



12. august 2014

Demografibetinget ressourcebehov for borgere med sindslidelse i 2015 og frem

Baggrund

Det fremgår af budgetaftale 2014, at Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen skal arbejde videre med at kvalificere model for demografibetinget behov for midler til borgere med sindslidelse. Det fremgår desuden af budgetaftalen, at de konstaterede stigninger i antallet af københavnere med psykiske lidelser skal undersøges med henblik på at belyse det udgiftspres, der udløses heraf.

Indhold

I forbindelse med udligningsordningen har Københavns Kommune faldende indtægter, der blandt andet er begrundet i et fald i psykiatriske patienter i hospitalsregi med bopæl i København i forholdt til landets øvrige kommuner. De faldende indtægter er begrundet i beregningsgrundlaget, som tager afsæt i udviklingen i regionalt regi. Den faldende tendens kan ikke genfindes i den socialpsykiatriske målgruppe som er omfattet af ydelser fra Socialforvaltningen. En analyse viser således også, at sammenhængen mellem den regionale udvikling i patienter og udgiftspreset i Socialforvaltningen er svagt. Dette notat tager derfor udgangspunkt i at beskrive det udgiftspres, som udløses af den demografiske udvikling i Københavns Kommune.

Princippet bag demografiregulering af budgetter er, at der er en sammenhæng mellem antallet af borgere i København og udgifterne på området. Stigende befolkningstal medfører at antallet af personer i målgruppen øges, og det indebærer stigende udgifter, hvis serviceniveauet skal fastholdes. Demografireguleringen af budgettet sikrer, at der ikke sker en serviceglidning uden der er truffet politisk beslutning herom. På Socialudvalgets område demografireguleres budgettet til borgere med handicap og hjemmeplejen.

Københavns Kommunes befolkning i aldersgruppen 18-64-årige ventes at stige med ca. 8.500 borgere fra 2014 til 2015¹.

Området for borgere med sindslidelse i Socialforvaltningen står i de kommende år overfor følgende udfordringer, som følge af befolkningsudviklingen:

Eksekveringsparat?

	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet	Nej
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Nej

¹ 2013 prognosen

1) Stigende befolkningstal uden automatisk demografireguleret budget

Socialforvaltningen vil i 2015 være udfordret af, at den demografiske udvikling i en årrække har medført flere borgere, men kun begrænset demografitilskrivning af budgettet. Udviklingen betyder faldende dækningsgrader og dermed et pres på service-niveauet.

2) Strukturelle ændringer i psykiatrien (regionen)

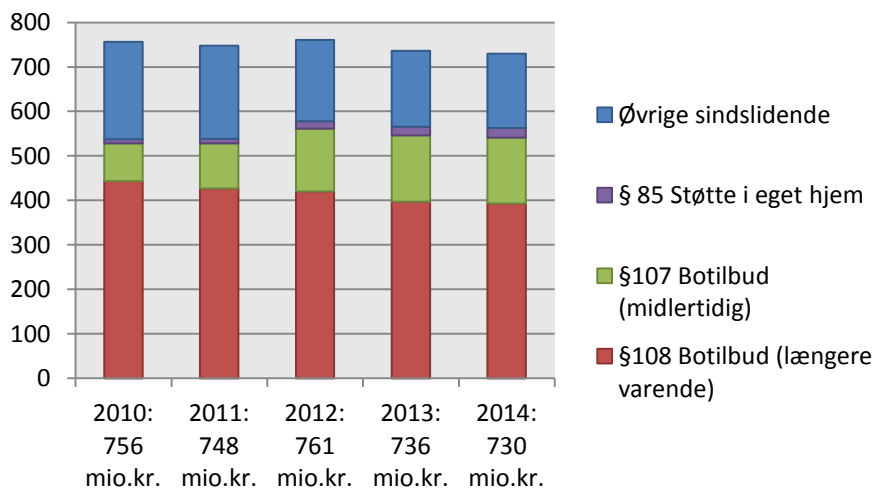
I behandlingspsykiatrien nedlægges sengepladser samtidig med at patienter hurtigere meldes færdigbehandlede. Det øger tyngden og efterspørgslen efter socialpsykiatrisk støtte i Socialforvaltningen.

I det følgende uddybes baggrunden for de nævnte udfordringer.

Ad 1) Stigende befolkningstal uden automatisk demografireguleret budget

Befolkningstilvæksten i Københavns Kommune er ca. 2 % årligt. Ser man på udviklingen i driftsbudgettet på området for borgere med sindslidelse, så følger det ikke den demografiske udvikling, jf. nedenstående.

Graf 1: Udviklingen i driftsbudget på området for borgere med sindslidelse (2014 p/l)



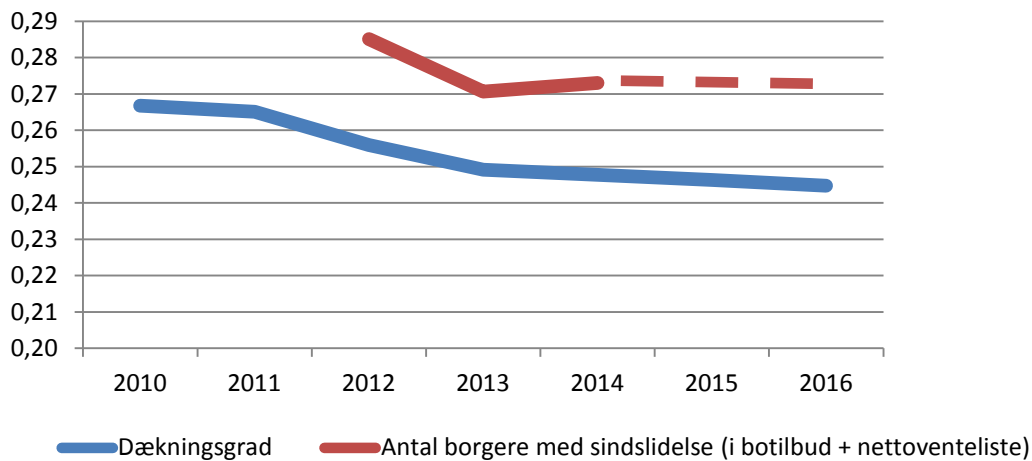
	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
Budgetudvikling mellem budgetår i %	-1,1%	1,7%	-3,2%	-0,9%

Den samlede udvikling betyder, at dækningsgraden, forstået som andelen af pladser² til borgere med sindslidelse i forhold til det samlede antal københavnere er faldende jf. nedenstående graf og den forholdsvis stabile

² Inkl. besluttede boliger.

nettoventeliste trods oprettelse af nye pladser i 2015 og 2016. Hvis der ikke planlægges nye boliger, afsættes midler til køb af pladser eller intensiv støtte i egen bolig vil dækningsgraden falde yderligere i 2015 og frem.

Graf 2: Dækningsgrad for borgere med sindslidelse ift. befolkningsudvikling

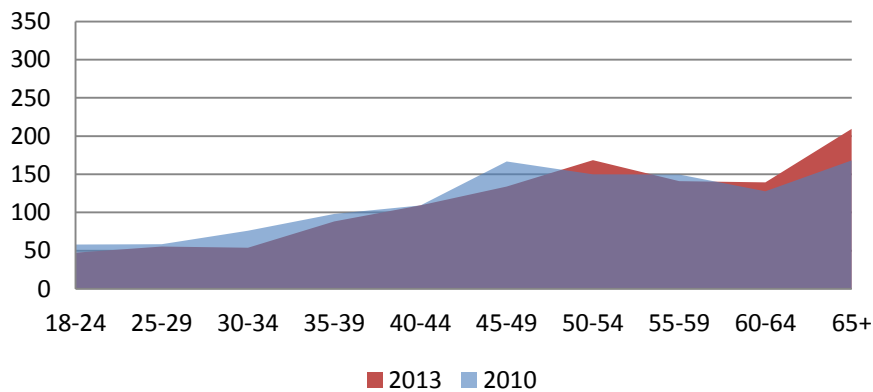


Tabel 1: Nettoventeliste, nye pladser og egne og købte botilbudspladser i et givet år

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nettoventeliste			132	99	119	109	100
Nye pladser	0	12	19	17	16	14	0
Egne pladser	1063	1088	1091	1081	1098	1114	1128
Købte pladser	101	92	66	67	67	67	67

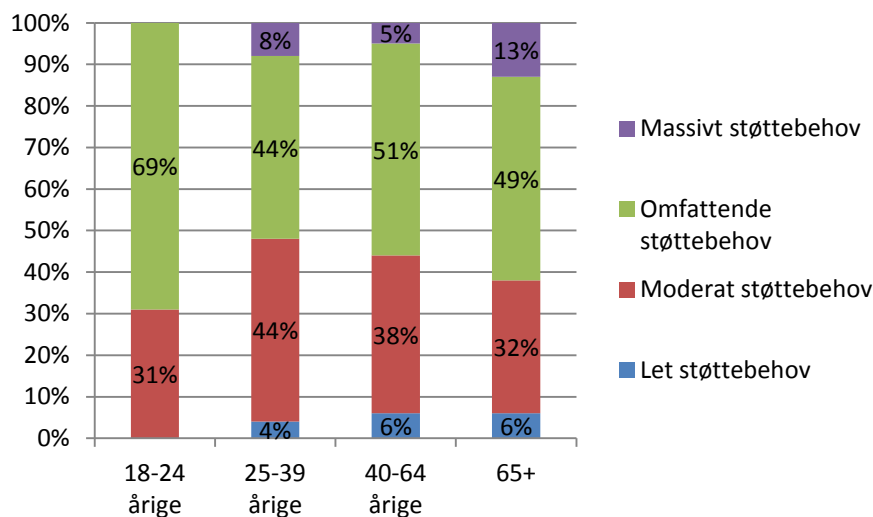
Den demografiske udvikling for borgere i målgruppen er endvidere sammenhængende med en stigende gennemsnitsalder jf. graf 3. Denne stigning kan konstateres selvom der i perioden er åbnet tilbud målrettet unge.

Graf 3: Gennemsnitsalder for beboere på midlertidige og længerevarende bo-tilbud



Ser man på det relative støttebehov for borgere med sindslidelse på bo-tilbud, så er der i aldersgruppen 65+ en større andel af borgere med massivt støttebehov jf. nedenstående.³

Figur 1: Relativ fordeling af støttebehov for beboere på midlertidige og længerevarende tilbud (2013)



³ Bemærk, at der relativt er flere unge mellem 18-24 år med et omfattende støttebehov ift. gruppen af 25-39-årige, hvilket tilskrives effekten at den socialpædagogiske støtte, der modererer støttebehovet. I aldersgrupperne 40-65+ er støttebehovet større, hvilket tilskrives aldersbetinget støttebehov.

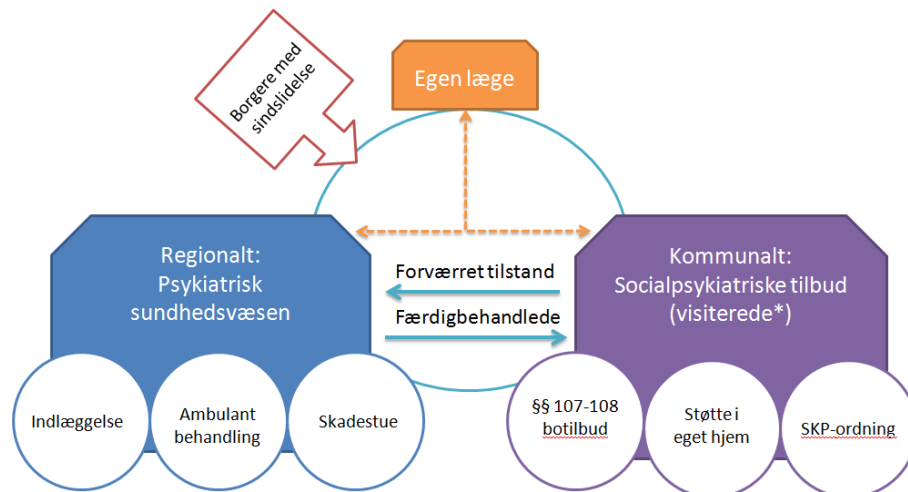
Det betyder at tyngden i målgruppen er stigende, da behovet for socialpædagogisk støtte og pleje øges. Sammenholdt med den faldende dækningsgrad, lægger udviklingen et pres på serviceniveauet.

Ad 2) Strukturelle ændringer i psykiatrien

Ser man på den strukturelle dimension i behandling og støtte til borgere med sindslidelse, så har forholdet mellem psykiatribehandling i regionen og den socialpsykiatriske støtte i kommunalt regi betydning.

Nedenstående figur illustrer forholdet mellem region og kommune.

Figur 2: Forholdet med region og kommune for borgere med sindslidelse

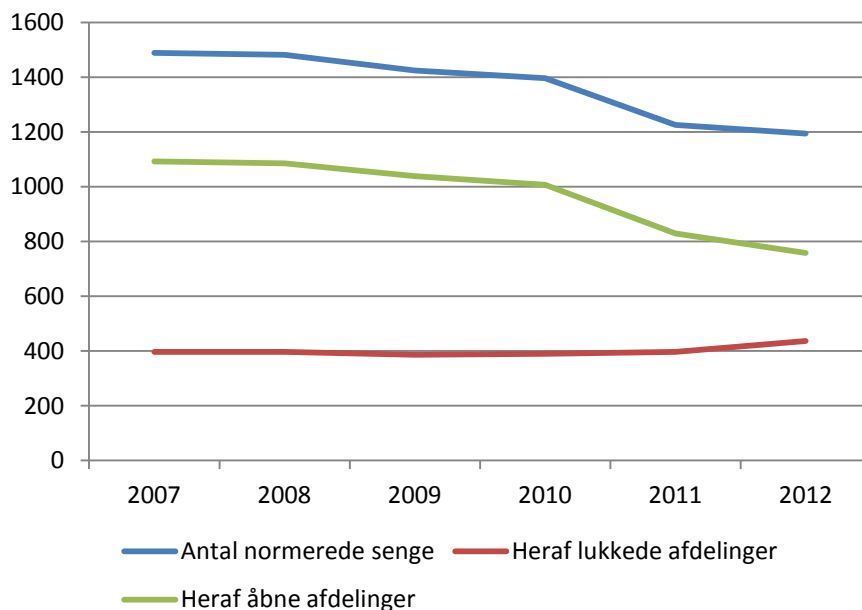


*) De kommunale tilbud, der visiteres til udgør ca. 80 % af det samlede budget i 2014. Øvrige kommunale tilbud, der ikke er medtaget er fx aktivitets- og samværstilbud.

I regionhovedstaden er antallet af patienter i voksenpsykiatrien forholdsvis stabil. I 2001 var der 21,1 unikke patienter pr. 1000 indbyggere i Region Hovedstaden, mens antallet i 2011 er 22,4 unikke patienter pr. 1000 indbyggere, hvilket er en stigning på ca. 6 % pr. 1000 borgere.

I gennem de seneste år har Region Hovedstaden reduceret antallet af sengepladser, jf. nedenstående. Den primære tilgang fra psykiatrien til Københavns Kommune er indlagte patienter. Det fremgår, at det primære fald i sengepladser er på åbne afdelinger, hvor Socialforvaltningen har sin største tilgang af borgere.

Graf 4: Udviklingen i normerede sengepladser i psykiatrien i Region Hovedstaden



Nedlæggelsen af sengepladser skal ses i sammenhæng med indlæggelsestiden, hvor der i perioden 2001-11 er sket en stor reduktion fra tidligere gennemsnitligt 40,8 dage til 16 dage i 2011 jf. nedenstående.

Tabel 2: Gennemsnitlig indlæggelsestid i voksenpsykiatrien i Region Hovedstaden

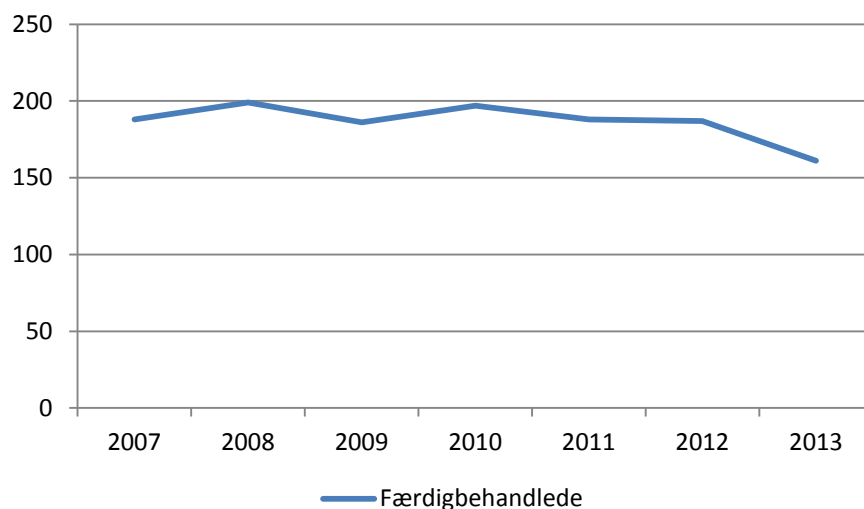
	2001	2007	2011	Ændring 2001-2011 Antal dage	Ændring 2001-2011 i pct.
Dage	40,8	32,0	16,0	-24,8	-61% ¹

1) Det markante fald fra 2007 til 2011 kan til dels tilskrives ændret registreringspraksis, så overnatninger på skadestue registreres som indlæggelse. Den ændrede registrering kan dog ikke forklare faldet fuldt ud, da der også er et fald mellem 2010-11 på ca. 20 % (Deloitte: Analyse af kapaciteten i psykiatrien (2012), s. 67)

De kortere indlæggelser kombineret med færre sengepladser betyder, at flowet er øget i psykiatrien.

Ser man på mængden af færdigmeldte københavnere, der ikke kan udskrives uden en foranstaltning fra kommunen, så er udviklingen forholdsvis stabil, jf. Graf 5. Det indikerer, at kommunens handlemulighed er begrænset, da regionen øger indtaget i takt med vi øger hjemtagelsen.

Graf 5: Udvikling i færdigbehandlede københavnske psykiatriske patienter i Region Hovedstaden (unikke personer)



Kommunen betaler 1.834 kr. i døgnet for færdigbehandlede patienter, der som minimum skal færdigvarsles 8 dage inden afregningen påbegynder. I forbindelse hermed blev der i 2007 vedtaget en strategi om hurtigere hjemtagelse til finansiering af ca. 30 nye pladser. En forudsætning for de nye pladser var således at afregningen fra regionen faldt, hvilket ikke har været tilfældet.

I begyndelsen af 2013 ansatte Socialforvaltningen en konsulent til at styrke hjemtagelsesprocessen, og der fremgår også et lille fald i antallet af færdigmeldte grundet det øgede fokus på at styrke samarbejdet mellem region og kommune.

Der er dog fortsat en flaskehals i forhold til hjemtagelsen, hvilket især fremgår af det gennemsnitlige antal dage en borger ligger på hospitalet fra færdigmelding til hjemtagelse. I region hovedstaden er Københavns kommune den kommune, der har borgere liggende i længst tid. Ser man på antallet af dage, de færdigbehandlede ligger på hospital, så er gennemsnittet i Region Hovedstaden 5 dage pr. 1000 borgere, mens tallet for Københavns Kommune er 10 dage pr. 1000 borgere⁴.

Problemet med hjemtagelsen er især sammenhængende med manglende flow på botilbud, som betyder at unge borgere og borgere med specifikke behov ofte har lange forløb fra færdigmelding til hjemtagelse.⁵ En stor del af de færdigbehandlede har behov for specialiserede tilbud, hvilket er svært at imødekomme indenfor 8 dage fra regionen varsler færdigmeldingen, særligt når ventelisten tages i betragtning.

Det strukturelle pres er således på den ene side en konsekvens af øget flow i regionen, hvor kortere indlæggelsesforløb betyder, at tyngden i målgruppen er stigende, hvilket underbygges af, at andelen af genindlæg-

⁴ Opgjort for januar til september 2013.

⁵ En opgørelse af hjemtagelse over ca. et år viser, at der er hjemtaget 5 unge borgere, der i gennemsnit har ventet på hospitalet i 164 dage.

gelseser er ca. 20 % i 2013.⁶ På den anden side er manglende pladser og flow på de kommunale botilbud med til at skabe en flaskehals for hjemtagelsen af færdigbehandlede borgere.

Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 3: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Midler til køb af botilbudspadser og socialpædagogisk støtte i eget hjem	- Forebygger øget pres på venteliste stil botilbud. Den nuværende ventetid kan fastholdes uden stigninger
Aflastningspladser til færdigbehandlede indlagte	- Afkortning af ventetid på hospital for borgere, som er godkendt til botilbud, men afventer ledig plads. - Afledt besparelse på udgift til færdigbehandlede indlagte.

Økonomi

Budgetbehovet for at fastholde det nuværende serviceniveau er beregnet med udgangspunkt i befolkningstilvæksten og den automatiske metode for demografiregulering, der benyttes på området for borgere med handicap. I den automatiske demografimodel fremskrives sidste års budget med befolkningstilvæksten på bestemte borgerrelaterede ydelser. Nedenstående tabel viser beregningen for borgere med sindslidelse

Tabel 4: Beregning af budgetbehov 2015 for at fastholde serviceniveau trods befolkningstilvæksten

	Stigning i målgruppe i 2015*	Øget budgetbehov i 1.000 kr.**
Længerevarende botilbud	16,4	8.211
Midlertidige botilbud	7,4	2.055
Beskyttet beskæftigelse	1,9	153
Aktivitets- og Samværstilbud	17,1	1.164
Borgere med sindslidelse***	42,8	11.583

* Beregnet på baggrund af den forventede stigning i befolkningen fra 2014 til 2015, ift. nuværende dækningsgraden

** Beregnet med udgangspunkt i den beregnede marginale pladspris

*** Omfatter de borgerrelaterede ydelser: længerevarende og midlertidig botilbud, beskyttet beskæftigelse samt aktivitets- og samværstilbud.

⁶ Genindlæggelserne opgøres af Region Hovedstaden og omfatter antal unikke cpr.nr., som er akut genindlagt på psykiatriske centre inden for 30 dage fra udskrivningstidspunktet. Der tages ikke hensyn til om genindlæggelserne vedrører samme diagnose. Opgørelse gælder perioden januar-september 2013. Til sammenligning blev 16 % københavnere genindlagt i 2010. Gennemsnittet for kommunerne i Region Hovedstaden er hhv. 17 % i 2010 og 20 % i 2013 (jan-sep).

Socialforvaltningen foreslår, at de 11,6 mio. kr. anvendes på følgende tiltag:

- Køb af botilbudspladser: 6,1 mio. kr.
 - Tilførslen betyder, at kommunen vil kunne købe 5-10 flere helårspladser. Dette kan afhjælpe flaskehalsproblemer i forbindelse med hjemtagelsen af færdigbehandlede patienter og dermed sikre, at presset på venteliste til botilbud fastholdes på eksisterende niveau og ikke stiger yderligere.
- Socialpædagogisk støtte til borgere i eget hjem: 4 mio. kr.
 - Tilførslen svarer til ca. 8 støttekontaktpersoner. Det vil understøtte flow på botilbud og dermed sikre, at presset på venteliste til botilbud fastholdes på eksisterende niveau og ikke stiger yderligere - og med tilsvarende ventetid.
- Aflastningspladser til færdigbehandlede patienter: 1,5 mio. kr.

Tilførslen svarer til 5-10 årspladser. Det vil alt andet lige bidrage til at afkorte ventetid på hospital for borgere, som er godkendt til botilbud, men afventer ledig plads og dermed samtidig medføre en afledt besparelse på udgifter til færdigbehandlede patienter. Effekten af aflastningspladserne forudsætter, at det er muligt for borgerne at komme videre til et botilbud eller få støtte i eget hjem. Med det nuværende pres og venteliste er dette begrænset, men den foreslåede anvendelse af demografimidler vil bidrage til at øge mulighederne.

Tabel 5: Servicemidler

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2014	2015	2016	2017	2018	I alt
- Køb af botilbudspladser		6.100	6.100	6.100	6.100	24.400
- Socialpædagogisk støtte til borgere i eget hjem		4.000	4.000	4.000	4.000	16.000
- Aflastningspladser til færdigbehandlede indlagte		1.500	1.500	1.500	1.500	6.000
Udgifter til service i alt		11.600	11.600	11.600	11.600	

Sker der ikke en demografitilpasning af budgettet til borgere med sindslidelse vil Socialforvaltningen være nødsaget til generelt at reducere støtten til københavnske borgere med psykisk sygdom.