

Budgetanalyser, Center for Sundhed & Pleje

Afrapportering på budgetanalyser fra Center for Sundhed & Pleje.

1. Baggrund, beskrivelse og formål

Demografisk udvikling

I Greve Kommune stiger antallet af borgere på 80 år og derover til 4.337 i 2036, hvilket er en stigning på 931 personer, svarende til 27,3 % fra 2025 til 2036 (Befolkningsprognose 2025). Gennemsnitligt stiger plejebehovet i takt med alderen. Eksempelvis har en gennemsnitlig borger i alderen 80-84 år et plejebehov, der er næsten dobbelt så stort som en gennemsnitlig borger i alderen 75-79 år. Yderligere stiger behovet for pleje igen til det dobbelte i aldersgruppen 85-89-årige sammenlignet med en 80-84-årig. Den demografiske udvikling betyder, at behovet for praktisk hjælp, pleje, rehabilitering, forebyggelse og genoptræning forventeligt vil stige markant de kommende ti år.

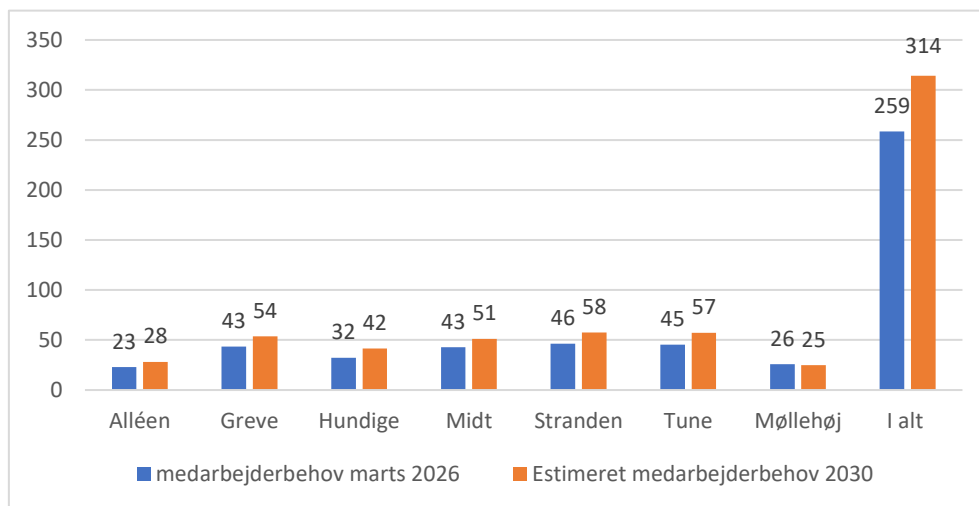
Mangel på arbejdskraft

Ifølge en rapport fra Kommunernes Landsforening (KL) fra december 2024 vil behovet for medarbejdere i 2035 stige med 38.000 på landsplan. Heraf skal 21.000 være social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere (SOSU'er). Cirka 17.000 skal komme fra andre faggrupper, fx sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter. 90 % af behovet for SOSU'er vil opstå i kommunerne.

På baggrund af fremskrivninger foretaget af KL med data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen vil efterspørgslen efter SOSU'er stige med henholdsvis 40 % på plejecentrene og 32 % i hjemmeplejen (2023-tal). Baseret på denne fremskrivning foretaget af FOA skal der ansættes yderligere 175 social- og sundhedsmedarbejdere i Greve Kommunes ældrepleje for at opfylde behovet for hjælp og pleje i 2034. Dette svarer til, at ældreplejen skal øge sin medarbejderkapacitet med 25 %. Fremskrivningen er baseret på, at serviceniveauet fastholdes.

Lokale fremskrivninger for Greve Kommune viser, at der skal ansættes i alt 55 flere medarbejdere i hjemmeplejen (nettostigning) frem mod 2030, når behovet for

hjælp og pleje fremskrives (visiterede timer). Fremskrivningen forudsætter, at serviceniveauet fastholdes (jf. graf 1).



Graf 1: Forventet nettostigning i antal årsværk i hjemmeplejen frem mod 2030.

Flere med multisygdom og demens

Borgere med multisygdom har to eller flere kroniske sygdomme. Der er 15 kroniske sygdomme, der indgår i opgørelsen over antallet af multisyge. De 15 sygdomme er forhøjet blodtryk, iskæmisk hjertesygdom (hjertekrampe eller blodprop i hjertet), hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi), diabetes, kræft, kronisk bronkitis/emfysem/rygerlunger (herefter benævnt kronisk obstruktiv lungesygdom, forkortet KOL), astma, allergi, gigt (slidgigt eller leddegigt), knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, psykiske lidelser, migræne eller hyppig hovedpine, tinnitus og grå stær.

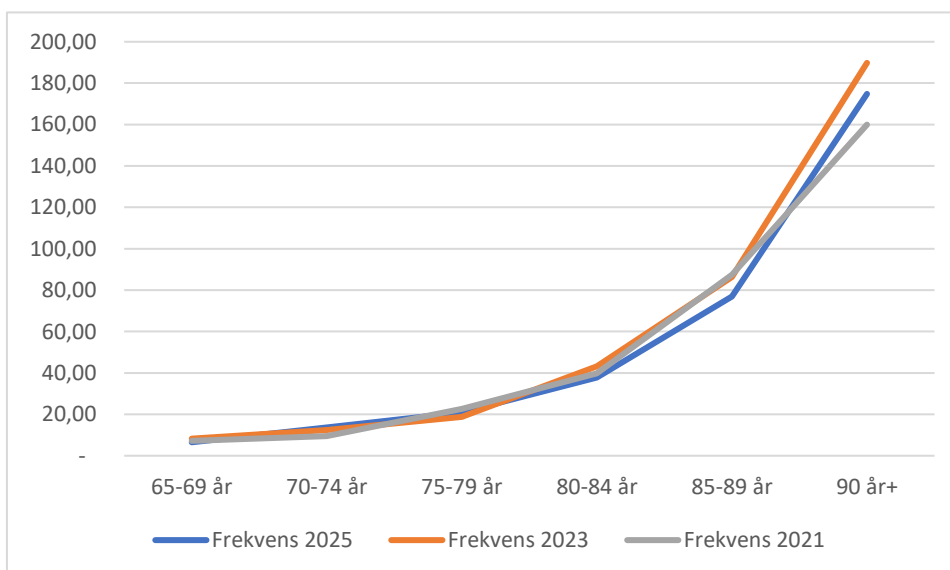
Andelen af borgere med multisygdom steg fra 41 % til 47 % i perioden fra 2013 til 2021 på landsplan. Det er især den ældre del af befolkningen, der er multisyg. Andelen af borgere over 80 år, der lider af multisygdom, er cirka 50 % (2021-tal). Fremskrivninger viser, at antallet af multisyge vil stige til 1,5 mio. borgere i 2050 på landsplan.

Andelen af multisyge i Greve Kommune er 38 % (Sundhedsprofilen 2025). Dette svarer til 20.343 borgere i Greve Kommune (2025-tal). Gennemsnittet for kommunerne i Region Sjælland er 38,8 %.

Antallet af borgere med en demenssygdom er stigende, og fremskrivninger fra Nationalt Videnscenter for Demens viser, at der i 2040 vil være 146.000 borgere over 65 år med demens. I Greve Kommune er der i 2025 registreret 400 borgere med demens.

Der forekommer et mørketal, da kommunerne ikke har kendskab til alle borgere med demens. Det estimeres derfor, at antallet af borgere med demens er 925 i 2025. Dette svarer til, at knap hver tiende borger over 65 år har demens. Udviklingen af demens er tæt knyttet til stigende levealder, da risikoen for at udvikle sygdommen stiger med alderen. Sammenholdt med, at levealderen forventes at stige i de kommende år, vil antallet af borgere med demens også stige.

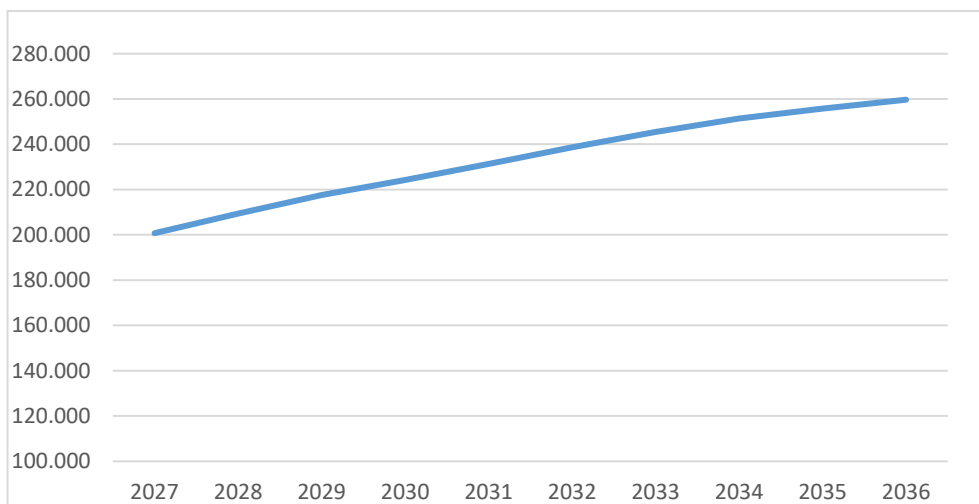
En stigende andel af borgere over 80 år kombineret med en øget forekomst af både multisygdom og demens øger kravene til medarbejdernes faglighed, koordinering og tværfaglige samarbejde. Af graf 2 nedenfor fremgår udviklingen i forholdet mellem visiterede timer i hjemmeplejen og befolkningen fordelt på alderskategorier i perioden 2021-2025.



Graf 2. Udviklingen i forholdet mellem visiterede timer i hjemmeplejen og befolkningen fordelt på alderskategorier, 2021–2025

I perioden fra 2021 til 2025 er gennemsnitsalderen for førstegangsvisiterede borgere, der modtager hjemmepleje, steget med ét år. På trods af denne stigning ses der ikke en afdæmpende effekt på det kraftigt stigende behov for hjemmepleje, som opstår, når borgerne bliver over 80 år. Derimod er der sket en mindre stigning i behovet for hjælp blandt borgere over 80 år siden 2021

Fastholdes serviceniveauet vil udgifterne alene i hjemmeplejen stige med 30% svarende til en stigning fra 200 mio. kr. i 2027 til 260 mio. kr. i 2036. Grafen nedenfor illustrerer denne stigning.



Graf 3. Udgiftsudvikling i hjemmeplejen. Baseret på fremskrivning af demografi uden indregning af øvrige forhold.

Kapacitetsvurderingen fra 2026, behandlet på Byrådsmødet den 22. juni 2026 (pkt. 39), viser, at behovet for plejeboliger vil stige frem mod 2037. Behovet påvirkes af blandt andet sund aldring, forebyggelse og rehabilitering, visiteringspraksis, teknologiske løsninger, udbygning af hjemmeplejen samt udviklingen i demens.

Afhængigt af scenariet er der et udækket behov på mellem 114 og 155 plejeboliger i 2037. Tidspunktet for, hvornår behovet er størst, varierer ligeledes mellem scenarierne. På tværs af scenarierne er der behov for mindst 114 plejeboliger senest i 2032.

Uanset hvilket scenarie der følges, vil der i en årrække være et udækket behov, som Greve Kommune ikke kan nå at kompensere for inden for den eksisterende plejeboligmasse. Plejeboliggarantien vil derfor ikke kunne overholdes.

Økonomisk politik i Greve Kommune

Byrådet godkendte den 29. april 2019 en økonomisk politik, som blandt andet beskriver Greve Kommunes tilgang til effektiv drift. Heraf fremgår det, at: "Greve Kommunes driftsudgifter pr. indbygger på alle de store serviceområder skal ligge blandt den laveste fjerdedel af kommunerne. En dårligere placering skal være et aktivt tilvalg."

I rapporten *Kend din kommune* udgivet af KL fremgår de årlige udgifter pr. borger i hjemmeplejen for borgere over henholdsvis 67 og 80 år.

Borgere over 80 år – et fald i udgifter pr. borger

I *Kend din kommune* fra 2026 (2024-tal) fremgår det, at Greve Kommune har udgifter, som placerer kommunen på plads nr. 25 ud af landets 98 kommuner (162.687 kr. pr. borger). Nr. 1 på denne liste er Hørsholm Kommune med 144.769 kr. pr. borger (laveste udgiftsniveau). Greve Kommune har siden 2022 nedbragt udgiftsniveauet pr. borger over 80 år fra 169.043 kr. i 2022 (2020-tal) til 162.687 kr. i 2026 (2024-tal).

Borgere over 67 år – en stigning i udgifter pr. borger

I *Kend din kommune* fra 2026 fremgår det, at Greve Kommune har udgifter pr. borger over 67 år, som placerer kommunen på plads nr. 54 ud af landets 98 kommuner (51.886 kr. pr. borger). Nr. 1 på denne liste er Lejre Kommune med 42.612 kr. pr. borger. I 2022 lå Greve Kommune som nr. 8 ud af 98 kommuner, og har således øget udgifterne pr. borger over 67 år fra 37.128 kr. i 2022 (2020-tal) til 51.886 kr. i 2026 (2024-tal).

Administrationen vurderer, at den demografiske udvikling (øget andel af borgere over 67 år) er den primære faktor i forhold til at forklare ovenstående udvikling.

2. Succeskriterier, forventet effekt og økonomisk potentiale

Delanalyse 1: Mangel på arbejdskraft

Velfærdsteknologier og digitalisering med effekt

Velfærdsteknologi og digitale løsninger kan frigøre ressourcer, styrke kvaliteten og skabe mere tid til nærvær i ældreplejen. I ældreplejen spænder velfærdsteknologi og digitale løsninger vidt, og de kan inddeles i fire overordnede områder:

- Borgerens selvhjulpenhed f.eks. brug af teknologi i hjemmet.
- Erstatning af fysiske besøg med digitale f.eks. skærmbesøg og hjemmetræning.
- Medarbejdernes arbejdsgange, planlægning og arbejdsmiljø f.eks. tale til tekst for lettere dokumentation og brug af forflytningssystemer.
- Opsporing og forebyggelses f.eks. sensorteknologi til forebyggelse af fald i plejeboliger.

Budgetanalysen undersøger potentialer ved implementering af tidsbesparende teknologi, som kan have en afdæmpende effekt på rekruttering af nye medarbejdere i ældreplejen.

Det kræver investering, hvis Greve Kommune vælger at anvende velfærdsteknologi og digitalisering til at nedbringe behovet for at ansætte nye medarbejdere i ældreplejen.

Økonomisk potentiale ved skærmbesøg i hjemmeplejen

I 2025 igangsatte administrationen en pilotafprøvning af skærmbesøg i hjemmeplejen med midler fra budgetforliget 2025-2028. De første pilotafprøvnings er gennemført i løbet af foråret 2026, og har medført positiv respons fra borgerne.

Administrationen har derfor taget udgangspunkt i potentiale ved skærmbesøg/telemedicinske løsninger i hjemmeplejen, fordi det er teknologi, som har påvist dokumenteret effekt ift. økonomiske besparelser og forøgelse af den leverede kvalitet. Skærmbesøg handler om at konvertere fysiske besøg til videoopkald via tablet. Investeringen fordeler sig på anlæg, service, licenser, løn til support- og udviklingsmedarbejdere og en intern pulje til afprøvning og evaluering af nye digitale løsninger med tidsbesparende effekt.

Potentiel effekt er:

- at medarbejderne kan løse indsatser på kortere tid, og dermed hjælpe flere borgere. Når medarbejderne kan løse deres opgaver hurtigere, kan det nedbringe behovet for at ansætte nye medarbejdere.
- at medarbejderne bedre kan prioritere deres opgaveløsning, fordi teknologien muliggør fleksibilitet.
- at borgerne kan opleve det som en højere service, når de ikke er afhængige af at få fysisk besøg af en medarbejder.
- at borgerne føler sig mere selvhjulpne, fordi teknologien hjælper til selvhjælp.
- at borgerne føler, at teknologi kan være mindre indgribende på deres personlige sfære, f.eks. at der ikke holder en bil fra kommunen foran deres hus flere gange om dagen.

Det er langt fra alle indsatser i hjemmeplejen, som er mulige at konvertere til et skærmbesøg. Administrationen har ud fra en faglig vurdering og indhentet erfaring fra andre kommuner med mange års erfaring med skærmbesøg, fundet, at indsatser indenfor medicinadministration, blodsuktermåling, støtte til mad og drikke og psykisk støtte, helt eller delvist kan konverteres til skærmbesøg.

I 2025 var der 5.293 visiterede timer til indsatser, som vurderes at kunne konverteres. Ved konvertering af indsats fra fysisk besøg til skærmbesøg kan tidsforbruget halveres. Konverterbare indsatser er fordelt på hovedsageligt (ca. 90 %) § 138 i sundhedsloven, og i mindre grad § 83, stk. 1 i serviceloven (ca. 10 %).

Konkret og individuel vurdering

En halvering af tidsforbruget på ovenstående indsatser medfører en frigørelse af økonomi. Der er beregnet med en 80 % effekt (baseret på erfaringer fra andre kommuner). Dette skyldes, at ikke alle borgere, som modtager de konverterbare indsatser, er i fysisk og/eller psykisk i stand til at modtage skærmbesøg. Det betyder, at 20 % af indsatserne fortsat skal kunne udføres som fysiske besøg, og derfor kan tiden i indsatsen ikke halveres i 20 % af tilfældene. Det er et forvaltningsretligt princip, at kommunen skal foretage en konkret og individuel vurdering af borgernes behov, og der kan derfor ikke sættes et loft for hjælp for alle borgere.

Økonomisk potentiale og styrkelse af digitalisering organisation

Administrationen vurderer, at implementering af skærmbesøg i hjemmeplejen kan medføre en årlig besparelse på 1,1 mio. kr. fra 2031 ved fuld implementering. Beregning af potentiale er med udgangspunkt i data fra juli 2024 til juli 2025. Perioden er valgt, fordi kommuner fra 1. juli 2025 overgik til at levere hjemmepleje via pleje- og omsorgsforløb fremfor enkelt indsatser.

Årligt potentiale har halv effekt på 0,53 mio. kr. i 2030, da administrationen vurderer, at en omstilling til skærmbesøg kræver en større organisatorisk og arbejdskulturel omstilling for ledere og medarbejdere, det kræver tid at implementere. Potentialet er også set i relation til andre kommuners erfaringer med økonomiske besparelser. Derudover tages der højde for, at borgere og pårørende skal føle sig trygge ved teknologien. Tilsammen påvirker det, hvornår administrationen forventer at høste effekten af investeringen. Administrationen vurderer samtidig, at den teknologiske udvikling går stærkt, og skærmbesøg kan i sammenhæng med øvrige teknologier danne synergieffekter, der kan forøge det økonomiske potentiale. Synergieffekter er på nuværende tidspunkt dog usikre, og er derfor ikke medtaget i denne budgetanalyse. En investering i skærmbesøg er ikke kun et spørgsmål om økonomi og ressourcer, det handler også om at styrke ældreplejens parathed overfor den øgede digitalisering og dennes muligheder nu her og i fremtiden.

Af hensyn til belastningen af ældreplejen i forbindelse med overgang til faste tværfaglige teams, sundhedsreforms opgaveflytninger, ny ældrelov mv. igangsættes investeringen fra 2028.

I tabel 1 nedenfor fremgår den samlede investering og potentiale.

Delanalyse 1 (i 1.000 kr.)	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
Tablets, 100 stk. á 3.000 kr. Indkøbes løbende over fire år. Estimeret levetid er tre år.	0	150	78	80	165	85	87	180	91	93
It-inventar og lokaleombygning mv.	0	100	104	107	110	113	117	120	122	124
Løn til it-funktion og support (½ årsværk stigende til 1 årsværk)	0	300	300	600	662	683	703	720	732	744
Løn til udvikling og implementering (½ årsværk stigende til 1 årsværk)	0	300	300	600	662	683	703	720	732	744
Pulje til afprøvning og evaluering af nye digitale løsninger med tidsbesparende effekt	0	250	260	267	276	284	293	300	305	310
Investering i alt	0	1.100	1.041	1.655	1.877	1.852	1.904	2.041	1.984	2.015
Årligt potentiale/effektivisering	0	0	0	-537	-1.109	-1.264	-1.300	-1.332	-1.355	-1.376
Samlet	0	1.100	1.041	1.117	768	587	604	709	629	639

Tabel 1: Investering i skærmbesøg i hjemmeplejen. Priser og lønninger er 2026-tal, og fremskrevet ift. forventning om stigning i visiterede timer baseret på demografisk udvikling.

Licenser til software indgår i udvidelsesforslag i forbindelse med budget 2027-2030. Licenser er en forudsætning for at drive skærmbesøg, og dermed opnå forventet effekt.

Licenser til software indgår i udvidelsesforslag i forbindelse med budget 2027-2030. Licenser er en forudsætning for at drive skærmbesøg, og dermed opnå forventet effekt.

Konklusion af budgetanalyse 1

Administrationen vurderer, at en investering i skærmbesøg i hjemmeplejen kan have en økonomisk effekt, og dermed nedbringe behovet for at ansætte nye medarbejdere. Derudover kan skærmbesøg frigøre tid til at hjælpe de borgere, som har behov for et fysisk besøg. Pilotafprøvning i Greve Kommunes hjemmepleje har givet positiv respons fra borgerne. Ved fuld implementering vurderes den årlige besparelse til 1,1 mio. kr. fra 2031. Det kræver en omfattende implementeringsproces at implementere skærmbesøg i hele hjemmeplejen, hvorfor indsatserne først forventes at have økonomisk effekt fra 2030. Potentialet kan vise sig at være større i takt med, at nye teknologier gør det muligt at konvertere flere indsatser til skærmbesøg. Dermed er investeringen i skærmbesøg ikke kun et spørgsmål økonomi og ressourcer, men også en styrkelse af organisationens digitale parathed og modenhed i fremtiden. Derudover forventes det, at den årlige besparelse kan øges i takt med, at flere borgere bliver mere digitalt parate.

Delanalyse 2: Hjælp til øget selvhjulpenhed

Øget rehabilitering af borgere, der modtager hjemmepleje

Evalueringer og nationale analyser fra Sundhedsstyrelsen og VIVE viser effekter i forhold til at reducere behovet for hjemmeplejeydelser og øge borgernes selvhjulpenhed. Den rehabiliterende tilgang er en samarbejdsproces, hvor fagpersoner og pårørende støtter en borger i at mestre eget liv. Målet er, at borgeren, på trods af fysiske, psykiske eller sociale udfordringer, opnår størst mulig selvstændighed og livskvalitet i hverdagen. En rehabiliterende tilgang kan reducere behovet for varig hjemmehjælp gennem målrettede, tidsafgrænsede og tværfaglige indsatser. Samtidig understreges det, at gevinsterne afhænger af tilstrækkelige og relevante ressourcer f.eks. fysio- og ergoterapeuter, kompetenceudvikling af involverede medarbejdere, optimering af arbejdsgange og processer i administrationen, ledelsesmæssig understøttelse og tæt opfølgning.

Budgetanalysen undersøger, hvordan investering i rehabilitering kan øge selvhjulpenhed hos borgerne, så behovet for kompenserende hjælp kan

afdæmpes eller helt fjernes, f.eks. rykke borgere fra pleje- og omsorgsforløb 2 til 1 eller fra 1 til 0. Ved at rykke borgere ned i pleje- og omsorgsforløb reduceres antallet af visiterede timer, og dermed reduceres økonomien til pleje samlet set.

Forebyggelse målrettet borgere, der ikke modtager hjemmepleje

Erfaringer med forebyggende indsatser viser, at en proaktiv tilgang til forebyggelse, kan forsinke eller reducere behovet for hjemmepleje. Dette kan være gennem indsatser som forebyggende forløb, træning i hverdagsaktiviteter, faldforebyggelse, støtte til fysisk aktivitet og meget andet. Derudover viser erfaringer, at brobygning mellem kommunale indsatser, civilsamfund og lokale fællesskaber er en central forebyggende investering, fordi det understøtter borgernes mulighed for at bevare selvstændighed, trivsel og deltagelse i hverdagslivet. Med folkesundhedsloven forventes der at komme øgede krav til samarbejde på tværs indad i kommunen og udad til civilsamfundet vil det være gavnligt, at der prioriteres ressourcer til at arbejde tværgående og med en kombination af strategisk og praksisnær funktion.

Det ses for eksempel med overgangen fra Visiteret Motion (Tune IF og Greve Seniorsport) til foreningerne. Efter endt forløb i Visiteret Motion arbejdes der systematisk med at hjælpe borgere videre fra kommunale indsatser til lokale fællesskaber og aktiviteter, der styrker borgerens egne ressourcer, sociale netværk og handlekraft – hvilket kan forebygge bl.a. ensomhed og funktionstab og derigennem nedbringe behovet for kommunal hjælp. Organiseringen af brobygningen mellem kommunen og frivillige er beskrevet nærmere i budgetanalysen *Forventningsafstemning med borgerne og inddragelse af civilsamfund (afsæt i velfærdsborgersamlingen)*.

På nuværende tidspunkt har Greve Kommune to årsværk (forebyggelseskonsulenter) til bl.a. forebyggende forløb, herunder at have kontakten og brobygge til civilsamfundet. Administrationen vurderer, at en yderligere investering i f.eks. forebyggelseskonsulenter og/eller brobygningskonsulenter (samarbejde mellem kommune og frivillige) eller frivillige koordinatore kan understøtte de forebyggende indsatser, og på sigt understøtte borgernes selvhjulpethed samt indirekte øge muligheden for at udskyde borgernes behov for kompenserende hjælp i hjemmeplejen. Forebyggelseskonsulent med tilknytning til ældreplejen samarbejder med brobygger ansat i afdelingen Kultur & Fritid, der eksempelvis har stolegymnastik som indsats i udsatte boligområder. Samarbejdet skal understøtte det forebyggende arbejde om borgere, der ikke modtager hjemmepleje.

Investering og økonomisk potentiale

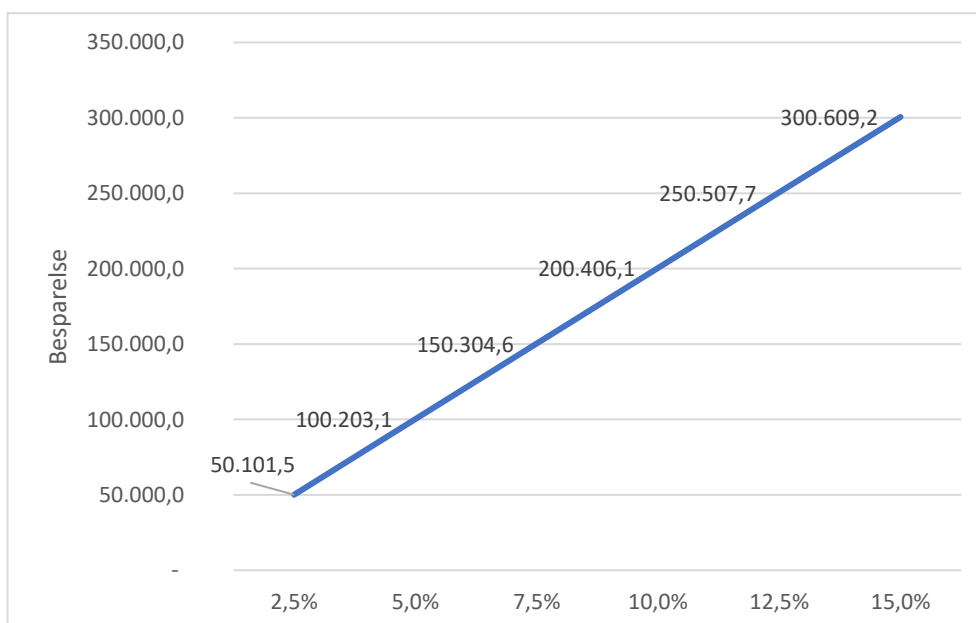
Nedenstående afsnit omhandler de økonomiske potentialer ved rehabilitering og forebyggelse.

Økonomisk potentiale ved at flytte borgere i pleje- og omsorgsforløb

Administrationen har foretaget en række beregninger på det økonomiske potentiale ved at rykke borgere ned i et mindre pleje- og omsorgsforløb.

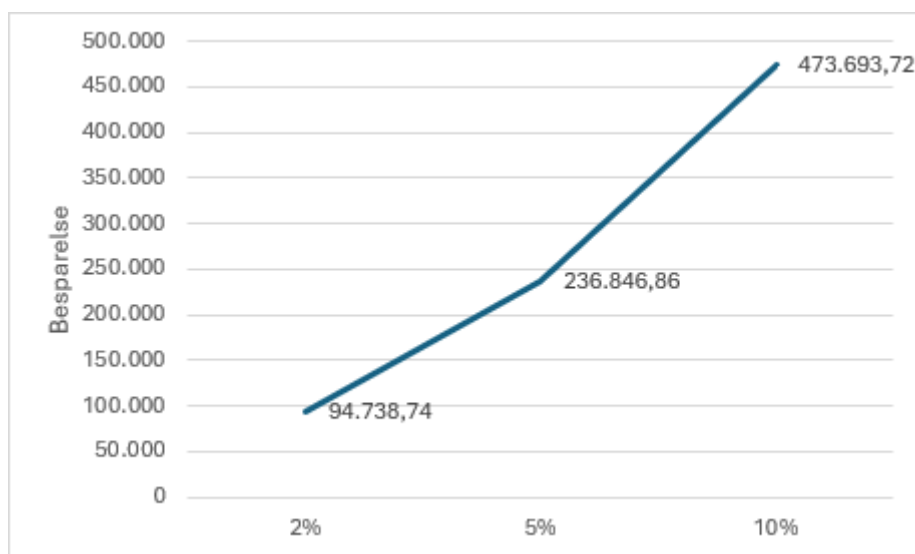
Økonomisk potentiale ved at flytte borgere fra pleje- og omsorgsforløb 0 til ingen hjælp

Pleje- og omsorgsforløb 0 indeholder udelukkende hjælp til praktiske opgaver fx rengøring. Borgere kan siges at være mest selvhjulpne med højest funktionsniveau sammenlignet med borgere i de øvrige pleje- og omsorgsforløb. Det vurderes derfor at være borgere med størst rehabiliteringspotentiale, hvorfor der beregnes med op til 15 %, som kan rehabiliteres til selv af varetage praktisk gøremål uden hjælp fra kommunen. Beregningen nedenfor viser, at der kan ske en besparelse på 50.000 kr. årligt ved, at 2,5 % af borgere visiteret til et pleje- og omsorgsforløb 0, ikke længere har behov for hjælp, stigende til en besparelse på 300.000 kr. årligt ved 15 %.



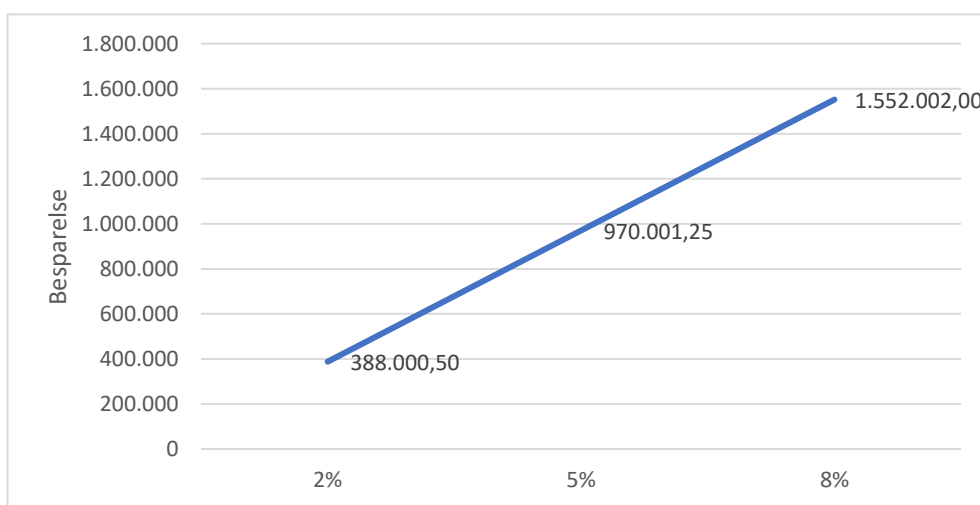
Økonomisk potentiale ved at flytte borgere fra 1 til 0

Pleje- og omsorgsforløb 1 indeholder både hjælp til praktiske opgaver fx rengøring og personlig pleje. Rehabiliterings- og forebyggelsespotentialet vil være lidt lavere end ved pleje- og omsorgsforløb 0. Derfor sættes potentialet for, hvor stor andelen af borgere, som vurderes til at kunne flyttes til pleje- og omsorgsforløb 0 til 10 % som maksimalt potentiale i nedenstående beregning. Beregning viser et økonomisk potentiale på ca. 94.000 kr. årligt ved 2 % stigende til ca. 473.000 kr. årligt ved 10 %.



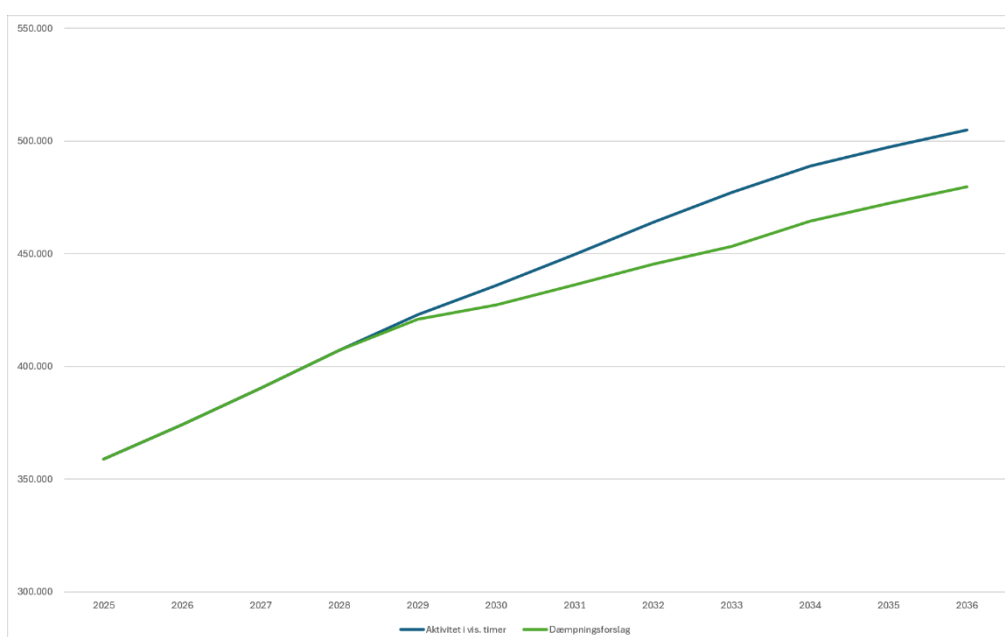
Økonomisk potentiale ved at flytte borgere fra 2 til 1

Pleje- og omsorgsforløb 2 indeholder både hjælp til praktiske opgaver fx rengøring og personlig pleje. Borgere visiteret til dette pleje- og omsorgsforløb har et mærkbart lavere funktionsniveau end i pleje- og omsorgsforløb 0 og 1. Det betyder, at rehabiliterings- og forebyggelsespotentialet vil være lavere til sammenligning. Derfor sættes potentialet for, hvor stor andelen af borgere, som vurderes til at kunne flyttes til pleje- og omsorgsforløb 1 til 8 % som maksimalt potentiale i nedenstående beregning. Beregning viser et økonomisk potentiale på 388.000 kr. årligt ved 2 % stigende til 1,55 mio. kr. årligt ved 8 %.



Økonomisk potentiale ved samlet afdæmpning af behov for hjælp på tværs af pleje- og omsorgsforløb

Det kræver investering i den rehabiliterende og forebyggende indsats i hjemmeplejen, hvis behovet for kompenserende hjælp skal nedbringes. Nedenfor ses den økonomiske besparelse ved at dæmpe behovet for kompenserende hjælp i hjemmeplejen med hhv. 0,5 % i 2029, 2 % i 2030, 3 % i 2031, 4 % i 2032 og 5 % fra 2033 frem til 2036. Den blå linje viser udgiftsniveauet, hvis man ikke ændre noget, og den grønne viser afdæmpning af behovet for kompenserende hjælp (visiterede timer).



Graf 4: Økonomisk besparelse ved at dæmpe behovet for kompenserende hjælp i hjemmeplejen med hhv. 0,5 % i 2029, 2 % i 2030, 3 % i 2031, 4 % i 2032 og 5 % fra 2033 frem til 2036.

Administrationen vurderer potentialet ud fra registerstudie fra VIVE, som sammenfatter erfaringer fra i alt otte kommuner, som har arbejdet systematisk med rehabilitering. Studiet viser at den lokale organisering også har en væsentlig påvirkning af effekten af rehabilitering, hvorfor dette også vægter i vurdering af potentialet. Den procentuelle dæmpning i de enkelte år er administrationens samlede vurdering af potentialet, og er ikke en reference til andres kommunernes dokumenterede besparelser. Det betyder, at beregningen af det økonomiske potentiale er forbundet med usikkerheder. Derudover påvirkes effekterne ikke kun af kommunens indsats, men af faktorer såsom borgerens konkrete sygdomsudvikling, sociale forhold, pårørendes støtte og medicinsk behandling.

I tabel 2 nedenfor fremgår den samlede investering og potentiale.

Delanalyse 2 (i 1.000 kr.)	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Opnormering af ergo- og fysioterapeuter (1 årsværk i 2027 og 2028, og 2 årsværk årligt fra 2029 og 7 i alt frem til 2030)	500	1.350	2.340	2.860	3.640	4.160	4.160
Opnormering af forebyggelseskonsulent/ Brobygger (1 årsværk fra 2029)	250	400	500	500	500	500	500
Opnormering af visitatorer (1 årsværk fra 2027 stigende til 2 årsværk fra 2029)	500	750	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Kompetenceudvikling af medarbejdere og ledere	250	500	500	500	500	500	500
Investering i alt	1.500	3.000	4.340	4.860	5.640	6.160	6.160
Årligt potentiale	0	0	-1.000	-4.260	-6.590	-9.068	-11.650
	1.520	3.560	3.273	600	-950	-2.908	-5.497

Tabel 2: Investering i rehabilitering og forebyggelse. Priser og lønninger er 2026-tal, og fremskrevet ift. forventning om visiterede timer.

Administrationens vurdering af økonomisk og fagligt potentiale

Der vurderes at være potentiale for en reduktion af visiterede timer på 0,5 % fra 2029 svarende til en økonomisk besparelse på 1 mio. kr. stigende til 5 % fra 2033 med en økonomisk reduktion svarende til 11,65 mio. kr.

Årsagen til, at besparelspotentiale ikke forventes at kunne indfries i år 1 og år 2 skyldes, at effekterne af rehabilitering og forebyggelse først viser sig over en længere periode, og det kræver et gennemgribende kompetenceløft af ledere og medarbejdere, før indsatserne kan implementeres og blive en del af hverdagens praksis i ældreplejen. Derudover kræver det løbende investering i onboarding med fokus på rehabilitering og forebyggelse, fordi den forventede personaleomsætning er på 20 % årligt i hjemmeplejen.

En afledt effekt ved at opnormere andelen af ergo- og fysioterapeuter er, at det kan nedbringe behovet for at ansætte nye medarbejdere indenfor social- og sundhedsfagene, hvor rekrutteringsudfordringen er størst på ældreområdet. Derimod er rekrutteringsudfordringen for ergo- og fysioterapeuter mindre.

Konklusion af budgetanalyse 2

Administrationen vurderer, at investering i rehabilitering og forebyggelse kan styrke borgernes selvhjulpenhed, og dermed reducere behovet for kompenserende hjemmepleje. Potentialet ligger blandt andet i at flytte borgere til lavere pleje- og omsorgsforløb eller helt ud af hjemmeplejen. Forudsætningen for at realisere gevinsterne er blandt andet tilstrækkelige terapeutfaglige ressourcer, kompetenceudvikling, ledelsesmæssig understøttelse og optimerede arbejdsgange. Budgetanalysen tager udgangspunkt i et scenarie, hvor behovet for kompenserende hjælp reduceres med 0,5 % i 2029 stigende til 5 % fra 2033. Effekterne er behæftet med usikkerhed, da resultaterne ved rehabilitering og forebyggelse ofte først viser sig over længere tid. Det kræver derudover en omfattende implementeringsproces, hvorfor indsatserne først forventes at have økonomisk effekt fra 2029.

Delanalyse 3: Stigende ældrebefolkning

Hvis behovet for plejeboliger udelukkende løses ved at bygge nye plejecentre, kan Greve Kommune risikere at forbygge sig, hvilket ikke er økonomisk hensigtsmæssigt. Budgetanalysen ser på, hvordan behovet for plejeboliger kan afdæmpes via plejebolig i eget hjem og brug af midlertidige plejeboliger.

Plejebolig i eget hjem

Administrationen har fra andre kommuner erfaret (f.eks. Hillerød, Haderslev og Hvidovre), at plejebolig i eget hjem kan være en løsning til at håndtere behovet for flere plejeboliger. At have en plejebolig i eget hjem er et kommunalt tilbud for borgere, der har omfattende plejebestanden, men ønsker at blive boende i deres nuværende bolig i stedet for at flytte på plejehjem.

Administrationen har beregnet økonomien, hvis Greve Kommune ønsker at tilbyde plejebolig i eget hjem. Beregningen er baseret på data på borgere, der modtager den mest omfattende hjælp og pleje i hjemmeplejen.

Derudover er der tilføjet et tillæg på 150 kr. dagligt, fordi der må forventes flere akutte besøg og generelt mere omfattende behov for pleje hos denne gruppe borgere. Tabel 3 viser beregningen for plejebolig i eget hjem.

Hjælpe og pleje	Pris i pr. døgn
Pleje- og omsorgsforløb 4 (mest omfattende forløb jf. ældreloven)	1.349 kr.
Gennemsnitlige indsatser jf. sundhedsloven	574 kr.
Tillæg for plejebolig i eget hjem	150 kr.
Samlet udgift pr. borger pr. døgn	2.073 kr.*
Samlet udgift pr. borger årligt	756.000 kr.*

Tabel 3: Plejebolig i eget hjem.

**Priser indeholder ikke aktiviteter, som borgere tilbydes på plejecentre, som varetages af aktivitetsmedarbejder f.eks. husalfe.*

Plejebolig i eget hjem vil skulle visiteres via et nyoprettet pleje- og omsorgsforløb f.eks. pleje- og omsorgsforløb 5. Udgifter pr. borger pr. døgn i plejebolig er 2.200 kr. (jf. pris fra Fribo Greve). Pris pr. døgn er forbundet med usikkerhed, da der kan forekomme øgede udgifter relateret til planlægning, kørsel mv. i hjemmeplejen.

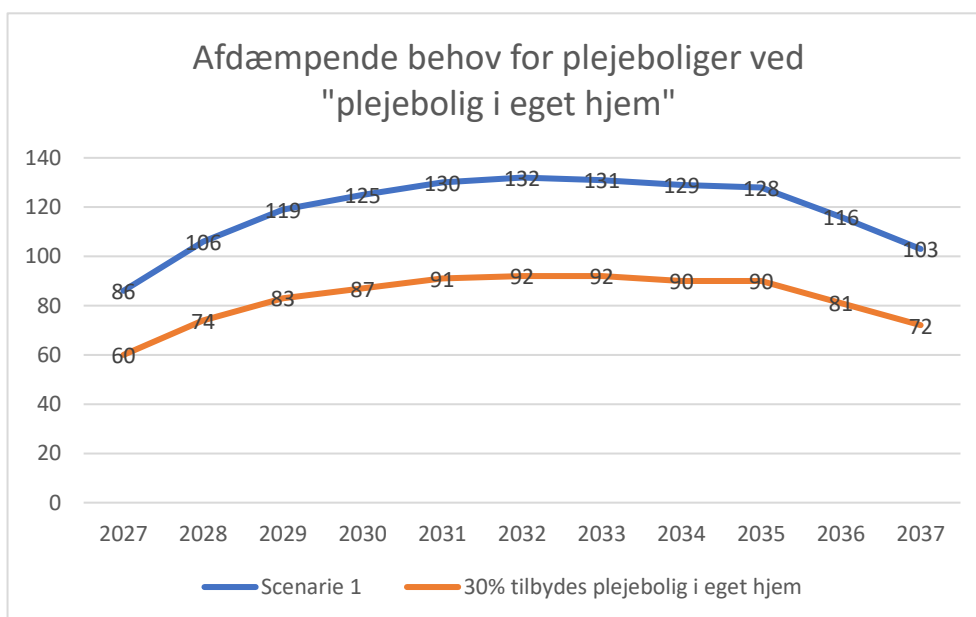
Målgruppe for plejebolig i eget hjem

Det vil ikke være alle borgere, der kan have plejebolig i eget hjem. Borgere, som har store psykiske og/eller fysiske udfordringer med f.eks. demenssygdom og/eller kræver tæt overvågning af medarbejdere, vil typisk ikke kunne tilbydes plejebolig i eget hjem. Administrationen skal altid foretage en konkret og individuel vurdering af den enkelte borgers behov. Kan behovet ikke varetages forsvarligt i eget hjem, tilbydes en plejebolig på et plejecenter.

Udgangspunktet for tilbud om plejebolig i eget hjem vil derfor være, at borgere visiteret til en almindelig plejebolig kan være i målgruppen, mens borgere visiteret til en specialiseret plejebolig ikke kan være i målgruppen.

Ca. 80 % af kommunens plejeboliger er almindelige plejeboliger og ca. 20 % er specialiserede plejeboliger.

Administrationen vurderer, at potentielt 30 % af borgerne visiteret til en almindelig plejebolig, kan tilbydes plejebolig i eget hjem. I grafen nedenfor ses den afdæmpende effekt på 30 % lagt ind i scenarie 1 fra Kapacitetsvurdering 2027-2037. I 2029 vil effekten fx være en dæmpning, svarende til 36 borgere. I 2032 svarer dæmpningen til 40 borgere.



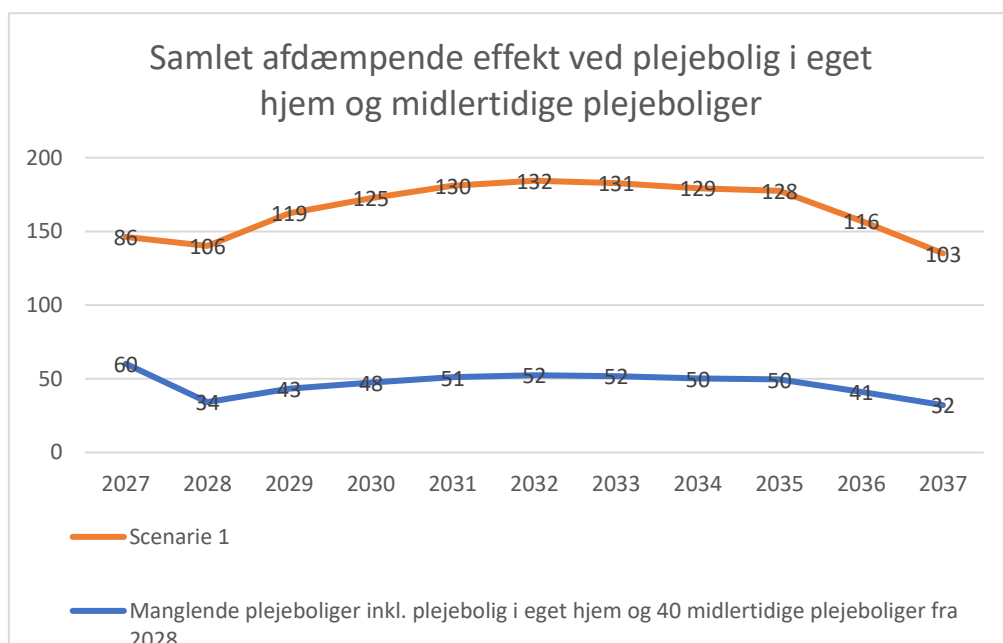
Graf 5: Afdæmpende behov for plejeboliger ved nyt pleje- og omsorgsforløb 5 "Plejebolig i eget hjem". Scenarie 1 forudsætter at andelen af ældrebefolkningen, som i 2026 havde behov for en plejebolig er den samme i årene 2027 til 2037.

Midlertidige plejeboliger

Investering i midlertidige plejeboliger kan være et attraktivt alternativ til at bygge et nyt plejecenter, så kommunen ikke risikerer at forbygge sig. Midlertidige plejeboliger kan etableres hurtigere og kræver en lavere anlægsinvestering, og giver større fleksibilitet.

Administrationen har udarbejdet et bruttoanlæggsforslag i forbindelse med budget 2027-2030, hvor der søges om midler til etablering af 40 midlertidige plejeboliger, udvidelse af daghjemsplasser og lokaler til hjemmeplejegrupper. I bruttoanlæggsforslaget fremgår det, at de 40 midlertidige plejeboliger kan stå klar til disposition fra 2028.

I grafen nedenfor fremgår potentiale ved afdæmpende effekt kombineret med plejebolig i eget hjem.



Graf 6: Samlet afdæmpningseffekt ved plejebolig i eget hjem og midlertidige plejeboliger.

Konklusion af budgetanalyse 3

Administrationen vurderer, at behovet for fremtidige plejeboliger kan håndteres på andre måder end ved udelukkende at bygge nye plejecentre. Budgetanalysen konkluderer, at der er et potentiale i at tilbyde plejebolig i eget hjem og anlægge midlertidige plejeboliger som alternativer, der kan reducere behovet for permanente pladser.

3.2 Baggrundsdata/aktivitetstal (før/efter)

Baggrundsdata er baseret på data fra omsorgssystemet (Nexus) og økonomisystemet (Opus).

3.3 Evt. bemærkning om der fremlægges udvidelses- og/eller effektiviseringsforslag til Budget 2027-30

Der er udarbejdet bruttoanlægsforslag til midlertidige plejehjemspladser samt udvidelse af daghjem og lokaler til hjemmeplejen til budget 2027-2030.

4. Fremadrettet tidsplan, hvis der ikke er tale om endelig afrapportering og afslutning af analysearbejdet

Ingen bemærkninger.

5. Proces for evt. implementering

Hvis der skal implementeres velfærdsteknologiske og digitale løsninger med tidsbesparende effekt, vil det kræve en omfattende implementeringsproces. Processen skal planlægges i tæt dialog med driften, herunder med inddragelse og høring af MED.

6. Sammenfatning (konklusioner/delresultater og potentialer)

Delanalyse 1

Administrationen vurderer, at en investering i skærmbesøg i hjemmeplejen kan have effekt på både økonomi og kvalitet samt reducere behovet for at ansætte nye medarbejdere. Administrationen vurderer, at indsatser inden for medicinadministration, blodsuktermåling, støtte til mad og drikke samt psykisk støtte helt eller delvist kan konverteres til skærmbesøg. Erfaringer viser, at tidsforbruget ved skærmbesøg kan halveres, men da kun omkring 80 % af de relevante borgere forventes at kunne modtage løsningen, er potentialet nedjusteret tilsvarende. Ved fuld implementering vurderes den årlige besparelse til 1,1 mio. kr. Effekten forventes gradvist realiseret, da implementeringen kræver organisatorisk omstilling og tryghed hos borgere, pårørende og medarbejdere. Der er ikke vurderet yderligere effekter fra mulige synergieffekter ved øvrige teknologiske løsninger, men administrationen vurderer, at der er potentialer at hente på længere sigt.

Delanalyse 2

Administrationen vurderer, at øget investering i rehabilitering og forebyggelse kan styrke borgernes selvhjulpenhed og reducere behovet for kompenserende hjemmepleje. Potentialet ligger blandt andet i at flytte borgere til lavere pleje- og omsorgsforløb eller helt ud af hjemmeplejen. Forudsætningen for at realisere gevinsterne er blandt andet tilstrækkelige terapeutfaglige ressourcer, kompetenceudvikling, ledelsesmæssig understøttelse og optimerede arbejdsgange. Budgetanalysen tager udgangspunkt i et scenarie, hvor behovet for kompenserende hjælp reduceres med 0,5 % i 2029 stigende til 5 % fra 2033.

Effekterne er behæftet med usikkerhed, da resultaterne ofte først viser sig over længere tid og påvirkes af en række forhold, som kommunen ikke kan påvirke.

Delanalyse 3

Administrationen vurderer, at behovet for fremtidige plejeboliger kan håndteres på andre måder end ved at bygge nye plejecentre. Budgetanalysen konkluderer, at der er et potentiale i at tilbyde plejebolig i eget hjem og anlægge midlertidige plejeboliger som alternativer, der kan reducere behovet for permanente plejeboliger.

7. MED-inddragelse i budgetanalysen

Den 12. maj 2026 er de foreløbige budgetanalyser præsenteret i Hoved-MED. Der blev givet følgende tilbagemelding fra Hoved-MED:

Dette er ikke en spareøvelse, og der bliver ikke afskediget medarbejdere, tværtimod handler det om det stik modsatte. Nemlig at medarbejdere arbejder og anvendes mere hensigtsmæssigt og effektivt og at fastholde de medarbejdere, vi har, fordi vi kommer til at mangle medarbejdere i ældreplejen.