



Boligplan 2023-2033

Omsorgsområdet



Indhold

1. Opsamling og anbefalinger	3
2. Udviklingstendenser	6
3. Bemandede boliger	7
3.1. Boligmassen	7
Beskrivelse af boligtyperne.....	7
Udvikling i boligkapacitet.....	9
Geografisk bæredygtighed	11
3.2. Sammenligning med andre kommuner	12
Sammenligning af boligmasse	12
Sammenligning af udgifter	14
3.3. Behovet for boliger i fremtiden	15
Behovet for pleje- og demensboliger	16
3.4. Demensboliger.....	17
3.5. Ældreboliger med mulighed for kald	19
Omklassificering til plejeboliger	19
3.7. Økonomisk og faglig bæredygtighed	21
Små centre – få plejeboliger	22
3.8. Samlede anbefalinger for bemandede boliger	23
4. Midlertidige opholdspladser.....	24
4.1. Pladstyper og brug	24
Pladserne anvendelse.....	26
4.2. Sammenligning med andre kommuner	27
4.3. Behovet for pladser i fremtiden	28
Styrke faglig bæredygtighed	28
4.4. Samlede anbefalinger for midlertidige opholdspladser	30
5. Anlægsplan	31
5.1. Bygge nyt	31
5.2. Vedligeholdelse	33
5.3. Teknologi	34
5.4. Samlede økonomiske konsekvenser.....	35
Kildehenvisninger	36

1. Opsamling og anbefalinger

Boligplanens overordnede formål er at sikre bemandede boliger og midlertidige opholdspladser til ældre borgere i Randers Kommune de næste 10 år. I kommissoriet er beskrevet, at den overordnede ramme som boligplanen skal udarbejdet indenfor er:

- Økonomisk bæredygtighed
- Volumen ift. antal boliger, boligtype og specialtilbud
- Faglig bæredygtighed herunder specialiseringsgrad
- Geografi

I relation til den økonomiske bæredygtighed er der udarbejdet analyser, der peger på, hvor mange boliger, der kan skabe de bedste vilkår for en økonomisk bæredygtig drift på et center. I relation hertil også en anbefaling om, at drøfte mulighederne for de centre, der har meget få plejeboliger og hvor en bæredygtig økonomi ikke vurderes at være muligt. Boligplanens analyse peger også på ændringer i fordelingsmodellens økonomiske tildeling til de forskellige boligtyper, da det vurderes at kunne skabe bedre vilkår for den økonomiske bæredygtighed. Boligplanens analyse peger på, at der er behov for ca. 500 ekstra plejeboliger inden 2033. Derfor vil det også være økonomisk bæredygtigt at udnytte den nuværende boligkapacitet bedst muligt ved at omdanne nogle af de nuværende ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger.

Faglig bæredygtighed skal forstås som faglig robusthed i personalegruppen. Særligt for specialiserede enheder relaterer det sig volumen, da der skal være en hvis mængde for at kunne opretholde en vis specialiseringsgrad. Ligeledes relaterer det sig også til den økonomiske bæredygtighed, da der skal være et vis økonomisk råderum, for at kunne ansætte specialiserede og tværgående funktioner. Derfor anbefales det, at specialiserede demenspladser skal være samlet i større enheder og at der skal arbejdes med at koncentrere flere midlertidige opholdspladser på lidt færre lokationer.

Den geografiske bæredygtighed har spillet en rolle i anbefalingerne om placering af aflastningspladser. Selvom det vurderes, at der er behov for en øget koncentration af aflastningspladser for at styrke den faglige bæredygtighed anbefales det også at få aflastningsboliger placeres geografisk spredt. Hensyn til geografisk nærhed har også haft betydning for de skitserede muligheder, der er i relation til de centre, hvor det vurderes, at det ikke er muligt at opretholde en økonomiske bæredygtig drift.

I 2018 blev der udarbejdet en budgetanalyse på omsorgsområdet, hvor også boligområdet og særligt ældreboliger med mulighed for kald blev undersøgt. I foråret 2021 udgav Implement deres *Undersøgelse af ældreområdet i Randers Kommune*. Den indeholder blandt andet analyser i relation til den økonomiske tildeling og antallet af boliger og boligtyper. Analyser og konklusioner fra disse undersøgelser er benyttet i nærværende boligplan for 2023-2033.

Den 21. april afholdte omsorgsudvalget en minikonference om boligplanen, hvor byrådet var inviteret. Her præsenterede forvaltningen boligplanens foreløbige anbefalinger og de blev drøftet af deltagerne. Tilbagemeldingerne på minikonferencen er taget til efterretning af forvaltningen og er afspejlet i boligplanens endelige anbefalinger.

Her præsenteres boligplanen samlede anbefalinger.

Samlede anbefalinger for bemandede boliger:

- At en dækningsgrad på 15,9% for 80+ årige for pleje- og demensboliger benyttes som pejlemærke.
- At denne boligplan revideres eller at der udarbejdes en boligplan for en ny 10-årig periode i den næste byrådsperiode for derved at opfange evt. ændringer i dækningsgrad mv.
- At understøtte forberedelse af privat etablering af seniorbofælleskaber gennem råd og vejledning i et samarbejde med udvikling, miljø og teknik.
- At demensboliger i skærmede enheder og plejeboliger får en ny og ens økonomisk tildeling i ny fordelingsmodel.
- At, der arbejdes med en højere økonomisk tildeling til specialiserede demensboliger i ny fordelingsmodel.
- At, der etableres et 4. specialiseret demenscenter.
- At omklassificere ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger (omhandler ca. 200 ældreboliger med mulighed for kald, der er egnet til omklassificering).
- At den økonomisk tildeling til ældreboliger med mulighed for kald vurderes i forbindelse med ny fordelingsmodel.
- At nyt byggeri består af omkring 75 boliger af hensyn til økonomisk og faglig bæredygtighed.

Samlede anbefalinger for midlertidige opholdspladser:

- At fastholde nuværende antal specialpladser (akutpladser, Randers Hospice, Træningshøjskolen og Døgngenoptræningen).
- At benytte nuværende dækningsgrad for 80+ årige på 0,7% for som pejlemærke ift. aflastningspladser og korttidspladser.
- At styrke den faglige bæredygtighed ved at koncentrere flere aflastnings- og korttidspladser på færre enheder, da en større volumen vil styrke den faglige bæredygtighed.
- At bevare enkelte aflastningspladser geografisk spredt for at bevare geografisk nærhed.
- At etablere 6 demensaflastningspladser på ét af de specialiserede demenscentre.

Såfremt ovenstående anbefalinger i boligplanen følges, vurderes det at medføre følgende afledte økonomiske anlægsbehov (der tages forbehold for prisudvikling, ændringer i dækningsgrad mv.):

- Forventede bruttoanlægsudgifter på 136 mio. kr. til etablering af servicearealer i forbindelse med opførelsen af ca. 300 nye plejeboliger. Hertil kommer servicearealtilskuddet på 12 mio. kr., så nettoudgiften vil udgøre 124 mio. kr. Under forudsætning af at der kan stilles en kommunal grund til rådighed, vil anlægsudgiften til boligerne kunne finansieres af lån og beboerindskud.
- 36 mio. kr. til etablering af servicearealer i forbindelse med omklassificering af ca. 200 ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger.
- 2 mio. kr. årligt de næste 10 år til vedligehold af servicearealer.
- Investering af velfærdsteknologi i forbindelse med etablering af nye plejeboliger.
- Etablering af areal til bl.a. træning, sundhedsklinikker, hjemmepleje og sygepleje for borgere i eget hjem.

For at kunne imødekomme anbefalingen om, at fastholde en dækningsgrad på 15,9% for pleje- og demensboliger for 80+ årige er der et stort behov for flere plejeboliger. Det er væsentligt, at få påbegyndt

omklassificeringen af ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger idet dette sker i forbindelse med nye indflytninger. I relation hertil vil det også være nødvendigt at etablere yderligere service- og fællesareal, hvilket skal planlægges. Samtidigt er det også vigtigt, at påbegynde planlægning af bygning af nye plejeboliger enten i relation til et eksisterende center eller helt nybygget center, selvom det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at bygge nye plejeboliger grundet prisstigninger og rammebeløb. Men hvis det er den vej, der ønskes, så vil det være vigtigt, at der allerede nu kan påbegyndes afdækning af muligheder og konkretisering af planer. Denne prioritering har naturligvis nogle afledte økonomiske konsekvenser, der er skitseret i ovenstående punkter og uddybet nærmere i boligplanens afsnit om Anlægsplan.

For de midlertidige opholdspladser er det særligt de decentrale aflastningspladser, der kalder på handling. Med en belægningsprocent på 91% er kapaciteten fyldt ud. Derfor er det både væsentligt at arbejde henimod flere aflastningspladser og styrke den faglige bæredygtighed. Det vurderes, at en styrkelse af den faglige bæredygtighed ved at koncentrere flere pladser på færre enheder, vil kunne øge kapaciteten. Det vil give medarbejderne større erfaring med den tilgang en aflastningsplads kræver samt en større grad af systematik om borgerens forløb på aflastningspladsen.

2. Udviklingstendenser

I de kommende år vil der være nogle samfundsmæssige tendenser, der vil have stor betydning for omsorgsområdet og særligt boligområdet. Det vil ikke kun være gældende i Randers Kommune, men over hele landet.

Demografiudviklingen har stor betydning for omsorgsområdet. Om blot ti år vil der næsten være dobbelt så mange borgere på 85 år eller derover i Randers Kommune ifølge demografiprognosen. Det vil naturligvis lægge et øget pres på omsorgsområdet og særligt udfordre den nuværende plejeboligkapacitet.

På flere sundhedsparametre er sundhedstilstanden blandt ældrebefolkningen forbedret (Sundhedsstyrelsen, 2021; 6). Men det betyder ikke, at behovet for en plejebolig eller midlertidige opholdspladser vil være mindre i fremtiden. Det betyder, at behovet for f.eks. en plejebolig først vil opstå senere i livet, end for de tidligere ældregenerationer.

For nogle sundhedsparametre ses en forværring af sundhedstilstanden blandt ældrebefolkningen (Ibid.). Det betyder stigende kompleksitet i borgernes sygdomsbillede og har betydning for personalets kompetencer og forventeligt også kapaciteten af midlertidige opholdspladser i Randers Kommune.

Kapaciteten af midlertidige opholdspladser og de tilknyttede kompetencer påvirkes også af udviklingen i hospitalsvæsenet. De seneste år, er der sket en udvikling, hvor antallet af liggedage på hospitalet er faldet markant (Kjellberg 2017). Det betyder, at borgerne udskrives langt tidligere end førhen og flere af disse borgere udskrives til et ophold på en af kommunens midlertidige opholdspladser. Også hos disse borgere er kompleksiteten steget, hvilket stiller øgede krav til de faglige kompetencer hos personalet.

Det er også forventeligt, at der vil være et stigende antal socialt udsatte, der kan komme i betragtning til en plejebolig. Borgere, der har levet et hårdt liv med f.eks. misbrug af stoffer eller alkohol, lever længere i dag. De oplever funktionsnedsættelser tidligere i deres liv (Sundhedsstyrelsen, 2020; 9), hvilket betyder, at behovet for en plejebolig også vil opstå tidligere.

Der er også ændrede flyttemønstre blandt ældrebefolkningen, hvor den generelt er blevet mere mobil. Særligt de yngste ældre, der overvejer at flytte, ønsker at flytte i noget mindre eller undgå havearbejde (Vive, 2019; 40). For de ældste ældre, er det særligt helbredsmæssige forhold, der påvirker, deres overvejelser om at flytte. For de yngste ældre, der overvejer at flytte, angiver en stor andel, at de godt kunne ønske at flytte i et seniorbofællesskab.

I Randers by er der blevet bygget mange nye moderne boliger, der er egnet til at blive ældre i. Når denne øgede mobilitet blandt ældrebefolkningen sammenholdes med udviklingen i det private boligbyggeri, kan det have betydning for de ældres behov for plejeboliger i fremtiden. Det tyder på, at flere ældre har gjort sig overvejelser om at flytte til en bolig, der er egnet til et ældreliv med lavere funktionsniveau. Derfor bliver en plejebolig måske ikke i ligeså høj grad aktuelt for disse borgere, da de bedre boligforhold muliggør, at de bedre kan få støtte i eget hjem og derfor ønsker at blive boende.

3. Bemandede boliger

I dette afsnit analyseres den bemandede boligmasse i Randers Kommune. Det omfatter demensboliger, plejeboliger og ældreboliger med mulighed for kald, da disse boligtyper har tilknyttet fast personale. Afsnittet indeholder en beskrivelse af boligkapaciteten og udviklingen heraf, visitationskriterier og venteliste til boliger, kompetencesammensætningen i boligerne, en sammenligning med andre kommuner ift. dækningsgrad og udgifter. Slutteligt indeholder afsnittet en analyse af behovet for boliger i 2027 og 2033 samt anbefalinger på baggrund af ovennævnte analyser.

3.1. Boligmassen

Beskrivelse af boligtyperne

I Randers Kommune er der tre forskellige boligtyper med fast bemanding – plejeboliger, demensboliger og ældreboliger med mulighed for kald. De tre boligtyper har forskellige visitationskriterier, der er baseret på gældende kvalitetsstandarder. Det betyder, at borgeren skal have nogle behov, som boligen skal dække, for at blive visiteret til en bolig. Tabel 3.1. er en oversigt over visitationskriterierne til de forskellige boligkategorier.

Tabel 3.1. Visitationskriterier: Oversigt over, hvilke behov en visiteret bolig kan dække, 2019

	Ældrebolig med mulighed for kald	Plejebolig	Demensbolig
Kan tage vare på sig selv	Borger har svært eller vanskeligt ved at tage vare på sig selv.	Borger har vanskeligt ved eller er ude af stand til at tage vare på sig selv.	Borger har vanskeligt ved eller er ude af stand til at vare på sig selv.
Behov for fysisk eller psykisk pleje	Behov for døgndækket pleje og omsorg, i en vis grad .	I høj grad behov for døgndækket pleje og omsorg.	I høj grad behov for døgndækket pleje og omsorg, der ikke kan dækkes gennem en almindelig plejebolig.
Behov for særlige fysiske rammer	Boligen er indrettet til, at hjælpemidler kan være med til at kompensere for funktionsnedsættelsen	Boligen er indrettet til, at hjælpemidler kan være med til at kompensere for funktionsnedsættelsen	Boligen er indrettet til, at hjælpemidler kan være med til at kompensere for funktionsnedsættelsen Behov for særligt indrettede og tilrettelagte omgivelser , der tager hensyn til den kognitive funktionsnedsættelse.
Andre behov, der indgår i en samlet faglig vurdering	Særlige sociale behov, behov for tryghed, behov for samvær og daglig støtte og vedligeholdelse af funktionsevne.		
Økonomisk tildeling pr. bolig, fordelingsmodel 2022	172.230 kr.	344.461 kr.	409.904 kr.

De fleste af disse behov er ens, så forskellen ligger i højere grad i, hvor stort borgerens behov er ift. de forskellige kriterier. Herudover er der mange forhold, der er med i den samlede vurdering af, hvorvidt en af de tre boligtyper, kan dække det behov borgeren har. Det er forhold som tryghed, samvær og særlige sociale behov. Det fremgår også af visitationskriterierne, at borgerens plejebestand skal være størst i en pleje- og demensbolig sammenlignet med en ældrebolig med mulighed for kald, hvor plejebestanden kan være mindre.

I en plejebolig er den typiske målgruppe borgere, der har vanskeligt ved at tage vare på sig selv grundet fysisk funktionsnedsættelse og beboeren har behov for døgndækket pleje. Op mod 80% af beboerne i almindelige plejeboliger formodes at have en demenssygdom. Det betyder også, at personalet i plejeboliger skal have en basal viden om demens og om tilgange til borgere med en demenssygdom.

I ældreboliger med mulighed for kald, findes også borgere, med funktionsnedsættelse, der betyder, at de kan have svært ved at tage vare på sig selv. De er dog bedre i stand til det end borgere, der visiteres til en plejebolig.

Målgruppen for demensboliger er personer der har moderat til svær grad af demens, eller demenslignende symptomer og hvor adfærden er udfordrende. Der er tale om mennesker, som udviser en høj grad af udad reagerende adfærd (hæmningsløs, irriteret, agiteret, aggressiv, afvigende motorisk adfærd) eller inaktivitet (apati). Disse mennesker har særlige livsbetingelser, som kræver en specialiseret demensfaglig indsats og et særligt socialt og fysisk støttende miljø.

Uafhængigt af, hvilken boligtype man er visiteret, er de nødvendige fagpersonale og kompetencer til stede på alle centre. Alle centre har ansat SOSU-assistent og –hjælper, sygeplejerske og fysio- eller ergoterapeut. Tilsammen kan personalet give støtte og omsorg til beboerne og imødekomme de faglige behov beboerne har, om det er sygepleje, praktisk hjælp eller personlig pleje. Når en beboer har behov for specialiserede fagligheder tilkaldes disse. Det kan f.eks. være ift. dysfagi (synkebesvær), ernæring, demens, sår, inkontinens m.v.

Personalet arbejder rehabiliterende og reflekterende ud fra borgerens ønsker og mål. Afsættet herfor er bl.a. værdighedsmodellen, borgerens døgnrytme og livshistorie. At få etableret et samarbejde med pårørende er også vigtigt for mange beboere. Her vil personalet benytte model for pårørendesamarbejde.

Udvikling i boligkapacitet

Tabel 3.2. viser udviklingen i antallet af bemandede boliger siden 2015 fordelt på boligtyper. Af tabellen fremgår også dækningsgraden i de forskellige år. Dækningsgraden er udtryk for, hvor stor en andel af de 80+ årige, der i teorien kan blive visiteret til en plejebolig. Ved at beregne dækningsgraden, er det muligt at sammenligne boligmassen mellem år og kommuner samtidig med, at der tages højde for ændringer i befolkningssammensætningen.

Tabel 3.2. Antal boliger fordelt på boligtype og dækningsgrad for 80 årige og derover

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Plejeboliger	581	579	579	538	546	555	571
Demensboliger	134	134	134	204	204	204	219
Delsum	715	713	713	742	750	759	790
Dækningsgrad for 80+ årige	17%	17%	16%	16%	16%	16%	16%
Ældreboliger med mulighed for kald*	503	503	503	493	475	431	411
Dækningsgrad for 80+ årige	12%	12%	11%	11%	10%	9%	8%
Bemandede boliger i alt	1.218	1.216	1.216	1.235	1.225	1.190	1.201
Dækningsgrad 80+ årige	29%	28%	28%	27%	27%	25%	24%

Kilde: Antal boliger er opgjort fra fordelingsmodellen for det pågældende år. Dækningsgraden er beregnet ud fra demografimodellen for Randers Kommune.

Note: *Reduktionen af ældreboliger med mulighed for kald skyldes omdannelse til ældreboliger på Dronningborg plejecenter, Åbakken og Spentrup. Herudover er der nedlagt ældreboliger med mulighed for kald på Aldershvile i forbindelse med etableringen af nyt sundhedshus.

Af tabellen fremgår, at der siden 2015 samlet set er sket en reduktion af boliger. Den samlede reduktion af boliger sammenholdt med en stigende befolkning over 80 år, har betydet, at dækningsgraden er faldet fra 29% i 2015 til 24% i 2021.

I perioden er der afviklet ældreboliger med mulighed for kald, hvilket har betydet, at dækningsgraden for denne boligtype er faldet fra 12% i 2015 til 8% i 2021. Dog er antallet af pleje- og demensboliger steget, hvilket kun har medført et fald på 1% i dækningsgraden for disse boligtyper fra 2015 til 2021.

I 2021 er der samlet 1201 boliger, hvoraf 571 er plejeboliger, 219 er demensboliger og 411 er ældreboliger med mulighed for kald.

Venteliste

Når en borger ansøger om en bolig, kan borgeren vælge mellem at komme på garantiventelisten eller fritvalgs ventelisten. Når en borger vælger at benytte garantiventelisten, skal borgeren have tilbudt en bolig senest to måneder efter ansøgning om en bolig, såfremt borgeren opfylder gældende visitationskriterier. Når borgeren står på garantiventelisten vælger borgeren ikke selv, hvilken bolig der tilbydes. Borgeren kan dog altid takke nej til et boligtilbud. Fritvalgs ventelisten er når borgeren kan vælge, hvilke centre og boliger borgeren vil tilbydes. Her er der ikke fastsat regler for, hvor længe borgeren skal vente på, at den ønskede bolig bliver tilbudt. Ventetiden er defineret fra den dag borgeren ansøger om en bolig til borgeren tilbydes en bolig.

Tabel 3.3. Gennemsnitlig ventetid i dage fordelt på boligtype og ventelistetype, 2018-2021

Garantiventeliste	2018	2019	2020	2021
Demensbolig	13,4	17,3	21,7	5,5
Plejebolig	10,6	8,0	11,4	8,8
Ældrebolig med mulighed for kald	10,2	13,6	26,5	4,5
Antal borgere	105	98	58	80

Fritvalg venteliste	2018	2019	2020	2021
Demensbolig	30,1	46,4	37,5	18,2
Plejebolig	34,5	29,8	25,1	24,8
Ældrebolig med mulighed for kald	52,4	51,0	46,8	19,5
Antal borgere	280	233	269	247

Antal borgere i alt	385	331	327	327
---------------------	-----	-----	-----	-----

Kilde: KMD Nexus.

Note: Ventetiden er beregnet fra ansøgningsdato til dato for tilbudt bolig.

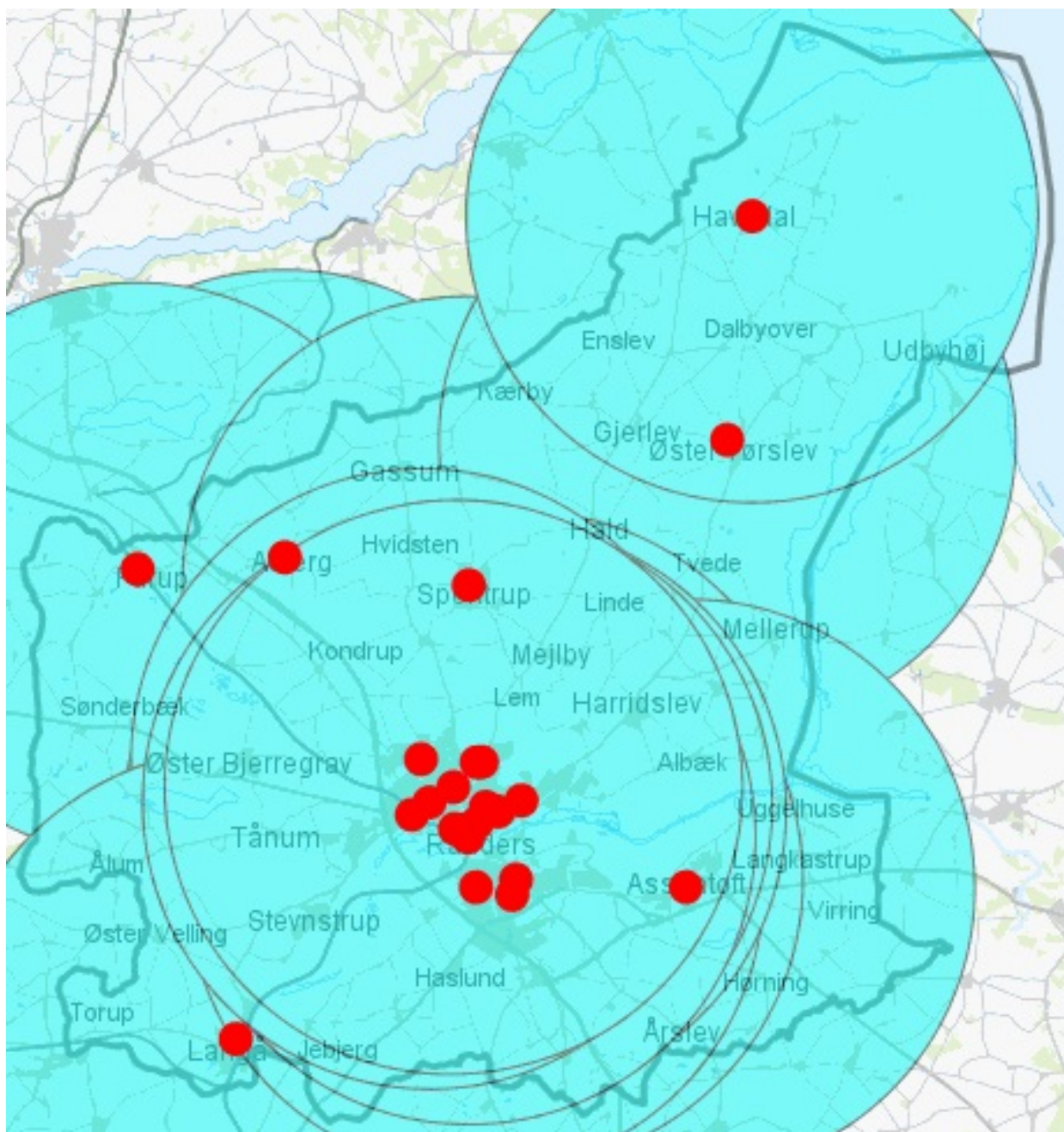
Af ovenstående tabel 3.3. fremgår udviklingen for garantiventelisten og fritvalgslisten fra 2018 til og med 2021. Generelt er der sket et fald i den gennemsnitlige ventetid i perioden for samtlige boligtyper på begge ventelistetyper. På garantiventelisten har den gennemsnitlige ventetid været under 30 dage for alle boligtyper i årene 2018-2021 og ligger dermed indenfor den lovgivningsmæssige ramme på to måneder. I 2020 er der en stigning i ventetiden på garantiventelisten for samtlige boligtyper, hvorefter der ses et markant fald i 2021.

Der er også et fald i antallet af borgere, der kommer på venteliste, dvs. ansøger om en bolig. Dette på trods af, at ældrebefolkningen er steget i perioden. Der er langt flere borgere, der vælger at stå på fritvalgslisten fremfor garantiventelisten, som ca. 25% af borgerne havde valgt i 2021

Geografisk bæredygtighed

Den geografiske fordeling af de nuværende centre er afbilledet på illustration 3.1. Her er der tegnet en radius på 10 km omkring, hvert center. Det fremgår, at hele Randers Kommuner er dækket af én eller flere cirkler, hvilket indikerer, at der er 10 km eller mindre til et plejecenter uanset, hvor i kommunen man befinder sig. Afstanden til nærmeste center er udtryk for, om placeringen af bemandede boliger er geografisk bæredygtig i den forstand, at der er geografisk nærhed uanset, hvor i kommunen man er bosat.

Illustration 3.1. Geografisk bæredygtighed, 10 km radius er afbilledet omkring hvert center med bemandede boliger



3.2. Sammenligning med andre kommuner

I dette afsnit undersøges det, hvordan boligområdet i Randers Kommune ser ud, sammenlignet med andre kommuner. Sammenligningen vil omfatte boligmassen og udgiftsniveau. Dette afsnit vil også trække på konklusioner fra Ældreundersøgelsen fra 2021, der er udarbejdet af Implement.

Sammenligning af boligmasse

Til at sammenligne boligmassen på tværs af kommuner benyttes dækningsgraden for 80+ årige. Herved kan antallet af boliger sammenholdes med ældrebefolkningens størrelse. I tabel 3.4. ses dækningsgraderne for kommunerne i region Midtjylland, gennemsnit for region Midtjylland og gennemsnit for hele landet i 2020. Tabellen omfatter demensboliger, plejeboliger og ældreboliger med mulighed for kald.

Tabel 3.4. Dækningsgrader i Region Midtjylland og landsgennemsnit, 2020

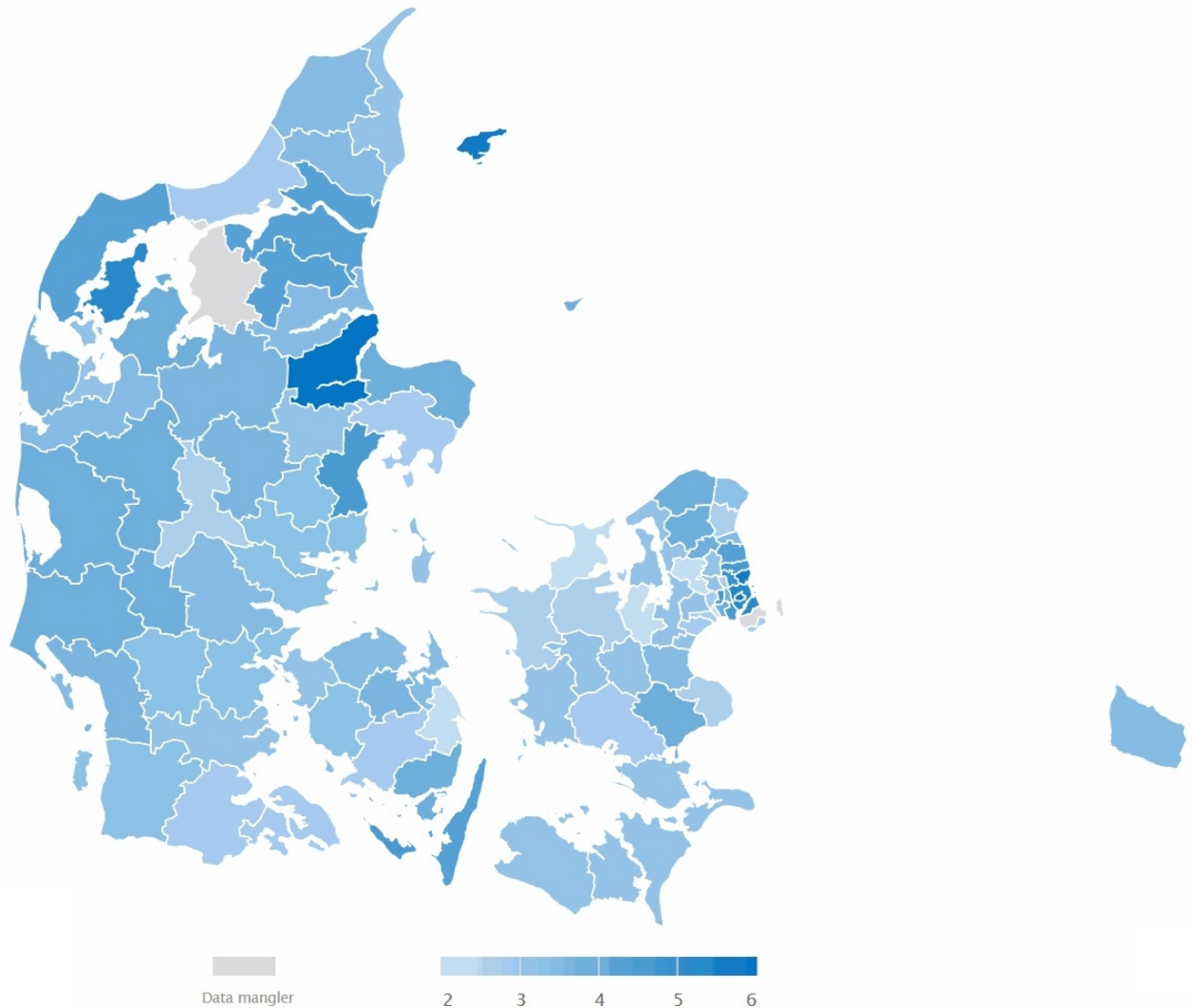
Kommune	Dækningsgrad 80+ årig, 2020
Randers	25,4%
Aarhus	18,2%
Skive	17,2%
Norrdjurs	17,1%
Skanderborg	16,2%
Herning	16,2%
Struer	15,7%
Favrskov	15,6%
Silkeborg	15,6%
Viborg	15,1%
Ringkøbing-Skjern	15,0%
Ikast-Brande	14,6%
Lemvig	14,4%
Holstebro	14,2%
Hedensted	13,9%
Syddjurs	13,1%
Samsø	11,5%
Gennemsnit Region Midt	15,8%
Gennemsnit hele landet	16,0%

Kilde: Beregnet ud fra data fra Danmarks Statistik, 2020

Af tabel 3.4. fremgår det, at Randers Kommune har den markant højeste dækningsgrad af alle kommuner i region Midtjylland. Med en dækningsgrad på 25,4% i 2020 ligger Randers Kommune 9,4 procentpoint højere end landsgennemsnittet på 16%. På andenpladsen ligger Aarhus Kommune med en dækningsgrad på 18,2%.

I Ældreundersøgelsen fra 2021 foretaget af Implement sammenlignes Randers Kommune med tre lignende kommuner i Region Midtjylland. Her finder Implement, at Randers Kommune har en relativt høj dækningsgrad, hvilket særligt skyldes antallet af demensboliger og ældreboliger med mulighed for kald. Sammenlignes der med antallet af plejeboliger ligger Randers Kommune på niveau med de 3 øvrige kommuner. Det er således boligtypen ældreboliger med mulighed for kald, der har betydning for, at Randers Kommune har en høj dækningsgrad.

Illustration 3.2. Andel borgere på 67 år og derover, der bor i pleje- og demensbolig og ældrebolig med mulighed for kald, 2020



Danmarks Statistik, med kortdata fra Geodatastyrelsen

Kilde: Danmarks statistik 1.

Ovenstående Danmarkskort viser, at Randers Kommune har mange borgere på 67 år og derover, der bor i plejebolig, sammenlignet med de øvrige kommuner i landet. Randers Kommune er en af de kommuner med den største andel. Det hænger sammen med, at der er mange boliger i Randers Kommune.

Sammenligning af udgifter

Ses der på udgifterne til boligområdet er det væsentligt, at se på udgifterne til frit valg (hjemmepleje) og hjemmesygepleje, da de to områder er forbundet. Borgerne skal have dækket de behov de har, og hvis det ikke sker i en visiteret bolig, bliver de dækket af hjemmeplejen og/eller hjemmesygeplejen.

Ses der på udgifterne til boligområdet pr. 80+ årig på tværs af kommuner ligger Randers Kommune højt (tabel 3.5.). Dog er udgifterne pr. 80+ årig til hjemmepleje og hjemmesygepleje noget lavere end i andre kommuner. De samlede udgifter for de to områder er dog høje i Randers Kommune sammenlignet med de øvrige kommuner.

Tabel 3.5. Udgifter til frit valgs området og boligområdet fordelt på kommuner i Region Midtjylland, 2020

	Hjemmepleje og hjemmesygepleje pr. 80+ årig	Boligområde pr. 80+ årig	Samlede udgifter pr. 80+ årig
Samsø	86.217	93.125	179.342
Randers	49.500	116.844	166.344
Skanderborg	64.613	100.753	165.365
Aarhus	65.017	94.960	159.977
Silkeborg	68.396	89.243	157.639
Horsens	69.949	84.747	154.696
Region Midtjylland	64.954	89.242	154.196
Struer	66.953	82.648	149.601
Syddjurs	78.076	70.826	148.902
Norddjurs	60.889	86.322	147.210
Odder	69.181	77.832	147.013
Skive	69.036	75.547	144.583
Viborg	64.480	80.049	144.529
Ikast-Brande	61.734	80.689	142.423
Favrskov	61.503	78.088	139.591
Holstebro	55.041	81.965	137.005
Ringkøbing-Skjern	59.565	73.720	133.285
Lemvig	54.966	75.327	130.294
Hedensted	59.101	67.005	126.106
Herning	48.491	68.891	117.382

Kilde: Danmarks Statistik.

Ældreundersøgelsen fra Implement peger på, at Randers Kommune har et relativt højt udgiftsniveau til plejeboligområdet sammenlignet med gennemsnittet af alle andre kommuner. Dog finder de også, at udgifter til hjemmeplejen er lavere end gennemsnittet af alle kommuner. Samlet set er udgifterne i Randers Kommune højere, da det højere udgiftsniveau på plejeboligområdet ikke er tilsvarende lavere til hjemmepleje (Implement; 58).

Tabel 3.6. er en gengivelse af en tabel fra Ældreundersøgelsen. Her findes en sammenligning af udgifter pr. bolig for boligtyperne plejebolig, demensbolig og øvrige boliger, der indeholder boligtypen ældreboliger med mulighed for kald.

For demensboliger er udgiftsniveauet pr. bolig væsentligt lavere i Randers Kommune end de 3 øvrige kommuner. For plejeboliger er udgiftsniveauet pr. bolig nogenlunde som 2 af de 3 øvrige kommuner. Den tredje boligtype – øvrige boliger – er svær at sammenligne på tværs, da antallet af boliger der meget forskellige mellem de 4 kommuner og der kan være forskellige målgrupper. Den økonomiske tildeling til boligtyperne vil blive yderligere berørt i boligplanens senere afsnit.

Table 3.6. Udgifter i Randers Kommune og tre andre kommuner, 2020

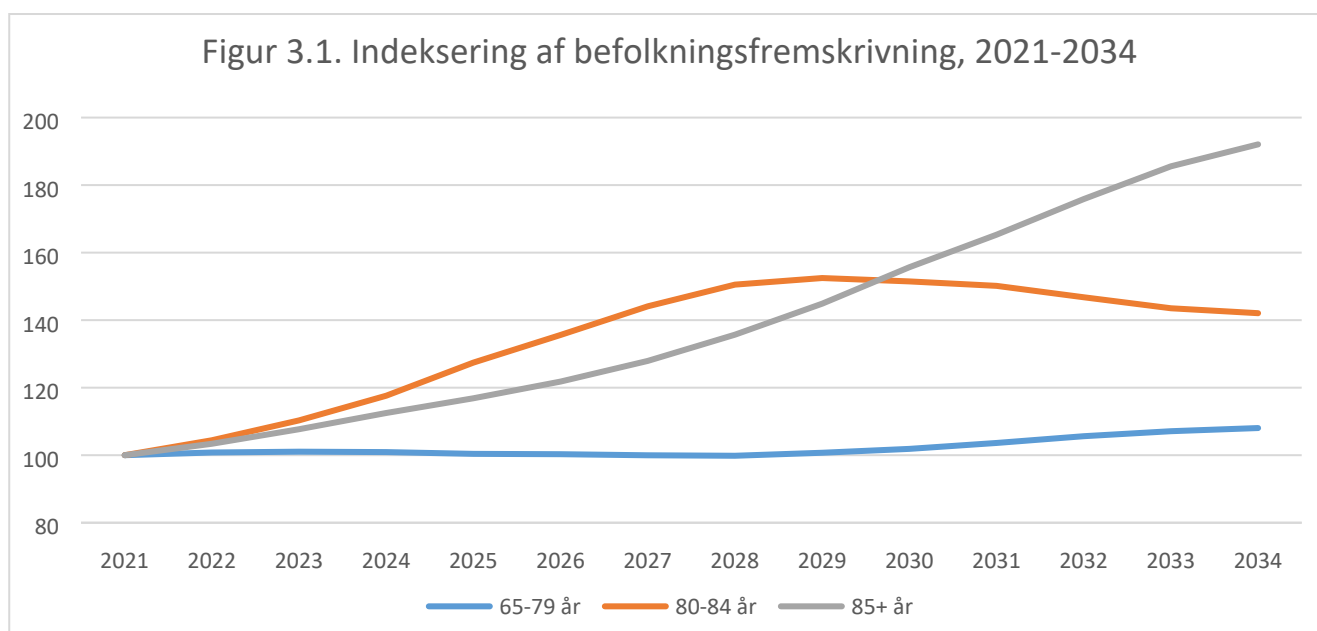
	Plejebolig	Demensbolig	Øvrige boliger, herunder ældrebolig med mulighed for kald
Randers Kommune	375.000	447.000	219.000
Kommune 1	379.000	472.000	644.000
Kommune 2	365.000	611.000	365.000
Kommune 3	484.000	626.000	474.000

Kilde: *Undersøgelse af ældreområdet i Randers Kommune, Implement, 2021; 59.*

3.3. Behovet for boliger i fremtiden

I dette afsnit analyseres behovet for bemandede boliger i Randers Kommune. Der beregnes forskellige scenarier med nedslag i årene 2027 og 2033, dvs. om hhv. 5 og 10 år. Med et femårigt perspektiv er det muligt at etablere nye boliger, hvis de skal bygges fra ny. Med det længere 10-årige perspektiv kan der skitseres langsigtede planer for den bemandede boligmasse i Randers Kommune.

I de kommende 10-15 år vil der komme en stigende ældrebefolkning i Randers Kommune. I nedenstående figur 3.1. er en indeksering af befolkningsprognosen for aldersgrupperne 65-79 år, 80-84 år og 85+ årige for årene 2021-2034. År 2021 er basisår (100%).



Kilde: *Demografiprognose for Randers Kommune*

For de 65-79 årige ses en lille tilvækst på 8% frem til 2034. Frem til 2029 ses en tilvækst i antallet af 80-84 årige på 52% hvorefter den falder til 42% i 2034. Frem mod 2034 vil der næsten være en fordobling i antallet af 85+ årige i Randers Kommune. Hvis det nuværende antal boliger fastholdes, vil det betyde en lavere dækningsgrad, når antallet af 80+ årige stiger de kommende år.

Behovet for pleje- og demensboliger

I prognosen af det fremtidige behov for pleje- og demensboliger tages der udgangspunkt i dækningsgrad og befolkningsprognosen for Randers Kommune. I nedenstående tabel 3.7. er der opstillet tre scenarier med forskellige dækningsgrader for 80+ årige. En dækningsgrad på 17%, der fortsat vil placere Randers Kommune i top 5 over kommuner i region Midtjylland med højeste dækningsgrad; en dækningsgrad på 15,9, som er den nuværende dækningsgrad for pleje- og demensboliger (2021) og slutteligt en dækningsgrad på 15%. Tabel 3.7. viser, hvor mange ekstra pleje- og demensboliger, der er behov for i 2027 og 2033 ved ovenstående tre dækningsgrader.

Tabel 3.7. Prognose for udvidelse af antal pleje- og demensboliger i 2027 og 2033, sammenlignet med nuværende antal boliger

Pleje- og demensboliger	2027	2033
17%	367	581
15,9% (dækningsgrad, 2021)	291	492
15%	231	420

Note: Behovet for boliger er beregnet ud fra 790 pleje- og demensboliger i 2021 og befolkningsprognosen.

Tabel 3.7. viser, at der ved en dækningsgrad på 17% for pleje- og demensboliger er behov for 367 nye boliger i 2027 og 581 nye boliger i 2033. Ved at fastholde den nuværende dækningsgrad vil behovet for nye boliger være 291 i 2027 og 492 i 2033. Hvis der sigtes efter en dækningsgrad på 15% vil det beregnede behov for udvidelse være 231 boliger i 2027 og 420 boliger i 2033.

De tre scenarier viser, at der er stor forskel på det beregnede boligbehov, selvom de tre dækningsgrader ligger relativt tæt på hinanden. Med en forskel på 0,9% i dækningsgraden er der en forskel på 60 boliger i 2027 og med en forskel på 1,1% er forskellen 76 boliger. Dette antal boliger vil omtrent betyde, om der skal bygges et yderligere plejecenter eller ej. Derfor er det væsentligt, at huske på, at det er prognosticerede fremskrivninger, ud fra det nuværende antal boliger.

Af ovenstående tre scenarier anbefales, det benytte en dækningsgrad på 15,9% for 80+ årige som pejlemærke for, hvor mange boliger, der vil være behov for de næste 10 år. Den samlet set faldende dækningsgrad i Randers Kommuner har ikke bevirket, et stigende pres på ventelisten til pleje- eller demensboliger. Aktuelt er der også flere tomme plejeboliger. Når dette også holdes op imod at der er meget nyt privat byggeri i Randers Kommune vurderes det, at en dækningsgrad omkring 15,9% vil modsvare det fremtidige behov for pleje- og demensboliger. En dækningsgrad på 15,9% læner sig også op ad landsgennemsnittet (jf. tabel 3.4.).

Behovet for boliger vil løbende blive vurderet op mod det fremskrevne boligbehov. Dette gøres bl.a. ved at følge ventelisten og se, om borgerne venter længere på en pleje- eller demensbolig. Da der er flere faktorer, hvis påvirkning er ukendt anbefales det, at der udarbejdes en boligplan for en ny 10-årig periode i den næste byrådsperiode.

Som nævnt er en af de ukendte faktorer den private boligmasse. På minikonferencen, der blev afholdt med deltagelse fra byrådet, var der drøftelser angående seniorbofællesskaber ligesom det også var et input fra

Ældrerådet. En undersøgelse fra Vive (2019) peger også på, at flere af de ældre, der ønsker at flytte, kunne have ønske om at bo i et seniorbofælleskab. Derfor er en anbefaling, at understøtte etableringen af seniorbofælleskaber. Dette kan med fordel være i relation til nybyggede plejcentre.

3.4. Demensboliger

I Randers Kommune er Landsbyen Møllevang og Huset Nyvang specialiserede demensplejcentre. Hertil har Terneparken i Asferg også specialiserede demensboliger. Kompetencerne blandt medarbejderne disse steder, er som beskrevet i tidligere afsnit, på et højere demensfagligt niveau end i en plejebolig eller ældrebolig med mulighed for kald.

Det er gunstigt for den faglige bæredygtighed at have mange specialiserede pladser samlet. Det giver en mere robust faglighed, idet alle medarbejdere besidder de høje kompetencer målgruppen efterspørger. Det betyder, at det ikke bliver ligeså sårbart, når medarbejdere rejser eller nye medarbejdere skal oplæres. Det giver også andre muligheder for faglig sparring blandt medarbejderne og dermed også en højere faglig indsats for beboerne. Der er også bedre vilkår for at ansatte medarbejdere med særlige demensrettede uddannelser eller funktioner, når der er en stor volumen af specialiserede demensboliger. Dette er med til at løfte kvaliteten for beboerne og styrke den faglige bæredygtighed med viden eller perspektiver.

For ledelsessiden har det også betydning at skulle lede medarbejdere med en specialiseret faglighed. Når et center primært har specialiserede pladser, vil der også være fuldt ledelsesfokus på denne specialisering, hvilket også er med til at styrke den faglige bæredygtighed. Af disse årsager har volumen af specialiserede pladser på et center, stor betydning for den faglige bæredygtighed, der findes på stedet.

For at det kan være økonomisk bæredygtigt af have specialiserede demensboliger, skal der også være en vis volumen. Den økonomisk tildeling til en demensbolig er større end til en plejebolig. For at kunne opretholde det faglige niveau beboerne i specialiserede demensboliger kræver, fordrer det derfor en højere økonomisk tildeling. Med en lille volumen af specialiserede boliger bliver det ikke økonomisk bæredygtigt, da den ekstra tildeling til f.eks. 10 specialiserede demensboliger ikke er nok til at ansatte medarbejdere med de specialiserede kompetencer og funktioner som målgruppen har behov for. Af hensyn til den økonomisk og faglige bæredygtighed anbefales det, at specialiserede demensboliger er samlet i større enheder som Landsbyen Møllevang og Huset Nyvang.

Foruden de tilsammen 147 specialiserede demensboliger på Huset Nyvang, Landsbyen Møllevang og Terneparken har nogle plejecentre boliger i såkaldte skærmede enheder, der er indrettet, så de er særligt egnede for borgere med demens. I dag får disse boliger økonomisk tildeling som en demensbolig. Det kan, som beskrevet, udfordre den demensfaglige bæredygtighed, når der kun er få demensboliger samlet et sted. Til det kommende arbejde med en ny fordelingsmodel anbefales det derfor, at demensboliger i skærmede enheder og plejeboliger får en ny og ens økonomisk tildeling.

Det vil betyde, at der fremadrettet kun vil være specialiserede demensboliger i større enheder. Og at det kun er disse specialiserede demensboliger, der modtager en forhøjet økonomisk tildeling.

Ældreundersøgelsen fra Implement pegede også på, at antallet af demensboliger i Randers Kommune er relativt høj, når der sammenlignes med andre kommuner. Til gengæld finder Implement også, at den økonomiske tildeling til demensboligerne i Randers Kommune er lav sammenlignet med de andre

kommuner (Implement; 60). Derfor anbefales, at der arbejdes med en højere økonomisk tildeling til specialiserede demensboliger i ny fordelingsmodel.

Med de nuværende specialiserede demensboliger på Landsbyen Møllevang, Terneparken og Huset Nyvang forventes det, at det nuværende behov for specialiserede demensboliger kan imødekommes.

Med den stigende ældrebefolkning er der grund til at tro, at behovet for specialiserede demensboliger vil stige i fremtiden. De nuværende 147 specialiserede demensboliger giver en dækningsgrad på 2,98% for 80+ årige. Hvis denne dækningsgrad skal fastholdes betyder det, at 54 af de i alt 291 boliger, der er behov for i 2027 skal være specialiserede demensboliger (tabel 3.8.). I 2033 er det samlet set et behov for 492 ekstra boliger hvoraf 92 skal være specialiserede demensboliger ifølge prognosen.

Tabel 3.8. Behov for udvidelse af specialiserede demensboliger i 2027 og 2033 ved fastholdelse af dækningsgrad

	2027	2033
Pleje- og demensboliger, samlet behov	291	492
Heraf specialiserede demensboliger	54	92

En del af behovet for specialiserede demensboliger kan imødekommes ved at omdanne de resterende 25 plejeboliger og 6 egnede ældreboliger med mulighed for kald på Terneparken til specialiserede demensboliger, så der samlet set vil være 31 specialiserede demensboliger på Terneparken. Det vil medføre, at de 5 boliger der i dag benyttes af socialafdelingen vil blive benyttet som specialiserede demensboliger.

Disse 31 boliger er ikke nok til at dække det fremskrevne behov. Derfor anbefales det yderligere, at der udpeges et etableret plejecenter, der gradvist skal omdannes til et specialiseret demensplejecenter på linje med Terneparken, Huset Nyvang og Landsbyen Møllevang. Denne gradvise omklassificering sker når en plejebolig bliver tom, så flytter en ny beboer ind, der opfylder visitationskriterierne til en specialiseret demensbolig. Ligesom det er foregået på Landsbyen Møllevang, der også gradvist er blevet omdannet til kun at have specialiserede demensboliger.

I hvilket tempo omdannelsen af plejebolig til specialiseret demensbolig skal ske vil afhænge af ventelisten til specialiserede demensboliger på de allerede etablerede specialiserede demenscentre. Hvis antallet af borgere på ventelisten og ventetiden til en specialiseret demensbolig stiger voldsomt, vil det være en indikation for at, der er behov for yderligere specialiserede demensboliger.

Det foreslås, at Tirsdalens Plejecenter gradvist omdannes til specialiseret demensplejecenter. I dag er der 52 boliger, der er egnede til specialiserede demensboliger. Hvis Tirsdalen bliver specialiseret demensplejecenter er der også en større geografisk spredning på de specialiserede demensplejecentre. Herudover er Tirsdalen indrettet og bygget således, at det egner sig til denne målgruppe. Denne omdannelse vil kræve ombygninger så arealerne både ude og inde bliver mere demensvenlige.

Med omklassificering af 31 boliger på Terneparken og 52 boliger på Tirsdalen til specialiserede demensboliger, betyder det, en udvidelse på 83 specialiserede demensplejeboliger.

3.5. Ældreboliger med mulighed for kald

I Randers Kommune findes boligtypen ældreboliger med mulighed for kald, der er særegen for Randers Kommune. Ældreundersøgelsen, foretaget af Implement i foråret 2021, konkluderede, at den dominerende årsag til, de højere udgifter til boligområdet i Randers Kommune, sammenlignet med andre kommuner, især var på grund af de omkring 400 ældreboliger med mulighed for kald (Implement; 8).

I budgetanalysen fra 2018 blev det undersøgt, ved hvilket timebehov en ældrebolig med mulighed for kald er mere økonomisk bæredygtig end, hvis borgeren modtager hjælp fra hjemmeplejen eller sygeplejegruppen. Med den økonomiske tildeling en ældrebolig med mulighed for kald får i fordelingsmodellen skal en beboer have et støtte behov på 8 timer eller mere, for at det er økonomisk bæredygtigt, at borgeren modtager hjælp i en ældrebolig med mulighed for kald frem for hjemmeplejen. Budgetanalysen fra 2018 viste, at mange borgere havde et timemæssigt lille støttebehov på tidspunktet for visitation til en ældrebolig med mulighed for kald.

Boligtypen ældrebolig med mulighed for kald er således en omdiskuteret boligtype. Det vurderes ikke, at en ældrebolig med mulighed for kald dækker et behov, som borgerne ikke kan få dækket af hjemmepleje/hjemmesygepleje kombineret med nødkald i eget hjem eller i en plejebolig, hvis visitationskriterierne herfor er opfyldt. Fra et fagligt synspunkt er boligtypen ældrebolig med mulighed for kald dermed ikke nødvendigt for at borgerne kan få opfyldt sine behov. Dette er formentligt også årsagen til at denne boligtype ikke ses andre steder.

Både ældreundersøgelsen og budgetanalysen har vist, at boligtypen ældreboliger med mulighed for kald kan være en dyr løsning. Den nuværende økonomiske tildeling til ældreboliger med mulighed for kald er for høj, når der ses på de behov, der skal dækkes hos størstedelen af beboerne i en ældrebolig med mulighed for kald. Den nuværende økonomiske tildeling vurderes derfor ikke til at være økonomisk bæredygtig.

Herforuden har nedgangen i dækningsgraden på ældreboliger med mulighed for kald og lukningen af omkring 80 ældreboliger med mulighed for kald ikke medført længere ventetid på at få tilbudt en bolig de seneste fire år. Det tyder således også på, at behovet og ønsket om at bo i en ældrebolig med mulighed for kald er faldende.

Af disse årsager vurderes det ikke nødvendigt at fremskrive behovet for ældreboliger med mulighed for kald.

På baggrund af den afholdte minikonference for byrådet indgår det dog ikke i nærværende boligplan at udfase boligtypen ældrebolig med mulighed for kald, som det ellers blev præsenteret på minikonferencen. Den økonomiske tildeling til boligtypen vil dog blive drøftet af omsorgsudvalget i forbindelse med den kommende fordelingsmodel.

Omklassificering til plejeboliger

Analysen viser, at der er behov for omkring 300 plejeboliger om 5 år og omkring 500 plejeboliger om 10 år. Det tager tid og er omkostningsfyldt at bygge nye plejecentre. Derfor anbefales det, at den nuværende boligmasse udnyttes bedst muligt, ved at omklassificere egnede ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger. Der er omkring 400 ældreboliger med mulighed for kald.

En overordnet gennemgang viser, at omkring 200 ældreboliger med mulighed for kald er egnede til at benyttes som pleje- eller demensbolig. I tabel 3.6. vises, placeringen af de nuværende ældreboliger med mulighed for kald og hvilke, der umiddelbart er egnede til at blive omklassificeret til pleje- eller demensbolig.

Tabel 3.9. Omklassificering af ældreboliger med mulighed for kald til pleje- eller demensbolig

Center	Antal ældreboliger med kald 2022	Antal omklassificeres til pleje- eller demensbolig	Bevares som ældrebolig med mulighed for kald
Aldershvile*	8		8
Bakkegården*	102		102
Møllebo, Garnisonsvej*	10		10
Møllebo, Infanterivej**	34	34	
Rosenvænget	32		32
Spentrup Ældrecenter	15		15
Center Svaleparken	10	10	
Lindvænget	7	7	
Thors Bakke**	47	47	
Tirsdalen	12	12	
Vorup plejecenter	20	20	
Borupvænget	24	24	
Fårup Ældrecenter	13		13
Kollektivhuset	10	10	
Terneparken, Asferg	11	6	5
Randers Kloster	40	40	
Solbakken	11		11
Hovedtotal	406	210	196

Note: *Centeret består udelukkende af ældreboliger med mulighed for kald. ** Centeret består udelukkende af ældreboliger med mulighed for kald. Omklassificering vil betyde nedlægge af nogle boliger, da arealet skal benyttes til etablering af fælles- og servicearealer.

Tabel 3.6. viser, hvilke ældreboliger med mulighed for kald, der umiddelbart er egnet til at benyttes som pleje- eller demensbolig. Nogle steder som f.eks. Møllebo og Thors Bakke vil en omklassificering betyde ombygning eller tilbygning, da der skal etableres fællesarealer til beboerne og servicearealer til medarbejderne.

Der fremlægges en særskilt sag, hvor der kan tages stilling til de enkelte centre og hvori de økonomiske konsekvenser herved præsenteres. Her vil de konkrete implementeringsmuligheder også fremlægges.

Som udgangspunkt vil der dog være tale om en løbende omklassificering. Det betyder, at når en af de egnede ældreboliger med mulighed for kald, bliver ledig, vil det være visitationskriterier for en plejebolig, der vil være gældende for den næste beboer i boligen. Her vil den økonomiske tildeling til boligen også ændres. Det betyder, at de nuværende beboere som udgangspunkt ikke vil blive påvirket af omklassificeringen.

På Møllebo og Thors Bakke, hvor der med sikkerhed skal etableres service- og fællesarealer kan det dog være anderledes idet disse skal etableres før omklassificeringen for alvor kan finde sted. Denne etablering kan have konsekvenser for de nuværende beboere.

Det forventes at langt de fleste omklassificeringer kan ske indenfor de næste 5 år og dermed inden 2027.

For ældreboliger med mulighed for kald anbefales det således samlet set, at den økonomiske tildeling i højere grad modsvarer beboernes behov og at der arbejdes med dette i forbindelse med ny fordelingsmodel på omsorgsområdet. Hertil anbefales det også, at ca. 200 ældreboliger med mulighed for kald omklassificeres til plejeboliger.

3.7. Økonomisk og faglig bæredygtighed

Vilkårene for økonomisk og faglig bæredygtighed på et plejecenter relaterer sig i høj grad til størrelsen på centeret. Det er svært at beregne, hvad der er den optimale størrelse for et plejecenter ift. den økonomiske bæredygtighed. Teoretisk set vil det være når den gennemsnitlige udgift pr. bolig er lavest.

Når sammenhængen mellem regnskabstal og antal boliger sammenlignes for plejecentrene i Randers Kommune, findes der ikke et entydigt billede mellem størrelse og økonomisk bæredygtighed. Derfor kan vi ikke benytte denne metode til at estimere, hvor mange boliger et center skal bestå af for give de bedste vilkår for økonomisk bæredygtigt.

I stedet kan man se på de tværgående funktioner. Hvornår vil tilføjelsen af én ekstra bolig betyde, at der skal en medarbejder mere i vagt, være flere ledere osv. Med denne tilgang er det særligt antallet af nattevagter, der er interessant, da udgifterne hertil er høje sammenlignet med øvrige funktioner.

Her vurderes det, at en nattevagt kan dække ca. 30 boliger. Derfor vil det være mindre økonomisk bæredygtigt, at have f.eks. 40 boliger, der kræver to nattevagter. Da omkostningerne ved den ekstra nattevagt kun relaterer sig til 10 ekstra boliger.

For den faglige bæredygtighed har antallet af boliger også betydning. Jo flere boliger, der er på et center, des større er medarbejdergruppen. En større medarbejdergruppe er mere robust ift. udskiftning af personale og ved sygdom og fravær. Ved en større medarbejdergruppe er det dermed lettere at sikre kontinuitet i den faglige kvalitet. Medarbejderne har også flere kollegaer at sparre med, hvilket også kan være med til at styrke den faglige kvalitet og trivsel blandt medarbejderne.

Ved større enheder er der også en større økonomisk tildeling. Det giver et øget råderum for at etablere tværgående stillinger som f.eks. sygeplejersker, terapeuter, pædagoger o. lign. Når der ansættes en sygeplejerske på et mindre center sammenlignet med et større center er udgifterne pr. bolig til denne tværgående stilling mindre på det større center.

Når der ansættes sådanne tværgående funktioner kan det være med til at give hele medarbejdergruppen et kvalitetsløft, hvilket er med til at understøtte den faglige bæredygtighed – og i sidste ende også den kvalitet beboerne modtager.

Med afsæt i økonomisk og faglig bæredygtighed anbefales det, at nye byggerier vejledende består af ca. 75 boliger, da det vil give de bedste vilkår for økonomisk og faglig bæredygtighed. Der kan dog være geografiske områder, hvor behovet er mindre end 75 plejeboliger. Det vurderes, at 75 boliger giver en fordelagtig gennemsnitspris pr. bolig og at det giver en robusthed i medarbejdergruppen, der styrker den faglige bæredygtighed.

Små centre – få plejeboliger

I Randers Kommune er der særligt tre centre, hvor vilkårene for den økonomiske og faglige bæredygtighed er udfordret. Det skyldes særligt, at centrene har ingen eller få plejeboliger, hvilket påvirker centerets økonomiske tildeling. Der er tale om Aldershvile i Havndal, Spentrup Ældrecenter og Fårup Ældrecenter. I tabel 3.7. er en oversigt over antallet af boliger og forskellige boligtyper disse steder.

Tabel 3.10. Antal bemandede boliger og aflastningspladser, 2022

	Antal plejeboliger	Ældreboliger med mulighed for kald	Antal midlertidige opholdspladser	Total
Aldershvile		8		8
Spentrup	8	15	3	26
Fårup	15	13	2	30

Aldershvile består af 8 ældreboliger med mulighed for kald. Spentrup ældrecenter består af 8 plejeboliger, 15 ældreboliger med mulighed for kald og 3 aflastningsboliger. Fårup Ældrecenter består af 15 plejeboliger, 13 ældreboliger med mulighed for kald og 2 aflastningsboliger. Ældreboligerne med mulighed for kald findes ikke egnet til at omdanne til plejeboliger på disse centre.

Der opfordres derfor til, at mulighederne for disse tre centre drøftes.

Aldershvile

Aldershvile vurderes ikke som værende økonomisk bæredygtig og der er umiddelbart ikke mulighed for at skabe rationel drift på stedet. Det vurderes også, at den faglige bæredygtighed er udfordret, da der er tale om en lille personalegruppe. I de kommende 10 år ses der ikke er voldsomt behov for bemandede boliger, hvorfor det ikke vurderes frugtbart at bygge til eller opføre erstatningsbyggeri.

Spentrup Ældrecenter

I Spentrup og det omkringliggende område forventes det, at behovet for plejeboliger vil være stærkt stigende de kommende år. Får at kunne imødekomme det stigende behov, vurderes det, at der er behov for at etablere flere plejeboliger. Umiddelbart vurderes det, at det kan ske ved at bygge til det nuværende center eller bygge et helt nyt center på samme grund. Dette skal dog vurderes nærmere.

Fårup Ældrecenter

Som i Spentrup forventes det også at behovet for plejeboliger vil være stigende i Fårup i de kommende 10 år. Umiddelbart kan de nuværende 15 plejeboliger ikke imødekomme det geografiske behov, der er prognosticeret. Umiddelbart er det ikke muligt, at bygge til Fårup Ældrecenter, men der ses muligheder for at etablere et nyt plejecenter på andre lokationer i Fårup. Det prognosticerede behov for plejeboliger når dog ikke de 75 boliger, der giver de bedste vilkår for økonomisk og faglig bæredygtighed.

En mulighed kan også være, at bygge et nyt center på omkring 75 plejeboliger i Asferg. Dette center vil kunne dække behovet for plejeboliger i Fårup, Asferg, Spentrup og opland. Samtidig vil dets størrelse give gode vilkår for den økonomiske og faglige bæredygtighed og centeret vil være indenfor en radius på 10 km fra både Fårup og Spentrup. Det betyder, at den geografiske bæredygtighed ikke vil være betydeligt udfordret med en sådan løsning.

Det vurderes, at der på sigt skal arbejdes henimod større økonomisk bæredygtige enheder og det anbefales at mulighederne herfor drøftes.

3.8. Samlede anbefalinger for bemandede boliger

Samlede anbefalinger for bemandede boliger:

- At en dækningsgrad på 15,9% for 80+ årige for pleje- og demensboliger benyttes som pejlemærke.
- At denne boligplan revideres eller at der udarbejdes en boligplan for en ny 10-årig periode i den næste byrådsperiode for derved at opfange evt. ændringer i dækningsgrad mv.
- At understøtte forberedelse af privat etablering af seniorbofælleskaber gennem råd og vejledning i et samarbejde med udvikling, miljø og teknik.
- At demensboliger i skærmede enheder og plejeboliger får en ny og ens økonomisk tildeling i ny fordelingsmodel.
- At, der arbejdes med en højere økonomisk tildeling til specialiserede demensboliger i ny fordelingsmodel.
- At, der etableres et 4. specialiseret demenscenter.
- At omklassificere ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger (omhandler ca. 200 ældreboliger med mulighed for kald, der er egnet til omklassificering).
- At den økonomisk tildeling til ældreboliger med mulighed for kald vurderes i forbindelse med ny fordelingsmodel.
- At nyt byggeri består af omkring 75 boliger af hensyn til økonomisk og faglig bæredygtighed.

4. Midlertidige opholdspladser

I Randers Kommune er der samlet set 77 midlertidige opholdspladser. Pladserne har forskellige målgrupper og formål og beskrives i nedenstående. Afsnittet indeholder også en fremskrivning af det fremtidige behov for aflastningspladser og argumenter for en samling af aflastningspladserne på færre enheder. Der afsluttes med de samlede anbefalinger på baggrund af afsnittets analyser.

4.1. Pladstyper og brug

I Randers Kommune er der 4 specialenheder, der tilsammen har 42 midlertidige opholdspladser herudover findes der 29 aflastningspladser, der er fordelt på forskellige plejecentre og 6 korttidspladser, der ligger i forlængelse af akutpladserne på Trykshotellet. Den samlede dækningsgrad for midlertidige opholdspladser i Randers Kommune i 2021 er 1,55% for de 80+ årige. I nedenstående findes en kort beskrivelse af de forskellige pladstyper.

Træningshøjskolen

Træningshøjskolen er genoptrænings- og rehabiliteringspladser. Borgerne på Træningshøjskolen har typisk ortopædkirurgiske problematikker og en mindre andel borgere med medicinske problematikker. En stor del af borgerne, som kommer til Træningshøjskolen har en genoptræningsplan fra sygehuset.

Borgerne på Træningshøjskolen har behov for et intensivt løft af funktionsniveauet. Borgerne modtager træning og aktivitet hele døgnet, hvor også hverdagsaktiviteter som madlavning, personlig hygiejne m.v. indgår. Efter et ophold på Træningshøjskolen har de fleste borgere et væsentligt mindre behov for hjemmepleje.

På Træningshøjskolen findes en mangfoldig personalesammensætning, der kan understøtte det tværfaglige tilgang til borgerne. Der er bl.a. SOSU-personale, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter på stedet.

Døgngenoptræning

På Døgngenoptræningen ses ofte borgere med en genoptræningsplan visiteret af hospital eller internt i kommunen. Borgerne har et komplekst sygdomsbillede, hvor neurologiske lidelser optræder hos omkring halvdelen af borgerne. Formålet med opholdet er, at løfte eller stabilisere borgerens funktionsniveau, således borgeren kan opnå øget selvhjulpethed og mestring i hverdagen og herigennem en stabilitet i sygdomssituationen.

Personalet består af SOSU-assistenter, fysio- og ergoterapeuter samt en sygeplejerske. Et ophold på Døgngenoptræningen visiteres af Visitationsenheden i samarbejde med hospital, praksislæge, personale i hjemmeplejen, pårørende og borgeren selv.

Hospice Randers

Hospice Randers er et hospicelignende tilbud til uhelbredelige syge til borgere, der er erklæret terminal og hvor alle helbredende tiltag er ophørt. På Hospice Randers ydes der specialiseret og lindrende hjælp i den sidste tid.

Personalet på Hospice Randers består primært af sygeplejersker. Herudover er der også ansat en musikterapeut og frivilligkoordinator og så er der tilknyttet en ergoterapeut og en fysioterapeut.

Akutpladser

Randers Kommunes akutpladser er placeret på Tryghedshotellet. Pladserne lever op til Sundhedsstyrelsens krav for kommunale akutpladser. Borgerne henvises ofte fra omsorgsområdets akutsygeplejersker, direkte fra hospital af kommunale udskrivningskoordinatorer eller fra hjemmesygeplejen.

Akutpladserne har til formål at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Borgerne henvises, når de har behov for sygeplejefaglig døgndækning. Det indebærer observation, vurdering og behandling, der ikke kan varetages i hjemmet eller anden midlertidig opholdsplads. Ofte har borgerne et komplekst sygdomsbillede med flere diagnoser. Herudover har borgerne ofte kognitive eller sociale problematikker i tillæg til de fysiske helbredsproblematikker.

Lidt mere end halvdelen af personalet på Tryghedshotellet er sygeplejersker. Den anden halvdel består primært af SOSU-personale. Herudover er der også tilknytte ergo- og fysioterapeuter.

Centrale aflastningspladser

Der er 13 centrale aflastningspladser i Randers Kommune. De benævnes centrale, da det er den centrale myndighedsfunktion, Visitationsenheden, hvis udskrivelseskoordinatorer, der har visitationsret over boligerne. I dag er de centrale aflastningspladser primært placeret på Åbakken og Kildevang og Landsbyen Møllevang og Terneparken hver har én plads, der er særligt egnet til borgere med demens.

Da det er udskrivningskoordinatorerne, der har visitationsretten over boligerne vil det typisk være borgere, der udskrives fra hospitalet, som af forskellige årsager ikke kan klare sig i eget hjem. Det kan skyldes svækkelse efter sygdom, et fortsat behandlingsbehov eller ikke kan være hjemme af andre årsager.

På aflastningspladserne er der fast sygeplejedækning i dagtid i hverdage, hvor også fysio- eller ergoterapeuter kan være til stede. Herudover er det SOSU-personale på pladserne.

Decentrale aflastningspladser

Der er 16 decentrale aflastningspladser i Randers Kommune. Pladserne er fordelt på 10 forskellige plejecentre. Det betyder, at flere centre kun har en eller få decentrale aflastningspladser. Det er som udgangspunkt hjemmesygeplejen, der visiterer borgere til decentral aflastning.

Det kan være borgere, med somatiske problematikker. Det kan også være borgere, der af andre årsager ikke kan være i eget hjem, fordi situationen der er uholdbar. I nogle tilfælde er der tale om borgere med en demenssygdom, hvis ægtefælle har behov for aflastning i en periode. Ofte ses dog borgere i en kompleks situation, hvor flere udfordringer og problematikker er i spil.

På aflastningspladserne er der fast sygeplejedækning i dagtid i hverdage, hvor også fysio- eller ergoterapeuter kan være til stede. Herudover er det SOSU-personale på pladserne.

Pladserne anvendelse

I nedenstående tabel 4.1. præsenteres antal pladser for de forskellige pladstyper, økonomisk tildeling, gennemsnitlig opholdslængde og belægningsprocent.

Tabel 4.1. Antal pladser, tildeling, opholdslængde og belægningsprocent

	Antal pladser	Tildeling pr. år pr. plads (fordelingsmodel 2022)	Gennemsnitlig opholdslængde, dage, 2021	Belægningsprocent, 2021
Akutpladser (Tryghedshotel)	12	808.787	13	67%
Træningshøjskolen	10	478.388	43	83%
Døgngenoptræning	13	575.259	27	74%
Hospice	7	802.009	20	71%
Specialpladser samlet	42			
Korttidspladser på Tryghedshotel	6	344.461	*	*
Centrale aflastningspladser**	13	344.461	36	69%
Decentrale aflastningspladser	16	344.461	20	91%
I alt	77			

Note: *Indgår i den samlede dækningsgrad på 67% for hele Tryghedshotellet og 13 dages gennemsnitlig opholdslængde.

**Heraf er to pladser særskilt til aflastning af borgere med demenssygdom.

Akutpladser, Randers Hospice, Døgngenoptræningen og Træningshøjskolen er specialiserede tilbud, hvorfor de også har en større økonomisk tildeling pr. plads. Denne er langt højere end tildelingen til aflastningspladser og korttidspladser. Det skyldes, faggruppesammensætningen på stederne og den specialisering som personalet besidder disse steder.

De fire specialtilbud har varierende funktion og målgruppe, hvorfor det er svært at sammenligne opholdslængden de fire steder. Den gennemsnitlige opholdslængde på akutpladserne er 13, dage, hvilket også er den gennemsnitlig korteste opholdslængde for alle midlertidige pladser. Den højeste gennemsnitlige opholdslængde er på 43 dage og findes på Træningshøjskolen. Belægningsprocenten på specialpladserne er mellem 67% og 83%. Der er således fortsat en vis kapacitet på specialpladserne, der er uudnyttet.

For de centrale og decentrale aflastningspladser er opholdslængden hhv. 36 og 20 dage. Der er også stor variation i belægningsprocenten, hvor den er 69% for central aflastning og 91% for decentral aflastning. På de decentrale aflastningspladser er kapaciteten derfor udnyttet fuldt ud, hvor der for de centrale aflastningspladser fortsat er kapacitet til flere ophold.

4.2. Sammenligning med andre kommuner

Ved at sammenligne dækningsgraden kan man få et indblik i, om Randers Kommune har mange midlertidige opholdspladser sammenlignet med andre kommuner, regionsgennemsnit og landsgennemsnit.

Denne sammenligning fremgår i tabel 4.2.

Tabel 4.2. Antal midlertidige opholdspladser og dækningsgrad for kommuner i Region Midtjylland, 2021

Kommune	Antal pladser	Dækningsgrad 80+ årige
Viborg	98	2,00%
Lemvig	23	1,75%
Herning	75	1,71%
Skive	45	1,62%
Ringkøbing-Skjern	52	1,56%
Randers	77	1,55%
Skanderborg	35	1,42%
Norrdjurs	32	1,42%
Favrskov	29	1,39%
Samsø	4	1,25%
Holstebro	37	1,22%
Ikast-Brande	24	1,20%
Odder	15	1,13%
Silkeborg	44	1,01%
Horsens	35	0,87%
Hedensted	19	0,80%
Aarhus	63	0,52%
Struer	6	0,46%
Landsgennemsnit*		1,24%
Gennemsnit Region Midt		1,20%
Syddjurs	Ingen boliger oplyst	

Kilde: Danmarks statistik

Note: *I landsgennemsnittet er kommunerne Syddjurs, København, Frederiksberg, Glostrup Furesø ikke med i beregningen, da de har 0 midlertidige pladser oplyst.

Med en dækningsgrad på 1,55% har Randers kommune 6. pladsen ift. højeste dækningsgrad i Region Midt. Gennemsnittet for regionen og hele landet er hhv. 1,20% og 1,24%. Hvis Randers Kommune skulle følge gennemsnittet for regionen og hele landet ville Randers Kommune skulle have hhv. 60 og 62 pladser, dvs. 17 og 15 færre pladser end i dag.

4.3. Behovet for pladser i fremtiden

I dette afsnit præsenteres en prognose for det fremtidige behov for midlertidige opholdspladser. Som det fremgår af tidligere afsnit, er der kapacitet på de nuværende specialtilbud og Randers Kommune har en høj dækningsgrad, når der sammenlignes med andre kommuner. Af disse årsager er specialpladserne (Hospice Randers, Træningshøjskole, akutpladser og Døgngenoptræning) ikke inkluderet i fremskrivningen.

I nedenstående tabel 4.3. findes en fremskrivning af den nuværende dækningsgrad for korttidspladser, central og decentrale aflastningspladser. Disse i alt 35 pladser giver en dækningsgrad på 0,7% for 80+ årige. Hvis dækningsgraden på 0,7% skal fastholdes, skal der udvides med 13 pladser i 2027 og 22 pladser i 2033.

Tabel 4.3. Prognose for behovet for udvidelse af antal aflastningspladser i 2027 og 2033

	2027	2033
0,7% dækningsgrad (korttids- og aflastningspladser)	13	22

Det vurderes, at en fremskrivning af dækningsgraden på 0,7%, er det bedste pejlemærke for det fremtidige behov for midlertidige opholdspladser. Med en dækningsgrad på 0,7% som pejlemærke inkluderes de 6 korttidspladser på Tryghedshotellet og alle nuværende centrale og decentrale aflastningspladser. Det vurderes, at der er mulighed for at optimere den faglige bæredygtighed og herigennem også kvaliteten på disse pladser ved at samle dem i større enheder jf. næste afsnit.

Som det tidligere er præsenteret er der fortsat kapacitet på de specialiserede pladser herunder akutpladserne på Tryghedshotellet, hvorfor det umiddelbart ikke ser ud til, at være behov for at fremskrive disse pladser. Det anbefales dermed at fastholde det nuværende antal specialpladser. Det vurderes, at der også i fremtiden vil være stort behov for de specialiserede pladser. Ved at have samlet de specialiserede funktioner giver det en høj faglig bæredygtighed disse steder, hvilket kommer borgerne til gode. Alternativt vil borgerne være andre steder i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller træningsenheder, hvor der også er konkurrerende fokusområder. Akutpladser, Døgngenoptræning og Træningshøjskolen skal også betragtes som enheder med et forebyggende sigte, hvor der er fokus på borgerens selvhjulpethed, rehabilitering og stabilisering på den lange bane. I tillæg hertil forventes en udvikling i sundhedsvæsenet, der kalder på højere grad af specialisering i kommunerne, da borgernes sygdomsbillede forventes at blive mere komplekst end i dag og at flere specialiserede opgaver lægges ud til kommunerne. Derfor vurderes det som nødvendige tilbud, der på langt sigt er økonomisk og fagligt bæredygtigt for omsorgsområdet.

For alle de midlertidige opholdspladser vil udviklingen i belægningsprocenten og gennemsnitlig opholdslængde følges, da det giver indblik i, om der er pladser til at dække behovet.

Styrke faglig bæredygtighed

Når en borger kommer på midlertidig ophold skyldes det ofte en eller flere helbredsproblematikker, der ikke kan identificeres eller løses i borgerens eget hjem. Derfor skal personalet kunne identificere de helbredsrelaterede udfordringer, der er på spil for borgeren og udarbejde en form for behandlingsplan, hvor rehabilitering også er et nøgleord. Dette skal gå forholdsvist hurtigt for at borgeren kommer sig, så godt som muligt og for at aflastningspladserne ikke bliver fyldt op.

Der er således tale om en anden faglig tilgang til borgere på midlertidig ophold end borgere, der lever sin hverdag i en plejebolig på et center. Med den udvikling i sundhedsvæsenet og borgerens sigende

kompleksitet i sygdomsbillede vurderes det, at der er behov for at styrke den faglige bæredygtighed for aflastningspladserne.

Det vurderes, at den faglige bæredygtighed bedst kan styrkes ved at øge volumen af aflastningspladser, så man kan opbygge en større erfaring med det systematiske arbejde, det kræver på aflastningspladserne. Det betyder, at aflastningspladserne i højere grad skal være koncentreret på de samme centre.

Tabel 4.4. indeholder en oversigt over den nuværende placering af de tilsammen 35 korttidspladser, central og decentrale aflastningspladser. Som det fremgår af tabellen er der en koncentration af pladser på Tryghedshotellet, Åbakken og Kildevang. De øvrige centre har mellem 1-3 decentrale aflastningspladser.

Tabel 4.4. Placering af korttidspladser, centrale og decentrale aflastningspladser, 2022, 2027 og 2033

	2022	2027	2033
Tryghedshotel (korttidspladser)	6	6	6
Åbakken*	8	18	18
Kildevang*	6	6	6
Tirsdalen**	1	6	6
Møllevang***	1		
Spentrup	3	1	1
Rosenvænget	3	1	1
Svaleparken	1	1	1
Vorup	1	1	1
Thors Bakke	1	1	1
Terneparken***	2		
Fårup	2	1	1
Mangler placering		2	11
Antal pladser i alt	35	44	53

*Note: *Har både decentrale og centrale aflastningspladser. **Fra 2027 er det aflastningspladser for borgere med demens. ***Hvert center har 1 aflastningsplads fortrinsvis til borgere med demens (2022). Antal aflastningspladser i alt er fratrukket effektiviseringsbesparelse på 4 aflastningspladser.*

Med udvidelsen i antallet af aflastningspladser betyder det, at der samlet set vil være 44 pladser i 2027 og 53 pladser i 2033. Tabel 4.4. indeholder forslag til fordeling af aflastningspladser og etablering af ekstra aflastningspladser i 2027 og 2033.

For at kunne styrke den faglige bæredygtighed koncentrerer flere pladser på Åbakken samtidig med, at antallet af pladser reduceres på andre centre. Landsbyen Møllevang og Terneparken vil ikke have aflastningspladser i 2027. Det skyldes blandt andet, at det er meget forstyrrende for de øvrige beboere på et specialiseret demensplejecenter at have aflastningspladser, hvor der ofte kommer nye beboere, der skal integreres i en boenhed. Aflastningspladser i Spentrup, Fårup og på Rosenvænget reduceres også til en plads hvert sted. Dette som led i at styrke den faglige bæredygtighed ved at koncentrere flere pladser på Åbakken.

For at kunne styrke den faglige bæredygtighed på Kildevang, der i dag har 6 pladser, undersøges muligheden for at tilbygge 11 aflastningspladser inden 2033. Det vil samlet give 17 aflastningspladser på

Kildevang og dermed et stor volumen, der giver gode vilkår for den faglige bæredygtighed. Alternativt kan de 11 aflastningspladser der mangler placering blive etableret i relation til et nyt center.

For at imødekomme geografisk bæredygtighed anbefales det, at der bevares 6 aflastningspladser fordelt på 6 centre. Det bevarer muligheden for at komme på aflastning forskellige steder i Randers Kommune.

I 2033 er det prognosticerede behov 51 aflastningspladser. Umiddelbart ser vi ikke mulighed for, at de pladser kan etableres på de nuværende centre. Derfor foreslås det, at det resterende behov for aflastningspladser koncentrerer på et nybygget center inden 2033.

Det foreslås, at de 6 demensaflastningspladser placeres på Tirsdalen, der gradvist omdannes til et specialiseret demensplejecenter. At pladserne er samlet vil styrke fagligheden omkring det at have aflastningspladser. Dog vil der gå en rum tid før det demensfaglige specialisering for alvor er på plads dette sted.

Det er en vigtigt prioritet at påbegynde planlægningen af en eventuelt koncentration af aflastningspladser, da det har konsekvenser for de boliger der skal benyttes. Samtidig kalder den nuværende dækningsgrad for decentrale aflastningspladser på 91% også på handling.

4.4. Samlede anbefalinger for midlertidige opholdspladser

Samlede anbefalinger for midlertidige opholdspladser:

- At fastholde nuværende antal specialpladser (akutpladser, Randers Hospice, Træningshøjskolen og Døgngenoptræningen).
- At benytte nuværende dækningsgrad for 80+ årige på 0,7% for som pejlemærke ift. aflastningspladser og korttidspladser.
- At styrke den faglige bæredygtighed ved at koncentrere flere aflastnings- og korttidspladser på færre enheder, da en større volumen vil styrke den faglige bæredygtighed.
- At bevare enkelte aflastningspladser geografisk spredt for at bevare geografisk nærhed.
- At etablere 6 demensaflastningspladser på ét af de specialiserede demenscentre.

5. Anlægsplan

Boligplanens analyser har vist, at der vil være et øget behov for plejeboliger og aflastningspladser de kommende 10 år. I 2027 er der et øget behov for omkring 300 plejeboliger og 13 aflastningspladser. I 2033 er behov omkring 500 ekstra plejeboliger og 22 ekstra aflastningspladser. Det er således en del plejeboliger, der skal etableres i de næste 10 år. Tabel 5.1 viser det samlede behov for ekstra plejeboliger og aflastningspladser i 2027 og 2033.

En anbefaling er blandt andet, at de ældreboliger med mulighed for kald, der er egnet til det omklassificeres til plejeboliger. Det vil betyde, at der er omkring 200 boliger til rådighed, der kan omklassificeres til plejeboliger. Dermed vil antallet af plejeboliger, der skal bygges inden 2027 være reduceret til omkring 100 boliger og omkring 300 boliger i 2033. De resterende plejeboliger og aflastningspladser kan etableres ved at bygge til eksisterende centre og bygge helt nye plejecentre.

Tabel 5.1. Samlet behov for ekstra plejeboliger og aflastningspladser i 2027 og 2033 ift. 2022

	2027	2033
Behov for plejeboliger, ekstra ift. 2022	291	492
Behov for aflastningspladser, ekstra ift. 2022	13	22
Samlet behov for ekstra plejeboliger eller aflastningspladser	304	514
Omklassificere ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger	204	204
Etablering af nye plejeboliger eller aflastningspladser	100	310

På nuværende tidspunkt vurderes det ikke muligt at etablere nye plejecentre pga. prisstigninger (uddybet i nedenstående). Med den nuværende viden kan det forventes, at det kan tage op mod 6 år før et nyt plejecenter er klar til indflytning. Derfor vil det første skridt være omklassificering af egnede ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger og etablering af serviceareal tilknyttet hertil. Herforuden vil det også være at undersøge mulighederne for tilbygning til eksisterende centre ud fra de bygningsmæssige muligheder og fremtidig behov.

5.1. Bygge nyt

Ifølge national lovgivning skal alle nye plejehjem, uanset om der er tale om et nybyggeri eller totalrenovering af en eksisterende bygning, opføres efter almenboligloven. Det betyder, at beboerne på et plejehjem, som er opført eller moderniseret siden 1988, bor til leje i en almen bolig på almindelige vilkår.

Et plejecenter består af to dele:

- Boligareal: Plejeboliger med tilhørende fælles opholdsarealer (fx opholdsstue)
- Serviceareal: Personalekontorer, mødelokaler, velfærds/omklædningsrum, træningsarealer, m.v.

Servicearealerne udgør ca. 25% af boligarealer i centre med plejeboliger og ca. 40% i center med specialiserede plejeboliger (f.eks. specialiserede demensboliger). Der kan være behov for yderligere servicearealer såfremt hjemmepleje og sygeplejedistrikter har personalefaciliteter i det respektive center.

Finansiering

Ved etablering af et plejecenter finansieres boligareal ved:

- 88 % realkreditlån, som optages af boligselskabet og hvor kommunen garanterer lånet
- 2 % beboerindskud, som beboerne betaler ved indflytning
- 10% grundkapitalindskud, som kommunen betaler (ofte finansieret ved at kommunen stiller byggegrund til rådighed svarende til grundkapitalen).

Ved etablering af et plejecenter finansieres servicearealerne af:

- Kommunen, dog med et statslig engangstilbud på op til 40.000 kr. pr. bolig

Rammebeløb

Plejeboliger skal opføres inden for et maksimalt beløb pr. kvadratmeter, som fastsættes af staten – det såkaldte rammebeløb. I 2022 er rammebeløbet for Randers kommune 23.980 kr. pr. kvm. boligareal. Alle udgifter til etablering af plejecenteret skal afholdes indenfor rammebeløbet, eventuel nedrivning af eksisterende bygning, omkostninger i forbindelse med rådgivning, afgifter, håndværkerudgifter mv.

Der er ikke et statsligt fastsat rammebeløb for servicearealer.

Der skal bemærkes at de nuværende rammebeløb vurderes for små. Det skyldes de ekstraordinære byggeomkostninger som byggeriet oplever i disse år. Det vurderes at der er sket en prisstigning på 30%, hvilket også har afledt at etableringer af nye plejeboliger er gået helt i stå. Kommunerne afventer omkostningsstabilitet og formodentligt kommer der også reguleringer i størrelsen på rammebeløbet.

Omkostninger til nyt byggeri

Hvis der skal bygges omkring 300 nye plejeboliger i plejecentre bestående af ca. 75 boliger skal der bygges 4 nye plejecentre inden 2033. Beregningen af omkostninger i forbindelse med etablering af 4 plejecentre er skitseret i nedenstående. Disse omfatter ikke den vurderede prisstigning på 30%.

Boligareal

Omkostningsberegningen ser således ud:

- Rammebeløb pr. kvm er 23.980 kr. og der er forudsat et boligareal på 75 kvm pr. bolig er etableringsomkostning pr. bolig 1.8 mio. kr.
- Omkostningen ved etablering af et plejecenter med 75 boliger vil være 135 mio. kr.
- Den samlede omkostning ved etablering af 4 plejecentre med 75 boliger bliver 540 mio. kr.
- Kommunens finansieringsandel er 10 % i grundkapitalindskud, hvilket ofte bliver finansieret ved at kommunen stiller byggegrund til rådighed. Hvis kommunen ikke ejer byggegrunden skal de 10% i grundkapitalindskud finansieres anderledes.

Serviceareal

Til beregning af omkostninger ved etablering af serviceareal benyttes samme pris pr. kvm som rammebeløbet pr. boligkvm.

Omkostningsberegningen ser således ud:

- Når servicearealet skal udgøre 25% er boligarealet vil etableringsomkostninger for serviceareal være 450.000 kr. pr. bolig.

- Ved etablering af et plejecenter med 75 boliger vil etableringsomkostningerne være 34 mio. kr. Her skal fratrækkes 3 mio. i statsligt tilskud.
- Ved etablering af 4 plejecentre med 75 boliger vil de samlede etableringsomkostninger for servicearealer være 136 mio. kr. Her skal fratrækkes 12 mio. kr. i statsligt tilskud.

Kommunens finansieringsdel forudsættes netto at være 124 mio. kr. under forudsætning af at boligerne og servicearealer opføres på kommunale arealer.

Omkostninger til omklassificering af ældreboliger med mulighed for kald

Det anbefales at omklassificere omkring 200 ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger. Denne omklassificering kan give behov for at etablere yderligere serviceareal til personalet og/eller fællesareal til beboerne. Det vil primært ske ved inddragelse af eksisterende boliger, som ombygges til servicearealer. Omkostningen vurderes meget individuelt fra center til centre, og beregningerne er vanskelige at estimere. Derfor vil der blive fremlagt individuelle beregninger på omkostninger de pågældende steder. Omkostninger vil hovedsageligt knytte sig til etablering af servicearealer og dermed være kommunalt finansieret.

Et meget overordnet estimat på omkostningerne ved at omklassificere 200 ældreboliger til plejeboliger, er beregnet ved:

- At der skal etableres yderligere 10% serviceareal
 - 10% af 200 boliger på 75 kvm er 1.500 kvm serviceareal
 - Etableringsomkostning vurderes at på 23.980 kr. kvm = 36 mio. kr. i alt.
- Der vil ikke kunne opnås servicearealtilskud, da der er tale om eksisterende boliger.

Omkostninger til personalefaciliteter, sundhedsklinikker m.v.

Servicearealerne udgør 25% af boligarealer i centre med alm. plejeboliger, og cirka 40% i center med specialiserede plejeboliger.

I lighed med demografiprognosens betydning ved antallet af plejeboliger, vil der tilsvarende blive behov for en øget aktivitet indenfor hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, træning, sundhedsklinikker med mere. En aktivitet som vil fordre yderligere lokalebehov. Det bør medtænkes ved etablering af nye plejecentre eller ombygninger og tilbygninger til eksisterende plejecentre, da det kan reducere de samlede omkostninger, da mange faciliteter kan deles mellem faggrupperne og personalegrupper.

Lokalebehov og afledte omkostning vil i høj grad være afhængig af løsningerne. Men et overordnet estimat er, at en hjemmeplejegruppe på ca. 40 medarbejdere har behov for 300 kvm (x 23.980 kr. = 7,2 mio. kr.) og en sygeplejegruppe har behov for 400 kvm (x 23.980 kr. = 9,6 mio. kr.).

5.2. Vedligeholdelse

Vedligeholdelse er det arbejde, som udlejeren gennemfører for at opretholde ejendommen i den stand, som lejerne efter lejeaftalen og lovgivningen har krav på. Boligorganisationen har generel vedligeholdelsespligt og skal sørge for en forsvarlig vedligeholdelse af boligorganisationens ejendomme og boliger.

Der skal foretages henlæggelser i fornødent omfang til større planlagt vedligeholdelsesarbejde i boligorganisationens afdelinger. Der henlægges ikke til moderniseringer og forbedringer.

Randers kommune har udbudt boligadministrationen af kommunens plejeboliger. Boligadministrator afholder afdelingsmøder, bestyrelsesmøder og udarbejder vedligeholdelsesplaner. Disse vedligeholdelsesplaner omfatter plejecentrets boligarealer. Centrets servicearealer planlægges og vedligeholdes primært af ejendomsservice. I praksis foregår dette i tæt samarbejde mellem ejendomsservice og boligadministrator da mange vedligeholdelsesopgaver bør udføres samtidigt, eksempelvis reparation af tag, udskiftning af vinduer og lignende.

Det bør bemærkes at vedligehold ikke omfatter moderniseringer, hvilket betyder at den ændrede byggestil, afledt af viden, og justerede bygningsreglementer ikke er en del af vedligeholdelse, hvorfor nogle centre, kan betragtes som umoderne og utidssvarende. Dette er dog ofte en individuel vurdering som boligplanen tager afsæt i.

Øvrige vedligeholdelsesomkostninger

Det skal også bemærkes at ejendomsservice ikke varetager alle vedligeholdelsesopgaverne på servicearealerne. Omsorgsområdet finansierer den kommunale andel af centrenes gangfliser, asfalt, kaldeanlæg, ABA anlæg, nøglesystemer og lignende tekniske installationer.

Det skønnes at omkostninger til vedligehold af dette i gennemsnit beløber sig på 1 mio. kr. pr center i de næste 10 år. Det vil sige, at ved 20 plejecentre, skal der årligt afsættes 2 mio. kr. i de næste 10 år.

5.3. Teknologi

Sundhed og omsorgsområderne er steder, hvor der i særlig grad er bevågenhed om velfærdsteknologiers potentiale. Det er der flere gode grunde til. For det første kan velfærdsteknologier hjælpe borgere til større selvhjulpethed og dermed højere livskvalitet. For det andet kan velfærdsteknologier hjælpe medarbejdere med bl.a. at løse tunge arbejdsopgaver på en lettere måde og dermed give et bedre arbejdsmiljø. For det tredje kan velfærdsteknologier potentielt muliggøre økonomiske besparelser for driften i en tid, hvor demografiske forandringer og økonomiske forhold tilskynder os til at overveje, om omkostningstunge opgaver kan løses smartere.

Der findes mange kendte, velafprøvede og implementerede velfærdsteknologiske løsninger til brug i plejecentre, som allerede fra bygningsprojekteringen bør indarbejdes.

Velfærdsteknologierne bliver finansieret af såvel omsorgsområdet som af beboerne. Nogle teknologier betragtes som værende almindeligt indbo i et plejecenter og etableres ved nybyggeri og finansieres primært af beboerne. Andre teknologiske løsninger finansieres af omsorgsområdet.

En kommunal omkostning som må forventes at stige yderligere, afledt af demografiprognosen for behovet for flere plejeboliger og forventeligt flere borgere i hjemmeplejen. En stigning som forstærkes af nye velfærdsteknologiske muligheder som hjælper beboere og medarbejdere.

Det anbefales at afsætte midler til denne udvikling.

Almindelige velfærdsteknologier i plejeboliger

- Loftslifte, som er integreret i loft og med skinesammenhængsmulighed således forflytning kan ske fra soverum til toiletrum. Ofte suppleret med indbyggede/monterede vende/forflytningssystemer i teknologiske plejesenge.

- Alarm- og GPS-løsninger, som styrker følelsen af frihed, at kunne færdes på egen hånd, ved at kunne give en advisering til personale om behov for hjælp, eller når en beboer med demens utilsigtet er på vej udenfor.
- Elektronisk dørlås, som kan kombineres med dørautomatik og hotellåse adgang, som hjælper beboere med let adgang til lejlighed og samtidigt sikre mod utilsigtet adgang til boligen.
- Vaske-/tørretoilet som kan reducere beboerens behov for medarbejdernes hjælp til at vaske og tørre sig ved toiletbesøg, samt medvirke til at forbedre nogle borgers oplevelse af værdighed.
- Kvalitetssikring af medicinbehandling, kommunikation og data gennem velfærdsteknologier.

Der er adskillige øvrige velfærdsteknologiske muligheder som bør overvejes. Her nogle eksempler:

- Belysningsteknologi, såsom døgnrytmebelysning for bedre trivsel, som hjælpelys som belyser adgangsvej til toiletrum, eller som natlampelys for at medarbejder kan undgå at tænde hårdt hvidt lys om natten.
- Rengøring, robot støvsugere og vaskere, affaldshåndteringssystemer.
- Spisehjælpemidler som kan støtte beboere som har funktionsnedsættelse i arme og hænder med selv at indtage et måltid ved egen hjælp.
- Badestol med elektrisk kip og hejs.
- Indsatser for sansestimuli, mest rette til beboere med demens, såsom interaktiv social robot med indbyggede censorer, eller interaktiv pude som kombinerer musik, berøringselementer og bevægelse og stimulerer herved flere sanser samtidigt.
- Gardinautomatik, vinduesautomatik og øvrige smarthometeknologier

5.4. Samlede økonomiske konsekvenser

Såfremt ovenstående anbefalinger i boligplanen følges, vurderes det at medføre følgende afledte økonomiske anlægsbehov (der tages forbehold for prisudvikling, ændringer i dækningsgrad mv.):

- Bruttoudgift på 136 mio. kr. til etablering af servicearealer til ca. 300 nye plejeboliger. Hertil kommer servicearealtilskuddet på 12 mio. kr., så nettoudgiften udgør 124 mio. kr. Under forudsætning af at byggeriet placeres på en kommunal grund, vil der ikke være kommunale udgifter til selve byggeriet af boligerne. Disse finansieres af lån og beboerindskud.
- 36 mio. kr. til etablering af servicearealer i forbindelse med omklassificering af ca. 200 ældreboliger med mulighed for kald til plejeboliger.
- 2 mio. kr. årligt de næste 10 år til vedligehold af servicearealer.
- Investering af velfærdsteknologi i forbindelse med etablering af nye plejeboliger.
- Etablering af areal til bl.a. træning, sundhedsklinikker, hjemmepleje og sygepleje for borgere i eget hjem.

Kildehenvisninger

Danmarks Statistik 1: [Plejhjem- og boligmodtagere. Andel borgere på 67 år eller derover, 2021](#)

Implement; Undersøgelse af ældreområdet i Randers Kommune, 2021

Kjellberg, Jacob; *Skal aflastningspladserne også aflastes?*, Kommunal Sundhed, 2017

Sundhedsstyrelsen, [Sund aldrig - udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier](#), 2021

Sundhedsstyrelsen, [Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov](#), 2020

Vive, Ældres boligsituation og fremtidige boligønsker, 2019