

Fremtidens seniorområde- "Nye seniorer- nye muligheder og udfordringer."

Arbejdsgruppen vedrørende fremtidens seniorområde

Deltagere: Steen Dall-Hansen, Pia Larsen, Lisbeth Salkvist, Lis Flyvholm, Merete Bastrup, Kim Rosenkilde.

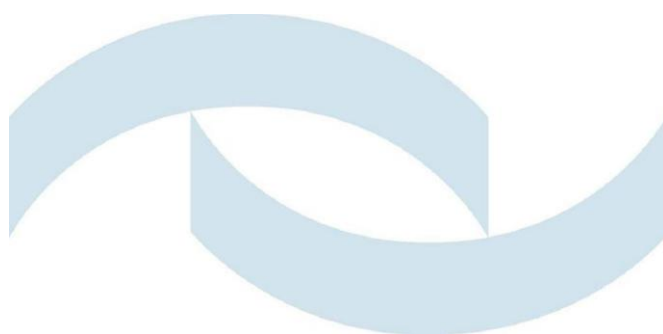
1. Indledning og baggrund.

Seniorudvalget har igangsat en process som skal resultere i udformningen af en vision for seniorområdet. Seniorudvalget drøftede en proces for udformningen af en vision på fremtidens seniorområde den 13. marts 2013. Her besluttede man at;

- Seniorråd, personale og ledere fra Senior Service skal være repræsenteret i arbejdet med at udforme visioner for seniorområdet.
- Spørgeguide skal udformes og skal også belyse, hvilke tilbud man ønsker, hvis man bliver afhængig af omsorg og pleje.
- Personer som aktuelt modtager pleje og omsorg eller som er pårørende til disse skal inddrages i undersøgelsesfasen.
- Projektet forankres i Seniorudvalget
- Udkast til kommissorium for arbejdsgruppen udarbejdes af administrationen til behandling i Seniorudvalget.
- Resultatet af arbejdet forventes at foreligge medio 2014.

1. led i processen med at udarbejde en vision for området er at foretage en beskrivelse af området. Hvordan ser lovgivningen ud indenfor området? Hvilket spillerum har kommunen? Og hvilke problemer er det vi står overfor i fremtiden? Dette notat er et forsøg på svare på nogle af disse spørgsmål og beskrive nogle af de udfordringer området står overfor i fremtiden..

Der har desuden været foretaget en evaluering af kommunens seniorlivspolitik. Denne blev drøftet på kommuneledelsens møde den 23. marts 2013. Beslutningen herfra var, at Kommuneledelsen anbefaler til Seniorudvalget, at seniorlivspolitikken erstattes af det , som bliver resultatet af det aktuelle visionsarbejde på området.



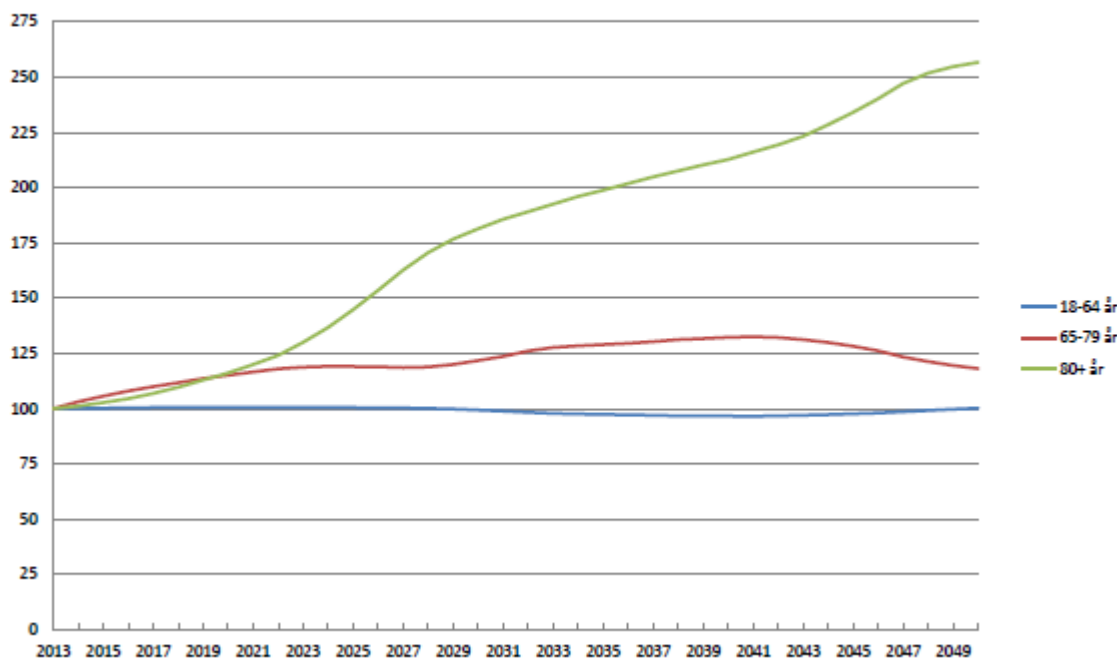
2. Den demografiske udvikling .

Det er ikke en nyhed, at antallet af ældre stiger kraftigt de næste mange år samtidig med, at de bliver færre unge og dermed personer i den arbejdsdygtige alder. Det giver store udfordringer for det eksisterende plejesystem. Kommunaløkonomisk Forum havde et debattmøde 10. Januar 2013 med titlen " *Demografien på ældreområdet - en potentiel udgiftsbombe*".

Figur 2.1. er taget fra oplægget fra Kommunaløkonomisk Forum og viser den demografiske udvikling generelt i Danmark fordelt på 3 aldersgrupper.

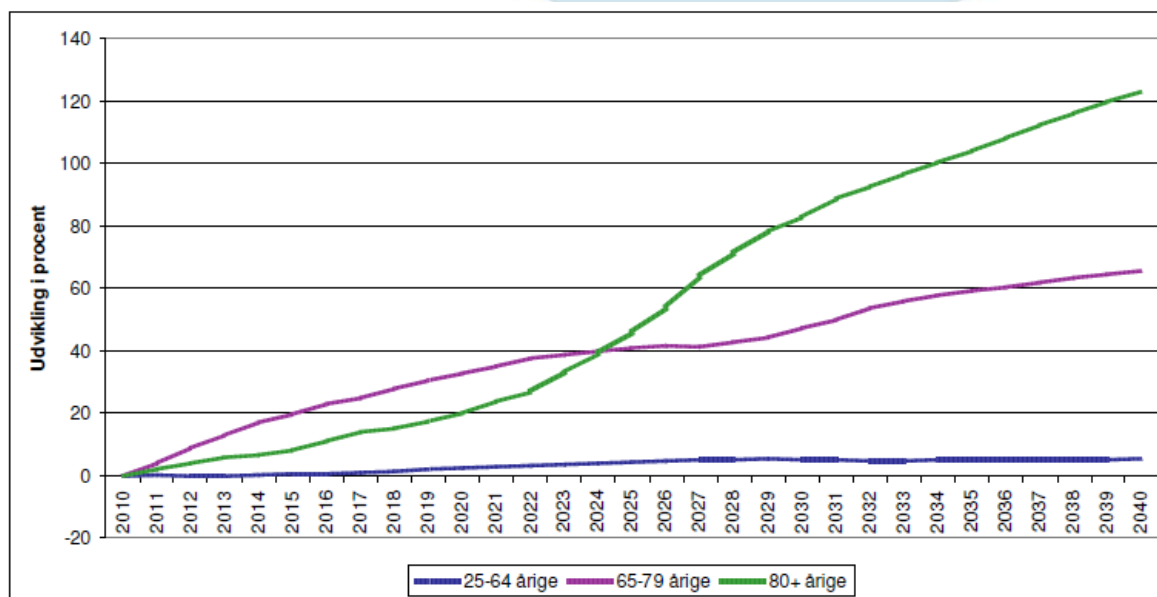
Figur. 2.1

Demografisk forecast 2013-2050 (indeks 2013 = 100)

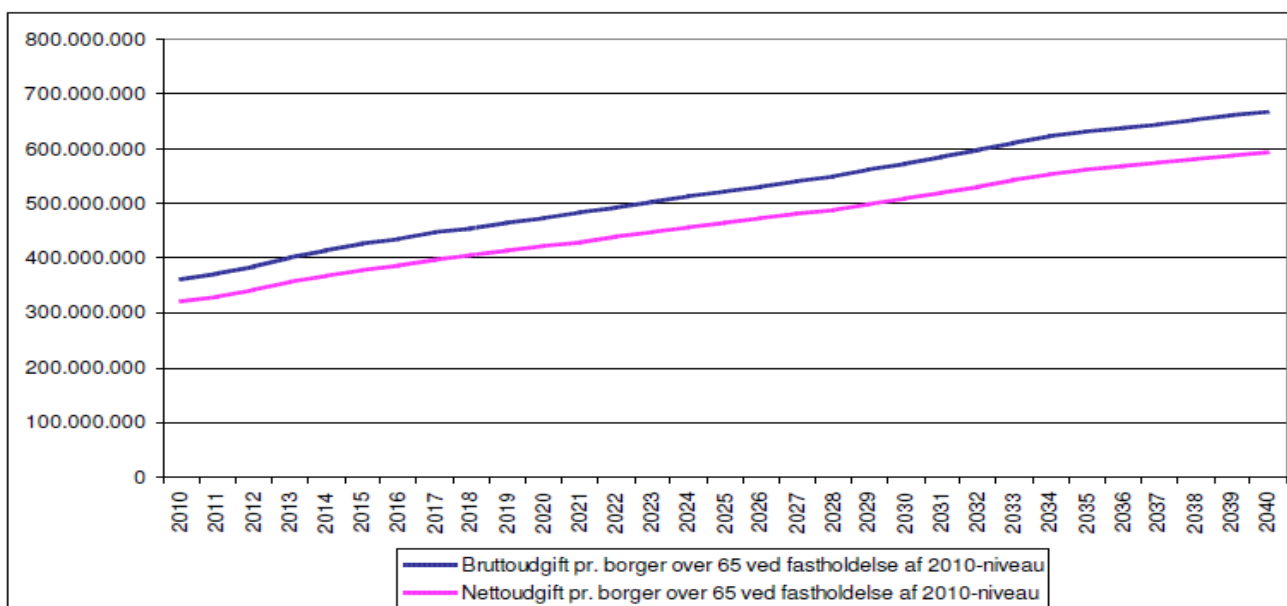


Det tidligere Social- og Seniorudvalg har på baggrund en række analyser gennemgået og drøftet demografien på seniorområdet i 2011 og drøftet mulige løsninger på de fremtidige udfordringer, som man står overfor. Figur 2.2 og 2.3 er taget fra rapporten " *Demografisk udvikling på Seniorområdet og tilpasninger*" behandlet af Social- og Seniorudvalg og Byråd i november 2011.

Figur 2.2. Forventet demografisk udvikling 2010-2040 for Hedensted Kommune opdelt på 3 aldersgrupper.



Figur 2.3. Udvikling i udgifter til ældreudgifter i Hedensted Kommune 2010-2040 ved fastholdelse af 2010 niveau pr. borger over 65 år.



Figur 2.1-3 viser en ændret demografi, og dermed også et øget økonomisk pres på området i løbet af de næste år. Men der er også stor usikkerhed omkring omfanget af det demografiske pres – således er det utvivlsomt, at der bliver flere ældre, men vi ved ikke hvor selvhjulpne de bliver, og dermed hvor plejekrævede de vil være.

Figur 2.2-3 stammer fra rapporten "Demografisk udvikling på Seniorområdet og tilpasninger" behandlet af Social-og Seniorudvalg og Byråd i november 2011. Udgangspunktet for rapportens tal er 2010 niveau. De nyeste tal 2013 niveau (kilde danmarks statistik), viser at den fremtidige stigning i antallet af borgere 65+ i Hedensted Kommune stiger mere end først antaget i rapporten (figur 2.4).

Fig.2.4 - Forventet demografisk udvikling 2013-2040 for Hedensted Kommune for aldersgruppen 65+

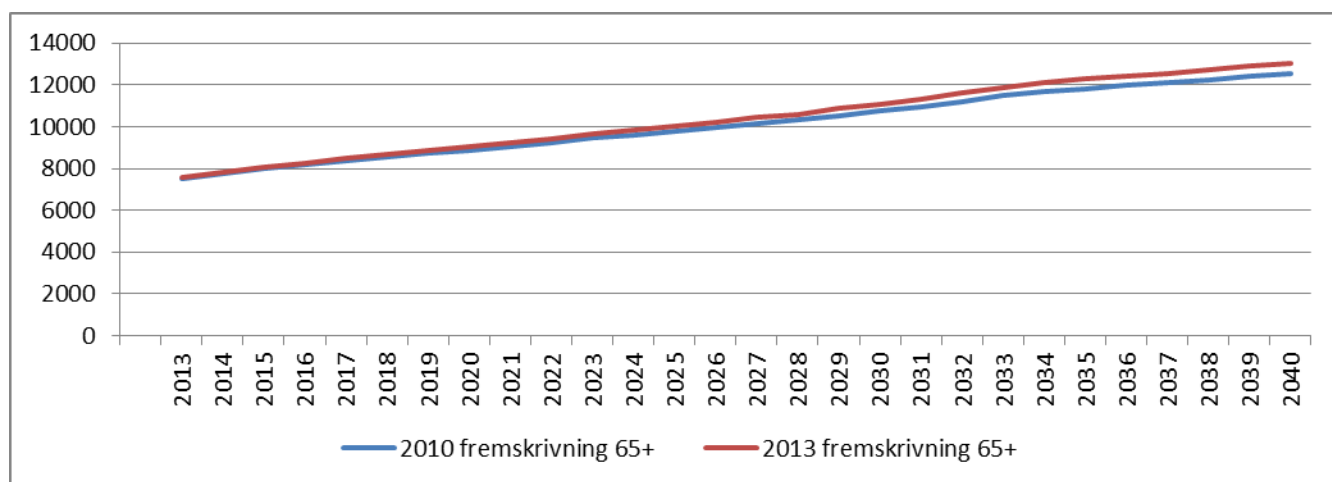
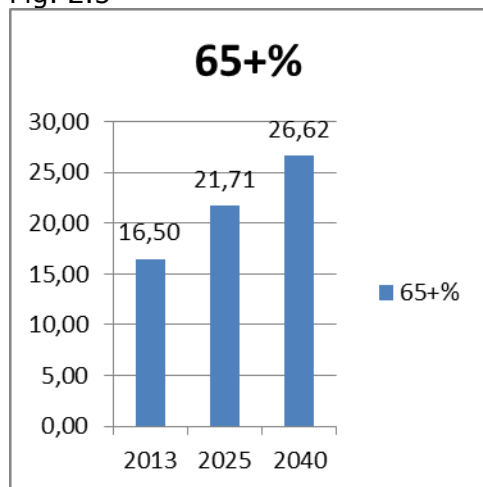


Fig. 2.5



Som vist i figur 2.5 vil andelen af ældre 65+ stige således, at aldersgruppens andel af kommunens samlede befolkning i 2025 vil udgøre 21,71% af kommunens samlede befolkning og 26,62% i 2040 mod 16,5% i 2013.

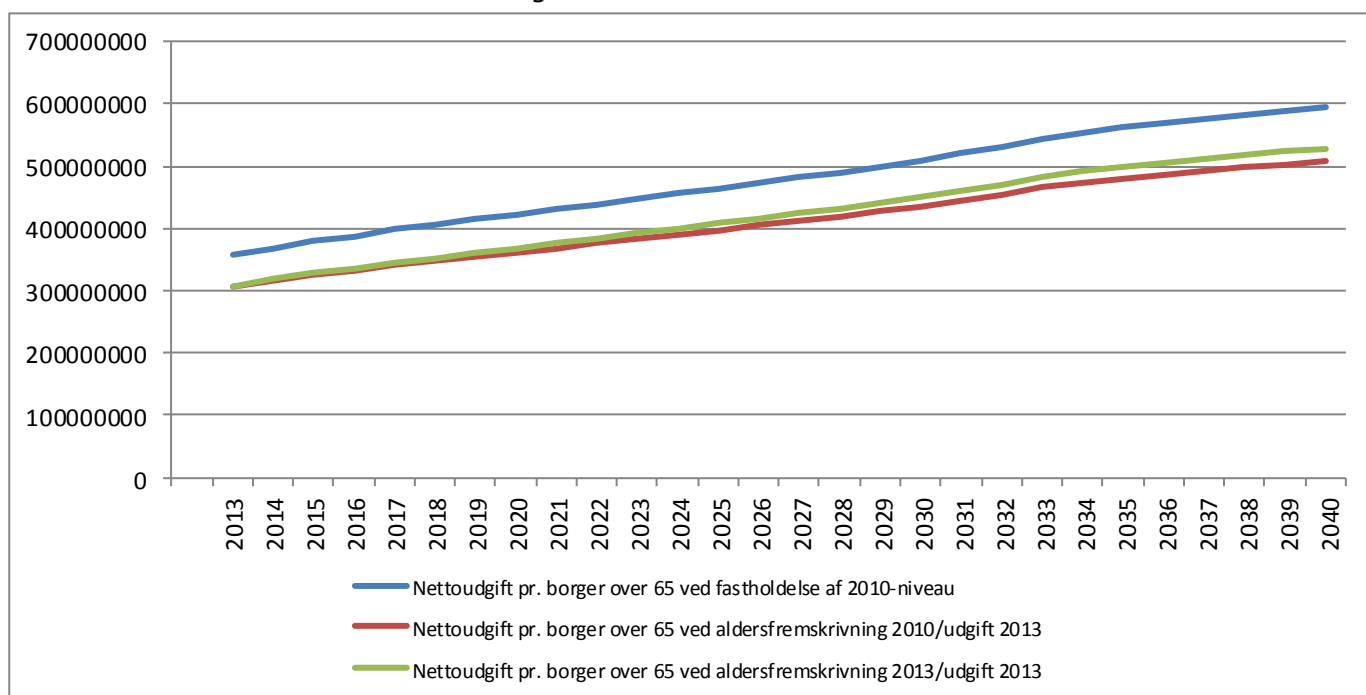
Rapporten "Demografisk udvikling på Seniorområdet og tilpasninger" angav kommunens nettoudgift for borgere 65+ til 47.513 kr.(2010 niveau). I 2013 niveau er tallet i henhold til de kommunale nøgletal faldet til 40.643 kr. Der er altså sket et fald i nettoudgiften for borgere 65+.

Dette fald i netto udgiften for borgere 65+ kan skyldes mange ting. Bl.a.er der de seneste år iværksat forskellige tiltag og servicetilpasninger. Faldet i nettoudgifterne skyldes derfor nok en kombination af flere ting. Nogle af de tiltag der de seneste år er iværksat på området og som kan have påvirket økonomien er bl.a.;

- En optimering af driften, hvor pengene følger borgerne i forhold til fritvalgs ydelser.
- Gennem en effektivisering af planlægningen er brugertidsprocenten (den tid der bruges ved borgeren) steget fra 64% til 71%.

- Der er på baggrund af en iværksat analyse af kostområdet i 2011 sket en udvikling af seniorforplejningsområdet med en besparelse på 1,5 mio. kr.
- Leasede biler på seniorområdet i stedet for udbetaling af kørselsgodtgørelse.
- Etablering af kvikskranke på hjælpemiddeldepotet.
- Etableret sygeplejeklinikker 3 steder i kommunen, en i hvert distrikt.
- Ansættelsen af en frivillighedskoordinator til at udvikle hele frivillighedsområdet.
- Etablering af kortidsophold i Løsning. Evalueringen af korttidsopholdet viste bl.a en effekt på færre timer til hjemmehjælp, og færre sygehusindlæggelser efterfølgende.
- Incitamentstyring på seniorområdet.
- Tilpasning af medarbejderstyrken fra 0,77 personaleenhed til 0,6 personaleenhed på plejecentre pr. bolig.
- Fra 1.januar er budgettildeling til plejecentre tildelt månedsvist på baggrund af beboernes aktuelle funktionsniveau.
- Trimning af rehabiliteringsområdet herunder bedre tilgængelighed og større smidighed i forhold til hjælpemiddeludlån.
- Indførelse af hverdagsrehabilitering i Senior-service "længst muligt i eget liv" med baggrund i Fredericia modellen. Herunder etableringen af tværfagligt rehabiliteringsteam samt trænende hjemmehjælp indledningsvis målrettet nye borgere.
- Forsøg med henblik på at gøre folk selvhjulpne ved etablering af toiletter med Bidet-funktion.
- Interesserede borgere tilbydes robotstøvsugere betalt af Hedensted Kommune.
- Forsøg med anskaffelsen af strømpeaftager til den ældre borger, så vedkommende selv kan tage støttestrømper af og på.

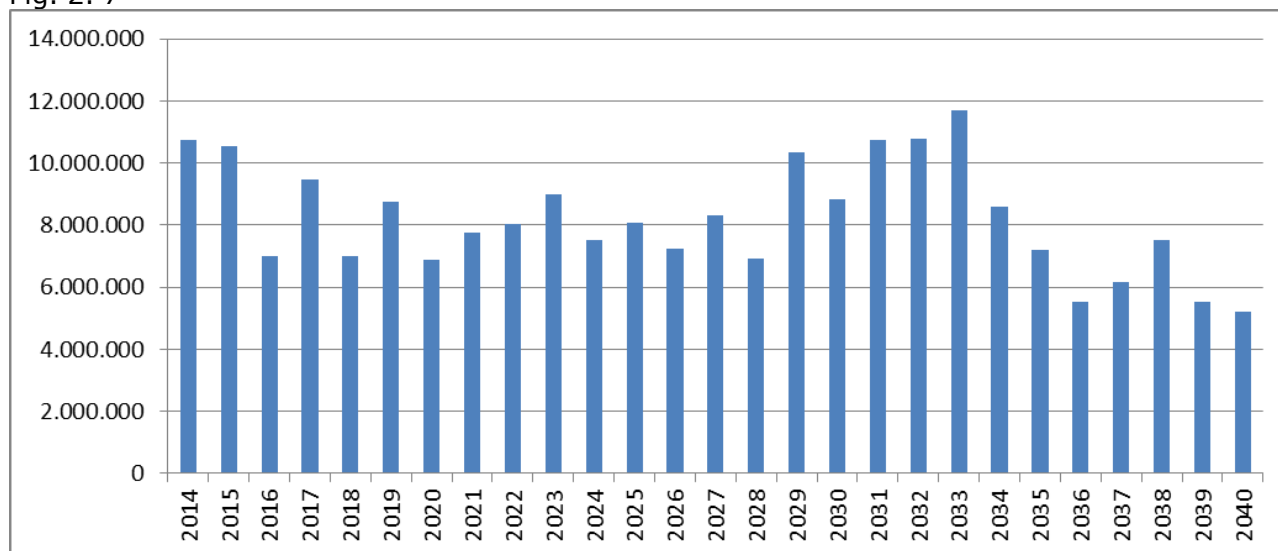
Fig. 2. 6 Udvikling i udgifter til ældreudgifter i Hedensted Kommune 2013-2040 pr. borger over 65 år ved fastholdelse af 2010 niveau og ved 2013 niveau.



På trods af et fald i nettoudgiften pr. borger 65+ vil de kommende udgifter på ældreområdet stige væsentligt fordi antallet af ældre stiger. Rapporten "Demografisk udvikling på Seniorom-

rådet og tilpasninger viste nettoudgiften pr. borger over 65+ ved fastholdelse af 2010 niveau (blå streg fig. 2.6). Hvis man valgte at tage udgangspunkt i det fald der i 2013 er sket i kommunens nettoudgift pr. borger 65+ men fastholder aldersfremskrivningen på 2010 niveau (rød streg fig. 2.6), kan man se, at der stadig er en stigning i udgifterne men stigningen er lidt mindre end først antaget i rapporten. Hvis udgangspunktet er 2013 niveau for både nettoudgift og befolkningsfremskrivning (grøn streg fig. 2.6) kan man se udgifterne stiger, dog er stigningen lidt mindre end først antaget i rapporten fra 2011.

Fig. 2. 7



Figur 2.7 viser den årlige stigning af udgifterne på området, såfremt det nuværende udgiftsniveau pr. borger over 65 år fastholdes. Som det fremgår af fig. 2.7 vil den årlige stigning ligge på mellem 6 og 12 mio. kr. Såfremt det eksisterende ugiftsniveau pr. borger over 65 år fastholdes, vil Hedensted Kommune i løbet af 10 år, i 2024 have et merforbrug i forhold til i dag på ca. 92.625.397 kr. Set i lyset af den stramme kommunale økonomi generelt, samt mere specifikt i Hedensted Kommune, betyder det at organiseringen og prioriteringen indenfor seniorområdet skal diskuteres og finde en revideret form i forhold til idag.

Årsregnskabet 2012 for seniorudvalgets område viste et beløb på 351.599.000 kr.

Udover stigningen i antallet sker der også en ændring af sammensætningen af de borgere der er over 65 år. Man kan sondre mellem 3 grupper af ældre. Raske og friske ældre, ældre med funktionsnedsættelser, men som klarer sig selv, og de afhængige ældre som er svækkede og kræver pleje. Antalsmæssigt er det især de unge ældre imellem 65-75 år der bliver flere af samtidig med at andelen af friske og raske i alle aldersgrupper bliver større. I fremtiden vil mange muligvis blive længere på arbejdsmarkedet, og *generelt være mindre plejekrævende i begyndelsen af deres alderdom.*

Samtidig lever vi i stigende grad længere, og der sker en væsentlig stigning i antallet af ældre indenfor aldersgruppen 80+. En konsekvens heraf er, at de pårørende (børn) ofte selv er pensionister, når deres forældre kommer på plejecenter, og derfor i mindre grad end tidligere vil have ressourcer til at bidrage til plejen af deres forældre. En anden konsekvens, er, at den økonomiske udfordring ikke umiddelbart lader sig løse, da netop demografiudviklingen betyder, at kommunens skattegrundlag er vigende.

Vi lever altså længere, hvilket betyder at der også sker en stigning i antallet af ældre 80+ (fig. 2.8).

Fig. 2. 8

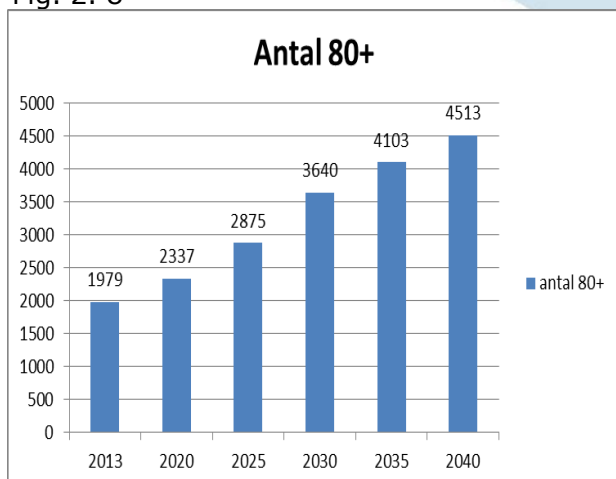
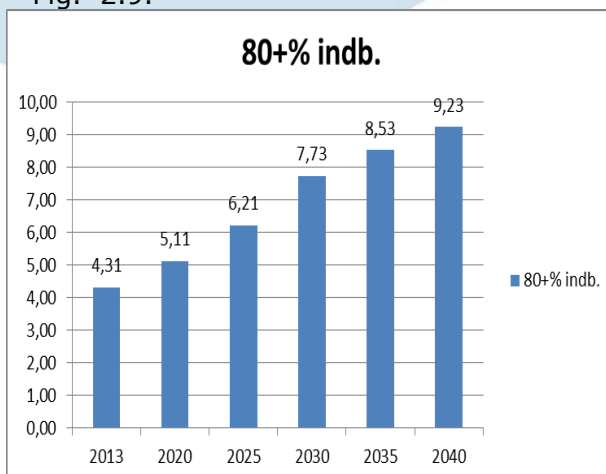


Fig. 2.9.



Figur 2.8 viser stigningen i andelen af ældre 80 +. I 2013 er der 1979 personer 80 + bosiddende i kommunen. Dette tal vil stige til 2875 i 2025 og 4513 i 2040. Ser vi på den procentvise andel de 80+ udgør af den samlede befolkning i kommunen udgør andelen i 2013 4,31%. Dette vil stige således andelen af 80+ i 2025 vil udgøre 6,21% af det samlede indbyggertal og i 2040 9,23%.

Med stigningen i antallet af ældre og især aldersgruppen 80+ vil der der også ske en stigning i antallet af en række aldersrelaterede problemstillinger/udfordringer. Her angives et lille udpluk af disse.

Aldersrelaterede problemstillinger/udfordringer

2.10 Inkontinens og blebevillinger

Figur 2.10 Forventet udvikling inkontinens/ blebevillinger i Hedensted Kommune

'Aldersgrupper	2013	2017	2021	2025
I alt	742	853	937	1.042
< 40 år	39	37	36	36
40-49 år	9	8	8	7
50-59 år	14	15	16	16
60-69 år	66	66	67	72
70-79 år	154	187	214	223
80-89 år	288	307	338	410
90 år +	172	233	258	279

Aldersgrp.	2013	2017	2021	2025
70-79	100%	121,27%	139,13%	145,03%
80-89	100%	106,42%	117,43%	142,30%
90+	100%	135,57%	150%	162,08%

Den største stigning sker indenfor aldersgrupperne 70-79, 80-89 og 90+. Tabellen viser den procentvise stigning i antal.

Figur 2. viser den forventede udvikling af inkontinens/blebevillinger i Hedensted Kommune. Figuren til venstre viser udviklingen i antal, som er støt stigende fra alderen 70 og opefter. Boksen til højre viser den procentvise stigning for de 3 ældste aldersgrupper.

De samlede udgifter til inkontinens udgjorde i 2012 21.237.359 kr. heraf udgjorde bleomkostninger 1.354.465 kr. og plejeomkostninger 19.854.299 kr.

Demens

Risikoen for at udvikle demens stiger markant med alderen og som følge af den stadigt højere gennemsnitlige levealder i Danmark må vi forvente en betydelig vækst i antallet af demente ældre i de kommende årtier. Danmarks statistik og data fra en række europæiske befolkningsundersøgelser viser, at der omtrent sker en femdobling af forekomsten af demens for hvert 5 års trin efter 60 års alderen (fig. 2.11)

Fig. 2. 11

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Mænd (%)	1,4	2,3	3,7	6,3	10,6	17,4	33,4
Kvinder (%)	1,9	3	5	8,6	14,8	24,7	48,3

Figur 2.12 viser udviklingen i antallet af demente i alderen 60+ i henholdsvis Danmark og Region Midtjylland.

	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
DK	85.263	91.249	100.873	114.106	129.834	144.907	156.150
Region Midt	18.217	19.860	22.365	25.612	29.480	33.300	36.333

Figur 2.13 viser den samme udvikling i Hedensted Kommune for aldersgruppen 60+

Hedensted 60+	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Fremskrivning ældrebef.	10.576	11.359	12.428	13.640	14.488	15.741	16.195
Mænd	230	261	303	355	413	472	520
Kvinder	459	497	549	612	698	785	860
I alt	689	758	852	967	1.111	1.257	1.380

Nationalt videnscenter for demens anslår at man i 2030 på landsplan må forvente antallet af ældre med demens øges med 50%. Som det fremgår af figur 2.13 gør denne tendens sig også gældende lokalt. Der er flere typer af demens. Kommunerne har i dag stor erfaring i at yde pleje og omsorg til borgere med alzheimers demens som er den hyppigste demensform, men der er plejemæssige udfordringer forbundet med andre demensformer hvor symptomerne har karakter af voldsom og aggressiv adfærd. Personer med demens får ofte behov for en plejehjemsplads, da der kommer et tidspunkt, hvor de ikke er istand til at bo hjemme. Det er en større udgift forbundet med at yde hjælp til demente i hjemmet end hvis hjælpen ydes til en samlet gruppe et sted.

Der er i dag registreret 222 personer med væsentlige hukommelsesproblemer på kommunens plejecentre. Ud af de 222 har 113 registreret en demens diagnose.

Hjerneskadede

Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri under Socialstyrelsen har udarbejdet en statistik på hvor mange hjerneskadede borgere, der befinder sig i en kommune på Hedensted Kommunes størrelse (www.hjerne-kassen.dk).

Det totale antal borgere med erhvervet hjerneskade er 1044. Hvert år kommer der ca. 141 nyttilkomne hjerneskadede til. Her udgør gruppen af hjerneskadede med behov for rehabilitering 117. Af de nyttilkomne hjerneskadede har 77 fået en hjerneskade som følge af apopleksi (hjerneblødning, blodprop)- heraf vil 23 være i den erhvervsaktive alder (under 65år). 64 har fået en hjerneskade som følge af andre skader (trafikulykke, fald, vold mv.)- heraf vil 60 personer være i den erhvervsaktive alder (under 65 år).

Disse tal stemmer nogenlunde overens med en registrering Hedensted Kommune har gjort på borgere, der rammes af en hjerneskade i perioden 1. august 2012-1. april 2013. Opgørelsen viser (fig. 2. 14) at der i denne periode på 8 mdr. var ca. 80 registrerede nye tilfælde i Hedensted Kommune. Dette svarer til ca. 120 registrerede tilfælde på et år. Registreringen her omfatter kun aldersgruppen 18+. Der kan være lidt usikkerhed omkring egen registrering, idet kommunen ikke modtager information om lettere tilfælde som behandles via skadestuen.

Fig. 2.14

18-30 år	31-50år	51-70år-	71-80år	81+	I alt på 8 mdr.	Omregnet til 1 år.
3	14	25	20	18	80	120

Statistikken viser, at ca. 70% af den gruppe der rammes af hjerneskade som følge af apopleksi (hjerneblødning, blodprop) er i aldersgruppen 65+. Livsstil har betydning for risikoen for apopleksi (diabetes, rygning, overvægt og alkohol), desuden stiger risikoen for apopleksi med alderen.

Kommunen har pligt til at sørge for den ambulante genoptræning. Der er flere eksempler på gode resultater selv efter svære apopleksier på grund af ihærdig genoptræning. Det er derfor vigtigt at den ambulante genoptræning er af høj kvalitet og tilbydes i tilstrækkelig mængde.

Udfordringen her er at træningsdelen for aldersgruppen 18+ ligger i rehabiliteringsafdelingen under seniorservice og, at alle udgifter til genoptræningen dækkes af seniorservice.

Hedensted Kommune indgår i perioden 2012-2014 i et projekt, der har fået tildelt midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Projektet skal sikre bedre sammenhæng i hjælpen til borgere der har fået hjerneskade. Projektet har betydet, at der pr. 1. juli 2012 er ansat en hjerneskadekoordinator, samt at der er tildelt midler til uddannelse og et kompetenceløft på tværs af afdelinger.

Livstilssygdomme

Samtidig med befolkningen bliver ældre og ældre vil der også være en stigning i antallet der får livstilssygdomme. Der foreligger ingen statistik på dette for Hedensted Kommune, men livstilssygdomme omtales som en epidemi i vore dage. Undersøgelser viser, at ca 20% af den danske befolkning lider af forskellige livstilsbetingede sygdomme som eksempelvis diabetes, hjertekarsygdomme mv.

Kræft.

Nordisk Medicinalstatistisk komite har i deres årlige helsestatistik for de nordiske lande påvist at det årlige antal kræfttilfælde øges i samtlige nordiske lande, og at denne tendens stadig er til stede, når der korrigeres for forskelle i befolkningsstørrelserne og alderssammensætningen. Kræftforekomsten øges med stigende alder, og kræft er en sjælden sygdom før 30-års alderen, hvor incidensen når 300 tilfælde per 1.000.000 indbyggere. Ved 70-års alderen er det tilsvarende tal omkring 10.000 tilfælde per 1.000.000 indbyggere.

Praktisk og personlig hjælp (pleje) opdelt på alder.

Figur 2.15 Personlig pleje/antal personer/ timer pr. uge.

Aldersinterval	Tidsinterval						Antal borgere
	A 0-2	B 2-4	C 4-8	D 8-12	E 12-20	F 20 +	
0-64 år	33	17	12	2	7	5	76
65-69 år	13	3	6	3	4	2	31
70-74 år	27	10	7	4	5	3	56
75-79 år	36	16	9	2	7	4	74
80-84 år	51	19	21	5	3	4	103
85-89 år	77	30	18	12	3	3	143
90-94 år	43	19	16	10	6	2	96
95 + år	10	3	5	4	2	2	26
Antal borgere	290	117	94	42	37	25	605

Figur 2.15 viser antallet af borgere i Hedensted Kommune som pr. august 2013 modtager hjælp til personlig pleje ugentligt. I skemaet er lavet en opdeling på aldersgrupper og tidsinterval på, hvor mange timer om ugen man modtager hjælp. Gruppen 0-64 år dækker bl.a. over en del yngre handicappede, som modtager hjælp fra seniorservice til personlig pleje. Når man ser bort fra denne aldersgruppe viser figur 2.15 at gruppen 80-89 årige er den aldersgruppe, som har det største antal, som modtager hjælp til personlig pleje ugentligt.

Fig.2.16

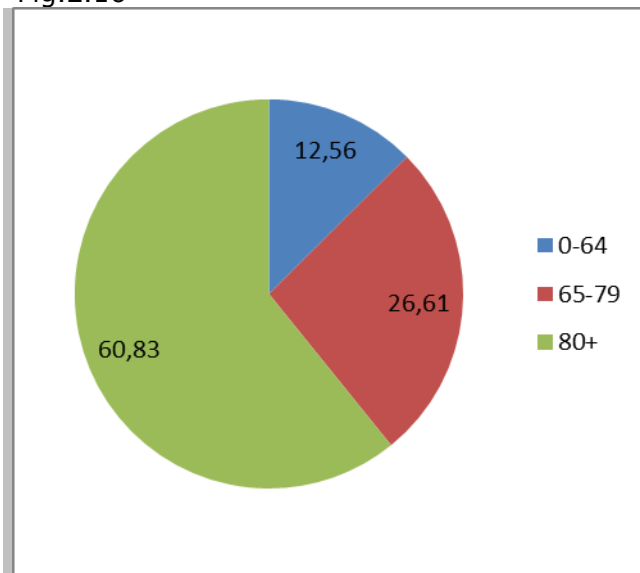


Fig.2.17

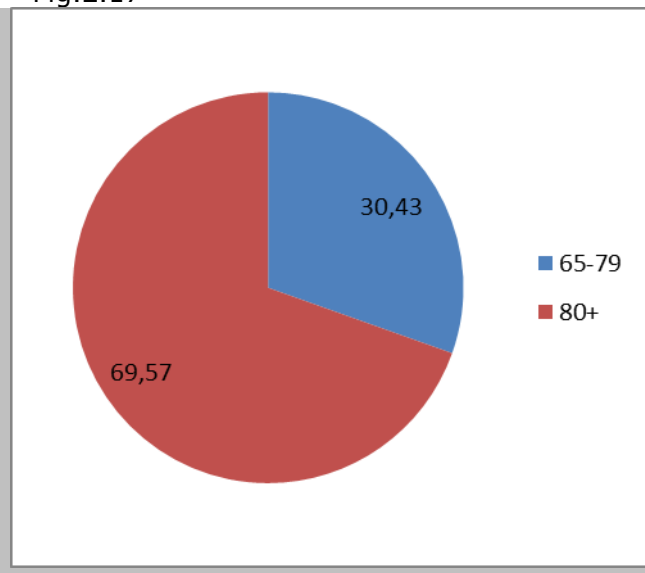


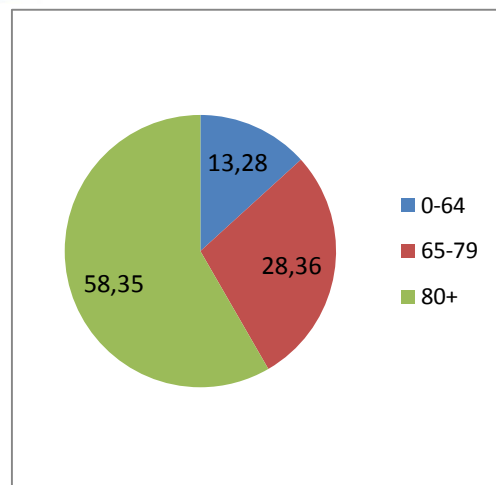
Fig. 2.16 viser at aldersgruppen 80+ udgør 60,83% af den gruppe som modtager personlig pleje ugentligt og undlader man at medtage tallene for de 0-64 årige udgør gruppen 65-79 ca. 30% og gruppen 80+ udgør ca. 70%. Den samme tendens gør sig gældende for praktisk hjælp.

Fig.2.18 viser en oversigt over antallet af borgere, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp.

2.18.

Personlig Pleje (PP) og Praktisk Hjælp (PH)

Aldersinterval	Antal borgere og type af ydelse			Antal borgere
	PP	PH	PP og PH	
0-64 år	79	25	51	155
65-69 år	34	13	18	65
70-74 år	49	9	47	105
75-79 år	87	21	53	161
80-84 år	138	22	81	241
85-89 år	128	22	121	271
90-94 år	44	16	80	140
95 + år	3	1	25	29
Antal borgere	562	129	476	1167



Boksen ved siden af fig. 2. 18 viser at aldersgruppen 80+ udgør 58,35% af den andel der modtager hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp i Hedensted Kommune.

Behovet for hjælp er generelt stigende med alderen, og stigningen i antallet af ældre i fremtiden betyder, at der vil være en række aldersrelaterede udfordringer.

Hertil kommer et øget efterspørgselspres som følge af den almindelige velstandsudvikling og stadig mere ressourcestærke ældre, der må kunne forventes at stille højere krav til den kommunale ældreservice.

Eksempelvis viser regnskabet for 2012 at der fra 2011 til 2012 er en stigning i visiterede ydelser hos kommunale leverandører. Visiterede timer hos kommunale leverandører var i 2011 243.469 stk. og 254.894 stk. i 2012. Altså en stigning på 11.425 timer. Dette skyldes til dels en stigning i antallet af borgere sammenholdt med mere komplekse borgere, der vælger at ville passes i eget hjem, hvilket kræver mange timers hjemmehjælp.

Dette skal dog bl.a. ses i sammenhæng med, at ressourcestærke ældre generelt vil kunne have en bedre helbredstilstand og bedre muligheder for selv at håndtere de ændringer i livsvilkår, der følger med en højere alder.

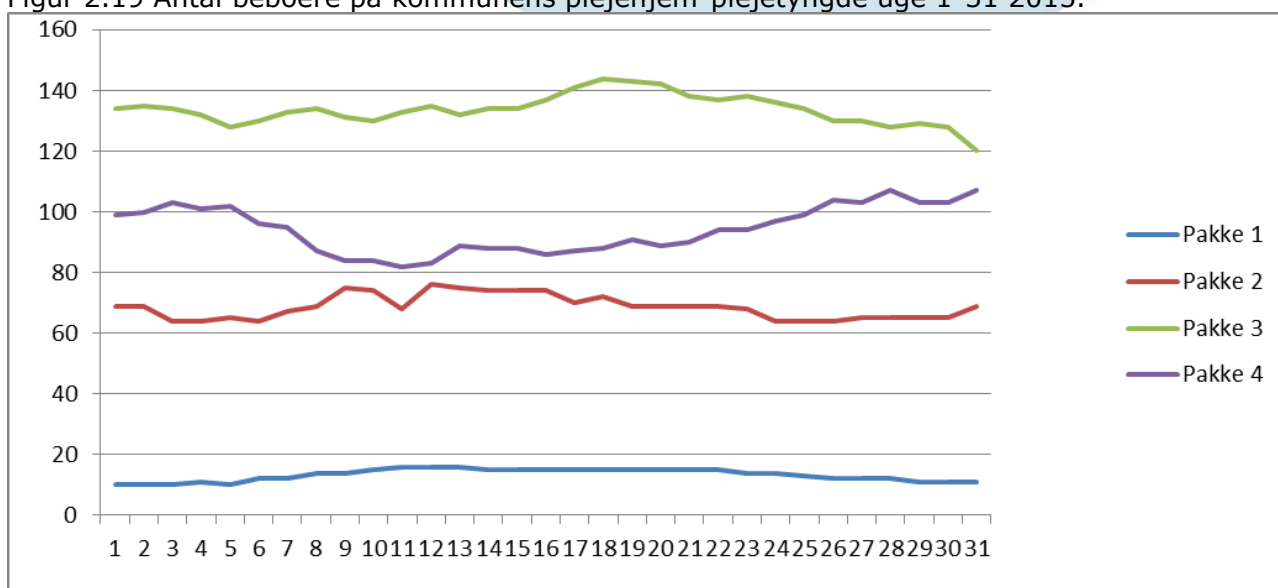
Plejetyngden på kommunens plejehjem.

Beboerne på kommunens plejehjem er visiteret efter tyngde med plejepakke 1-4.

Plejepakke 1	Plejepakke 2	Plejepakke3	Plejepakke 4
Plejestøtte 3. timer og 15 minutter ugentligt	Plejestøtte 10 timer og 30 minutter ugentlig	Plejestøtte 19 timer og 45 minutter ugentligt	Plejestøtte 32 timer og 15 minutter ugentligt

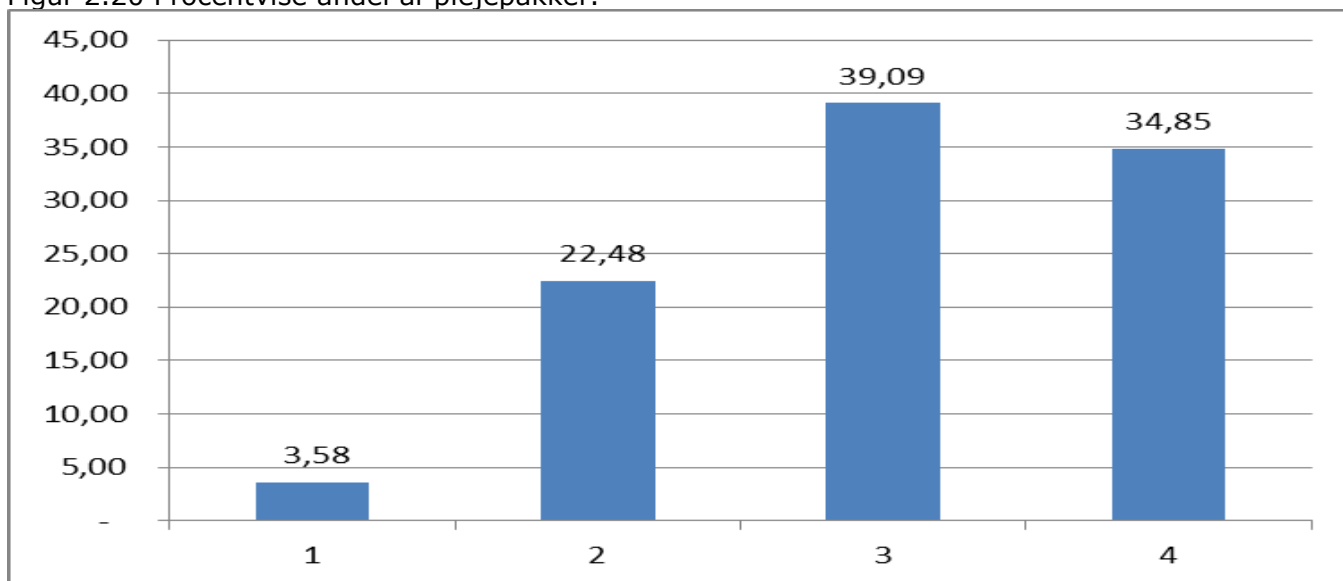
Figur 2.19 viser antallet af beboere på kommunens plejehjem visiteret efter tyngde ud fra de 4 plejepakker i ugerne 1-31 i 2013.

Figur 2.19 Antal beboere på kommunens plejehjem-plejetyngde uge 1-31 2013.



Som det fremgår af figur 2.19 er der mange beboere på kommunens plejehjem, som kræver megen pleje. Antallet som er visiteret til henholdsvis plejepakke 3 og 4 ligger meget højt. Figuren viser endvidere, at antallet som er visiteret til plejepakke 3 er nedadgående og antallet, som er visiteret til plejepakke 4 er stigende.

Figur 2.20 Procentvise andel af plejepakker.



Med udgangspunkt i uge 31 viser figur 2.20 den procentvise andel af de 4 plejepakker. Som det kan ses, er det kun 26,06% af beboerne på kommunens plejehjem som er visiteret til plejepakke 1 og 2, mens 73,94% er visiteret til henholdsvis plejepakke 3 og 4.

Den demografiske udvikling og de aldersrelaterede udfordringer sætter økonomien under pres på seniorområdet.

3.Opgavesammensætning mellem kommune og region. Erfaringer, beslutninger og tendenser.

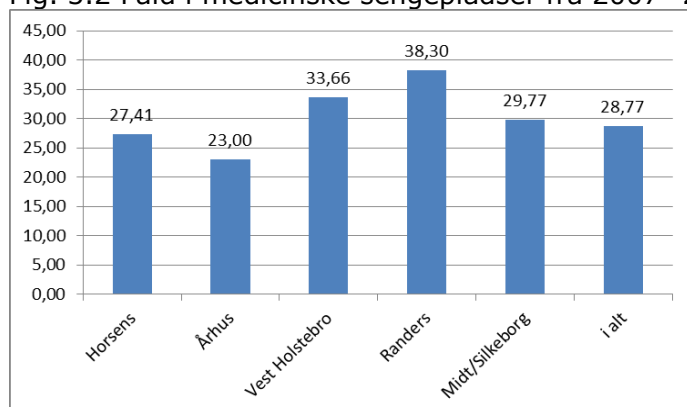
Kommunerne oplever en opgaveglidning fra sygehusene (regionerne) i hjemmeplejen og på seniorområdet generelt. Flere og flere af de ikke specialiserede opgaver løses ikke længere på sygehusene men forventes varetaget i praksissektoren og i de enkelte kommuner. Denne opgaveglidning skal ses som en del af den øgede specialisering der sker på sygehusene hvor der er fokus på kortere liggetid. Færdigbehandlingsbegrebet har også udviklet sig således kommunerne oplever at sygehusene vurderer, at patienterne er færdigbehandlede længe før det tidligere var tilfældet.

Op igennem de senere år er sengepladserne på de medicinske afdelinger blevet reduceret væsentligt. Fig. 3.1. viser udviklingen i antallet af medicinske senge og akutafdelingssenge i Region Midtjylland for perioden 2007-2012. Figur 3.1 viser at antallet af normerede medicinske og akutafdelingssenge er faldet med 502 senge, fra 1745 til 1243 senge svarende til en reduktion på 28,77 % fra 2007-2012. Figur 3.2 viser faldet i % for det enkelte regionshospital.

Fig. 3.1. Udvikling i antal af medicinske senge og akutafdelingssenge for perioden 2007-2012 Region Midtjylland.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospitalsenhed Horsens	135	123	113	98	98	98
Århus	626	624	575	578	506	482
Vest Holstebro	309	300	275	249	206	205
Randers	188	167	173	168	141	116
Midt/Silkeborg	487	487	463	417	348	342
i alt	1745	1701	1599	1510	1299	1243

Fig. 3.2 Fald i medicinske sengepladser fra 2007 -2012 i %



Tabel 3.1 og 3.2 viser udviklingen for Region Midtjylland. Her er især udviklingen på henholdsvis Horsens og Århus sygehuse relevant for Hedensted Kommune. Derudover benytter nogle borgere i Hedensted Kommune sig også af Vejle Sygehus. Region Syddanmark har i perioden 2007-2011 reduceret antallet af medicinske sengepladser fra 1446 til 1318 svarende til 9%. I perioden 2007-2012 har regionerne samlet reduceret antallet af senge med knap 600 årligt.

Formanden for De Danske Regioner har i foråret 2013 udtalt at *"Flere ældre skal behandles ambulant eller i deres eget hjem i stedet for at blive indlagt på sygehuset. Derfor vil regionerne fortsætte med at nedlægge sengepladser på de medicinske afdelinger"*.

Når der lukkes sengepladser på sygehusene og patienterne udskrives tidligere lægger det et øget pres på hjemmeplejen. Så samtidig med presset på økonomien er seniorområdet også presset på forandringer. De danske kommuner løser i stigende grad nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver. Hurtigere udskrivinger og en markant omlægning fra stationær til ambulant behandling på sygehusene betyder, at kommunerne i større og større omfang løser flere sundhedsopgaver. Denne udvikling forventes at fortsætte i de kommende år.

Eksempler på nye opgaver mellem region og kommune er bl.a.

Fra 2012 startede opfølgende hjemmebesøg, hvor borgere efter screening på sygehuset, tilbydes hjemmebesøg efter udskrivelse – udført af personale i kommunen. Formål er bl.a. at forebygge genindlæggelser og sikre overensstemmelse mellem praktiserende læges medicinliste og den faktiske medicin der indtages.

Lukning af genoptræningspladser i Brædstrup har betydet at borgere har lavere funktionsniveau ved udskrivelse.

Kortere indlæggelsestid betyder borgeren kommer hjem med lavere funktionsniveau, uafklaret behov for hjælp hvilket kræver meget koordinering og opfølgning.

Nye opgaver som eksempelvis sondeernæring, og observering i forhold til smerter og sår.

Flere borgere kommer hjem direkte fra akutmodtagelsen (indlægges ikke) – betyder flere opgaver i kommunen

Borgere, som før var indlagt, kommer nu i ambulatoriet – betyder at de er hjemme og skal have pleje/sygepleje i stedet for indlæggelse

2013 Sundhedsaftale om rehabilitering i forbindelse med kræft.

APO team (udadgående team på hjerneskadeområdet), betyder hurtigere udskrivelse bla. fra Aarhus.

Der er sket en øget kompleksitet på området. Denne kompleksitet kræver andre kompetencer. Hurtigere ind- og udskrivning på hospitalerne, samt øget ambulans behandling kræver mere koordinering, samt mere tid til klargøring af patienter. Mange af de ekstra opgaver sker uden ekstra tilførsel af midler.

KKR Midtjylland har vedtaget fire politiske målsætninger for udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder bl.a. *'forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser'*. Det har sin baggrund i den demografiske udvikling som lægger et betydeligt pres på kapaciteten og udgifterne i sundhedsvæsenet. Den opgaveglidning, der er foregået de seneste år fra sygehusene til kommunerne, vil således fortsætte, ligesom der vil blive lavet flere aftaler om opgaveoverdragelse. I den politiske sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og Kommunerne 2011-2014 er der særligt fokus på udviklingen og styrkelsen af det såkaldte *"nære sundhedsvæsen"*, hvilket overordnet kan beskrives som at

- forebygge sygdom og indlæggelser og sikre tidlig sporing af sygdomme samt
- at sørge for en sammenhængende opfølgning og rehabilitering i forbindelse med udskrivelsen fra hospitalet

Som det fremgår af den politiske sundhedsaftale *"så har praksissektoren en særlig rolle som både forebyggende og behandlende i det nære sundhedsvæsen. Derudover vil visse regionale forebyggelses- og behandlingsopgaver være velplacerede i det nære sundhedsvæsen. Udviklingen af det nære sundhedsvæsen tager afsæt i både nationale, regionale men særligt lokale forhold og stiller krav om udvikling af samarbejdet mellem regionen, kommunerne og de praktiserende læger."*

Flere sundhedsopgaver i kommunerne .

Kommunerne medfinansierer sundhedsvæsenet i forhold til diagnoserelaterede takster for hver ambulans eller stationær patient. Det er derfor hensigtsmæssigt for kommunerne at undgå indlæggelser, hvor det er muligt, og løfte opgaven på det laveste effektive omkostningsniveau.

For borgerne vil det også have betydelige fordele, at der i kommunerne rettes en indsats mod forebyggelige indlæggelser. Mange ældre medicinske patienter kan behandles i eget hjem, og alt andet lige ønsker de fleste at være i egne omgivelser og undgå transport, ventetider mv. Borgere med kronisk sygdom kan hjælpes til at håndtere egen sygdom gennem patientrettede forebyggelsestilbud og rehabilitering på tværs af de kommunale fagområder. Manglende genoptræning og rehabilitering kan medføre komplikationer og yderligere sygdom.

Stadig flere får livsstilsbetinget kronisk sygdom – også blandt de ældre. Skal denne udvikling vendes, kræver det øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse

Sygehusene arbejder med accelererede patientforløb, således at patienterne udskrives tidligt efter sygehusbehandling til behandling i kommunerne.

DSI har i en rapport fra 2009 påpeget 3 sammenhængende udviklingstendenser som ikke kan analyseres isoleret idet de foregår samtidigt og påvirker og betinger hinanden gensidigt. Der er tale om en **opgaveøgning** som konsekvens af ændringer i befolkningens sygdomsbillede, demografi og kulturelle værdier, om **opgaveændringer** der er en konsekvens af forskning og udvikling der forbedrer behandlingsteknologier og muligheder. Derudover sker der også en **opgaveglidning** som konsekvens af de 2 andre tendenser kombineret med sengelukninger, kortere indlæggelsesforløb og omlægning fra stationær til ambulante aktiviteter.

Fig. 3.1. Ambulante somatiske besøg aldersgruppen 65+ 2010 -2014 i Hedensted Kommune.

	2010	2011	2012	2013	2014
Ambulant 65+	23.361	26.522	28.511	29.550	29.550

Tallene for 2013 og 2014 beror på et skøn.

Fig. 3.2 Somatiske indlæggelser aldersgruppen 65+ 2010-2014 i Hedensted Kommune

	2010	2011	2012	2013	2014
65+	2.972	3.082	3.355	3.045	3.045

Tallene for 2013 og 2014 beror på et skøn.

Som det fremgår af figur 3.1 er antallet af fysiske ambulantebesøg stigende for aldersgruppen 65+ i Hedensted Kommune. Den overordnede tendens for alle aldersgrupper i kommunen er at antallet af somatiske indlæggelser er faldende fra 9.260 indlæggelser i 2010 til forventet 8.446 indlæggelser i 2013/2014. Dog fremgår det af figur 3.2 at antallet af indlæggelser for aldersgruppen 65+ har været lidt stigende i perioden 2010-2012 hvorefter den forventes at falde lidt igen i 2013/2014.

Figur 3.3 viser udviklingen i personlig og praktisk hjælp tildelt borgere der bor i eget hjem.

	2010		2011		2012		2013	
	Antal borgere ude	Visiteret tid pr. uge	Antal borgere ude	Visiteret tid pr. uge	Antal borgere ude	Visiteret tid pr. uge	Antal borgere ude	Visiteret tid pr. uge
Ialt	1.086	4.042	1.064	3.580	1.089	3.648	1165	3480
Private lev.	231	129	262	150	299	163	328	178
§§ 94 og 95 tilskud til selv at ansætte	21	730	16	603	15	581	10	542
Døgndækning til respirator patient efter § 96	1		1		Indtil juni 1 efter juni 0		0	

Grupperne som indgår i figur 3.3 er alle udegrupper, private leverandører samt hverdagsrehabilitering.

Figur 3.4 er en opsummering af tallene fra figur 3.3.

	2010	2011	2012	2013
Antal borgere	1338	1342	1403	1503
Visiteret timer	4901	4333	4392	4200

Som det fremgår af figur 3.3 og 3.4 er der sket en stigning i antallet af borgere, der modtager ydelser men ikke i det samlede antal timer. Dette skyldes blandt andet at visiteringen efter indsatskataloget 2013 er blevet skarpere, da serviceniveauet på nogle områder er præciseret.

Blandt borgere med behov for mere end 20 timers hjælp pr. uge er der ofte tale om borgere under 67 år som f.eks. ALS-patienter, Sclerose-patienter og borgere med halvsidige lammelser. Ofte er det borgere, der ikke ønsker tilbud om dag- eller døgnophold på institution, og dermed opstår samtidig behov for hjælp til aflastning i hjemmet.

Som det også fremgår figur 3.3 er der en stigning i timer leveret af private leverandører. Af de samlede visiterede ydelser udgør hjælp til personlig pleje i alt 79 %.

Figur 3. 5 viser stigningen i antallet af borgere der modtager sygeplejeydelser.

	Juli 2008	Juli 2009	Juli 2010	Juli 2011	Juli 2012	Juli 2013
Antal borgere der modtager sygepleje	1.188	1.201	1.280	1.372	1.429	1453

Liggetiden for medicinske patienter i Region Midtjylland er faldet fra 4,9 dage i 2008 til 3,4 dage i 2012.

Begrebet færdigbehandlet patient har rykket sig. Det sætter fokus på overgangen mellem region og kommuner. Hvis ikke der tages hånd om den enkelte borger når vedkommende udskrives, kan de ende op på hospitalet igen. Det kræver ressourcer at rehabiliterer. Hedensted Kommune er godt i gang med at arbejde med dette jævnfør rehabiliteringsprojektet med indførelse af hverdagsrehabilitering i Seniorservice "*længst muligt i eget liv*" med baggrund i Fredericia modellen.

Når borgere med genoptræningsplaner udskrives tidligere i et behandlingsforløb og med mere komplekse diagnoser medfører det øget krav til volumen og specialiseringsgrad. Skal vi have specialistfunktioner i Hedensted Kommune? Det kan betyde en problematik med tomgangspladser, hvis ikke pladserne fyldes op? Det har været gjort med etableringen af korttidsophold på Løsning Plejecenter. Evalueringen af dette i februar 2013 viste at, dette havde haft en positiv nettoeffekt på 5,5 mio.kr.årligt.

Figur 3.6 er taget fra den sidste evalueringsrapport. Figuren viser antallet af borgere som har benyttet sig af korttidsopholdet.

Figur 3.6. antal borgere som har benyttet korttidsopholdet fra evalueringsrapporten.

	Rehabilitering med henblik på at genvinde eller forbedre funktionsniveau	Stabilisere borgeren til sin oprindelige tilstand	Aflaste ægtefæller	Tilbud til ophold for alvorligt syge og døende	I alt*
2010	74 (43%)	28 (16%)	47 (27%)	22 (13%)	171
2011	67 (43%)	44 (28%)	30 (19%)	13 (8%)	154
2012	55 (29%)	70 (37%)	38 (20%)	25 (13%)	188

Figur 3. 6 viser at behovet for borgere på korttidsopholdet er rehabilitering, stabilisering og aflastning. Der er kun i mindre grad behov for tilbud til døende. Dette kunne tyde på, at der ikke er behov for etablering af et hospice i Hedensted Kommune. Evalueringsrapporten angiver dog at udgifterne til hospice er faldende fra 2010 til 2012, men igen lidt stigende i det første halve år af 2013. Se figur 3.7.

Figur 3.7 Udgifter til Hospice Hedensted Kommune 2010-2013.

Hospice	2010	2011	2012	½ delen 2013
Udgifter	503.863 kr.	1.586.410 kr.	321.812 kr.	533.057 kr.
Personer benyttet	16	15	15	9
Antal dage i alt	277	865	172	281

KL har bl.a. gjort sig nogle tanker om fremtidens sundhedsvæsen og har foreslået at der sker en gradvis styrkelse af sundhedsområdet i kommunerne de kommende år.

Der skal udbygges patientrettede sundhedsindsatser i kommunerne, der skal aflaste det regionale sundhedsvæsen. Dette omfatter:

- *Specialiseret sygepleje* i form af fx akutteams eller rehabiliteringstilbud, som sikrer hurtig og effektiv pleje døgnet rundt. Sådanne plejetilbud vil forebygge og afkorte indlæggelser og genindlæggelser.
- *Standardiserede patientrettede forebyggelsesindsatser* rettet mod kronisk syge, som skal forebygge sygehuskontakt på grund af forværrelse af kroniske tilstande. Initiativet skal ses som en konsolidering af de aktiviteter, som hidtil har været finansieret af kronikermidlerne, og indsatserne skal bl.a. omfatte rehabilitering, træning og sygdomsmedstring.
- *Forsøg med shared care*, der skal sikre bedre overgange mellem regioner og kommuner for især ældre medicinske patienter og kronisk syge.

4. De lovgivningsmæssige krav til området.

Området er omfattet af henholdsvis Sundhedsloven og Serviceloven. Den væsentligste forskel er her i henhold til serviceniveauet er følgende;

Sundhedslovens § 138 og 139	Servicelovens § 138 og 139
<i>"Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi- sning til personer med ophold i kom- munen".</i> <i>Indenrigs – og Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejeord- ning."</i>	<i>"Kommunalbestyrelsen kan inden for lovens rammer træffe beslutning om at fastsætte generelle vejledende serviceniveauer for den lokale udmøntning af hjælp efter loven".</i> <i>Social- og Integrationsministeren kan i en be- kendtgørelse fastsætte regler om, at kommu- nalbestyrelsen skal træffe beslutninger om indhold, omfang og udførelse af tilbud til voksne efter denne lov, samt følge disse be- slutninger op."</i>

Ovennævnte paragraffer fra de 2 love beskriver i store træk forskellen på disse. I henhold til Sundhedsloven bliver opgaverne pålagt kommunen af andre, medens man i henhold til serviceloven har mulighed for selv at fastsætte generelle vejledende serviceniveauer også kaldet kvalitetsstandarder.

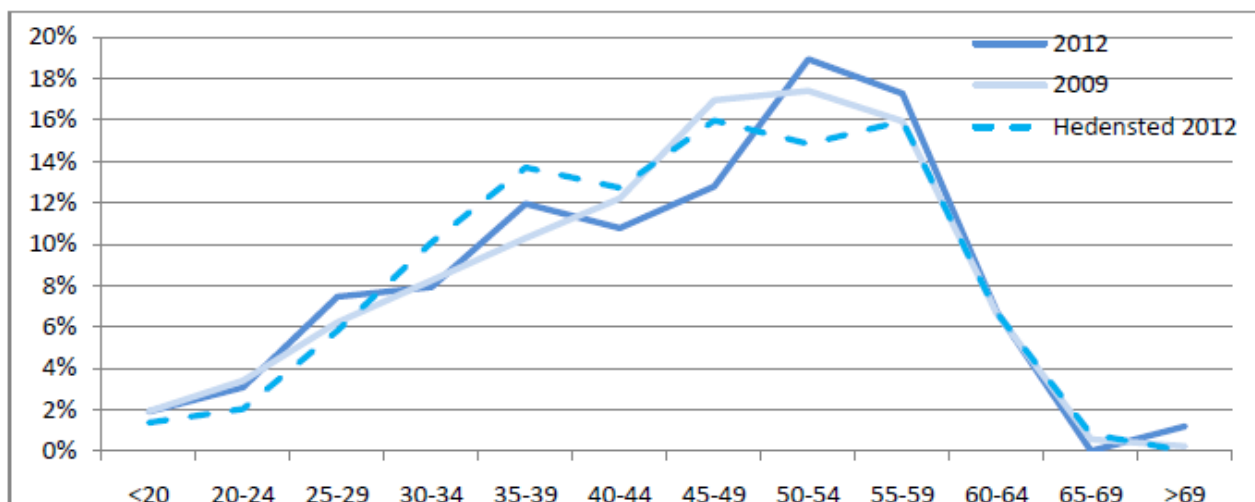
Derudover er servicelovens §83 og 85 organisatorisk opdelt i Hedensted Kommune således, at nogle opgaver og funktioner her hører under henholdsvis Social- og Sundhedsudvalget og andre under Seniorudvalget.

Servicelovens § 83	Servicelovens § 85
Personlig hjælp, omsorg og pleje m.v. § 83. Kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde 1) personlig hjælp og pleje og 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opga- ver i hjemmet. Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fy- sisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Stk. 3. Tilbuddene efter stk. 1 kan ikke gives som generelle tilbud efter § 65.	85. Kommunen sørger for tilbud om hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funkti- onsevne eller særlige sociale problemer. § 85 a. Kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktions- nedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behand- les i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Stk. 2. Kommunen sørger for tilbud om hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psy- kisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

Desuden har Kommunalbestyrelsen i henhold til servicelovens § 91 pligt til at skabe grundlag for, at, at modtagere af hjælp efter § 83 kan vælge mellem forskellige leverandører af hjælpen. Gruppen af borgere som vælger private leverandører er stigende som det ses i figur 3.3.

5. Muligheder for rekruttering af medarbejdere i fremtiden?

Fig. 5.1

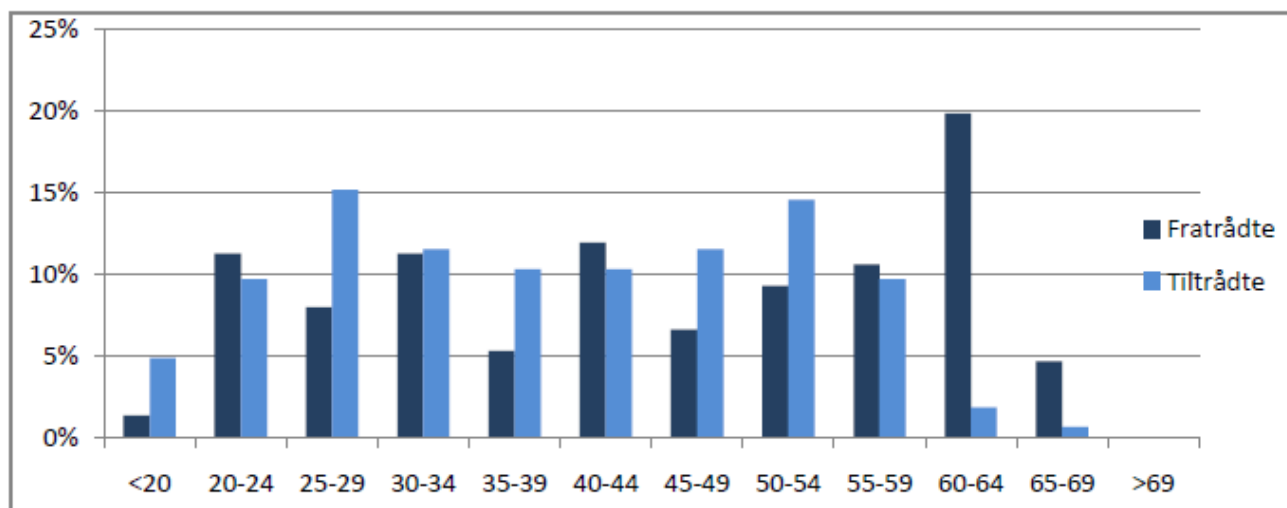


Ovennævnte figur (5.1) viser aldersfordelingen i senior og rehabilitering i 2012. Der var 845 medarbejdere ansat i senior og rehabilitering i 2012- i hele kommunen var der i alt 3356 ansatte.

Som figur 5.1 viser er der forholdsvis mange ansatte i alderen 50-60 år. Denne aldersgruppe udgør over 1/3 del af medarbejderne, hvilket kan komme til at give nogle udfordringer i forhold til rekruttering i de kommende år.

Desuden viser sektor rapporten for Senior- og Rehabilitering 2012 en aldersfordeling på fratrådte og tiltrådte medarbejdere i 2012 indenfor området. 151 fratrådte og 165 tiltrådte.

Fig. 5.2



Som figur 5.2 viser, er de der fratræder jævnt fordelt aldersmæssigt dog med lidt større udsving i aldersgrupperne under 60 år, og med næsten ¼ af de fratrådte, der er 60 år eller derover. Mange af de fratrådte har ikke været ansat så længe. 48 af de 151 fratrådte har været ansat under 1 år – det er 1/3 af de fratrådte og yderligere 1/3 fratræder i løbet af de efterfølgende 4 år. Gruppen af medarbejdere der har en anciennitet på under 5 år udgør 64% af de der fratræder, hvor samme grupper kun udgør knap 40% af den samlede medarbejdergruppe i Hedensted kommune. Desuden har Senior og Rehabilitering en medarbejderomsætning på 20%, hvilket ligger over gennemsnittet i kommunen, som er på 17%.

Disse tal viser nogle udfordringer - både i forhold til rekruttering af medarbejdere i tiden fremover men også i forhold til fastholdelse- og kompetenceudvikling.

Opgaveglidningen og den øgede kompleksitet skaber desuden et øget behov for kompetenceudvikling og uddannelse. Skal der sættes fokus på assistentuddannelsen og bedre sygeplejeresressourcer? Der bliver færre unge at rekrutere fra. På grund af kompleksiteten af opgaverne er der opgaver som social og sundhedshjælper ikke kan varetage. Det er ikke nok at skaffe hænder, men udfordringen bliver også at skaffe faglighed.

6. De aktuelle og afledte udfordringer på seniorområdet inklusiv anvendelsesmuligheder af Ældreboliger

Afsnit 6. Seniorområdet som det ser ud i dag

Dækningsgrad

I dag har Hedensted Kommune i alt 98,2 boligpladser til ældre pr. 1.000 borgere over 65 år. For sammenlignelige kommuner er tallet 90,6, ligesom det for hele landet er 92,8 (ECO-nøgletal). En mere specifik fordeling af boligerne er gengivet i tabel 1 for Hedensted Kommune henholdsvis sammenligningskommunerne.

Tabel 1. Opgørelse af boligpladser i 2011 for Hedensted Kommune og sammenligningskommuner*

	Hedensted	Sammenligningskommuner
	Pladser pr. 1000 ældre over 65 år	Pladser pr. 1000 ældre over 65 år
Plejehjem	2,6	4,7
Friplejeboliger	0,0	0,6
Plejeboliger	46,1	44,9
Friplejeboliger	0,0	0,6
Almene ældreboliger	49,5	40,2
I alt	98,2	90,6

*Sammenligningskommunerne er: Skanderborg, Favrskov, Stevns, Aabenraa, Esbjerg, Odder, Holstebro, Fredericia, Ikast-Brande, Helsingør, Kolding og Kalundborg.

Den eksisterende bygningsmasse

Det samlede billede af bygningsmassen er for det første, at der er tale om forholdsvis varierende tilstand, alder, faciliteter og størrelser. Mere konkret er der ingen af plejecentrene der har modtaget påbud fra Arbejdstilsynet, men til gengæld er der flere af centrene, der har nogle arbejdsmiljømæssige problemer, som på sigt kan give nogle udfordringer.

Status på området er, at Hedensted Kommune har en relativt set højere dækningsgrad end sammenlignelige kommuner (98,2 mod 90,6). Ser man på den eksisterende bygningsmasse, så er den af meget varierende tilstand, alder, faciliteter og størrelse.

Det skal her nævnes at Byrådet den 29. november 2011 besluttede at Højtoften i Lindved nedlægges som plejecenter og, at der opføres nyt plejecenter på kommunal eget jord i Hedensted området.

Generelle regler og standarder for ældreboliger

Boliger opført efter reglerne om almene ældreboliger kan være:

- Selvstændige boliger med egen indgang – idet følgende kaldet **ældreboliger**
- Plejeboliger med fast tilknyttet personale (plejecentre)
- Bofællesskaber for handicappede

Almene ældreboliger kan ejes af:

- Almene boligorganisationer
- Selvejende institution eller være
- Kommunalt ejet

Af lov om almene boliger fremgår, at boligerne skal være udstyret og indrettet således, at de opfylder de boligsøgendes rimelige krav til boliger af den pågældende art. Boligerne må ikke have luksuspræg.

Fra hver bolig skal der kunne tilkaldes hurtig bistand på ethvert tidspunkt af døgnet. Borgeren er visiteret hertil via nærmere fastsatte kriterier af kommunen, og på baggrund af en konkret individuel vurdering. Boligens adgangsforhold skal være egnede for gangbesværede.

Visitation til ældreboligerne i Hedensted Kommune hviler på en konkret faglig vurdering af borgerens helhedssituation, hvor en række kriterier indgår i vurderingen:

1. Borgerens egenomsorg styrkes ved flytning
2. Borgeren bor uhensigtsmæssigt, hvor det er svært at færdes eller komme uden for boligen
3. Utryghed/angst i nuværende bolig
4. Borgeren har begrænset netværk eller mangler socialt fællesskab

Visitation til ældrebolig forudsætter, at der er foretaget vurdering af om boligændringer eller andre tilbud fra kommunen kan afhjælpe de aktuelle problemstillinger. Der tages i vurderingen hensyn til borgerens ønske om ældreboligens beliggenhed.

Når en bolig bliver ledig til indflytning, foretages en konkret individuel vurdering af samtlige visiterede borgeres behov. Den borger, der vurderes at have størst behov for boligen, tilbydes den. Ventelisten revurderes hvert kvartal.

Borgere, der stort set kan overkomme og overskue at bo i nuværende bolig, og hvor behovet vil kunne dækkes ved flytning til anden almindelig bolig, visiteres som udgangspunkt ikke til ældrebolig. Eksempelvis hvor ønsket er baseret på problemer med at holde hus og have. Borgeren har ret til, at en ægtefælle, samlever eller registreret partner fortsat kan indgå i husstanden. Ønskes dette, skal det botilbud, der tilbydes, være egnet til to personer, men under hensyn til Arbejdsmiljølovens

pladskrav.

Efterspørgselsmønster og niveauet af selvstændige ældreboliger

Behovet for ældreboliger er faldende, da borgerne i stigende grad selv forbereder sig til alderdommen. Søgningen til ældreboliger er i dag koncentreret om de steder i kommunen, hvor der også er centre, indkøbsmuligheder og grønne arealer i tilknytning til eller tæt på ældreboligerne. Det vil sige at søgningen er koncentreret omkring Hedensted, Juelsminde og Tørring.

De boliger, hvortil Hedensted Kommune har anvisningsret, hæfter kommunen ligeledes for. Det vil sige, at såfremt boligen ikke er lejet ud, betaler kommunen tomgangsleje for boligen. I områder hvor der permanent er et overskud af ældreboliger med kommunal anvisningsret, bør der ikke fremover placeres nye boliger, og kommunen kan søge at frasige sig anvisningsretten, og dermed reelt mindske antallet af ældreboliger til det konkrete behov. I 2010 betalte Hedensted Kommune kr. 763.262 i tomgangsleje til ældreboliger.

Udvikling i efterspørgsel på pleje og plejecenterpladser

Dette afsnit vil først beskrive udviklingen i efterspørgslen på pleje og afdække forskellene mellem hjemmeboende borgere og borgere på plejecentrene. Dernæst beskrives flyttetendenserne for de ældre borgere i Hedensted Kommune, samt de ældres ønsker til beliggenheden af plejeboligerne i fremtiden.

Tendenser i plejekravene på seniorområdet

Kommunerne løser i stigende grad nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver. Hurtigere udskrivninger og en markant omlægning fra stationær til ambulans behandling på sygehusene betyder, at kommunerne i større og større omfang løser sundhedsopgaver. Borgerne kommer ganske enkelt hurtigere hjem, hvilket sammenholdt med den øgede produktivitet på landets sygehuse skaber et øget pres på plejesystemet. Det forventes at fortsætte i de kommende år.

Samtidig lever vi længere, hvilket betyder, at de ældre borgere generelt set har brug for mindre hjælp i den tidlige alderdom, men at plejeb behovet tilsvarende stiger for borgere i den sene alderdom. Da antallet af ældre borgere, specielt blandt de +80 årige, stiger markant de næste år, så betyder det alt andet lige, at pladserne på plejehjemmene i endnu højere grad end i dag vil være forbeholdt de helt svage og meget krævende ældre.

Visitationen til en plejecenterplads sker i dag med afsæt i de vedtagne kriterier for visitering til pleje- og ældrebolig. Konkret betyder det, at borgere, som af fysiske, psykiske eller sociale årsager har vanskeligt ved eller ikke kan klare sig i nuværende bolig, kan visiteres til ældre- eller plejebolig.

Både for plejeboliger og ældreboliger foretages der en konkret individuel faglig vurdering af borgers helhedssituation. For visitation til en plejebolig på et plejecenter indgår følgende i vurderingen:

- Borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne er så væsentlig nedsat, at de pleje- og omsorgsmæssige behov ikke kan varetages i eget hjem
- Borgeren er meget angst/utryk i eget hjem

- Borgeren er ikke i stand til at tilkalde hjælp
- Borgere der er terminale (døende)

Borgere med særlige behov kan visiteres til skærmet enhed for demente eller til bofællesskab for udviklingshæmmede. Visitation til plejebolig forudsætter, at hjælp i hjemmet er afprøvet eller dette er vurderet ikke at kunne afhjælpe de aktuelle problemstillinger.

For visitation til en ældrebolig indgår følgende i vurderingen:

- Borgerens egenomsorg styrkes ved flytning til ældrebolig
- Borgeren bor u hensigtsmæssigt, hvor det er svært at færdes eller komme uden for boligen
- Utryghed/angst i nuværende bolig
- Borgeren har begrænset netværk eller mangler socialt fællesskab

Den store forskel visitationsmæssigt på borgere der visiteres til bolig på et plejecenter og borgere der visiteres til ældrebolig er således på deres funktionsniveau og evne (fysisk og/eller psykisk) til at klare sig selv i hverdagen.

Ressourcemæssigt betyder det også, at der er en forskel i hvor meget pleje disse borgere modtager. I dag modtager en plejehjemsbeboer i gennemsnit 20,63 timer om ugen i personlig og praktisk hjælp. Ser vi på borgerne i udesystemet, så er det tilsvarende tal 16,15 timer om ugen.¹ Imidlertid er der i dette tal indeholdt støtte til borgere, der selv ansætter hjælpere ligesom der er nogle få borgere, der er visiteret til forholdsvis mange timer. Tilsammen hæver det gennemsnitstallet for udesystemet. Ser man bort fra disse sager, som 'forstyrrer' billedet, så er det gennemsnitlige antal leverede timer til praktisk hjælp og pleje til borgere i eget hjem i stedet 11,37 timer i gennemsnit om ugen pr. borger.

Med den nuværende lovgivning kan borgere blive boende i eget hjem, uanset hvor meget hjælp de har brug for i hverdagen. For kommunen er det væsentligt dyrere at levere omfattende hjælp i hjemmet end i en plejebolig. Som tommelfingerregel vil det være billigere for kommunen at hjælpe en borger i en plejebolig, hvis borgeren har brug for mere end 22 timers hjælp om ugen.

Der er flere grunde til, at den omfattende hjælp er dyrere i eget hjem end i en plejebolig. Alene det at køre til det enkelte hjem flere gange i døgnet er forbundet med udgifter. Hertil kommer, at der ikke i tilstrækkelig grad kan opnås "stordriftsfordele" i de dyre timer som er sen aften, nat, i week-ender og på helligdage. Derfor får hjemmeplejen et uforholdsmæssigt stort antal beredskabstimer i forhold til plejecentrene.

Hvor flytter de ældre hen og hvor ønsker de at bo i deres alderdom?

Ser man på flyttemønstre og ønsker for hvor man som ældre vil bo, så er der ret tydelige tendenser – både på landsplan og for Hedensted Kommune.

¹ Gennemsnit for august 2009 til og med juli måned 2010.

I 2006 offentliggjorde Ældresagen de sidste rapporter i et fremtidsstudie af de ældres ønsker og behov. Undersøgelsen dækkede gentagne interviews med fire generationer – personer født i 1920erne, 1930erne, 1940erne og 1950erne. Blandt andet afdækkede man de pågældende generationers ønsker og prioriteringer i forhold til dem fremtidige boligsituation. Helt konkret viser undersøgelsen meget tydeligt, to ting. For det første ønsker de ældre i stigende grad at bo så længe så muligt i deres eget hjem samtidig med at tilslutningen til at bo i ældre- eller plejebolig generelt er faldet for alle fire generationer gennem de forskellige interviewrunder.


For det andet viser undersøgelsen, at beliggenhed i stigende grad er en væsentlig faktor, når man skal prioritere hvor man ønsker at bo som ældre. Konkret er der tre ønsker, som alle er vokset i betydning gennem årene. Man ønsker en bolig der er:

- tæt på servicefaciliteter
- tæt på venner og familie
- centralt beliggende

Ser man på hvordan udviklingen har været i flyttemønstret for borgere mellem 60 og 79 år i Hedensted Kommune, så bekræfter det i hvert fald den sidste tendens – at de ældre i stigende grad søger mod de større områder/byer. Tabel 9 viser udviklingen i flyttemønstrene for 2006-2008 fordelt på skoledistrikter. Tabellen er ligeledes sorteret efter størrelsen på skoledistriktet.

Tabel 9. Udvikling 2006-2008 i absolutte tal og procentvis udvikling. Opdelt på borgere mellem 60-79 år henholdsvis borgere fra 0-99 år. Sorteret efter indbyggertal i 2009

Udvikling Skoledistrikt	Udvikling for borgere mellem 60-79 år i absolutte tal	%	Udvikling for borgere mellem 0-99 år i absolutte tal	%	Indbyggertal 2009
Hedensted	61	1,1	518	9,5	5670
Juelsminde	103	2,1	205	4,2	4902
Løsning	15	0,4	18	0,5	3496
Stjernevejen	-18	-0,6	67	2,2	3136
Tørring	37	1,2	185	6,2	3024
Rask Mølle	-5	-0,2	83	3,0	2872
Øster Snede	-25	-1,1	-11	-0,5	2237
Glud	-12	-0,6	3	0,1	2106
Rårup	-38	-1,9	-46	-2,3	2025
Hornsyld	32	1,7	179	9,5	1895
Barrit	-18	-1,0	-5	-0,3	1851
Stouby	-26	-1,4	-39	-2,2	1779
Daugaard	-6	-0,3	98	5,6	1762
Lindved	-4	-0,2	12	0,7	1732
Uldum	0	0,0	45	2,8	1645
Stenderup	-20	-1,4	-13	-0,9	1501
Aale	-14	-1,2	14	1,2	1228
Ølsted	-7	-0,6	11	0,9	1226
Langskov - Ølholm	-16	-1,3	-16	-1,3	1208
Korning	-4	-0,6	-21	-3,2	659
I alt	35	0,1	1287	2,8	45954



De distrikter der er markeret med grønt er de områder, hvor der er sket en tilvækst af borgere i kategorien 60-79 år. Som det fremgår, er der tale om de tre største områder – Hedensted, Juelsminde og Løsning, det 5. største skoledistrikt Tørring og endelig Hornsyld, som i denne sammenhæng falder en smule udenfor, da det kun er det 10. største skoledistrikt målt på indbyggertal. Udviklingen er således ret entydig, at borgerne mellem 60 og 79 år søger mod de større områder i kommunen, hvor der er offentlig transport m.m. tilgængeligt. Endvidere bør det bemærkes, at der selv i de mindre byer, hvor der allerede er etableret plejecentre, som alt andet lige skulle tilfredsstille et behov hos de ældre for, at blive i disse områder også er et klart fald i befolkningsudviklingen blandt de ældre borgere. Selvom man placerer plejecentre i de mindre befolkede områder, så kan det altså ikke holde på de ældre borgere og det tiltrækker heller ikke borgere.

7. Den videre proces

Drøftelse af kommende proces.

