

Notat: Budgetudfordringer på sundhedsområdet - **Rehabiliteringscenter Viborg****1. Opsamling**

Der er på Rehabiliteringscenter Viborg sket ændringer i brugerprofilen i forhold til de oprindelige forudsætninger, som medfører en divergens til de eksisterende budgetrammer.

Presset er skabt af følgende:

- I forudsætningerne var grundlaget at rehabiliteringscenteret skulle bestå af tilbud om akutpladser, rehabiliteringspladser, stillestuer, demenspladser, livstilsforløb, Living lab med et vekslende behov for sygepleje/genoptræning. De faktiske erfaringer er, at profilen for borgere, der flytter ind på centeret, stort set udelukkende består af borgere med et højt behov for pleje/genoptræning.
- Siden centeret blev etableret i 2014 har der været en kontinuerlig stigning i borgernes kompleksitet. En stigning som blandt andet sker i konsekvens af omlægningerne i det regionale sundhedsvæsen med kortere indlæggelsestider og mere brug af ambulante behandlingsforløb. Konsekvensen for rehabiliteringscenteret er, at man modtager borgerne tidligere i behandlings-/ rekonvalescens-/ rehabiliteringsforløbet.

Ændringerne medfører et udgiftspres i størrelsesordenen 1,5 - 2,5 mio. kr. (2017-prisniveau) over det oprindeligt budgetterede, når alle 65 pladser er omdannet til midlertidige pladser. (Beregningsen trykprøves efter påske – ligesom det vil blive beregnet hvor stort budgetbehovet vurderes, at være i 2018 og overslagsårene i takt med omdannelsen af pladserne).

2. Historikken omkring Rehabiliteringscenter Viborg

Socialudvalget besluttede i 2013 at etablere et samlet rehabiliteringscenter for Viborg Kommune på plejecentrene Klosterhaven og Klostertoften. Finansieringen af rehabiliteringscenteret skete via budgetforliget omkring Budget 2014-2018.

Plejecentrene Klosterhaven og Klostertoften rummede oprindeligt 74 pladser. I forbindelse med ombygning (opdatering af blandt andet toilet/bad) er antallet reduceret til 65 pladser.

Pladserne på Klosterhaven og Klostertoften er løbende blevet konverteret til rehabiliteringsformål i takt med, at de beboerne (faste beboere) er fraflyttet. (Se tabel 1)

Tabel 1	Rehabiliteringspladser	Faste pladser	I alt
Februar 2015	33	41	74
Februar 2016	40	25	65
Februar 2017	47	18	65
Februar 2018 - antagelse	55	10	65
Mål	65	0	65

3. Ændringer i forudsætningerne om sammensætningen af borgerprofiler

Forud for etableringen af rehabiliteringscenteret blev der nedsat arbejdsgrupper, som fremkom med forslag til visionen for samlingen af midlertidige pladser i Rehabiliteringscenter Viborg.

I forslaget indgik flere typer af pladser:

- Tryghedspladser – til intensiv behandling af borgere, som alternativ til hospitalsindlæggelse
- Stillestuer – til dels terminale borger, som alternativ til hospice/hospital og dels borgere med behov for væsketerapi, medicinjustering og lignende, som ellers normalt indlægges.
- Rehabiliteringspladser – til borgere:
 - Med komplekse problemstillinger, der aktivt kan medvirke til et rehabiliterende forløb via en sammenhængende koordinerende indsats fra flere faggrupper.
 - Med komplekse problemstillinger, hvor der er behov for en tværfaglig udredning og eventuelt en kortvarig rehabiliterende indsats.
 - Fra eget hjem, som har brug for kortvarigt intensivt rehabiliterende forløb med flere faggrupper.
 - Fra eget hjem, som har behov for et kortvarigt intensivt træningsforløb f.eks. benamputerede (§140 Genoptræningsplan), når de har fået deres benprotese.
- Demenspladser – til dels ny diagnosticerede borgere med behov for nat, weekend heldagsophold eller rehabiliterende/genetablering af døgnrytme, og dels borgere med demens/demenslignende symptomer, der skal udredes eller afklares med henblik på fremtidig bolig.
- Living Lab pladser – til borgere, der midlertidigt eller varigt kan højne egenomsorgen/mestring af hverdagen med hjælp af omsorgsteknologi.
- Livstilsforløb – til borgere, som ikke kan benytte Sundhedscenterets tilbud, men som kan profitere af livstilsforløb.

Den forudsatte diversitet i typer af pladser og profilen for målgruppen rummer en forventning om, at de forskellige typer af pladser / borgerprofiler kræver forskellige ressourcer i forhold til tid til sygepleje, træning og omsorg.

Der er i udgangspunktet forudsat en vis fleksibilitet, så der er ikke en firkantet fordeling af antal pladser på de enkelte typer. Dermed undgås flaskehalse, hvor f.eks. en stillestue er ledig, mens der er venteliste på rehabiliteringsplads.

Den faktiske profil for borgere, som benytter pladserne på rehabiliteringscenteret, rummer ikke den forudsatte diversitet. Langt de fleste af borgerne, der henvises placeres i gruppe C og D, som er kendetegnende for det komplekse og meget komplekse forløb. (Der arbejdes med stratificering af borgere i grupperingerne A-D efter plejetyngde)

Fraværet af mindre/ikke komplekse borgere indebærer, at der ikke er balance i den nødvendige indsats til sygepleje, træning og omsorg, således som forudsat ved etableringen af Rehabiliteringscenter Viborg.

Der er flere årsager til den stigende kompleksitet blandt borgerne, som henvises til rehabiliteringscenteret. Disse er nærmere beskrevet i det følgende afsnit.

4. Stigende kompleksitet

Den stigende kompleksitet blandt borgerne, der henvises til rehabiliteringscenteret, er en fortsat udvikling, som der ikke er nogen entydig årsag til. Den stigende kompleksitet – altså interaktionen af forskellige årsager – blandt borgerne lader sig ikke entydig beskrive, men en række af de typiske årsager er kort beskrevet nedenfor. (Supplerende til beskrivelsen findes i bilag A korte cases til illustration).

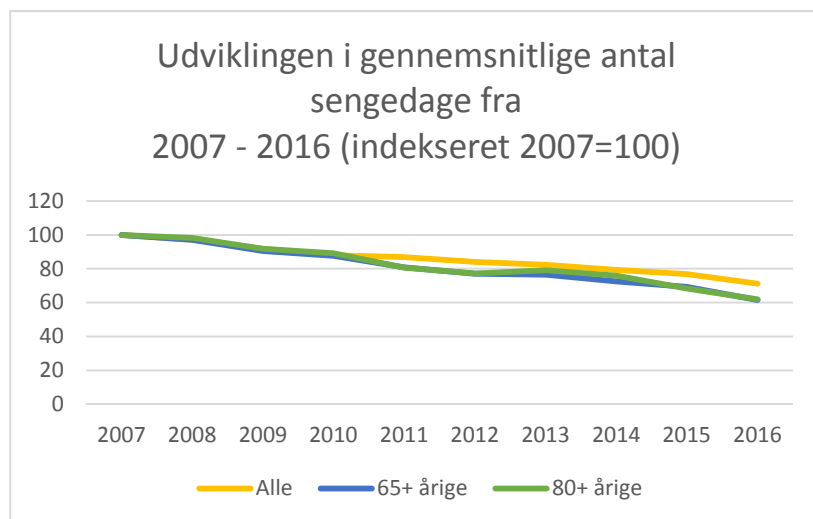
- Kortere/accelererede behandlingsforløb på hospitalet

Som vist i nedenstående figur 1 er der en kontinuerlig nedgang i den gennemsnitlige indlæggelsestid på hospitalet. For befolkningen samlet har reduktionen fra 2007 til 2016 været -29 % fra 4,2 dage til 3,0 dage.

De kortere indlæggelsestider er især gældende for den ældre del af befolkningen, idet der for aldersgruppen 65+ årige er sket et fald fra 5,8 dage til 3,55 (-38 %), dage, og for aldersgruppen 80+ årige er faldet fra 6,0 dage til 3,75 dage (-38 %).

Det generelle fald i indlæggelsestiderne skyldes flere forhold. Der er stærk fokus på effektivitet og flow på hospitalerne, der ibrugtages nye og mindre indgribende behandlingsformer, og der er en fortsat "specialisering" på hospitalerne, hvor man fokuserer på den speciallæge behandling, mens kontrol, efterbehandling og rehabilitering i vid udstrækning flytter til almen praksis/kommuner i en fortsat opgaveglidning.

Figur 1: Udviklingen i de gennemsnitlige sengedage pr. indlæggelse (Indekseret 2007=100)



Forskellene i varighederne 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 forskellig afhængig af patientens alder er på den efterfølgende periode, hvor patienten skal komme til sig selv og skal genvinde sit fysiske og kognitive funktionsniveau.

- Højere komorbiditet (flere samtidige diagnoser)

Komorbiditet – altså at borgerne har flere samtidige lidelser/diagnoser – opleves i stigende omfang. Stigningen er en naturlig følge af, at flere og flere erhverver f.eks. livsstilssygdomme som diabetes, KOL, Hjerte-/karsygdomme, knogleskørhed m.fl. Tilsvarende ses også en stigning i forekomsten af demenssygdomme samt en række psykiatriske lidelser.

Den stigende komorbiditet har konsekvenser for rehabiliteringscentrets indsats, idet "bi-diagnoserne" ofte har indflydelse på, hvornår og hvor intensiv rehabiliteringsarbejdet kan iværksættes.

Sygdomsbillederne er så komplekse, at der går tid, inden borgeren er klar til/responderer på træning/rehabilitering.

Komorbiditeten 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.

- Flere terminale forløb

Der opleves et stigende antal terminale forløb. Blandt andet i konsekvens af de kortere hospitalsophold opleves flere forløb, hvor borgere udskrives - ofte med genoptræningsplaner – men reelt er i terminal fase.

De terminale forløb indebærer – udover den faglige indsats – mere socialfaglige opgaver for at støtte borger og pårørende i den terminale fase, så den opleves værdig og etisk.

Parallelt med de ovennævnte forhold oplever personalet på rehabiliteringscenteret også den almene samfundsudvikling med svagere sociale relationer, hvor der oftere er et mindre tæt netværk omkring de henviste borgere, og dermed en mindre støtte omkring håndteringen af praktiske forhold og koordinering. De lidt løsere netværk kan f.eks. skyldes den almindelige mobilitet i samfundet, hvor pårørende ikke nødvendigvis bor lokalt – det vil sige, at der ikke i dagligdagen er pårørende i nærheden, som i det daglige varetager kontakt med praktiserende læge, hvorfor rehabiliteringscentrets personale varetager denne opgave.

5. De økonomiske konsekvenser og finansieringsperspektivet

De ovenfor beskrevne forhold indebærer samlet, at der er et stigende behov for yderlige personale.

Det samlede udgiftspres er i størrelsesordenen 1,5 - 2.5 mio. kr. (2017-prisniveau)

Den økonomiske beregning er summen af en række justeringer i bemanning i de forskellige vagtlag. Bemanningen er generelt styrket med henblik på imødekomme af de henviste borgeres behov.

Det opgavemæssige pres på rehabiliteringscenteret og det deraf afledte udgiftspres har sammenhæng med øvrige dele af den kommunale økonomi og/eller den samlede sundhedsøkonomi. Med andre ord er der i en vis udstrækning tale om en række prioriteringer af, hvor opgaven skal placeres og udgiften afholdes.

Som nævnt i afsnit 3 er rehabiliteringscenterets pladser – i modsætning til forudsætningerne – stort set i fuld omfang blevet anvendt til egentlige rehabiliteringspladser, hvor borgerne har behov for markant sygepleje, genoptræning og omsorg. Har Viborg Kommune ikke kapacitet til at hjemtage borgere fra hospitalerne, når de bliver erklæret færdigbehandlet, vil der formodentlig skulle ske en øget betaling for "færdigbehandlede patienter". Betalingen herfor er – efter lovændringen pr. 1. januar 2017¹ – for 1. og 2. dag 4.024 kr. pr. dag og for dage herefter 6.036 kr. Til perspektivering af disse takster er den gennemsnitlige driftsomkostning pr. plads pr. dag på rehabiliteringscenteret knap 1.500 kr. (2017)

Viborg Kommune har historisk haft meget lave udgifter for færdigbehandlede somatiske patienter.

¹ Bopælskommunen betaler til regionen 2.012 kr. pr. sengedag som færdigbehandlet. Herudover betaler bopælskommunen til staten 2.012 kr. pr. sengedag for 1. og 2. dag og 4.024 kr. fra 3. dag og frem. Betalingerne til staten tilbagebetales til kommunerne i regionen fordelt efter folketal.

Med det fortsatte fald i indlæggelsestiderne sker der alt andet lige en reduktion i hospitalernes omkostninger pr. behandlingsforløb (DRG-takst), som kommunerne er medfinansierende af². Der ses i seneste år et beskedent fald i de kommunale gennemsnitsudgifter pr. indlæggelse. Der ses imidlertid ikke et fald i de samlede kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsområdet. Årsagen hertil er, at hospitalerne anvender den frigjorte kapacitet til behandling af andre patientgrupper. Regionerne og hospitalerne har gennem årene fået en række krav om udrednings- og behandlingsgarantier, som opslugt den frigjorte kapacitet.

Fra og med 2017 er hospitalerne i Region Midtjylland ikke underlagt rammestyring. Hospitalerne skal med andre ord ikke præstere en bestemt aktivitetsmængde (DRG-point) men måles i stedet på opnåelse af andre mål – kvalitetsmål, imødekommelse af udrednings- og behandlingsret osv. Den samlede region er dog fortsat underlagt en aktivitetsmæssig rammestyring, hvorfor der fortsat er incitamenter, som sigter mod fuld udnyttelse af kapaciteten.

I forhold til de kommunale udgifter til medfinansiering vil der derfor umiddelbart ikke være nogen udgiftsreduktion i konsekvens af de kortere indlæggelsestider. Der vil dog være afledte gevinster i forhold til eksempelvis kortere ventetider til hospitalet og i forlængelse heraf også afledte gevinster på den kommunale mindre hjemmehjælp, kortere sygemeldinger/sygedagpenge osv.

I relation til ovennævnte konklusion skal det dog bemærkes, at reglerne for den kommunale medfinansiering ændres fra 2018, hvor medfinansieringsprocenten aldersdifferentieres, så kommunerne betaler en højere andel af DRG-taksten for hhv. de helt unge børn og den ældre del af befolkningen. For borgere mellem 65-79 år vil medfinansieringsprocenten således være ca. 45 %, men den for borgere på 80+ år vil være ca. 56 %.

Borgere, som henvises til rehabiliteringscenteret, tilhører langt overvejende den ældre del af befolkningen – altså den aldersgruppe, hvor der er den højeste kommunale medfinansiering. Den aldersdifferentieret medfinansiering rummer et kommunalt incitament til reducere den ældre befolknings benyttelse af hospitalet. Det er næppe sandsynligt, at der vil ske et fald i de kommunale medfinansieringsudgifter – set i forhold til det aktuelle niveau – men der vil formodentlig være et øget udgiftspres til hospitalsbehandling, hvis kommunerne ikke imødekommer forventningerne om at kunne håndtere de ældre komplekse borgere.

I forhold til den nye model for kommunal medfinansiering skal bemærkes, at detaljerne endnu ikke fastlagt, og at kommunerne for nærværende ikke har adgang til så specificerede data, at der kan laves konkrete beregninger på konsekvenserne for de kommunale udgifter. Med den ændrede medfinansieringsmodel sker samtidigt en justering i bloktilskuddet, så kommuner ikke stilles ringere på grund af deres demografi, altså den aldersmæssige sammensætning af befolkningen.

I forhold til anvendelse af rehabiliteringscenteret til løsning af opgaverne omkring de grupper af borgere, som henvises med behov for intensiv sygepleje, genoptræning og rehabilitering er der naturligvis mulighed for at løse opgaven i andet kommunalt regi. Alternativet kan foregå i eget hjem bistået af den kommunale sygepleje/hjemmehjælp eller på plejecentrenes midlertidige pladser, men dette vil formodentlig være en dyrere løsning.

² Kommunerne medfinansierer 34% af DRG-taksten, dag maksimalt 15.078 kr. pr. indlæggelse

Bilag A – Cases til illustration

Case I:

Borger har Apopleksi – stor blødning, er somnolent (søvnig/døs i sygelig grad) ved ankomst.

Borger kan ikke flyttes til hjemland ingen modtagerland.

Borger er ikke dansk statsborger, forstår ikke meget dansk og har ingen nære tilhørsforhold. Der var problemer i forhold til manglende lægetilknytning og derfor store udfordringer i dette samarbejde, der primært blev vagtlægen

Stort neurofysiologisk arbejde med mobilisering med lejringsplaner der skulle kommunikeres ud samt planlægning af fremtid på plejehjem.

Den kommunikative del der har fyldt i forhold til borger, pårørende og visitation. Pårørende bosat i Sydafrika (nevø), det være sig skriftligt såvel som mundtligt.

Borger døde inden udskrivelsen

Case II:

Anden borger som, kom med åbent kranie og cykelhjelme til opvågning og afklaring. Borger er kaotisk, og der er brug for at arbejde tæt sammen tværfagligt og relationel kordinere med eksterne samarbejdspartnere - Hammel Neurocenter, egen læge mfl.

Meget nænsom træning og skånsom lejrning der kræver meget omfattende og tæt samarbejde i alle tre personalegrupper.

Case III:

Amputationsborger der har meget lav grad af mestring samt andre fysiske begrænsninger i kredsløbet. Her samarbejdes med bl.a. Bandagist, læge og sårcenter

Borger har grundet sin lave mestringsgrad svært ved, at samarbejde og compromitterer kontinuerligt indgåede aftaler. Det kræver, at hele konteksten omkring borgeren er i konstant dialog og samarbejder ned i detaljen.

Case IV:

Dement borger som kommer til vurdering om fremtid, da ægtefælle ikke kan klare borgeren i eget hjem.

Borger er meget vandrende og går konstant uanset tid på døgnet ind på stuer hos andre borgere på RCV. Borger falder under disse vandreture og bliver mere og mere sengeliggende, hvilket borger ikke kan finde ud af. Personalet kan ikke vurdere om borger er smertepåvirket eller råber fordi han ikke kan forstå hvor han er.

Borgerne er i den periode han er på RCV i delir (En psykisk lidelse, der opstår akut som følge af en skadelig påvirkning af hjernen. Lidelsen viser sig ved nedsættelse af bevidsthedsniveauet (vågenhedsgraden) med svigtende opmærksomhed og forstyrrelse af tænkningen)

Delir ved demente borgere er svært håndterbar, da de ikke selv kan udtrykke sig at finde årsagen til delir, som kan være forårsaget af såvel medicinske årsager, eller at borgeren er kommet i nye uvante omgivelser. Vi må sætte fast vagt på borgeren især om natten, da han slet ikke kan falde til ro i sin egen krop. Der er læge inde over forløbet flere gange i løbet af weekenden. Hvor det ender med borger indlægges til observation for meningitis.

Ægtefælle aflaste ikke i dette tilfælde. Hun føler ikke, at hun kan forlade sin ægtefælle og er på RCV under det meste af opholdet. Forløbet afsluttes da borger får en plads på demensplejehjem.

Case V:

Borger 64 år, udviklingshæmmet og har diabetes. Borger er i insulinbehandling, som ikke er reguleret.

Borger har nedsat syn på venstre øje, blind på højre øje og er meget svær at kommunikere med.

Terminal nyresyg - For denne borger skal tingene foregå på samme måde hver dag. Tingene skal ligge på samme sted.

Borger vurderes ikke habil til at forstå konsekvens af til- eller fravalg af pleje og behandling. Regere ofte verbalt vred og kan være truende når han ikke bliver forstået, eller ikke forstår situation.
