Notat: **Udviklingen i befolkningens demografi og sundhedsprofil/omstilling i sundhedsvæsnet samt konsekvenserne for efterspørgslen på forskellige boligtyper**

Indledning

I relation til udarbejdelse af forslag til Budget 2018-2021, herunder restfinansiering af driften på Plejecenter Banebo som ibrugtages medio 2018, har Ældre- og Sundhedsudvalget efterspurgt følgende;

1) *En analyse af udviklingen på ældre- og sundhedsområdet – herunder* ændringer i befolkningens aldersmæssige sammensætning (demografi) og den aldersrelaterede udvikling i den ældre befolknings sundheds-/ sygdomsprofil og konsekvenserne af omstillingen i specielt hospitalernes behandlingsforløb. På baggrund af analysen vurderes det langsigtede behov for rehabiliteringspladser.

2) *En belysning forholdet mellem overkapacitet på almene plejepladser og behovet for rehabiliteringspladser i lyset af den nye model for kommunal medfinansiering.*

3) *En oversigt over plejecentre i Viborg Kommune, ventelister og belægning.*

Punkt 1 og 2 gennemgås i de følgende afsnit 1 og 2. De to afsnit indledes med konklusionerne på analyserne.

Oversigten over venteliste og belægning på plejecenterniveau fra pkt. 3 findes i notatets afsnit 3.

1. Analyse af udviklingen på ældre- og sundhedsområdet.

<u>Konklusioner:</u>

- Prognosen for udviklingen i befolkningens alderssammensætning i Viborg Kommune i de kommende 15 år viser en forventelig stigning i gruppen af ældre borgere. Det stigende antal ældre indbyggere medfører – også når der tages højde for sund aldring - et stigende udgiftspres på ældre- og sundhedsområdet.
- Udviklingen i befolkningens sundheds-/sygdomsprofil indebærer, at flere borgere vil leve med livstilssygdomme og i en højere alder modtage behandling af sygdomme. Dette kombineret med den stigende levealder, jf. ovenstående, indebærer, at flere borgere vil have en række leveår, hvor de på grund af livsstilsygdomme og/eller akutte forhold vil have behov for midlertidig eller mere vedvarende hjælp fra kommunen. Behovet vil omfatte hjemmepleje, sygepleje, genoptræning og midlertidige/ vedvarende boligtilbud.
- Omlægningerne i det regionale sundhedstilbud med kortere indlæggelser og omlægning fra stationær til ambulant behandling flytter opgaver ud i kommunerne. Kommunerne får en større rolle i borgerens efterbehandling, kontrol og reetablering af kognitiv og fysisk funktionsniveau.
- De ovennævnte punkter indebærer hver for sig og samlet en stigende efterspørgsel på kommunale pleje- og omsorgstilbud. Den generelle stigning rummer også et voksende behov for mere intensive tilbud med en markant og specialiseret indsats, f.eks. rehabiliteringspladser.

1.1. Demografi – udviklingen i befolkningens alderssammensætning

Udviklingen i antallet af ældre i Viborg Kommune

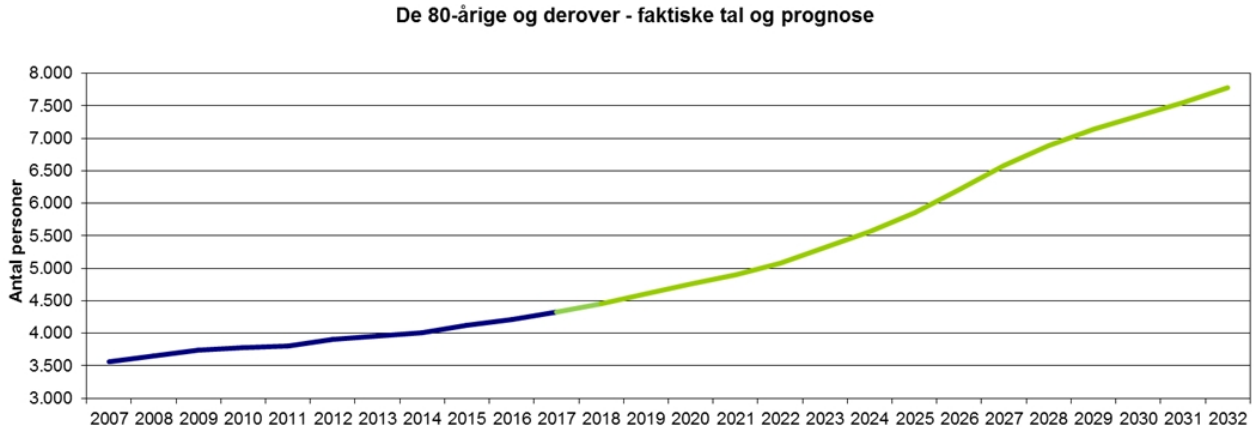
- Antallet af de "ældste ældre" på 80 år og derover er steget med 762 personer fra 2007 til 2017, svarende til en stigning på 21,4 %, jf. figur nedenfor.

- Stigningen frem mod 2032 forventes at blive endnu mere markant, idet de 4.322 personer over 80 år i 2017 vil vokse til 7.775 personer i 2032. Dette svarer til en stigning på 79,9 % over 15 år eller en gennemsnitlig årlig stigning på ca. 230 personer over 80 år.

- Udviklingen for hele landet forventes at ligge på samme niveau, idet Danmarks Statistik forudser en stigning i antallet af borgere på 80 år eller derover på 81,4 %.

- Den kraftige stigning i antallet af ældre skyldes to ting – for det første er det de store efterkrigsgenerationer, som i de kommende år kommer op i aldersgruppen på 80 år og derover. For det andet så lever vi alle længere – bare i løbet af de sidste 10 år er middellevealderen steget med 2,7 år – så middellevelalderen nu er hhv. 78,8 år for mænd og 82,8 år for kvinder.

- Selv hvis man tager højde for "sund aldring" – det vil sige at man er selvhjulpen i længere tid – så vil denne stigning i antallet af ældre alt andet lige give et øget pres på omsorgsområdet. Behovet for hjælp vil stige i takt med udviklingen i antallet af ældre.



1.2. Den aldersrelaterede udvikling i den ældre befolknings sundheds-/sygdomsprofil

Sideløbende med den demografiske udvikling er der en fortsat udvikling i befolkningen sundheds-/sygdomsprofil og behandlingsmuligheder og –former.

a) Flere lever med/efter sygdom og behandling/operationer er i dag blevet et livslangt tilbud.

Der er generelt en stigende andel af befolkningen, som diagnosticeres og lever med en eller flere kroniske sygdomme eller lever videre efter at være ramt af anden sygdom.

- Der er en stærk sammenhæng mellem alder og forekomsten af **demens**, hvilket forstærkes af en bedre diagnosticering af sygdommen. Viborg Kommune vurderes til i 2017 at have 1.478 demensramte

borgere. Et tal som allerede i 2020 skønnes at være steget til 1.597 borgere (+ 8 %). I et længere blik vurderes tallet til i 2025 at være steget til 1.834 borgere – en stigning på 24 % på 8 år. (*Nationalt videnscenter for demens)*

- Et stigende antal borgere rammes af og lever med **diabetes** – specielt diabetes type II. I perioden 2000 – 2012 skete generelt en fordobling i antallet danskere diagnosticeret med diabetes i aldersgrupperne over 60 år. *(Tal på diabetes 1996-2012, Statens Serum Institut, 2013)*
- Forekomsten af **KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse)** har en stærk sammenhæng med alder. I aldersgruppen 50-59 år er forekomsten 3,3 %, mens den allerede i aldersgruppen 60-69 år er næsten fordoblet til 6,7%, og der sker knap en fordobling igen til aldersgruppen 70-79 år, hvor andelen er 11,1%. *(Sundhedsdatastyrelsen, november 2016)*

Sideløbende med udviklingen i sygdomsforekomsten sker en fortsat udvikling i behandlingen af sygdomme, hvor ældre og ældre borgere modtager behandlinger og operationer. En hjerteoperation, en operation for grå stær eller en ny hofte var tidligere langt fra almindelige at tilbyde borgere over 85 år, men det har ændret sig de seneste år. Langt flere ældre mennesker havner på operationsbordet. Det viser et stort dansk registerstudie af over 27.000 ældre patienters behandlingsforløb, som Epidemiologisk Institut for Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet (SDU) står bag.

Udviklingen med en stigende forekomst af livsstilsygdomme kombineret med tilbud om behandling af sygdomme i en stigende alder medfører en betydelig stigning i antallet af borger, som har 2 eller flere samtidige lidelser/diagnoser.

Det stigende antal borgere med flere samtidige diagnoser har konsekvenser for tilrettelæggelse af indsatsen, idet "bi-diagnoserne" ofte har indflydelse på, hvornår og hvor intensivt genoptræning og rehabilitering kan iværksættes. Sygdomsbillederne er så komplekse, at der går tid, inden borgeren er klar til/responderer på træning/rehabilitering.

Tilstedeværelsen af flere samtidige diagnoser betyder endvidere, at det ofte er nødvendigt med en betydelig koordinering omkring borgeren, hvor tilrettelæggelse af indsatsen – medicinering, træning mv. – kræver dialog med hospital og praktiserende læge, som er involveret i behandlingen af de forskellige diagnoser.

Den ændrede sundheds-/sygdomsprofil medfører et øget pres på ressourcerne på omsorgsydelserne i kommunen.

1.3. Omstillinger i sundhedsvæsnet med nye og accelererede behandlingsforløb

Hospitalernes behandlingsforløb er under konstant udvikling, hvilket blandt andet viser sig i kortere indlæggelsestider.

For den samlede befolkning i Viborg kommune er den gennemsnitlige indlæggelsestid fra 2007-2016 faldet med 4,2 dage til 3,0 dage (-29%) - *(Kilde: Data trukket i e-sundhed)*

- For aldersgruppen 65+ er de faldet med 5,8 dage til 3,55 dage. (-38%)
- For aldersgruppen 80+ er faldet 6,0 dage til 3,75 dage (-38%)

De markante reduktioner i de gennemsnitlige indlæggelsestider skyldes primært to forhold:

- Den sundhedsfaglige/teknologiske udvikling har medført, at en række behandlinger er mindre indgribende end tidligere, f.eks. brug af lokalbedøvelse fremfor fuld narkose, stigende anvendelse af endoskopi (kikkertundersøgelse/-operation) og øget fokus på genoptræning fremfor kirurgi (eks. knæ- og rygområdet). En udvikling som betyder, at behandlingerne er mindre belastende for borgeren.

- Accelererede behandlingsforløb, hvor ventetider er minimeret og dele af behandlingen (kontrol, opfølgning, genoptræning) omlagt til ambulante besøg og/eller varetagelse i kommunerne/almen praksis.

Den skitserede udvikling forventes fortsat, dels udvikles behandlingsteknologien løbende og dels vil hospitalerne kontinuerligt arbejde med effektiviseringer, hvor fokus er på anvendelse af de begrænsede midler til den specialiserede sygdomsindsats (den kliniske behandling).

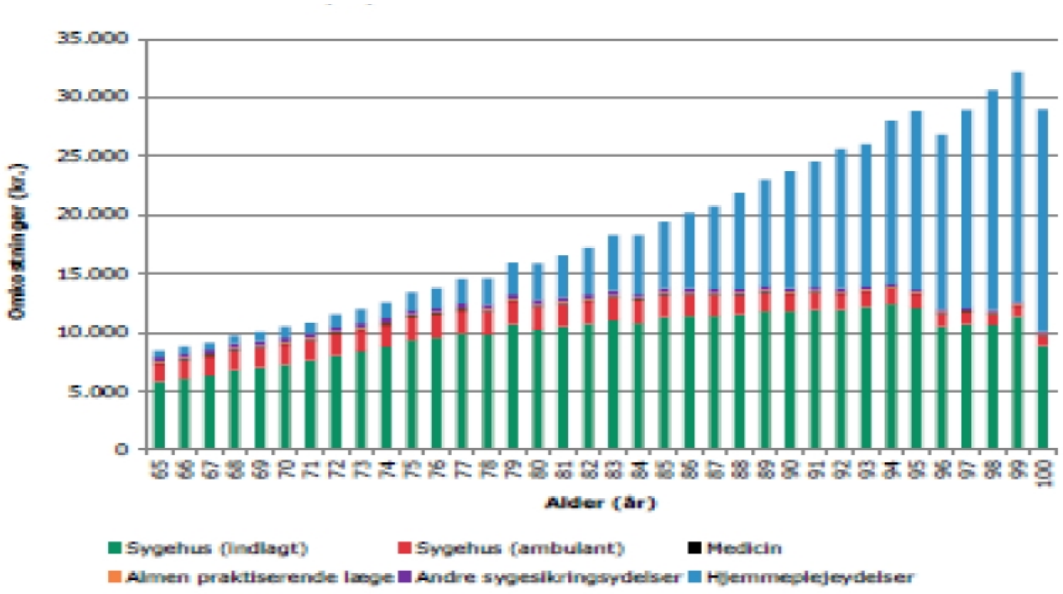
Varigheden af indlæggelserne er faldet mest blandt de ældre befolkningsgrupper. Disse har fortsat længere indlæggelsestider end de yngre grupper, men udviklingen betyder at forskellene indsnævres. Med andre ord kan man sige, at hospitalsbehandlingerne bliver mere ens uanset alder. Et forhold, som formodentlig må tilskrives hospitalernes fokus på den kliniske behandling. De relevante kliniske procedurer i en given behandling er ens uanset alder, der hvor behandlingsforløbene er forskellige afhængig af patientens alder er på den efterfølgende periode, hvor patienten skal komme til sig selv og skal genvinde sit fysiske og kognitive funktionsniveau.

Ovenstående betyder i et vist omfang, at en større del af behandlingen, rehabiliteringen og omsorgen skal ske udenfor hospitalet - ofte i forbindelse med udskrivelse til eget hjem eller via et forløb på Rehabiliteringscenter Viborg.

1.4. Konsekvenser for det kommunale sundheds- og omsorgstilbud

Den ovenfor beskrevne udvikling med flere ældre borgere og tilbud om flere typer af behandlinger til ældre og ældre borger har en række konsekvenser for størrelse og indhold i de tilbud, som efterspørges fra det kommunale sundhed- og omsorgsområde.

Den tætte sammenhæng mellem stigende alder og behovet for kommunal service er dokumenteret i forskellige analyser og forskningsmæssige sammenhænge, eksempelvis nedenstående.



Kilde: KORA og Ældresagen, 2015. (samt det nationale institut for Kommuners og Regioners analyse og forskning)

For det første betyder flere ældre borgere en stigende efterspørgsel efter kommunal service. Dette afspejles direkte i kommunernes arbejde og brug af demografimodeller. Modeller, som grundlæggende har til formål at afdække efterspørgslen på service. Sekundært kan demografimodellerne – efter konkret politisk stillingtagen i den enkelte kommune - på forskellig måde bruges i beregningerne omkring tildeling/bevilling af midler i f.eks. budgetlægningen.

For det andet ændres karakteren af efterspørgslen efter kommunale service med ændringen i de ældre borgeres sygdoms-/sundhedsprofil. Den stigende andel borgere med livsstilssygdomme, flere borgere med demens-/psykiatriske diagnoser, som behandles i accelererede forløb på hospitalerne stiller ændrede krav til indholdet og tilrettelæggelsen af de kommunale tilbud.

Kravene til de fysiske rammer og tilrettelæggelse (intensiteten) af de kommunale tilbud vil alt andet lige øges, når opgaveløsningen får en øget kompleksitet. En kompleksitet som følger af højere alder, flere samtidige diagnoser osv. Der kan med andre ord være behov for at tilpasse de kommunale tilbuds fordeling på pleje og omsorg i hjemmet, akutteam, plejeboliger/midlertidige pladser og/eller trygheds-/ rehabiliteringspladser.

Der er imidlertid ikke nogen entydig kobling fra stigende kompleksitet til en bestemt type af tilbud, da der altid vil være en række individuelle forhold, som har indflydelse på det optimale tilbud til den enkelte borger. F.eks. Bor borger alene? Hvordan er hjemmets indretning i forhold hjælpemidler/plads til behandling osv.? Hvad er borgers egne ønsker til opholdssted?

Der er en betydelig gråzone i efterspørgslen og en fleksibilitet i de kommunale tilbud, som indebærer, at der firkantet sagt kan leveres 2 forskellige løsninger til 2 borgere med grundlæggende samme problemstilling, men hvor de ydre omstændigheder og borgers egne ønsker er forskellige. Én borger kan med omfattende hjælp fra hjemmepleje, sygepleje og akutteam hjælpes i eget hjem, hvis borger har det ønske. Én anden borger hjælpes bedst på en rehabiliteringsplads, hvis hjemmets indretning og/eller netværk ikke er god nok.

På begge sider af denne gråzone er naturligvis en række borgere. På den ene side borgere som kræver så omfattende/specialiseret indsats, at det kun kan løses på en trygheds-/rehabiliteringsplads, og på den anden side borgere, hvis behov har en så afgrænset karakter, at de skal hjælpes i eget hjem, uanset at de i mange sammenhænge kunne profitere af et ophold på en rehabiliteringsplads.

Ændringerne i sundheds-/sygdomsprofil mv. betyder også, at det kommunale sygepleje-/omsorgspersonale udfordres på kompetencerne, når de stilles overfor nye typer af opgaver og mere komplekse opgaver. Eksempelvis;

- Indebærer accelererede hospitalsforløb at en større del af behandlingsforløbet varetages efter udskrivelse – sårpleje, observation og kontrol med patienten/borgerens reaktion på det kliniske indgreb osv. De kortere indlæggelsestider betyder samtidigt, at der modtages en række borgere, som endnu er umiddelbart svækket af hospitalsbehandlingen, så der går en periode, før borgeren kan respondere og få nytte af genoptræning og rehabilitering.
- En stigende hyppighed af borgere med flere samtidige lidelser ændrer kravene til kompetencer, da en "bi-diagnose" kan have afgørende betydning for den behandling, som kan iværksættes overfor den aktuelle diagnose, herunder hvilke tiltag der kan iværksættes, og hvornår borgeren responderer på indsatsen.

2. Belysning af forholdet mellem overkapacitet på almene plejepladser og behovet for rehabiliteringspladser i lyset af den nye model for kommunal medfinansiering.

Konklusioner:

- Det umiddelbare behov for rehabiliteringspladser vil, hvis der alene vurderes på fremskrivningen i antallet af 80+ årige og den eksisterende dækningsgrad fastholdes, kunne imødekommes med den planlagte udrulning af pladser på Rehabiliteringscenter Viborg (i alt 65 pladser), og dermed rummes inden for den samlede kapacitet af boliger.
- Udover behovet for rehabiliteringspladser som følger af den demografiske udvikling må ændringerne på sundhedsområdet også påregnes at medføre øget behov for intensive tilbud. Det er dog ikke muligt konkret at beregne behovet i et længere tidsperspektiv.
- Kapacitetsanalysen viser at der samlet set (alle typer af boliger/pladser) fra medio 2018 til ca. 2025 vil være en højere dækningsgrad (antallet af pladser i forhold til antallet af 80+ årige indbyggere) end for nuværende. En højere dækningsgrad svarer til et øget serviceniveau.
  Den samlede mængde af boliger vurderes at kunne rumme behovet for rehabiliteringspladser på kort og mellemlang sigt.
- Der er betydelig usikkerhed om konsekvenser for Viborg Kommunes økonomi ved indførelse af den aldersdifferentieret model for kommunal medfinansiering (KMF) af det regionale sundhedsvæsen. De foreløbige vurderinger er dog, at de fremtidige udgifter vil svinge med få procentpoint. En betydelig usikkerhed i vurderingen af den nye model for kommunal medfinansiering er manglende information om hvilken regulering, der samtidigt foretages i bloktilskuddet.

2.1. Behovet for rehabiliteringspladser

Som beskrevet sidst i afsnit 2.4, er der ikke nogen entydig sammenhæng fra stigning i alderssammensætningen og voksende kompleksitet til efterspørgslen/behovet for en enkel type af tilbud, da der er betydelige gråzone og fleksibilitet i de enkelte tilbud, som sikrer flere løsningsmuligheder på de individuelle borgeres problemstillinger.

Vurderingen af behovet for et enkelt tilbud – som rehabiliteringspladser – er derfor forbundet med usikkerhed. Denne usikkerhed vokser med tidsperspektivet.

I Viborg Kommune arbejdes der generelt med fremskrivning af behovet for boliger i kapacitetsanalysen. I kapacitetsanalysen vurderes det fremtidige behov for plejeboliger på baggrund af befolkningsprognosen og en uændret dækningsgrad (=serviceniveau) kombineret med den forventede forbedrede sundhedstilstand i befolkningen (sund aldring).

En tilsvarende fremskrivning kan foretages for antallet af rehabiliteringspladser. I nedenstående tabel vises fremskrivningen af rehabiliteringspladser frem til henholdsvis år 2025 og år 2032 baseret på uændret dækningsgrad (=serviceniveau) og befolkningsprognosen for aldersgruppen 80+ årige i Viborg Kommune. (Det skal bemærkes, at modsat kapacitetsanalysen er der i fremskrivningen af rehabiliteringspladser ikke indregnet sund aldring, baggrunden herfor beskrives senere i afsnittet.)

År	2016	2017	2024	2032
Antal indbyggere 80+ år	4.211	4.322	5.566	7.775
Procentvis tilvækst i antal indbyggere 80+ år fra 2016		2,64 %	32,18%	84,6 %
Eksisterende rehabiliteringspladser(1)	40	47		
Fremskrivning af antal rehabiliteringspladser			61	85

Note: 1) Viborg Kommune påbegyndte etableringen af rehabiliteringspladser i 2015 Rehabiliteringscenter Viborg (Klosterhaven/Klostertoften). Pladserne omdannes fra almindelige plejeboliger til rehabiliteringspladser i takt med, at boligerne bliver tomme. Rehabiliteringscenter Viborg vil, når alle boliger er omdannet rumme 65 pladser.

Som tabellen viser, så vil den forventede kapacitet på Rehabiliteringscenter Viborg med en kommende kapacitet på 65 pladser være dækkende for fremskrivningen af behovet til cirka år 2024. I en langsigtet tidshorisont – altså perioden fra år 2025 til 2032 – vil der være et behov for cirka 20 rehabiliteringspladser for at fastholde dækningsgrad/serviceniveau.

Fremskrivning af rehabiliteringspladser er udelukkende baseret på udviklingen i antallet af 80+ årige indbyggere. Der er ikke korrigeret for sund aldring, hvilket – alt andet lige – vil sænke behovet for antallet af pladser.

Forudsætningen om alt andet lige er imidlertid heller ikke relevant, idet der, som belyst i afsnit 2 er en fortsat udvikling i den ældre befolkningsgruppers sundheds-/sygdomsprofil og hospitalernes behandlingsforløb.

Meget forenklet og overordnet set for den samlede befolkning betyder ovennævnte, at forbedrede levevilkår og højere middellevetid giver gennemsnitligt en generelt sundere alderdom. Undervejs i de sundere leveår som ældre vil der imidlertid være sygdomsperioder med akutte skader (f.eks. brud eller hjerte-/kar-problematikker) eller opblussen af livsstilsygdomme (f.eks. ureguleret diabetes, KOL-anfald), hvor der er behov for hospitalsbehandling og efterfølgende intensiv kommunal pleje og omsorg.

Den ændrede sundheds-/sygdomsprofil og omlægningerne i det regionale sundhedsvæsen med kortere indlæggelsesperioder vil øge behovet for kommunale tilbud, hvor der kan gives intensiv pleje og omsorg – herunder rehabiliteringspladser. Det er ikke muligt at foretage en konkret beregning af, hvor mange rehabiliteringspladser ændringerne i sundhedsområdet vil medføre.

En eventuel beregning ville under alle omstændigheder blive meget uprækcis, da der i et længere tidsperspektiv vil være en række udviklingstendenser, som skaber en betydelig usikkerhed, f.eks.:

- Den gennemsnitlige indlæggelsestid for de 80+ årige er i 10-årsperioden frem til 2016 faldet med 38 %. Udviklingen i 10 årsperioden har været voldsom og forventes at fortsætte, men vil tempoet være den samme i de kommende 10 år?
- Den kommunale pleje- og omsorgsindsats har ikke mindst siden ca. 2010 ændret fokus fra ”passiv” hjælp mod rehabilitering og egenmestring. Vil denne udvikling fortsætte?
- Den sundhedsmæssige teknologi er i fortsat udvikling såvel på hospitaler som i kommunal regi. Hvad vil f.eks. telemedicinske løsninger i de kommende 10 år ændre på karakteren og behovet for pleje og omsorg?

Det aktuelle antal rehabiliteringspladser – 47 pladser i 2017 stigende til 65 pladser, når fuldt udrullet – i Viborg Kommune blev fastlagt med vedtagelsen af Budget 2014-2017. Beslutningen definerer serviceniveauet på området.

Der er forespurgt ved lederne på Rehabiliteringscenter Viborg og de plejecentre, som har midlertidige pladser, og det vurderes enslydende, at der er balance mellem målgruppen for de enkelte typer af pladser og de borgere, som henvises.

På rehabiliteringscenteret er der naturligvis spidsbelastninger, hvor rehabiliteringspladserne er fuldt belagt og udskrivelser må forsinkes 1-2 dage, eller borgere i målgruppen – efter en konkret vurdering – må tilbydes alternativer i form af midlertidig plads eller mere intensiv hjælp i eget hjem.

Fra plejecentrene er vurderingen samstemmende, at de borgere, der henvises til de midlertidige pladser er i målgruppen. Der er de første måneder af 2017 modtaget cirka 5 borgere, hvor borgerens kompleksitet blandt flere samtidige diagnoser umiddelbart indikerede, at de tilhører målgruppen for rehabiliteringspladser, men hvor en konkret vurdering af behovet for pleje og omsorg gør, at midlertidig plads er et velegnet tilbud.

2.2. Forholdet mellem behovet for rehabiliteringspladser og overkapaciteten på almene plejeboliger

a) Kapacitetsvurderingen på plejeboliger

Prognosen for det fremtidige behov for plejeboliger beregnes via kapacitetsanalysen, hvor der med afsæt i den forventede befolkningsudvikling (befolkningsprognosen) og udvikling i sundhedstilstanden (sund aldring) beregnes det nødvendige antal boliger til at opretholde dækningsgraden med plejeboliger.

I kapacitetsanalysen fremskrives behov for alle plejeboligtyper samlet – det vil sige almindelige og demensplejeboliger, midlertidige pladser og trygheds-/rehabiliteringspladser.

Kapacitetsanalysen fra marts 2016 er den nyeste analyse og dermed den mest aktuelle. Denne viser det forventede behov for, hvor mange boliger der kommer til at mangle over de næste 15 år, altså frem mod 2031. Normalt udarbejdes kapacitetsanalysen hvert 3 år, da forskydningerne ikke ændres væsentligt fra år til år, da alle kapacitetsanalyser har et 15 årigt sigte, men i forbindelse med budgetforliget fra 2016-2019 bad Forligspartierne om en revurderet kapacitetsanalyse af analysen fra 2014.

	Antal boliger	**Dækningsgrad**	**2019**	**2022**	**2025**	**2028**	**2031**	**Ekstra behov**
Område VEST	160	11,8	159	162	173	191	206	46
Område ØST	159	24,3	166	173	184	204	219	60
Område NORD	262	18,5	262	270	289	311	333	71
Område SYD	164	21,0	204	229	255	288	314	150
Viborg Kommune i alt	745	17,7	791	833	901	995	1071	326

Nedenstående tabel viser det forventede plejeboligbehov frem mod 2031.

I dag er der 745 plejeboliger i Viborg Kommune, fordelt med 622 kommunale boliger og 123 friplejeboliger. I 2017 udvides antallet af friplejeboliger med 39, herunder åbner et nyt friplejecenter i Frederiks med 24 boliger. Medio 2018 åbner Plejecenter Banebo i Banebyen med 100 plejeboliger. Senest har friplejehjemmet i Sparkær meddelt, at der opføres yderligere 11 boliger, som forventes klar cirka medio 2018. Til den tid vil der være en samlet kapacitet på 895 plejeboliger i Viborg Kommune.

Som man kan udlede af kapacitetsanalysen, så anslår den et fremtidig behov på forventet 901 plejeboliger i 2025. Dette behov vil stort set være dækket medio 2018, når Banebo ibrugtages, og der i alt er 895 boliger i Viborg Kommune.

Som supplement til de 895 plejeboliger er der i investeringsoversigten i Budget 2017-2020 i 2020 afsat penge til nyt plejecenter i Skals i størrelsesordenen 40-60 boliger. Endvidere er der i et længere tidsperspektiv en usikkerhedsfaktor omkring antallet af boliger på friplejehjemmene.

I et mellemlangt tidsperspektiv frem mod 2025 vil der være en overkapacitet af plejeboliger, mens der i et langsigtet tidsperspektiv - fra 2025 til 2031 - ses et fortsat stigende behov for plejeboliger. Behovet i 2031 ifølge kapacitetsanalysen vurderes at være 1071 boliger, altså ca. 200 boliger mere, end der er til rådighed fra medio 2018. Det skal dog tilføjes, at en fremskrivning af plejeboligbehovet med en så lang tidshorisont er behæftet med stor usikkerhed, blandt andet på grund af manglende viden om udviklingen i antallet af friplejehjemspladser, boligorganisationernes udvikling af nye boformer (f.eks. bofællesskaber for ældre) osv.

b) Forholdet mellem behovet for rehabiliteringspladser og den overordnede kapacitet af boliger

Udviklingen på sundhedsområdet og i befolkningens aldersmæssige udvikling (demografien) vil medføre et stigende behov for rehabiliteringspladser.

Behovet for rehabiliteringspladser alene vurderet ud fra den aldersmæssige udvikling i befolkningen (demografi) og forudsat en uændret dækningsgrad/serviceniveau vurderes på et mellemlangt sigt frem mod 2024 at være dækket med den planlagte kapacitet på Rehabiliteringscenter Viborg. Dermed kan behovet for rehabiliteringspladser også rummes inden for den samlede kapacitet.

Som beskrevet, vil der på grund af ændringerne i den ældre befolknings sundheds-/sygdomsprofil og omlægningerne på specielt hospitalerne være et behov for rehabiliteringspladser udover den demografisk betingede. Det er vurderingen, at også dette behov, om end det ikke lader sig beregne i et konkret antal pladser, kan rummes inden for den samlede boligkapacitet på mellemlang sigt. Der vil være behov for fleksibilitet i anvendelsen af de eksisterende boliger forskellige formål (almene pladser/midlertidige pladser/rehabiliteringspladser), men det samlede behov kan rummes inden for kapaciteten.

Afslutningsvis er det værd at bemærke, at overkapaciteten er vurderet alene ud fra fastholdelse af den eksisterende dækningsgrad/serviceniveau. Dette indebærer ikke, at overkapaciteten nødvendigvis svarer til en tilsvarende mængde af tomme boliger/pladser. Der vil være en grad af udbudsstyret udnyttelse, hvor tilstedeværelsen af kapacitet vil styrke efterspørgslen – et fænomen, som ofte omtales som ”stærekasse-effekten”. Den udbudsstyrede udnyttelse er grundlæggende en forøgelse af serviceniveauet.

2.3. Ny aldersdifferentieret takstmodel for kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen og budgetmæssige konsekvenser

Fra og med 2018 sker der en omlægning af den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Hvor kommunerne hidtil har medfinansieret de forskellige ydelser – indlæggelser, ambulante besøg og ydelser i almen praksis med samme procentsats, vil der fra 2018 være differentierede takster for somatiske indlæggelser og ambulante besøg afhængig af borgerens alder. Aldersgrupper og takster er vist i nedenstående tabel.

	Hidtidige KMF-model	Ny KMF-model fra og med 2018	
Stationær behandling (Indlæggelser)	34 % af DRG[(1)], maks. 15.078 kr. pr. indlæggelse	0-2 årige:	45 % af DRG, maks. ca. 25.000 kr. pr. indlæggelse
		3-64 årige:	20 % af DRG, maks. ca. 15.000 kr. pr. indlæggelse
		65-79 årige:	45 % af DRG, maks. ca. 25.000 kr. pr. indlæggelse
		80+ årige:	56 % af DRG, maks. ca. 30.000 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling (besøg/ydelser)	34 % af DAGS[(2)] maks. 1.487 pr. besøg	0-2 årige:	45 % af DAGS, maks. ca. 2.500 kr. pr. ydelse
		3-64 årige:	20 % af DAGS, maks. ca. 1.500 kr. pr. ydelse
		65-79 årige:	45 % af DAGS, maks. ca. 2.500 kr. pr. ydelse
		80+ årige:	56 % af DAGS, maks. ca. 3.000 kr. pr. ydelse

Noter: 1) Værdien af stationær behandling opgøres i DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper)

2) Værdien af ambulant behandling opgøres i DAGS-takster (Dansk Ambulant GrupperingsSystem)

Som det fremgår sker en stigning i medfinansieringsgraden for de 0-2 årige og for borgere fra 65 år og opad, mens medfinansieringsgraden for de 3- 64 årige falder.

I den aldersdifferentierede KMF-model har det aldersbetingede forbrug af sundhedsydelser altså direkte indflydelse på kommunens samlede udgifter til kommunal medfinansiering. I nedenstående tabel er den aktuelle (2016) aldersfordeling af sundhedsydelsesforbruget i Viborg Kommune vist.

2016	Antal indbyggere		Stationær / indlæggelser		Ambulant / Besøg	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
0-2 årige:	2.987	3 %	1.616	8 %	4.040	2 %
3-64 årige:	75.360	78 %	11.596	55 %	152.340	65 %
65-79 årige:	14.062	15 %	5.177	25 %	61.073	26 %
80+ årige:	4.313	4 %	2.734	13 %	15.610	7 %
I alt	96.722	100 %	21.123	100 %	233.063	100 %

Sundhedsdatastyrelsen har for nyligt via E-sundhed givet adgang til at foretage skyggeberegninger af den nye KMF-model. Her kan man, som vist i tabellen nedenfor beregne den nye models konsekvenser fra og med 2015.

Mio. Kroner	2015		2016		Januar-marts 2017	
	Gl. model	**Ny model**	**Gl. model**	**Ny model**	**Gl. model**	**Ny model**
Stationær	154,7	170,9	158,6	171,6	39,6	43,6
Ambulant	143,9	121,5	136,7	114,5	35,8	30,4
I alt	298,6	292,4	295,3	286,1	75,4	74,1
Samlet ændring i Viborg Kommunes udgift KMF	-6,2		-9,2		-1,3	

Som tabellen viser, så vil Viborg Kommune få en mindre udgift til kommunal medfinansiering af det somatiske sundhedsvæsen. Det er dog vigtigt at understrege, at den mindre udgift ikke nødvendigvis forbedrer Viborg Kommunes økonomi, da der samtidigt med indførelse af den aldersdifferentierede sker en justering i fordelingsnøglen, som fordeler bloktilskuddet mellem landets kommuner. I forhold til den kommunale medfinansiering er modellen for alle 98 kommuner under et, at der i Økonomiaftalen mellem regering og KL gives et bloktilskud modsvarende den samlede aftalte ramme for kommunal medfinansiering.

Med forbehold for den manglende viden om ændringerne i bloktilskuddet ser det ud til, at Viborg Kommune med den nye aldersdifferentierede KMF-model får svagt lavere/konstante udgifter totalt set. Aldersdifferentieringen i sig selv indebærer dog en fordeling af kommunens udgiftsbyrde, hvor en større del af udgiften vedrører den ældre del af befolkningen, mens der er relativ færre udgifter i aldersgruppen 3-64 år.

En forsøgsvis fremskrivning af Viborg kommunes udgifter til KMF i såvel den eksisterende KMF-model som den nye KMF-model i et længere tidsperspektiv til henholdsvis 2015 og 2032 viser relativ lavere samlet udgift i 2025 og højere udgift i 2032 ved den nye KMF-model. Udsvinget er dog kun 3-4 %, hvorfor det ikke er muligt at konkludere på resultatet. Fremskrivningen er gennemgående meget usikker, da det er overvejende sandsynligt, at en række forudsætninger og vilkår vil ændre sig i også i de kommende år;

- Der vil med sikkerhed ske en ændring af bloktilskudsnøglen, som regulerer det bloktilskud, som kommunen modtager til finansiering af de kommunale medfinansieringsudgifter.
- Der vil være en fortsat udvikling i det regionale sundhedsvæsen, hvor trenden med omlægning fra stationær til ambulant forløb formodentlig vil fortsætte. Tilsvarende vil der være en udvikling i teknologierne - behandlingsmetoder, telemedicin osv.

Konklusionen på ovennævnte gennemgang af konsekvenserne af den nye aldersdifferentierede model for kommunal medfinansiering er altså, at der på det nuværende vidensniveau ikke kan siges noget entydigt om udviklingen i kommunens samlede omkostninger. Den gennemførte analyse er baseret på en alt andet lige forudsætning, altså at det nuværende forbrug af sundhedsydelser pr. borger er uændret i årene fremover. Denne forudsætning indebærer, at den regionale aktivitetsramme følger befolkningsudviklingen, at de forebyggende indsatser har uændret effekt, at kvalitetsstandarder og serviceniveauer er uændret osv.

4. Oversigt over plejecentre – ventelister og belægningsprocenter

Venteliste almene plejeboliger

Den aktuelle venteliste (uge 17 2017) til plejeboliger er 52 borgere. Når borgerne søger om plejebolig har de mulig for at søge et bestemt plejecenter og/eller angive et geografisk ønske (f.eks. Viborg by). Fordelingen af de aktuelle ønsker på plejecentre og geografi er vist i nedenstående tabel i kolonnen "venteliste".

	Venteliste	Belægningsprocent			
	Almene plejeboliger			Midlertidige pladser	Rehabiliterings-pladser
	Uge 17	apr-17	2017 totalt	2017 totalt	2017 totalt
Total	**52**	**96**	**96**	**72**	**86**
Aabrinken Grøften-P	1	100	**100**		
Aabrinken handi-P	1	75	**78**		
Aabrinken-P	0	94	**91**		
Birkegården-P	4	100	**98**		
Blichergården-D	0	92	**98**		
Blichergården-P	11	96	**96**		
Højvangen-P	4	90	**93**	**77**	
Kildedalscentret-P	2	100	**97**	**86**	
Kildehaven-D	1	100	**94**		
Kildehaven-P	12	93	**93**		
Rehabiliteringscenter Viborg(1)					**86**(2)
Liselund-D	3	94	**96**	**59** (3)	
Møllehuset psyk-P	5	100	**100**		
Overlundgården-P	14	98	**98**	**80**	
Pensionistgården-D	3	83	**94**	**84**	
Pensionistgården-P	1	100	**99**		
Sjørup Ældrecenter-D	1	95	**81**		
Sjørup Ældrecenter-P	4	97	**95**		
Skovgården-P	6	94	**97**		
Skovvænget-D	7	100	**99**	**79**	
Skovvænget-P	5	97	**97**		
Toftegården Sen hj. -P		100	**100**		
Toftegården-D	0	100	**91**		
Toftegården-P	1	100	**93**	**88**	
Søger hel Viborg Kommune-D	2				
Søger hel Viborg Kommune-P	8				
Søger hele Viborg by-D	1				
Søger hele Viborg by-P	6				

1) De tidligere plejecentre Klosterhaven og Klostertoften er under omlægning til rehabiliteringscenter
2) Belægningsprocent i april 2017 er 79 %
3) Inklusiv de 6 pladser på afsnit til udadreagerende borgere

Belægningsprocenter

Belægningsprocenterne for 2017 (januar-april) er vist i ovenstående tabel. Som det fremgår er belægningsprocenterne:

Almene plejeboliger i alt: 96 %

Midlertidige pladser i alt: 72 %

Rehabiliteringspladser i alt: 86 %

Ved vurderingen af belægningsprocenterne er det væsentligt at have for øje, at midlertidige pladser og rehabiliteringspladser anvendes til kortere ophold, hvorfor der er relativ hyppige skift, hvor boligen typisk vil være ledig en eller flere dage.