 4-2 bokstav b er ikke underlagt vederlagsplikt.
- I bystyresak 204/99 "Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene" er det spesifisert kvalitetskrav til kommunens egen forvaltning.

3. Henvendelse og søknad

- For pasienter som meldes utskrivningsklare fra sykehusene, vedlegges vanligvis ingen egensøknad. Pasientene gis tilbud om tidsbegrenset opphold ut fra bydelens vurdering.
- I andre tilfelle skal egensøknad foreligge. Søknaden skal, så sant det er mulig, være egenhendig undertegnet. I spesielle tilfelle kan pårørende/hjelpeverge/fullmektig underskrive for søker når vedkommende er ute av stand til å gjøre dette selv på grunn av fysisk og/eller mental svikt. *Jfr. Lov om pasientrettigheter, kapittel 4, samtykke til helsehjelp.*
- Legeopplysninger og rapporter fra andre aktuelle tjenesteytere skal foreligge.
- Søker skal være informert om egenbetaling for tidsbegrenset opphold, med unntak av avlastningsopphold.

4. Alternative tiltak som skal være utredet, vurdert og/el. prøvd før søknad innvilges
Ifølge Bystyremelding 1/2008 presiseres det at tjenestene skal tilbys i hht LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og tilpasses "omsorgstrappen".

Tiltak som skal være utredet, vurdert og/eller prøvd før søknad innvilges

1. Trygghetsskapende tiltak som trygghetsalarm, trygghetsavdeling m.m.
2. Sosiale støttetiltak som dagtilbud m.m.
3. Tiltak og tjenester i hjemmet og vurdering av hjelpemidler, for eksempel hjemmehjelp, hjemmesykepleie, innsatsteam m.m.
4. Tilrettelegging av bolig, eventuelt alternativt boligtilbud i privat eller kommunal regi.
5. Medisinsk utredning og behandling.

5. Kriterier for tildeling av tidsbegrenset opphold i sykehjem

5.1 Grunnleggende kriterier

Sakeren:

- Er hjemmeboende, inkludert pasienter som er meldt utskrivningsklare fra sykehus.
- Har akutt eller kronisk helse-/funksjonssvikt som medfører behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester for en tidsbegrenset periode.
- Har behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging.
- IPLOS gir viktig informasjon om funksjonsnivå, uten at det defineres noen grenseverdi som utløser tilbud i seg selv.

5.2 Spesielle kriterier for

5.2.1 Avlastningsopphold. Lov om sosiale tjenester m.v. § 4-2 bokstav b

- Pårørende/omsorgspersoner har særlig tyngende omsorgarbeid for den pleietrengende.
- Pårørende/omsorgsperson har behov for avlastning for å avvikle ferie og ha fritid.

5.2.2 Vurderingsopphold

- Søker er meldt utskrivningsklar fra sykehus, og har et uavklart behov for omsorgstjenester.

5.2.3 Tidsbegrenset opphold

Søker har:

- Behov for å få avklart sitt hjelpebehov gjennom tverrfaglig kartlegging og vurdering av funksjonsnivå.
- Behov for å gjenvinne og opprettholde sitt funksjonsnivå.
- En definert målsetting for oppholdet.

5.2.4 Rehabiliteringsopphold

Søker har:

- Et avklart behov for rehabilitering i kommunehelsetjenesten.
- Behov for å gjenvinne eller lære nye ferdigheter.
- En definert målsetting for oppholdet. Denne skal ligge til grunn for kvalitetsplan, evt. individuell plan, og utarbeides raskest mulig. Planen utarbeides i samarbeid med søker og evt. pårørende.
- Behov for å få avklart sitt hjelpebehov gjennom tverrfaglig kartlegging og vurdering av funksjonsnivå.
- Behov for tverrfaglig veiledning og bistand til egentrening og mestring.

5.2.5 Tilbud i Spania

Søker må oppfylle samme kriterier som for tidsbegrenset- og rehabiliteringsopphold i Norge.

Søker må kunne klare å sitte 4 timer på fly.

Det er imidlertid viktig at søker *ikke* har rusproblemer, alvorlig grad av demens, er under utredning for alvorlig somatisk sykdom og/eller har alvorlig psykisk sykdom.

6 Faglig skjønn

For de ovennevnte kriteriene er skillene retningsgivende. Søker kan ha sammensatte og lite entydige behov. Det anbefales å la hoveddiagnosen vektes tyngst.

Det vil alltid måtte gjøres en skjønnsvurdering om hva den enkelte søker har behov for av tjenester. Det er viktig at saksbehandler gjør seg kjent med den enkeltes situasjon, og sikrer at det foreligger flest mulige opplysninger, som kan bidra til å underbygge skjønnsvurderingen.

Når det gjelder rehabiliteringsopphold må det legges vekt på at søker kan ta i mot instruksjon og kunne nyttiggjøre seg tilbudet.

Det er viktig å legge vekt på søkers medbestemmelsesrett, samt ta hensyn til innspill fra evt. pårørende og andre tjenesteytere.

7 Frister for tildeling

- Oslo kommune sin samarbeidsavtale med sektorsykehusene gir retningslinjer for ansvar knyttet til mottak av og betalingsordning for utskrivningsklare pasienter.
- Fra høsten 2007 kan Oslos innbyggere som får vedtak om korttidsopphold eller rehabiliteringsopphold få velge om de vil gjennomføre dette på et sykehjem i Oslo, som bydelen velger, eller benytte et av tilbudene i Spania.

8 Konklusjon og grunnlag for vedtak

Alle faktaopplysninger sammenstilles med skønnsvurderingen.

Bydelen fattar vedtak om tidsbegrenset opphold i sykehjem.

Forskrift for vederlag for opphold i institusjon, som inkluderer betaling for tidsbegrenset opphold i sykehjem, leveres ut ved søknad eller sammen ved vedtak.

Det skal opplyses om klageadgang og klageinstans.

9 Annet

Gjeldende rutine for tildeling av tidsbegrenset opphold følges, og tildeling skjer i samarbeid mellom søkeren, bydelen og Sykehjemsetaten.

LANGTIDSOPPHOLD I SYKEHJEM

1. Om tjenesten

- Døgkontinuerlig oppfølging og tilsyn av tilstrekkelig fagkyndig personell.
- Sikkerhet for at det til enhver tid skal gis oppfølging av offentlig godkjent sykepleier.
- Nødvendig medisinsk oppfølging og behandling.
- Tjenester som ivaretar at overordnede krav til kvalitet imøtekommes. Det er krav bl.a. om kvalitetsplan for alle beboere.
- Sykepleiefaglig bistand og oppfølging, som kompenserer for manglende/sviktende mulighet og evne til å ivareta egenomsorg.
- Jevnlig informasjon om den enkelte beboers situasjon og tilstand til beboer og eventuelt dennes pårørende.
- Faglig oppfølging og bistand for å opprettholde evne til å ivareta flest mulig av dagliglivets aktiviteter.
- Tilrettelegging for sosialt samvær og aktivitet.
- Et godt og trygt bomiljø, som bidrar til trivsel og tilfredsstillende livskvalitet.

Jfr. "Innhold og kvalitet", kap. 4.2.2. som skisserer forhold som ivaretas i tillegg til det ovenfor nevnte, for de ulike kategoriene av spesielle tilbud om langtidsopphold.

2. Lovgrunnlag

- Lov om helsetjenester i kommunene av 19.nov. 1982, nr. 66, § 2-1 presiserer: *En hver har rett til nødvendig helsehjelp, herunder sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie (§1-3), i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.*
- Forvaltningslovens regler for saksbehandling gjelder for alle tjenestetilbud.
- Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.
- Forskrift om vederlag i institusjon m.v.
- I bystyresak 204/99 "Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene" er det spesifisert kvalitetskrav til kommunens egen forvaltning.

3. Henvendelse og søknad

- Egensøknad må foreligge. Søknaden skal, så sant det er mulig, være egenhendig undertegnet. I spesielle tilfelle kan pårørende/hjelpeverge/fullmektig underskrive for søker når vedkommende er ute av stand til å gjøre dette selv på grunn av fysisk og/eller mental svikt. Jfr. *Lov om pasientrettigheter, kapittel 4, samtykke til helsehjelp.*
- Legeopplysninger og rapporter fra andre aktuelle tjenesteytere skal foreligge.
- Søker skal være informert om de økonomiske konsekvensene ved innleggelse i sykehjem, og om kommunens rett til å innhente økonomiske opplysninger.

4. Alternative tiltak som skal være utredet, vurdert og/eller prøvd før søknad innvilges ifølge Bystyremelding 1/2008 presiseres det at tjenestene skal tilbys i hht LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og tilpasses "omsorgstrappen".

Tiltak som skal være utredet, vurdert og/eller prøvd før søknad innvilges

- Trygghetsskapende tiltak som trygghetsalarm m.m.
- Sosiale støttetiltak som dagsenter m.m.

- Tiltak og tjenester i hjemmet og vurdering av hjelpemidler, for eksempel hjemmehjelp, hjemmesykepleie, innsatsteam m.m.
- Tilrettelegging av bolig, eventuelt alternativt boligtilbud i privat eller kommunal regi
- Midlertidig opphold i institusjon.
- Medisinsk utredning og behandling.

5. Kriterier for tildeling av langtidsopphold

5.1 Grunnleggende kriterier

Søker har:

- Helse-/funksjonssvikt fysisk og/eller mentalt/kognitivt, som medfører behov for varige heldøgns pleie- og omsorgstjenester.
- Behov for varig medisinsk behandling og tverrfaglig oppfølging, omsorg og pleie.
- IPLOS vil gi viktig informasjon om funksjonsnivå, uten at det defineres noen grenseverdi som utløser tilbud i seg selv.

5.2 Spesielle kriterier

5.2.1 Skjernet enhet for personer med demens

Søker har:

- Diagnostisert, alvorlig grad av demens.
- Adferdsavvik som vandring og motorisk uro.
- Særskilt behov for trygghet, stabilitet og forutsigbarhet i miljøet som bidrar til at personen skjernes fra omgivelsene.

5.2.2 Forsterkt enhet for personer med atferdsmessige og psykiske tilleggssymptomer med hoveddiagnose demens

Søker har:

- Diagnostisert, alvorlig grad av demens med tilleggssymptomer.
- Adferdsavvik som utagering, vandring og motorisk uro.
- Særskilt behov for, trygghet, stabilitet og forutsigbarhet i miljøet som bidrar til at personen skjernes fra omgivelsene.
- Behov for tilbud i liten enhet.
- Kan i tillegg ha behov for å skjernes fordi atferden medfører særlig sjenanse for omgivelsene.

5.2.3 Enhet for mennesker med psykiske lidelser

Søker:

- Er utredet på spesialistnivå og har en definert diagnose om alvorlig psykisk lidelse.
- Har adferdsavvik forårsaket av psykiske lidelse.
- Har særskilt behov for trygghet, stabilitet og forutsigbarhet i miljøet som bidrar til at personen må skjernes fra omgivelsene.

5.2.4 Forsterket enhet for personer med atferdsmessige og psykiske tilleggssymptomer med hoveddiagnose psykisk lidelse

Søker har:

- Diagnostisert alvorlig grad av psykisk lidelse med tilleggssymptomer.
- Adferdsavvik som utagering, vandring og motorisk uro.
- Særskilt behov for, trygghet, stabilitet og forutsigbarhet i miljøet som bidrar til at personen skjernes fra omgivelsene.

- Behov for tilbud i særskilt avgrenset enhet.
- Kan i tillegg ha behov for å skjermes fordi atferden medfører særlig sjenanse for omgivelsene.

5.2.5 Forsterket enhet for bl.a. yngre personer med spesielle, alvorlig somatiske lidelser

- Søker har et særskilt behov for omsorg og pleie knyttet til sin diagnostiserte sykdom.
- Søker kan gis tilbud uavhengig av alder.

5.2.6 Spesialtilbud for yngre personer med demensdiagnose

Søker:

- Er under 65 år.
- Har diagnostisert alvorlig grad av demens evt. med tilleggssymptomer.
- Har adferdsavvik som vandring og motorisk uro.
- Har særskilt behov for trygghet, stabilitet og forutsigbarhet i miljøet, som bidrar til at personen skjermes fra omgivelsene.
- Har behov for tilbud i liten enhet.
- Har behov for særskilt oppfølging og tilrettelegging for fysisk aktivitet og sosiale stimuli.
- Kan i tillegg ha behov for å skjermes fordi atferden medfører særlig sjenanse for omgivelsene.

5.3 Andre spesielle tilbud

Ved behov for andre omfattende og spesielle pleie- og omsorgstilbud, tas det kontakt med Sykehjemsetaten for i fellesskap å finne best mulig egnet tilbud. Dette kan være tilbud til søkere som:

- Er döv eller døvblind.
- Har MRSA eller andre resistente bakterier.
- Har behov for lindrende behandling og oppfølging ved kroniske smerter og i livets slutfase.

6. Faglig skjønn

For de ovennevnte kriteriene er skillene retningsgivende. Søker kan ha sammensatte og lite entydige behov. Det anbefales å la hoveddiagnosen vektes tyngst.

Det vil alltid måtte gjøres en skjønnsvurdering om hva den enkelte søker har behov for av tjenester. Det er viktig at saksbehandler gjør seg kjent med den enkeltes situasjon, og sikrer at det foreligger flest mulige opplysninger, som kan bidra til å underbygge skjønnsvurderingen.

Det er viktig å legge vekt på søkers medbestemmelsesrett, samt ta hensyn til innspill fra evt. pårørende og andre tjenesteytere.

Skjønnsvurderingen må ses opp mot de kategorier tilbud som Sykehjemsetaten leverer. Det er viktig å vurdere, ut fra diagnose og funksjonsnivå, om søker kan nyttiggjøre seg den fagkompetanse og det tilbud som det enkelte sykehjem/den respektive avdeling, tilbyr. Dette betyr ikke at Sykehjemsetaten ikke skal ta i mot brukere med særskilte behov, da de aller fleste vil falle inn under "normalkategoriene", og være tjent med tilbud innenfor disse.

7. Frister og fritt sykehjemvalg

I Oslo kommune gjelder fritt sykehjemvalg for langtidsopphold i sykehjem. Dette forutsetter at valgt sykehjem har tilbud om den kategori plass det er gjort vedtak om.

Det forutsettes at søkere som får innvilget langtidsopphold i sykehjem, gis tilbud om opphold innen 4 uker fra vedtaksdato.

Ref. Byrådssak 2137/1996, *Byrådets instruks: Felles retningslinjer for bydelene for inntak i sykehjem og andre heldøgns omsorgstilbud.*

Ref. Byrådssak 204/1999 *Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene.*

Ref. *Informasjonsbrosjyre om fritt sykehjemvalg i Oslo kommune.*

8. Konklusjon og grunnlag for vedtak

Alle faktaopplysninger sammenstilles med skjønnsvurderingen. Bydelen fatter vedtak om aktuelt langtidsopphold, og vedtak og informasjonsbrosjyre om fritt sykehjemvalg sendes søker.

Forskrift om vederlag for opphold i institusjon leveres ut ved søknad eller sammen ved vedtak.

Det skal opplyses om klageadgang og klageinstans.

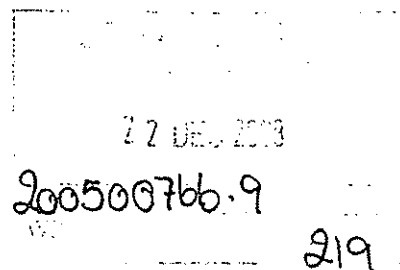
7. Annet

Gjeldende rutine tildelingsrutiner følges, og tildeling skjer i samarbeid mellom søkeren, bydelen og Sykehjemsetaten.



Oslo kommune
Helse- og velferdsetaten

Bydel Østensjø
Postboks 104 Bøler
Bølerlia 2
0620 OSLO



Deres ref:

Vår ref (saksnr):
200501569-23

Saksbeh:
Petter Engebretsen, 97054168

Dato: 18.12.2008

Arkivkode:
219

**TILDELING AV PROSJEKTMIDLER TIL FOREBYGGING AV HOFTEBRUDD
BLANT HJEMMEBOENDE ELDRE**

Viser til utlysningen av prosjektmidlene i vårt brev av 30.09.2008 (Kommunaldirektørens sak nr 13/2005), deres søknad av 29.10.2008, samt møte mellom bydelen og Helse- og velferdsetaten den 18.12.2008.

Helse- og velferdsetaten tildeler med dette kr 328.000 til Bydel Østensjø. Midlene overføres bydelen innen 31.12.2008. Bydelen forplikter seg etter avtale ved tildeling av midlene til at:

- Hovedmålsettingen med prosjektet er å forebygge hoftebrudd blant hjemmeboende eldre.
- En koordinator skal være ansvarlig for oppfølging av alle involverte i tiltakene i prosjektet. Tiltakene skal være praktisk orientert.
- Det gjøres et utvalg blant bydelens hjemmeboende eldre med påvist falltendens.
- Alle i utvalget skal få tilbud om individuell plan, og individuell plan i Gerica er verktøyet som skal brukes.
- Vedtak om individuell plan for den enkelte bruker fattes av bestillerkontoret i bydelen, og tiltakene i planen skal være av tverrfaglig karakter.
- Bydelen utarbeider minimum 25 individuelle planer i 2009.

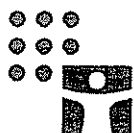
Helse- og velferdsetaten vil gi bydelen opplæring i bruk av individuell plan i Gerica. Prosjektet er en del av folkehelsestrategien, viser til innsatsområde 6 i Folkehelseplan for Oslo kommune. Sluttrapport fra bydelen skal leveres ved utgangen av 2009. Vi gjør oppmerksom på at det kan kreves økonomisk rapportering på bruk av midlene. Vi ønsker bydel Østensjø lykke til med prosjektet, og ser frem til samarbeidet.

Med hilsen

Gyda Berg
direktør

Torkill Nordahl-Olsen
avdelingsdirektør

Kopi: Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester



Helse- og
velferdsetaten

Besøksadresse
Klaus Torgårds vei 3
Sogn Arena

Postadresse
Postboks 30 Sentrum
0101 Oslo
www.hev.oslo.kommune.no

Telefon: 02 180
Telefaks: 22 23 74 02
Org.nr.: 986 597 093

