

EFFEKTEN AV KONKURRANSE

KVALITET OG KOSTNADER VED
SYKEHJEM I OSLO 2016



NyAnalyse as

 NHO
Service

KORT OM RAPPORTEN

Denne rapporten er skrevet av NyAnalyse AS etter oppdrag fra NHO Service. Hensikten med rapporten er å presentere oppdaterte resultater for ressursbruk og kvalitetsmålinger blant ulike driftere av Oslos sykehjem. Nytt i denne rapporten er et økt fokus på kvalitet og et redusert fokus på kostnader i sykehjem i Oslo. Forrige rapport (Oslo Economics 2012) ligger til grunn for årets oppdatering og utvidede fokus innen kvalitet. Kvalitetsanalysen benytter resultatene fra Pårørendeundersøkelser og såkalte Objektive kvalitetsindikatorer ved sykehjem i Oslo. Det er også gjort framskrivinger av pleie- og omsorgsbehovet i institusjon frem mot 2040 i Oslo. Framskrivingene bygger på et tidligere arbeid (NyAnalyse, 2015) hvor spesielt utviklingen med stadig mer bruk av velferdsteknologi gjør flere i stand til å få hjelp i hjemmet. På bakgrunn av at det nye byrådet uttrykker ønske om å rekommunisere sykehjem driftet av øvrige private aktører i tiden fremover er merkostnaden for kommunen dersom Oslo kommune drifter alt selv beregnet mot 2030 og 2040.

Følgende personer har vært bidragsyttere i arbeidet med rapporten:

Villeman Vinje, Seniorøkonom

Mari O. Mamre, Samfunnsøkonom

Linn Bredesen, Samfunnsøkonom

Oslo, November 2016

Faglig innhold av NyAnalyse AS

Utgis av NHO Service

Trykket opp av NHO Service

FORORD

KUNNSKAP BYGGER FREMTIDENS ELDTREOMSORG

Hvordan sørger vi for best mulig eldreomsorg? Hvordan møter vi økende krav til kvalitet og individuelle tilpasninger når antallet eldre blir så mye større i årene fremover? Hvordan kan vi gjøre omsorgsyrkene så attraktive at vi sikrer tilstrekkelig rekruttering? Spørsmålene er mange. Jo mer kunnskap vi har om situasjonen i dag, desto bedre er vi i stand til å gi gode svar på disse spørsmålene. Jo mer kunnskap vi har, desto bedre blir også debatten om privat sektors rolle i helse- og velferdstjenestene. Denne debatten er alt for viktig til å være preget av ideologi og myter. Dessverre er det alt for lite forskning og dokumentasjon knyttet til privat sektors rolle på dette området i Norge.

I 2013 kom rapporten *Sykehjemsdrift i Oslo – effekten av konkurranse* (Oslo Economics). Rapporten som tok for seg perioden 2000 til 2010, var utarbeidet for NHO Service. Den var basert på kommunens egne tall, og viste at over ti år med konkurranse som virkemiddel hadde gitt gode effekter. Konkurrans utsatte sykehjem i Oslo hadde vesentlig lavere kostnader og lå noe høyere enn de øvrige på kommunens egne kvalitetsmålinger.

Det er et faktum at få kommuner systematisk måler kvaliteten på egen eldreomsorg. Alle kommuner burde gjøre dette, og det helt uavhengig av om tjenestene blir utført i kommunal egenregi eller av private tjenesteleverandører på vegne av kommunene. Oslo har gått foran på dette området. Her kan andre kommuner lære.


Hensikten med måling av kvalitet og ressursbruk i eldreomsorgen er å gi et grunnlag for å kunne forbedre tjenestene til de eldre og for å sikre bærekraftige velferdsordninger.

Vi håper denne rapporten er et verdifullt tilskudd i debatten om dette.



ANNE-CECILIE KALTENBORN
Administrerende direktør NHO service

INNHold

	 Side
Forord - Kunnskap bygger fremtidens eldreomsorg	3
Introduksjon: Forskjeller i kostnader og kvalitet ved sykehjem	5
Hovedmål med rapporten	8
Resultater fra analysen: Samlet oversikt	10
Sykehjemsdriften i Oslo	11
Kvalitet i sykehjem	14
Kostnader sykehjem	22
Fremtidens pleiebehov - Eldrebølgen kommer også til Oslo	27
Litteraturliste	31
Vedlegg: Kvalitets- og kostnadstall	32

INTRODUKSJON

FORSKJELLER I KOSTNADER OG KVALITET VED SYKEHJEM

En stadig aldrende befolkning og utsiktene til svakere økonomisk vekst i Norge tilsier at velferdsstaten vil komme under press de neste tiårene. Parallelt med utviklingen mot mer hjemmebaserte tjenester, er det demografiske skiftet så stort at også en større andel av befolkningen vil etterspørre institusjonsbaserte tjenester om få år. For å opprettholde et godt tilbud i eldreomsorgen er det derfor viktig at hver kommune innretter driften slik at kommunen tilbyr velferdstjenestene på den mest effektive og kvalitetsfremmende måten. Formålet med denne rapporten er å bidra med økt kunnskap om kvalitet og kostnader ved sykehjem med ulike driftsformer i Oslo. Ulikheter i faktorer som lover og regler, nettverk og faglig tilknytning samt hvorvidt drifterne av sykehjemmet har et lokalt eller internasjonalt erfaringsgrunnlag kan gi opphav til ulikheter i tjenestetilbud, oppfølging, opplevd kvalitet og ressursbruk ved private og kommunale sykehjem.

Et mangfold av driftere innen eldreomsorg i Oslo

Oslo er spesielt interessant i norsk kontekst som pionér når det gjelder omfanget av konkurranseutsetting av sykehjem. Ingen andre norske kommuner har opparbeidet seg tilsvarende erfaringer gjennom bruk av et mangfold private driftere, i tillegg til kommunen selv, av byens sykehjem. I tillegg har Oslo kommune systematisk målt både ressursbruk og et rikt sett av kvalitetsindikatorer ved hvert enkelt sykehjem over tid. De private drifterne er både private ideelle og private kommersielle aktører. I denne rapporten brukes betegnelsen *private ideelle* for førstnevnte og *øvrige private* for sistnevnte gruppe. Analysen omhandler Oslo, men resultatene herfra vil ha overføringsverdi også til andre kommuner.

Forskjeller i kostnader og kvalitet – insentiver og spredning

Hvorvidt *beste praksis* forstått som høy kvalitet til lavest mulig kostnad ved sykehjemsdrift innebærer at sykehjem drives i kommunal egenregi eller privat regi er et tema det er stor uenighet om i den politiske debatten. Noen mener det er ufordelaktig at private aktører driver velferdstjenester og tar ut fortjeneste med den følge at driften av velferdstjenestene derfor bør være forbeholdt kun det offentlige og private ideelle aktører. En kan frykte at konkurranseutsetting av velferdstjenester kan bidra til at det spares inn på ressurser som er viktige for å kunne tilby god kvalitet på tjenesten. På den annen side kan muligheten for fortjeneste og konkurranse være et insentiv til innovasjon og allokering av ressurser på den mest hensiktsmessige måten. Utsiktene til å tape driften til konkurrenter når kontraktsperioden utløper etter noen år, kan bidra til økt fokus på å holde høy kvalitet og ved sykehjemmet. Dette kan også føre til en smitteeffekt i form av at også de kommunale og idelle sykehjemmene får et større fokus på effektiv bruk av ressurser. I en rapport fra Fafo (2013) som tar for seg konkurranseutsetting av sykehjem svarer flere av respondentene at de ansatte i kommunen også øker sin bevissthet på kvalitet når sykehjem blir konkurranseutsatt.

Analysen indikerer bedre kvalitet hos private sykehjem totalt sett

I tråd med diskusjonen over tyder resultatene i denne rapporten på at det er signifikante forskjeller i kvalitet og kostnader mellom sykehjem underlagt ulike driftsformer i Oslo. Noen kommunale sykehjem scorer høyt på kvalitet og har en moderat ressursbruk over perioden. Men totalt sett scorer de private sykehjemmene, både de ideelt drevne og sykehjem underlagt øvrige private, gjennomgående bedre på kvalitet enn de kommunale sykehjemmene. Øvrige private sykehjem har også lavest ressursbruk per vektet plass over tid. Disse resultatene tyder på at det er mer optimalt for Oslo kommune å fortsette å benytte seg av private aktører innen sykehjemsdriften fremover.

Rapportens første del oppsummerer resultatene. Del to omhandler kvalitetsanalysene av sykehjemmene gjort i dette prosjektet. Del tre inkluderer oppdaterte kostnadstall og framskriving av kostnader under hhv. helkommunal og variert drift. Siste del inneholder framskrivinger av pleie- og omsorgsbehovet i institusjon for Oslo og behovet for sykehjem frem mot 2040. Alle henvendelser i form av faglige innspill, feil eller mangler i denne rapporten kan rettes til NyAnalyse.

ULIKE DRIFTSFORMER I SYKEHJEM – DEFINISJONER

Sykehjemmene i Oslo kommune har en av tre ulike driftsformer

Private ideelle sykehjem – Sykehjem som er driftet av private ideelle aktører. Sykehjemmene eies fortsatt av kommunen, men det er private ideelle organisasjoner som driver disse.

Øvrige private sykehjem – Sykehjemmene er driftet av private selskaper. Sykehjemmene eies fortsatt av kommunen, men det er private selskaper som driver disse.

Kommunale sykehjem – Sykehjem som eies og drives av kommunen.

KOSTNADER OG KVALITET

OM RAPPORTEN OG RESULTATER OPPSUMMERT



HOVEDMÅL MED RAPPORTEN

Rapporten har følgende hovedmål:

1. Redegjøre for og analysere utviklingen i kvalitetsindikatorer ved sykehjem i Oslo under ulike driftsformer

Kvalitetsanalysen baserer seg på Pårørendeundersøkelsene og Objektive kvalitetsindikatorer (OKI) ved sykehjem i Oslo mellom 2007-2015. Sykehjemmenes score på ni hovedområder som *Generell tilfredshet og Medvirkning og medbestemmelse* fra år til år er tatt ut fra pårørendeundersøkelsene. Sykehjemmens score innen objektiv kvalitet baserer seg på hele 5 400 observasjoner for alle Oslos sykehjem 2-3 ganger i året mellom 2007-2015.

2. Følge utviklingen i kostnader ved sykehjem i Oslo under ulike driftsformer

Kostnadstallene fra Sykehjemetaten for ideelt og kommunalt drevne sykehjem samt sykehjem drevet av øvige private tilbydere presenteres. I tillegg beregnes forskjellen i kostnader over tid dersom Oslo kommune rekommunaliserer alle sykehjem versus dagens løsning med bruk av private tilbydere.

3. Anslå fremtidens pleiebehov i sykehjem i Oslo og kostnadsbaner

Oslo har en yngre befolkning enn snittet for landet, men også her vil den eldre delen av befolkningen vokse ganske kraftig. Et moderat og et høyalternativ for behovet for sykehjemsplasser i Oslo beregnes.

HOVEDMÅL MED RAPPORTEN

1

Kvalitet. Redegjøre for og analysere utviklingen i kvalitet ved sykehjem i Oslo under ulike driftsformer

2

Kostnader. Redegjøre for utviklingen i kostnader ved sykehjem i Oslo under ulike driftsformer

3

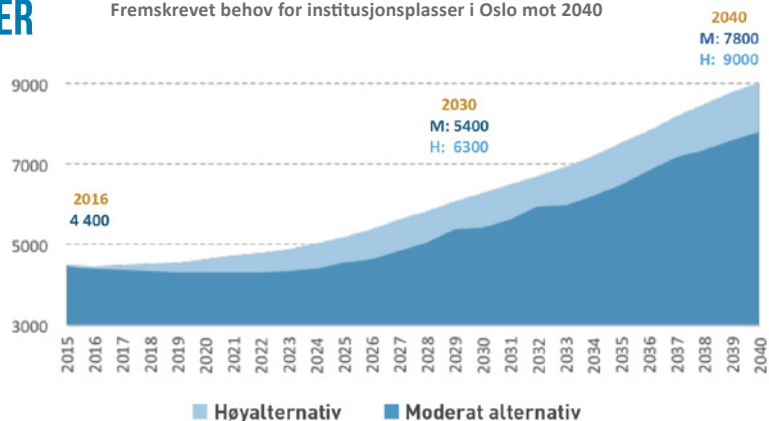
Behovsanalyse. Anslå fremtidens pleiebehov i sykehjem i Oslo og kostnadsbaner

SAMMENDRAG HOVEDRESULTATER

Oslo trenger flere plasser på sykehjem fremover:

+ 1000 mot 2030
+ 3400 mot 2040

Fremskrevet behov for institusjonsplasser i Oslo mot 2040

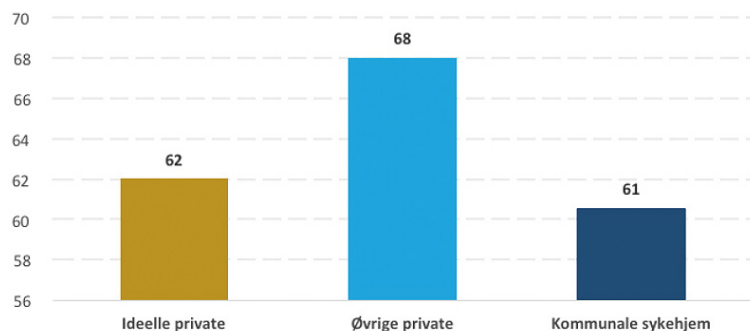


Sykehjem driftet av øvrige private scorer best på Objektive kvalitetsindikatorer over tid

12%

bedre enn kommunale sykehjem

Objektive kvalitetsindikatorer (OK) Snitt 2007-2015

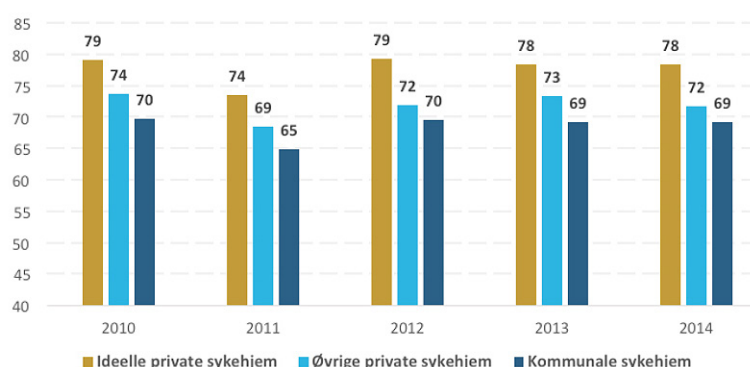


Sykehjem driftet av ideelle scorer best på Pårørendeundersøkelser over tid

13%

bedre enn kommunale sykehjem

Ranking basert på pårørendeundersøkelser (0-100%)

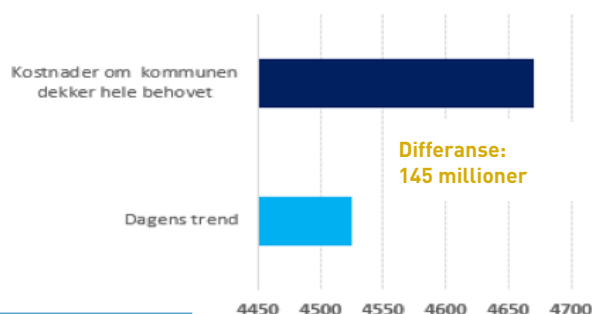


Dersom kommunen tar over hele sykehjemsdriften selv, innebærer det en økende merkostnad for Oslo kommune som stiger til:

145 millioner kr.

årlig i 2040

2040



RESULTATER FRA ANALYSEN: SAMLET OVERSIKT

1. KVALITET I SYKEHJEM I OSLO

Basert på omfattende undersøkelser av subjektive og objektive kvalitetsindikatorer ved alle Oslos sykehjem er et hovedresultat fra undersøkelsen at det er kvalitetsforskjeller mellom sykehjem under ulike driftsformer.

Private sykehjem scorer høyest på kvalitet. Private ideelt drevne sykehjem scorer best på subjektiv kvalitet og sykehjem drevet av øvrige private aktører scorer best på objektiv kvalitet. Kommunale sykehjem scorer dårligst på begge.

Ideelt drevne sykehjem scorer høyest på subjektiv kvalitet. De ideelle sykehjemmene gjør det best i pårørendeundersøkelsene, etterfulgt av sykehjem drevet av øvrige private. Ideelt drevne sykehjem gjør det spesielt godt på opplevd trygghet, privatliv og miljø samt generell tilfredshet. Øvrige private sykehjem gjør det bra på medvirkning og medbestemmelse og aktiviteter og underholdning. De kommunale sykehjemmene scorer dårligst på subjektiv kvalitet.

Øvrige private sykehjem scorer høyest på objektiv kvalitet. Sykehjemmene driftet av øvrige private gjør det best i undersøkelsene av de objektive kvalitetsindikatorene, etterfulgt av ideelt drevne sykehjem. De kommunale sykehjemmene scorer også dårligst på objektiv kvalitet.

2. KOSTNADER VED SYKEHJEM I OSLO

Det er fortsatt betydelige kostnadsforskjeller mellom kommunale og private sykehjem. I et scenario hvor kommunen rekommunaliserer de eksisterende sykehjemmene samt står ansvarlig for driften av alle fremtidige sykehjem vil dette føre til økte årlige kostnader.

75.000 kr billigere per plass ved øvrige private. Kommunale sykehjems plasser er i snitt rundt 50-100.000 kroner dyrere per vektet plass enn sykehjem drevet av øvrige private driftere mellom 2013-2015.

Dyrere om kommunene drifter alt selv. Det beregnes et tap på 145 mil. kroner årlig per 2040 dersom kommunen står for all sykehjemsdrift sammenlignet med et scenario hvor sykehjemmene driftes av både kommunale og øvrige private aktører.

3. BEHOVSANALYSE SYKEHJEM I OSLO

Den eldre befolkningen i Oslo vil vokse kraftig fra 2025. I 2030 ventes det at 100.000 personer er over 67 år i Oslo (+43 prosent) og i 2040 vil det omtrent være 127.000 personer over 67 år (+81 prosent) ut fra dagens nivå på 70.000.

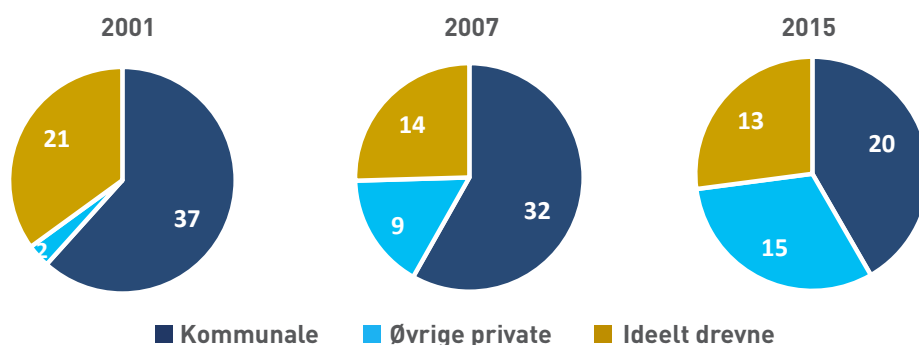
3.400 flere institusjonsplasser per 2040. Som følge av den demografiske utviklingen anslås det at Oslo kommune vil ha behov for 3.400 flere plasser på institusjon. Den klare majoriteten av disse er sykehjems plasser. Dette tilsvarer omtrent 30 sykehjem med dagens størrelse.

Behov for 3.000 flere årsverk i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Som følge av økt behov for institusjonsplasser vil også behovet for kvalifisert personell i sykehjem øke. I 2040 anslås det at antall årsverk i institusjoner vil måtte øke med nesten 3.000 årsverk, fra 4.150 til 7.100 (+71 prosent).

SYKEHJEMSDRIFTEN I OSLO

Oslo kommune har i 2016 opparbeidet seg lang erfaring med offentlig og privat samarbeid innen eldreomsorgen. Byens mange sykehjem har gjennom en årrekke vært driftet av ulike aktører, både private ideelle og øvrige private i tillegg til kommunen selv. Diagrammene nedenfor viser at andelen sykehjem som er driftet av ideelle aktører har vært synkende de siste 15 årene. Samtidig har stadig flere sykehjem gått over fra kommunal til øvrig privat drift i samme periode. Det totale antallet sykehjem i Oslo er redusert fra 60 til 48 sykehjem mellom 2001 og 2015, men samtidig benytter Oslo kommune seg nå av flere sykehjems plasser utenfor kommunens grenser. Bystyret i Oslo ønsker å legge ned ytterligere flere sykehjem den kommende tiden. Dette begrunnes med at stadig flere eldre kan bo hjemme grunnet bedre helse og ny velferdsteknologi

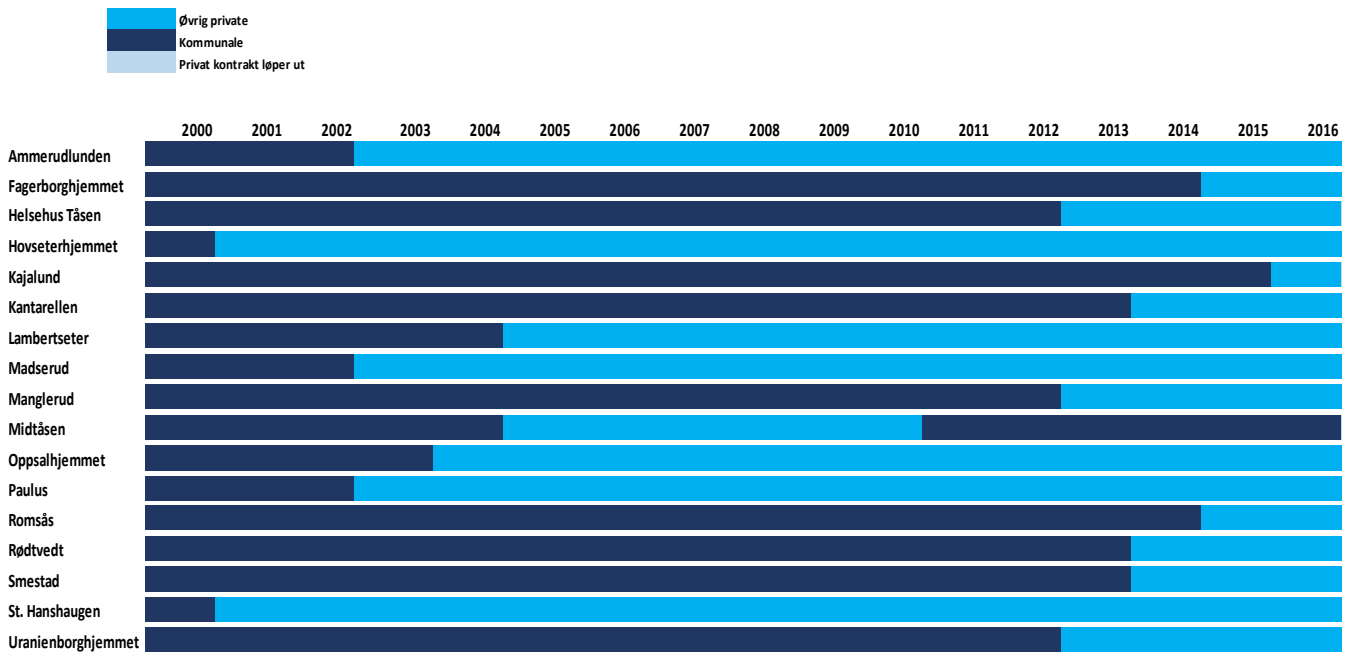
FIGUR 1 SYKEHJEM OG ALDERSHJEM I OSLO ETTER DRIFTSFORM. 2001-2015



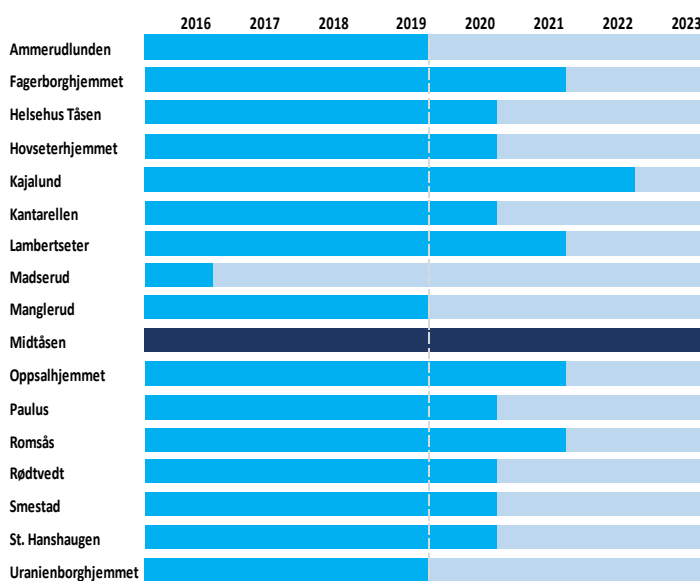
Kilde: Kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner, Sykehjemsetaten

Figuren på neste side viser de konkurranseutsatte sykehjemmene i Oslo over den siste 15-årsperioden og når de har endret driftsform. De aller første sykehjemmene som ble konkurranseutsatt var Hovseterhjemmet og St. Hanshaugen sykehjem i 2001. I 2003 fulgte tre nye sykehjem etter; Ammerud-lunden, Madserud og Paulus. I 2004 ble Oppsalhjemmet konkurranseutsatt og i 2005 fulgte Lambertseter og Midtåsen sykehjem. Deretter gikk det noen år uten noen særlige endring i driftsformer blant Oslos sykehjem, helt frem til 2013. I denne perioden ble Midtåsen rekommunalisert i 2011. Tåsen, Manglerud og Uranienborghjemmet ble overtatt av kommersielle eiere i 2013 og Rødvendt og Smestad i 2014. Sist ute var Fagerborghjemmet og Romsås som etter anbefaling fra Sykehjemsetaten ble konkurranseutsatt i 2015.

FIGUR 2 KONKURRANSEUTSATTE SYKEHJEM I OSLO. ÅR MED ULIKE DRIFTSFORMER



Bystyret i Oslo planlegger at sykehjem ikke lenger skal legges på anbud. Dette innebærer at alle sykehjem driftet av øvrige private aktører skal rekommunaliseres når deres kontrakter går ut. Figuren under viser når de respektive sykehjemmenes kontrakter går ut, markert med lyseblått. Rapporten vil senere anslå hva en rekommunalisering betyr med hensyn til kostnader for Oslo kommune.



Figuren viser at:

- Kontrakten med Madserud sykehjem løp ut i 2016 (september)
- Kontraktene med Ammerudlunden sykehjem, Manglerudhjemmet og Uranienborghjemmet løper ut før valget i 2019 (hhv. i april, juni og juni)
- Resten av de private sykehjemmene har kontrakter som strekker seg lenger enn valget i september 2019. Alle kontraktene går imidlertid ut innen utløpet av neste byrådsperiode i 2023

Dermed vil 4 av 16 sykehjem kunne bli rekommunalisert i løpet av denne byrådsperioden dersom byrådet i Oslo lar være å benytte opsjon for forlengelse av kontrakt.

Kilder: Kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner 2001-2015, bystyrevedtak for Oslo og Sykehjemsetaten.

KVALITET I SYKEHJEM

RESULTATER OG DISKUSJON



KVALITET I SYKEHJEM

For å nå målet om et verdig tilbud i sykehjemstjenesten er det viktig at kvaliteten på sykehjemmene er god. Lave kostnader er så klart positivt for bærekraftig drift, men dette betyr mindre dersom kvaliteten på pleien og omsorgen som gis i de respektive sykehjemmene er lav. Oslo kommune er den kommunen som har kommet lengst i utviklingen av et kvalitetssystem innen pleie- og omsorgstjenester.

Med utgangspunkt i kvalitetsmålinger som pårørendeundersøkelser og objektive kvalitetsindikatorer vil denne delen sammenligne kvaliteten i sykehjemmene i Oslo, over tid og mellom sykehjem med ulike driftsformer. Beboerundersøkelsene ved sykehjem vil ikke bli brukt i denne rapporten. Dette skyldes omlegging av undersøkelsene til kvalitative studier og påviste svakheter som blant annet lav svarprosent ved den kvantitative undersøkelsen¹.

OM KVALITETSMÅLINGSSYSTEMET

Kvalitetsmålingssystemet er et system som skal bidra til kvalitetsutvikling i tjenestene gjennom å måle kvalitet på ulike måter. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* ved Folkehelseinstituttet skriver at: «Et kvalitetssystem bør dokumentere og synliggjøre kvalitet, læring og kvalitetsforbedring på en koordinert måte i de fire definerte nivåer i kommunehelsetjenesten: Bruker/utøver-nivået, enhetsnivået, det kommunale/fylkeskommunale nivået og det nasjonale nivået». Oslo kommune er den kommunen som har kommet lengst i utviklingen av et kvalitetssystem (KS, 2014). Her gjennomføres det kvalitetsrevisjoner, brukerundersøkelser, pårørendeundersøkelser og innhenting av kvalitetsindikatorer.

KVALITETSANALYSE I: OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER

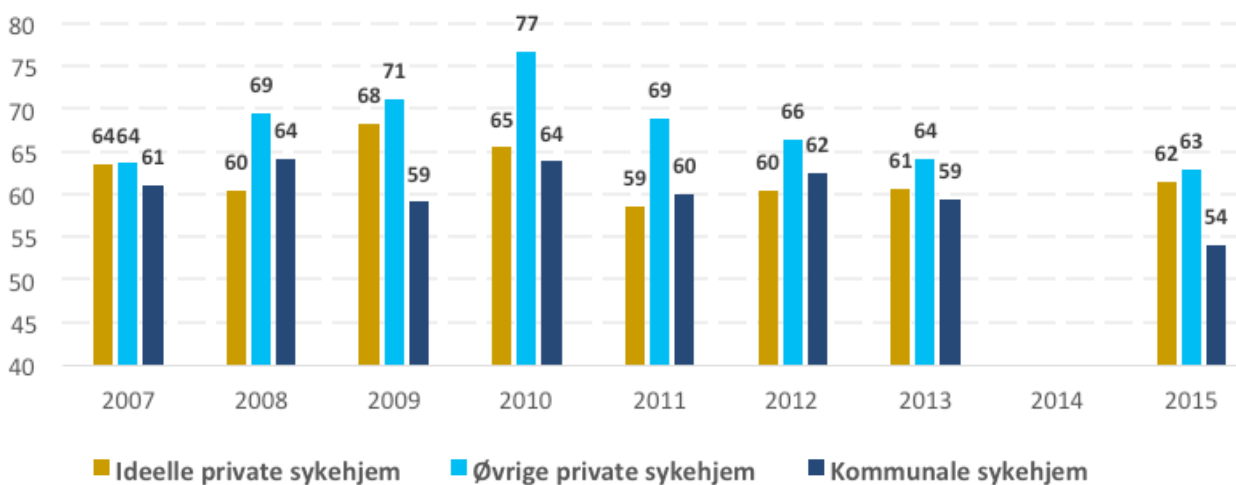
De objektive kvalitetsindikatorerne skal reflektere den faglige standarden på pleien slik den gjenspeiler seg i den faktiske helsetilstanden hos beboerne. Felles for indikatorene er at det står i det enkelte sykehjemets makt å gjøre noe med disse forholdene. På denne måten unngår man å gi sykehjemmene en kvalitetsscore basert på faktorer knyttet til beboerens helse som er utenfor sykehjemmenes kontroll.

¹ *Notat til bystyrets organer* (2010), Byråden for eldre og sosiale tjenester.

Figuren under viser resultatene fra den komparative kvalitetsanalysen av de objektive kvalitetsindikatorerne. Scoren rangerer fra 0-100 prosent. En score på 0 indikerer at sykehjemmene i svært liten grad har forhindret eller gjort noe med helsetilstanden til beboerne ved forhold som er innenfor sykehjemmets kontroll. En score på 100 indikerer det motsatte. En annen måte å se det på er at en lav score indikerer at mange av beboerne på sykehjemmet har vært utsatt for en helsetilstand som man anser at sykehjemmet ved tilfredsstillende oppfølging av pasienten kunne unngått og motsatt. Rangeringen baserer seg på hele 5 400 observasjoner for alle Oslos sykehjem mellom 2007-2016 ekskl. 2014. Det utgjør rundt 100 observasjoner for hvert sykehjem. De objektive kvalitetsindikatorerne består blant annet av (for 2014-2016):

- Andel beboere med dårlig eller ikke akseptabel tannhelse
- Infeksjoner oppstått på sykehjem
- Andel beboere vurdert for ernæringsmessig risiko

FIGUR 3 RESULTATER FRA KVALITETSANALYSE I. OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER. 0-100%



Kilde: Data fra Helseetaten, Oslo kommune. Bearbeidet av NyAnalyse. Omlegging i 2014 forklarer bruddet i serien

Figuren viser at

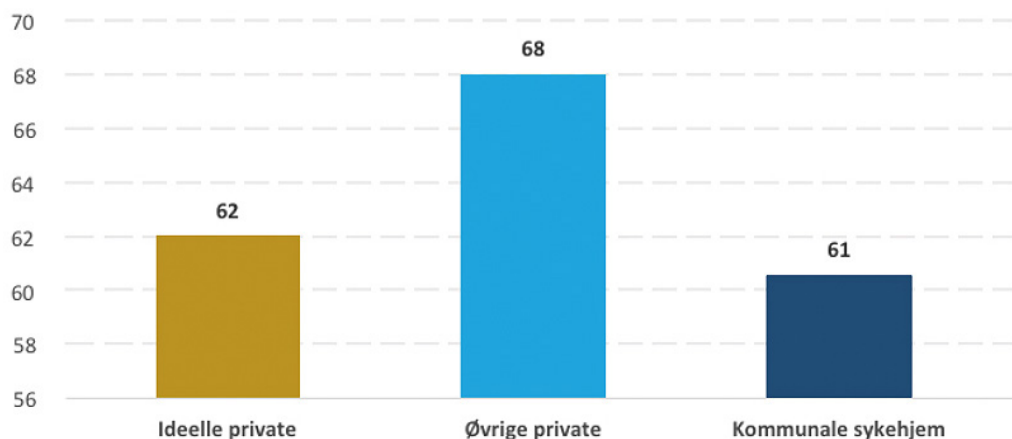
- Øvrige private sykehjem scorer best basert på de objektive kvalitetsindikatorerne i hele perioden mellom 2007-2015². Forskjellen er statistisk signifikant mellom de øvrige private og de kommunale sykehjemmene.
- Kommunale og ideelle sykehjem bytter på å ha lavest score i disse årene. Forskjellen mellom disse er ikke statistisk signifikant.

² Indikatorerne varierer noe over tid. Se vedlegg for fullstendig oversikt over hvilke kvalitetsindikatorer som er med i gitte år.

Fra 2007-2010 er den generelle utviklingen at samtlige sykehjem stiger i kvalitet, for så å falle i perioden etter 2010. Det største fallet skjedde i 2011. Det er vanskelig å identifisere en sikker årsak til denne utviklingen. En mulig grunn er at sykehjemmene kan ha vært under større budsjettpress i perioden etter 2010. Dette kan ha gått på bekostning av pleien ved sykehjemmene. En annen forklaring kan være at beboerne generelt er sykere enn før og således mer krevende å følge opp. Denne utviklingen er naturlig når stadig flere mottar pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. I tillegg varierer antall målinger mellom de to periodene. I årene før 2010 ble det gjennomført opp til 3 målinger, mens i etterkant er det blitt gjennomført to. Dette kan også ha påvirket utfallet ved målingene mellom periodene.

Figuren under viser at i snitt for 2007-2015 scorer de kommersielle sykehjemmene henholdsvis 6 og 7 poeng mer enn ideelle og kommunale sykehjem på de objektive kvalitetsindikatorerne³.

FIGUR 4 OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER. SNITT 2007-2015. 0-100%



Kilde: Data fra Helseetaten, Oslo kommune. Bearbeidet av NyAnalyse. Omlegging i 2014 forklarer bruddet i serien

Forskjellen i score mellom de øvrige private og kommunale sykehjemmene er signifikant på et 5 prosents nivå. Dette indikerer at sannsynligheten for at de øvrige private sykehjemmene gjør det bedre i disse målingene skyldes tilfeldigheter, er svært liten. De øvrige kvalitetsforskjellene mellom sykehjemmene er ikke signifikante.

MER OM DE OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORENE OG RANKINGEN PRESENTERT HER

Sykehjemsetaten har gitt ut de objektive kvalitetsindikatorerne to ganger i året siden 2014. Mellom 2007-2012 ble disse utgitt tre ganger i året. Indikatorene ble utviklet i forbindelse med at sykehjem ble konkurranseutsatt slik at man hadde et målesystem for kvaliteten i de ulike sykehjemmene (KS,2014).

³ I 2014 skjedde det en omlegging av de objektive kvalitetsindikatorerne hvor mange av disse ble endret allerede i 2015. Dette gjør at resultatene for 2014 i liten grad er sammenlignbare med øvrige år. Rapporten utelater derfor 2014 når den ser på de objektive kvalitetsindikatorerne.

Målet med et objektivt kvalitetssystem er å kunne vurdere tilstanden på et sykehjem og identifisere områder knyttet til pleien på sykehjemmene som må forbedres. Videre tilrettelegges det for kvalitets-sammenligninger over tid og på tvers av sykehjem. Resultatene vist her fra de objektive kvalitets-indikatorene baserer seg på en stor mengde data. Hvert sykehjem har omtrent 100 observasjoner hver over en tidsperiode på 9 år, og alle årets målinger inngår i rankingen. Dette gjør resultatene mer robuste for tilfeldige variasjoner over tid og mellom sykehjem. Dersom en eksempelvis kun inkluderte den første årlige målingen av objektive kvalitetsindikatorer kunne dette vært fordelaktig for et sykehjem som har rutiner for å vurdere beboerne ernæringsmessig tidlig, heller enn sent, på året. Indekssystemet som er benyttet i sammenligningen her står nærmere beskrevet i vedlegg.

Selv om de objektive kvalitetsindikatorer er svært nyttige i vurderingen av kvaliteten på pleien i sykehjemmene, bør ikke de objektive kvalitetsindikatorer alene når man skal vurdere på kvaliteten i sykehjem. Eksempelvis sier ikke disse indikatorer noe om hvordan beboerne trives på sykehjemmet, noe som kan anses som essensielt for at kvaliteten skal kunne karakteriseres som god.

Rapporten inkluderer derfor også en ranking basert på pårørendeundersøkelsene ved sykehjem i Oslo. De tar sikte på å avdekke hvordan pårørende til beboere på sykehjem oppfatter kvaliteten ved sykehjemmet. Undersøkelsene inkluderer en rekke kvalitetsforhold ved sykehjemmet som påvirknings-muligheter, aktiviteter og trivsel samt pleien ved det respektive sykehjemmet.

SYKEHJEM PÅ TOPP I KVALITETSRANKINGEN

Et av sykehjemmene som scorer best på de objektive kvalitetsindikatorer er Oppsalhjemmet på Stovner. Oppsalhjemmet skal ifølge bystyrets planer bli rekommunisert i 2021. Et annet sykehjem som scorer høyt på objektive kvalitetsindikatorer er Manglerudhjemmet. Sykehjemmet har også fått positiv oppmersomhet grunnet sine unike tilbud til beboerne. Disse inkluderer blant annet pub, spa og restaurant på sykehjemmet.

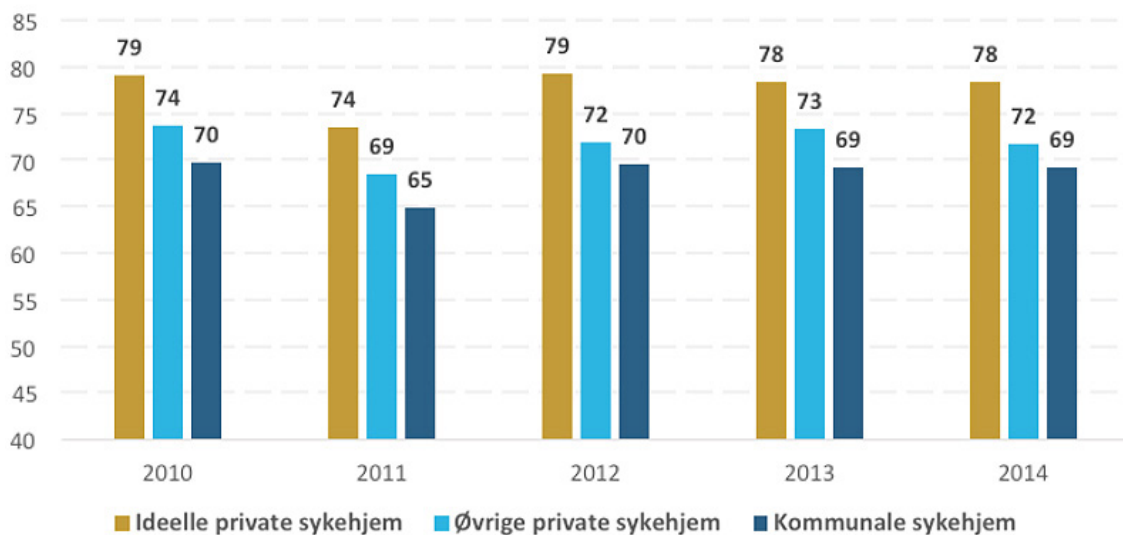
Økernhjemmet er et kommunalt sykehjem som gjør det godt på de objektive kvalitetsindikatorer. I likhet med det konkurranseutsatte Manglerudhjemmet innehar det en rekke utradisjonelle tilbud til sine beboere. Både Økernhjemmet og Manglerudhjemmet er eksempler på innovative tilbud som kan være til inspirasjon for andre sykehjem på tvers av driftsform.

KVALITETSANALYSE II: PÅRØRENDEUNDERSØKELSER

Pårørendeundersøkelsene er organisert som spørreundersøkelser som gjennomføres av Helseetaten i Oslo kommune. Her svarer de pårørende til beboere på sykehjem på en rekke spørsmål knyttet til tilfredshet med sykehjemmet. Spørsmålene blir samlet opp i hovedkategorier. Noen av disse er:

- Generell tilfredshet
- Medvirkning og medbestemmelse
- Trygghet, privatliv og miljø

FIGUR 5 RESULTATER FRA KVALITETSANALYSE II: PÅRØRENDEUNDERSØKELSER. 0–100%



Kilde: Tall fra pårørendeundersøkelsene fra Helseetaten. Bearbeidet av Nyanalyse

Figuren viser at:

- Sykehjem drevet av ideelle private aktører scorer best på pårørendetilfredshet. Forskjellen i score mellom de ideelt drevne og de to andre gruppene er statistisk signifikant.
- Sykehjem drevet av øvrige private aktører er nummer to på pårørendekvalitet. Forskjellen i score mellom de øvrige private og de kommunalt drevne sykehjemmene er også statistisk signifikant.
- De ideelle private sykehjemmene scorer i snitt 78 poeng på pårørendeundersøkelsene i perioden 2010-2014. Tilsvarende score for de kommunale og øvrige private sykehjemmene er henholdsvis 72 og 67 poeng.

Som det kommer av figuren er det en generell tendens at pårørende ved de ideelt drevne sykehjemmene er mest fornøyd, og et lite hestehode foran de andre. Deretter er pårørende ved øvrige private sykehjem jevnt over mer fornøyd enn ved kommunalt drevne sykehjem. Ved å se på hvert enkelt år faller scoren for samtlige sykehjem fra 2010-2011, før den tar seg opp igjen og holder seg relativt stabil etter dette. En signifikanstest viser at forskjellene i poeng mellom de ulike sykehjemmene alle er signifikante på et 5 % nivå. Det kan dermed sies at sannsynligheten er svært stor for at ulike poeng i pårørendeundersøkelsene over tid ikke skyldes tilfeldigheter.

Mediene (og andre) refererer gjerne til den første kategorien om generell tilfredshet i pårørendeundersøkelsen og rangerer sykehjemmene på kvalitet etter svarene på dette spørsmålet. I realiteten er det ni hovedkategorier med spørsmål knyttet til tilfredshet i sykehjemmene som inngår i pårørendeundersøkelsen. Dersom man kun bruker en liten del av disse kan dette gi et uriktig bilde av pårørendes tilfredshet med sykehjemmet. Eksempelvis viser pårørendeundersøkelsen fra 2012 at de kommunale sykehjemmene scorer høyere på «generell tilfredshet» enn øvrige private. Imidlertid, av de 8 andre hovedkategoriene som er inkludert i undersøkelsen, så scorer de kommersielt drevne sykehjemmene bedre enn de kommunale på 6 av disse.

For å unngå å gi et skjevt bilde av pårørendes tilfredshet med sykehjemmet, benytter denne analysen seg av robuste metoder for å rangere kvaliteten på ulike sykehjem. Dette innebærer at alle resultatene fra hovedkategoriene i undersøkelsen blir benyttet i rangeringen. Dette gir oss en bredere kvalitetsanalyse fra pårørendeundersøkelsen.

Resultatene fra den aggregerte rangeringen står seg godt når det heller sees på resultatene fra pårørendeundersøkelsene i hver hovedkategori. Tabellen under viser snittscoren for henholdsvis private ideelle, øvrige private og kommunale sykehjem innen hver hovedkategori i perioden 2010-2014.

TABELL 1 SAMLET SNITTSKORE FRA PÅRØRENDE UNDERSØKELSEN I PERIODEN 2010-2014. ETTER HOVEDKATEGORI. 0-100%

Hovedkategori	Snittscore ideelle sykehjem	Snittscore øvrige private sykehjem	Snittscore kommunale sykehjem
Generell tilfredshet	86	76	75
Medvirkning og medbestemmelse	60	56	47
Trygghet, privatliv og miljø	87	80	80
Aktiviteter og underholdning	76	72	63
Trivsel og respektfull behandling	83	79	77
Informasjon og kommunikasjon	80	75	71
Mat og måltidsservering	77	70	69
Klage og oppfølging av klage	77	71	65
Stell, pleie og helsefaglig oppfølging	74	66	65

Kilde: Svar hentet fra Pårørendeundersøkelsene til Helseetaten. Bearbeidet av NyAnalyse

Resultatene i tabellen viser snittscore for ulike grupper av sykehjem innen hver hovedkategori i undersøkelsene. De ideelle sykehjemmene scorer høyere enn de øvrige private og kommunale sykehjemmene i alle hovedkategoriene. Spesielt scorer ideelt drevne sykehjem høyere innen kategoriene «generell tilfredshet», «trygghet, privatliv og miljø», «mat og måltidsservering» samt «stell, pleie og helsefaglig oppfølging». Når man sammenligner de øvrige private og kommunale sykehjemmene kan en se at disse rangeres svært likt innenfor enkelte kategorier. Øvrige private sykehjem scorer betydelig bedre enn de kommunale sykehjemmene innenfor kategoriene «medvirkning og bestemmelse», «aktiviteter og underholdning», samt «klage og oppfølging av klage».

OM PÅRØRENDEUNDERSØKELSENE

De pårørendes snittscore er basert på et vektet gjennomsnitt av hver hovedkategori. Scoren rangeres på en skala fra 0 til 100. En score på 0 illustrerer at man er svært lite tilfreds og en score på 100 indikerer at de pårørende er svært tilfreds med alle tjenester og tilbud ved sykehjemmet⁴. Sykehjemmene er gruppert sammen ut i fra om de er driftet ideelt privat, av øvrige private eller kommunalt.

Hovedresultatene i figur 5 består av et uvektet snitt av de ni hovedkategoriene.

⁴ I pårørendeundersøkelsen blir de pårørende spurt om å gi en score fra 1 til 4 på hvor tilfredse de er med ulike forhold knyttet til sykehjemmene. Svarene er standardisert og vektet slik at vi får en ranking basert på 0-100 % i figur 5.

KOSTNADER SYKEHJEM

RESULTATER OG DISKUSJON



KOSTNADER SYKEHJEM

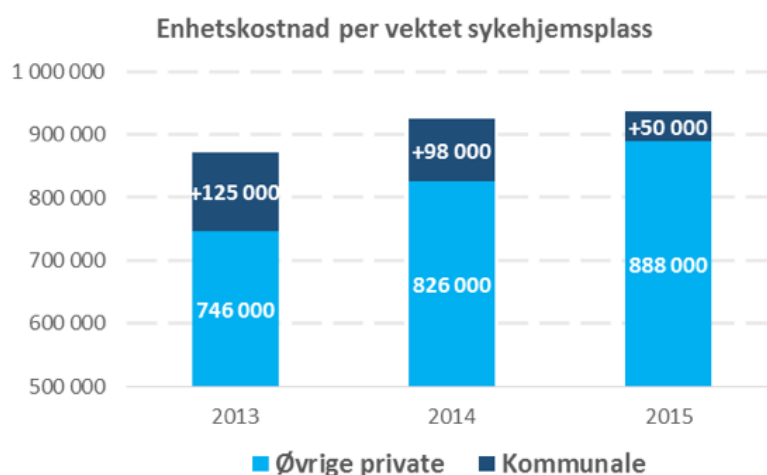
Figurene under viser Sykehjemetatens (SYE) beregninger av kostnad per plass i Oslos sykehjem. Enhetskostnaden inkluderer kostnad til drift *per vektete plass* inkludert administrasjonskostnad og kostnader til bygg. Kostnadssammenligningen for 2014 og 2015 er gjort etter samme metode. Metoden for beregningene ble vesentlig endret i 2013.

For at kostandene per sykehjems plass skal være sammenlignbare mellom sykehjem benytter rapporten seg av vektete sykehjems plasser i beregningene. Vektingen er utviklet av Sykehjemsetaten og tar hensyn til at noen sykehjems plasser er mer kostnads krevende enn andre. Plasser med et stort bistands behov koster mer, og disse blir tildelt en høyere vekt. Dermed blir ikke sykehjem med ressurskrevende plasser «straffet» når man sammenligner kostnadene per plass på tvers av sykehjem.

Fortsatt store kostnadsgevinster ved private sykehjem

Tidligere regnskapstall for sykehjem fra Sykehjemetaten var mer detaljerte, og muliggjorde sammenligning av ulike kostnadstyper. De nyere kostnadstallene vi har mottatt til dette prosjektet er mer aggregerte, og kostnads-differansen per vektet plass på de ulike typene av sykehjem vist i figuren er Sykehjemetatens egne beregninger. Kostnader knyttet til drift, bygg og administrasjon inngår.

FIGUR 6 MERKOSTNAD PER SYKEHJEMS Plass VED KOMMUNALE SYKEHJEM

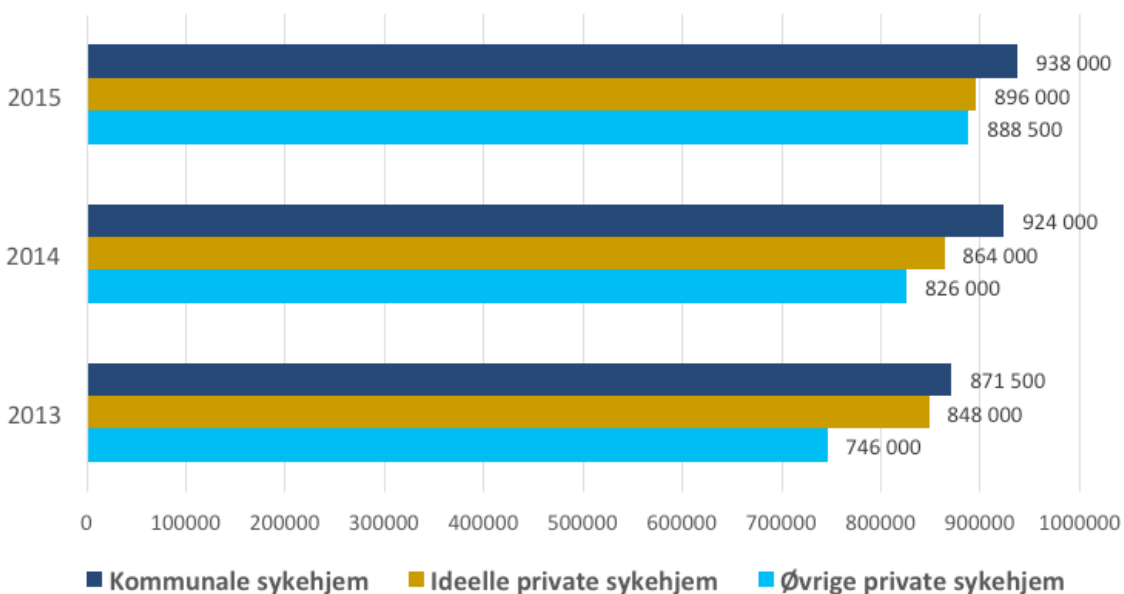


Kilde: Sykehjemetaten. Kostnadstallene er ikke sammenlignbare mellom år pga. store regnskapstekniske omlegginger hvert av årene.

Basert på SYE-tallene er det fortsatt billigere for Oslo kommune å benytte private aktører i sykehjemstilbudet. Selv med den mest moderate differansen pålydende 50.000 kr per vektet plass per år vil det koste kommunen:

- **50 – 100.000 kr** mindre per vektet plass ved øvrige private sykehjem i 2014 – 2015.
- Merkostnadene blir vesentlig større om en legger tidligere års beregnede kostnadsdifferanse til grunn.

FIGUR 7 MERKOSTNAD PER SYKEHJEMSPASS VED KOMMUNALE SYKEHJEM



Kilde: Sykehjemetaten

Regnskapsmessige endringer fra og med 2013

- Faktisk belegg og ikke antall budsjetterte plasser ved sykehjemmet ble nå brukt i beregningen av kostnad per plass.
- De ulike kostnadskategoriene lønn, drift etc. spesifiseres ikke lenger.
- Alle SYEs administrasjonskostnader ble nå fordelt til alle sykehjem i etatens portefølje. Før 2013 ble kun de kommunale sykehjemmene belastet administrasjonskostnadene.

Endringer fra og med 2014

- Endret fordeling av kapitalkostnader, FDV (Forvaltning, Drift og Vedlikehold) og administrasjonskostnader. Det er brukt faktisk antall plasser i beregningene av enhetskostnadene for bygg og ikke antall vektete plasser som for 2013.

TABELL 2 ENHETSKOSTNAD SYKEHJEM 2013-2015. VEKTET SNITT

2013	Kommunalt driftet	Ideelt driftet	Driftet av øvrige private
Gjennomsnittlig antall vektete plasser per sykehjem	122,18	78,62	116,2
Enhetskostnad inkl. adm. Kost	784489	748273	675123
Enhetskostnad FDV	19422	43028	11435
Enhetskostnad kapitalutgift	67356	56981	59418
Total enhetskostnad per vektet plass	871 500	848 000	746 000

2014	Kommunalt driftet	Ideelt driftet	Driftet av øvrige private
Gjennomsnittlig antall vektete plasser per sykehjem	118,3	78,3	110,4
Enhetskostnad drift	837169	769734	754993
Enhetskostnad bygg	86915	94115	70824
Total enhetskostnad per vektet plass	924 000	864 000	826 000

2015	Kommunalt driftet	Ideelt driftet	Driftet av øvrige private
Gjennomsnittlig antall vektete plasser per sykehjem	121,8	67,1	104,2
Enhetskostnad drift	850091	803397	806667
Enhetskostnad bygg	87728	92620	81818
Total enhetskostnad per vektet plass	938 000	896 000	888 500

Kilde: Sykehjemetaten Kostnadssammenligningen 2013-2015 – kostnad pr vektet sykehjemsplass.

FORSKJELLER I KOSTNADENE

Basert på SyE-tallene er det fortsatt billigere for Oslo kommune å benytte private aktører i sykehjemstilbudet. Det kan være flere årsaker til dette. Her gjengis noen mulige årsaksfaktorer fra studier som vurderer spørsmålet. Diskusjonen tar ikke stilling til hvilke årsaker som er mest sentrale i vårt tilfelle.

Lavere sykefravær, lønnsforskjeller og stordriftsfordeler ved privat drift

Tall fra SSB viser at sykefraværet i de private sykehjemmene er lavere enn hva som er tilfellet for de kommunalt driftede sykehjemmene. Ved utgangen av 2014 hadde NHO-medlemmer et legemeldt sykefravær på nærmere 6 prosent, mens sykefraværet i sykehjem driftet i kommunal egenregi lå på omtrent 9 prosent. Det er derfor naturlig at lavere kostnader i private sykehjem delvis skyldes færre utgifter forbundet med sykefravær. Fafo (2015) ga nylig ut en rapport som vurderer hva som er årsaken til at noen sykehjem har lavere sykefravær enn andre. De finner at sykehjem med lavere sykefravær har et helhetlig syn på fravær hvor de setter dette i sammenheng med arbeidsmiljø og mestringsfølelse.

Et klassisk resultat i økonomisk teori er at muligheten for fortjeneste og konkurranse er et insentiv til innovasjon, kvalitetsheving og allokering av ressurser på den mest hensiktsmessige måten. Utsiktene til å miste kontrakten ved neste utlysning vil således skjerpe fokus på kvalitet og kostnader i en organisasjon i dag. En forlengelse av dette er muligheten for smitteeffekter fra de konkurranseutsatte til kommunale aktører, såkalte «peer effects». Kommunalt drevne sykehjem i Oslo har også hatt lavere kostnadsvekst enn sykehjem i landet for øvrig over perioden vi studerer. Innovative tjenestetilbud kan også spre seg på tvers av aktørere.

Til slutt kan det neves at øvrige private sykehjem har forutsetninger for stordriftsfordeler i form av felles internkontroller og felles løsningssystemer. Det er derfor sannsynlig å anta at deler av de observerte lavere kostnadene i kommersielle sykehjem skyldes produktivitetsgevinster. Noen peker også på lønns og pensjonsforskjeller mellom øvrige private og kommunale sykehjem. Det er imidlertid stor uenighet i litteraturen rundt omfanget på disse.

A young woman with blonde hair, wearing a blue uniform, is smiling and looking at a tablet computer. She is leaning over a white hospital bed where an elderly woman with short, wavy white hair is lying. The elderly woman is also smiling and looking at the tablet. The background shows a bright, modern hospital room with a white chair and a table with a bowl of fresh fruit, including apples, grapes, and bananas.

FREMTIDENS PLEIEBEHOV

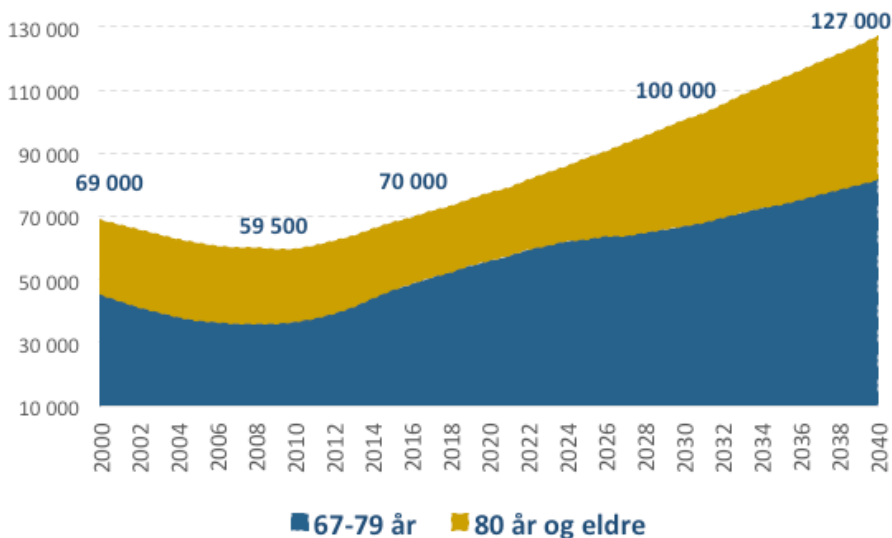
INSTITUSJONSTJENESTER I OSLO

FREMTIDENS PLEIEBEHOV

– ELDREBØLGEN KOMMER OGSÅ TIL OSLO

Oslo kommune har en yngre befolkning enn resten av snittet for landet, men også her vil den eldre delen av befolkningen vokse ganske kraftig de neste tiårene. Framskrivninger fra SSB viser at den demografiske utviklingen fremover innebærer en kraftig vekst i andelen eldre i Oslo fra 2025.

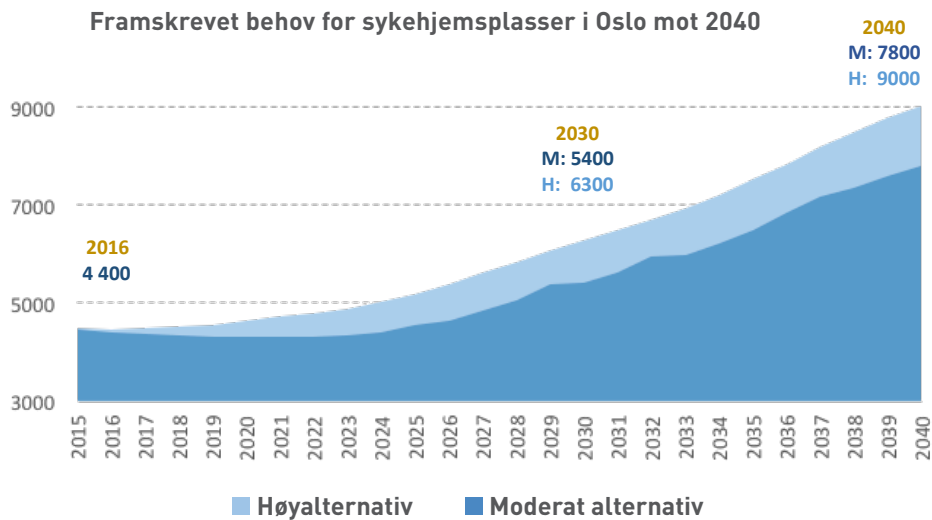
FIGUR 8 BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING FOR OSLO MOT 2040 (ELDRE ENN 67 ÅR).



Kilde: SSB (2016)

I 2040 er det anslått at Oslos befolkning i aldersgruppene over 67 år vil øke med omtrent 57.000 personer sammenlignet med dagens nivå. Som følge av en økning i den eldre befolkningen i Oslo, er det også forventet at en større andel vil ha behov for eldreomsorg både i hjemmet og på institusjon. Dermed vil ressursbehovet i pleie- og omsorgssektoren stige betraktelig. Figuren under viser framskrevet behov for institusjonsplasser i Oslo mot 2040, hvorav sykehjemsplasser utgjør flesteparten av disse.

FIGUR 9 FRAMSKREVET BEHOV FOR INSTITUSJONSPASSER I OSLO MOT 2040. BLANT BEFOLKNINGEN SOM ER 67 ÅR OG ELDRE



Kilde: SSB (2016), beregninger gjort av NyAnalyse

I et moderat scenario anslås det at behovet for institusjonsplasser vil øke med omtrent 3.400 plasser i 2040 mot dagens nivå. Den moderate banen tar høyde for at flere personer vil være friskere lenger slik at de kan være hjemme lenger. I tillegg antas det at nye hjelpemidler i form av velferdsteknologi også vil bidra til at eldre mennesker kan bo hjemme lenger (se forutsetninger i Nyanalyse 2015⁵, også vist i Rattsø II 2016⁶). Figuren over viser at effekten av at flere personer er hjemme påvirker behovet for institusjonsplasser i større grad enn befolkningsveksten i Oslo en liten periode de nærmeste årene. Dette indikerer at det vil være et noe mindre behov for plasser på institusjoner i noen år. Rundt 2025 ser vi at dette snur. Da vil aldringen i befolkningen slå inn for fullt og behovet for institusjonsplasser blant personer over 67 år vil øke kraftig fram mot de neste tiårene. Beregningene samsvarer ganske godt med framskrivingene gjort av Oslo kommune i Sykehjemsbehovsplan 2012 og 2015.

Med et økt institusjonsbehov følger det naturligvis at man må ansette mer personell som jobber på blant annet sykehjem. Basert på lønnskostnadene i denne gruppen anslås dekningsgraden av ansatte på institusjon i Oslo kommune til 0,91 ansatte per bruker. Tabellen under illustrerer det framtidige behovet for ansatte på sykehjem gitt økt behov for institusjonsplasser og lik dekningsgrad som i dag (moderat scenario).

⁵ <https://www.telenor.no/om/teknologi-norge/velferdsteknologi.jsp>

⁶ Produktivitetskomisjonens andre rapport finner du [her](#)

TABELL 3 ANSLÅTT FRAMTIDIG BEHOV FOR ANTALL ÅRSVERK I INSTITUSJONER I OSLO KOMMUNE GITT FRAMSKRIVINGER AV BEBOERE PÅ INSTITUSJON (MODERAT ALTERNATIV).

	2015	2030	2040
Beboere på institusjon	4 400	5 400	7 800
Antall årsverk på institusjon	4 150	4 900	7 100
Årsverk på institusjon som andel av ansatte i PLO (prosent)	35	42	61

Kilde: SSB (2016). Beregninger av NyAnalyse

For at dekningsgraden per beboer på institusjon skal være lik i 2040, må Oslo kommune øke antall pleie og omsorgsansatte med nesten 3.000 personer innen den tid. Dermed vil ansatte i institusjon utgjøre omtrent 60 prosent av dagens arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren, mot dagens 35 prosent.

Som tidligere omtalt er det sannsynlig at velferdsteknologi og bedre helse blant den eldre befolkningen vil føre til at man trenger færre ansatte per bruker i framtiden. Imidlertid, som vist i det moderate alternativet, anslås det flere av personene med et relativt godt funksjonsnivå bor hjemme. Det vil si at beboerne på sykehjem vil være personer med et større bistandsbehov enn hva som er tilfellet i dag. Dermed kan effekten av velferdsteknologi i noen grad bli utjevnet av et større bistandsbehov. Det er i beregningene ovenfor som en forenkling antatt at disse effektene utligner hverandre.

Merk at den store majoriteten av institusjonsbeboere holder til på sykehjem. Dermed benyttes tallene for framskrevet institusjonsbehov i beregningene av fremtidig behov for sykehjem og tilknyttede kostnader i neste avsnitt.

REKOMMUNALISERING AV SYKEHJEM VIL ØKE FREMTIDIGE KOSTNADER

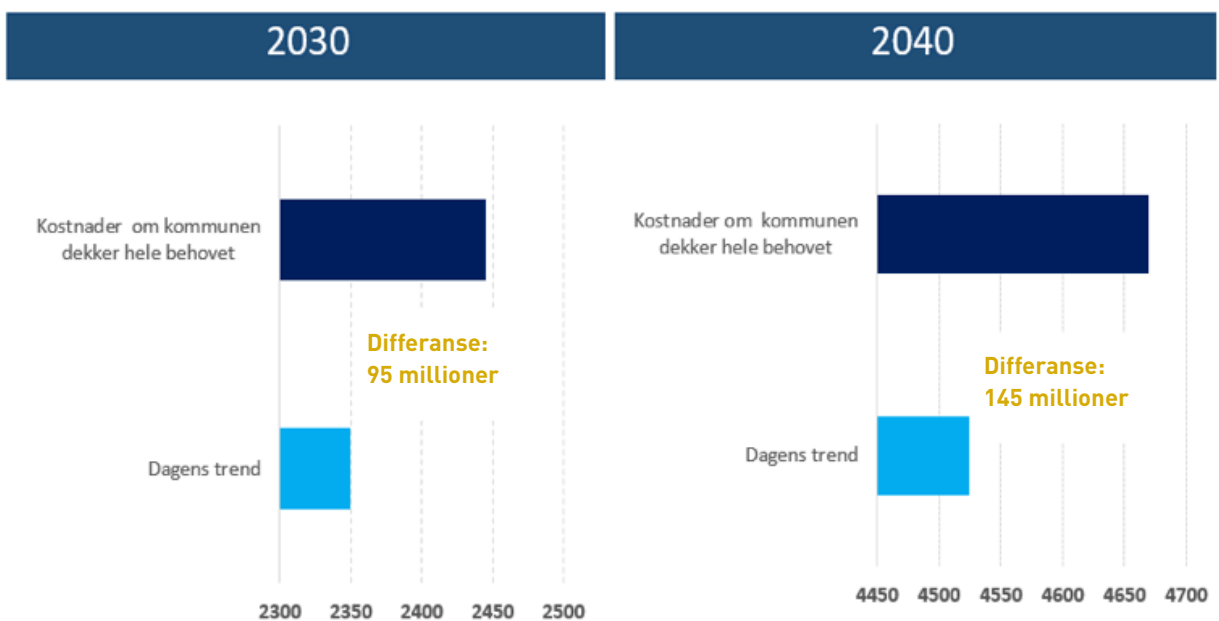
Bystyret i Oslo har som tidligere omtalt en plan om å rekommunalisere alle private sykehjem. Dette innebærer at når de private kontraktene går ut, vil ikke disse bli fornyet. Det er altså kommunen som må stå for driften av samtlige nye sykehjemsplasser som vil kreves de neste tiårene, i tillegg til driften av de eksisterende øvrige private sykehjemmene som skal rekommunaliseres de kommende årene. En rekommunalisering vil naturligvis endre kostnadene knyttet til sykehjemsdriften. Som rapporten tidligere har vist er en kommunal sykehjemsplass i snitt rundt 50-100 000 kroner dyrere enn en sykehjemsplass ved en øvrig privat institusjon. Det er derfor sannsynlig å anta at i et scenario hvor Oslo kommune skal drifte alle dagens private sykehjem samt stå for dekningen av det fremtidige behovet, vil dette øke utgiftene til sykehjemstjenestene i kommunen.

Basert på de demografiske framskrivningene gjort i denne rapporten anslås at Oslo kommune vil ha behov for 9 nye sykehjem av dagens størrelse i 2030. Dette tallet øker til 30 nye sykehjem i 2040.

Scenariet her viser kostnadskonsekvensene for kommunen dersom dagens 15 private sykehjem erstattes med ren kommunal drift. I tillegg tar kommunen over driften av 9 nye sykehjem frem mot 2030 og 30 nye sykehjem innen 2040, sammenlignet med hva de gjør i dag.

Figuren under viser anslåtte kostnader som følge av at Oslo kommune både overtar alle private sykehjem og dekker det framtidige behovet som beskrevet over. Disse kostnadene blir sammenlignet med nullalternativet hvor fremtidig drift tilsvarer dagens trend. Dagens trend innebærer at dagens konkurranseutsatte sykehjem fortsetter sin driftsform og at behovet for nye sykehjem blir dekket av både øvrige private og kommunale aktører etter samme forholdstall som i dag. Det innebærer at det relative forholdet mellom nye sykehjem driftet av kommunale og øvrige private parter forutsettes å reflektere dagens forholdstall.

FIGUR 10 FRAMTIDIGE KOSTNADER VED ULIKE SCENARIER KNYTTET TIL ORGANISERINGEN AV SYKEHJEM I OSLO KOMMUNE (MILL. 2015-KRONER).



Figuren viser at en kommunal overtakelse av nåværende øvrige private sykehjem samt kommunal drift av framtidige sykehjem kan ventes å gi en økning i utgifter for kommunen på omtrent 95 millioner kroner i 2030, sammenlignet med dagens trend. I 2040 øker forskjellen i kostnader til 145 millioner kroner som følge av økt behov i befolkningen⁷. Med andre ord, alt annet likt, er det et stort innsparingspotensial for Oslo kommune dersom private aktører fortsetter å drifte sykehjem i lik grad som i dag.

⁷ Alle beregninger er oppgitt i 2015 kroner.

LITTERATURLISTE

- Bogen Hanne og Grødem Anne Skevik (2013), «Konsekvenser av konkurranseutsetting. Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester», FAFO
- Helseetaten (2011), «Pårørendeundersøkelsen i sykehjem 2010»
- Helseetaten (2012), «Pårørendeundersøkelsen i sykehjem 2011»
- Helseetaten (2013), «Pårørendeundersøkelsen i sykehjem 2012»
- Helseetaten (2014), «Pårørendeundersøkelsen i sykehjem 2013»
- Helseetaten (2015), «Pårørendeundersøkelsen i sykehjem 2014»
- Kommunenenes Sentralforbund (2014), «Kartlegging og bruk av kvalitetsindikatorer i norske kommuner»
- Statistisk sentralbyrå (2016), «Pleie- og omsorg»
- Sykehjemsetaten (2011) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 1/2011
- Sykehjemsetaten (2011) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 2/2011
- Sykehjemsetaten (2011) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 3/2011
- Sykehjemsetaten (2012) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 1/2012
- Sykehjemsetaten (2012) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 2/2012
- Sykehjemsetaten (2012) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 3/2012
- Sykehjemsetaten (2013) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 1/2013
- Sykehjemsetaten (2014) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 1/2014
- Sykehjemsetaten (2014) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 2/2014
- Sykehjemsetaten (2015) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 1/2015
- Sykehjemsetaten (2015) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 2/2015
- Sykehjemsetaten (2016) «Objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune», Rapport 1/2016

VEDLEGG: KVALITETS- OG KOSTNADSTALL

VEDLEGG 1. SYKEHJEM I OSLO

Tabellen viser de 49 sykehjemmene i Oslo og antall plasser i 2015.

K Kommunalt drevet

I Ideelt drevet

P Privat drevet

	Sykehjem	Plasser	Vektede plasser	Driftsform
1	Abildsø sykehjem	59	64	K
2	Aker rehabilitering –ikke med i SYE			K
3	Akerselva sykehjem	124	146	K
4	Ammerudhjemmet bo- og kultursenter	113	96	I
5	Ammerudlunden sykehjem	72	77	P
6	Bekkelagshjemmet	70	52	I
7	Cathinka Guldbergsenteret	148	133	I
8	Eugene Hanssens aldershjem	13	9	I
9	Fagerborghjemmet –endret driftsform ila året			K
10	Frognerhjemmet	63	55	I
11	Furuset sykehjem	187	186	K
12	Grefsenhjemmet	112	105	I
13	Grünerløkka sykehjem	115	112	K
14	Hovseterhjemmet	137	140	P
15	Jødisk bo- og seniorsenter	20	15	I
16	Kajalund sykehjem	27	28	I
17	Kantarellen bo- og rehabiliteringssenter	118	103	P
18	Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter	44	47	K
19	Lambertseter alders- og sykehjem	117	109	P
20	Langerud sykehjem	176	169	K
21	Lille Tøyen sykehjem	98	94	K
22	Lilleborg sykehjem	111	129	K
23	Lillohjemmet	76	80	K
24	Lindeberg omsorgssenter	190	190	K
25	Madserud sykehjem	78	81	P

	Sykehjem	Plasser	Vektede plasser	Driftsform
26	Majorstutunet bo- og behandlingssenter	137	141	K
27	Manglerudhjemmet	73	67	P
28	Midtåsenhjemmet	117	104	K
29	Nordberghjemmet	66	66	I
30	Nordseterhjemmet	113	98	K
31	Oppsalhjemmet	162	148	P
32	Paulus sykehjem	91	93	P
33	Romsås sykehjem -endret driftsform ila året			K
34	Ryenhjemmet	137	163	K
35	Rødvedt sykehjem	84	75	P
36	Sagenehjemmet	70	71	I
37	Silurveien sykehjem	176	173	K
38	Smestadhjemmet	125	119	P
39	Sofienbergsenteret	104	93	I
40	Solvang sykehjem	142	152	K
41	St. Halvardshjemmet	58	58	I
42	St. Hanshaugen omsorgssenter	95	88	P
43	Stovnerskogen sykehjem	153	156	K
44	Tåsenhjemmet	134	157	P
45	Uranienborghjemmet	97	99	P
46	Villa Enerhaugen - inngår ikke i SYEs ordinære rammer. Holdt utenfor			K
47	Vinderen bo- og servicesenter	104	100	K
48	Vålerengen bo- og servicesenter	86	91	I
49	Økernhjemmet	101	86	K

*Alle sykehjem innenfor Oslo kommune

Driftsform

Fire sykehjem ble i løpet av 2015 gjort om til helsehus. Disse er Solvang, Lilleborg, Ryenhjemmet og Tåsenhjemmet. På disse sykehjemmene vil antall beboere være lavere sammenlignet med registreringen av objektive kvalitetsindikatorer i uke 48 2014. Endringer i resultatene på disse sykehjemmene kan derfor skyldes endret pasientgruppe.

VEDLEGG 2. KOSTNADSTALL SYKEHJEM

Sykehjemsetaten (SYE) beregner årlig kostnad per vektet plass for alle sykehjem som leverer tjenester til Oslo kommune.

Kostnadsberegningene er endret flere ganger. Kostnadssammenligningen for 2014 og 2015 er gjort etter samme metode. Metoden for beregningene ble vesentlig endret i 2013.

Regnskapsmessige endringer fra og med 2013

- Faktisk belegg og ikke antall budsjetterte plasser ved sykehjemmet ble nå brukt i beregningen av kostnad per plass.
- De ulike kostnadskategoriene lønn, drift etc. spesifiseres ikke lenger.
- Alle SYEs administrasjonskostnader ble nå fordelt til alle sykehjem i etatens portefølje. Før 2013 ble kun de kommunale sykehjemmene belastet administrasjonskostnadene.

Endringer fra og med 2014

- Endret fordeling av kapitalkostnader, FDV (Forvaltning, Drift og Vedlikehold) og administrasjonskostnader. Det er brukt faktisk antall plasser i beregningene av enhetskostnadene for bygg og ikke antall vektete plasser som for 2013.

Enhetskostnad drift

$$\frac{\text{Driftskostnader for sykehjemstjenesten}}{\text{Antall vektete plasser}} + \frac{\text{Administrasjonskostnader}}{\text{Faktisk antall plasser}}$$

Enhetskostnad bygg

$$\frac{\text{Kapitalkostnad+FDV}}{\text{Faktisk antall plasser}}$$

Følgende vektet av sykehjemsplasser er brukt

Langtidsplasser	Kostnadsvekt
Ordinære plasser	1,00
Plass i skjermet avdeling for demens	1,12
Forsterket plass – psykiatri	1,52
Forsterket plass – annet	2,00
Forsterket plass – lindrende behandling	1,74
Forsterket plass – MRSA	1,74
Forsterket plass – rusavhengighet	1,33
Korttidsplasser	Kostnadsvekt
Korttidsplass	1,13
Rehabiliteringsplass	1,44
Lindrende enhet	1,74
Aldershjemsplasser	0,68
Dagsenterplasser - ordinær	0,22

VEDLEGG 3. KVALITETSTALL

Annethvert år. Partallsår (2010, 2012, 2014, 2016 (september, oktober)).

Pårørendeundersøkelsen er fremdeles en spørreskjemaundersøkelse, men vi har gjort en del endringer i den nå i 2016

FREKVENS

- **Bruker- og pårørendeundersøkelser**

Annethvert år. Partallsår (2010, 2012, 2014, 2016 (september, oktober)).

Pårørendeundersøkelsen er fremdeles en spørreskjemaundersøkelse, men vi har gjort en del endringer i den nå i 2016

- **Objektive kvalitetsindikatorer**

OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER

Snittscoren for de objektive kvalitetsindikatorerne er basert på registreringen av samtlige tilgjengelige observasjoner fra alle rapporter. Utifra resultatene blir det utviklet en poengscore fra 1 til 4. Eksempelvis, dersom andelen beboere som har fått en infeksjon som har oppstått på sykehjemmet er mellom 0-6 prosent så får det respektive sykehjemmet 4 poeng. På motsatt side av skalaen får sykehjem hvor 21 prosent eller fler av beboerne har fått en infeksjon som har oppstått på et sykehjem, 1 poeng.

Kun langtidsbeboere inngår i målingen. Enkelte sykehjem har mangelfulle registreringer, og er derfor ikke med i alle tabeller og figurer.

Nye objektive kvalitetsindikatorer fra og med 2014/2015 er indeksert på følgende måte.

TANNHELSE

Undersøkelser gjort av tannhelsetjenesten i Oslo viser store forskjeller i munnhygiene mellom avdelinger på samme sykehjem. Ledelse og intern organisering har mye å si for prioritering av tannhelse, faktisk mer enn om beboeren har egne tenner eller ikke. Tannhelsetjenesten i Oslo undersøker munnhygien hos alle sykehjemsbeboere i kommunen en gang i året. Slik er ikke hvor stor andel av beboerne som er undersøkt noen kvalitetsindikator her, men hvor stor andel av de undersøkte som har bra/akseptabel tannhelse.

Indikator: Andel beboere med dårlig eller ikke akseptabel tannhelse av alle undersøkte beboere.

Andel beboere med dårlig eller ikke akseptabel tannhelse	
0-13	4
14-27	3
28-41	2
42+	1

FALL

Fall er en vanlig årsak til alvorlige skader og svekkelse for sykehjemsbeboere, og i utgangspunktet en uønsket hendelse. Dermed understrekes betydningen av fallforebyggende tiltak, og det å unngå skader som følger av fall. Objektive kvalitetsindikatorer kartlegger hvorvidt forebyggende tiltak er iverksatt. Slike er knyttet til beboeren og hans omgivelser og kan omfatte hoftebeskytter, riktig skotøy, belysning, sklimatte og en rekke andre tiltak.

Indikator: Andel beboere med fall, med og uten skade. Alle beboere.

Andel beboere med fall	
0-5	4
6-11	3
12-17	2
18+	1

INFEKSJONER

Helsetjenesteassosierte infeksjoner oppstår i en helsesituasjon, og medfører en tilleggslidelse for pasienten. Undersøkelser viser at mange av disse infeksjonene kan forebygges. Det skal også registreres om infeksjonen oppstod på sykehjemmet eller ikke.

Indikator: Andel beboere med infeksjoner oppstått på sykehjemmet.

Andel beboere med infeksjoner	
0-6	4
7-13	3
14-20	2
21+	1

TRYKKSÅR

Det er mye sykehjemmene kan gjøre innen forebygging og behandling av trykksår. Noen trykksår kan forebygges ved å endre personens sitte- og liggestilling, sørge for god ernæring, bruke spesialmadrasser og puter. Likevel kan trykksår oppstå selv om personalet arbeider tilfredsstillende med forebygging og behandling.

Indikator: Andel beboere med trykksår oppstått på sykehjemmet.

Andel beboere med trykksår	
0-4	4
5-9	3
10-14	2
15+	1

ERNÆRING

Alle sykehjemsbeboere skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.²⁴ Det er utviklet flere verktøy for å vurdere ernæringsmessig risiko. Dokumentasjon av ernæringsstatus er nødvendig for å sikre et enhetlig behandlingstilbud. Underernæring utvikler seg ofte fordi problemet ikke blir identifisert i tide. Tidlig identifisering av ernæringsmessig risiko øker muligheten for å sette inn tiltak der det er behov, og naturlig.

Indikator 1: Andel underernært av beboere vurdert for ernæringsmessig risiko

Andel underernært	
0-24	4
25-49	3
50-74	2
75+	1

Indikator 2: Andel vurdert for ernæringsmessig risiko

Andel vurdert for ernæringsrisiko	
90+	4
60-89	3
30-59	2
0-29	1

VEDLEGG 4. STATISTISKE TESTER

Test av forskjellen i poengscore mellom ideelle, kommunale og øvrige private sykehjem. Testen sammenligner de to gruppene av sykehjem som står ved siden av hverandre i tabellen. Eksempelvis viser den øverste tabellen at differansen i score mellom ideelle og øvrige private sykehjem pålydende 3,40, ikke er signifikant mens differansen mellom øvrige private og kommunale sykehjem pålydende 6,59 er signifikant.

T-test for forskjeller i snitt mellom grupper, forskjellig standardavvik.

Objektive kvalitetsindikatorer 2007-2016

	Ideelle	Øvrige private	Ideelle	Kommunale	Øvrige private	Kommunale
Mean	63,92	67,31	63,92	60,73	67,31	60,73
Diff of means		3,40		3,19		6,59**
SD	4,90	4,60	4,90	2,64	4,60	2,64
P-value 1-sided		0,07		0,06		0,0013
P-value 2-sided		0,15		0,11		0,0026

Hvor *~10 %, ** ~5 % og ***~1 % signifikansnivå.

Pårørendeundersøkelser 2010-2014

	Ideelle	Øvrige private	Ideelle	Kommunale	Øvrige private	Kommunale
Mean	77,72	71,81	77,72	68,48	68,48	71,81
Diff of means		5,91**		9,24***		3,33*
SD	2,38	2,05	2,38	2,10	2,10	2,05
P-value 1-sided		0,001542		0,00010		0,01732
P-value 2-sided		0,003084		0,00020		0,03464

Hvor *~10 %, ** ~5 % og ***~1 % signifikansnivå.

VEDLEGG 5. OM BEREGNINGENE I RAPPORTEN

MER OM KVALITETSANALYSENE

I rapporten er det sett på kvalitetssystemet i Oslo kommune. Det er alltid knyttet usikkerhet til indikatorer fordi det er vanskelig å måle sammensatte begrep som kvalitet. Vi har derfor vurdert elementene i kvalitetssystemet og inkludert det vi har vurdert som tilstrekkelig gode indikatorer i analysen, innenfor de rammer som prosjektet tillater.

Effekten av konkurranse – Rapport fra 2012

Denne rapporten er en videreføring av en rapport fra 2012 som er utarbeidet av Oslo Economics (OE). Det er derfor viktig at disse sees i sammenheng og er en årsak til at detaljer knyttet til beregninger før 2013 ikke er beskrevet i utførlig detalj i denne rapporten. OE-rapporten fokuserer mest på kostnader i sykehjem, denne på kvalitet i sykehjem i Oslo. Arbeidet med å sammenstille kvalitetsindikatorer for Oslosykehjemmene ble imidlertid startet i forrige runde. Resultatene i både 2012- og 2016-rapportene er i samsvar: De konkurranseutsatte sykehjemmene scorer bedre enn de kommunale på kvalitetsindikatorer (OE-rapport s. 3). OE konkluderer også med at «De konkurranseutsatte sykehjemmenes høye kostnadseffektivitet skyldes kombinasjonen av høy kvalitet og lave kostnader (s.3)».

Prosjektleder for 2016-rapporten Mari O. Mamre ved NyAnalyse var også involvert i arbeidet med forrige rapport, før resultatene ble kvalitetssikret og videreutviklet av Oslo Economics:

«Mamre benyttet empiriske metoder for å kartlegge sammenhengen mellom driftsform og kostnader ved sykehjemmene i Oslo. Vi har videreutviklet analysen, samt benyttet andre empiriske metoder enn Mamre. De kvalitative funnene i denne rapporten er hovedsakelig de samme som i hennes notat. Det at funnene er robuste for ulike metodiske tilnærminger styrker resultatene.»

Sykehjemsdrift i Oslo – effekten av konkurranse (2012 s. 4)

OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER

Kvalitetsindikatorer 2007 - 2013

I 2005 innførte Oslo kommune et system for å kartlegge kvaliteten ved de ulike sykehjemmene. Dette systemet består av tre elementer:

1. Målinger av objektive kvalitetsindikatorer
2. Målinger av beboernes tilfredshet
3. Målinger av de pårørendes tilfredshet

2012-rapporten presenterer et samlet kvalitetsmål som består av en sammenvekting av objektive kvalitetsindikatorer. Tabell 8-7 på side 38 gjengir indikatorene som er benyttet før omleggingen av kvalitetssystemet i Oslo kommune.

FIGUR 1 OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER 2007-2013

Tabell 8-7 Objektive kvalitetsindikatorer

Vurderingskriteriet	Vurderingsskala
Andel av beboerne med trykksår i perioden	0-4 prosent = 4, 5-9 prosent = 3, 10-14 prosent = 2, 15+ prosent = 1
Andel av beboeren med nye eller forverrede kontrakturer, sammenliknet med 4 mnd. Tidligere	0-14 prosent = 4, 15-29 prosent = 3, 30-44 prosent = 2, 45+ prosent = 1
Andel beboere med alvorlig vekttap i perioden	0-7 prosent = 4, 8-15 prosent = 3, 16-23 prosent = 2, 24+ prosent = 1
Andel av beboeren med ett eller flere fall i perioden	0-6 prosent = 4, 7-13 prosent = 3, 14-20 prosent = 2, 21+ prosent = 1
Andel av beboerne med urininkontinens	6-19 prosent = 4, 20 -33 prosent =3, 34-47 prosent = 2, 48+ prosent = 1

Tallgrunnlag: Sykehjemsetaten, Beregninger: Oslo Economics

Vurderingsskalaen er å anse som nøytral og de fleste av Oslo kommunes kvalitetsindikatorer er med i rangeringen. Siden det er vanskeligst å unngå fall og trykksår i høyrisikogruppen, er kun lavrisikogruppene inkludert. Resultatene fra de objektive indikatorene i 2012-rapporten utgjør 40 prosent av samlekkvalitetsindikatoren presentert i rapporten.

KVALITETSINDIKATORER 2015 OG FREMOVER

I arbeidet med denne rapporten har evalueringen av kvalitetssystemet blitt gjennomgått og ellers følger vi de generelle retningslinjene for indikatorarbeid som fra OECD.

KPMG gjennomførte en evaluering av kvalitetsmålingssystemet i 2012/2013 for Oslo kommune. I kjølvannet av dette endret Oslo bystyre kvalitetssystemet i 2014, ref. Byrådssak 241/14 Kvalitetsmålingssystemet for pleie- og omsorgstjenestene i Oslo kommune –tilpasninger og endringer.

For de inkluderte indikatorene følger vi OECDs Handbook on Constructing Composite Indicators som gir en god faglig gjennomgang av viktige forhold ved indikatorarbeid som:

- Normalisering. Indikatorer bør normaliseres for å kunne sammenlignes. En bør være oppmerksom på ekstremverdier og slike bør identifiseres og håndteres.
- Vekting og aggregering. Indikatorer bør aggregeres og vektet i samsvar med det underliggende rammeverket. Korrelasjon mellom indikatorene bør vurderes .
- Robusthet og sensitivitet. Analysen bør måle robustheten til indikatorene ved å eksempelvis inkludere og ekskludere enkeltindikatorer, vurdere manglende data , valg av vektet og aggregeringemetode.

Indikatorene er her blitt normalisert for å kunne sammenligne resultatene på tvers av år og på tvers av sykehjem. Vektingen mellom de ulike indikatorene er nøytral. Resultatenes robusthet er kort vurdert i forhold til inklusjon og eksklusjon av enkeltvariable.

Det året et sykehjem eventuelt har endret driftsform, er ikke resultatene fra de objektive kvalitetsindikatorene inkludert i sammenligningsgrunnlaget. Det er stilt spørsmål ved validiteten for beboerundersøkelsen på sykehjem ut fra måten deltakerne har blitt valgt ut på, og hvem det er som faktisk bor på sykehjemmene. KPMG anbefalte i sin rapport å legge ned den kvantitative beboerundersøkelsen. Beboerundersøkelsen for sykehjem er av disse årsakene og pga. det vi anser som utilstrekkelig lav svarprosent tatt ut av datagrunnlaget i rapporten.

De objektive kvalitetsindikatorene ble endret i 2013. 2 av de 5 indikatorene benyttet før dette (kontrakturer og urinkontinens) er tatt ut av indikatorsystemet i kjølvannet av evalueringen mens de resterende 3 er med videre/endret noe. Det er derfor vi i denne rapporten har markert et brudd i 2014. Et brudd betyr at resultatene etter bruddet ikke er direkte sammenlignbare med resultatene før. Resultatene fra analysen om forskjeller i score mellom grupper er imidlertid robust selv om en inkluderer eller ekskluderer 2015 fra analysegrunnlaget og selv om vi tar ut enkeltindikatorer.

Resultatene for første måling i 2016 er også tatt ut av analysen, fordi ulike rutiner knyttet til når på året et sykehjem eksempelvis gjennomfører kontroll for ernæringsmessig risiko ville gi de som legger dette tidlig på året bedre score enn de som legger dette sent. 2016 vil da først inkluderes i neste runde når begge årets målinger foreligger. Tabellen under oppsummerer indikatorene i 2015 og fremover.

FIGUR 2 OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER 2015+

Vurderingskriteriet	Vurderingsskala
Andel beboere med trykksår	0-4 prosent = 4, 5-9 prosent = 3, 10-14 prosent = 2, 15+ prosent = 1
Andel beboere med infeksjoner	0-6 prosent = 4, 7-13 prosent = 3, 14-20 prosent = 2, 21+ prosent = 1
Andel beboere med fall	0-5 prosent = 4, 6-11 prosent = 3, 12 -17 prosent = 2 18+ prosent = 1
Andel beboere som er underernært	0-24 prosent = 4, 25-49 prosent = 3, 50-74 prosent = 2, 75+ prosent = 1
Andel beboere vurdert for ernæringsmessig risiko	90+ prosent = 4, 60-89 prosent = 3, 30-59 prosent = 2, 0-29 prosent = 1

Tallgrunnlag Helseetaten, beregninger: NyAnalyse

FRAMSKRIVINGER AV BEHOV FOR INSTITUSJONSPLASSE I OSLO

Mer om framskrivingene:

I framskrivingene av behovet for institusjonsplasser har vi tatt utgangspunkt i SSB sitt mellomalternativ for befolkningsutviklingen blant personer over 67 år (Se SSB 2016: Befolkningsframskrivinger). Det legges til grunn 113 plasser i snitt per sykehjem. Dette er basert på snittet av antall sykehjemsplasser i kommunale og private sykehjem i 2015.

Det moderate alternativet i rapporten tar høyde for at flere vil bo hjemme i fremtiden som følge av bedre helse og velferdsteknologi og høyalternativet baserer seg på likt konsum av institusjonstjenester per person over 67 år som i dag.

Forutsetningene i det moderate alternativet «med velferdsteknologi» bygger på et tidligere prosjekt for Telenor Norge (NyAnalyse 2015) som omhandlet potensielle gevinster ved velferdsteknologi i kommunene. Kort fortalt forutsettes det at mange av pasientene med et moderat til høyt funksjonsnivå som i dag er plassert i institusjon, vil klare seg lenger hjemme med hjelp og teknologi i fremtiden. <https://www.telenor.no/om/teknologi-norge/velferdsteknologi.jsp>

Framskrivningene og resultater står også gjengitt i Produktivitetskommisjonens andre rapport, Rattsø II (link under med pdf-fil), kapittel 7, avsnitt 7.9.7 Innovasjon av offentlige tjenester gjennom anvendelse av ny teknologi, s.221-227.

<http://produktivitetskommisjonen.no/produktivitetskommisjonens-andre-rapport-fra-ressursokonomi-til-kunnskapsokonomi/>

MERKOSTNAD FOR OSLO KOMMUNE VED REKOMMUNALISERING AV ALLE SYKEHJEM

Her står forutsetningene for beregningene og tallene som er benyttet nærmere forklart.

Beskrivelse av scenario: Dagens sykehjem som er drevet av ideelle aktører fortsetter å driftes av disse mens kommunen overtar driften av kommersielle sykehjem. Men eldrebølgen skaper raskt behov for flere sykehjem. I basis-scenariet tar kommersielle rundt 40 % av driften av disse, mens kommunen må drifte disse 40 prosentene selv i scenariet med full rekommunalisering.

Scenariometodikk er ofte benyttet for å rendyrke konsekvensen av en utvikling over tid. Her er formålet å belyse kostnadsdifferansen mellom sykehjem med ulike typer driftere samt det store behovet for nye institusjoner fremover. Utover dette er scenariet stilistisk og tar ikke stilling til hva som er politisk ønskelig/planlagt eller lignende.

Beregningene baserer seg på 2015-tallene av *Total enhetskostnad pr vektet plass* ved kommunalt driftede og kommersielt driftede sykehjem fra Sykehjemetaten (SyE). Disse er gjengitt i tabellene under. I tillegg legges beregnet behov for institusjonsplasser (kalt sykehjemsplasser) til grunn. Forutsetningene her er beskrevet nærmere i vedlegg 1.

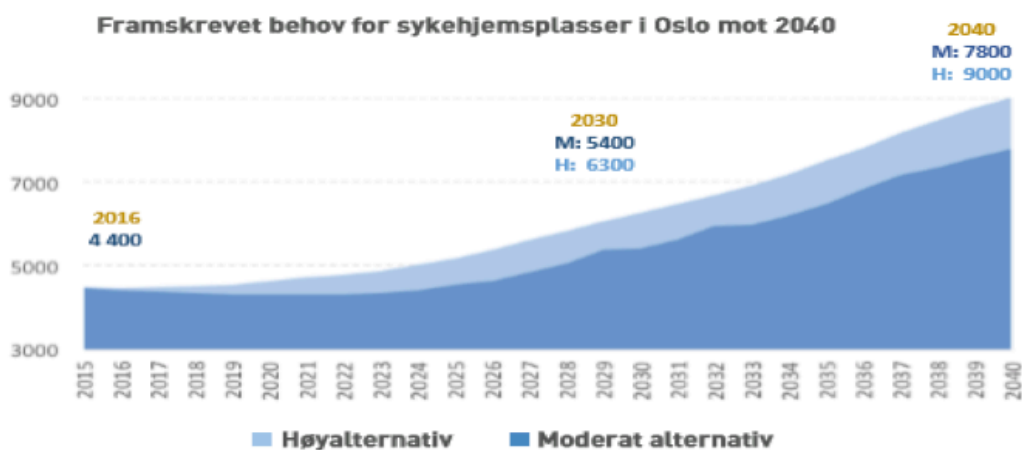
Framskrivningene baserer seg på konservative forutsetninger. Kostnadsdifferansen som er lagt til grunn på 49 335 kr per vektet plass mellom kommunale og kommersielle sykehjem er den lavest differansen som er registrert av SyE på mange år. I tillegg benyttes det moderate alternativet i framskrevet behov for institusjonsplasser, et scenario som ligger betydelig under høysceneriet (dagens dekningsgrad) og betydelig under framskrivningene i Oslo kommunes *Sykehjemsbehovsplan 2016-2026* (se boks under). Dersom Oslo kommunes behovsplan legges til grunn blir dermed den årlige merkostnaden for kommunen høyere enn når vi legger våre tall til grunn.

TABELL KOSTNADSTALL SYKEHJEMETATEN 2015

	Kommunalt driftet	Kommersielt driftet	Ikke-kommunalt driftet	Utenbys
Gjennomsnittlig antall vektete plasser pr sykehjem	121,8	104,2	67,1	24,1
Enhetskostnad drift	850 091	806 667	803 397	868 600
Enhetskostnad bygg	87 728	81 818	92 620	-
Total enhetskostnad pr vektet plass	937 820	888 485	896 017	868 600

Kilde: Kostnadssammenligningen 2015 – kostnad pr vektet sykehjemsplass, Sykehjemetaten

FIGUR BEHOV FOR INSTITUSJONSPASSER I OSLO 2015-2040



Kilde: SSB (2016), beregninger gjort av NyAnalyse

REGNESTYKKET DETALJERT

Forutsetninger:

Det er 15 øvrige private sykehjem til snittstørrelse (vektede plasser) på 106 (2015-tall).

$15 \cdot 106 = 1\,590$ plasser ved øvrige private. Merkestnaden basert på 2015-priser er $1\,590 \cdot 49\,335 \cdot 0,98 = 76,9$ mill. kr, justert for forskjellen mellom vektete og faktisk antall plasser (106 versus 104).

- **Moderat scenario 2030 (vårt scenario)**

Det er behov for 1000 plasser i 2030. Snittsykehjemmet basert på både øvrige private og kommunale er 113 per i dag.

$9 \cdot 113 = 1017$ plasser: Trenger dermed 9 sykehjem i 2030 for å møte behovet minus noen overskuddsplasser som fordeles på hvert av sykehjemmene.

Det anslås i basis-scenariet (dagens trend) at kommunen vil drifte 5 av de 9 sykehjemmene mens i scenariet med full rekommunalisering må de drifte alle 9 selv.

Merkostnad: $4 \cdot 113 \cdot 49335 = 22,3$ mill.

Totalt 2030:

<p>76,9 mill. kr (dagens sykehjem) + 22,3 mill. kr (nye sykehjem) - 3,7 mill. kr (justering for noe lavere plassbehov enn 1017) = 95,5 mill. kr årlig merkestnad (2015-priser)</p>
--

- **Sykehjemsbehovsplan 2016-2026 scenario 2030**

Anslår et behov for hele 2 000 flere plasser i 2030 for befolkningen over 67 år (rundt 6 400) på sykehjem og heldøgnbemannet omsorg (tilsvarende vår definisjon på institusjon).

Framskrivningene er basert på dagens dekningsgrad og ligger rett over vårt høyalternativ.

Dersom disse tallene legges til grunn, ville den årlige merkestnaden for kommunen være rundt 22 mill. høyere enn våre resultater, og dermed rundt 117 mill. kr årlig merkestnad.

- **Moderat scenario 2040 (vårt scenario)**

Det er behov for 3 400 nye plasser i 2040 og det antas fortsatt en snittstørrelse på 113 plasser per sykehjem. Da er det behov for rundt 30 nye sykehjem.

Anslår i basis-scenariet (dagens trend) at kommunen vil drifte 18 av de 30 sykehjemmene mens i scenariet med full rekommunalisering må de drifte alle 30 selv.

Merkostnad: $12 \cdot 113 \cdot 49335 = 66,9$ mill.

Totalt 2040:

76,9 mill. kr (dagens sykehjem)
+ 66,9 mill. kr (nye sykehjem)
+ 1,1 mill. (justering for noe høyere plassbehov)
= 145,1 mill. kr årlig merkostnad (2015-priser)

- **Sykehjemsbehovsplan 2016–2026 scenario 2040**

Anslår et behov for hele 4 800 flere plasser i 2040 for befolkningen over 67 år (rundt 9 200) på sykehjem og heldøgnbemannet omsorg (tilsvarer vår definisjon for institusjon).

Er basert på dagens dekningsgrad og ligger rett over vårt høyalternativ (9 000 plasser).

Dersom Oslo kommunes tall legges til grunn, stiger behovet for nye sykehjem fra 30 til 42 og den årlige merkostnaden ved å drifte alle selv stiger med rundt 27 mill. kr til 172 mill. kr. årlig merkostnad per 2040 for kommunen.

VÅRE FRAMSKRIVINGER VERSUS SYKEHJEMSBEHOVSPLANEN 2016–2026

Sykehjemsbehovsplanen 2016–2026 viser framskrevet behov for heldøgnsbemannet sykehjem eller omsorg fram til 2040 (se tabellen nedenfor). Planen tar ikke hensyn til at flere vil bo lenger hjemme og tilsvarende derfor vårt høyalternativ. I 2030 anslår denne rapporten at ca. 6 400 personer over 67 år vil ha behov for et heldøgnsbemannet botilbud i sykehjem eller omsorg+, det er rundt 100 plasser høyere enn vårt høyalternativ. I 2040 anslår Sykehjemsbehovsplanen at ca. 9 200 over 67 år har behov for plass, noe som er 200 flere enn vårt høyalternativ. Med andre ord så samsvarer framskrivingene godt og det moderate scenariet som benyttes her, hvor flere bor hjemme med hjelp og teknologi, fører til en betydelig reduksjon i nødvendige institusjonsplasser.

Alder/år	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-66 år	326	354	380	405	429	452
67-74 år	479	552	570	628	692	761
75-79 år	488	637	849	851	947	1 047
80-84 år	808	846	1 116	1 498	1 523	1 714
85-89 år	1 154	1 124	1 210	1 627	2 208	2 286
90-94 år	1 163	1 026	1 003	1 123	1 580	2 179
95-99 år	640	744	689	693	834	1 246
Sum anslått antall personer med behov for et heldøgnsbemannet botilbud i sykehjem eller omsorg +	5 058	5 283	5 817	6 826	8 214	9 685

Kilde: Beregningen gjort på grunnlag av statistikk hentet fra Oslostatistikken

