

Bilag til budgettemaanalyse ældreområdet 2020

CENTER FOR SUNDHED OG ÆLDRE
NÆSTVED KOMMUNE

Indhold

Bilag 1: ECO nøgletal 2020.....	2
Bilag 2: Demografisk udvikling på ældreområdet	3
Bilag 3: Betydningen af demografiudviklingen for ældreområdet i Næstved	8
Bilag 4 KMF og hjælpemidler i fht. befolkningsprognosen på ældreområdet	11
Bilag 5: Demografiudvikling og "Sund aldring"	13
Bilag 6: Sveriges-modellen.....	21
Bilag 7: Rehabilitering 1.....	24
Bilag 8: Rehabilitering 2.....	25
Bilag 9: Telesår.....	26
Bilag 10: Forflytningshjælpemidler.....	28
Bilag 11: Medicinhusker - Dosecan	29
Bilag 12: Vaske-tørretoilet.....	30
Bilag 13: Dosisdispensering	31
Bilag 14: Kompressionsbehandling.....	32
Bilag 15: Sygeplejeklinik	33
Bilag 16: Robotstøvsuger	34
Bilag 17: Videobesøg/skærmbesøg i hjemmeplejen/sygeplejen	35
Bilag 18: Vaskeservietter og vaskehandsker.....	36
Bilag 19: Styring, planlægning og medarbejderinvolvering	37
Bilag 20: Planlægning i udetams - fokus på vej tid.....	39

Bilag 1: ECO nøgletal 2020

Center for Koncernservice

17-4-2020

NOTAT

Bemærkninger til ECO – Nøgletal 2020 – "Tilbud til Ældre" og "Voksne med særlige behov"

Dette notat omhandler alene forudsætningerne for beregning af nøgletal for disse to områder.

Nøgletallet tager udgangspunkt i indenrigsministeriets kontoplan. Indenrigsministeriets kontoplan indeholder retningslinjer for hvordan og hvad kommunerne skal registrere under de forskellige kontoområder. Kontoplanen er dog ikke 100 % entydigt, så der kan være forskellig registreringspraksis kommunerne imellem. Indenrigsministeriet gennemførte pr. 1/1-2018 store ændringer for kontoplanen for områderne ældre og handicappede.

VIVE har defineret hvilke kontoområder, som indgår i nøgletallene for de forskellige områder. Det betyder, blandt andet, at udgifter til plejehjemmet Solgaven indgår i eco nøgletal for "Tilbud til Ældre" og ikke som tidligere under "Voksne med særlige behov". Dette skyldes fortrinsvis at indenrigsministeriet har ændret kontoplanen.

Derudover er udgifter til genoptræning en del af nøgletallet for "Tilbud til Ældre", men hører under nøgletal for "Sundhed". Dette skyldes registreringspraksis i Næstved Kommune.

Nedenfor er beregnet niveauet for de oplyste nøgletal med ovenstående bemærkninger.

Oversigt:

Udgiftsbehov korr. For udgiftsbehov, index.	Ifølge ECO nøgletal	Uden Solgaven og udgifter til genoptræning – jf. tidligere konteringspraksis	Såfremt Solgaven henhørte under Voksenområdet, jf. tidligere konteringspraksis
B 20 - Tilbud til ældre	100,2	94,4	
B 20 - Voksne med særlige behov	82,3		85,5

Ældreområdet samlede udgifter er korrigeret med 15,4 mio.kr. vedr. Solgaven og 24,7 mio.kr. vedrørende udgifter til genoptræning. Udgifter til genoptræning vil påvirke nøgletal for Sundhed. Derudover er det vigtigt, at noterer at der tale om budgetnøgletal. Et forventet merforbrug på ældreområdet på 15,0 mio.kr. vil ændre korrigeret nøgletallet fra 94,4 til 96,7.

Bilag 2: Demografisk udvikling på ældreområdet

Konklusion:

- Det er med udgangspunkt i den eksisterende befolkningsprognose for 2019-2029 vurderet/analyseret, hvordan udviklingen vil være på ældreområdet frem til 2029.
- Befolkningsprognosen forventer fra 2020-2029 en markant stigning på 2.767 ældre borgere med en forholdsvis konstant årlig stigning.
- Tidligere lå denne vækst primært fra 65-79 år pga. "efterkrigsbørnene", hvorfor den historiske vækst har været højere med en stigning fra 2011-2020 på 3.861 borgere.
- Den fremtidige vækst forventes primært at ligge på aldersgrupperne fra 80-94 år, så der sker en aldersglidning mod de mere udgiftstunge aldersgrupper.
- Den fremtidige forventede udvikling i Næstved på aldersgrupper svarer også til den forventede udvikling for hele landet. Derfor er der ingen betydende ændringer af Næstveds grundlæggende rammevilkår i forhold til det aktuelle niveau i 2020.
- Andelen af ældrebefolkningen i Næstved udgør aktuelt 1,56% i forhold til hele landet. Det samlede folketal for hele Næstved udgør til sammenligning 1,42%.
- Befolkningsudviklingen i 2019 bør ikke få nogen konsekvens for ældrebefolkningen, når en ny befolkningsprognose udarbejdes senere i år. Den fremlagte prognose er derfor fortsat retvisende.

Sammenligning af faktiske folketal med gældende befolkningsprognose 2019-2029

Alder	Faktisk 1. januar			Prognose 1. januar								
	2011	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
65-79 år	10.821	13.767	13.991	14.203	14.399	14.465	14.564	14.594	14.561	14.516	14.518	14.621
80-84 år	1.743	2.127	2.229	2.325	2.411	2.612	2.741	2.944	3.137	3.384	3.516	3.595
85-89 år	1.038	1.096	1.148	1.145	1.198	1.254	1.344	1.404	1.481	1.545	1.685	1.782
90-94 år	402	459	463	453	458	457	476	484	504	534	562	611
95+ år	116	146	150	136	134	132	126	124	130	133	135	140
I alt	14.120	17.595	17.981	18.262	18.601	18.921	19.250	19.550	19.812	20.112	20.416	20.748
Årlig stigning		(322)	386	281	338	321	329	299	263	299	304	333
9-års interval			3.861									2.767

Ovenstående tabel viser 3 udvalgte års faktiske folketal (2011, 2019 og 2020) samt prognosen for 2021-2029. Tabellen er inddelt i aldersintervaller, der er af interesse for ældreområdet.

Stigningen i 2019 var på 322 personer og stigningen i 2020 på 386 personer, hvilket er over den årlige forventede stigning i prognosen.

Ses der på udviklingen fra 2011-2020, så er stigningen på 3.861 personer, hvorimod stigningen de næste 9 år fra 2020-2029 forventes at udgøre 2.767 personer.

Samlet set vil ældreområdet fortsat opleve en markant stigning i folketallet, men grunden til at den historiske stigning har været større, er at "efterkrigsbørnene" tidligere har forøget gruppen for særligt 65-79 år markant. De efterfølgende generationer er noget mindre, så der

forventes ikke den samme stigningstakt i de 65-79 årige, men til gengæld sker der en markant aldersglidning mod de typisk mere plejekrævende aldersgrupper.

Forventninger til ny befolkningsprognose på baggrund af sidste års udvikling.

Alder	Faktisk	difference Faktisk - prognose	Prognose
	2020	2020	2020
65-79 år	13.991	-3	13.994
80-84 år	2.229	16	2.213
85-89 år	1.148	32	1.116
90-94 år	463	20	443
95+ år	150	11	139
I alt	17.981	76	17.905

Det faktiske folketal 1. januar 2020 er samlet steget 76 personer mere, end hvad der var forventet i prognosen for 2020. Dette er generelt ikke voldsomt, men værd at bemærke at stigningerne faktisk ligger på de ældre aldersgrupper fra 80 år og fremefter, og så bliver ændringerne reelt langt mere betydelige.

For befolkningsprognosen generelt er den aktuelle meget høje vækst i boligudbygningen et meget afgørende parameter. Tidligere var også flygtningene meget afgørende, men ikke længere.

Den meget store byggeaktivitet er til gengæld meget lidt påvirkelig på aldersgrupperne fra 80+ årige, så forklaringen på stigningen i det faktiske folketal skal findes et andet sted.

Udviklingen i antal døde fra 2016-2019

Alder	2016	2017	2018	2019	Difference 2018/2019	gennemsnit 2016-2018	2019	Diff.
65-79 år	317	302	315	291	-24	311	291	-20
80-84 år	121	141	147	123	-24	136	123	-13
85-89 år	130	143	139	113	-26	137	113	-24
90-94 år	99	107	129	86	-43	112	86	-26
95-99+ år	52	61	60	52	-8	58	52	-6
I alt	719	754	790	665	-125	754	665	-89

Den mest logiske forklaring på den uventede stigning i folketallet på i alt 76, skal findes i udviklingen i antallet af døde.

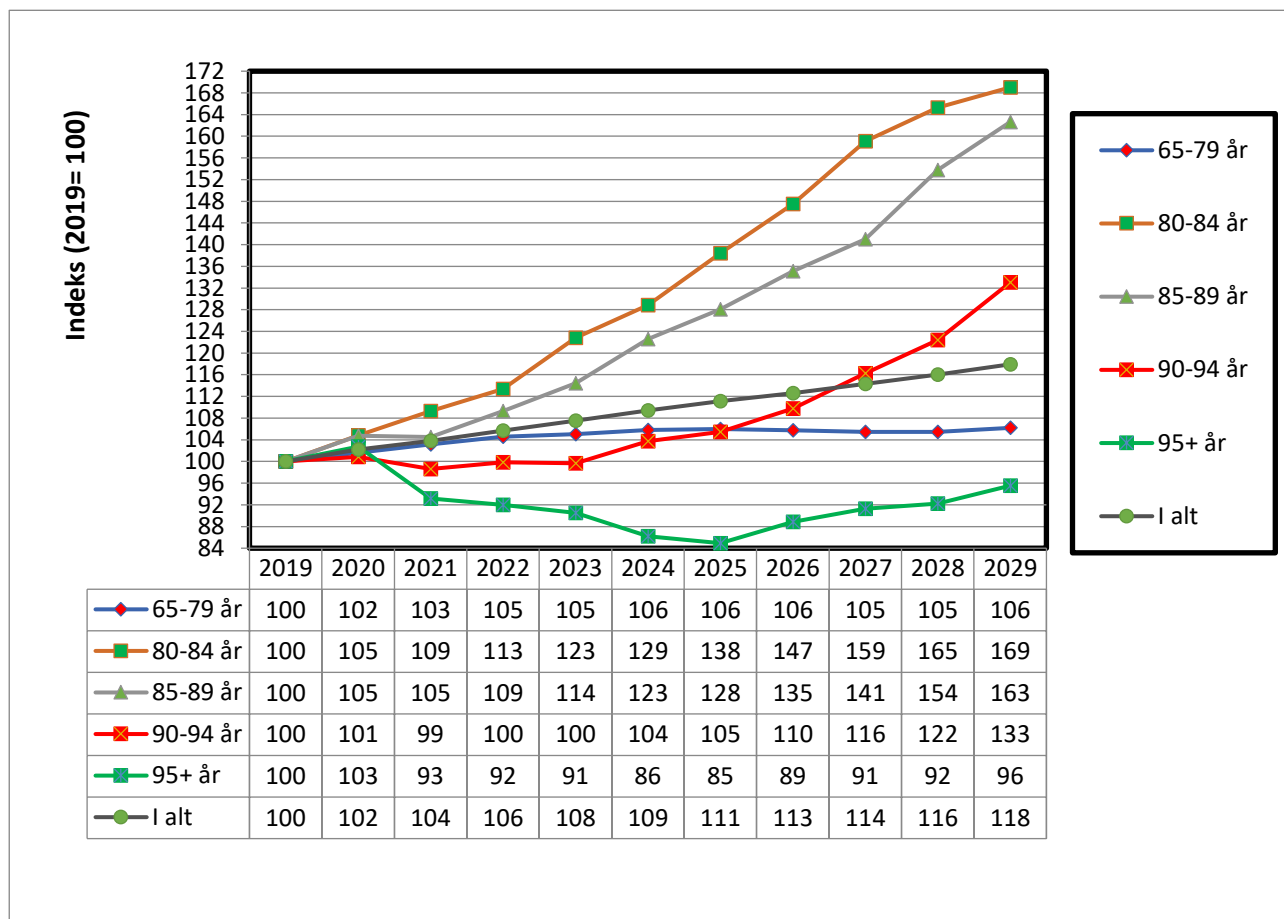
Antallet af døde har over en årrække reelt udviklet sig forholdsvis forudsigeligt, forstået på den måde, at dødshyppigheden har været jævnt faldende svarende til, at levealderen har været jævnt stigende. Når antallet af døde til gengæld samlet har været stigende, så skyldes det, at ældrebefolkningen samtidig er steget markant, og efterhånden også markant i de aldersgrupper, som alt andet lige har en kortere restlevetid.

Udviklingen i antal døde i løbet af 2019 på 665 personer er derfor statistisk set en uforklarlig afvigelse ved sammenligning med tidligere års udvikling, og er 125 personer mindre end året før. Det er samtidig også 89 personer lavere end et vægtet gennemsnit af 2016-2018.

Selv om der endnu ikke foreligger folketal for 2020 for hele landet, så er det ikke en udvikling som er omtalt andre steder. Derfor er det heller ikke udviklingen i antallet af døde i 2019, som forventes indarbejdet i en kommende befolkningsprognose.

Det vil være mere logisk, at det "manglende" antal døde fra 2019, vil udlignes over tid i en ny befolkningsprognose, sådan at det højere folketal i 2020 ikke vil få den store fremadrettede konsekvens i en kommende befolkningsprognose. Dermed også sagt, at den gældende befolkningsprognose fra sidste år stadig vurderes retvisende over tid.

Indekseret aldersudvikling i Næstved fra 2019-2029 (2019= indeks 100)



Gennemsnitligt opleves en konstant stigende ældrebefolkning på ca. 2% årligt.

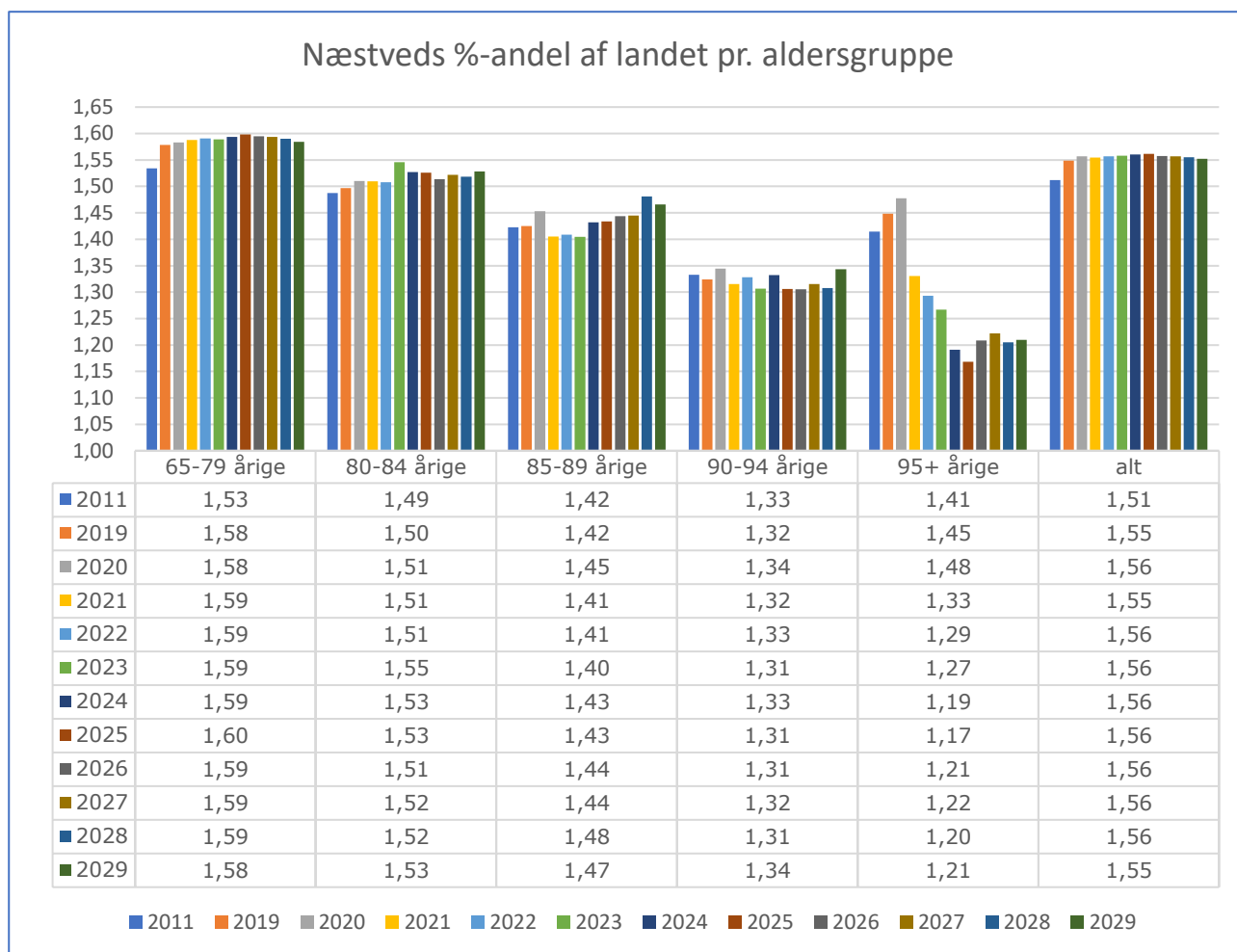
Stigningen opleves mest markant på de ældre aldersgrupperinger særligt fra hhv. 80-84 år og fra 85-89 år, hvor stigninger forventes at udgøre hhv. 69% og 63% frem mod 2029, men også gruppen fra 90-94 år forventes at stige med 33%.

Til gengæld ses ikke længere nogen markant stigning i den langt største aldersgruppe fra 65-79 år, kun samlet 6%, hvilket hænger sammen med de tidligere omtalte "efterkrigsbørn", hvor tilgangen er aftagende.

Vedr. de 95+ årige så forventes der et fald fra det nuværende udgangspunkt. Aldersgruppen er dog fortsat så ubetydelig antalsmæssigt (150 personer), at selv ganske få personer kan skubbe resultatet.

Konklusionen er, at udviklingen fremover vil ligge markant på aldersgrupperne fra 80 år og fremefter, altså på de typisk langt mere plejkrævende aldersgrupper.

Næstveds %-andel af landet pr. aldersgruppe.



Næstveds andel af ældrebefolkningen ligger generelt over gennemsnittet for hele landet.

Aktuelt i 2020 ligger andelen af ældrebefolkningen samlet på 1,56% i forhold til hele landet. Til sammenligning udgør Næstveds samlede antal indbyggere ca. 1,42% af hele landet, så derfor er det nærliggende at antage at ældreudgifterne er udfordret, fordi ældrebefolkningen ligger over landsgennemsnittet.

Historisk har Næstved de sidste 9 år bevæget sig fra et samlet gennemsnit på de 65+ årige i 2011 på 1,51% til 1,56% i 2020. Det forventes at være uændret i prognosen frem til 2029.

Tyngden ligger fremadrettet stadig på de 65-79 årige, men her begynder andelen så småt at falde fra 2025 og frem.

Til gengæld er der et billede af, at Næstveds andele frem til 2029 vil være svagt stigende i de øvrige aldersgrupper fra 80 år og frem til 94 år.

Overordnet set så indikerer befolkningsprognosen altså ingen fremtidige betydende ændringer af Næstveds grundlæggende rammevilkår i forhold til det aktuelle niveau i 2020.

Et teoretisk demografisk udgiftsbehov.

I budgetlægningen for 2020 kan der i tilskud- og udligningsmodellen kun beregnes et teoretisk demografisk udgiftsbehov for Næstved på ca. 97,3% af hele landet vedr. ældrebefolkningen.

Det skyldes, at der er fastlagt et enhedsbeløb/udgiftsbehov, der stiger voldsomt for personer over 85 år. I den aldersgruppe ligger Næstved under landsgennemsnittet med et betalingskommunefolketal på 1,38%.

Sammenregnes de 2 faktorer i 2020 – Næstveds befolkningsandel af 65+ årige og det demografiske udgiftsbehov på 97,3 % ($1,56\% \times 0,973 = 1,52\%$), så svarer den vægtede værdi på 1,52% til et teoretisk demografisk niveau for udgiftsbehovet.

Sagt på en anden måde så ligger tyngden af antal borgere i Næstved væsentligt over langsgennemsnittet i aldersgruppen fra 65-79 år, som har den laveste teoretiske enhedsomkostning/udgiftsbehov. Det betyder, at det samlede teoretiske udgiftsbehov pr. borger kommer under landsgennemsnittet svarende til 97,3%.

Omvendt så trækker den samlede mængde af antal borgere på 1,56% i opadgående retning, og vægter i den sidste ende størst.

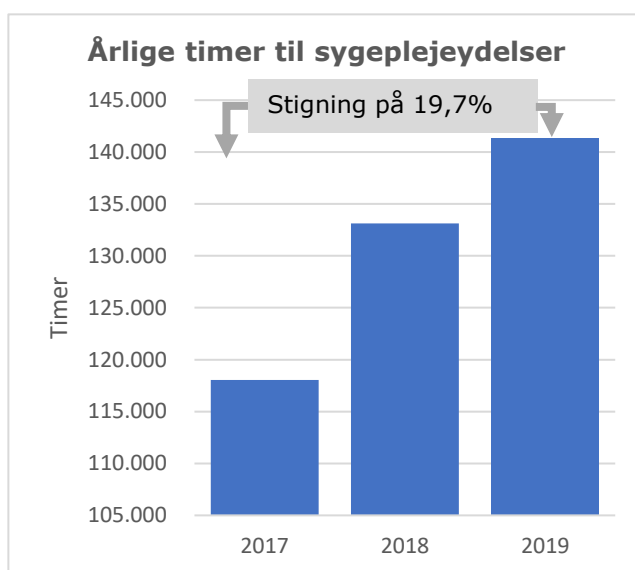
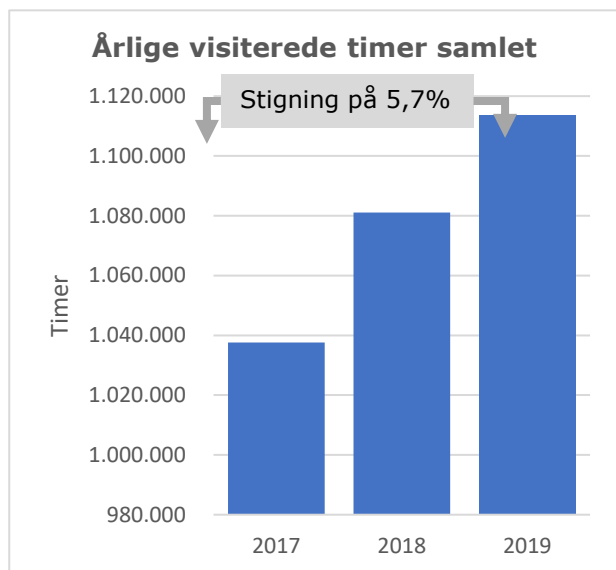
Til sammenligning med vores normale gennemsnit for hele Næstved på 1,42%, så betyder et teoretisk udgiftsbehov på 1,52%, at der kan være en sansynlighed for, at ældreudgifterne kan være udfordret, også i prognoseperioden.

Det skal dog bemærkes, at ældreområdet bliver demografireguleret og på den måde bliver området kompenseret for en del af det højere teoretiske udgiftsbehov (jf. notatet om demografiregulering og sund aldring).

Bilag 3: Betydningen af demografiudviklingen for ældreområdet i Næstved

Stigende pleje- og behandlingstygnde

Både pleje- og behandlingstygnden har været støt stigende på ældreområdet gennem årene. Der har fra 2017 til 2019 været en stigning på 5,7 % i de årlige visiterede timer, som indeholder hjælp til personlig pleje, praktisk hjælp, sygepleje, genoptræning og midlertidige pladser samt rehabilitering.

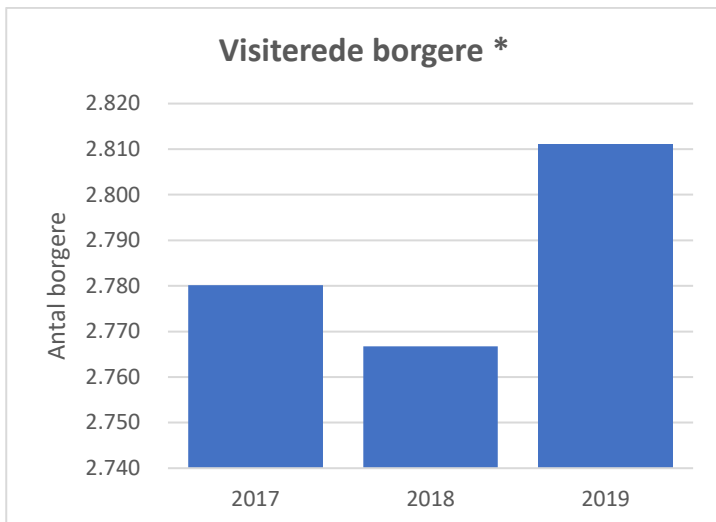


Udvikling i sygeplejeydelser

Særligt visiterede timer til sygepleje er steget meget. Over de seneste 3 år er sygeplejeydelser på ældreområdet i Næstved Kommune således steget fra 118.042 til 141.307 timer om året. Det svarer til en stigning på 19,7%.

Stigning i antallet af visiterede borgere pr uge

Det gennemsnitlige antal borgere, der modtager hjælp om ugen, er ligeledes steget. I 2017 modtog i gennemsnit 2780 borgere hjælp om ugen – i 2019 var tallet 2811. Det højere gennemsnit i 2019 sammenlignet med 2017 og 2018 skyldes, at der i 4. kvartal 2019 var en meget stor stigning i antal visiterede borgere.

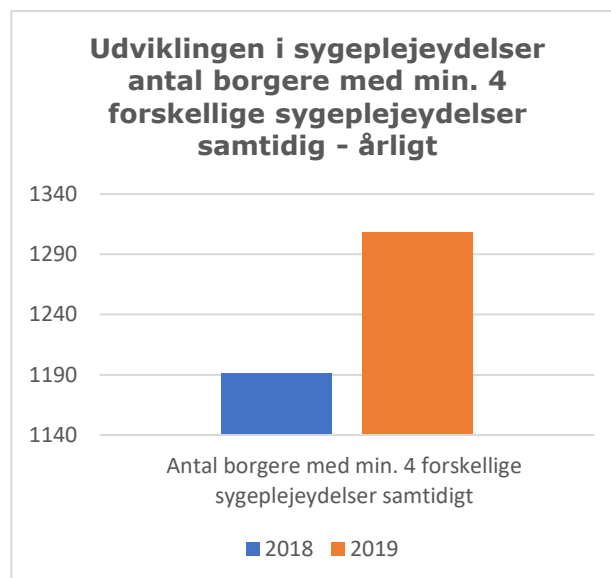
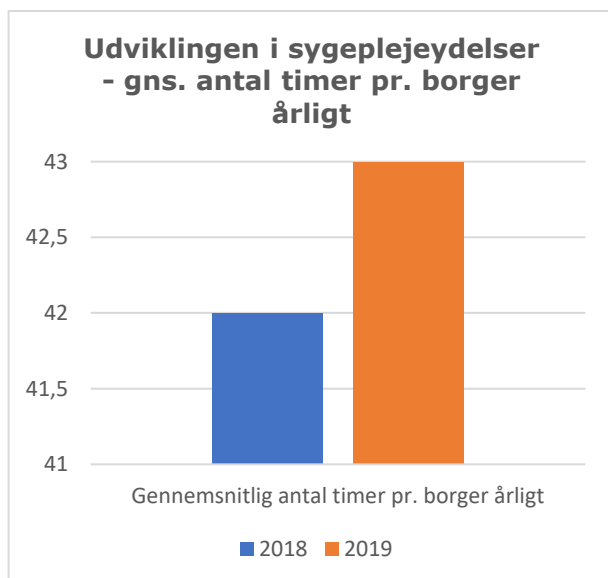


*De visiterede borgere er et udtryk for det gennemsnitlige antal borgere, der modtager hjælp pr. uge. I løbet af et kalenderår vil der være udskiftning i de enkelte borgere pga. dødsfald og nye borgere med behov for hjælp og det samlede antal forskellige borgere, der håndteres i driften er over året derfor højere.

Stigende kompleksitet

Som indikator for den stigende kompleksitet, der opleves på ældreområdet, benyttes bl.a. udviklingen i det gennemsnitlige antal visiterede sygepleje timer pr borger (enkeltsag/unik borger) og udviklingen i antallet af borgere, der får minimum 4 forskellige sygeplejeydelser samtidig.

Herved ses bl.a., at det gennemsnitlige antal visiterede timer til sygepleje er steget med 1 time pr. borger (enkeltsag/unik borger) fra 2018 til 2019 – svarende til 2,10 %. Og at antallet af borgere, der modtager minimum 4 forskellige sygeplejeydelser, er steget med 9,8 % i samme periode.



Den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje handler dog ikke alene om den medicinske kompleksitet (borgernes sygdomme) men i høj grad også om en stigende organisatorisk- og social kompleksitet. Det viser undersøgelse fra VIVE.

Den sociale kompleksitet handler om borgerens livssituation, hvor aspekter som bl.a. *nedsat kognitiv funktion, psykisk sygdom, misbrug og social udsathed* men også *andet sprog eller anden kultur*, kan gøre det sværere for sygeplejerskerne at kommunikere og samarbejde med

borgerne. Borgernes livssituation og graden af social kompleksitet påvirker borgernes evne til egenomsorg, mestring, samarbejde og koordination i egne forløb.

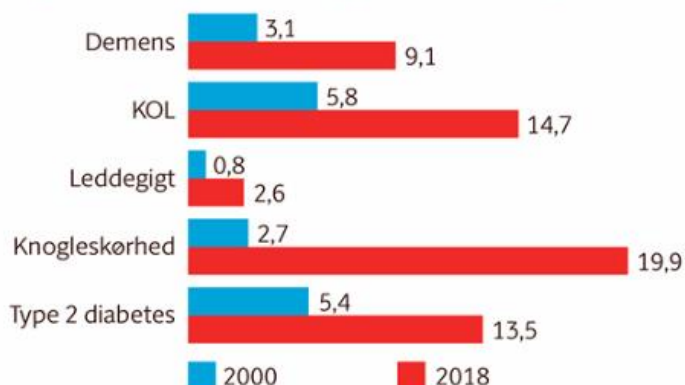
Den organisatoriske kompleksitet handler om (mængden af) *aktører* fordelt på sektorer og faggrupper, om *kontinuitet* både i forhold til patient- og medarbejderrelationer og som følge af klar og præcis overlevering og kommunikation mellem medarbejdere og sektorer. Det handler om *systemer* til dokumentation, planlægning og kommunikation.

Udviklingen i antallet af kronisk syge + multisyge

En KL-analyse fra ultimo 2019 viser, at antallet af 80+årige med enten KOL, demens eller type 2-diabetes er mere end tredoblet fra 2000-2018. I samme periode er antallet af ældre med knogleskørhed næsten nedoblet, så 51.150 eller knap hver femte 80+årige sidste år havde den diagnose.

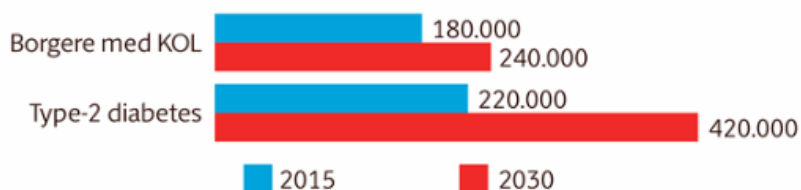
Forekomsten af sygdomme er blandt andet påvirket af, hvor mange nye sygdomstilfælde, der opstår, og hvor længe de syge lever med deres sygdom. Generelt stiger forekomsten af de kroniske sygdomme med alderen - jo ældre vi bliver, jo flere langvarige sygdomme.

Andel af 80+årige med udvalgte kroniske sygdomme, 2000 og 2018 (%)



Kilde: Momentum. Egne beregninger på baggrund af udtræk fra Esundhed.dk - register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser og statistikbanken.dk.

Fremskrivning af samlet antal borgere med KOL og Type-2 diabetes 2015-2023



Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet, 2019.

Bilag 4: KMF og hjælpemidler i forhold til befolkningsprognosen på ældreområdet

Februar 2020

Konklusion

KMF er pt. fastfrosset betalingsmæssigt, så borgernes alder har pt. ikke betydning for udgiften.

På hjælpemiddelområdet er det beregnet og der med sandsynliggjort, at der på primært ortopædiske-, inkontinens-, stomi-, andre- og diabetes hjælpemidler vil være en tilvækst i udgifterne som følge af den forventede befolkningstilvækst af de 65+ årige. Udgiften stiger med ca. 3,2 mio. kr. fra 2019 til 2029. Såvel fald som stigning i udgifterne kan også ske pga. andre parametre end alder.

KMF (Kommunal medfinansiering af sundhedsudgifterne)

Afregningsmodellen for KMF blev i 2018 aldersdifferentieret, dvs. bl.a. ældre borgere over 65 år og specielt over 80 år er blevet dyrere i kommunal medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter.

Pt. er betalingen af KMF dog fastfrosset, så borgernes alder har ikke betydning. Men når der kommer en afklaring på en fremtidig afregningsmodel, må det formodes at det har en betydning for udgiften at antallet af ældre er stigende i Næstved Kommune. Det vurderes ikke at være muligt at sige noget nærmere herom.

Hjælpemidler

Hjælpemiddelområdet består af flere områder, hvor der er foretaget beregninger på de cpr-bogførte områder, så det er muligt at finde ud af hvor store udgifterne på de 65+ årige er.

Der er i beregningerne bl.a. benyttet forudsætninger som, at den andel af befolkningen der i 2019 gør brug af hjælpemidlet, antages at kunne videreføres på befolkningstilvæksten. Og udgiften er beregnet som gennemsnitlig pr. borger i aldersgruppen i 2019 multipliceret med den beregnede andel af befolkningstilvæksten der forventes at gøre brug af hjælpemidlet.

De områder der har vist sig at fylde noget, når man beregner på den forventede befolkningstilvækst på ældreområdet frem til 2029, er opstillet nedenfor.

Hjælpemidler - beregnet tilvækst i udgifter i forhold til år 2019:

	2019-2020	2019-2021	2019-2022	2019-2023	2019-2024	2019-2025	2019-2026	2019-2027	2019-2028	2019-2029
Ortopædiske hjælpemidler	41.641	93.285	142.585	192.801	238.786	285.792	333.689	385.412	434.224	487.250
Inkontinenshjælpemidler	33.617	100.161	165.685	243.494	333.686	417.412	515.849	626.844	742.971	857.440
Stomihjælpemidler	108.770	240.200	367.299	508.820	653.755	791.761	921.900	1.070.040	1.220.344	1.360.426
Andre hjælpemidler	16.073	39.137	62.472	85.949	114.137	138.025	163.542	191.434	224.408	257.167
Diabetes hjælpemidler	25.962	54.270	80.951	104.664	128.252	149.524	167.063	186.689	206.438	229.650
	226.064	527.053	818.993	1.135.728	1.468.616	1.782.514	2.102.043	2.460.419	2.828.384	3.191.932

Dvs. som følge af befolkningstilvæksten er der beregnet, og der med sandsynliggjort, en stigning i udgifterne med i alt ca. 3,2 mio. kr. fra 2019 til 2029.

Det er vigtigt at sige, at stigning eller fald i udgifterne lige så godt kan ske pga. andre parametre end alder f.eks. kan udvikling i hvad der er muligt at udføre af sundhedsydelser på sygehusene øge behovet for hjælpemidler, eller nye udbud på hjælpemiddelområdet kan få udgifterne til at stige eller falde.

Det kan bemærkes, at budgettet til stomi hjælpemidler er øget fra 2020, dvs. hvis det "kun" er tilvækst af ældre borgere der påvirker udgifterne, vil budgettet til stomi hjælpemidler kunne holde til og med 2029, men da andre parametre også påvirker udgifterne vil der stadig være stor fokus på udgiftens udvikling.

Bilag 5: Demografiudvikling og "Sund aldring"

Indledning

Levealderen og tilgangen af ældre stiger i årene frem og samtidig forventes det, at befolkningen har flere år uden langvarig og belastende sygdom – det kaldes "sund aldring". Vi lever altså længere, samtidig med vi har flere raske år. Derfor er det ikke nok at se på tilgangen af ældre for at beregne de fremtidige sundhedsudgifter, men også at inddrage deres sundhedstilstand. Når sund aldring medtages i beregningerne for behov for hjælp og pleje, vil det betyde, at sundsudgifterne forskubbes, da det er i de sidste leveår, at udgifterne er højest.

I dette bilag opsummeres input og konklusioner fra forskellige rapporter om sund aldring og fremtidens udgifter til sundhedssektoren. Dette relateres også til den konkrete virkelighed i Næstved Kommune.

Opsamling

I demografiberegningen på ældreområdet i Næstved Kommune medregnes forventningen om "Sund aldring", idet der fremskrives med lavere plejetyngde på aldersgrupperne op til 90 år. Det vil sige, at det antages at f.eks. en 68-årig om 5 år, ikke har brug for den samme pleje som en 68-årig i dag. De er mere raske om 5 år end i dag, sund aldring. Der er dog ikke evidens for, at "Sund aldring" vil mindske udgifterne på ældreområdet, selv om levealderen stiger og behandlingsmulighederne forbedres. Flere livsstilssygdomme og kompleksiteten i sygdomsforløbene kan modsvare "Sund aldring".

Det Økonomiske Råd og KORA's "Fem megatrends, der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen" peger i højere grad på, at "år-til-død" bør medtages som en væsentlig faktor. Dette fordi, udviklingen i sundhedsudgifterne ikke alene er afhængig af levealder, men også af afstand til død. Omvendt siger Sundhedsstyrelsen ud fra ældreprofilen fra 2017, at effekten af sund aldring ikke er tydelig, og KLK vurderede i 2015, at effekten af sund aldring i Næstved Kommune var ca. 10% lavere end på landsplan.

Når levealderen stiger, vil der i hver aldersgruppe være en højere overlevelse, end det er tilfældet i dag. Det vil betyde færre sundhedsudgifter for de tidlige aldersgrupper mens de høje aldersgrupper vil få flere udgifter. Opgørelser viser at det særligt er kommunerne der har store sundhedsudgifter i de sidste år af borgernes levetid

De Økonomiske Råd – efterår 2019

I det følgende tages der udgangspunkt i konklusioner fra "De Økonomiske Råd – efterår 2019".

Sundhedsudgifterne vokser kraftigt med alderen efter 60-årsalderen. Det skyldes, at der for de ældre er større udgifter til sygehusindlæggelser samt udgifter til plejehjems- og plejeboliger.

I de kommende år stiger antallet af ældre. Det skyldes dels, at levealderen stiger, dels at tilgangen af de store fødselsårgange øges. Stigningen i antallet af ældre vil trække i retning af øgede sundhedsudgifter, da der er sammenhæng mellem de gennemsnitlige sundhedsudgifter pr. borger og borgernes alder. Et andet væsentligt parameter er, hvordan helbredstilstanden udvikler sig. Når levealderen stiger, er det sandsynligt, at de ældre lever i flere år uden helbredsproblemer, og at de høje sundhedsudgifter derfor først kommer i en senere alder.

En sådan "sund aldring" vil derfor virke dæmpende på den forventede stigning i sundhedsudgifterne. Omvendt er der en klar sammenhæng mellem tiden til død og de individfordelte sundhedsudgifter. Når levetiden stiger, vil det generelt øge det gennemsnitlige

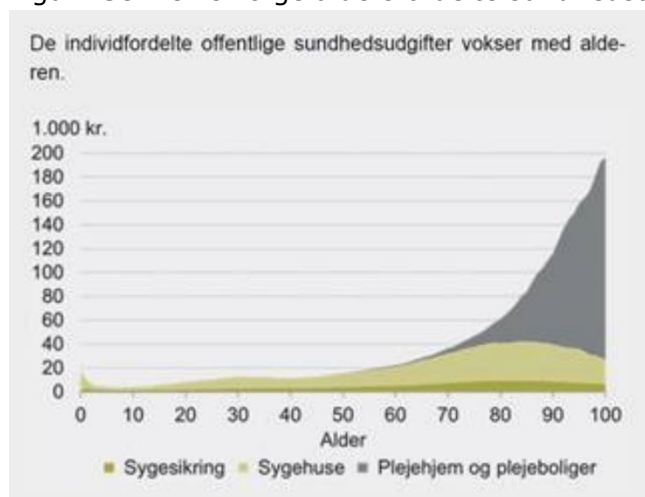
antal år til død blandt de ældre, hvilket trækker i retning af at reducere de gennemsnitlige sundhedsomkostninger på det givne alderstrin. Det vil sige, at udgifterne bliver mindre, fordi en større andel af de ældre tilhører de mindre udgiftstunge "år til død"- grupper.

Ved at inddrage betydningen af tid til død for de individfordelte sundhedsudgifter indbygges der et element af sund aldring i forventningen til udgifterne. Forventningen viser således, at de gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter gradvist forventes at falde for de ældre i løbet af de næste 100 år.

De Økonomiske Råd konkluderer derved, at selv om levealderen stiger, betyder det ikke nødvendigvis, at sundhedsudgifterne stiger tilsvarende, når "År-til-død" medtages.

Fordelingen af sundhedsudgifter mellem sektorerne vises også i De Økonomiske Råds rapport, og her er det tydeligt, at det i de sidste leveår særligt er kommunerne, der bærer den store del af udgifterne.

Figur: Gennemsnitlige aldersfordelte sundhedsudgifter¹



Sund aldring

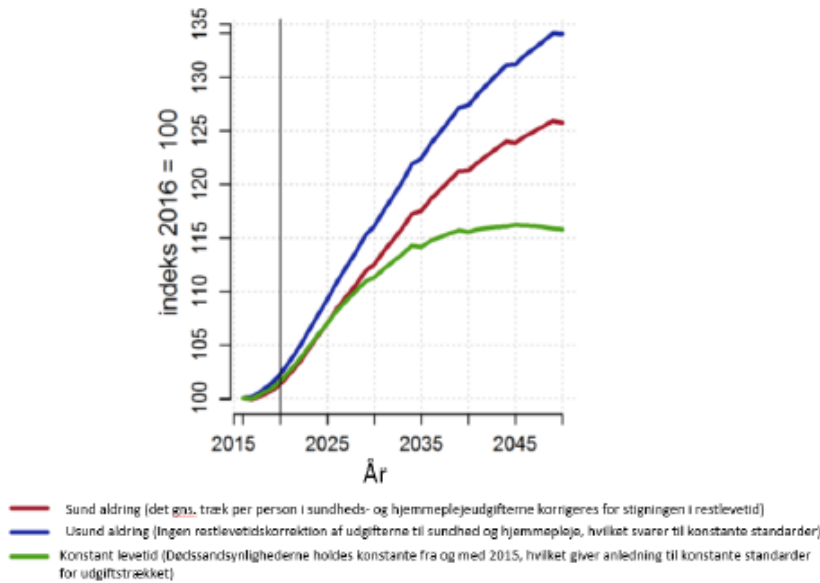
Sund aldring bygger på en forventning om, at borgerne lever længere og har flere sunde leveår. I det følgende gives der forskellige perspektiver på sund aldring ud fra forskellige rapporter – både generelt og konkret for Næstved Kommune.

KORAs rapport "Fem Megatrends, der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen"² peger på, at selvom der i den nærmeste fremtid vil komme flere og flere ældre (primært pga. "baby-boom"-generationens størrelse, "sund aldring" samt længere levetid pga. forbedrede behandlingsmuligheder), kan man ikke blot gange de nuværende aldersafhængige sundhedsomkostninger ind i det forventede antal ældre borgere, idet dette vil overvurdere sundhedsudgifterne. Årsagen er, at "sund aldring" medfører, at der dels er færre ældre, der dør i en tidlig alder, dels at der er flere ældre, der lever sundere, og derfor ikke belaster sundhedsudgifterne nær så voldsomt i den tidlige alderdom som tidligere generationer. I figur 2.3 fra rapporten vises forskellen i fremskrivningen af sundhedsudgifter afhængigt af, om man indregner sund aldring eller ej:

¹ Dansk Økonomi Efterår 2019, De Økonomiske Råds rapport, 2019, kap 2 s. 111

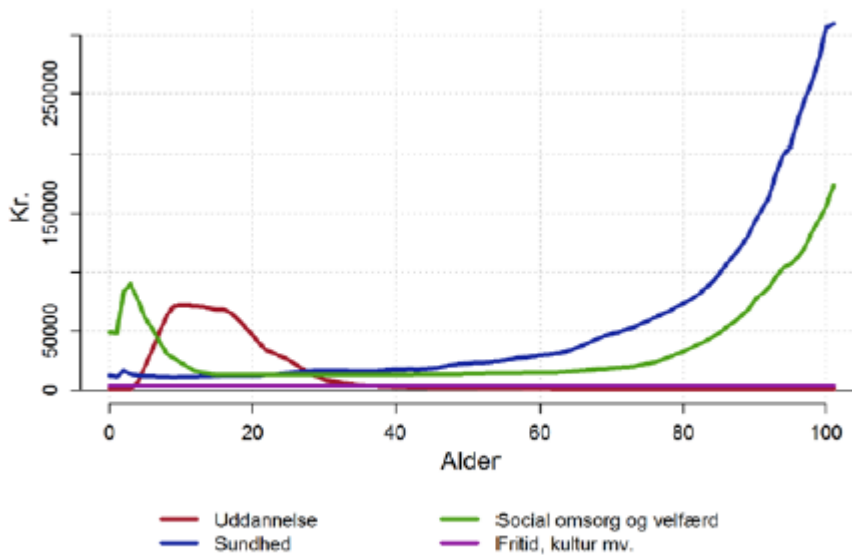
² KORA, 2017, Betina Højgaard og Jakob Kjellberg, *Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen*

Figur 2.3 Demografiske effekters betydning for sundhedsudgifterne ved tre forskellige eksperimenter på DREAM data i forhold til antagelse om konstant levetid, sund- og usund aldring



Udover at den stigende levetid generelt vil medføre flere behandlingskrævende leveår, peger rapporten på, at det især er terminale udgifter, der belaster sundhedsudgifterne. Dvs. at sundhedsudgifterne ikke alene afhænger af alder, men også af afstand til død (se figur 2.2, fra rapporten).

Figur 2.2 Gennemsnitlige aldersfordelte udgifter til individuel offentlig service, 2011



Note: Grafen er baseret på DREAM's egne beregninger på registerdata 2012 og Nationalregnskabet 2011.

Kilde: (6).

Rapporten nævner dog også to engelsksprogede studier (USA + UK), der peger på, at når sundhedsudgifterne stiger, kan det også skyldes, at efterkrigsgenerationen ikke nødvendigvis er sundere end tidligere generationer – snarere tværtimod. Årsagen hertil er, at velstandsforbedringerne har medført flere livsstilrelaterede sygdomme. Herudover siger de to studier også, at sundhedsudgifterne stiger fordi efterkrigstidsgenerationen har højere

forventninger til deres alderdom og deres sundhedstilstand, der gør, at de er mere opmærksomme på deres rettigheder/muligheder ift. tidligere generationer.

Rapporten konkluderer derfor:

- Det stigende antal ældre vil øge presset på sundhedsvæsenet
- De stigende sundhedsudgifter kan i stor udstrækning tilskrives høje udgifter i de sidste leveår
- Den stigende levetid vil medføre flere behandlingskrævende leveår og
- At de stigende sundhedsudgifters størrelse vil afhænge af tre faktorer:
- "Sund aldring"
- Den teknologiske udvikling i diagnostik og behandling
- De ældres forventninger til sundhedsvæsenet og livet som ældre

Et konkret eksempel på sund aldring kan ses i VIVEs rapport fra 2019³. Her undersøges blandt andet udviklingen i funktionsnedsættelse i forhold til hverdagsopgaver⁴. Fra 2007 til 2017 ses et markant fald i andelen af ældre, der har to eller flere funktionsnedsættelser, hvilket kan aflæses i nedenstående tabel.

Tabel 3.2 Ældre (67-87 år) fordelt efter funktionsnedsættelse. Funktionsnedsættelsesindeks. 2007 og 2017.

	2007	2017
	Procent	
Ingen funktionsnedsættelse	80,15	85,26***
Én funktionsnedsættelse	10,78	10,19
To eller flere funktionsnedsættelser	9,08	4,56***
I alt	100	100
N	4.176	5.222

Note: Der er lavet t-test, som måler udviklingen over tid: * < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001. Tallene er baseret på alle ældre (67-87 år). Spørgsmålet lød: "Hvordan klarer De følgende opgaver: Har De normalt besvær med [svarkategori]? Opgørelsen over funktionsnedsatte viser andelen, der svarer "kan ikke uden hjælp". Funktionsnedsættelsesindekset er lavet på baggrund af dette, hvor der tælles, hvor mange opgaver der ikke kan udføres uden hjælp.

Kilde: Ældredatabasen 2007 og 2017.

Omvendt viser Sundhedsstyrelsens rapport fra 2019, "Ældres sundhed og trivsel", som er lavet ud fra sundhedsprofilen fra 2017, at ældres helbred ikke er blevet bedre. Én af konklusionerne fra Sundhedsstyrelsen er, at: *"dykker man ned i tallene i den nye ældreprofil viser den, at det ikke er gået fremad med ældres helbred fra 2010-2017. Selvom middellevetiden stiger, ser det ud til, at der ikke har været udvikling i ældres funktionsniveau samt fysiske og psykiske helbred. Derfor er det vigtigt at have fokus på kvaliteten af de ekstra leveår."*⁵ Effekten af sund aldring ser ifølge ældreprofilen således ud til at have mindre betydning for fremtidens udgifter til ældre, da de ældre fra 2010 til 2017 ikke er blevet bedre fysisk og psykisk.

³ VIVE, 2019: Hjælp til svage ældre

⁴ For at afdække funktionsnedsættelse spørges til følgende: Har du normalt besvær med: 1. At klippe tånegle? 2. At gå på trapper? 3. At gå udendørs? 4. At gå omkring i hjemmet? 5. At vaske dig/gå i bad? 6. At tage tøj eller sko af og på? 7. At købe ind/bære varer hjem?

⁵ Pressemeddelelse fra Sundhedsstyrelsen, 27. januar 2019

Sund aldring i Næstved Kommune

I 2015 udarbejdede KLK en rapport vedr. plejeboligbehov⁶, hvori der plejeboligbehovet fremskrives ud fra en vurdering af helbredstilstanden blandt borgerne ud fra Sundhedsprofilen for Næstved Kommune.

Konklusionen i KLKs rapport er følgende: *Der er med udgangspunkt i modellen lavet en overordnet vurdering af det fremtidige plejeboligbehov i Næstved Kommune. Som anført er den væsentligste indikator befolkningens helbredstilstand, der er forsøgt forudsagt på baggrund af internationale studier. Ses der specifikt på Næstved Kommunes befolkning, har borgernes sundhedsadfærd en vis negativ påvirkning af den forventede helbredstilstand.*

Gennem samvejning af de forhold, der tyder på bedre hhv. ringere sundhedstilstand i Næstved samt det lavere uddannelsesniveau i kommunen, ses en overvægt af de negative forhold. Samvejningen af faktorerne leder til det skøn, at der i Næstved Kommune vil være en udvikling i antallet af raske leveår på ca. 10 % mindre end på landsplan. Denne vurdering er foretaget i samarbejde med Næstved Kommune, og er indarbejdet i de efterfølgende beregninger.

Effekten af sund aldring i Næstved Kommune er derfor vurderet 10% lavere end landsgennemsnittet.

Som skitseret i ovenstående gennemgang af forskellige rapporter og konklusioner, er sund aldring en faktor, der kan fortolkes på mange måder, og der er derfor ikke ét rigtigt svar på, hvordan sund aldring skal indgå i demografireguleringen i budgetlægningen.

Demografiregulering på Ældreområdet i Næstved Kommune

I dette afsnit tages der udgangspunkt i de gældende beregningsprincipper i Næstved Kommunes egen demografiberegning. Der udarbejdes hvert år i forbindelse med budgetlægningen demografi på ældreområdet. Der reguleres alene for variable udgifter i beregningen. Modellen beregner kun udgifterne til ældreområdet, og derved ikke de generelle sundhedsudgifter.

Gældende beregningsprincipper

Demografiberegning på ældreområdet

Ældreområdet er blevet demografireguleret siden kommunalreformen. Der er i den nuværende demografiregulering taget udgangspunkt i undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed, der konkluderer, at den forventede levetid uden sygdom er steget markant fra 1994 til 2005.

*"Ældre lever længere uden langvarig og belastende sygdom. Konklusionen er lavet efter en undersøgelse, som er baseret på Statens Instituttet for Folkesundheds nationalt repræsentative sundheds- og syglighedsundersøgelser fra 1994, 2000 og 2005, hvor interviewpersonerne blev spurgt om langvarig sygdom, og om sygdom var hæmmende i arbejdet eller dagligdagen"*⁷

Modellen tager udgangspunkt i befolkningssammensætningen i udvalgte aldersgrupper, gennemsnitligt antal visiterede (sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp) timer i

⁶ KLK, 2015: Næstved Kommune Fremskrivninger på plejeboligområdet

⁷ SDU, Statens Institut for Folkesundhed, uge 21 2009, Ældre lever længere uden langvarig og belastende sygdom: https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/21_2009

ældreplejen i tidligere år i disse grupper, vedtaget serviceniveau samt omkostning til levering af en times hjælp i ældreplejen.

Visiterede timer i demografiberegningen

Det sidst kendte vedtagne budget (vedtagne serviceniveau) fordeles på de enkelte aldersgrupper. Fordelingen sker efter visiterede timer i sidst kendte regnskabsår opgjort pr. aldersgruppe. Det forudsættes at pleje pr. aldersgruppe, også i budgetåret, vil fordele sig som i det realiserede regnskabsår. Der er afsat budget svarende til ca. 1.000.000 timer. Der fremskrives således på ca. 1.000.000 timer fordelt på alle aldersgrupper.

Befolkningstal i demografiberegningen

Udgangspunktet er befolkningen opgjort pr. 1. januar. Forventet befolkningstal tages fra den senest kendte befolkningsprognose.

Plejetyngde/gennemsnitligt antal visiterede timer

Plejetyngden er et udtryk for, hvor mange timer der gennemsnitlig leveres pr. borger i de enkelte aldersgrupper. Plejetyngden beregnes ved, at antal visiterede timer divideres med antal borgere i den udvalgte aldersgruppe. Med andre ord udtrykker plejetyngde det behov for pleje én borger i en given alder har ud fra en gennemsnitbetragtning. Tabellen nedenfor viser plejebehovet pr. aldersgruppe.

Gennemsnitlig pleje pr. uge	0,04	0,29	0,58	1,23	1,89	1,67	1,81	2,77	2,79	3,18	4,67	5,11	5,34	4,79
Alder	0-67	68	69-79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90

Gennemsnitlig pleje pr. uge	6,49	6,59	6,77	6,90	6,66	12,39	9,92	10,36	12,16
Alder	91	92	93	94	95	96	97	98	99+

Plejebehovet stiger med aldrene især efter de 80 år. Udgifterne vil derfor stige i takt med at tilgangen stiger.

Omkostning pr. time

Her anvendes den budgetterede timepris året før budgetvedtagelsen fremskrevet med pris og lønfremskrivningen. Den anvendte timepris udgør 409,67 kr. pr. time. (2019 - niveau)

Fremskrivning

Der fremskrives på følgende aldersgrupper og intervaller: 0 -67-årige, 68-årige, 69-79-årige, og derefter på alle aldersgrupper op til 99+ årige.

På baggrund af forventning om længere levetid og "sund aldring" forudsættes det, at hver årgang, få forbedret deres sundhedstilstand og dermed har mindre behov for plejetimer.

I tabellen nedenfor vises et eksempel på hvordan demografimodellen tager højde for "sund aldring" for årgangen af 69-årige. Denne metode anvendes på alle aldersgrupper i demografiberegningen. I 2021 har 1 ud af 4 borgere *ikke* brug for hjælp, mens i 2023 har 3 ud af 4 borgere *ikke* brug for hjælp.

Eksempel på sund aldring		2020	2021	2022	2023
Forventede antal 69-årige		976	1027	1035	1004
<i>Andel af 68-årig pga. sund aldring ikke har brug for hjælp</i>		733	765	518	164
<i>Andel af årgang der pga sund aldring forventes ikke at have brug for hjælp</i>					
1/4 af årgangen 69-årige i år ⁸	2020	243			
1/4 af årgangen 69-årige i år	2021		262		
2/4 af årgangen 69-årige i år	2022			517	
3/4 af årgangen 69-årige i år	2023				840

For hver årgang nedskrives antallet af borgerne der har brug for pleje, for alle aldersgrupper op til 89 år. Derefter forventes ingen sund aldring.

Øvrige bemærkninger

Udgangspunktet for den samme plejetyngde pr. aldersgruppe er foretaget som et skøn.

Der tages ikke højde for, om omkostningen pr. time i ældreplejen evt. vil ændres i overslagsårene, som følge af f.eks. mangel på arbejdskraft, ændring af sygefravær, forbedret/forringet planlægning af ruter, etc. Demografireguleringen tager hensyn til stigende sundhed/levetid og det forudsættes, at plejetyngden er udtryk for at det antal ældre der har modtaget hjælp i det foregående år, forholdsmæssigt forsætter og følger den stigende levealder.

Konklusion

Gennemgangen af sund aldring og fremskrivning viser, at der ikke findes én model til at fremskrive udgifterne på ældreområdet. En direkte lineær fremskrivning vil sandsynligvis føre til at der overbudgetteres, men omvendt er sund aldring og tid til død faktorer, som kan tilskrives forskellig effekt.

Flere rapporter betoner vigtigheden af at medtage tid til død i de parametre, der skal estimere sundhedsudgifterne i takt med, at levealderen stiger. Udviklingen i sundhedsudgifterne er nemlig ikke alene afhæng af levealder, men i høj grad også af tid til død. Det er især i de sidste leveår, sundhedsudgifterne er højest, og udgifterne i de år påhviler særligt kommunerne. Det er et opmærksomhedspunkt, at flere rapporter tager udgangspunkt i de samlede nationale sundhedsudgifter og ikke kun de kommunale udgifter til ældreplejen.

Flere rapporter peger på, at stigningen i livstilssygdomme og kronisk sygdom trækker i en negative retning i forhold til effekten af sund aldring. Der er derved flere faktorer, der peger i retning af stigende sundhedsudgifter, mens andre peger i retning af, at de bliver mindre end forventet. Fælles for rapporterne er, at de konkluderer, at når levealderen stiger, vil udgifterne forskubbes i årene fremover på grund af effekten af sund aldring.

I Næstved Kommunes egen demografimodel på ældreområdet, tages der højde for "sund aldring" ved at medregne en forventning om, at befolkningen bliver et år bedre hvert år for aldersgrupperne op til 90 år. Modellen tager ikke højde for tid til død, og det kan diskuteres, om den positive effekt af sund aldring er lige så markant, når der ses isoleret på de kommunale udgifter til ældreplejen og ikke de samlede nationale sundhedsudgifter.

⁸ *2020 er udgangsåret for beregningen af demografiregulering i 2021. Derfor er der lagt samme andel ind, ellers vil andelen for 2021 blive højere.

Det kan overvejes, om demografimodellen på ældreområdet skal justeres, så den fremadrettet fx medtager flere parametre end i dag. I dag regnes der på det samlede antal visiterede timer (sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp). Det kan overvejes, om der skal beregnes demografi særskilt på de 3 ydelser, da fordeling af timerne forskydes over tid/med alderen. Især med ændringerne i det nære sundhedsvæsen og kompleksiteten i plejen, er der en større tilgang til sygeplejeydelser og lavere tilgang til praktisk hjælp. Denne tendens forventes at fortsætte årene frem.

Bilag 6: Sveriges-modellen

Erfaringer fra svenske og danske data tyder på, at der er både menneskelige og økonomiske potentialer i at understøtte ældre i at blive i eget hjem længst muligt⁹. I Sverige blev det konstateret, at beboerne på de kommunale plejehjem boede der længere og længere. Derved gik ledelsen i gang med at understøtte borgerne i alt blive i eget hjem i lidt længere tid¹⁰. Formålet var både at støtte den ældre i deres ønskede livssituation, og også at vende et økonomisk merforbrug og derved sikre budgetoverholdelse. Over 3 år flyttede kommunen cirka 10.000 kr. pr. borger over 80 år fra plejeboliger til pleje i eget hjem. En del af modellen har været at løsne rammerne, så indsatsen til den enkelte ældre bedre kan reguleres op og ned. Medarbejdere vurderer, at tilgangen påvirker den ældres livssituation på både kort og langsiget. Ændringen afhænger af tre forudsætninger:

- Viden om hvordan forholdene ser ud i egen kommune.
- Revideret tildelingsmodel så visitationen kan sikre den bedst mulig ressourceanvendelse på tværs af tilbud.
- Politisk mod til at give frie tøjler til forvaltningen og de involverede medarbejdergrupper.

Fremtidens behov for plejeboliger

For at vurdere fremtidens behov for plejeboliger, er det væsentligt at skabe viden omkring de aktuelle beboere i kommunens plejeboliger¹¹. For eksempel hvor længe borgeren har modtaget hjælp i eget hjem før visitationen til plejebolig, og hvor meget hjælp de modtog i hjemmet forud for visitationen. I runde tal svarer udgifterne til en plejebolig til 15 timers visiterede hjælp i hjemmet. Der kan være gode grunde til, at mange borgere ikke modtager hjælp i hjemmet forud for visitation til en plejebolig. Pludselig sygdom, en ægtefælles død eller anden akut acceleration af borgerens udfordringer medfører et behov for en plejebolig uden nogen væsentlig forudgående hjælp.

Beboere på plejecentre i Næstved kommune

For at undersøge hvor mange visiterede timer borgere i Næstved kommune modtager, inden de visiteres til en plejebolig, er der undersøgt 331 beboer¹².

Ud af disse modtog 65% (215 borgere) mere end 15 ugentlige visiterede timer, inden de blev anvist en plejebolig. 4,2% (14 borgere) modtog inden hjælp inden visitationen. Det er ikke undersøgt, hvilke årsager der ligger til grund for de manglende visiterede timer inden overgangen til plejebolig (pludselig sygdom, ægtefælles død mm.) I alt er der 35%, der har mindre end 15 ugentlige visiterede timer inden plejebolig.

⁹ Kan ældreplejen målrettes? Økonomisk perspektiv/Danske kommuner no. 13/2019

¹⁰ Kan ældreplejen målrettes? Økonomisk perspektiv/Danske kommuner no. 13/2019

¹¹ Hvad ved vi om beboerne i plejeboliger? Økonomisk perspektiv/Danske kommuner no. 19/2019

¹² Nexus – Borgere der modtager personlig pleje, praktisk hjælp, sygepleje, rehabilitering, genoptræning og midlertidig bolig inden for de sidste 2 år.

	Borgere	Gns. antal visiterede timer pr. uge ved anvisning til bolig	Borger uden visiteret timer	Borger uden visiteret timer i %	Borgere mere end 15 ugentlige visiteret timer	Borgere mere end 15 ugentlige visiteret timer i %	Borgere mindre end 15 ugentlige visiterede timer, og mere end 0 timer	Borgere mindre end 15 ugentlige visiterede timer
Plejebolig - Almen	190	23,26	6	3,2%	120	63,2%	64	33,7%
Plejebolig - Skærmet	141	22,45	8	5,7%	95	67,4%	38	27,0%
I alt	331	22,91	14	4,2%	215	65,0%	102	30,8%

For at beregne hvilket provenu, der kan opnås ved at lade borgeren bo i eget hjem frem for et plejecenter, er der opstillet en beregning på de borgere, der modtager mellem 1 ugentlig visiterede time og 15 ugentlige timer i 4 uger før, de flytter på et plejecenter. Det antages, at en plejehjemsbeboer i gennemsnit modtager 15 timers pleje¹³.

Grundvisitationen til plejecenter udgør i Næstved Kommune ca. 15 timer / uge; men hertil skal lægges timer til sygeplejeydelser og ekstra og særligt komplekse behov, som der nødvendigvis skal visiteres ekstra hjælp til ud fra en konkret og individuel vurdering. Dette sker i henhold til det politisk besluttede serviceniveau.

Prisen for en visiterede time koster 420 kr. (2020 priser).

Beregning grundlag

	Borgere med mindre end 15 timer og mere end 0 timer	Gns timer for borger mindre end 15 timer og mere end 0 timer	Borger med mindre end 50 timer og mere end 15 timer	Gns timer for borgere med mindre ned 50 timer og mere end 15 timer
Plejebolig - Almen	64		113	
Plejebolig - Skærmet	38		89	
I alt	102	8,23	202	28,56

Det skal pointeres, at nedenstående er teoretiske beregninger, hvor resultaterne IKKE kan overføres direkte til praksis.

Beregningerne tjener udelukkende det formål teoretisk og overordnet at vurdere den visitationspraksis, vi har i Næstved, holdt op imod den såkaldte "Sveriges-model".

Endeligt skal det bemærkes, at tallene dækker over en 2-årig periode.

Scenarie 1: Borgere der modtager mere end 0 og mindre end 15 ugentligt timer i eget hjem

Antagelse: Borgerne skal modtage mere end 0 og mindre end 15 ugentlige timer i 4 uger inden de flytter på et plejecenter. Borgere med 0 timer pr. uge er valgt fra, da det må antages, at der er særlige omstændigheder som bl.a. pludselig sygdom og længere varende sygehusindlæggelser, der ligger forud. Prisen for en time er 420 kr.

¹³ Kan ældreplejen målrettes" Økonomisk perspektiv/Danske kommuner no. 13/2019

I det første scenarie tages der udgangspunkt i de borgere, der har mellem 1 og 15 timers hjælp i eget hjem pr. uge, inden de flytter på plejehjem. Der er i alt 102 borgere med en gennemsnitlig visitering pr. uge på 8,23 timer.

102 borgere med 8,23 timer pr. uge i 4 uger i eget hjem koster: 1.410.260 kr.

102 borgere med 15 timer pr. uge Plejecenter i 4 uger koster: 2.570.400 kr.

Alt andet lige vil det koste 1.160.140 kr. mindre at beholde borgeren i eget hjem til samme visiteringen (gennemsnitlig 8,23 time) end ved, at de modtager 15 timer på et plejehjem.

Scenarie 2. – Borgere der modtager mere end 15 og mindre end 50 timer i eget hjem

Antagelse: Borgerne vil gå fra en visitering på mere end 15 og mindre end 50 timer i eget hjem, til en visitering på 15 timer ved at flytte på plejehjem. Borgere med mere end 50 timer pr. uge er valgt fra, da det må antages, at deres behov ikke kan nedsættes til 15 timer på et plejecenter.

I det følgende scenarie tages der udgangspunkt i de borgere, der har mellem 15 og 50 timers hjælp i eget hjem pr. uge, inden de flytter på plejehjem. Der er i alt 202 borgere med en gennemsnitlig visitering pr. uge på 28,56 time.

202 borgere med 28,56 timer pr. uge i 4 uger i eget hjem koster: 9.692.456 kr.

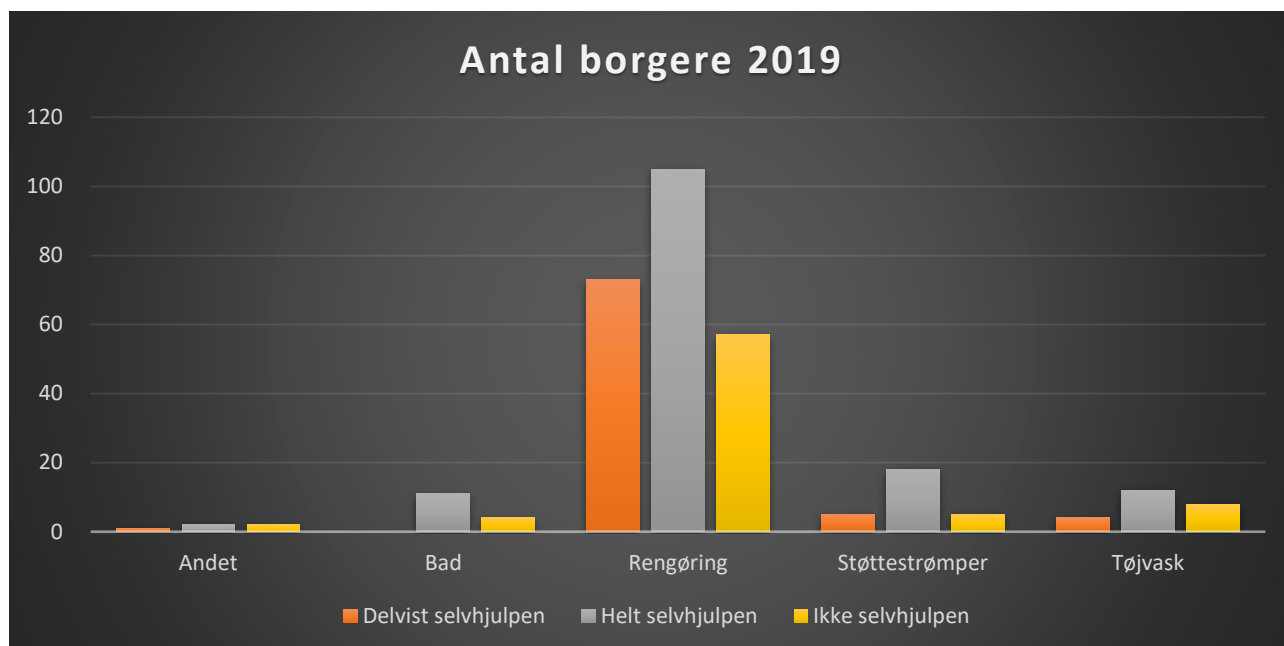
202 borgere med 15 timer pr. uge på plejecenter i 4 uger koster: 5.090.400 kr.

Alt andet lige vil det koste 4,6 mio. kr. mindre, at disse borgere bor på plejecentre end i eget hjem. Visiteringen vil falde fra 28,56 timer pr. uge til 15 timer pr. uge; MEN hertil skal forventeligt lægges de ekstra visitationer / timer, som nogle ville have behov for.

Slutteligt skal det understreges, at borgere ikke kan tvinges til at flytte i plejebolig, hvis de har et stort plejebest. Borgerne kan frit vælge, om de ønsker at bo på plejecenter (hvis de visiteres hertil) eller i eget hjem. Derfor vil provenuet ej heller af denne grund kunne opnås.

Bilag 7: Rehabilitering 1

Graf over fordeling af borgere, der modtog rehab 1.



Tabel over fordelingen af borgere - 2019

	Antal skema	Delvist selvhjulpen		Helt selvhjulpen		Ikke selvhjulpen	
		antal borgere	Procentdel af indsats %	Antal borgere	Procentdel af indsats %	Antal borgere	Procentdel af indsats %
Total	307	83	27	148	48	76	25
Andet	5	1	20	2	40	2	40
Bad	15		0	11	73	4	27
Rengøring	235	73	31	105	45	57	24
Støttestrømper	28	5	18	18	64	5	18
Tøjtvaske	24	4	17	12	50	8	33

Samlet besparelse	Delvist selvhjulpen	Helt selvhjulpen
Sparet timer ugentligt	17	69
Sparet timer i 2019	867	3567
Besparelse i visitering 2019	354.883	1.460.697
Total besparelse i visitering 2019	1.815.580	
Udgift til rehabilitering (løn)	480.000	
Samlet besparelse i 2019	1.325.580	

Besparelse i 2021 (2020 takst)

Kr. 1.367.524

Bilag 8: Rehabilitering 2

Indsatsen rehab 2, består af træning og guidning af borgere, der søger hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp. En gennemgang af data fra 2019 viser, at 152 borgere modtog rehab 2 mere end 2 uger. Det var i analyseperioden muligt at gennemføre en stikprøve-analyse af 25 borgers visiterede ydelser før og efter rehabiliteringsforløb. Nedenstående tabel er en oversigt over antal borgere, som er uændret i deres vis. Timer, steget eller faldet.

Tabel over andel af borgere, der falder, stiger eller er uændret i visiteret timer målt 2 uger efter endt rehabiliteringsforløb

Indsats	Efter 2 uger						total borgere
	Uændret		Stiger		falder		
	antal	%	antal	%	antal	%	
Personlig pleje	3	12%	14	56%	8	32%	25
Praktisk hjælp	8	32%	9	36%	8	32%	25

Stikprøven viser, at 32% er 2 uger efter endt rehabiliteringsforløb *faldet* i deres visiterede timer for både praktisk hjælp og personlig pleje.

For en gruppe har der været en *stigning* i visiterede ydelser efter rehabiliterings forløb. Således er personlig pleje steget med 56% og praktisk hjælp steget med 36 %.

Af stikprøven fremgår det ligeledes, at 10 ud af de 25 borgere ikke fik noget hjælp, inden opstart af deres rehabiliteringsforløb. Disse er såkaldte "nye" borgere, der får tilbudt et rehabiliteringsforløb efter endt indlæggelse. I analysen fremgår disse borgere derfor med et stigende behov for hjælp sammenlignet med før rehabiliteringsforløbet. En stigning i behov for hjælp efter rehabiliteringsforløbet siger derfor ikke noget om effekten af rehabiliteringsforløbet, da vi ikke kan vide, hvordan borgers behov for hjælp ellers ville være, hvis borger ikke var rehabiliteret. Det kan også vurderes, at omfanget af behovet for hjælp er mindre qua rehabiliteringen end hvis borger ikke var rehabiliteret.

Det samme gælder gruppen, der har *uændret* hjælp efter endt rehabiliteringsforløb. Stikprøven viser, at 12% er uændret i deres hjælp til personlig pleje og 32% er uændret i deres hjælp til praktisk hjælp. For disse borgere kan vi kun konstatere, at de ikke stiger i behov for hjælp. Det kan skyldes, at rehabiliteringsforløbet har bevirket at borger har bevaret sit funktionsniveau og en forværring er udskudt.

Bilag 9: Telesår

Status i 2019:

Telesår indsats: 187 årlige visiterede timer

Sårbehandlingsindsats i 2019: 23.581 årlige visiterede timer

Målgruppen er borgere med fodsår og venøse sår af en varighed over 6 uger, der er langsomt helende og meget behandlingskrævende. Telesår er en webbaseret sårjournal, hvor der tages billeder af såret, og såret vurderes herefter af behandlende afdeling, som udarbejder behandlingsplan. Borger undgår at møde frem i ambulatoriet, men tilses alligevel løbende af behandlende læge. Sigtet med indsatsen er at flere sår heler hurtigere.

I 2019 blev der blot visiteret 187 timer til telesår, samtidigt med at der blev visiteret 23.581 timer til sårbehandling. Der var 690 borgere, som modtog sårbehandling mere end 6 uger. Ca. 550 borgere kunne være i målgruppe for telesår, da de får sårbehandling mellem 8 og 52 uger. Borgere der afslutter sårpleje i uge 6-7 vurderes ikke at kunne profitere af indsatsen, og medtages ikke i målgruppen.

De økonomiske gevinster gennem forventelig optimal sårheling, hurtigere helingstid samt færre bandageringsskift heri færre visiterede timer til sårpleje samt mindre brug af vejtid i ruteplanlægningen kendes ikke. I forbindelse med analysen er der lagt vægt på 1) erfaringer fra andre kommuner med mere telesår aktivitet end Næstved Kommune, og 2) nationale business case fra 2012.

Erfaringsopsamling hos andre kommuner viser, at de kontaktede kommuner ikke har målt på økonomiske effekt af deres telesår indsats, men de har haft fokus på sygeplejerskerne kompetenceløft som en effekt af specialiserede sparring med sygehusene gennem telesår. Kommunernes input indikerer betydningen af organisering omkring Telesår-indsatsen og den nødvendige ledelsesmæssige fokus.

Af den nationale business case fra 2012 fremgår det, gevinsterne af telesår forventes at være:

- Kortere helingstid
- Mindre transport af skrøbelige patienter, herunder også besparelser på patienttransport
- Mindre tidsforbrug hos lægen på hospitalerne, der foretager korte telemedicinske konsultationer og i udgangspunktet kun ser patienter med de mest komplicerede sår i ambulatoriet
- Øget patienttilfredshed
- Øgede kompetencer hos den kommunale sygeplejerske gennem det mere direkte samarbejde
- med regionale sårplejersker og læger.

(KILDE: <https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/telemedicinske-projekter/saarprojektet/business-case.pdf>)

Den Nationale business case estimerer, at en kommune vil spare kr. 12.039 kr. pr. sår på diabetes fodsår og kr. 3.285 kr. pr. sår for venøse fodsår. Den business case er baseret på over 100 antagelser og usikkerheden omkring flere af dem påpeges i rapporten. Det vurderes derfor i nærværende analyse, at de estimerede beløb er forbundet med megen usikkerhed. Da estimererne også er fra 2012, vurderes det at usikkerhederne omkring en estimering af en økonomisk effekt vil være for store. Det vurderes samtidigt, at Næstved Kommune har en stor

potentiel målgruppe for telesår og en mulig besparelse gennem hurtigere heling af sår. Det kan derfor anbefales, at ældreområdet prioriterer fokus på telesår og effektmåling af indsatsen i 2021.

Bilag 10: Forflytningshjælpemidler

Løftlifte hos udeborgere

Status jan 2020:

- 66 løftlifte i brug
- Hos 48 borgere er der 2 hjælpere
- Hos 18 borgere er der 1 hjælper

I analysen er det undersøgt, hvorfor man i de 48 tilfælde er to medarbejdere i mobilitet, og om behovet for to medarbejdere er baseret på faglig sparring, samt om arbejdsgangen er fulgt. Undersøgelsen har vist, at behovet for to medarbejdere skyldes fx kognitive udfordringer hos borgeren, som vanskeliggør samarbejdet eller fysiske funktionsnedsættelser, der vanskeliggør forflytningen. På baggrund af dette vurderes der ikke at være potentiale for yderligere gevinstrealisering ved at gå fra to til en medarbejder til forflytningerne.

Det har i analyseperioden ikke været muligt at undersøge om yderligere indkøb af løftlift vil bevirke, at man kunne gå fra to til en medarbejder. Ligesom der hellere ikke er analyseret på borgere i plejeboliger, der får hjælp af to medarbejdere i plejen.

Rotocareseng – halvautomatisk seng

Status jan 2020: 7 Rotocare senge, 3 til borgere i eget hjem (2 borgere har 2 hjælpere i forflytninger)

Det vurderes, at Rotocare sengen er et godt arbejdsmiljø-redskab. Den er dog vanskelig at benytte i kombination med stålift. Det er i analysefasen ikke undersøgt, om de 2 borgere med Rotocare seng i eget hjem kunne have hjælp af en medarbejder i stedet for to.

Potentialet for besparelse gennem mere udbredelse af løftlift og Rotocareseng vurderes at være ret beskedent. Dog skal der fortsat være fokus på helhedsvurderinger hos borgere i forhold til forflytningshjælpemidler og understøtte ekstra rådgivning til plejepersonale. Organisationen vil arbejde med konsekvent screening af alle borgere, som får hjælp af to medarbejdere og lave en faglig helhedsvurdering med henblik på bedre brug af hjælpemidler og at gå fra to til en medarbejder.

Besparelser ved anvendelse af forflytningshjælpemidler er de seneste år effektueret på områdets budget.

Bilag 11: Medicinhusker - Dosecan

Jan 2020: 19 udlånte

Der har i 2019 været gennemsnitlig 20 borgere pr. måned, der har anvendt Dosecan og har dermed været selvhjulpne med deres medicin. Nogle i længere tid end andre. Besparelsen i form af færre visiteret timer og mindre kørsel estimeres til ca. 600.000 i 2019 – for 20 udlånte Dosecans. Gevinsterne ved Dosecan er gennem årene effektueret i besparelser på området.

Vi har i denne analyse undersøgt potentialet for udvidelse af målgruppen. Det vurderes, at målgruppen for denne teknologi er forandret med årene pga. kompleksitet Status og rehabilitering. Derfor vurderes det, at der ikke er større potentiale end det nuværende antal borgere, der allerede benytter løsningen.

Det vurderes samtidigt, at anvendelse af teknologi til medicinudlevering fortsat har stort potentiale. Ældreområdet skal fortsat være opsøgende i arbejdet for andre teknologiske muligheder inden for medicingivning. Fx vil en robot-medicinteknologi, der påmindrer og udleverer dosispakket medicin også være en mulighed. Potentialet for anvendelse af denne teknologi skal undersøges yderligere, men det vurderes på nuværende tidspunkt, at besparelsen vil være beskedent, da en foreløbig business case peger på, at besparelsen i visiterede timer vil gå lige op med prisen for teknologien. Dog kan teknologien frigive kørselstid og frigøre medarbejdertid. Målgruppen er også udelukkende borgere med dosispakket medicin, hvilket betyder at teknologien bliver mere interessant at undersøge yderligere, når flere borgere overgår til dosispakket medicin, som undersøges i afsnit 2.2.

Derudover vil anvendelse af videobesøg/skærmbesøg give mulighed for at besøge borgerne online og guide dem til at tage deres medicin. Her vil besparelsen ligge i kortere besøgstid og besparet vejtid. Der vil også være nogle borgere, der efter et stykke tid er blevet oplært til at administrere deres medicin og dermed blevet selvhjulpne.

Bilag 12: Vaske-tørretoilet

Status jan 2020: 27udlånte

Formål med et vaske-tørre toilet er at gøre borgere selvhjulpne ift. Toiletbesøg. Målgruppen er borgere, der ved egen hjælp kan komme på toilettet, men har vanskeligt ved at foretage hygiejnedelen. Et vaske-tørre toilet sættes op hos borgere, der er visiteret til toiletbesøg eller hos borgere som en forebyggende indsats.

En stikprøve af de udlånte vaske-tørre toiletter viser, at hos 9 ud af 10 borgere er blevet helt selvhjulpne med toiletbesøg. Hovedparten af disse var nye borgere, som ønskedes hjælp til at komme på toilet. Det vil sige at teknologien blev iværksat som første led i stedet for en visitering til toiletbesøg. En business case på vaske-tørre toilet, hvori der antages 4 daglige toiletbesøg pr borger, peger på en besparelse på ca. kr. 38.000 årligt pr borger. Dette er dog forbundet med den usikkerhed, at vi ikke ved, hvornår borgeren ikke længere kan bruge et vaske-tørre toilet og har brug for personlig hjælp. Besparelse ved anvendelse af vaske-tørre toilet er de senere år effektueret på området budget.

CSA kan fortsætte med en øget fokus på udbredelse af vaske-tørre toilet blandt nuværende borgere med hjælp til toiletbesøg. Dog vurderes målgruppen blandt nuværende borgere at være begrænset, da borgere med hjælp til toiletbesøg har oftest vanskeligheder ved balancen og mobilitet. Fokus bør ligge i visitering af nye borgere, hos hvem behovet for hjælp til toiletbesøg kan udskydes. Det antages derfor i denne analyse, at såfremt 20 nye borgere i 2021 får et vaske-tørre toilet og borger bliver selvhjulpne, vil der være en besparelse på **kr.760.000** efter investering i opsætning af flere vaske-tørre toilet.

Bilag 13: Dosisdispensering

Dosispakket medicin er medicin som doseres i poser på apoteket og leveres direkte til borger. I dag er der få borger på dosispakket medicin, og hos langt de fleste borgere, der ikke selv kan dosere deres medicin, er det kommunens sygeplejerske, der hver 14. dag dosere for borgeren.

Der ses stort potentiale i, at flere borgere overgår til dosispakket medicin. Der er i gennemsnit ca 490 borgere, som får hjælp til medicindosering, men ikke medicinudlevering. Dette kan betyde, at disse borgere er selvhjulpne på andre områder. Denne gruppe er en potentiel målgruppe for dosispakket medicin, såfremt borger er stabil i sin medicin. Dertil kommer også en stor gruppe, som både får hjælp til dosering og udlevering, hvor dosispakning stadig vil være relevant.

Følgende udgift er beregnet for at dosere medicin hos én borger pr år:

Udgift for medicindosering pr år pr borger	
min pr visitering	27
visiteret timer pr år borger	11,7
Timepris (2020)	418,94
Udgift pr år pr borger	Kr. 4.902

Det koster således kr. 4.902 pr. år at dosere medicin hos en borger. Såfremt 100 borgere i 2021 overgår til dosispakket medicin, er der en besparelse på **kr. 490.200 kr. i 2021**. Gevinstrealiseringen i dette initiativ er afhængig af samarbejdet mellem læger, apoteker og kommunen. Et samarbejde med kommunens læger og apotekshuse er igangsat og det forventes at apotekerne i Næstved Kommune fra maj 2020 er teknisk parate til at få borgere på dosispakket medicin.

Bilag 14: Kompressionsbehandling

Ældreområdet har fokus på hvordan kompressionshjælp og hjælpemidler kan effektiviseres. Der er analyseret på forskellige typer produkter og scenarier for hjælp til af- og påtagning af kompressionsprodukt. Ved at gå fra bevilling af støttestrømper og daglig hjælp til påtagning til et forbindingsprodukt (Coflex) med ugentlig hjælp til anlæggelse, kan der årligt spares 3.358 kr. pr borger.

	Pris pr borger pr år
Anvendelse af coflex	11.891,10
Anvendelse af støttestrømper	15.248,83
Differens	3.357,73

Der var i uge 13 i 2020, 219 borgere, som var visiteret til hjælp til støttestrømper. Det vurderes, at der hos 70% af dem, (svarende til 153 borgere) kan opnås samme kompressionseffekt ved at anvende et forbindingsprodukt (Coflex). Såfremt alle disse potentielle borgere i 2021 overgår til Coflex, vil der være besparelspotentiale for 513.733 kr i 2021.

Bilag 15: Sygeplejeklinik

Estimat i min	Hjælperrute*	Spl rute (30% mere køretid)	vægtet gnm
byrute i gnm min	58	75,4	0,7
landrute gnm min	85	110,5	0,3
samlet gnm	71,5	92,95	85,93

*Estimeret af VD I syd
2019

antal arbejdsdage i 2021 254

Besparelse for vejtid	
Saml vejtid pr dag i min	85,93
Sparet udgift i vejtid pr dag	600
Sparet vejtid pr år pr rute	152.398
Sparet vejtid for 4 klinikker med 1 nedlagt spl rute	609.592

Bemærkninger:

1. Dette estimat er vejtiden i minutter pr dag for en SOSU-hjælper rute. En sygeplejerske rute vurderes at indeholde mere vejtid. Dette er sat til 30%.
2. Det antages, at i starten af dette tiltag, vil det hovedsageligt være borgere fra by, der vil benytte sygeplejeklinik. Da pilotprojektet for sygeplejeklinik er sat på pause, og erfaringer med fordeling af borgere fra by og land ikke kendes, estimeres det på nuværende tidspunkt, at en byrute vægtes 70%, og landruten er vægtes 30%.

Besparelsen på vejtid for sygeplejersker ved 4 sygeplejeklinikker er således **kr.609.592**

Bilag 16: Robotstøvsuger

Ældreområdet har i 2019 undersøgt mulighederne for anvendelse af hjælpemidler og robotteknologi i gulvrensningen. Undersøgelsen viser, at der er potentiale i at anvende teknologi – Robotstøvsuger m/u moppefunktion - til gulvrensning. En afprøvning hos 9 borgere/familier viser, at der er en målgruppe blandt de 1550 borgere, der vil kunne betjene en robotstøvsuger og være helt eller delvist selvhjulpne. Målgruppen estimeres at være ca. 500 borgere (svarende til ca. 60% af borgerne i de lettere funktionsgrupper, som i dag modtager rengøring).

På baggrund af undersøgelsen vurderes det også, at målgruppen kan opleve følgende effekter ved anvendelse af robotstøvsuger:

- *Bedre* kvalitet af rengøring ved robotstøvsuger end nuværende rengøring, da borger kan støvsuge lige så ofte han/hun har lyst og alle steder i hjemmet.
- Uafhængighed af kommunen.
- Nogle borgere, der kun får hjælp til gulvrensning, kan savne kontakten med en medarbejder.

Det foreslås, at kriterierne for bevilling til gulvrensning ændres, således at der på baggrund af individuel vurdering af borgers funktionsniveau bevilliges gulvrensning ved anvendelse af teknologi, i stedet for nuværende 25 minutters gulvrensning ved personassistance.

Der estimeres en tidsbesparelse svarende til ca. kr. 4600 årligt pr borger, når rengøringen kan klares med robotteknologi. Potentialet er 500 borgere.

Såfremt kommunen vælger at udlåne robotstøvsuger, vil der være en øget udgift på ca. kr. 2500 pr støvsuger. Det estimeres også, at der er behov for udskiftning hver 2. år. Derudover vil der være ekstra udgifter i medarbejderressourcer forbundet med udlån af robotstøvsugeren. Se nedenstående business case.

Omkostninger ved indførelse af 1 robotstøvsuger i scenarie 3	år 0	år 1	år 2	år 3
Indkøb	2500	0	2500	0
Klargøring af hjemmet, introduktion til borger og opfølgning	409	0	0	0
Driftsudgifter ved service og klargøring	409	409	409	409
Omkostninger i alt	3.318	409	2.909	409
Reduceret udgift til gulvrensning	4.667	4.667	4.667	4.667
	kr.	kr.	kr.	kr.
Besparelse pr borger	1.349	4.258	1.758	4.258

Såfremt ældreområdet udlåner robotstøvsuger til 150 borgere i 2021, vil besparelsen i 2021 således være **kr. 202.350.**

Bilag 17: Videobesøg/skærmbesøg i hjemmeplejen/sygeplejen

Ved anvendelse af videobesøg/skærmbesøg estimeres det, at ca. 10% af nuværende borgere i hjemmeplejen og sygeplejen kan undvære det fysiske besøg i hjemmet. Her vil de indsatser, som kan klares virtuelt fx medicingivning, guidning til ernæring og drikke omlægges og besparelse vil ligge i kørselstid og mindre tid til indsatsen. En sidegevinst er også, at nogle borgere vil kunne trænes i fx at dosere egen medicin, tage insulinmålinger, instruere i at skifte kateder for efter en periode at blive helt selvhjulpne. Målgruppen er borgere, som fysisk og kognitivt kan betjene en tablet og et virtuelt besøg.

På lokal plan vil gevinsterne være meget afhængig af licenser til teknologi, tablet til borger og implementeringen. Med udgangspunkt i en generisk business case fra KL, ser en foreløbig business case for Næstved Kommune således ud:

Samlet nettopotentiale over fem år, fordelt på enkeltår (nutidsværdi)						
Type	2021	2022	2023	2024	2025	Samlet business case
Bruttopotentiale	1,2	2,3	2,3	2,3	2,3	kr. 10.571.367,99
Omkostninger	-1,8	-0,7	-0,2	-0,9	-0,2	-kr. 3.857.684,69
Nettopotentiale	-0,6	1,6	2,1	1,5	2,1	kr. 6.713.683,30

Der er i 2020 opstartet teknisk klargøring af et pilotprojekt i distrikt Syd. Tablets, tilbehør og app er købt. Her var planen at opstarte 20 borgere på skærmbesøg, men projekt er blevet udskudt pga Covid19-situationen.

Såfremt projektet opstartes og implementeres i 2021, vil der være et bruttopotentiale på kr. 1,2 mio., men på grund af investering i teknologi og undervisning af medarbejdere og projektudgifter, vil gevinsten være

-600.000kr. Først i 2020 vil positive økonomiske gevinster kunne realiseret.

Bilag 18: Vaskeservietter og vaskehandsker

Særlige vaskehandsker og vaskeservietter er et nyt produkt til kropshygiejne (Nedre/øvre hygiejne), som erstatter brugen af vandfad og håndklæder/klud. (erstatter ikke ugentlig bad) Erfaringer fra København, Frederikssund og Odense kommuner peger på følgende gevinster,

- Kan bruges til alle der modtager hjælp til nedre og øvre hygiejne
- 65% er helt eller gradvist blevet selvhjulpne (borgere med moderat eller omfattende hjælp, hvor der understøttes med rehabilitering og træning)
- Godt for demente og terminale borgere, pga. skånsom vask
- Nedsætter tiden, hvor borger er eksponeret i en kompromitterende stilling
- Færre lugtgener og svampeudbrud
- Forbedre arbejdsmiljø for medarbejdere – færre løft
- Tidsreduktion gennem dels forkortelse af arbejdsgangen (2-7 minutter pr vask i sengen) og selvhjulpnehed

Næstved har ca. 500 borgere med indsatsen nedre/øvre. Ca. 90% modtager 1 besøg dagligt. Der i analysefasen ikke været muligt at vurdere, a) hvor mange af de 500 borgere, kan blive selvhjulpne, b) hos hvor mange kan arbejdsgangen effektiviseres. En foreløbig business case tager derfor udgangspunkt i en gennemsnitlig tidsreduktion på 3 minutter. Det antages også at produktet bruges hos 70% målgruppen.

Iværksættes dette tiltag i 2021, vil besparelsen være **kr.1.103.153** 2021. Der skal bemærkes, at der hvert år er udgifter forbundet med indkøb af vaskehandskerne. Dertil vil der være behov for løbende undervisning, som her er estimeret til hver 2. år.

Økonomisk effekt:

	År 0	År 1	År 2
OMKOSTNINGER:			
Investering			
Uddannelse	167.576	0	167.576
Øgede driftsomkostninger (ændringer)			
Indkøb af Vaskehandsker	1.405.250	1.405.250	1.405.250
OMKOSTNINGER TOTAL	1.572.826	1.405.250	1.572.826
GEVINSTER:			
Frigjorte lønomkostninger	2.675.979	2.675.979	2.675.979
Økonomisk gevinst	1.103.153	1.270.729	1.103.153

Bilag 19: Styring, planlægning og medarbejderinvolvering

Nedenstående er en beskrivelse af, hvordan der i dagligdagen sikres medarbejderinvolvering i forhold til arbejdet med kerneopgaverne.

Generelt

Vagtplaner:

Medarbejderne har indflydelse på hvilket miniteam de gerne vil arbejde i, hvor mange timer per uge, de ønsker at arbejde, og i videst mulig udstrækning hvordan deres vagtplan skal være. Mødetider, arbejdsfri dage, hvilke weekender, de gerne vil arbejde

Arbejdet med vagtplanerne er et kontinuerligt arbejde, da borgernes behov for besøg skifter, og medarbejderens ønsker ligeledes ændre sig afhængig af diverse private vilkår. De daglige ledere samarbejder med driftplanlæggerne i forhold til udarbejdelsen og tilretningen af vagtplanerne.

Meget ofte kræver ændringer for en medarbejder, at andre medarbejdere også ændre deres plan, for bedst muligt at sikre rette bemanning i forhold til borgernes behov.

Særligt Udeteams

Organisation:

I hvert distrikt er et antal udeteams, der hver især yder hjælp til borgere i en geografisk del af distriktet. For at sikre færrest mulige medarbejdere i de forskellige hjem, er hvert team yderligere opdelt i et antal miniteams- ligeledes geografisk bestemt.

Det enkelte miniteam forsøges sammensat således, at medarbejdere med de forskellige relevante kompetencer er repræsenteret, og gerne også så de samme medarbejdere kommer i hjemmene dag/aften.

Det er ikke i alle miniteams alle faggrupper er repræsenteret; eksempelvis er terapeuter og sygeplejersker ofte knyttet til flere miniteams.

Planlægningen af indsatserne- ruterne:

Medarbejderen samarbejder tæt med borgerne, og vil ofte melde tilbage i forhold til hvornår borgerne ønsker besøg, og hvordan hverdagen bedst tilrettelægges. Hvilke opgaver skal løses i hvilke besøg. Med udgangspunkt i de visiterede ydelser og de forskellige ønsker og hensyn lægges ruterne tilrette af driftplanlæggerne. Foruden oplysningerne fra borgerne og medarbejderen, kan der være henvendelse fra egen læge der udløser ekstra besøg eller særlige opgaver i et allerede tilrettelagt besøg. Endelig læser de daglige ledere fælles borgerjournal dagligt; de forholder sig til den samlede indsats og medarbejdernes notater fra foregående døgn, og vil derfor ofte have rettelser til planlægningen.

Ruterne er ofte klar, når medarbejderne møder ind. Der er afsat 10 minutter til indmøde.

Driftplanlæggerne og de daglige ledere er tilstede ved indmødet, og medarbejderen har her mulighed for at få ændret i planlægningen, hvis der er behov herfor. Nogle steder vises ruterne på væggen og rettelser drøftes i plenum. Andre steder er dialogen mellem den enkelte medarbejder og driftplanlæggeren.

Den enkelte medarbejder vil ofte i samarbejde med borgeren beslutte hvilke opgaver der skal løses indenfor den tid, der nu engang er afsat til opgaven og til rådighed på dagen. Bliver medarbejderne forsinkede, kan de til enhver tid kontakte daglig leder, der sammen med medarbejderen prioriterer og flytter opgaver.

Fra tid til anden sker det, at borger og medarbejder har svært ved at samarbejde. Hvis det ikke lykkes at få samarbejdet til at fungere, tager planlægningen også hensyn hertil.

Fleksibilitet og allokering af ressourcer:

Det kan ske, en medarbejder bliver bedt om at arbejde i et andet team på dagen.

Måske er borgere, der er visiteret til megen hjælp indlagt; måske efterspørges der et andet sted specifikke faglige kompetencer; i de situationer vil daglig leder ofte beslutte, hvem der bedst vil kunne løse opgaven udenfor eget team. Daglig leder kender sine medarbejdere, og ved hvem der synes det er udfordrende med nye opgaver, og hvem der absolut ikke ønsker denne afveksling. Dog ved alle medarbejdere godt, at det fra tid til anden vil ske, at de skal løse opgaver indenfor eget fagområde, men i en anden del af distriktet.

Visitation:

I udgangspunktet er det visitator der afgør hvad der kan ydes hjælp til, og medarbejderen der afgør hvordan hjælpen skal ydes i tæt dialog med borgeren.

I praksis anvender medarbejderen tiden, så de opgaver, der skal løses, bliver løst, samtidig med de er meget opmærksomme på at skabe og sikre en god og tryk relation med borgeren.

Den medarbejder, der kender borgeren bedst, laver som oftest døgnrytmeplanen, som er den samlede plan i punktform for indsatserne.

Vurderer personalet og teamleder der er behov for at ændre visitationen føres relevante oplysninger ajour og der sendes anmodning til visitator.

Der afvikles månedlige møde mellem miniteamet og visitationen, hvor ændringer ligeledes drøftes, men det primære fokus er borgere i rehabiliteringsforløb. Hvordan skal den tværfaglige indsats leveres, hvilke mål skal nås, er der brug for justeringer for at nå målene til tiden.

Særligt Inde

Teams, der løser opgaver i plejeboligerne, er ligeledes tværfagligt sammensat. De fysiske rammer afgør ofte, hvordan det enkelte team er organiseret, men som ude tilstræbes mindre gruppe af medarbejdere med forskellige faglig baggrund omkring mindre grupper af borgere. Da visitationerne i timer kan svinge en del, eller der er brug for særlige kompetencer, vil personalet fra tid til anden skulle løse opgaver udenfor egen enhed. Dette håndteres af daglig leder, så borgernes behov og medarbejdernes ønsker så vidt muligt efterkommes; og i prioriteret rækkefølge.

I den enkelte enhed aftaler medarbejderne ved arbejdsdagens start, hvem der løser hvilke opgaver på dagen/aftenen/natten.

Med hensyn til den tværfaglige indsats afvikles systematiske konferencer, hvor den enkelte borger gennemdrøftes, og der udarbejdes mål og handlingsanvisninger og følges op på allerede udarbejdede planer. Her deltager alle faggrupper på lige fod, og alle har mulighed for indflydelse på den samlede indsats for den enkelte borger.

Bilag 20: Planlægning i udeteams - fokus på vej tid

I den daglige planlægning er der rigtig mange forskellige elementer at tage hensyn til.

Listen er langt fra udtømmende, men nedenstående er et udpluk af ganske almindelige forekommende hensyn.

- Faglige kompetencer i forhold til borgerens behov.
- Personlige kompetencer i forhold til borgerens behov- svært demensramte borgere, hvor indsatsen ofte kræver indgående kendskab til den enkelte for at det lykkes.
- Ydelsens karakter der kræver særlig fordeling på døgnet/ugen.
- Som for eksempel sengetider, træningstider, aftaler på sygehuse, måltider, 2 i opgaven.
- Toiletbesøg på faste tider.
- Målinger: vægt, blodtryk på fastlagte tider (ordineret af læge).
- Strømper og forbindinger der skal lægges på inden borger står op, og tages af lige inden sengetid.
- Medicin der skal gives ½ time inden, der må indtages mad og drikke.
- Medicin der skal gives flere gange i døgnet, hvor tidspunkterne skal fordels jævnt over borgerens vågne timer.
- Insulin og blodsukkermålinger flere gange dagligt og før måltiderne.
- Medicin til borgere i den sidste fase i livet; kan være fra en enkelt dosis i døgnet til hver time.
- Teammøder, supervision, konferencer, undervisning, kurser.

Geografi:

For at bruge mindst tid på transport planlægges ud fra geografien, hvorfor det enkelte ude-team er yderligere opdelt i geografiske miniteams.

Tværfaglighed/transdisciplinær indsats:

Vi arbejder på, at den mængde af opgaver, som alle faggrupper kan løse på ønsket fagligt niveau, bliver så stor som muligt, så eksempelvis social- og sundhedshjælperen løser omsorgs- og plejeopgaver, men også en del af de sundhedsfaglige og træningsmæssige opgaver. Det samme gør sig gældende for de øvrige faggrupper. Dette for at sikre der kommer så få forskellige medarbejdere på dagen, at indsatsen naturligt kommer til at hænge sammen for borgeren, og at der anvendes mindst mulig tid på vejen.

Hvor bor borgerne, og hvor lang tid tager de enkelte besøg?

I planlægningen tages udgangspunkt i en gennemsnitlig vejtid for de enkelte miniteams:

Er der tale om tæt byggeri med mange besøg, er vejtiden måske i gennemsnit 45 minutter, medens den kan være på 2 måske 2,5 timer, hvis der er tale om en landrute. Det kan tage lang tid at komme ud af Næstved i myldretiden, ofte er der langt mellem borgerne, og så skal der være mulighed for at holde frokostpause.

I distrikter hvor rengøringsopgaverne løses af medarbejdere, der alene arbejder med praktisk bistand, kan vejtiden være endnu mindre, idet medarbejderne typisk er længere tid ad gangen i hjemmene, og derfor ikke har så mange besøg på den samme dag.

Det sker desværre ind i mellem, at der kommer 2 medarbejdere i et givent hjem, fordi vi ikke i planlægningen har fået taget højde for, at opgaverne fint kunne hænge sammen og løses af en

medarbejder. Planlægningsystemet er ikke særlig hjælpsomt, så planlæggerne skal have grundigt indblik og overblik over de borgere, de planlægger for, og som modtager mange forskellige ydelser.