

Rapport

# Langtidsområdet på Filadelfia

En vurdering af tre mulige scenarier for fremtiden

Eskild Klausen Fredslund

*Langtidsområdet på Filadelfia – En vurdering af tre mulige scenarier  
for fremtiden*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-543-9

Projekt: 301191

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

Denne rapport er udfærdiget på foranledning af Epilepsihospitalet Filadelfia og Region Sjælland.

Rapporten beskriver det såkaldte Langtidsområde på Filadelfia, hvor 18 patienter med epilepsi og hjerneskade er indlagt permanent. Den analyserer tre scenarier for den fremtidige drift af langtidsområdet.

Målgruppen for rapporten er ledelse og bestyrelse på Filadelfia og beslutningstagere i regioner og kommuner.

*Pia Kürstein Kjellberg*

*Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed*

*2018*

# Indhold

1	Indledning.....	5
1.1	Baggrund.....	5
1.2	Formål.....	5
1.3	Læsevejledning.....	5
2	Langtidsområdet i dag.....	6
2.1	Fysisk placering og indretning.....	6
2.2	Patientpopulationen.....	6
2.3	Økonomi.....	8
3	Data og metode.....	9
3.1	Data.....	9
3.2	Metode.....	9
4	Resultater.....	10
4.1	Lukning af Langtidsområdet med hjemtagning af patienter.....	10
4.2	Fortsat drift af Langtidsområdet med korrektion af takster på baggrund af det faktiske omkostningsniveau.....	12
4.3	Fortsat drift af Langtidsområdet med nybygget bygning.....	13
5	Konklusion.....	15
5.1	Opsamling på de tre scenarier.....	15
5.2	Konklusion.....	15

# 1 Indledning

## 1.1 Baggrund

Den selvejende institution Epilepsihospitalet Filadelfia (herefter Filadelfia) driver det så kaldte langtidsområde, hvor 18 patienter er indlagt permanent. Disse patienter lider af epilepsi og deraf følgende svære hjerneskader. Der indlægges ikke patienter under langtidsområdet længere. Den sidst indlagte blev indlagt i 1980'erne.

Langtidsområdet på Filadelfia drives efter overenskomst med Region Sjælland, der forhandler på vegne af de fem regioner.

I forbindelse med etableringen af DRG-lignende takster for Filadelfia blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af medlemmer fra Danske Regioner, Region Sjælland, det daværende Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Filadelfia. I forbindelse med dette arbejde blev der besluttet en fast dagstakst for langtidsområdet, og at der skulle igangsættes en proces for at "tilvejebringe et grundlag for takstfastsættelse vedrørende langtidsindlagte på Epilepsihospitalet Filadelfia".<sup>1</sup>

Filadelfias egne beregninger viser, at den dengang fastlagte takst ikke længere dækker de faktiske omkostninger ved behandlingen.<sup>2</sup>

Denne rapport bidrager med at tilvejebringe et grundlag for drøftelse af en fremtidig takst.

## 1.2 Formål

Filadelfia har i samarbejde med Region Sjælland bedt om en vurdering af mulighederne for at fremtidssikre langtidsområdet. Parterne har i fællesskab identificeret følgende relevante scenarier for den fremtidige drift heraf:

- Langtidsområdet lukkes, og patienterne tilbydes standardplejen i dag.
- Den nuværende løsning fortsættes, og taksten sættes op til et niveau, således at Filadelfia får dækket sine omkostninger.
- Der bygges et nyt hus, så behandlingen kan samles på én matrikel i modsætning til i dag. Dette vil potentielt spare nogle faste omkostninger samt omkostninger til bemanding.

Rapportens formål er at analysere fordele og ulemper ved de tre scenarier samt at vurdere, om det er muligt at effektuere de enkelte scenarier.

## 1.3 Læsevejledning

Rapporten starter med en introduktion af Langtidsområdet, som det ser ud i dag, og en beskrivelse af patientpopulationen. Herefter følger en beskrivelse af det anvendte datagrundlag og metode. Endelig findes en gennemgang af resultaterne for de tre scenarier og en konklusion.

---

<sup>1</sup> Rapport fra Arbejdsgruppen vedr. økonomi- og aktivitetsstyring på Epilepsihospitalet Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (20/04/2012), dok nr. 889333.

<sup>2</sup> Notat udarbejdet af Filadelfia (bilag til punkt B 3113).

## 2 Langtidsområdet i dag

### 2.1 Fysisk placering og indretning

Langtidsområdet er en del af Epilepsihospitalet Filadelfia, som ligger i Dianalund på Midtsjælland.

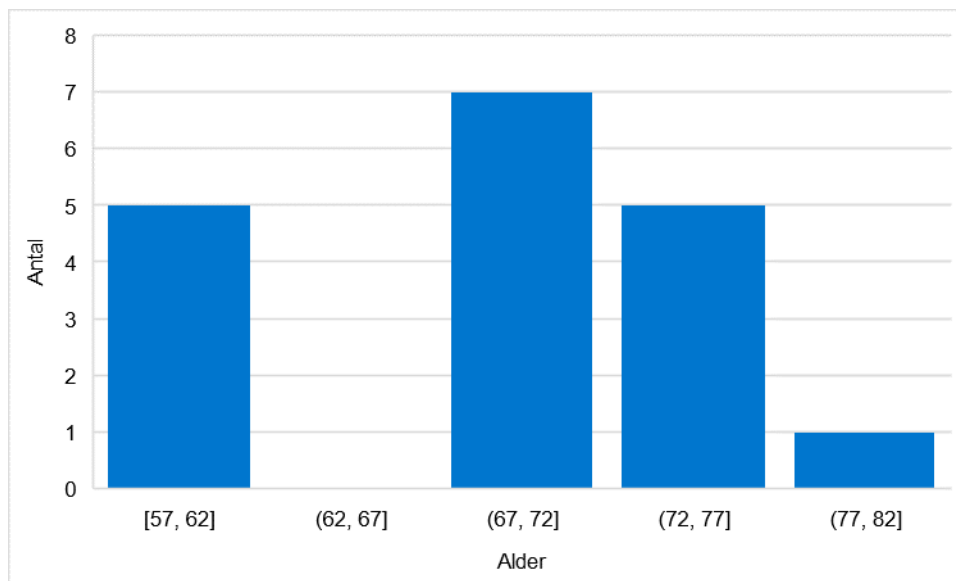
Patienterne er fordelt på to forskellige matrikler – Mariebo og Egebo. Mariebo er et ældre byggeri og er oprindeligt ikke indrettet til formålet. Stedet har gennem tiden gennemgået en række renoveringer. Mariebo består af en bygning i flere plan. Patienter på Mariebo har eget værelse, men fælles bad og toilet. Egebo er et nyere byggeri (fra ca. 2009), der er bygget med den nuværende brug for øje. Her har beboerne eget værelse med stue/køkken, soveværelse og handicapvenligt bad og toilet. Egebo er bygget i ét plan.

Grundet Mariebos stand planlægger Filadelfia at flytte patienterne til Egebo, når der bliver ledige pladser – i takt med at patienterne dør.

### 2.2 Patientpopulationen

I øjeblikket bor 18 patienter i Langtidsområdet. Den yngste patient er 57 år gammel og den ældste 82 år. Aldersfordelingen af patienterne kan ses i nedenstående figur.

**Figur 2.1** Aldersfordeling af patienter indlagt på langtidsområdet



Note: Opgjort 27. august 2018.

Kilde: Beregnet på baggrund af tal fra Epilepsihospitalet Filadelfia.

Patienterne er fra alle 5 regioner med 9 patienter fra Region Hovedstaden, 3 patienter fra Region Sjælland, 2 patienter fra Region Midtjylland, 1 patient fra Region Nordjylland og 3 patienter fra Region Syddanmark.

Der bor 7 patienter på Mariebo og 11 patienter på Egebo. Egebo har plads til 12 patienter, hvor en plads i øjeblikket er optaget af en social klient. Når den sociale klient flytter eller dør, vil den ledige plads kunne benyttes af Langtidsområdet.

Målgruppen for Langtidsområdet er voksne personer med diagnosticeret epilepsi eller erhvervet hjerneskade samt udtalte fysiske, psykiske og sociale problemstillinger.

Patienter indlagt på Langtidsområdet er kendetegnet ved<sup>3</sup>:

- Høj alder
- Komplekse sygdomsforløb med multimorbiditet såsom mental retardering, epilepsi, psykiatriske lidelser og diverse tilstødende behandlingskrævende somatiske sygdomme, heraf nogle sekundære til epilepsi (kroniske smerter, knogleskørhed, forstoppelse)
- Multimedicinering med bl.a. flerstofbehandling med antiepileptika og antipsykotika – sidstnævnte superviseret af psykiatrisk overlæge på Filadelfia, som også udøver ambulans kontrol
- Nedsat fysisk og psykisk funktionsniveau
- Som andre med kognitive svigt særdeles vulnerable ved miljøskift
- Faldtraumer.

Behandlingen indebærer for indeværende:

- Praktisk hjælp til
  - Personlig hygiejne
  - Rengøring
  - Indkøb
  - Tøjvask.
- Pædagogisk støtte til
  - Udvikling og vedligehold af færdigheder
  - Støtte til aktiviteter
  - Ledsagelse til aktiviteter
  - Ledsagelse til behandling på specialafdelinger på andre sygehuse
  - Ledsagelse på ferie (en medarbejder i en uge en gang årligt)
  - Sociale aktiviteter
  - Støtte til at strukturere hverdagen.
- Sygeplejefaglige opgaver
  - Medicindosering og administration
  - Observation af epileptiske anfald i forhold til medicinregulering
  - Vejledning og hjælp til korrekt kost og ernæring
  - Sygepleje i forhold til lejrning og forebyggelse af tryksår
  - Sårpleje
  - Observationer til demensudredning
  - Ledsagelse af patienter på andre sygehuse for optimal videreformidling af information
  - Terminal pleje
  - Monitorering af infektioner erhvervet på sygehus
  - Rehabilitering

---

<sup>3</sup> Reference: Notat vedr. Langtidsafsnit E og M, Filadelfia, 27. juni 2018.

- ADL (Almindelig Daglig Levevis) ved tilknyttet ergoterapeut
- Træning og formidling af hjælpemidler ved tilknyttet fysioterapeut
- Aktivering i aktivitetsrum.

Endvidere foretages stuegang en gang ugentligt af ledende overlæge i neurologi, ligesom der er mulighed for at tilkalde lægefaglig assistance 24 timer i døgnet.

Ved behandlingsbehov ud over kompetencerne på Langtidsområdet behandles patienterne på Filadelfias "korttidsdel".

## 2.3 Økonomi

Filadelfia modtager et beløb på ca. 1,36 mio. kr. årligt pr. patient (dagstaksten var i 2017 på 3.716 kr. inkl. egenbetaling på 22,92 kr. pr dag til vask af privat tøj). Taksten justeres årligt med løn- og pristalsindekset.

Betalingen dækker mad og bolig, den beskrevne pleje og behandling samt behandlinger på Filadelfias "korttidsdel" i relation til epilepsi og/eller hjerneskade.

Langtidsområdet havde et samlet budget på ca. 30 mio. kr. i 2017.

Filadelfias beregninger viser, at den eksisterende takststruktur har resulteret i et akkumuleret overskud ved udgangen af 2017 på 7.348.134 kr. En del af dette beløb er hensættelser til udskiftning og vedligeholdelse af inventar mv.



## 3 Data og metode

### 3.1 Data

Denne rapport bygger på en række dokumenter udarbejdet og fremsendt af Filadelfia. Dokumenterne indeholder et notat om den fremtidige økonomi, såfremt der ikke sker en ændring af taksterne (udarbejdet af den administrative stab) og en detaljeret beskrivelse af patienterne og den pleje og behandling, de modtager (udarbejdet af ledende overlæge og ledende sygeplejerske). Endvidere bygger rapporten på det fremsendte budget for 2017 inkl. en model for den fremtidige normering (udarbejdet af den administrative stab).

Endvidere bygger rapporten på telefonsamtaler med Sundhedsministeriets og Justitsministeriet angående de juridiske aspekter af den fremtidige drift af Langtidsområdet.

Botilbud under servicelovens § 108 er identificeret, beskrevet og takstsat ved hjælp af Socialstyrelsens tilbudsportal ([www.tilbudsportalen.dk](http://www.tilbudsportalen.dk)) samt rammeaftale Sjælland ([www.rs17.dk](http://www.rs17.dk)).

### 3.2 Metode

Resultaterne bygger på en gennemgang af de mulige økonomiske konsekvenser ved de tre scenarier. Rapporten tager udgangspunkt i de samlede offentlige udgifter. Der tages ikke særskilt stilling til, om udgifterne finansieres af kommune, region eller stat.

## 4 Resultater

### 4.1 Lukning af Langtidsområdet med hjemtagning af patienter

#### 4.1.1 Økonomiske effekter ved en lukning

Givet patienternes sundhedstilstand vil de ved udskrivningen sandsynligvis skulle visiteres under servicelovens § 108 til et vedvarende botilbud.<sup>4</sup> Der findes tilbud, som i større eller mindre grad giver kendskab til håndtering og pleje af borgere med epilepsi.<sup>5</sup>

I det nuværende Langtidsområde Mariebo på Filadelfia er normeringen ca. 58 timer pr. plads pr. uge til en aktuel takst på 3.716 kr. pr. døgn.

For at illustrere de økonomiske effekter er det søgt at identificere døgntilbud, som modsvarer målgruppen for patienterne i Langtidsområdet og en lignende normering.

Det skal noteres, at det ikke er muligt at lave en direkte sammenligning af taksterne imellem døgntilbud under servicelovens § 108 og det eksisterende tilbud på Langtidsområdet. Patienterne på Langtidsområdet behandles under sundhedsloven og modtager ud over den pleje, der ydes på botilbuddene, lægelig behandling og medicin, som ikke er en del af de angivne botilbud. Endvidere betaler borgerne i det sociale tilbud i modsætning til på Langtidsområdet for husleje og kost. Derudover gælder for borgere i § 108-tilbud, at hjælpemidler betales af hjemkommunen, hjemkommunen betaler for ledsagelse (15 timer om måneden), og tilbud om aktivering betales af kommunen.

Filadelfia driver de specialiserede døgntilbud Egebo<sup>6</sup>, Brommeparken og Stormly, hvor borgere kan henvises under servicelovens § 108.

Døgntilbuddet Egebo har en målgruppe, der til dels modsvarer patienterne på Langtidsområdet. Målgruppen er borgere med svært behandelig epilepsi samt hjerneskader, medfødt eller erhvervet, i aldersgruppen 18-85 år. Pr. juli 2018 er taksten for et døgn i botilbuddet Egebo 3.050 kr. for Indsats C med 45,9 borgerrettede timer pr. plads pr. uge. Døgntilbuddet Egebo ligger fysisk i samme bygning som Langtidsområdets afdeling Egebo.

Stormly har samme målgruppe som Døgntilbuddet Egebo og har en takst på 1.938 kr. pr. døgn med en personalerettet timenormering på 44,8 timer pr. plads pr. uge. Stormly ligger ved Juelsminde. Endvidere kan særligt plejekrævende beboere tildeles støttetimer, der betales ud over grundtaksten.

Brommeparkens målgruppe er borgere under 65 år og derfor ikke relevant i sammenligning med Langtidsområdet.

Af andre tilbud med kompetencer inden for hjerneskade og epilepsi kan nævnes Sydbo i Stenstrup (3.188 kr. pr. døgn for 49 borgerrettede timer pr. uge pr. plads), Handicapcenter Storebælt (3.490 kr. pr. døgn for 49 borgerrettede timer pr. uge pr. plads) og Engbo i Kerteminde (3.622 kr. pr. døgn).

Ved en eventuel lukning og flytning skal en række enkelt-omkostninger medtages i den samlede vurdering. Det drejer sig om de faktiske omkostninger ved flytning af patienterne. Der vil endvidere være omkostninger til den efterladte kapacitet, indtil lønforpligtigelser over for personale og husleje ophører.

---

<sup>4</sup> Enkelte borgere vil muligvis blive visiteret til et plejehjemstilbud under servicelovens § 192.

<sup>5</sup> Baseret på samtale med Socialstyrelsens Center for Handicap og Psykisk Sårbarhed.

<sup>6</sup> Dagtilbuddet Egebo er et tilbud under servicelovens § 108 og har ikke noget at gøre med Langtidsområdets afdeling Egebo, bortset fra at de to afdelinger ligger under fælles tag.

Det skal bemærkes, at lukning af Langtidsområdet og udskrivning af patienterne til fx et botilbud under servicelovens § 108 vil betyde, at udgifterne fremover vil skulle afholdes af borgernes hjemkommuner og ikke som nu af regionerne.

Endelig ligger der en praktisk udfordring i at identificere den eventuelle kommune, som patienterne skal udskrives til (betalingskommune), da patienterne er blevet indlagt før strukturreformen i 2007, hvor Sorø Kommune var deres hjemkommune.

#### 4.1.2 Jura

Behandlingen af patienterne sker p.t. i henhold til sundhedsloven. Der er ikke noget eksplicit i sundhedsloven, der strider mod, at patienterne i Langtidsområdet kan udskrives og derved flyttes til et andet tilbud.

Det ligger uden for rammerne af denne rapport at gennemgå det fulde juridiske grundlag for en lukning af Langtidsområdet med en flytning af patienterne som resultat. Det vurderes dog, at man inden en flytning som minimum bør undersøge retsgrundlaget i henhold til Den Europæiske Menneskerettighedskonventions Artikel 8 og forvaltningslovens kapitel 5.

#### 4.1.3 Konsekvenser for sundhed og velbefindende ved en flytning

I dette afsnit beskrives de sundheds- og velfærdsmæssige konsekvenser ved en flytning af Langtidsområdet for at kunne sammenholde en eventuel besparelse med effekterne.

For at identificere konsekvenserne ved en flytning er der foretaget en søgning i den internationale litteratur. Det har ikke været muligt at finde studier af flytning af ældre epilepsi-patienter. Generelt er de fundne studier af ældre dato (før 1990). I et review af mulige konsekvenser af flytning af ældre borgere identificerer Castle (2001)<sup>7</sup>, at en flytning kan have negative konsekvenser i form af øget dødelighed og sygelighed samt psykiske og sociale konsekvenser. Reviewet peger på, at ældre borgere med hjernedysfunktion eller organisk hjerneskade kan opleve negative konsekvenser af en flytning. Studiet finder endvidere, at ufrivillig flytning er forbundet med større negative konsekvenser. Dette argument bakkes op i Lutgendorf et al. (2001)<sup>8</sup>. Det er derfor vigtigt at få afdækket, hvordan patienterne på Langtidsområdet stiller sig i forhold til en eventuel lukning og efterfølgende flytning.

Givet at en flytning er nødvendig, anbefaler Castle (2001) på baggrund af den gennemgåede litteratur, at den planlægges og kommunikeres i god tid inden, og at selve flytningen foregår hurtigt og effektivt.

Patienter indlagt på Langtidsområdet – på grund af deres tilstand – i risiko for delir. Det er vigtigt at skabe ro og tryghed for personer med delir, hvilket indebærer en tæt personalekontakt af så få nye personaler som muligt<sup>9</sup>. Der er risiko for, at en flytning kan have negative velfærdseffekter i forbindelse med delir.

---

<sup>7</sup> Castle, N.G. (2001). Relocation of the elderly. *Medical care research and review*, 58(3), 291-333.

<sup>8</sup> Lutgendorf, S.K., Reimer, T.T., Harvey, J.H., Marks, G., Hong, S.Y., Hillis, S.L., & Lubaroff, D.M. (2001). Effects of housing relocation on immunocompetence and psychosocial functioning in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(2), M97-M105.

<sup>9</sup> <http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/fysisk-pleje-og-omsorg/delir-aarsager-behandling-og-forebyggelse/>

## 4.2 Fortsat drift af Langtidsområdet med korrektion af takster på baggrund af det faktiske omkostningsniveau

Den aktuelle takst for behandling på Langtidsområdet er 3.716 kr. pr. døgn. Filadelfias beregninger viser, at denne takst – på Mariebo alene – resulterer i et underskud på driften i 2019 på forventeligt 642.481 kr. Dette underskud forventes at stige i de kommende år, hvis der ikke sker en revidering af taksterne. Grunden til, at der kan forventes et fremtidigt underskud, er, at patienterne dør, hvorved der er betaling for færre patienter til at dække de faste omkostninger.

Der er to mulige senarier for, hvordan taksterne kan opdateres. Taksterne bør både understøtte, at Filadelfia får dækket sine omkostninger ved behandlingen, og taksterne skal være transparente for regionerne.

Der er to måde at beregne nye takster på:

1. Der udregnes en fast dagstakst for de næste 5-10 år ud fra det forventede omkostningsniveau og det forventede frafald i patientpopulationen
2. Der genberegnes takster årligt på baggrund af de faktisk budgetterede udgifter og det reelle frafald i patientpopulationen.

### 4.2.1 Fast takst

En fast takst har den fordel, at den giver budgetsikkerhed for de betalende regioner, således at de kender omkostningerne pr. patient, indtil patienten falder fra. En fast takst udgør en finansiel risiko for Filadelfia, idet et større frafald end forventet vil betyde, at de beregnede faste omkostninger underfinansieres. Omvendt vil et lavere frafald betyde et overskud for Filadelfia. Grundet patienternes fysiske tilstand og alder, og givet at patientpopulationen er meget lille, er det svært at komme med et korrekt estimat på det faktiske frafald i de kommende år. For at sikre, at Filadelfia ikke skulle påtage sig potentielt fatale finansielle risici, ville en fast takst skulle indeholde en risikopræmie, således at en del af den finansielle usikkerhed bliver dækket ind af en højere takst, end omkostningerne umiddelbart tilsiger. Det vurderes umiddelbart, at den ekstra præmie begrundet i usikkerheden vil skulle være så høj, at denne løsning samlet set ikke er attraktiv.

### 4.2.2 Variabel takst

En variabel takst kan konstrueres, således at den genberegnes årligt på baggrund af de budgetterede omkostninger i det følgende år og den forventede patientpopulation. Hvis taksten konstrueres på denne måde, vil det betyde, at Filadelfia opnår budgetsikkerhed. En variabel takst skal følge principperne inden for DRG-/DAGS-systemet og for afregning inden for botilbud under servicelovens § 108. Filadelfia indleverer allerede i dag et fordelingsregnskab til beregning af DRG-/DAGS-lignende takster, der anvendes på de resterende sygehuse, og har et fordelingsregnskab for langtidsområdet, der vil kunne ligge til grund for de variable takster. I praksis vil taksterne afspejle de faktiske omkostninger.

Ved genberegning af næste års takster indregnes et eventuelt overskud eller underskud i det følgende års takst, hvorfor der for Filadelfia er budgetsikkerhed inden for en rullende toårig periode. For regionerne betyder de variable takster, at kun de faktisk afholdte udgifter bliver afregnet. Filadelfias beregninger viser, at der er et akkumuleret overskud ved udgangen af 2016 på 7.491.207 kr. Dette overskud – korrigeret for overskud/underskud i 2017 og 2018 – indgår i den første beregning af de variable takster.

De variable takster betyder, at der er mindre budgetsikkerhed for regionerne, således at der i de sidste år, hvor der er relativt få patienter tilbage, vil være en relativt højere takst. Totalt set giver denne løsning de laveste totale udgifter for regionerne. Regionerne vil heller ikke opleve, at den samlede betaling stiger, men at taksten pr. patient kan stige i takt med, at patienterne falder fra.<sup>10</sup>

For at sikre at fordelingsregnskabet, der ligger til grund for taksten, er retvisende og afspejler det faktiske omkostningsniveau, bør det revideres af en uvildig part (fx en autoriseret revisor).

De nuværende omkostninger fordeler sig på et spektrum fra fuldt variable omkostninger til delvist variable omkostninger. De fuldt variable omkostninger er fx mad, vaskeri, patientbefordring, medicin og administration (fordelt fra den centrale administration). Disse omkostninger vil kunne skaleres umiddelbart efter frafald i patientgruppen.

De delvist variable omkostninger er fx plejepersonale og husleje. Plejepersonalet vil blive tilpasset i takt med, at patienterne falder fra. Her vil der være omkostninger i den overenskomstaffalte fratrædelsesperiode. Der vil ske en trinvis tilpasning i personalestaben, da en minimumsnormering vil skulle overholdes for de(n) sidste patient(er) på Mariebo henholdsvis Egebo.

I dag betales husleje til Filadelfia for Mariebo og Egebo. De fremtidige omkostninger til husleje vil bero på en aftale med Filadelfia. Det må forventes, at huslejen reguleres, når alle patienter er flyttet fra Mariebo, og ligeledes når hver 6-stuesgruppe i Egebo står tom.

#### 4.2.3 Brugerbetaling

I modsætning til under de sociale tilbud betaler patienterne i Langtidsområdet fx ikke husleje og kost. Det vurderes dog ikke, at egenbetalingen kan øges, hvis den nuværende behandling fortsættes, da behandling i henhold til sundhedsloven er vederlagsfri.<sup>11</sup>

### 4.3 Fortsat drift af Langtidsområdet med nybygget bygning

Alternativt til at fortsætte behandlingen på de to fysisk adskilte afdelinger Mariebo og Egebo er det en mulighed at tilbygge en ny fløj til Egebo med plads til 6 patienter, hvor de patienter, der nu er indlagt på Mariebo, kan indlægges. De to eksisterende enheder er i dag fysisk placeret så langt fra hinanden, at vagtplanerne for de to tilbud lægges uafhængigt. En tilbygning vil betyde, at tilpasningen i medarbejderstaben kan ske i relativt tættere sammenhæng med frafaldet af patienter, da der derfor vil kunne lægges en samlet vagtplan.

Filadelfia har af Arkitektfirmaet HS modtaget et overslag på en anlægssum for en tilbygning med 6 boenheder – modsvarende antallet af patienter på Mariebo. Dette overslag udgør en samlet pris på 11.000.000 kr. ekskl. moms. Ud over anlægsomkostningerne skal enhederne indrettes med udstyr svarende til patienternes behov.

Filadelfias beregninger viser, at de gennemsnitlige lønomkostninger pr. år pr. plejepersonale er 448.200 kr. på Mariebo. Anlægsomkostningerne modsvarer således tæt på 25 årsværk på Mariebo.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Den enkelte region vil kunne opleve, at den samlede udgift stiger.

<sup>11</sup> Mail af 20. juni 2018: "SV: brugerbetaling/egenbetaling i forbindelse med permanent indlæggelse".

<sup>12</sup> 11.000.000 kr./448.200 kr./årsværk = 24,54 kr.

På det eksisterende Egebo er der en normering på 24 årsværk til de 12 patienter. Det antages, at hvis de 6 patienter, der er indlagt på Mariebo, flyttes til den nye tilbygning, vil det kræve en normering på 12 årsværk til de 6 patienter.

I det seneste årti har frafaldet af patienter på hele langtidsområdet været ca. én om året. Hvis det antages, at der frafalder en patient om året på langtidsområdet, vil Mariebo være tomt om 6 år (idet patienterne her enten er døde eller flyttet til Egebo). I løbet af de 6 år vil der ifølge Filadelfias estimater være et personaletræk på Mariebo på ca. 62 årsværk. I nybygningen vil der i løbet af de 6 år være et personaletræk på samlet 47 årsværk. Dette svarer samlet til en personalebesparelse på 15 årsværk, svarende til 6.723.000 kr. over en 6-årig periode.

De seneste år har der været et frafald på ca. to patienter om året. Hvis dette fortsætter, vil Mariebo være tom om 3 år. I dette tilfælde vil det samlede personaletræk på Mariebo være på ca. 32 årsværk<sup>13</sup>. Modsvarende vil personalebehovet i en nybygning være på 24 årsværk. En nybygning vil – hvis frafaldet er på ca. to om året – spare ca. 8 årsværk, svarende til en personalebesparelse på ca. 3.585.600 kr. over en 3-årig periode.

Ud over personalebesparelsen ligger der en besparelse på den nuværende husleje på Mariebo på 518.134 kr. pr. år.

Det udestår for indeværende at afdække de praktiske omstændigheder ved en eventuel nybygning, herunder om Filadelfia ønsker at opføre tilbygningen, om Filadelfia kan finde praktisk anvendelse for bygningen, når Langtidsområdet ikke længere benytter den, og fastsættelse af lejeomkostninger der skal afholdes af Langtidsområdet.

En endelig konklusion på, om en nybygning er økonomisk rationel, beror på den endelige husleje, der kan aftales.

I forbindelse med nybygningen er det vigtigt at afdække, hvor hurtigt den vil kunne opføres, da besparelspotentialet bygger på, at der flytter 6 patienter ind i bygningen. Hvis projekteringen tager et år eller mere, må det antages at være sandsynligt, at yderligere patienter falder fra.

---

<sup>13</sup> Filadelfias egne beregninger i Langtidsfremtidsmodel til VIVE fremsendt 11. juni 2018: Et år med 15 årsværk, et år med 10 årsværk og et år med 9 årsværk.

## 5 Konklusion

### 5.1 Opsamling på de tre scenarier

Ovenstående analyse viser tre scenarier for den fremtidige placering af de patienter, som aktuelt er indlagt i Langtidsområdet på Filadelfia.

De tre scenarier er 1) at udskrive patienterne, 2) at bibeholde den nuværende behandling i de eksisterende lokaliteter, og 3) at lave en tilbygning til Egebo.

Ved en udskrivning af patienterne og en lukning af Langtidsområdet vil der over tid med en vis sandsynlighed kunne ske en besparelse i omkostningerne til pleje af de borgere, der i dag er indlagt på Langtidsområdet. Denne besparelse kommer af de høje faste omkostninger, der vil tilskrives den enkelte patient på Langtidsområdet, når antallet af patienter på Langtidsområdet falder yderligere. Denne besparelse er afhængig af patienternes restlevetid og fremtidige funktions- og sygdomsniveau, da borgerne i øjeblikket ud over pleje modtager behandling på selve Epilepsihospitalet Filadelfia som en del af taksten.

Ved en eventuel flytning må der forventes en række negative velfærdseffekter. Det juridiske grundlag for en lukning er uklart og vil skulle afdækkes inden eventuel lukning.

Ved en bibeholdelse af de nuværende bygninger eller en nybygning kan den laveste fremtidige gennemsnitstakst opnås ved at lade taksterne være omkostningsbestemte på baggrund af fordelingsregnskabet og korrigeret hvert år.

En nybygget tilbygning til Egebo kan være rentabel, såfremt der kan opnås en husleje, der ikke overstiger besparelserne på personalet.

### 5.2 Konklusion

På baggrund af resultaterne kan det ikke entydigt konkluderes, hvilken løsning der er bedst ud fra et samfundsøkonomisk synspunkt.

Det kan dog konkluderes, at fremtidig drift af Langtidsområdet sker med de laveste totale omkostninger for regionerne og den største budgetsikkerhed for Filadelfia ved at indføre omkostningsbestemte takster korrigeret årligt.

**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD