



DELRAPPORT 2

om

verbalvedtak H36/2012

- Forslag til ny organisering av korttidsplassene
- Forslag om færre typer korttidsplasser
- Foreløpige prinsipper for finansiering av korttidsplassene

VERBALVEDTAK H 36/2012

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

<i>1. Forord</i>	<i>s. 2</i>
<i>2. Korttidsplasser – Status</i>	<i>s. 3</i>
<i>3. Forslag til ny organisering av korttidsplassene</i>	<i>s. 4</i>
<i>4. Forslag om færre typer korttidsplasser</i>	<i>s. 7</i>
<i>5. Prinsipper for finansiering av korttidsplassene</i>	<i>s. 9</i>

1. Forord

Sykehjemsetaten (SYE) avga i august 2012 Delrapport 1 om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune. I rapporten var fokus lagt på langtidsplasser. For også å få vurdert korttidsplassene, nedsatte sykehjemsdirektøren en intern arbeidsgruppe. Mandatet var å gjennomgå organisering av, og prisstruktur for, korttidsplassene, både i lys av verbalvedtak H36/2012 og som følge av gjennomføring av første fase i samhandlingsreformen som trådte i kraft pr. 01.01. 2012. Gruppen har vært ledet av direktøren i SYE Per Johannessen og har hatt følgende medlemmer: Margaret A. Gjertsen, Bitte Thoen, Anne B. Sørli, Sveinung Lervåg og Tone Pahlke, som har vært gruppens sekretær. Gruppen har hatt 6 møter.

Representanter for fire bydeler, en bydel i hver sykehussektor, har vært intervjuet for å gi gruppen mer spesifikk kunnskap om problemstillinger sett fra bydelenes perspektiv. Forslagene har imidlertid ikke vært forelagt noen bydeler.

I denne delrapporten er det foreslått ny organisering av korttidsplasser i sykehjemmene. I tillegg er behov for reduksjon av antall typer korttidsplasser, blant annet som følge av gjennomføring av samhandlingsreformen, drøftet. Det er også gitt noen prinsipielle betraktninger om finansieringsmodeller. Detaljert gjennomgang av fordeler og ulemper ved ulike alternative prismodeller og eventuell subsidiering av plassene vil imidlertid bli presentert i egen rapport, Delrapport 3, der også prismodell for langtidsplasser vil bli nærmere belyst.

Oslo, 20. desember 2012

Per Johannessen
direktør Sykehjemsetaten

2. Korttidsplasser – Status

2.1 Antall plasser og plasstyper

Korttidsopphold i institusjon skal være målrettede, tidsavgrensede opphold som bidrar til at brukerne skal kunne komme tilbake til egne hjem. Rehabiliteringsplasser gir brukerne nødvendig assistanse til aktivt å trene opp funksjons- og mestringsevner. Ordinære korttids-plasser gir i større grad omsorg og avlastning, enten for brukerne selv eller for deres pårørende. Også for bruk av disse plassene er det imidlertid et uttalt mål at brukerne skal kunne reise hjem etter endt opphold og være bedre i stand til å klare seg selv.

Alle bydelene disponerer i dag korttidsplasser, både ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, på sykehjem plassert i de respektive bydelene. Bydelene foretar en bloc bestillinger til SYE på de fleste korttidsplassene; fra 2013 to ganger i året.

På enkelte sykehjem tilbyr SYE også plasser som bydelene bestiller enkeltvis, blant annet når bydelens en bloc kapasitet er fullt utnyttet. I tre av fire sykehussektorer, i Ullevål, Ahus og Diakonhjemmet sektor, er det etablert spesialenheter, intermedieærplasser (også kalt SKE-enheter), der sykehusene og bydelene deler på utgiftene til pasienter som ennå ikke er utskrivningsklare, men som gjennom opptrening forventes raskere å kunne klare seg selv etter gjennomført opphold på intermedieærheten. Trygghetsplassene er plasser som de eldre selv bestiller, uten vedtak i bydelene, og for opphold på inntil 14 dager. Kostnader for drift av disse plassene finansieres sentralt.

En detaljert oversikt over fordeling av korttidsplasser på type plass/bydel/bydelsregion/sykehjemssektor finnes i vedlegg 1. Nedenstående gir et sammendrag pr. bydelsregion.

Tabell 1 Geografisk beliggenhet av korttidsplasser pr. bydelssektor og plasstype, nov. 2012

Type korttidsopphold	Sentrum*	Vest*	Nord*	Sør*	Sum
Ordinære korttidsplasser	68	94	134	110	406
Rehabiliteringsplasser	43	44	22	18	127
Samhandlingsplasser	0	0	25	10	35
Vurderingsplasser	0	8	10	0	18
Intermediære plasser (SKE-plasser)		13	13	16	42
Rehabiliteringsplasser Aker sykehus**	21				21
Plasser i lindrende enheter	8	8			16
Andre spesialplasser	6	2		4	12
Sum plasser tilgjengelig for bydelene	146	169	204	158	677
Trygghetsplasser		27	17	14	58
Samlet antall korttidsplasser i Oslo					735

* **Sentrum:** Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, St. Hanshaugen. **Vest:** Frogner, Ullern, Vestre Aker, Nordre Aker. **Nord:** Bjerke, Stovner, Grorud, Alna. **Sør:** Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand

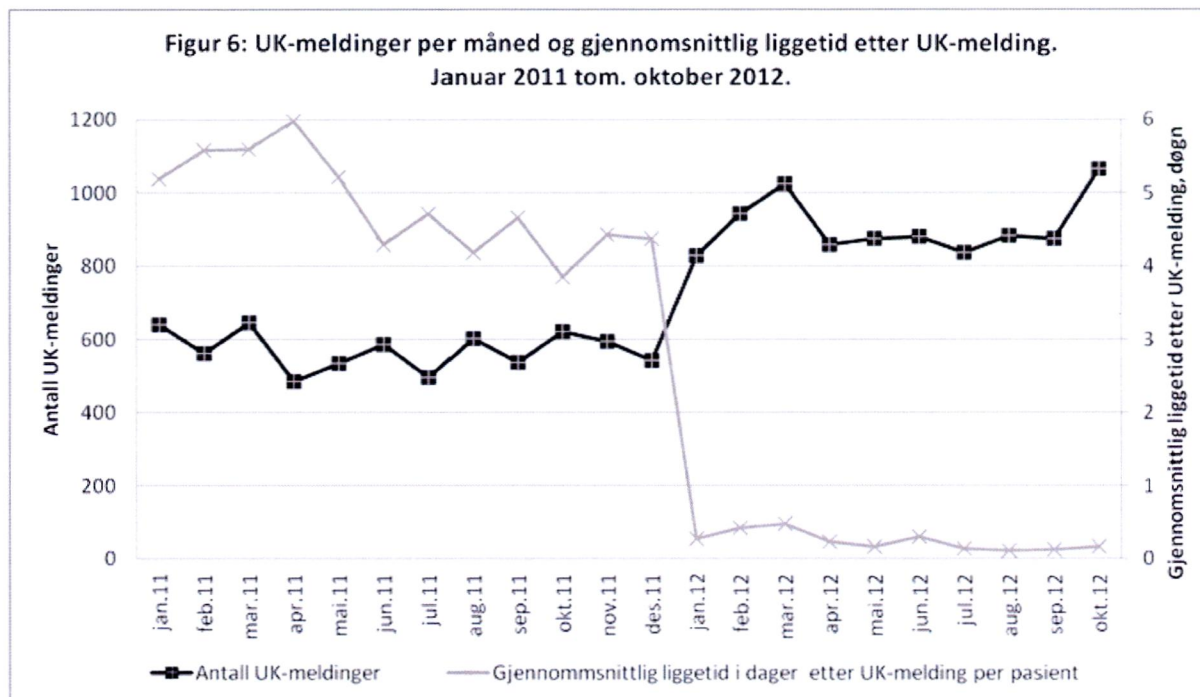
Dette er plasser som bydelene bestiller enkeltvis, eller har avtale med sykehusene om bruk av. Antall plasser er oppgitt pr. geografisk bydel, og gir derfor ikke opplysninger om hvilke bydeler som bruker dem.

** Pr. 01.07. 2013 opprettes ytterligere 5 plasser, slik at tilbudet blir 26 plasser.

2.2 Konsekvenser av samhandlingsreformen

Første fase i samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01. 2012. Da fikk kommunene overført ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Bydelene har møtt de utfordringer dette skapte, og det er i dag omtrent ikke utskrivningsklare (UK-meldte) pasienter som ligger i sykehus, jfr. nedenstående figur.

Figur 1: Utskrivningsklare pasienter pr. mnd.



Figuren viser at det i gjennomsnitt var 570 pasienter pr. måned som ble meldt utskrivningsklare fra sykehus til bydelene i 2011 og at disse hadde en liggetid på mellom fire og seks dager etter UK-melding. Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, har antallet utskrivningsklare pasienter pr. mnd. gjennomsnittlig vært på vel 850. Antall liggedøgn som bydelene må betale for i sykehus, har helt siden reformen trådte i kraft, vært ubetydelig.

Mange av pasientene som tas ut fra sykehus, får korttidsopphold på sykehjem før de returnerer til egne hjem. Korttidsplassene brukes derfor noe andreledes enn før, flere brukere kommer rett fra sykehus. 11 av 15 bydeler har økt andel brukere som kommer fra sykehus i 2012. Fire bydeler har en reduksjon. For to av disse, St. Hanshaugen og Stovner, er reduksjonen minimal. To bydeler, Frogner og Ullern, har redusert sine andeler til dels betraktelig. Disse to bydelene er atypiske, da de også totalt sett har mottatt færre UK-meldte i 2012 enn i 2011.

Tabell 2 Andel brukere som kommer rett fra sykehus til korttids plass i sykehjem

Nr.	Navn	2011	2012 (til 1.11.)
1	Gamle Oslo	44,1 %	59,5 %
2	Grünerløkka	61,2 %	63,4 %
3	Sagene	58,2 %	66,3 %
4	St. Hanshaugen	59,5 %	58,0 %
5	Frogner	62,5 %	54,7 %
6	Ullern	66,2 %	51,6 %
7	Vestre Aker	36,5 %	38,5 %
8	Nordre Aker	51,0 %	56,4 %
9	Bjerke	52,5 %	65,7 %
10	Grorud	51,3 %	64,1 %
11	Stovner	38,8 %	36,6 %
12	Alna	52,7 %	74,0 %
13	Østensjø	42,1 %	52,2 %
14	Nordstrand	51,0 %	56,4 %
15	Søndre Nordstrand	53,6 %	73,1 %

2.3 Fremtidig behov for korttidsopphold på sykehjem

Fremtidig behov for korttids plass i sykehjem er avhengig av mange faktorer. Viktig er blant annet befolkningsutviklingen, de eldres helsesituasjon til enhver tid, utvikling av behandlingsmuligheter og tekniske hjelpemidler, bydelenes tilbud, samt endring i faglig og politisk policy på området.

Mellomalternativet i Statistisk sentralbyrås befolkningsprognoser etter alder, for perioden 2012 til 2040, viser nedenstående utvikling i de aldersgruppene som typisk blir brukere av korttids plasser i sykehjem, fra 2012 til 2030.

Tabell 3 – SSBs prognoser for eldrebefolkning 2012 – 2030

Alder	2012	2013	2015	2020	2022	2030
80 – 89 år	17 910	17 562	16 506	16 370	16 677	25 881
90 år og +	4 782	4 875	4 963	4 558	4 570	4 659
Sum	22 692	22 437	21 469	20 928	21 247	30 540

Ifølge dette vil de nærmeste 8 årene være preget av en reduksjon i eldrebefolkningen over 80 år. Vi vet i tillegg at de som er 80 år eller eldre i dag, i gjennomsnitt er friskere enn den samme gruppen bare for noen få år siden. Befolkningsprognosene tilsier derfor at det kan være mulig å redusere antall korttids plasser i sykehjemmene fram til 2020.

Bydelene har de senere årene styrket hjemmetjenesten og startet, eller forsterket, tilbud om dagrehabilitering. Omsorg+ leiligheter er etablert i mange bydeler og byrådets mål er å bygge 1 000 boliger innen 2016. Alle disse forhold vil kunne bidra til at behovet for langtids- og korttids plasser i sykehjem minsker. Dette kan allerede ha vært medvirkende til endring i bestillingene for 2013. Bydelenes bestillinger og anslag for 1. halvår 2013 er redusert med 99 plasser, 49 korttids plasser og 50 langtids plasser, i forhold til bestilling for 3. tertial 2012.

Byrådet vil i 2013 legge frem en ny eldremelding og rullere sykehjemsbehovsplanen. De forslag til endringer for organisering og bruk av korttidsplasser som fremmes her, vil kunne gjennomføres uavhengig av dette, og forslagene vil kunne tilpasses fremtidig policy på feltet.

3. Forslag til ny organisering av korttidsplasser i sykehjemmene

Sykehjem i Oslo ivaretar to hovedfunksjoner:

- De gir permanent opphold til personer som trenger døgkontinuerlig oppfølging og omsorg for å oppnå et trygt bomiljø som bidrar til trivsel og tilfredsstillende livskvalitet; i Oslo kalt langtidsopphold.
- De gir tidsbegrenset opphold til personer som trenger behandling, utredning, rehabilitering, forebygging og avlastning; i Oslo kalt korttidsopphold.

Langtidsopphold, som i 2012 omfatter 3 956 plasser, tilbys på 47 av Oslos 48 alders- og sykehjem. Korttidsopphold, som i 2012 omfatter 586 ordinære plasser, tilbys i egne avdelinger på i alt 23 ulike sykehjem.

På langtidsavdelingene arbeides det for å gi beboerne en tilfredsstillende hverdag med god omsorg og meningsfylte aktiviteter, i samsvar med deres individuelle behov. SYE innførte eksempelvis Lottemodellen ved alle kommunale sykehjem fra 2013. På korttidsavdelingene konsentreres arbeidet om å oppnå klart definerte mål om funksjonsforbedring, slik at pasientene etter endt opphold kan reise hjem til egen bolig og klare seg selv bedre enn før, og slik at behovet for permanent plass på sykehjem kan forskyves ut i tid.

Faglig fokus for arbeidet med de to hovedfunksjonene er med andre ord forskjellig. Ledelsen må ha fokus på begge hovedfunksjonene og balansere oppmerksomheten mellom dem. I sykehjem med både langtidsavdelinger og korttidsavdelinger erfarer man i tillegg at arbeidstakere har klare preferanser, noen ønsker primært å jobbe på langtidsavdelinger, andre primært på korttidsavdelinger. Det er derfor flere forhold som bidrar til at det er få synergi-effekter mellom korttidsavdelingene og langtidsavdelingene.

Bydelene fatter vedtak om både langtidsopphold og korttidsopphold. Etter at en innbygger har fått fast plass på en langtidsavdeling, vil ansatte i bydelen bare få kontakt med vedkommende hvis SYE melder om behov for å få endret type sykehjemsplass. I Delrapport 1 foreslås det for øvrig at SYE skal overta ansvaret for denne vurderingen. Det er SYE som best kjenner beboerne når de er flyttet inn på langtidsplass. Hvis forslaget vedtas, vil bydelenes kontakt med dem som har fått vedtak om langtidsplass, opphøre når vedtaket er effektivt.

Når det fattes vedtak om korttidsopphold er situasjonen en annen. Bydelene har definert klare mål for oppholdet, og best resultater oppnås når bydelene og korttidsenhetene samarbeider om tiltak både under og etter oppholdet. Hver bydel har korttidsavdeling(er) på sykehjem i geografisk nærhet til bydelen.

For i større grad å sikre riktig helse- og omsorgsnivå, mer faglig spesialisert arbeid i sykehjemmene og større fokus på samhandling med bydelene, foreslås det at sykehjemmene organiseres som henholdsvis langtidssykehjem og korttidssykehjem.

Det vil være mulig å etablere minst et korttidssykehjem i hver bydelsregion (Sentrum, Vest, Nord og Sør). Bydelene vil derfor fremdeles få sine korttidsplasser på sykehjem som ligger i, eller i nærheten av, egen bydel. Det antas at ulempene med å ha korttidssykehjem i nabobydelen, vil bli mer enn oppveid av fordelene ved den kvalitetshevning som vil kunne finne sted i korttidssykehjemmene, blant annet som følge av bedre dialog mellom korttidssykehjemmene og de bydelene som sender sine innbyggere dit.

4. Forslag om færre typer korttidsplasser

Korttidsplassene er definert både som ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. I tillegg er det opprettet flere spesialavdelinger som er definert som korttidsavdelinger. Det er gjort for å dekke ulike behov oppstått på ulike tidspunkt. Samhandlingsreformen gjør det naturlig på nytt å vurdere behovet for ulike typer spesialplasser for korttidspasienter.

4.1 Vurderingsplasser

Det er opprettet i alt 18 vurderingsplasser, 10 ved Furuset sykehjem i Region Nord og 8 ved Silurveien sykehjem i Region Vest. Disse plassene var allerede etablert da SYE overtok det byomfattende ansvaret for sykehjemmene i 2007. Plassene ble i sin tid opprettet for å redusere antall utskrivningsklare pasienter (UK-meldte) ved sykehusene og sikre kommunen mot betalingsansvar for disse pasientene. Samhandlingsreformen legger sterk føring på at UK-meldte ikke skal legge beslag på sykehussenger. Antall UK-meldte i sykehus er da også sterkt redusert i 2012. Det foreslås at vurderingsplassene omgjøres til andre typer plasser.

4.2 Samhandlingsplasser

Oslo har i alt 35 samhandlingsplasser. Det omfatter 5 plasser på Rødvet sykehjem og 20 på Lilleborg sykehjem, begge beliggende i Region Nord. I tillegg er det 10 plasser ved Abildsø sykehjem beliggende i Region Sør. Plassene ble opprettet for å kunne ivareta spesielle behov i forbindelse med gjennomføring av samhandlingsreformen pr. 01.01. 2012. Plassene fylte en funksjon i en overgangsperiode, men erfaringene fra 2012 tilsier at disse plassene kan omgjøres til ordinære korttidsplasser. Denne antagelsen styrkes av at det bestilles færre samhandlingsplasser for 2013. På Lilleborg sykehjem er bare 5 av 20 plasser bestilt.

4.3 Intermediære plasser(SKE-plasser)

Det er opprettet intermediære plasser i 3 sykehussektorer, 13 plasser ved Romsås sykehjem (hvorav 9 i dag brukes som intermediærplasser og 4 som korttidsplasser), for Ahus sektor, 13 plasser fysisk plassert på Diakonhjemmet sykehus, men tilknyttet Silurveien sykehjem, for Diakonhjemmet sektor, og 16 plasser på Abildsø sykehjem, for Ullevål sektor. For sentrumsbydelene knyttet til Lovisenberg sektor, er det ikke etablert intermediærplasser. Plassene ble etablert i perioden fra 2008 til 2010. SYE overtok ansvaret for plassene fra bydelene pr. 01.01. 2012 som et ledd i Sentral Etatsreform.

De intermediære plassene er tilbud til hjemmeboende, eldre pasienter som akutt har måttet legges inn på sykehus, men som vurderes å kunne fungere bra hjemme etter behandling og intensiv oppptrening. De karakteriseres ofte som spreke før de fikk den akutte sykdommen som gjorde dem behandlingstrengende på sykehus. Pasientene får tilbud om intermediær plass før de er ferdig behandlet på sykehus. Sykehusbehandlingen fortsetter på intermediärenheten,

samtidig som opptrening påbegynnes. Formålet er å skape en ”sømløs” overgang fra sykehus til kommunehelsetjeneste og redusere den samlede tiden pasienten trenger hjelp.

Det er foretatt en grundig evaluering av de intermediære plassene i 2011, og det vises til prosjektrapporten: Evaluering av fire spesialiserte korttidsenheter – et samhandlingsprosjekt, avgitt 15.12. 2011, jfr. vedlegg to som gir internettlenke til rapporten. (Omfatter alle tre Oslo-enhetene i tillegg til intermediærplasser etablert i Lørenskog kommune). Dokumentasjonsgrunnlaget som er brukt i prosjektet gjelder for 2010 og 2011.

Rapporten viser blant annet at:

- 84 % av pasientene reiser hjem fra intermediærenhetene, mens det samme gjelder for 58 % av de andre korttidspasientene. Denne forskjellen kan, i hvert fall til dels, avspeile forskjeller i pasientgrunnlaget, i og med at intermediærpatientene er sprekere enn andre før skade oppsto og sterkt motiverte for opptrening. Forskjeller i statistikkgrunnlaget vil også bidra til kunstig å øke ulikhetene mellom de to behandlingsformene. Oslo-statistikken omfatter ikke bare pasienter på både rehabiliteringsavdelingene men også de som har ordinære korttidsplasser.
- Gjennomsnittlig bemanningsfaktor for sykepleier og hjelpepleier på intermediærenhetene er 0,92, mens den er 0,88 på ordinære rehabiliteringsavdelinger. I kommunens rehabiliteringsavdelinger er legedekningen noe lavere enn i intermediærenhetene, mens fysioterapi- og ergoterapidekningen er vesentlig høyere.
- Totalkostnad for et intermediærdøgn varierte i 2010 mellom vel 3 200 kroner og vel 4 000 kroner. Bydelene dekker mellom 82 % og 88 % av intermediærenhetenes kostnader.

Etter innføring av samhandlingsreformen er flere og dårligere pasienter skrevet ut av sykehusene enn før. Bydelene får gradvis større erfaring med behandling av pasienter i gråsonen mot den gruppen som fyller kriteriene for å bli intermediærpatienter. Sykehusene har til dels problemer med å vurdere hvilke pasienter som bør få et intermediært tilbud. Ikke sjelden skriver sykehusene både UK-melding og søknad om inntak i intermediærenhet.

Intermediærenhetene har utgjort en viktig samhandlingsarena mellom sykehussektoren og kommunesektoren. Samhandlingsreformen gjør det imidlertid mer problematisk å rendyrke intermediærkonseptet, blant annet fordi den tydeliggjør det forvaltningsmessige ansvaret for utskrivningsklare pasienter. Det antas at både bydelene og korttidsavdelingene i SYE nå i større grad kan behandle UK-meldte som ellers ville fått tilbud om intermediærplass. Det anbefales derfor at avtalene med sykehusene sies opp, senest med virkning fra 01.01. 2014.

4.4 Andre spesialplasser.

Lindrende enheter

SYE har to lindrende enheter, en enhet med 8 plasser ved Lillohjemmet i Region Vest, og en enhet, også med 8 plasser, ved Akerselva sykehjem i Region Sentrum.

Sykehjemspersonalet håndterer i de aller fleste tilfeller døende på en god måte i de enkelte sykehjem. Noen få beboere har imidlertid behov for spesiell smertebehandling i terminalfasen, en behandling som best kan gis på lindrende enhet. De lindrende enhetene tar også imot yngre pasienter fra sykehus eller hjemmet i terminalfasen. Noen sykehjemsbeboere lever med

kroniske smerter. De kan også ha behov for et kortere opphold på lindrende enhet for å få konstatert hvilke medisiner som samlet gir best smertestillende effekt. De lindrende enhetene vil i tillegg stå sentralt ved kompetansebygging i andre sykehjem.

Det foreslås ingen endring vedrørende plasser i lindrende enheter.

Rehabiliteringsplasser på Aker sykehus

Det er fra 01.01. 2012 etablert 21 rehabiliteringsplasser ved Aker sykehus. Antall plasser øker til 26 fra 01. juli 2013. Plassene er knyttet til Kingosgate sykehjem. Ved Aker sykehus drives det rehabilitering av blant annet kognitivt funksjonssvikt. Plassene bestilles særskilt av bydelene, og belegget er foreløpig lavt; beleggprosenten har ligget mellom 50 % og 60 % de siste månedene. I oktober var belegget 57,6 %.

Det anbefales at bruk av disse plassene evalueres 2. halvår 2013.

Spesielt tilpassede plasser

I samarbeid med bydelene er det etablert noen få korttidsplasser på skjermet enhet og noen forsterkede korttidsplasser, i alt 12 plasser i 2012.

SYE skal til enhver tid søke å imøtekomme bydelenes behov for plasser og har fleksibelt tilpasset tilbudene for å ivareta enkeltpasienter. Denne praksisen foreslås opprettholdt.

5. Prinsipper for finansiering av korttidsplassene

Det vil, i eget rapport, Delrapport 3, vurderes alternative former for prising av SYEs tjenester. Ulike prisalternativer vil beregnes med utgangspunkt i budsjett for 2013. Nedenstående prinsipper har kommet frem i drøftinger med et utvalg av bydelsdirektører og i arbeidsgruppen.

- Det bør tilstrebes fortsatt å ha en prisstruktur med få alternative priser. Et finmasket prissystem er tungvindt å administrere. Det kan også bidra til at dyre plasser ikke blir benyttet fullt ut fordi bydelene må dekke de behov som innbyggerne har, og leter etter tilbud som er "gode nok" for å få midlene til å strekke lengst mulig. Det kan føre til en ikke optimal utnyttelse av SYEs spesialiserte tilbud.
- Subsidiert kan vurderes opphevet for å få frem reelle kostnader og kostnadsforskjeller. Det forutsettes i tilfelle at alle midlene som trekkes ut av SYEs nettobudsjett, tilføres bydelene, slik at endringer i subsidiegrad/pris blir nøytral for bydelssektoren under ett. Eventuelle effektiviseringsuttak/kutt må synliggjøres særskilt. Prising basert på kostnadsdekkende beregninger vil for øvrig endre risikobildet mellom bestiller og utfører, til ugunst for utfører, dvs. SYE.
- Risiko for underforbruk av sykehjems plasser vil alltid være til stede. Prisstrukturen skal stimulere partnerne til god utnyttelse av plassene, og fordele risikoen både på etterspørere og tilbydere.
- Prisstrukturen må ikke være slik at den oppmuntrer bydelene til å etablere egne døgnbaserte tilbud utover botilbudet Omsorg+ for de aldersgrupper SYE har tilbud til. Fra sentralt myndighetsnivå bør dette tydeliggjøres.

Disse prinsippene vil bli lagt til grunn for vurdering av konkrete forslag til endring av finansieringsstrukturen i SYE, og det vises til egen rapport, Delrapport 3, om dette.

Vedlegg:

1. Korttidsplasser i Sykehjemsetaten, fordelt på type plass, bydel, region og sektor
2. Evaluering av fire spesialiserte korttidsheter. Rapporten finnes på internet, med lenke: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Samhandling/Evaluering-fire-spesialiserte-korttidsheter-2.pdf>

Delrapport 2 vedtatt vedtatt H26/2012

Korttidsplasser i Sykehjemsetaten, fordelt på type plass, bydel, region og sektor										Vedlegg 1								
Sykehjem	Bydelsregion	Sykehussektor	SYE område	Bydel	Antall en bloc og vurdering					Befolkning over 80 år pr plass	Antall - andre plasser							
					Antall korttids-plasser	Antall rehab. plasser	Antall samhandl. plasser	Ant. plasser vurdering-opphold	Antall en bloc plasser SYE		Antall skjermet korttid	Antall forsterket annet korttid	Antall plasser Aker rehab	Antall plasser SKE	Antall trygghets-plasser	Antall plasser lindrende	Antall korttids-plasser SYE	
Romsås	Oslo Nord	Ahus	2	10 Grorud	12		0		12					13				25
Rødvet sykehjem	Oslo Nord	Ahus	2	10 Grorud	21		5		26									26
Ammerudhjemmet	Oslo Nord	Ahus	3	10 Grorud					0									0
Ammerudlunden	Oslo Nord	Ahus	3	10 Grorud	6				6									6
Stovnerskogen sykehjem	Oslo Nord	Ahus	2	11 Stovner	9				9									9
Furuset sykehjem	Oslo Nord	Ahus	1	12 Alna	20	22		10	52									52
Lindeberg omsorgssenter	Oslo Nord	Ahus	1	12 Alna	14				14					17				31
Solvang	Oslo Nord	Ahus	1	12 Alna	22				22									22
Lilleborg sykehjem	Oslo Nord	Ullevål sektor	1	9 Bjerke	32		18		50									50
Økern sykehjem	Oslo Nord	Ullevål sektor	1	9 Bjerke					0									0
Oslo Nord					136	22	23	10	191	26,3	0	0	0	13	17	0	0	221
Fagerborghjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	5 Frogner					0									0
Majorstutunet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	5 Frogner	17				17									17
Uranienborghjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	5 Frogner					0									0
Frognerhjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	3	5 Frogner					0									0
Silurveien	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	6 Ullern				8	8				13					21
Smestadhjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	6 Ullern	1	12			13									13
Kajalund	Oslo Vest	Diakonhjemmet	3	6 Ullern					0									0
Madsrud	Oslo Vest	Diakonhjemmet	3	6 Ullern	27				27		1							28
Vinderen	Oslo Vest	Diakonhjemmet	1	7 Vestre Aker					0									0
Hovseterhjemmet	Oslo Vest	Diakonhjemmet	3	7 Vestre Aker	17	16			33									33
Lillohjemmet	Oslo Vest	Ullevål sektor	2	8 Nordre Aker	16				16		1						8	25
Tåsenhjemmet	Oslo Vest	Ullevål sektor	2	8 Nordre Aker	16	16			32						27			59
Grefsenhjemmet	Oslo Vest	Ullevål sektor	3	8 Nordre Aker					0									0
Nordberghjemmet	Oslo Vest	Ullevål sektor	3	8 Nordre Aker					0									0
Oslo Vest					94	44	0	8	146	53,6	2	0	0	13	27	8	0	196
Villa Enerhaugen	Oslo sentrum	Lovisenberg	1	1 Gamle Oslo	0				0				6					6
St Halvardshjemmet	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	1 Gamle Oslo	0	0			0									0
Vålerenga bo og service	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	1 Gamle Oslo	22				22									22
Grünerløkka	Oslo sentrum	Lovisenberg	1	2 Grünerløkka	12				12									12
Lille Tøyen	Oslo sentrum	Lovisenberg	1	2 Grünerløkka					0									0
Paulus	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	2 Grünerløkka					0									0
Sofienbergsenteret	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	2 Grünerløkka		17			17									17
Akerselva	Oslo sentrum	Lovisenberg	2	3 Sagene	17				17								8	25
Kingosgate	Oslo sentrum	Lovisenberg	2	3 Sagene	17	26			43				21					64
Sagenehjemmet	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	3 Sagene					0									0
Cathinka Guldberg	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	4 St.Hanshaugen					0									0
Eugenies aldershjem	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	4 St.Hanshaugen					0									0
Jødisk seniorsenter	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	4 St.Hanshaugen					0									0
St Hanshaugen omsorgssent	Oslo sentrum	Lovisenberg	3	4 St.Hanshaugen	0				0									0
Oslo sentrum					68	43	0	0	111	31,0	0	6	21	0	0	8	0	146
Abildsø sykehjem	Oslo sør	Ullevål sektor	2	13 Østensjø	24		10		34					16				50
Langerud	Oslo sør	Ullevål sektor	2	13 Østensjø	18	18			36									36
Manglerudhj.inkl Rustad	Oslo sør	Ullevål sektor	2	13 Østensjø	0				0		3							3
Østensjø bosenter	Oslo sør	Ullevål sektor	2	13 Østensjø	0				0			1						1
Oppsalhjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	3	13 Østensjø					0									0
Midtåsenhjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	2	14 Nordstrand					0									0
Nordseterhjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	2	14 Nordstrand					0								14	14
Ryenhjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	2	14 Nordstrand	30				30									30
Bekkelagshjemmet	Oslo sør	Ullevål sektor	3	14 Nordstrand					0									0
Lambertseter	Oslo sør	Ullevål sektor	3	14 Nordstrand	23				23									23
Kantarellen	Oslo sør	Ullevål sektor	2	15 Søndre Nordstrand	15				15									15
Oslo sør					110	18	10	0	138	45,5	3	1	0	16	14	0	0	172
				Totalt i Oslo kommune	408	127	33	18	586	38,5	5	7	21	42	58	16	0	735
Eksklusive trygghetsplasser																		677

Vedlegg 1