

Pia Kürstein Kjellberg, Jakob Kjellberg, Laura Emdal Navne  
og Rikke Ibsen

# Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune

Organisations- og økonomievaluering



*Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune* kan hentes fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-781-2

Projekt 10131

August 2013

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Indhold

1	Indledning .....	4
2	Trænende Hjemmehjælp .....	7
2.1	Længst Muligt i Eget Liv .....	7
2.2	Hverdagsrehabilitering .....	8
2.3	Trænende Hjemmehjælp .....	10
2.4	Delkonklusion.....	12
3	Trænende Hjemmehjælp i praksis.....	14
3.1	Datagrundlag .....	14
3.2	Organisatorisk kontekst.....	15
3.3	Visitation før/efter Trænende Hjemmehjælp.....	16
3.4	Hjemmepleje før/efter Trænende Hjemmehjælp .....	19
3.5	Delkonklusion.....	27
4	Tværfagligt Team .....	28
4.1	Modvilje og begejstring i mødet med Tværfagligt Team .....	28
4.2	Teamets funktion og faglige sammensætning .....	31
4.3	Delkonklusion.....	33
5	Pårørendeinddragelse.....	35
5.1	Tidligere undersøgelser .....	35
5.2	Pårørendeinddragelse i Trænende Hjemmehjælp .....	35
5.3	Potentiale for mere systematisk pårørendeinddragelse .....	37
5.4	Delkonklusion.....	40
6	Effekt og økonomi .....	41
6.1	Metode.....	41
6.2	Hjemmeplejeydelser før/efter .....	43
6.3	Omkostninger til hjemmeplejeydelser før/efter .....	48
6.4	Analyse af borgere der har modtaget U-pakker .....	54
6.5	Analyse af øvrige ydelser i hjemmeplejen .....	57
6.6	Delkonklusion.....	61
7	Konklusion.....	62
	Litteratur.....	64
	Appendiks A: Effekt og økonomi pr. distrikt.....	65

# 1 Indledning

Fredericia Kommune har i efteråret 2012 ønsket en organisations- og økonomievaluering af projektet Trænende Hjemmehjælp.

## **Hvad er Trænende Hjemmehjælp?**

Trænende Hjemmehjælp indgår som en del af Fredericia Kommunes samlede model for hverdagsrehabilitering og er målrettet alle borgere, der modtager personlig pleje efter Servicelovens § 83.

Trænende Hjemmehjælp udføres af alle medarbejdere, der leverer personlig pleje.

Den anden del af Fredericia Kommunes samlede model for hverdagsrehabilitering består af et specialiseret Hverdagsrehabiliteringsteam, som siden 2008 har ydet en rehabiliterende indsats efter Servicelovens § 86 til alle nye borgere, der efterspørger pleje eller praktisk bistand, og som skønnes at have udviklingspotentiale.

## **Hvornår blev Trænende Hjemmehjælp udviklet og implementeret?**

Fredericia Kommune har siden starten af 2010 arbejdet med at udvikle og implementere en model for Trænende Hjemmehjælp. På tidspunktet for denne evaluering (efteråret 2012) er Trænende Hjemmehjælp implementeret i de fire kommunale plejedistrikter, som er ansvarlige for at levere personlig hjælp i tidsrummet kl. 07-15, mens implementeringen fortsat pågår i forhold til aften/nat og de private leverandører.

Implementeringen af Trænende Hjemmehjælp er sket distriktsvis i perioden marts 2010 til april 2011.

## **Hvad er formålet med evalueringen?**

Fredericia Kommune har ønsket en evaluering, der analyserer omlægningen af arbejdet i hjemmeplejens daglige praksis (hvad har vi nået, hvad mere skal der til?), og som dokumenterer effekten af Trænende Hjemmehjælp på forbruget af hjemmeplejeydelser (hvad har vi sparet?).

## **Hvad er det metodiske design?**

I dialog med KORA er det besluttet at gennemføre en "modevaluering" af Trænende Hjemmehjælp baseret på:

- Før/efter observations- og interviewstudier i et plejedistrikt, hvor Trænende Hjemmehjælp vurderes at fungere godt, og hvor der ikke pågår organisationsomlægninger
- Tværgående interview med ledere, medarbejdere og borgere fra samtlige fire kommunale plejedistrikter samt med ledere og medarbejdere fra visitationen, hjemmesygeplejen og GenoptræningsCentret.
- Før/efter registeranalyse af de leverede hjemmeplejeydelser

Det skal bemærkes, at før- og efter-perioden er forskellige i henholdsvis observations- og interviewstudiet og i registerstudiet:

- I observations- og interviewstudiet anvendes data fra efteråret 2010 (før implementering af Trænende Hjemmehjælp) og efteråret 2012 (efter implementering af Trænende Hjemmehjælp).
- I registeranalyserne anvendes data fra distriktsspecifikke før- og efter-perioder, der ligger i umiddelbar forbindelse med opstarten af Trænende Hjemmehjælp i det enkelte distrikt.

Hvor efter-perioden ligger 1½-2½ år efter opstart af Trænende Hjemmehjælp i de enkelte distrikter i observations- og interviewstudiet, starter efter-perioden i den økonomiske analyse (registeranalysen) umiddelbart efter den indledende undervisning af personalet – på et tidspunkt hvor det Tværfaglige Team kun lige er sammensat og skal til at finde sin rolle, og hvor opgaver og arbejds gange er nye for alle medarbejdere. Den praktiske sidemandsoplæring af frontpersonalet er kun lige begyndt, og det er endnu ikke alle borgere i distriktet, der er revurderet af visitator.

### **Hvad er rapportens struktur?**

Denne rapport beskriver resultatet af KORAs evaluering. Den er disponeret i seks kapitler, hvor:

- *Kapitel 1* giver en overordnet introduktion til Trænende Hjemmehjælp og evalueringens metodiske design.
- *Kapitel 2* beskriver, hvordan Trænende Hjemmehjælp er udviklet i kontekst af idéerne om Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering og udreder de særlige kendetegn, der er ved Trænende Hjemmehjælp som en del af en hverdagsrehabiliteringsmodel.
- *Kapitel 3* beskriver, hvordan Trænende Hjemmehjælp fungerer i hjemmeplejens daglige praksis, og diskuterer hvad der skal til for på én og samme tid at opnå gode borgerforløb og positive økonomiske resultater som led i konceptet.
- *Kapitel 4* sætter fokus på det Tværfaglige Team, der udgør "motoren" i arbejdet med Trænende Hjemmehjælp i hvert plejedistrikt. De Tværfaglige Teams består i alle distrikter af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent.
- *Kapitel 5* sætter fokus på arbejdet med pårørendeinddragelse inden for rammerne af Trænende Hjemmehjælp. Hvordan inddrages de pårørende? Kan de inddrages mere? Hvordan?
- *Kapitel 6* undersøger projektets effekt på forbruget af hjemmeplejeydelser før/efter implementering af Trænende Hjemmehjælp i det enkelte distrikt. Er forbruget reduceret, og hvad er de økonomiske implikationer?
- *Kapitel 7* sammenfatter rapportens mest væsentlige konklusioner.

### **Hvem er rapportens forfattere?**

Notatet er udarbejdet i samarbejde mellem to forskerhold bestående af henholdsvis senior projektleder, cand.scient.adm., ph.d. Pia Kürstein Kjellberg og projektleder, antropolog Laura Emdal Navne, der har gennemført observations- og interviewundersøgelsen, samt senior projektleder, sundhedsøkonom Jakob Kjellberg og dataekspert Rikke Ibsen (iTracks), der har gennemført registeranalysen.

Fredericia Kommune har været behjælpelig med den praktiske tilrettelæggelse af dataindsamlingen, bidraget med kommentarer til tidlige rapportudkast og har haft den endelige rapport til gennemsyn for faktuelle fejl og mangler inden offentliggørelsen.

## 2 Trænende Hjemmehjælp

Trænende Hjemmehjælp er, som en del af Fredericia Kommunes samlede model for hverdagsrehabilitering, udviklet og implementeret i de fire kommunale plejedistrikter, der i tidsrummet kl. 07-15 leverer personlig pleje efter Servicelovens § 83.

Baggrunden for og idéen til udvikling af konceptet skal findes i kommunens arbejde med projekterne Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering.

I dette kapitel beskriver vi projekterne Længst Muligt i Eget Liv, Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp. Vi sporer det idémæssige ophav og redegør for Fredericia Kommunes "oversættelse" for at forstå, hvad det helt konkret er (og ikke er), der er implementeret i kommunens hjemmepleje.

Datagrundlaget for kapitlet er skriftligt materiale, som vi har fået udleveret af Fredericia Kommune og/eller har fundet via internettet, og personlige samtaler med en række af de aktører, der har medvirket til udvikling af idéerne<sup>1</sup>.

### 2.1 Længst Muligt i Eget Liv

Fredericia Kommune besluttede i 2007 at gennemføre et ambitiøst udviklingsprojekt ved navn Længst Muligt i Eget Liv. Inspirationen kom fra FOAs Ældretopmøde, hvor 48 eksperter, praktikere og beslutningstagere var samlet for at give svar på fremtidens udfordringer med et stigende antal ældre og et færre antal arbejdsduelige i den danske befolkning (1).

Én af de ideer, der fremkom på ældretopmødet, var idéen om Længst Muligt i Eget Liv. Ledere og politikere i Fredericia Kommune besluttede sig efterfølgende for at arbejde videre med idéen og igangsatte projektudviklingen af en konkret model.

Projekt Længst Muligt i Eget Liv blev således vedtaget i forbindelse med budgetforhandlingerne for 2008 (Projekt Længst Muligt i Eget Liv, Version 4, Fredericia Kommune, 22. september 2008, s. 1.). Som begrundelse fremgår:

- a) at der vil komme mere end 2000 flere ældre over 65 år i Fredericia Kommune i år 2020, og at der vil ske en markant stigning i antallet af ældre, der bliver over 80 år
- b) at det er en økonomisk udfordring, der i 2020 vil betyde en merudgift på ældreområdet på 46 mio. kr. om året
- c) at der på denne baggrund er *"en god anledning til at gentænke samspillet mellem kommune og borger"* (ibid.)

Projektet ville *"udvikle den kompenserende og plejende hjælp til en rehabiliterende indsats med fokus på, at den ældre borger styrkes i at mestre sit eget liv"* (ibid.).

Argumentet var, at kommunens hidtidige tilgang til ældre borgere, der søger om hjælp til pleje eller praktisk bistand, overvejende fokuserede på at kompensere borgeren for sit funktionstab. Herved blev primært ydet kompenserende hjælp, mens det at styrke og vedligeholde den ældres funktionsevne og øge egenomsorgskapaciteten var et sekundært fokus.

---

<sup>1</sup> Herunder Helene Bækmark (Odense Kommune, tidligere Fredericia), Louise Thule Christensen (Odense Kommune, tidligere Fredericia), Ulla Garbøl (Ergoterapeutforeningen) samt Mie Andersen (FOA Fag og Arbejde).

Det blev anført, at en utilsigtet følgevirkning af den kompenserende tilgang var, at *"... den ældre borger får indskrænket sit private råderum og sin mulighed for at styre sit eget liv. Den praktiske tilrettelæggelse af plejen og den praktiske bistand sætter en ramme om den ældres dagligdag, der gør det vanskeligere for den ældre at leve det liv, som den ældre ønsker"* (ibid., s. 1-2).

Projektbeskrivelsen placerede Fredericia Kommune i et vadested, hvor man enten kunne vælge at tro på, at den måde, som samspillet mellem kommune og borger var tilrettelagt på, var den mest optimale (i så fald stod valget frit mellem serviceforringelser eller driftseffektivisering), eller man kunne vælge at igangsætte en udvikling, hvor man forsøgte at understøtte den ældre borger i at leve et liv med høj egenomsorg så længe som muligt (ibid.).

Projektet Længst Muligt i Eget Liv ville på denne baggrund:

*"... udvikle, afprøve og evaluere en model for samspil mellem den ældre borger og kommunen om rehabilitering, som handler om, hvordan de fysiske, sociale og kognitive evner kan fastholdes og styrkes, så den aldersbetingede svækkelse udskydes"* (ibid., s. 2).

Forventningen var, at den ældre borger på dette grundlag ville få en højere livskvalitet, samtidig med at tidspunktet for, hvornår den ældre borger ville få brug for kompenserende hjælp og personlig pleje, blev forsinket.

Projektet blev tilrettelagt som fem delprojekter med titlerne Forebyggelse og sundhedsfremme, Opfølgende hjemmebesøg, Tidlig opsporing og udredning af akut sygdom, Ny teknologi og endelig Hverdagsrehabilitering.

Da Trænende Hjemmehjælp er en udløber af Hverdagsrehabilitering, beskrives dette projekt i detaljer nedenfor.

## 2.2 Hverdagsrehabilitering

"Hverdagsrehabilitering" er et ord, der blev opfundet af Fredericia Kommune i forbindelse med udviklingen af Projekt Længst Muligt i Eget Liv.

Ideen var oprindeligt at forsinke borgernes indgang til hjemmeplejen ved en ensidig terapeutfaglig indsats rettet mod de borgere over 65 år, der ikke modtog hjælp i forvejen, ved første henvendelse i visitationen eller ved ansøgning om udskiftning fra midlertidige til varige hjælpemidler.

En studietur til Östersund i Sverige førte imidlertid samtidig til beslutning om at *"udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering, der skal udskyde og/eller mindske behovet for hjælp"* (Delprojektbeskrivelse – Hverdagsrehabilitering version 3, Fredericia Kommune, 18. september 2008, s. 1.).



## Boks 1: Fredericia Kommunes forståelse af begrebet hverdagsrehabilitering

Ved hverdagsrehabilitering foregår hjælpen som en del af de aktiviteter, som borgeren ønsker at genoptage i eget hjem og nærmiljø.

I hverdagsrehabilitering vækkes borgerens interesse for egne ressourcer og muligheder, og de opmuntres til problemløsning.

Borgeren hjælper sig selv og opfordres til fx til at deltage i at lave mad, tage tøj på, vande blomster, tage et bad, købe ind eller deltage i socialt samvær ude i byen. På den måde træner borgeren sig op til efterhånden at kunne klare sig selv.

Planlægningen af hverdagsrehabilitering sker med udgangspunkt i borgerens motivation og muligheder for at bibeholde og forbedre funktionsevnen.

Formålet er at støtte borgeren i at leve så aktivt og uafhængigt et hverdagsliv som muligt.

Hverdagsrehabilitering udføres typisk af plejepersonale i samarbejde med et tværfagligt team med relevante fagkompetencer.

Det er pointen fra Östersund, at langt størstedelen af de borgere, der er målgruppe for rehabilitering, samtidig/allerede er tilknyttet hjemmeplejen, og at en effektiv rehabiliterende indsats først kan opnås, når hjemmeplejens personale, der kommer i borgerens hjem og er med til at definere dennes dagligdag, arbejder med at udvikle, genvinde, bibeholde og forebygge forringelse af borgerens funktionsevne (2).

Da Fredericia Kommune ville udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering efter inspiration fra Östersund, oprettede de i perioden 2008-2009 en forsøgsenhed, som de kaldte "Projekt Hverdagsrehabilitering"<sup>2</sup>, hvortil de rekrutterede en leder, en planlægger, en sygeplejerske, tre terapeuter (to ergoterapeuter og en fysioterapeut) og 12 hjemmetrænere (seks social- og sundhedsassistenter og seks social- og sundhedshjælpere).

Denne gruppe arbejdede med rehabilitering af de nye borgere med behov for personlig bistand i hjemmet, der tilgik hjemmeplejen, og som visitator vurderede havde rehabiliteringspotentiale. Det faglige afsæt for arbejdet var det standardiserede ergoterapeutiske evalueringsredskab, COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Så snart personalet (efter samråd med borger og visitator) skønnede, at borgerens rehabiliteringspotentiale var udtømt, blev borgeren afsluttet fra forsøget. Afslutningen kunne enten bestå i, at borgeren vendte tilbage til en hverdag uden hjælp og støtte efter Servicelovens § 83 om personlig bistand, eller at borgeren blev overført til den almindelige hjemmepleje (§ 83, frit valg).

Ved forsøgsperiodens afslutning (årsskiftet 2009/2010) besluttede Fredericia Kommune at overføre "Projekt Hverdagsrehabilitering" til almindelig drift.

Det betyder, at "Hverdagsrehabiliteringen" fortsat består som et specialteam målrettet nye borgere, som visitator skønner, har rehabiliteringspotentiale, og som personalet i Hverdagsrehabiliteringen mener, de kan gøre en forskel for.

Samtidig igangsatte kommunen et nyt projekt, som de kaldte Trænende Hjemmehjælp, og hvis formål var at "*implementere hverdagsrehabilitering i plejen*".

---

<sup>2</sup> For en nærmere beskrivelse af erfaringerne med projektet Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune, se DSI-rapporterne: Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering (4) og Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune (3).

## 2.3 Trænende Hjemmehjælp

Baggrunden for beslutningen om at igangsætte projektet Trænende Hjemmehjælp er beskrevet i et "Beslutningsnotat om implementering af hverdagsrehabilitering i plejen" af 28. januar 2010.

Her indføres en skillelinje mellem på den ene side *træning i hjemmet/hverdagstræning* (der udføres af det specialiserede Hverdagsrehabiliteringsteam under Servicelovens § 86) og på den anden side *trænende og støttende hjemmehjælp* (der skal udføres i den almindelige hjemmepleje under § 83, og som kaldes Trænende Hjemmehjælp).

Begge indsætter er i henhold til beslutningsgrundlaget kendetegnet ved, at "vi motiverer og guider borgeren til at se sine *egne ressourcer og muligheder*", samt at "*vi opstiller i fællesskab konkrete mål, som borgeren skal nå ved hjælp af træningen*" (beslutningsnotatet, s. 1).

Ambitionsniveauet er imidlertid forskelligt, idet *træning i hjemmet/hverdagstræning* (Servicelovens § 86) ved det specialiserede Hverdagsrehabiliteringsteam vil hjælpe borgeren til at genvinde sin funktionsevne, så borgeren kan opnå "*... et selvstændigt og meningsfuldt liv*", mens den trænende og støttende hjemmehjælp (§ 83) i form af Trænende Hjemmehjælp vil hjælpe borgeren til at bevare og udvikle sin funktionsevne og "*... leve et værdigt liv*" (ibid., s. 1-2).

Beslutningsnotatet indfører to nye typer af ydelsespakker, der skal understøtte indsætterne i henholdsvis Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp:

- Til indsætterne i Hverdagsrehabiliteringsteamet indføres rehabiliteringspakker (R-pakker) (Servicelovens § 86).
- Til indsætterne i Trænende Hjemmehjælp indføres udviklingspakker (U-pakker) (Servicelovens § 83). Disse er kendetegnet ved, at der gives ekstra tid i en afgrænset periode med henblik på at gøre borgeren selvhjulpnen i en given aktivitet.

Til indsætterne i Trænende Hjemmehjælp bevares desuden de hidtidige støttende pakker (C-pakker) (Servicelovens § 83). Her forventes et ændret fokus, men der gives ikke ekstra tid til en given aktivitet.

Det blev samtidig besluttet, at der for alle borgere oprettes en rehabiliteringsplan kaldet "Borgerens Plan" med mål, handlinger og evalueringer, der løbende tilrettes ved ændringer i borgerens funktionsevne (planen evalueres som minimum 1 gang hver 14. dag for U-pakker og 1 gang hver 3. måned for C-pakker). Det er borgerens kontaktperson<sup>3</sup>, der er ansvarlig for Borgerens Plan. Til hjælp og støtte for kontaktpersonerne oprettes der, i takt med implementeringen af Trænende Hjemmehjælp, et "Tværfagligt Team" i alle distrikter.

### Udvikling i perioden 2010-2012

Konceptet Trænende Hjemmehjælp blev pilotafprøvet i foråret/efteråret 2010<sup>4</sup>. På det tidspunkt bestod Tværfagligt Team af en visitator, to terapeuter (en ergoterapeut, en fysioterapeut) og to sygeplejersker. Implementeringen skete ved, at visitator foretog en revurdering af samtlige borgere og opstillede henholdsvis udviklende og støttende mål i Borgerens Plan. Det Tværfaglige Team stod til rådighed for sparring med kontaktpersonen omkring, hvordan målene skulle opnås og om udarbejdelsen af handlinger og løbende evalueringer.

<sup>3</sup> En social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent, der er ansat i Plejen og har den pågældende borger som sit ansvarsområde.

<sup>4</sup> For en nærmere beskrivelse af Trænende Hjemmehjælp i pilotforsøget, se rapporten: Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune (3).

Ved pilotafprøvningens afslutning i efteråret 2010 blev der foretaget en ekstern evaluering af erfaringerne med Trænende Hjemmehjælp i pilotprojektet (3). På denne baggrund blev det besluttet, at den model for Trænende Hjemmehjælp, der skulle implementeres i de øvrige kommunale plejedistrikter, skulle revideres, således at det ikke længere var visitator, men borgerens kontaktperson der – i samarbejde med borgeren og et medlem af tværfagligt team – skulle opstille målene i Borgerens Plan.

Det blev også besluttet at erstatte den ene sygeplejerske i det Tværfaglige Team med en social- og sundhedsassistent og at forankre ledelsen af fysioterapeuter og ergoterapeuter i de lokale distrikter i forhold til deres timer og opgaver i Trænende Hjemmehjælp.

På tidspunktet for denne evaluering (efteråret 2012) består Tværfagligt Team således af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent. Det samlede timetal for ergoterapeuter/fysioterapeuter og for sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter i det Tværfaglige Team er fastsat i forhold til antal borgere tilknyttet det enkelte distrikt. Fordelingen af timer inden for faggrupperne (ergoterapeut/fysioterapeut og sygeplejerske/social- og sundhedsassistent) er individuelt forhandlet og tilrettelagt i forhold til medarbejderens øvrige opgaver.

Det tværfaglige teams opgaver er præciseret i en opgavebeskrivelse med fælles såvel som fagspecifikke opgaver for de tværfaglige teammedlemmer. Disse er gengivet i Boks 2 og 3.

#### **Boks 2:** Fælles opgaver for de tværfaglige teams i Trænende Hjemmehjælp

##### **Fælles opgaver**

At være en del af et Tværfagligt Team, der støtter plejepersonalet i at arbejde ud fra den rehabiliterende tilgang. Herunder:

- Faglig og pædagogisk vejledning af borgerens kontaktperson i forhold til udarbejdelse af Borgerens Plan
- Faglig og pædagogisk vejledning af plejepersonalet i forhold til kommunikation med en borger, der skal støttes og motiveres til at opnå sine aktivitetsmål
- Facilitere plejepersonalet til at fokusere på borgerens ressourcer
- Medvirke til løbende afpasning af den tid plejepersonalet leverer hos borgeren, i forhold til målopfyldelse og handlingerne i Borgerens Plan, i samarbejde med kontaktperson og planlægger
- Tage initiativ til og afholde små undervisningsseancer for plejepersonalet inden for relevante emner i forhold til træning af hverdagsaktiviteter (anvendelse af eksisterende kompetencer hos det enkelte medlem af det Tværfaglige Team).

At være en del af et Tværfagligt Team, der bidrager til at støtte og "spotte" udviklingspotentiale hos den enkelte borger. Herunder:

- At udarbejde handlinger i Borgerens Plan ud fra de opstillede aktivitetsmål, i samarbejde med borger og kontaktperson
- At evaluere og tilrette mål og handlinger i Borgerens Plan, således at det giver mening for borger og plejepersonale i udførelsen af hverdagens aktiviteter, i samarbejde med borger og kontaktperson
- At inddrage borgerens omgivelsesfaktorer i udarbejdelsen af Borgerens Plan
- At "spotte" yderligere udviklingspotentiale hos borgere, der er i gang med Trænende Hjemmehjælp.

*Fortsættes næste side...*

At være en del af et Tværfagligt Team, der bidrager til udvikling og løbende optimering af indsatsen/konceptet for Trænende Hjemmehjælp:

- Bidrage til opnåelse af den ledelsesmæssige strategi og vision for rehabilitering i Fredericia Kommune
- Byde positivt ind med forslag til ændringer/forbedringer af arbejdsgange m.m.
- Tage medansvar for at få Trænende Hjemmehjælp til at lykkes i eget distrikt.

### **Boks 3:** Fagspecifikke opgaver for de Tværfaglige Teams i Trænende Hjemmehjælp

Fysioterapeut:

Forflytninger, hjælpemidler, vurdering af hverdagstræning/handlinger i forhold til specifikke fysiske funktionsnedsættelser, faldforebyggelse, tænkning i naturlige bevægemønstre m.m.

Ergoterapeut:

Vurdering af hverdagstræning/handlinger i forhold til specifikke ADL-problematikker, forflytninger, ergonomi, hjælpemidler, faldforebyggelse m.m.

Sygeplejerske/social- og sundhedsassistent:

Kliniske observationer, vurdering af hverdagstræning/handlinger i forhold til specifikke symptomer og sygdomme, ernæring, inkontinens, hygiejne, medicin, demens, depression, hjerte/karsygdomme m.m.

Det fremgår af Boks 2 og 3, at de tværfaglige teams både har til opgave at støtte praksispersonalet, "spotte" udviklingspotentialer hos den enkelte borger og optimere indsatsen/konceptet Trænende Hjemmehjælp. Ergoterapeuter og fysioterapeuter har hver deres fagspecifikke opgaver, og sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har samme fagspecifikke opgaver i teamfunktionen.

## 2.4 Delkonklusion

Trænende Hjemmehjælp indgår i et idé- og begrebskompleks, hvor det antages at være muligt at skabe et bedre og billigere alternativ til hjemmepleje for det forventede stigende antal plejkrævende ældre i form af en rehabiliterende indsats med fokus på, at borgeren kan mestre sit eget liv så selvstændigt og godt som muligt.

Metoden "Hverdagsrehabilitering" indgår som del af et samlet projektkompleks med flere delprojekter. Inspirationen kommer fra den svenske by Östersund, som i mange år har arbejdet med det, de kalder hjemmerehabilitering, og som består af en indsats, der bedrives i borgerens hjem eller nærmiljø, med det formål at borgeren skal udvikle, genvinde, bibeholde eller forebygge forringelse af sine funktioner og evner. Indsatsen har hjemmeplejens personale som basis, fordi størstedelen af de borgere, der er målgruppe for rehabilitering, indgår i hjemmeplejen – og fordi hjemmeplejens personale, der kommer i hjemmet til daglig, i høj grad er med til at definere borgerens hverdag.

Hvor terapeuter traditionelt har spillet rollen som drivkraft eller motor for det rehabiliterende arbejde, forsøger Fredericia Kommune sig i projektet Trænende Hjemmehjælp med en

model, hvor funktionen varetages af et tværfagligt team bestående af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent.

Øvrige virkemidler i projektet er:

- a) Særlige tidsbegrænsede U-pakker med ekstra tid til aktiviteter for borgere med udviklingsmål (Servicelovens § 83)
- b) Individuelle rehabiliteringsplaner (Borgerens Plan) med mål, handlinger og evalueringer, som tilrettes løbende i takt med ændringer i borgerens funktionsevne, dog med faste minimumskriterier for opfølgning på 1 gang hver 14. dag for U-pakker og 1 gang hver 3. måned for C-pakker.

Borgere i projektet er alle dem, der ikke er visiteret til "hverdagsrehabilitering" under § 86, dvs. der enten er tale om:

- a) borgere, der har været tilknyttet plejegruppen inden projektstart
- b) borgere, der er afsluttet fra et forløb i Hverdagsrehabiliteringen (når rehabiliteringspotentialet vurderes at være udtømt, eller på et niveau som kan videreføres i Trænende Hjemmehjælp)
- c) nye borgere, som efterspørger pleje, og som visitator har vurderet, ikke har rehabiliteringspotentialer.

## 3 Trænende Hjemmehjælp i praksis

I dette kapitel beskriver vi, hvordan Trænende Hjemmehjælp er implementeret i praksis. Vi beskriver, a) hvilke aktører der er involveret i arbejdet med rehabilitering på ældreområdet i Fredericia Kommune (efterperioden), b) hvordan visitationen foregår før/efter implementering af Trænende Hjemmehjælp, samt c) hvordan det daglige arbejde i hjemmeplejen fungerer før/efter implementering af Trænende Hjemmehjælp.

For en nærmere analyse af, hvordan forskellige medarbejdergrupper fungerer i tværfagligt team samt for borgere og medarbejderes oplevelse af konceptet, henvises til kapitel 4.

### 3.1 Datagrundlag

Datagrundlaget for analysen omfatter før/efter observation og interview i et hjemmeplejedistrikt (D4), hvor arbejdet med Trænende Hjemmehjælp vurderes at fungere godt, og hvor der ikke samtidig pågår organisationsomlægninger<sup>5</sup>.

I før-perioden (efteråret 2010) er der foretaget tre dages observation med leder og planlægger (Dag 1), en social- og sundhedshjælper (Dag 2) og en fysioterapeut og en ergoterapeut fra GenoptræningsCentret (Dag 3). Hertil har distriktslederen, social- og sundhedshjælperne/assistenterne og fysio-/ergoterapeuterne deltaget i hvert deres fokusgruppeinterview, hvor også indgik distriktsledere, social- og sundhedshjælper/assistenter og fysio-/ergoterapeuter fra de øvrige plejedistrikter.

I efter-perioden (efteråret 2012) er der foretaget fem dages observation med leder og planlægger (Dag 1), 2 gange en social- og sundhedshjælper<sup>6</sup> (Dag 2), en ergoterapeut fra Tværfagligt Team (Dag 3), en sygeplejerske fra Tværfagligt Team (Dag 4) og en social- og sundhedsassistent fra Tværfagligt Team (Dag 5). Hertil har distriktslederen, social- og sundhedshjælperne/assistenterne og de tværfaglige teammedlemmer deltaget i hvert deres fokusgruppeinterview, hvor der også indgik distriktsledere, social- og sundhedshjælper/assistenter og tværfaglige teammedlemmer fra de øvrige distrikter.

Øvrige interview i før-perioden omfatter interview med projektlederen for Trænende Hjemmehjælp (før/efter), projektlederen for Længst Muligt i Eget Liv (før/efter) samt lederne af visitationen, terapeuterne og plejen (før/efter).

En detaljeret beskrivelse af data i efter-perioden ses i tabel 1, mens data for før-perioden findes i bilag A til rapporten "Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune" (3).

---

<sup>5</sup> Distriktet D4 er udvalgt af Fredericia Kommune efter samråd med KORA.

<sup>6</sup> To observatører fra KORA fulgtes med hver sin social- og sundhedshjælper.

**Tabel 1:** Oversigt over observationer og interview, september/oktober 2012

Observationer, D4	Gruppeinterview D1, D3, D4, D6 samt GenoptræningsCentret	Individuelle interview, Fagområdet
Dag 1: Distriktsleder, planlægger og leder for hjemmesygeplejen i Distrikt 4	Social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere uden tilknytning til Tværfagligt Team (8 personer)	Visitationschefen
Dag 2: Social- og sundhedshjælper	Hjemmesygeplejersker uden tilknytning til Tværfagligt Team (8 personer)	Rehabiliteringschefen <sup>7</sup>
Dag 3: Sygeplejersken fra Tværfagligt Team	Planlæggere (4 personer)	Plejechefen
Dag 4: Ergoterapeuten fra Tværfagligt Team	Distriktsledere (4 personer) <sup>8</sup>	Projektlederen for Trænende Hjemmehjælp
Dag 5: Social- og sundhedsassistenten fra Tværfagligt Team	Borgere (8 personer)	
	Terapeuter uden tilknytning til Tværfagligt Team (8 personer)	
	Tværfagligt Team (8 personer)	
	Visitatorer (6 personer)	

Alle observationer er tilrettelagt, så vi er mødt ind med personalet om morgenen og har fulgt dem i løbet af en almindelig arbejdsdag. Undervejs/i slutningen af dagen har der været mulighed for at stille spørgsmål både til konkrete observationer og hændelsesforløb og til projektet Trænende Hjemmehjælp.

Gruppeinterview og individuelle interview har fulgt en ensartet skabelon, hvor vi først har søgt indblik i hjemmeplejens organisering for herefter at diskutere arbejdet med Trænende Hjemmehjælp. Pejlelinjer ved observation og interview har været: Denne evaluering relativt til tidligere evalueringer og D4 relativt til de øvrige distrikter.

Vi har ved observationer såvel som interview spurgt ind til og bedt om at få udleveret forskellige former for beskrivende skriftligt materiale, eksempelvis kørelister og borgerplaner. Dette materiale er efterfølgende brugt til at kvalificere analysen.

### 3.2 Organisatorisk kontekst

Den organisatoriske kontekst, som Trænende Hjemmehjælp er implementeret i, er en forholdsvis almindelig kommunal organisatorisk kontekst, hvor én Pleje- og Sundhedsafdeling er opdelt i Visitationsafdeling, Rehabiliteringsafdeling og Plejeafdeling.

*Visitationsafdelingen* er ansvarlig for tildeling af hjælp og støtte i forhold til de ydelser, der leveres af hjemmeplejen, samt for visitation til ældrebolig, plejebolig samt pleje- og rehabiliteringscenter. Det er således myndighedsafdelingen, der træffer afgørelse om, hvorvidt en given borger skal visiteres til plejehjem, aflastning/døgnrehabilitering, Hverdagsrehabilitering eller Trænende Hjemmehjælp. Der er naturligvis også den mulighed, at borgeren kan

<sup>7</sup> Den ledende terapeut deltog også ved dette interview.

<sup>8</sup> Ved interviewet deltog endvidere en afdelingsleder med særligt ansvar for Trænende Hjemmehjælp i et distrikt.

klare sig selv. "Almindelig hjemmehjælp" findes jf. visitationschefen ikke længere i Fredericia Kommune, men der er frit valg af leverandør i forhold til Servicelovens § 83 og nogen variation i de private leverandørers tilbud.

*Rehabiliteringsafdelingen* består af et Hjælpemiddelafsnit og et GenoptræningsCenter, der hver især er selvvisiterende. GenoptræningsCentret er ansvarlig for at levere genoptræning efter Service- og Sundhedsloven samt for at levere patientrettet forebyggelse efter Sundhedsloven. De arbejder både med individuelle forløb og holdtræning, hvor borgerne kommer ind på GenoptræningsCentret, og med individuelle forløb/holdtræning i borgerens eget hjem/på plejecenter<sup>9</sup>.

De terapeuter, der er ansat i GenoptræningsCentret, bidrager med faste normeringer i henholdsvis Døgnrehabiliteringsafsnittet, Hverdagsrehabiliteringen og Trænende Hjemmehjælp. Det er imidlertid forskelligt, hvor mange timer de har til rådighed, og i hvilket omfang de selvstændigt træner med borgerne. Helt generelt har terapeuterne flest timer og mest tid til selvstændig træning i Døgnrehabiliteringen; noget mindre i Hverdagsrehabiliteringen og forholdsvis lidt i Trænende Hjemmehjælp, hvor de ikke træner selvstændigt med borgeren. På denne baggrund ses eksempler på borgere, som overflyttes fra Hverdagsrehabiliteringen til Døgnrehabiliteringen, fordi der er behov for en mere terapeutfaglig træning, end terapeuterne i Hverdagsrehabiliteringen kan give.

*Plejeafdelingen* er langt den største afdeling med ansvar for samtlige tilbud om hjemmepleje, der leveres af kommunen. Den er opdelt i en *inde-afdeling* og en *ude-afdeling*, hvor inde-afdelingen er opdelt i et mindre antal døgnbemandede pleje- og rehabiliteringscentre, mens ude-afdelingen er opdelt i fire kommunale plejedistrikter, som leverer hjemmesygepleje og personlig pleje i tidsrummet kl. 07-15, en fælles afdeling for hjemmesygepleje og personlig pleje aften/nat. Det enkelte plejedistrikt er samtidig opdelt i en *sygeplejegruppe*, der leverer hjemmesygepleje efter Sundhedsloven og både har opgaver i forhold til borgere, der er tilknyttet den offentlige og den private hjemmepleje, og 2-3 *plejegrupper* med social- og sundhedshjælpere/assistenter, som leverer personlig pleje efter Serviceloven samt uddelegerede hjemmesygeplejeydelser. Hjemmesygeplejen arbejder efter lægelig delegation, mens plejegrupperne arbejder efter visitation fra Visitationsafdelingen samt delegation fra hjemmesygeplejerskerne.

Ud over disse hovedaktører (som alle har været repræsenteret ved interview) er der en række øvrige aktører i forhold til de borgere, der modtager hjælp og støtte i eget hjem, herunder flere private leverandører samt kommunens Serviceafdeling, som er organiseret i Teknik og Miljøafdelingen og leverer praktisk bistand visiteret af Visitationsafdelingen efter Serviceloven. Ydelser omkring praktisk bistand indgår generelt ikke som en del af Trænende Hjemmehjælp.

### 3.3 Visitation før/efter Trænende Hjemmehjælp

I praksis foregår visitationen på den måde, at visitationskontoret modtager en henvendelse pr. telefon eller advis/edifact om en given borger, der i henhold til den part, der anmoder, har behov for hjælp og støtte i form af enten hjemmepleje, plejehjem, døgnrehabilitering eller andet.

---

<sup>9</sup> "Forebyggende Hjemmebesøg" har i en periode været forankret i en selvstændig organisatorisk enhed på linje med Hjælpemiddelafsnittet og GenoptræningsCentret, men planlægges nu overført til GenoptræningsCentret.



Henvendelsen kan komme fra sygehuset eller egen læge og vedrøre en kendt eller ukendt borger; den kan komme fra borgere eller (mere hyppigt) pårørende, eller den kan komme fra andre dele af systemet, der henvender sig på vegne af en borger.

Det afgørende for, om en borger visiteres til Trænende Hjemmehjælp, varierer alt efter om der er tale om nye eller kendte borgere:

Er der tale om *nye borgere*, vil visitator foretage en afgørelse a) om borgeren er berettiget til personlig pleje efter § 83, samt b) om borgeren har rehabiliteringspotentiale. Kan der svares ja til begge dele, visiteres til Hverdagsrehabilitering. Personalet i Hverdagsrehabiliteringen vil herefter arbejde med borgeren, indtil rehabiliteringspotentialet er udtømt, eller det skønnes at kunne videreføres i Trænende Hjemmehjælp, og afslutte borgeren som helt eller delvist selvhjulp. I sidste tilfælde sendes borgeren videre til Trænende Hjemmehjælp, der samtidig modtager den (større) gruppe af borgere, som visitator *ikke skønner*, har rehabiliteringspotentiale, altså den tungeste andel<sup>10</sup>.

Er der tale om *kendte borgere*, er princippet anderledes, idet de ikke er målgruppe for Hverdagsrehabilitering. Kendte borgere, der får et fald i funktionsevne, men som udmærket kan klare sig i egen bolig og således ikke har brug for døgnrehabilitering, vil være målgruppe for Trænende Hjemmehjælp. Her kan det teoretisk set være en udfordring, at Trænende Hjemmehjælp ikke rummer samme mulighed for selvstændig terapeutfaglig træning som Hverdagsrehabilitering – forudsat at det er relevant for målgruppen. Der er dog fortsat mulighed for at få individuel træning via GenoptræningsCentret, og i nogle tilfælde vil det også kunne være samme terapeut som i distriktets Tværfaglige Team, der (efter bevilling fra GenoptræningsCentret) udfører træningen i hjemmet. Hvis Det Tværfaglige Team i Trænende Hjemmehjælp skønner, at en borger har brug for et mere intensivt tilbud i hjemmet, kan de anmode visitator om at visitere borgeren til et Hverdagsrehabiliteringsforløb.

Visitator skal i princippet samtidig tage stilling til, om borgeren skal bevilges en U-pakke eller en C-pakke. Tabel 2 visualiserer, hvordan U- og C-pakkerne formelt set adskiller sig ved, om der er et udviklende eller fastholdende/lindrende mål.

---

<sup>10</sup> Fredericia Kommune anslår, at ca. en tredjedel af alle nye borgere visiteres til Hverdagsrehabiliteringen, dvs. at ca. to tredjedel visiteres direkte til Trænende Hjemmehjælp.

**Tabel 2:** Formel beskrivelse af U- og C-pakker vedrørende personlig pleje (bad, let pleje)

Ydelse	Antal min.	Tidspunkt/frekvens	Opgavebeskrivelse	Paragraf i Serviceloven	Formål
C1 Pleje - bad	15	Gives som udgangspunkt på hverdage i dagtimerne med udgangspunkt i borgerens behov	Hjælp til bad	83, 84	Fastholde Lindre/støtte
UC1 Pleje - bad	10	Gives som udgangspunkt på hverdage i dagtimerne med udgangspunkt i borgerens behov	Optræning i at klare brusebadet selv. Der arbejdes med, at borgeren inddrages aktivt, og der ses på behov for hjælpemidler og metoder til at blive mere selvhjulpent. Der arbejdes ud fra målene i Borgerens Plan.	83, 84	Udvikle
C2 Pleje - let	20	Dagligt, 1 besøg pr. dagvagt	Personlig pleje - Hjælp til bad - Øvre toilette - Nedre toilette - Hårvask, frisering - Tandbørstning/protesepleje/mundpleje - Negleklipning på fingrene - Barbering - Ordne/rengøre høreapparat - Skift af sengetøj ved uheld Påklædning - Påklædning - Afklædning - Kropsbårne hjælpemidler - Støttestrømper Hudpleje Kateterpleje/stomipleje Undervisning/rådgivning Medicingivning	83, 84	Fastholde Lindre/støtte
UC2 Pleje - let	20	Dagligt, 1 besøg pr. dagvagt	Optræning i at klare personlig pleje selv. Der arbejdes med at borgeren inddrages aktivt i opgaverne omkring at blive vasket, få tøj af og på, at få anrettet måltider, at få tilstrækkeligt med væske og ernæring, at få ryddet væk efter måltider, at komme i og ud af sengen mv., at der ses på behov for hjælpemidler og metoder til at blive mere selvhjulpent. Der arbejdes ud fra målene i Borgerens Plan	83, 84	Udvikle

Tabel 2 viser, hvordan den formelle beskrivelse af U- og C-pakker følger en standard skabelon, hvor formålet med C-pakkerne er at "fastholde, lindre og støtte", og opgaven består i at hjælpe borgeren med de daglige aktiviteter, som borgeren ikke klarer selv, mens formålet med U-pakkerne er at "udvikle", og opgaven består i at optræne borgerne i at klare dagligdagens aktiviteter selv.

Tabellen viser også, hvordan det formelt set også kun er inden for rammerne af U-pakkerne, at der arbejdes ud fra målene i Borgerens Plan.

I praksis fremgår det imidlertid, at der udmærket kan arbejdes rehabiliterende inden for rammerne af C-pakkerne, og at der også inden for rammerne af C-pakkerne er procedurer, som sikrer, at der arbejdes ud fra målene i Borgerens Plan<sup>11</sup>. Visitatorerne forklarer ved interview, at der er truffet en beslutning om, at der kun skal bevilges U-pakker i de tilfælde, hvor C-pakken ikke rummer tilstrækkelig tid til at opnå et konkret udviklingsmål. Be-

<sup>11</sup> Disse rutiner er beskrevet i Fredericia Kommunes forløbsbeskrivelse: "Forløbsbeskrivelsen for en borger i Trænende Hjemmehjælp", som præciserer rammerne i forhold til, hvem gør hvad, hvornår og hvordan i Borgerens Plan for såvel C- som U-pakke borgere.

slutningen blev truffet på baggrund af en intern evaluering efter implementering i det første distrikt, der synliggjorde, at udviklingsmål ofte kunne nås inden for den tid, der er til rådighed i en C-pakke.

U-pakkerne er senere ændret til U-tillægspakker, som tildeles sammen med en C-pakke, såfremt der er brug for mere tid til at træne en given aktivitet. Visitatorerne fortæller, at det er uhyre sjældent, at de selvstændigt tager initiativ til bevilling af en U-pakke. Nogle af dem gør det i enkelte tilfælde, fordi de ønsker at henlede hjemmeplejens opmærksomhed på, at der er tale om en borger, som de forventer, vil kunne opnå at blive selvhjulpne på et givent område. Andre mener, at de ikke længere har nogle borgere med U-pakker. Hvis medarbejderne og det Tværfaglige Team spotter et udviklingspotentiale hos en borger, som de behøver mere tid til at træne, anmodes visitator ved hjælp af faglige begrundelser om en U-pakke.

I forhold til de interview, vi gennemførte i 2010, er der således store ændringer i visitators rolle i projekt Trænende Hjemmehjælp. Dengang, da Trænende Hjemmehjælp blev implementeret i plejen, spillede visitatorerne en væsentlig rolle, idet det var deres opgave at revisitere samtlige borgere og afgøre, om de skulle have en udviklende eller en støttende indsats. I pilotprojektet (D1, 2010) var det også visitatorerne, der opstillede mål i Borge-rens Plan<sup>12</sup>. Nu, hvor alle borgere er revisiteret; hvor det er besluttet, at der kan arbejdes rehabiliterende inden for rammerne af C-pakkerne, og hvor det er den lokale kontaktperson, der sammen med det Tværfaglige Team er ansvarlig for at opstille aktivitetsmål for borgeren, ser de fleste visitatorer deres rolle som udspillet. Det er ikke noget, de har særlige følelser i forhold til, men de fortæller jf. ovenfor, at det endog er meget sjældent, at de selvstændigt tager initiativ til at bevilge en U-pakke. Det hænder, fortæller de, at der kommer en anmodning nedefra, men deres generelle oplevelse er, at det sker sjældent, og at deres rolle som sådan er udtømt.

Denne holdning blandt visitatorerne er interessant i forhold til nogle af de øvrige holdninger, der fremkommer senere ved interview, og som i høj grad lægger vægt på betydningen af visitators rolle. Pointen, at U-pakkerne har udspillet deres rolle som primus motor for udviklingen, er imidlertid gennemgående. Det er en væsentlig pointe, at det rehabiliterende arbejde i dag foregår inden for rammerne af C-pakkerne, der alt overvejende opfattes som rigeligt store. Her er der dog andre emner vedrørende tillid og transparens, som kommer i spil, og i forhold til hvilke visitatorerne potentielt ubevidst vil kunne få en uheldig rolle, hvis ikke der igangsættes en dialog om præmisserne for samarbejdet mellem myndighed og leverandør (mere om det senere).

### 3.4 Hjemmepleje før/efter Trænende Hjemmehjælp

I dette kapitel beskrives hjemmeplejen i Fredericia Kommune før/efter Trænende Hjemmehjælp.

Derefter redegøres for de ændringer, der er observeret i plejedistrikt D4 fra 2010-2012, og det beskrives, hvordan Trænende Hjemmehjælp ændrer de præmisser, der er for hjemmeplejens manglende tilpasning af hjælpen til borgerens aktuelle behov.

#### **Distrikt 4 – 2010 versus 2012**

Tilfældet har villet, at det er det samme kommunale plejedistrikt (D4), der har deltaget ved observation i DSI/KORAs studier af hjemmeplejens arbejde i Fredericia kommune i 2010

---

<sup>12</sup> For en beskrivelse af visitators rolle i pilotprojektet, se rapporten: Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune (3).

(august-september) og 2012 (september-oktober). I efteråret 2010 deltog D4 i DSI/KORAs undersøgelse som eksempel på et distrikt, der endnu ikke var gået i gang med at arbejde med Trænende Hjemmehjælp. I 2012 deltager D4 som eksempel på et distrikt, hvor arbejdet med Trænende Hjemmehjælp fungerer godt, og hvor der ikke pågår organisationsomlægninger.

Det interessante ved at studere arbejdet i D4 i historisk komparativt perspektiv er, at det med det samme sprang i øjnene, hvordan der nu – i 2012 – var et helt andet fokus på afslutning og nedjustering af hjælpen, end der havde været i 2010 – og end DSI/KORA har mødt i nogen anden kommune.

Det var ikke et fokus, der gjaldt enkelte, særligt dedikerede medarbejdere, og heller ikke et fokus der rent retorisk blev hevet frem til glæde for undersøgerne. Allerede ved det første morgenmøde, hvor vi deltog som observatører på sidelinjen, fremgik det, at emnet – hvornår kan vi afslutte borgerne – fyldte meget for basismedarbejderne. Det var et emne, de naturligt kom ind på, nogle gange ved morgenmøderne, men hyppigst ved de daglige runder, hvor hjælperne systematisk spurgte hinanden (og planlægger) ind til, hvorfor den og den borger var bevilget så og så meget hjælp – hvorfor de ikke stoppede med at komme i det og det hjem osv. Ved interview spurgte vi samarbejdspartnerne fra de øvrige i Tværfagligt Team, om de kunne genkende dette fokus/denne ændring, da erfaringen er, at deltagere i Tværfagligt Team eller lignende funktioner ofte er ganske kritiske over for basispersonalets motivation for især afslutning. Tværfagligt Team bekræftede, at den var god nok: At der var sket en udbredt holdningsmæssig ændring i den forstand, at det at afslutte var blevet et legitimt og ønskeligt mål for de borgere, man vurderede ikke havde behov for hjælp til at kunne klare sig selv i hverdagen.

Andre ændringer fra 2010-2012 var a) nye rutiner for indberetning af afvigelser, samt b) ændrede standarder for udformning af kørelisten.

Vedrørende *indberetningerne* brugte distriktslederen i 2010 en del energi på at informere medarbejderne om deres pligt til at indrapportere afvigelser i form af ekstra tid brugt hos givne borgere. Dette var ikke altid oplagt for medarbejderne, for hvem "gynger og karruseller" på kørelisten samt fleksibelt samarbejde kollegerne imellem normalt var det, der skabte rammen for en velfungerende dagligdag. I 2012 var det imidlertid medarbejderne selv, der brugte energi på at forklare os, hvorfor det var vigtigt at skrive, *hver gang* de havde brugt ekstra tid hos en borger. De forklarede, at det var: *"... den måde, vi sikrer, at vores økonomi hænger sammen på, så der bliver råd til, at vi kan være her alle sammen"*.

Som undersøgere fandt vi det interessant, at der på denne måde var kommet fokus på at skabe en god økonomi i form af indtægter til distriktet, og vi spurgte ind til, hvor meget der skulle til for at indberette en afvigelse. Den medarbejder, vi fulgtes med, mente, at grænsen lå på 10-15 minutter; 5 minutter var for lidt. De medarbejdere, der deltog ved interview, bekræftede, at det var meget passende. Vi spurgte forsigtigt ind til, hvad man så gjorde, hvis man brugte for lidt tid hos en borger, om man så også skulle indberette det? Interviewpersonerne svarede ikke direkte på spørgsmålet. I stedet forklarede de, at der var klare regler, som præciserede, hvornår man måtte afmelde et besøg hos en borger: Skete afmeldingen samme dag, skulle de ikke fjerne det fra kørelisten, for så var det for sent at ændre. Skete det dagen inden, var det imidlertid vigtigt, at besøget blev fjernet fra listen, så planlægger/kolleger kunne nå at lægge andre opgaver ind, inden det var for sent.

Disse diskussioner er interessante, fordi de viser, hvordan det i perioden 2010-2012 er lykkedes distriktsledelsen at implementere en økonomisk bevidsthed i gruppen om, hvordan man skaber en velfungerende distriktsøkonomi.

De er også interessante, fordi de viser, hvordan der er mindre incitament til justering af tider (= økonomier) i nedadgående end i opadgående retning.

Vedrørende *kørelisterne* fremgik det, at alle kørelister nu fulgte en skabelon, hvor der var afsat fast tid til dokumentation om morgenen samt inden middagsrunden. Dette afveg fra tidligere praksis og den praksis, som DSI/KORA har set andre steder, og hvor der typisk pågår en forhandling mellem leder og medarbejdere om, hvornår det første besøg kan sættes på om morgenen (er det 10 minutter over syv, eller er det "umuligt at nå" på grund af den lange kørselsdistance, hvorfor besøget måske først er sat på til klokken 20 minutter over syv etc.). Ved at sætte dokumentationstid på kørelisten blev det legitimt at konvertere morgenmødet fra spildtid til indtægtsdækket faglig aktivitet – en synliggørelse af den faglige udveksling, der sker på mødet, kombineret med en klar økonomisk bevidsthed.

Tabel 3 viser et eksempel på en køreliste fra D4 i efteråret 2012. Det fremgår, at der både er afsat tid til dokumentation om morgenen (fem minutter) og i tidsrummet kl. 10.45-11.15 (25 minutter). Fælles runder/pauser er også indskrevet i kørelisten med fem minutter om morgenen og 29 minutter til frokost.

**Tabel 3:** Eksempel på en køreliste (tidsrummet kl. 07-13), efteråret 2012

Navn	Tidspunkt kl.	Ydelse	Vejl. tid	Bemærkninger
Aktivitet, grupperum	07:00-07:05	Runde/pause	5	
A	07:10-07:15	C3 Pleje - svær	5	Dokumentation
A	07.10-07.35	C3 Pleje - svær	20	Hjælp til nedre pleje. Kateterbruger. Se borgerens plan, den ligger i bryggers på mikroovn.
B	07:40-07:50	C2 Pleje - let	10	Borgerens Plan hænger på køleskab
C	07:55-08:05	6.10 Medicingivning	10	Se C tager sin medicin, minde C om at hun skal tage faste-blodsukker. Planlagt kl. 08.10-08.20
C	08:05-08:35	C2 Pleje - let	30	Guides til bad, gå med på badeværelset, følg skema på væg, støttestrømper, kan selv trække støttestrømper på, når de er i stativ, brug skema på væg, der startes med bad, efter piller opfordres C til at tage morgenmad, obs. sår på benene. Må ikke tages senere end kl. 09.00.
D	08:40-08:45	06.10 Medicingivning	5	Smøres med Lamisil under armen
D	08:45-09:30	C4 Pleje - total	45	Se døgnrytmeplan, som ligger i hjemmet
E	09:35-09:55	C2 Pleje - let	20	Hjælp til mad og væske, evt. personlig pleje
F	10:15-10.25	06.10 Medicingivning	10	Obs. om hun har fået inhalationsmedicin. Piller gives først til middag
F	10:25-10:45	C2 Pleje - let	20	Hjælp til morgenpleje, morgenmad
G	10:45-11:00	C2 Pleje - let	15	Dokumentation
H	11:05-11:15	C3 Pleje - svær	10	Dokumentation
Aktivitet grupperum	11:15-11:44	Runde/pause	29	
C	11:50-12:00	06.10 Medicingivning	10	Give middagspiller, se C tager medicinen. Tages senest kl. 12.10, skal til træning
A	12:05-12:20	C3 Pleje - svær	15	
Aktivitet grupperum	12:30-13:00	Elevsamtale	30	
<b>I alt</b>	<b>Borgerrelateret tid: 3:45</b>	<b>Administrativ tid: 1.04</b>	<b>Total tid: 4:49</b>	

## Ændringer relateret til Borgerens Plan

Ud over de ændringer, der er beskrevet ovenfor, fandt vi en række ændringer, der mere direkte var relateret til Borgerens Plan og det Tværfaglige Team.

Implementeringen af Trænende Hjemmehjælp indebærer, at der for alle borgere er oprettet en Borgerens Plan med mål, handlinger og evalueringer. Kontaktpersonen er ansvarlig for Borgerens Plan, herunder for at sikre, at den evalueres og tilrettes løbende i takt med ændringer i borgerens funktionsevne – og som minimum hver 3. måned for C-pakker og hver 14. dag for U-pakker.

Vi har i forbindelse med observation fået udleveret borgerplaner for samtlige borgere, vi har deltaget i besøg hos, for på dette grundlag at få et indblik i borgerplanernes karakter. Vi har i denne forbindelse fundet det bemærkelsesværdigt, hvor udførligt borgerplanen beskriver det daglige samarbejde i hjemmet. Der er tale om lange beskrivelser, hvor hvert besøg har et rehabiliterende formål, og hvor der til hvert besøg er knyttet en række konkrete handlinger, som beskriver, hvad hjælperen henholdsvis borgeren og/eller de pårørende forventes at gøre. Beskrivelserne viste sig samtidig – ved observation – nøje at beskrive det etablerede samarbejde, der er mellem borger, kontaktperson og evt. pårørende i det enkelte hjem.

Tabel 4 giver et eksempel på en borgerplan med dens minutiøse beskrivelser af borger-/hjælper samarbejdet. Det fremgår, at målene for indsatsen er, at borgeren selv klarer den daglige hygiejne og kommer i bad to gange om ugen. Handlingen består i, at hjælperen dagligt ringer til borgeren og beder hende gå på badeværelset – og en halv time senere går ind til borgeren for at se, om hun er kommet op, og derefter smøre fugtighedscreme på borgerens ben. To gange om ugen ringer hjælperen og opfordrer borgeren til at gøre sig klar til badet, hvorefter hun kommer og guider borgeren igennem badesituationen, for herefter at smøre fugtighedscreme på benene og tørre af efter badet. I henhold til evalueringerne fungerer procedurerne langt de fleste dage, og målene opnås således med let hjælp.

**Tabel 4:** Uddrag fra en borgerplan

Mål	Handling	Evaluering
At NN selvstændigt klarer den daglige hygiejne	Hjælper ringer 30 minutter før ankomst og beder NN gå på badeværelset. NN vasker sig selv og tager tøj på. Hjælper smører ben med fugtighedscreme.	Langt de fleste dage følges de opstillede handlinger. NN klarer selvstændigt den daglige hygiejne.
At NN kommer i bad to gange om ugen	Tirsdag og torsdag: Hjælper ringer 5 minutter før ankomst og opfordrer NN til at gøre sig klar til badet. NN guides let i badet. Hjælper guider NN i forflytning til toilet-sæde, hvor NN tørrer sig selv. Hjælper smører ben med fugtighedscreme. Hjælper går i køkkenet, og NN klarer resten. Hjælper tørrer op på badeværelset.	De sidste tre måneder har NN været i bad to gange om ugen. Handlingerne følges, og målet nås.

Det er en del af konceptet Trænende Hjemmehjælp, at Borgerens Plan ligger fremme i borgeres hjem, og navnet skal signalere, at det er *borgerens plan* – med *borgerens mål*.

Interview og observation viser, at det kan være så som så med borgerens ejerskab til borgerplanen og de mål, der er sat op, men at planen er et vigtigt arbejdsredskab for medarbejderne. Disse pointer uddyber vi nedenfor.

### *Borgerens Plan?*

Observationsstudiet viste, at flere borgere reagerede langsomt eller tøvende, når hjælperne og/eller de tværfaglige teammedlemmer eksplicit henviste til "Borgerens Plan" eller "de mål, vi har aftalt". Ved evalueringssamtalerne tog de tværfaglige teammedlemmer typisk afsæt i Borgerens Plan og gennemgik målene ét for ét med henblik på at vurdere, hvorvidt borgerne selv oplevede at have rykket sig; at de var blevet bedre til selv at klare at komme i tøjet, tage deres piller selv mv. De tværfaglige teammedlemmer havde forskellige måder at henvise til de fælles mål. Det foregik henholdsvis meget eksplicit som en direkte oplæsning af Borgerens Plan, hvor borgeren blev omtalt som "borger" frem for ved navn, og målene blev omtalt som "målet var, at borger skulle blive selvstændig i støttestrømpe", "du har sat et mål om at blive selvstændig i bad" eller som en indirekte henvisning i hverdagsvendinger som fx: "Vi talte om, at du gerne ville prøve selv at tage dine piller, hvordan er det gået?". Eftersom vi ikke har gennemført individuelle interview med borgerne, har vi ikke haft mulighed for at spørge ind til deres oplevelser af, hvorvidt Borgerens Plan er vedkommende for dem, men vi har observeret deres reaktioner, og de er blandede. Flere reagerer tøvende eller uforstående, når de tværfaglige teammedlemmer eller hjælpere henviser eksplicit til "mål" eller Borgerens Plan". De fleste synes at have nemmere ved at forholde sig til hverdagsvendinger.

Når det er sagt, så fremgår det af dialogen mellem borgere og tværfaglige teammedlemmer og hjælpere, at der også er forskel på, om borgerne deler de tværfaglige teammedlemmers opfattelse af, at de i fællesskab for tre måneder siden besluttede, at borgeren selv skulle træne at gå ud med skraldet. I nogle af de observerede evalueringer er det snarere hjælperen, der svarer på det tværfaglige teammedlems spørgsmål på vegne af borgeren om, hvordan det er gået med at nå målet.

I forhold til at gøre Borgerens Plan til et værktøj, som både borgere, hjælpere og tværfaglige teammedlemmer anvender i praksis, og borgerne også oplever som vedkommende, peger observationerne på, at det er afgørende, hvordan man bruger Borgerens Plan i mødet med borgerne og under evalueringerne. Observationerne peger på, at borgerne har nemmere ved at forholde sig til, hvad målet er, hvis de tværfaglige teammedlemmer taler i hverdagsprog om hverdagens aktiviteter og afholder sig fra det formelle skriftsprog, der anvendes i selve dokumentationen i Borgerens Plan. Evalueringens observationer viser dog også, at der er et stykke vej endnu, førend alle borgere har en oplevelse af, at de mål, der tales om, faktisk er nogle, de selv har sat og har arbejdet med – uanset den måde, hvorpå mål og plan italesættes.

### *Medarbejdernes Plan?*

For personalet udgør Borgerens Plan et vigtigt arbejdsredskab, fordi den beskriver de daglige rutiner i hjemmet omkring den enkelte borger. Personalet kan orientere sig i planen, der ligger tilgængelig på PDA'en, inden de går ind til en borger, eller de kan konsultere den printede udgave, der ligger hos borgeren, hvis der er tale om et langt besøg, hvor de ikke kan huske alt, der skal ske, på én gang. Det er naturligvis ikke alle medarbejdere, der er lige samvittighedsfulde i forhold til at konsultere Borgerens Plan, når de kommer hos borgere, som de ikke kender – og det er heller ikke alle borgerplaner, der er lige udførlige. I de tilfælde, hvor de er det, udgør de imidlertid et nyttigt arbejdsredskab for hjælperen i hjemmet og et nyttigt omdrejningspunkt for supervision og læring, jf. nedenfor.

## **Ændringer relateret til Tværfagligt Team**

En række andre væsentlige ændringer i hjemmeplejen før/efter implementering af Trænende Hjemmehjælp relaterer sig direkte til Tværfagligt Team.

Konceptet Trænende Hjemmehjælp indebærer, at der i alle distrikter er nedsat et Tværfagligt Team, som skal vejlede og støtte medarbejderne i det rehabiliterende arbejde. I efteråret 2012 består Tværfagligt Team i alle distrikter af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent. Det er forskelligt, hvor mange timer det enkelte teammedlem har, og det er forskelligt, hvordan de enkelte distrikter tilrettelægger samarbejdet mellem kontaktpersonerne og det Tværfaglige Team.

I D4 har Tværfagligt Team valgt at gøre det, således at alle er til stede ved et møde med medarbejdergruppen om mandagen (der er to grupper, og Tværfagligt Team holder et møde med hver gruppe hver 14. dag – altså et gruppemøde hver mandag for teamet). Mandag er også dagen, hvor de holder Tværfagligt Teammøde, altså et møde indbyrdes i teamet. Én gang om måneden deltager planlæggerne, distriktslederen og projektlederen for Trænende Hjemmehjælp i det Tværfaglige Teammøde.

I forhold til social- og sundhedsmedarbejderne i gruppen har Tværfagligt Team besluttet, at hvert teammedlem har tilknyttet et fast antal medarbejdere og dermed et fast antal borgere – nemlig dem, som disse medarbejdere er kontaktperson for. De har oprettet en liste over samtlige medarbejdere og borgere, hvor de, kontaktpersonen eller planlægger kan skrive, når der enten er tale om en ny borger eller en borger, hvis borgerplan skal revideres på grund af ændringer i borgerens funktionsevne eller i henhold til minimumskriterierne for opfølgning.

Det enkelte teammedlem har samtidig én fast dag i gruppen, som hun overvejende bruger på én enkelt medarbejder. Arbejdsdagen for et medlem af Tværfagligt Team og den pågældende medarbejder ser ideelt set sådan ud, at de møder fælles ind om morgenen og tager sammen ud til de borgere, som medarbejderen er kontaktperson for, og hvis borgerplan skal gennemgås. Tiden over frokost bruger de på at drøfte og dokumentere justeringer i Borgerens Plan.

Disse nye rutiner betyder noget for social- og sundhedsmedarbejderne, fordi de med jævnlige mellemrum følges med "deres" tværfaglige teammedlem, som følger arbejdet hos "deres" borgere, gennemgår Borgerens Plan med borgeren samt evt. social- og sundhedsmedarbejderen samt superviserer dem i justering og dokumentation i Borgerens Plan.

Interviewpersonerne fortæller, at det i praksis ikke altid fungerer sådan, at det er den samme medarbejder og det samme tværfaglige teammedlem, der følges gennem en hel arbejdsdag og afslutter den med en supervisions-seance. Der kan både være tale om dage, hvor det enkelte teammedlem er ude med 2-3 forskellige medarbejdere, og dage hvor der slet ikke er sat nogen medarbejdere på listen, fordi der fx er opstået sygdom. Det bidrager til diskussion af, hvis opgave det er at sætte borgere på listen og sørge for optimal udnyttelse af teammedlemmernes tid – et emne vi ikke vil komme videre ind på i denne rapport.

Det interessante for borgerne og social- og sundhedsmedarbejdere er de planlagte dage og møder med det tværfaglige teammedlem. Her ser vi en afgørende forskel på D4 anno 2010 og anno 2012, som kort og godt består i, at der er indført *systematiske rutiner, som sikrer faglig sparring under overskriften rehabilitering for alle borgere med opfølgning minimum hver 3. måned.*



### *Ændringen i praksis*

I forbindelse med vores besøg havde vi rig lejlighed til at studere den faglige sparring under overskriften rehabilitering, der således var indført som fast rutine for alle medarbejdere og borgere i det pågældende plejedistrikt.

Det fremgik, at den fulgte en forholdsvis fast skabelon, hvor det ansvarlige teammedlem læste op på, hvad der stod i Borgerens Plan om morgenen/dagen før og herefter tog med kontaktpersonen ud til borgeren. Her fulgte teammedlemmet via dialog med borgeren op på, hvad der stod i Borgerens Plan, og videst muligt lavede aftaler med borgeren om det videre forløb. Disse aftaler blev efterfølgende vendt med kontaktpersonen i grupperummet, idet kontaktpersonen blev superviseret i a) revision af Borgerens Plan samt b) justering af bevilling og disponeret tid i kørelisten, jf. Borgerens Plan.

### *Diskussion af praksisændringen*

Den ny praksis er interessant, fordi den sikrer, at der som minimum hver tredje måned foretages en gennemgang af hjælperens besøg hos borgeren, hvor tværfagligt team *i detaljer* gennemgår, hvordan hjælpen leveres, altså hvilken arbejdsdeling der er mellem borger, hjælper samt evt. pårørende. Overskriften for denne dialog er målrettet: selvhjulpethed. Bagefter skrives det i princippet ord for ord i borgerens plan, hvem der gør hvad. Dokumentet, som ligger frit tilgængeligt hos borgeren, bliver hermed en tæt beskrivelse af, hvad der sker i huset, og som kontaktpersonen – samt de øvrige hjælpere, der kommer – kan følge.

Besøgene svarer på mange måder til de visitationsbesøg, vi tidligere har observeret i bl.a. Fredericia og Odense (3-5). Der er tale om en grundig afdækning af borgerens situation og mulighed for at klare sig selv i dagligdagen – og nogle svære vurderinger/forhandlinger. Det tværfaglige teammedlem kommer imidlertid tættere på den enkelte hjælper og dennes samarbejde med borgeren end visitator, som typisk besøger borgeren i selskab med de pårørende og uden direkte kobling til hjælpeopgaven. Det er mikroregulering ned i mindste detalje i forhold til, hvordan hjælpen gives og systematisk under overskriften: selvhjulpethed. Der, hvor det tværfaglige teammedlem kommer til kort, er på alle de områder, hvor det ikke kun er den personlige hjælp, men fx også tilbuddene om praktisk hjælp, indkøb, daghjem m.m., der er i fokus. Borgerens Plan er ikke en helhedsplan, men kun en delplan i det samlede borgerforløb.

Spørgsmålet er samtidig, hvordan og hvorvidt de aftaler, der etableres med borgeren om, hvad der skal ske i hjemmet, de facto omsættes i økonomiske gevinster i form af et reelt reduceret hjælpebehov i kørelisten. Hjemmeplejen rummer, som vi tidligere har beskrevet, incitamentet til at opretholde et højere tidsforbrug, end der nødvendigvis er brug for. Derfor er det essentielt, at tiderne tilpasses efter møderne med borgerne. Her er det en fast rutine i D4, at det tværfaglige teammedlem efter hver evaluering i borgerplanen krydser over til bevillingen og ser på, a) hvor meget der er bevilget, samt b) hvor meget tid der er sat af i kørelisten. Det tværfaglige teammedlem tager herefter ansvar for at sikre, at bevilling og køreliste bliver justeret i forhold til det aktuelle behov. Det er et potentielt effektivt virkemiddel i en verden, hvor der ikke nødvendigvis altid er den store sammenhæng mellem bevilling/kørelistetid og borgerens reelle behov for hjælp – og en markant indgriben i hjælperens autonomi i arbejdet.

Vi har brugt en del tid på at diskutere denne faglige rutine: at det tværfaglige teammedlem efter hver evaluering af borgerplanen følger op på og tager ansvar for at sikre, at bevilling og køreliste justeres i forhold til det aktuelle behov. Mindst tre væsentlige pointer er fremkommet i denne sammenhæng:

*For det første har vi afsøgt, om leder og planlægger oplever, at de tværfaglige teammedlemmer med denne praksis blander sig i deres ledelsesrum, idet ansvaret for at tilpasse bevillinger og kørelistetid traditionelt er forankret i den almindelige ledelseslinje fra distriktsleder over planlægger til hjælper. Her er det imidlertid en væsentlig pointe på tværs af de fire distrikter, at ledere og planlæggere på ingen måde oplever det som utidigt, at det tværfaglige teammedlem går ind og tager ansvar. Tværtimod opleves det som særdeles positivt, idet især distriktslederne fremhæver, at planlæggerne jo "ikke har en chance" i diskussionen med hjælperne om, hvor meget tid der er brug for i det enkelte hjem. Det er distriktsledernes klare opfattelse, at hjælperne skal have den tid, de har brug for – hverken mere eller mindre, og at systemet skal kunne hænge sammen på dette grundlag.*

*For det andet har vi afsøgt, hvor generel denne rutine er, altså hvor udbredt den er i tid og rum. Det fremgår her, at der er tale om en rutine, der først for nylig (i løbet af foråret 2012) er implementeret i praksis – og at det kun er sket i D4. Det fremgår ved:*

- Interview med de tværfaglige teammedlemmer fra D4, der oplyser (og dette bekræftes ved de øvrige interview), at det først er i foråret 2012, de er begyndt at praktisere den aktuelle rutine
- Interview med 2/4 tværfaglige teammedlemmer fra hvert af de øvrige distrikter, der oplyser, at det ikke er noget, som de eller deres kolleger i de øvrige distrikter gør.

Interviewet med de 2/4 tværfaglige teammedlemmer fra hvert af de øvrige distrikter, der har medvirket ved interview, viser, at de umiddelbart er modvillige over for på denne måde at blande sig/tage ledelsesansvar i en situation, som de oplever politisk ømtålelig. Og det er den, fordi den går ind og blander sig i social- og sundhedshjælpernes/assistenternes velerhvervede autonomi og mulighed for at tilrettelægge dagligdagen, som de finder det bedst.

Det leder os frem til en  *tredje pointe*, som netop vedrører social- og sundhedshjælpernes/assistenternes velerhvervede autonomi og mulighed for at tilrettelægge dagligdagen, som de finder bedst. Det er en generel pointe fra observation og interview, at hjælperne, assistenterne og planlæggerne ad åre har lært sig, hvilke argumenter der er valide i diskussionen af, hvor meget hjælp en given borger skal have. Hvilke argumenter der virker, og udløser mere tid, og hvilke der ikke gør det. Det, vi ser, er, at hjælperne spiller disse argumenter for at få mere tid i situationer, hvor de mener, at det er vigtigt. Ved et eksempel, som vi ikke har med her, fører det til en længere diskussion i computerrummet om, hvorfor det er, at hjælperen ikke vil slippe borgeren. Hjælperen fremkommer med sine standardiserede argumenter om, at der er behov for væske, hvilket det tværfaglige teammedlem, der har været i hjemmet og kender borgeren, afviser som usagligt. Det tværfaglige teammedlem lytter imidlertid til, hvad hjælperen siger, og anerkender hjælperens faglige pointe, nemlig at den pågældende borger har brug for den struktur, som et dagligt besøg giver, og at denne struktur kan være med til at fastholde borgeren på det gode niveau, som denne er på nu, og forebygge at borgeren får det dårligt. Det tværfaglige teammedlem tilskynder borgeren til at trække dette ægte, faglige argument frem og bruge det som grundelse over for visitationen frem for den indarbejdede standard med "to glas vand". Dette er potentielt  *lovende*, fordi det tværfaglige teammedlem løfter hjælperens ellers tavse viden op og anerkender den som noget, der har en værdi og kan skrives ned – ikke noget der skal skjules. Men det er potentielt set også  *farligt*, hvis visitationen ikke anerkender de ægte argumenter, men – som led i det almindelige spil, hvor det er deres opgave at sikre, at serviceniveauet holdes, mens det er hjælpernes interesse at maksimere den faglige autonomi – afviser argumentet som validt og således ikke bevilger den tid, som fagpersonerne vurderer der er brug for.

Visitators rolle er på denne basis fortsat vigtig, men meget anderledes end der ellers var lagt op til. Fordi afslutningsmekanismen er lagt ned i det udførende niveau, og fordi de tværfaglige teammedlemmer "afslører" hjælperne i deres brug af valide, men falske argumenter og i stedet tilskynder dem i brugen af potentielt invalide, men sande argumenter, bliver det vigtigt i visitationen at diskutere, hvad responsen er og ikke afvise de forsøg på valid, saglig dialog, der kommer nedefra, i en videreførelse af det traditionelle spil.

### 3.5 Delkonklusion

Fredericia Kommune har fundet en metode til implementering af et afsluttende fokus i hjemmeplejen. Der er tale om en metode, hvor alle borgere får udviklet en rehabiliteringsplan med mål, handlinger og evalueringer, og hvor der er faste procedurer, som sikrer, at rehabiliteringsplanen som minimum evalueres én gang hver tredje måned.

Evalueringen sker ved, at en faglig ansvarsperson og et tværfagligt teammedlem (fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske eller assistent) tager med kontaktpersonen ud til borgeren og gennemgår det daglige samarbejde mellem borger og hjælper i hjemmet, hvorefter borgerplanen revideres, så den minutiøst beskriver det daglige samarbejde i hjemmet.

I D4 er der samtidig for nylig implementeret en rutine, som sikrer, at den faglige ansvarsperson fra det Tværfaglige Team efter hver evaluering af borgerplanen følger op på og sikrer, at visiteret og disponeret tid svarer til de faktiske arbejdsgange, der er aftalt i hjemmet. Dette er politisk, fordi det griber ind i social- og sundhedshjælperens/assistentens faglige autonomi. Potentialet er lovende økonomisk og fagligt, forudsat at visitationen anerkender de reelle faglige argumenter. Der bør imidlertid følges op på og genereres læring inden for det felt, der vedrører det nødvendige minimumsniveau.

## 4 Tværfagligt Team

Det var en del af mandatet for denne evaluering, at DSI/KORA skulle se nærmere på den funktion som "motor" i arbejdet med hverdagsrehabilitering, der i Trænende Hjemmehjælp varetages af et tværfagligt team bestående af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent.

Vi har på denne baggrund tilrettelagt dataindsamlingen med tre dages observation af teamets arbejde og efterfølgende systematisk spurgt ind til emnet ved interview.

I dette kapitel viser vi ved hjælp af interview og observation, hvordan de tværfaglige teammedlemmer i deres møde med medarbejdere og borgere både kan skabe modvilje og begejstring. Bagefter diskuterer vi rationale for sammensætningen af Tværfagligt Team og teamets funktioner i arbejdet med Trænende Hjemmehjælp.

### 4.1 Modvilje og begejstring i mødet med Tværfagligt Team

Det er en del af konceptet Trænende Hjemmehjælp, at der i alle distrikter, som leverer personlig hjælp i dagtiden (Servicelovens § 83), er nedsat et "Tværfagligt Team", der skal "vejlede personalet i at udarbejde rehabiliteringsplaner" og "følge med personalet ud i hjemmet og støtte og vejlede i den rehabiliterende arbejdsmetode" (se kapitel 1 for en nærmere beskrivelse af teamets funktion).

Vi har i kapitel 3 beskrevet, hvordan det tværfaglige team i D4 har sat vejledningen i system, således at borgeren som minimum hver 3. måned får et besøg af et tværfagligt teammedlem, der tager med kontaktpersonen på besøg hos borgeren, gennemgår Borgernes Plan og efterfølgende sikrer, at de daglige rutiner beskrives tæt, ligesom den disponerede tid og de aktuelle bevillinger justeres.

Dette kendetegner ikke nødvendigvis de øvrige distrikter, hvor arbejdet i tværfagligt team gribes meget forskelligt an. Det kendetegner heller ikke nødvendigvis D4 før foråret 2012, da det tværfaglige team på dette tidspunkt havde en anden personsammensætning.

Ved interview får vi at vide, at projektet Trænende Hjemmehjælp fungerer meget forskelligt i de fire distrikter, og at det også er forskelligt, hvordan borgere og medarbejdere har taget imod konceptet på forskellige tidspunkter og i forskellige situationer.

Der nævnes både eksempler på tidspunkter og tilfælde, hvor borgere og medarbejdere har mødt projektet med begejstring – og tidspunkter og tilfælde, hvor de har mødt det med modvilje. De medarbejdere, der i kortere eller længere perioder har været modvillige over for projektet, har været det, fordi de har oplevet, at de tværfaglige teammedlemmer efter deres mening har trukket nogle utidige afslutninger ned over hovedet på borgerne, og fordi de har oplevet, at der er blevet talt ned til såvel borgere som medarbejdere. De medarbejdere, der i kortere eller længere perioder har været begejstrede for projektet, har været det, fordi de har oplevet, at projektet har skabt gode borgerforløb af høj kvalitet, og fordi de har oplevet, at de tværfaglige teammedlemmer har været/er rigtig gode til at møde borgere og medarbejdere, der hvor de er.

#### **Borgernes oplevelse af Tværfagligt Team**

Fokusgruppeinterviewet med borgerne bekræfter, at konceptet Trænende Hjemmehjælp er blevet opfattet forskelligt af forskellige borgere. De borgere, der deltog ved interview, var udvalgt af Fredericia Kommune som eksempler på borgere fra forskellige distrikter, men

med forskellige forløb og oplevelser af Trænende Hjemmehjælp. Blandt de otte borgere, der deltog ved interview, var der generelt meget afdæmpede oplevelser af projektet (få kendte Borgerens Plan, og få kunne sætte ord på eller beskrive den situation, at der havde været et tværfagligt teammedlem ude hos dem og gennemgå planen), men for flere var det omvendt også flere måneder siden, at de var blevet afsluttet fra Trænende Hjemmehjælp. To borgere skilte sig ud, fordi de havde markante og tydelige oplevelser af at have indgået i et forløb med Trænende Hjemmehjælp, hvor de forholdsvis hurtigt var blevet afsluttet som selvhjulpne. Begge borgere oplevede, at de efterfølgende klarede sig fint i hverdagen. Men det var kun den ene, der havde oplevet samarbejdet med det tværfaglige teammedlem som positivt (tabel 5).

**Tabel 5:** To eksempler på borgeroplevelser af at blive afsluttet som selvhjulpne i forbindelse med projektet Trænende Hjemmehjælp

<b>Kamma: Sidste år blev det hele taget fra mig!</b>	<b>Elisabeth: Det var simpelthen en sejr at få lov til at være mig selv!</b>
<p>Kamma faldt og brækkede sin skulder, kom på sygehus og blev udskrevet til hjemmepleje. Er diagnosticeret med en tarmsygdom, har haft gentagne blodpropper, og er opereret for brystkræft:</p> <p>Men sidste år, da blev det hele taget fra mig. Der kom et tværfagligt teammedlem ud til mig (hun spørger ud i rummet): Har I oplevet det? (en enkelt nikker). Hun talte ikke så pænt til mig. Hun spurgte mig, hvorfor jeg ikke havde en rollator. Jeg svarede, at det var fordi det var en stue og at der stod stole. Hun spurgte videre: Du har mange blomster, hvordan vander du dem? Med en vandkande, svarede jeg. Og dit tøj, hvem vasker det? Det gør kommunen, svarede jeg. Det er pænt, hvem stryger det? Det gør jeg ikke, svarede jeg. Så skulle jeg i bad, og hun ville gerne se hvordan det foregik. Den dag gjorde jeg det selv, og hun kiggede på. Stod med hænderne på ryggen og snakkede med min hjælper om mig – i tredje person. Det skal man ikke gøre med mig, jeg er ikke dement. Det kan man ikke, bare fordi man er gammel. Bare fordi man er gammel, så er man også et menneske. Og så tog de hjælpen fra mig. Fra den dag af kom de ikke mere.</p> <p>Interviewer: Fik du nogen forklaring på, hvorfor de fjernede hjælpen?</p> <p>Nej, ikke andet end at min læge sagde: "Du er en fighter – ellers havde du ikke siddet her!"</p> <p>Min hjælper sagde bare: "Det er ikke sikkert, jeg kommer mere".</p> <p>Interviewer: Hvordan går det i dag?</p> <p>Det går meget godt. Og nu går det godt derude i badet, men det var der, jeg faldt med de to blodpropper, så jeg kan ikke så godt lide det. Jeg synes ... det er den eneste [det tværfaglige teammedlem, red.], der har opført sig sådan. Alle de andre har været søde.</p>	<p>Elisabeth sidder i kørestol og er tilknyttet hjemmeplejen efter indlæggelse på sygehus:</p> <p>Jeg er kørestolsbruger, og i begyndelsen fik jeg hjælp hver tredje time bl.a. til at gå på toiletet – det var lidt af en banegård (alle otte borgere griner indforstået ved udtrykket og nikker ja til, at det billede genkender de). I dag får jeg kun hjælp en gang hver morgen. Jeg har netop afsagt min aftenhjælp. Jeg har fået en masse hjælpemidler, en strømpe på- og aftager og et el-køretøj, så jeg kan komme rundt i byen.</p> <p>Interviewer: Har du snakket med nogen fra hjemmeplejen undervejs om, hvad I kunne gøre anderledes?</p> <p>Ja, og de har sparket lidt til mig (smiler) og sagt: "Prøv at se hvad du kan selv. Vi bliver her, men prøv at se, hvad du selv kan klare". Og så kunne jeg jo se, at jeg kunne faktisk selv, og så har de taget hjælpen fra mig.</p> <p>Interviewer: Hvordan var det for dig?</p> <p>Det var en sejr! Det var simpelthen en sejr at få lov til at være mig selv!</p> <p>De har lige lavet en evaluering, så jeg ikke får aftenhjælp længere. Der kom en ... terapeut og forklarede mig, hvad de tager fra mig og hvorfor – fordi jeg er blevet bedre. Så lægger de Borgerens Plan der på bordet, så jeg selv kan læse i den. Det er jo hjælp-til-selvhjælp, så jeg er selv med til at finde ud af, hvad der skal/kan tages fra.</p>

De to eksempler viser, at begge borgere oplever at have fået "taget hjælpen fra sig", men at det kun er den ene, der har oplevet at være på højde med beslutningen. Den borger, som vi har valgt at kalde Elisabeth, har fået forklaret – og har accepteret, at hun er klar til

at klare sig selv. Den anden ("Kamma") oplever, at beslutningen er blevet taget hen over hovedet på hende – uden forklaring, og uden at hjælperen har haft mulighed for at sige farvel.

### **Observation af teammedlemmernes arbejde**

Ved observation havde vi anledning til at observere en række forskellige tilfælde, hvor de tværfaglige teammedlemmer var med kontaktpersonerne ude hos borgerne og gennemgik Borgerens Plan.

I dette afsnit vil vi beskrive to tilfælde, som giver indblik i det, der er overskriften på dette afsnit, nemlig hvordan det tværfaglige teammedlem – i mødet med borgere og kontaktpersoner – både kan skabe modvilje og begejstring. De to tilfælde repræsenterer yderligheder på en skala over, hvornår indsatsen skaber modvilje henholdsvis begejstring hos medarbejdere og personale.

#### *Eksempel 1 – når det tværfaglige teammedlem skaber modvilje*

Det første eksempel omhandler en ældre dame med gigt i hænderne, som det tværfaglige teammedlem har overtalende til at prøve et særligt redskab – en kam med et langt håndtag, således at borgeren potentielt kan komme til at rede sit eget hår. Vi blev som undersøgere medskabere af en uheldig situation, hvor det tværfaglige teammedlem besluttede at afprøve kammen for første gang i vores selskab i borgerens dagligstue, hvor borgeren blev bragt ned af den noget skeptiske kontaktperson efter at have afsluttet sit bad.

Vi observerede en dialog, hvor den ældre dame blev stadig mere frustreret og ked af, at det tværfaglige teammedlem tilsyneladende ikke kunne forstå, at hun, som havde gigt i hænderne og knap kunne holde på en kaffekop, ikke uden videre bare kunne få kammen til at virke. Den havde et langt skaft og var helt anderledes end en almindelig kam, og uden spejl kunne borgeren ikke se, hvad og hvor hun ramte. Det tværfaglige teammedlem blev frustreret over ikke at lykkes i kam-afprøvningen med os som vidner og forsøgte at presse borgeren til at forsøge, bl.a. ved at styre hendes hånd og tale hårdt til hende ("hør nu hvad jeg siger!"). Manden blandede sig i situationen og sagde: "Kan I da ikke se, at hun ikke kan?!". Det tværfaglige teammedlem ærgrede sig højlydt over, at borgeren og kontaktpersonen end ikke har haft kammen ude af posen, siden den ankom for en uge siden, men konkluderede som afslutning på besøget, at hun ville skrive, at kammen var afprøvet uden held.

Da vi gik, tog den ældre dame kontaktpersonens hånd og sagde: "Tak fordi du er så sød" (til det tværfaglige teammedlem sagde hun ingenting).

Da det tværfaglige teammedlem mødtes med kontaktpersonen i computerrummet, bebrejdede hun hende, at hun ikke havde samarbejdet bedre omkring borgeren. Kontaktpersonen forsvarede sig med, at damen efter hendes mening aldrig vil kunne komme til at bruge den kam.

#### *Diskussion af eksemplet*

Der er mange grunde til, at det pågældende besøg går galt, og vi beklager den rolle, vi som undersøgere fik som medskabere af situationen (det var på grund af os, at det tværfaglige teammedlem besluttede at afprøve kammen i stuen, hvor der ikke var noget spejl, og hvor der var talrige vidner, frem for – som under normale omstændigheder – alene på badeværelset med borgeren samt evt. kontaktperson). Vi skal også samtidig fremhæve, at de øvrige besøg, vi var med på sammen med det pågældende tværfaglige teammedlem, gik godt og afspejlede et fint samarbejde med borger og kontaktperson.

Det pågældende besøg gav os imidlertid et vigtigt indblik i, hvordan borgere og medarbejdere kan opleve projektet og konceptet som et overrumplende indgreb, *når det ikke går godt*. Det giver indhold til de beskrivelser og ord, som borgere og medarbejdere fremkom med ved interview, og hvor de betonedes, at konceptet både rummede mulighed for at levere en rigtig god service – på borgerens betingelser – og en mindre god service, hvor borgere og medarbejdere følte sig overrumplede og dårligt behandlet.

#### *Eksempel 2 – når det tværfaglige teammedlem skaber begejstring*

Det andet tilfælde omhandler en ældre dement mand, som har været tilknyttet hjemmeplejen i mange år og ikke umiddelbart fremstod som målgruppe for en rehabiliterende indsats. Alligevel fortæller mandens kontaktperson, at hun har opdaget, at han både kan støvsuge og selv komme i tøjet og i bad, hvis man trykker på de rigtige knapper. Hendes besøg hos manden er gået fra 45 til 30 minutter, og hun har fortsat tid til at sætte sig ned og læse avis sammen med ham. Avisen er en daglig aktivitet, som både hun og borgeren værdsætter, og det tværfaglige teammedlem anerkender den daglige rutine som vigtig, idet hun fremhæver, at læsningen hos en dement mand kan være med til at fastholde det mentale niveau, så rutinen med avisen er ikke noget hjælperen skal skjule og finde tid til ved at spare på tiden andre steder. Tværtimod er det en indsats, der skal beskrives og indgå i borgerens plan, så alle hjælpere i huset ved, at det er en opgave, der skal prioriteres.

#### *Diskussion af eksemplet*

I en efterfølgende samtale med det tværfaglige teammedlem reflekterer denne over, hvordan drøftelsen havde karakter af en gensidig refleksion, hvor aktiviteten avislæsning først havde karakter af hygge, men hvor det mere og mere gik op for dem, at det også havde en faglig funktion. Det tværfaglige teammedlem mener, at der er tale om et område, hvor de som tværfaglige teammedlemmer virkelig har meget at lære af personalet i hjemmeplejen. Der er en masse tavs viden om, at man ikke bare kan skære 10 minutter af hjælpen – for så vil borgeren vælte. At man lige læser avisen sammen – det kalder hjælperen hygge, men når man spørger ind til det, så ligger der gode faglige begrundelser bag. Og når man som tværfagligt teammedlem anerkender den viden, som hjælperne har, og synliggør nytten af deres handlinger, så vokser de og oplever stolthed ved deres arbejde.

#### *Samlet diskussion af de to eksempler*

De to eksempler er yderligheder på den skala over møder, som vi har observeret mellem tværfaglige teammedlemmer, borgere og kontaktpersoner i forbindelse med vores observationer. Vi har beskrevet dem for at vise og tydeliggøre, hvordan det tværfaglige teammedlem i sit møde med medarbejdere og borgere både kan skabe modvilje og begejstring. Den store forskel mellem de to eksempler synes at ligge i det tværfaglige teammedlems evne til at opnå resultater med borgerne og til at anerkende den viden, som kontaktpersonerne har. Det er de samme ting, som interviewpersonerne anfører som begrundelse for deres overvejende positive opfattelser af projektet. Det handler om faglighed (at kunne nå noget med borgerne), lydhørhed (i forhold til kontaktpersonens viden om borgerne) og om ikke at presse ting ned over hovedet på borgerne, som de ikke er med på.

## 4.2 Teamets funktion og faglige sammensætning

Den tværfaglige sammensætning af tværfagligt team er diskuteret ved langt de fleste interview (men fx ikke borgerinterviewet samt interviewet med terapeuter og sygeplejersker).

Humlen er, at Trænende Hjemmehjælp *som hverdagsrehabiliteringsmodel* gør brug af et tværfagligt team som motor for det rehabiliterende arbejde – hvor Östersundmodellen og de fleste andre danske kommuner baserer sig på terapeuter, der samarbejder med hjemmesygeplejersker, hjemmeplejens ledelse m.m.

Fredericia Kommune har valgt en noget anderledes tilgang, hvor der i hvert plejedistrikt er oprettet et tværfagligt team bestående af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent. Teamet bestod ved projektets opstart af to terapeuter (en fysioterapeut og en ergoterapeut) og to sygeplejersker. I forbindelse med implementeringen blev det imidlertid besluttet at erstatte den ene sygeplejerske med en social- og sundhedsassistent.

Ved interview med distriktslederne fremkommer det argument, at det er underligt, at der ikke også indgår en social- og sundhedshjælper i det Tværfaglige Team. Hvordan kan teamet være tværfagligt, når ikke alle faggrupper er repræsenteret? Modargumentet kommer fra projektlederen for Trænende Hjemmehjælp, der mener, at teamet *samarbejder* med kontaktpersonen omkring den enkelte borger, hvormed hjælperen er repræsenteret på dette niveau.

Som vi ser det, tjener tværfagligt team to forskellige funktioner i arbejdet med Trænende Hjemmehjælp: én funktion som implementeringsorganisation og én som faglig ankerperson i borgerforløb.

*I rollen som implementeringsorganisation* har det været teamets opgave – i samarbejde med distriktslederen, planlæggeren og tillidsmanden – at sikre, at der bliver arbejdet rehabiliterende i gruppen. At der afholdes faste møder under overskriften Trænende Hjemmehjælp, og at det sikres, at alle borgere har en opdateret rehabiliteringsplan, og at der kommer et teammedlem med ud til borgeren med regelmæssige mellemrum. I denne rolle som implementeringsorganisation fortæller de tværfaglige teammedlemmer, at det har givet stor mening at have social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne med, da de repræsenterer vigtige lokale faggrupper og har et stort kendskab til, hvad der foregår, og kan lykkes/vil støde på modstand. I rollen som implementeringsorganisation giver det mening, at hjælperne også kommer med, da de udgør langt den største faggruppe og samtidig derfor altovervejende varetager funktionen som borgerens kontaktperson.

*I rollen som faglig(e) ankerperson(er) i borgerforløb* er det mere tvivlsomt, hvilken rolle hjælpere og til dels også social- og sundhedsassistenter spiller. Observation og interview peger på, at det er vigtigt, at den person, der vejleder borger og kontaktperson i det daglige arbejde, har et fagligt og personligt overskud i forhold til det personale, der superviseres. Det kan der uden tvivl findes eksempler på individuelle assistenter og hjælpere, der har, i forhold til andre individuelle assistenter og hjælpere. Som faggruppe betraget kan det imidlertid ikke forventes, at en assistent eller hjælper har det samme faglige overskud i forhold til andre assistenter og hjælpere, som sygeplejersker og terapeuter har.

Den måde, vi har set Trænende Hjemmehjælp udfolde sig på i praksis, er som et borgerrelateret samarbejde i en gruppe bestående af 3-4 personer, nemlig:

- borgeren
- evt. pårørende
- kontaktpersonen
- et tværfagligt teammedlem

Navnet "tværfagligt teammedlem" fungerer dårligt i den henseende, hvor det tværfaglige teammedlem kommer ud til borgeren for at gennemgå Borgerens Plan. Mange kontaktper-



soner vælger derfor at sige til borgeren, at "der kommer en terapeut" – uagtet om teammedlemmet så er fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Ordet "terapeut" afspejler det terapeutfaglige fokus på træning, der ligger i projektet, og virker passende for medarbejderne i situationen. Det siger noget om den rolle, som det tværfaglige teammedlem påtager sig i borgerens hjem, og som for sygeplejersker og assistenter er anderledes end den rolle, de spiller til daglig.

Den rolle, som Tværfagligt Team *kun i begrænset omfang spiller*, er rollen som *tværfaglig rehabiliteringsorganisation*, hvor det via tværfaglig sammensætning af selve *borgerteamet* sikres, at borgeren får en tværfaglig udredning, samt at der lægges en tværfaglig handleplan. Der ses flere eksempler på, at de tværfaglige teammedlemmer sparrer med hinanden om konkrete borgerforløb, og at et tværfagligt teammedlem beder en anden om at foretage en vurdering af en konkret borger. Da det imidlertid ikke er teamet som sådan, der arbejder rehabiliterende med den enkelte borger, men et individuelt teammedlem der går ind i og tager en rolle som faglig ankerperson for et borgerforløb, hvortil der allerede er knyttet et antal fagpersoner, så kan den tværfaglige teamsammensætning både medvirke til at skabe monofaglighed, tværfaglighed og dobbeltfaglighed i selve borgerteamet:

- *Monofaglighed* skabes, når en borger, der a priori er tilknyttet en hjælper (evt. assistent), tilknyttes en assistent som faglig ankerperson.
- *Tværfaglighed* skabes, når en borger, der a priori er tilknyttet en hjælper (evt. assistent), tilknyttes en sygeplejerske eller terapeut, eller når en borger, der a priori er tilknyttet en hjælper (evt. assistent), og en sygeplejerske tilknyttes en terapeut.
- *Dobbeltfaglighed* skabes, når en borger, der a priori er tilknyttet en hjælper (evt. assistent), og en sygeplejerske tilknyttes en (anden) sygeplejerske.

I den fortsatte diskussion af, hvordan det rehabiliterende arbejde bedst tilrettelægges på distriktsniveau, anbefaler vi, at der differentieres mellem den opgave, teamet spiller som henholdsvis implementeringsorganisation og faglig ankerperson. Måske skal der findes et nyt ord for den rolle, som teammedlemmerne varetager som faglige ankerpersoner i borgerforløb; måske er det allerede benyttede ord "terapeut" passende.

En anden væsentlig overvejelse går på, hvornår og hvordan der med fordel kan skabes større tværfaglighed i konkrete borgerforløb. Dette ved mere systematisk brug af strategisk udvalgte fagligheder (assistent, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut) til det enkelte borgerforløb, samt ved systematisk overvejelse af, hvornår (og hvordan) der kan kobles flere fagligheder på.

Overvejes der nye organiseringer, er det vigtigt at fastholde det mikroelement, der virker, nemlig den faste faglige revision af det daglige tilbud, som kontaktpersonen giver til borgeren. Samtidig bør der sættes fokus på, hvordan der skabes bedst mulig kvalitet i den vejledning og supervision, der gives til borger og kontaktperson. De personer, der gives funktioner som faglige ankerpersoner, skal både have fagligt og personligt overskud for at lykkes og give kvalitet til serviceydelsen.

### 4.3 Delkonklusion

Konceptet Trænende Hjemmehjælp rummer både mulighed for at skabe meningsfulde borgerforløb, hvor det daglige samarbejde mellem hjælper og borger optimeres, så borgeren får en mere meningsfuld hverdag, og hvor borgeren overrumples af de tværfaglige teammedlemmers forsøg på hurtigt at gøre dem selvhjulpne.

De fagpersoner, der fungerer i rollen som tværfagligt teammedlem, er afgørende for, om konceptet lykkes, og for om der skabes meningsfulde borgerforløb og faglig kompetenceudvikling af medarbejderne, eller om der skabes modvilje og modstand. Ved rekruttering af nye medarbejdere er det derfor vigtigt at sikre, at de har det faglige og personlige overskud, der skal til for at lykkes i rollen.

Det er samtidig vigtigt at overveje, om det er de samme personer, som skal indgå i implementeringsorganisationen, der også skal varetage funktionen som supervisor på borgerforløb, samt efter hvilke kriterier det skal afgøres, hvilken fagperson der får rollen som supervisor over for den enkelte borger. I nogle tilfælde vil det kunne være relevant at koble flere fagligheder på det samme borgerforløb.

## 5 Pårørendeinddragelse

I dette kapitel sætter vi fokus på arbejdet med pårørendeinddragelse inden for rammerne af Trænende Hjemmehjælp. Vi undersøger, hvordan de pårørende inddrages, og diskuterer hvordan (og hvorvidt) de kan inddrages mere. Det empiriske grundlag for analysen er observation, interview og skriftligt materiale som beskrevet i kapitel 3. Vi har deltaget i besøg hos og gennemgået borgerplaner for i alt 24 borgere i forbindelse med projektet.

### 5.1 Tidligere undersøgelser

I 2010 udgav DSI rapporten: Opgavefordeling mellem borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering (6). Rapporten bidrog med et løsningsorienteret bidrag til nye måder at inddrage de pårørende som ressourcepersoner i borgeres rehabiliteringsforløb.

DSIs faglige interesse for de pårørende begyndte med et dokumenteret behov for nye måder at se, anerkende og inddrage de pårørende mere eksplicit i pleje, planlægning og behandling (7-9). DSI foretog (43) interview og (40 dages) observation af samarbejde mellem borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering på tre rehabiliteringssteder i Danmark, deriblandt Fredericia Kommunes Projekt Hverdagsrehabilitering.

En væsentlig konklusion på baggrund af undersøgelsen fra 2010 var, at der syntes at være potentiale for et godt samarbejde i rehabilitering mellem borgere, pårørende og fagpersoner, men at der er lang vej i forhold til at turde tage en åben dialog med de pårørende om, hvem der gør hvad, samt lang vej i forhold til at inddrage pårørende systematisk frem for ad hoc, dvs. at tænke i inddragelse hver gang man begynder et rehabiliteringsforløb, og ikke kun, når de pårørende selv viser initiativ (6).

Rapporten formulerede en række anbefalinger på vejen mod det gode samarbejde:

- 1) et behov for at se familien/netværket som en enhed med gensidige forpligtelser frem for at se et sygt individ med potentielle familieressourcer omkring sig
- 2) et behov for at tale åbent om opgavefordeling - at man tør tale åbent om, hvem der gør hvad i rehabilitering
- 3) et behov for at fagpersoner forholder sig eksplicit til, hvordan sygdom og tab af funktionsevne kan forandre, opslide og true relationerne mellem borgere og pårørende
- 4) et behov for at fagpersoner får øje på potentialet i de pårørendes 'arbejde' - de opgaver de allerede løser i rehabilitering.

### 5.2 Pårørendeinddragelse i Trænende Hjemmehjælp

Ved observation af arbejdet med Trænende Hjemmehjælp i efteråret 2012 så vi, at de pårørende havde fået en mere synlig plads end den, vi tidligere havde set (6).

Vi vil prøve at illustrere forandringen med et eksempel fra et besøg i et konkret hjem i Fredericia hos et ægtepar, hvoraf den ene - hustruen - har sukkersyge, nedsat gangfunktion og svækket hukommelse. Året er 2012.

*Vi kommer ind i borgerens hjem, hvor vi følges med en social- og sundhedshjælper - kontaktpersonen - på arbejde. I en opbevaringskasse i bryggerset ligger et print af Borgerens Plan oven på shampoo og fugtighedscremer. I planen står målet anført: "At borgeren kan*

klare sig selv længst muligt i eget hjem". Målet er udmøntet i en række konkrete handlinger, hvoraf det bl.a. fremgår, at: "Borger sætter sig selv op i sengen med støtte, borger trækker selv strømper op, når hjælper har sat dem på foden, borger vasker sig selv foroven, mens hjælper klarer den nedre vask" osv. Ved siden af Borgerens Plan ligger en "Døgnrytmeplan", der også udførligt skitserer hjælperens og borgerens opgaver. Her er et punkt med titlen: "Pårørendes hjælp og støtte", hvor det fremgår, at: "Manden hjælper med det hele".

Under besøget ser vi alt, hvad der står i Borgerens Plan og Døgnrytmeplanen udspille sig i praksis i mindste detalje. Vask og påklædning foregår i samarbejde mellem kontaktpersonen og hjælperen inde i ægteparrets stue, hvor en hæve-sænke seng er sat op af pladshensyn. I køkkenet er manden i gang med at forberede konens franskbrødsfad med marmelade og kaffe, som han stiller på en bakke. Imens kontaktpersonen støtter konen i selv at gå med rollatoren ud af stuen, ind i køkkenet, ned af de tre trin til bryggerset, hen til den næste rollator, så hun selv kan gå det sidste stykke ud på badeværelset for at vaske sig for oven – henter manden post, sætter en vask over og sætter sig derefter i køkkenet for at læse avis.

Efter besøget reflekterer kontaktpersonen over opgavefordelingen i denne familie. Hun fortæller, at manden er rask og rørig og står for alle de huslige opgaver. Han vasker tøj, gør rent, ordner have og laver mad. Kun den personlige hygiejne er uddelegeret til hjemmeplejen.

Kontaktpersonen fortæller endvidere, at ægteparret lever lidt som "hund og kat". Manden har ikke tålmodighed til at vente på, at kvinden gør ting selv. Han tager over og gør det hele. Derfor er det lidt op ad bakke med at få "trænet denne kvinde" til at blive så selvstændig som muligt, hvilket ellers var det opstillede mål. Når hjælperen ikke er til stede, tager manden hellere over for kvinden og bliver irriteret over det tempo, som hun fx kan præstere at lægge tøj sammen i.

Hjælperen fortæller, hvordan hun har haft fokus på måder, hun/kommunen evt. kunne aflaste ægtemanden. Hendes refleksioner går på, at manden er en kæmpe aflastning for kommunen med alt det, han påtager sig i hjemmet, men hun er bekymret for, hvor meget og hvor længe han kan klare det og ikke mindst bekymret for deres "hund og kat"-relation, der forstærkes i takt med, jo mindre konen kan, des mere overtager manden.

I det lys inviterede hjælperen for et par uger siden visitator ud for at vurdere muligheder for at aflaste familien. Men visitator så ikke grundlag for at visitere mere hjælp, da manden var fuldt i stand til at påtage sig alle opgaver. Hjælperen har selvstændigt taget initiativ til at bestille nye bleer, der holder kvinden bedre tør om natten og dermed aflaster mandens byrde med vasketøj. Kommunen har bevilget et besøg på dagcenter til kvinden en gang om ugen for at give manden lidt ro.

Hjælperen har også forsøgt at aflaste manden ved at opmuntre kvinden til at deltage i små praktiske opgaver i dagligdagen, fx æbleskræl til æbleflask eller det at lægge tøj sammen, når manden har vasket. En fysioterapeut har vurderet, at kvinden sagtens kan bruge sine hænder til sådanne aktiviteter.

Eksemplet illustrerer de mange facetter af samarbejde og pårørendeinddragelse, der er på spil, når en social- og sundhedshjælper eller anden fagperson træder ind i et hjem og en familie, der er mærket af sygdom og funktionstab. Eksemplet viser, hvordan social- og sundhedshjælperen kigger på, hvordan den hidtidige opgavefordeling og roller/relationer i hjemmet har været, og hvad kvindens sygdom gør ved den nuværende opgavefordeling og relation (i eksemplet ovenfor at de lever som hund og kat). Eksemplet viser samtidig,

hvordan social- og sundhedshjælperen forsøger at aflaste manden på måder, lovgivningen ikke forhindrer og uden væsentlige omkostninger, samt hvordan hun forsøger at støtte ægteparret, så godt hun kan i deres relation til hinanden gennem æbleflæsk og vasketøj.

Den pågældende social- og sundhedshjælper praktiserer således pårørendeinddragelse med en skærpet opmærksomhed på de pårørende og deres rolle i familien og hverdagen – og med blik for at rehabiliteringsindsatsen skal rettes mod en familie eller et netværk af relationer, som skal støttes i at få den hverdag, de har sammen til at fungere frem for mod en borger, der som individ skal blive selvhjulpent.

Fagpersoner vil givet vis også hæfte sig ved, at ægtefællen i dette eksempel har småt med tålmodighed over for sin kones langsommelighed som følge af hendes funktionsnedsættelse, og at han snarere overtager de praktiske opgaver end at støtte hende i at prøve selv. Det er en klassisk situation, der bliver fremhævet af fagpersoner som en udfordring i det rehabiliterende arbejde (6).

### 5.3 Potentiale for mere systematisk pårørendeinddragelse

I undersøgelsen fra 2010 pegede både pårørende, borgere og fagpersoner på nogle af de grænser, de så for mere systematisk pårørendeinddragelse. Fagpersoner fra Hverdagsrehabiliteringen fremhævede bl.a. de pårørendes velmenende servicetendens som en barriere i det rehabiliterende arbejde. Mens fagpersonerne endelig var begyndt at tænke i træning frem for hjælp, oplevede fagpersonerne, at de pårørende fortsat havde svært ved at forstå, hvorfor deres kære ikke bare kunne få den hjælp, de havde brug for. Fagpersonerne havde af samme årsag oplevet flere sammenstød med pårørende.

En væsentlig pointe i denne diskussion er, at de pårørende også har brug for at aflære sig hjælpertrangen/fælden, på samme måde som danske hjælpere har skullet og fortsat kæmper med at aflære sig denne. Måske har de pårørende brug for lidt sparring fra fagpersoner, der kommer i deres hjem for at få øje på formålet med træningen – at det har til hensigt at løfte kvaliteten af plejen ud over at omfordele hjælpen mere hensigtsmæssigt og mere omkostningseffektivt.

I 2012 observerede vi en afprøvning af et hjælpemiddel i en ældre mands hjem, hvor hans kone, en hjælper og et medlem af Tværfagligt Team var til stede. Situationen kombineret med det tværfaglige teammedlems efterfølgende refleksioner viser, at der fortsat er et uudnyttet potentiale for mere pårørendesamarbejde/inddragelse i Trænende Hjemmehjælp, som kan bidrage yderligere til at løfte kvaliteten af hjælpen i ældreplejen:

*En mand på 72 år får hjælp til at tage støttestrømpe på hver morgen. Der er afsat 20 minutter til ydelsen (inklusive kørsel). I Borgerens Plan er angivet målet: "NN bliver selvhjulpent i at tage støttestrømpen på/af".*

*Seneste evaluering (fra 2011) fortæller, at der er bestilt hjælpemidler med henblik på at gøre borgeren i stand til selv at tage strømpen på og af. Det tværfaglige teammedlem fortæller os, at aftenvagten tidligere har taget sig af strømpaftagning, men nu klarer borgerens hustru det, og aftenvagten kommer ikke længere.*

*Det er september år 2012, og vi ringer på døren hos samme borger for at foretage en ny evaluering. "Vi" er et tværfagligt teammedlem, borgerens kontaktperson og to KORA-medarbejdere. Det er borgerens hustru, der lukker os inden for i varmen.*

*Det tværfaglige teammedlem forklarer først formålet med dagens besøg og læser højt fra Borgerens Plan: "Målet var, at borgeren skulle blive selvhjulpent i at tage støttestrømpe på og af. Vi besluttede at bestille en fod i hose [strømpepåtager, red.] og en strømpeaftager".*

Hverken borger eller hustru erindrer noget om den beslutning. Det tværfaglige teammedlem henviser til, at det står der altså i *Borgerens Plan*, og "... der står også, at du [borgeren, red.] synes, det er svært". Det tværfaglige teammedlem vender sig mod hustruen og siger: "Og der står, at du trækker dem af". Hustruen nikker, og borgeren siger: "Ja, det er godt nok". "Bruger du strømpeaftageren, når du hjælper ham af med strømpen?", spørger kontaktpersonen hustruen. "Nej", svarer hustruen. "Det er det da dumt, at du bruger dine muskler på det, når der nu er den strømpeaftager", kommenterer kontaktpersonen.

Det tværfaglige teammedlem fortsætter: "Jeg havde tænkt mig, at vi kunne instruere jer i brugen af strømpepåtager og -aftager i dag". Ægteparret er tavst. Det tværfaglige teammedlem og kontaktpersonen begynder med strømpepåtageren. Kontaktpersonen sætter sig på knæ for borgerens fødder og trækker strømpen på foden ved hjælp af den grønne pose (fod i hose). Det tager få sekunder. Det tværfaglige teammedlem spørger borgeren: "Kan du ikke selv tage den yderste strømpe på?". "Nej, det kan jeg ikke. Jeg har forsøgt flere gange. Jeg kan godt få benet op på sengen derinde, men jeg kan ikke få fat i strømpen", svarer borgeren.

Så er det blevet strømpeaftagerens tur – den såkaldte 'butler off'. Det tværfaglige teammedlem opmuntrer med bemærkningen: "Den er god, så du ikke skal bruge kræfter på at få strømpen af. Det er ligesom et skohorn, man kører den ind ved læggen, så den er mellem strømpen og huden. Og når man så kører ned, så tager den strømpen med". "Så er det lige før, du kan selv!" siger hustruen begejstret. "Kunne du tænke dig at afprøve den?", spørger det tværfaglige teammedlem og peger på det lange skohornslignende redskab, som kontaktpersonen har i hånden. Før borgeren selv svarer, siger hustruen: "Det synes jeg, at vi skal". Det tværfaglige teammedlem tilføjer: "Så behøver du ikke have kvaler, når din kone er ude med syklubben". "Ja", siger hustruen, "her i går aftes var klokken 23, før jeg kom hjem". Det tværfaglige teammedlem spørger: "Er det i orden, at jeg bestiller sådan en, og så kan NN [kontaktperson] vise dig, hvordan den fungerer?". Borgeren har endnu ikke sagt et ord – ej heller svaret på det oprindelige spørgsmål om afprøvning. Nu fortsætter hustruen: "Så behøver du ikke vække mig, når du går i seng med dit: 'Jeg kan ikke få min strømpe af!'. "Nej, hvis du nu selv kunne..."", siger kontaktpersonen og det tværfaglige teammedlem færdiggør hendes sætning: "... ville det så ikke være det bedste?" Nu svarer borgeren tøvende: "Jeg kan ikke lige se, hvordan det kan lade sig gøre... Det kniber med at komme alt for langt ned". Kontaktpersonen fortsætter: "Det skal du heller ikke... du sidder heroppe [kontaktpersonen viser det en gang ti]...". "Jeg ved ikke...", siger borgeren tøvende. "Det skal vi nok få dig lært!" siger kontaktpersonen, og det tværfaglige teammedlem tilføjer: "Hvis det ikke virker, så tager vi den bare med tilbage igen". Borgerens reaktion er: "Ja, hvis ikke den går i stykker". "Det går nok, det er ikke noget plastik lort", svarer kontaktpersonen, og det tværfaglige teammedlem afrunder besøget med et "tak og på gensyn (...), jeg glæder mig til at komme igen og se, hvordan det går med den strømpeaftager". "Ja, det er godt nok at lære noget nyt. Det kan man, hvis viljen er der", siger kontaktpersonen. "Ja, det kunne da også være fint, hvis jeg selv kunne gøre det", siger borgeren og får det sidste ord.

I dette eksempel møder vi en borger med en ydelse, der balancerer på grænsen til afslutning. Der er tale om den mindste ydelse i systemet, nemlig en støttestrømpe. Det er interessant at se, hvordan både et hjælpemiddel og en pårørende bliver vigtige brikker i dette afslutningsspil, der kredser om, hvorvidt det giver mening, at kommunen aflægger denne borger et dagligt besøg på 20 minutter eller ej.

Under besøget er hjælpemidlerne og afprøvning af disse umiddelbart centrale på det tværfaglige teammedlems dagsorden, og at dømme efter både borgerens og hustruens umiddelbare reaktioner i første halvdel af samtalen (de erindrer dem ikke og synes ikke at have

en særlig interesse i at afprøve dem) i langt mindre grad relevante for dem. Midtvejs i samtalen – ved afprøvning af strømpeaftageren – bliver hustruen imidlertid aktiv, da hun får øje på muligheden for, at hendes mand selv kan lære at tage strømpen af om aftenen. Manden vedbliver at være lidt passiv i samtalen og virker hverken særlig begejstret eller helt afvisende overfor tanken. Men som samtalen skrider frem og det tværfaglige teammedlem, kontaktpersonen og hans egen hustru synes lige begejstrede for ideen, afslutter han mødet med konklusionen: "Ja, det kunne da også være fint, hvis jeg selv kunne gøre det".

Som hjælper og tværfagligt teammedlem er der mange muligheder for læring i dette eksempel. Det viser først og fremmest, at en central forudsætning for at opnå målet: at borgeren bliver selvstændig i af- og påtagning af støttestrømpe kræver 1) at borgeren og nærmeste pårørende er motiverede, som igen afhænger af om 2) borgeren og nærmeste pårørende kan se sammenhængen mellem afprøvning af et hjælpemiddel og deres muligheder for dels at slippe for daglige besøg af fremmede mennesker i deres hjem, dels muligheden for at genetablere ligevægten i deres indbyrdes forhold, i den forstand at manden ikke skal være afhængig af sin hustru for at komme i eller ud af tøjet – og omvendt at hustruen kan genvinde sin frihed til at disponere over sin tid om aftenen.

Men eksemplet viser også en anden vigtig pointe, nemlig at det ikke er ligegyldigt for udfaldet af en sådan evaluering i borgerens hjem, hvorvidt den pårørende er til stede og deltager i samtalen eller ej. Det fremgår af det videre forløb efter borgerbesøget:

*I bilen, efter besøget, spørger vi det tværfaglige teammedlem, Hvorfor hun ikke valgte at inddrage den pårørende i forhold til påtagning af støttestrømpen. Det tværfaglige teammedlem spørger, om vi mener, at den pårørende skulle erstatte kontaktpersonen? Vi svarer: Ja, ligesom om aftenen, hvor det jo er konen, der tager strømpen af – i princippet er der vel ikke noget i vejen for, at konen kunne bruge den grønne strømpepåtager og hjælpe manden strømpen på? Det tværfaglige teammedlem reflekterer over forslaget: Det har jeg ikke tænkt over, men tjå, det er ikke noget vi systematisk går ind i, det med de pårørende; det var tilfældigt, at konen satte sig ved bordet og deltog, hun kunne lige så godt have valgt at gå ud i haven eller et andet sted, men jo, det kunne vi måske godt snakke med kontaktpersonen om.*

Eksemplet viser, at det er uvant for det tværfaglige teammedlem at tænke i systematisk inddragelse af de pårørende i opgavefordelingen, og at det er tilfældigt, at hustruen deltager i samtalen, på trods af at hustruen faktisk er skrevet ind i Borgerens Plan som den, der har overtaget aftenvagts ydelse: afgang af støttestrømpe.

Videre dialog mellem det tværfaglige teammedlem og kontaktpersonen viser, at kontaktpersonen har overvejet muligheden for, at hustruen kan give manden støttestrømpen på om morgenen – og faktisk har spurgt hende, om hun (konen) ikke kunne gøre det i stedet for hende (kontaktpersonen). Da konen fortæller, at hun får ondt i armene af det, og at hun har en aftale om at passe børn for sin datter to gange om ugen, så har kontaktpersonen ladet sagen ligge, også selv om hun personligt synes det er unødvendigt/spild af tid, at hun skal køre forbi. Det tværfaglige teammedlem vurderer, at det er "super godt" og lukker på denne baggrund sagen. Deres ordveksling i den forbindelse er gengivet nedenfor:

*Det tværfaglige teammedlem: "Har du tænkt på, om din hustru altid er til stede, når du hjælper med at få den støttestrømpe på?"*

*Kontaktpersonen: "Nej, hun passer børnebørnene et par formiddage i ugen. Og hun gør forskellige andre ting for ham."*

*Det tværfaglige teammedlem: "Godt, det var fordi KORA-medarbejderne fortalte, at de har fokus på, hvad de pårørende gør i hjemmet. Har du tænkt på det?"*

*Kontaktpersonen: "Ja. Jeg har spurgt hende, hvorfor hun ikke hjælper ham, ligesom jeg gør, og så siger hun, at det kan hun ikke, fordi hun får ondt i sine arme, og det ville forhindre hende i at sidde og sy."*

*Det tværfaglige teammedlem: "Super godt!"*

*Kontaktpersonen: "Ja, det spurgte jeg hende om, fordi jeg undrede mig gevaldigt over, hvorfor jeg skulle komme i det her hjem, når det ikke var for andet end at sætte en støttestrømpe på."*

*Det tværfaglige teammedlem: "Jamen fint, så er det det."*

Eksemplet er interessant, fordi det viser nogle af de problemstillinger, der er på spil i forhold til pårørendeinddragelse. Kontaktpersonen har spurgt, og kontaktpersonen har undret sig. Konens svar er modtaget, men der er ikke gjort noget videre for at finde andre løsninger, som fx at forsøge sig med en aftale om, at kontaktpersonen kun kom de dage i ugen, hvor konen ikke var hjemme (fordi hun skulle passe børnebørnene eller havde andre opgaver at varetage). Eller en afprøvning af strømpe på- og aftager, hvor konen var aktivt involveret med henblik på at afhjælpe belastningen af hendes arme. En afprøvning kombineret med fleksibel løsning kunne måske fungere for ægteparret, men bliver ikke bragt i spil i dette tilfælde.

## 5.4 Delkonklusion

Observationer af arbejdet med Trænende Hjemmehjælp fra 2012 peger på, at medarbejderne i vid udstrækning er gode til at tilrettelægge deres indsats med udgangspunkt i *borgerens netværk* frem for det enkelte individ. Vi har set medarbejdere inddrage pårørendes ressourcer, hvor det er muligt, og vi har set medarbejdere få øje på og imødekomme pårørendes behov for aflastning, hvor det er nødvendigt.

I forhold til Trænende Hjemmehjælps overordnede mål om at realisere borgernes rehabiliteringspotentiale kan det være en udfordring, at nogle pårørende påtager sig hjælperollen over for de ældre og overser betydningen af, at de ældre holder sig aktive. Det kunne være et fremtidigt indsatsområde.

Det største potentiale i forhold til Trænende Hjemmehjælp består i at sikre systematisk pårørendeinddragelse, hvor det ikke må være tilfældigt, om de pårørende inddrages i diskussionen af, hvordan borgerne og hjemmene – på bedst tænkelige måde – (igen) kan blive selvhjulpent.



## 6 Effekt og økonomi

Fredericia Kommune har ønsket en økonomisk evaluering af Trænende Hjemmehjælp. I dette kapitel beskriver vi evalueringens design og resultatet.

### 6.1 Metode

Den økonomiske evaluering har initialt været designet som en analyse af det tilbud om Trænende Hjemmehjælp, der blev leveret inden for rammerne af U-pakkerne.

Som følge af Fredericia Kommunes beslutning om, at der både kan arbejdes rehabiliterende inden for rammerne af U- og C-pakker, og at U-pakker udelukkende skal bevilges i de tilfælde, hvor C-pakken ikke rummer tilstrækkelig tid til at opnå konkrete rehabiliterende mål, har det ikke været muligt at opretholde dette evalueringensdesign.

Det er derfor besluttet at basere den økonomiske evaluering på fire supplerende delanalyser:

- 1) En analyse af det samlede forbrug af hjemmeplejeydelser (C-pakker, U-pakker, anden pleje<sup>13</sup> og akut pleje<sup>14</sup>) før/efter implementering af Trænende Hjemmehjælp (hvor opstartstidspunktet defineres ved tildelingen af den første U-pakke i distriktet)
- 2) En analyse af de besparelser, der er opnået som følge af et reduceret forbrug af hjemmeplejeydelser, jf. ovenfor
- 3) En analyse af de borgere, der har modtaget U-pakker
- 4) En analyse af det samlede forbrug af hjemmeplejeydelser, hjemmesygeplejeydelser og hverdagsrehabiliteringsydelser i før/efter-perioden.

I det følgende beskrives undersøgelsespopulationen og den nærmere analyse af data.

#### Undersøgelsespopulation

Analysen er baseret på et genereret datasæt (en undersøgelsespopulation), som inkluderer alle borgere i Fredericia Kommune, der har modtaget ydelser fra hjemmehjælp og bor i egen bolig. Borgere, der bor i pleje- eller ældrebolig, er ikke medtaget<sup>15</sup>.

Undersøgelsespopulationen er opdelt på fem distrikter, som på forskellige tidspunkter indfører U-pakker i forbindelse med Trænende Hjemmehjælp. Da der sker en omlægning af distrikterne pr. 1. januar 2012, er evalueringsperioden begrænset til at løbe til og med 31. december 2011.

Borgere henføres altid til det distrikt, hvor de har folkeregisteradresse – uanset om borgeren får ydelser fra andre distrikter. Hvis en borger ikke har en folkeregisteradresse, men en opholdsadresse, så bruges opholdsadressen til at finde distriktet.

<sup>13</sup> En akut ydelse er, hvis en medarbejder kaldes ekstraordinært til besøg, der ikke er planlagt i dagens program. Det kan være nødkald, akut besøg eller dødsfald (i modsætning til den traditionelle definition af ekstra ydelse, som dækker opgaver inden for det planlagte besøg, men kommer ekstra oveni).

<sup>14</sup> Anden pleje er en residual-kategori, der dækker de ydelser, som ikke er omfattet af de øvrige kategorier. Herunder findes fx småbesøg/ydelser som fx "at bestille varer", "at stille varer på plads", "at ordne post" osv.

<sup>15</sup> Herved adskiller analysen sig fra DSIs tidligere analyse (11) af Længst Muligt i Eget Liv. De to analysers omkostninger kan således ikke sammenlignes.

Hvis borgeren på registreringstidspunktet er bosiddende i en ældre/plejebolig eller er fraflyttet kommunen, henføres borgeren til det distrikt, hvorfra der er leveret C-pakker. Hvis der ikke er leveret C-pakker fra et kommunalt hjemmeplejedistrikt, men fra en privat leverandør og hjemmesygeplejen, henføres borgeren til det distrikt, som hjemmesygeplejen tilhører.

Hvis borgeren er fraflyttet eller flyttet i pleje/ældrebolig og udelukkende modtager sygepleje/akut hjælp, medtages de ikke i populationen.

Populationen omfatter både borgere, som modtager ydelser fra private og kommunale leverandører – også selv om de private leverandører ikke har implementeret Trænende Hjemmehjælp på undersøgelsestidspunktet. Årsagen er, at vi har ønsket et samlet billede, der inkluderer evt. forskydninger, hvor borgere vælger at skifte leverandør.

### **Undersøglesperioder (periodeafgrænsning)**

Implementeringsdatoerne for distrikterne er defineret som den dato, hvor medarbejdere og leder har været på kursus i Trænende Hjemmehjælp, det Tværfaglige Team starter i distriktet, og visitator har revurderet de første borgere til Trænende Hjemmehjælp:

- 15. marts 2010 for Distrikt 1
- 1. april 2011 for Distrikt 2
- 1. april 2011 for Distrikt 3
- 15. november 2010 for Distrikt 4
- 15. november 2010 for Distrikt 6

Der er dannet før- og efter-perioder med udgangspunkt i ovenstående implementeringsdatoer, hvilket vil sige, at opstartsfasen er inkluderet i efter-perioden. I analyserne er det før- og efter-periodernes forbrug, der sammenlignes. Derfor er det vigtigt, at før- og efter-perioderne har samme længde og løber over samme måneder.

I Distrikt 2 og 3 starter brugen af U-pakker den 1. april 2010. Data tillader en opfølgning frem til 31. december 2011. Efter-perioden er derfor kun 9 måneder. Sammenligningsperioden forud for brugen af U-pakker (før-perioden) sættes for Distrikt 2 og 3 derfor ligeledes til de årstidsmæssige samme 9 måneder.

Før- og efter-perioderne for distrikterne bliver således:

- Distrikt 1, 12 måneder  
Før-periode: 15. marts 2009-14. marts 2010  
Efter-periode: 15. marts 2010-14. marts 2011
- Distrikt 2, 9 måneder  
Før-periode: 1. april 2010-31. december 2010  
Efter-periode: 1. april 2011-31. december 2011
- Distrikt 3, 9 måneder  
Før-periode: 1. april 2010-31. december 2010  
Efter-periode: 1. april 2011-31. december 2011

- Distrikt 4, 12 måneder  
Før-periode: 15. november 2009-14. november 2010  
Efter-periode: 15. november 2010-14. november 2011
- Distrikt 6, 12 måneder  
Før-periode: 15. november 2009-14. november 2010  
Efter-periode: 15. november 2010-14. november 2011

### **Omkostningsberegning**

Omkostningerne beregnes ud fra timeprisen for hver type ydelse, som afhænger af tidspunktet for leveringen af den (hverdag/weekend, aften og nat) samt om ydelsen leveres af kommunale eller private udbydere.

I afsnit 7.5 indregnes omkostninger til sygepleje mv. Timeprisen for sygeplejeydelser afhænger af, om ydelsen er leveret af en sygeplejerske eller af andet personale. Den anvendte timepris til beregning af omkostningerne for sygeplejeydelser leveret af sygeplejersker er priser for sygeplejerskernes udførelse af sygepleje i år 2012, som er pr. leveret time og er beregnet af Fredericia Kommune. Ligesom alle andre priser, så er disse priser baseret på en række forudsætninger, fx hvad Fredericia Kommune forventer, at sygeplejersker henholdsvis leverer og delegerer af sygeplejetimer i år 2012. Sygeplejeydelser, der er delegeret til andet personale, prisfastsættes som plejeydelser. Omkostninger til leverede fysio-/ergoterapeutiydelser inden for modulet Hverdagsrehabilitering er prissat efter samme principper som sygeplejeydelser.

I forbindelse med implementeringen af Trænede Hjemmehjælp blev der allokeret ekstra ressourcer til fysioterapeuter og ergoterapeuter i Tværfaglige Teams. I opstartsfasen var der for de fem distrikter samlet afsat 154 timer om ugen, som senere er reduceret til 74 timer om ugen. I efter-perioden er der således brugt 1.529.728 kr. til fysioterapi/ergoterapi ved implementering af Trænede Hjemmehjælp, svarende til et årligt forbrug på 1.699.698 kr. Efter endt implementering er dette beløb dog reduceret til et årligt forbrug svarende til 735.064 kr. Der er ikke allokeret ekstra ressourcer til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i de Tværfaglige Teams, da ressourcerne til de to faggrupper udelukkende er fundet ved omlægning af deres eksisterende timer i distriktet.

## **6.2 Hjemmeplejeydelser før/efter**

### **Borgere i Hjemmeplejen Fredericia Kommune før og efter indførelse af U-pakker**

Analysen tager afsæt i de fem hjemmeplejedistrikter, og data er opgjort i perioderne før og efter, der indføres U-pakker i hjemmeplejen, jf. metodeafsnittet.

Tabel 6 viser antallet af borgere, der modtager hjemmeplejeydelser (U-pakker, C-pakker, anden pleje) inden for de enkelte distrikter i før- og efter-perioden samt ændringen i procent.

Tabellen er baseret på antallet af registrerede cpr-numre, der optræder i før- og efter-perioderne, og som har modtaget mindst en af ydelserne C-pakke, U-pakke eller anden pleje. Borgere, der kun modtager akutydelser, er ikke medtaget for at undgå at medtage enkeltstående akutydelser. Medregnet er ydelser for såvel dag som aften og nat. Tabellen

viser antallet af borgere, der modtager hjemmeplejeydelser fordelt på over og under 67 år<sup>16</sup>.

Antallet af borgere på 67 år og derover, der modtager hjemmeplejeydelser, falder i efter-perioden med 3 % samlet for alle distrikter. I Distrikt 1 ses et fald på 10 %, mens der er et fald på 6 % i distrikt 6. I de øvrige distrikter ses ingen eller kun meget lille ændring for borgere på 67 år og derover.

**Tablet 6:** Antal borgere i før- og efter-perioden, som modtager hjemmeplejeydelser fordelt på distrikter\*

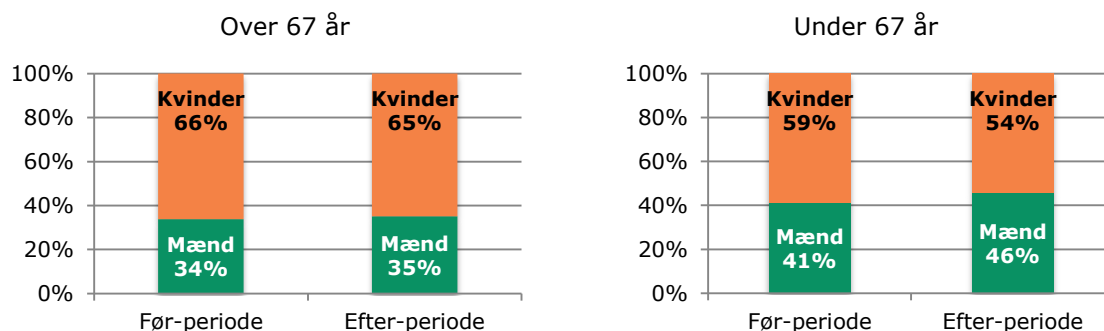
		Før	Efter	Ændring før-efter
Distrikt	Alder	N	N	Procent
Distrikt 1	Under 67 år	24	34	42
	Over 67 år	135	122	-10
Distrikt 2	Under 67 år	9	12	33
	Over 67 år	91	91	0
Distrikt 3	Under 67 år	21	25	19
	Over 67 år	139	137	-1
Distrikt 4	Under 67 år	64	67	5
	Over 67 år	257	260	1
Distrikt 6	Under 67 år	36	44	22
	Over 67 år	180	169	-6
<b>Alle distrikter</b>	Under 67 år	154	182	18
	Over 67 år	802	779	-3

\* Medtaget er borgere, der modtager pleje (C-pakke, U-pakke eller anden pleje). Borgere, der udelukkende har modtaget sygepleje, hverdagsrehabilitering, praktisk hjælp og/eller akuthjælp, er udeladt.

Figur 1 viser fordelingen mellem mænd og kvinder hos de borgere, der modtager hjemmepleje i før- og efter-perioden. 66 % af borgerne på 67 år og derover, der modtager hjemmepleje, er kvinder, og der er ingen ændring i denne fordeling i efter-perioden. For gruppen under 67 år er der lidt færre kvinder i efter-perioden, men da der er tale om små populationer, kan man ikke tale om en egentlig trend.

<sup>16</sup> Det skal bemærkes, at antal i de enkelte distrikter ikke er direkte sammenlignelige, da der er forskel i deres periodelængder, jf. afsnit 1. Derfor er det samlede antal borgere for alle distrikter ikke udtryk for antallet af borgere, der modtager ydelser i et givet år.

**Figur 1:** Kønsfordeling hos borgere, som modtager hjemmeplejeydelser i før og efter perioden\*



\* Medtaget er borgere, der modtager pleje (C-pakke, U-pakke eller anden pleje). Borgere, der udelukkende har modtaget sygepleje, hverdagsrehabilitering, praktisk hjælp og/eller akuthjælp, er udeladt.

### Leverede ydelser før og efter indførelse af u-pakker

I det følgende vil vi se på mængden af leverede hjemmeplejeydelser (C-pakker, U-pakker, akuthjælp og anden pleje) før og efter indførelse af U-pakker. Af hensyn til overskueligheden er opgørelserne ikke fordelt på distrikter, men beregningerne er lavet for hvert distrikt (se appendiks A).

Ændringen i det årlige antal leverede timer i hjemmeplejen er vist i tabel 7. De leverede timer udgøres af summen af leverede timer i hvert distrikt. For Distrikt 1, 4 og 6 er før- og efter-perioden et helt år og for Distrikt 2 og 3 kun 9 måneder. Derfor er det årlige antal leverede timer i før- og efter-perioden for Distrikt 2 og 3 det estimerede antal timer baseret på de 9 måneder. Omregningen til hele år i Distrikt 2 og 3 er en antagelse om, at evt. ændringer er stabile over tid.

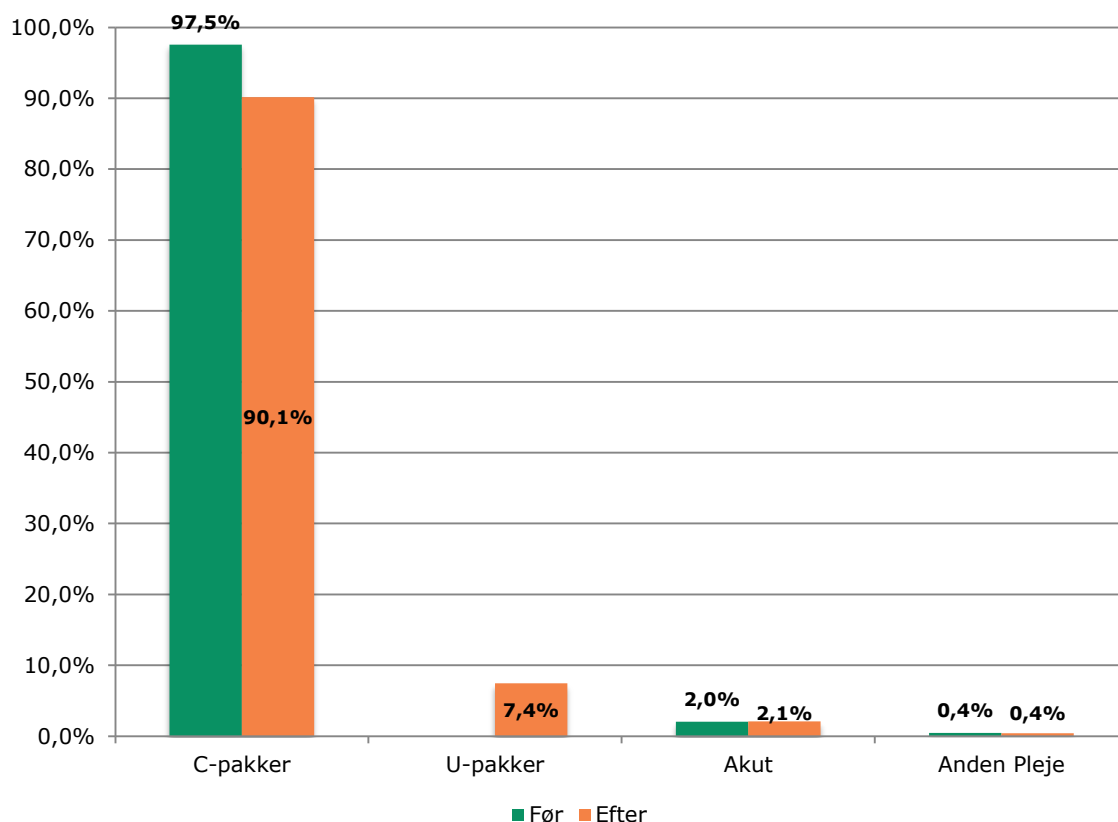
Tabel 7 viser, at antallet af leverede timer falder med 5.667 timer (5 %) i efter-perioden for borgere over 67 år. Det største fald i antal leverede timer står C-pakkerne for, hvor antal leverede timer til borgere over 67 år falder fra 105.526 timer i før-perioden til 92.383 timer i efter-perioden. Et fald på 13.143 timer til C-pakke ydelser skal ses i forhold til, at der i efter-perioden bliver leveret 7.612 timer til U-pakker, primært U-pleje til borgere på 67 år og derover.

**Table 7:** Leverede timer til hjemmepleje fordelt på ydelsestype før/efter

Alle distrikter		Leverede timer pr. år			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring før-efter	
<b>Samlet</b>		<b>Timer</b>	<b>Timer</b>	<b>Timer</b>	<b>Procent</b>
Under 67 år		15.346	16.977	1.631	11
67+ år		108.181	102.514	-5.667	-5
<b>Fordelt på ydelser</b>					
Under 67 år	C-pakker	14.486	15.121	635	4
	<b>U-pakker</b>		1.050	1.050	
	U-pleje		1.034		
	U-praktisk		17		
	Akut	522	474	-48	-9
	Anden pleje	338	332	-6	-2
67+ år	C-pakker	105.526	92.383	-13.143	-12
	<b>U-pakker</b>		7.612	7.612	
	U-pleje		7.304		
	U-praktisk		309		
	Akut	2.185	2.118	-66	-3
	Anden pleje	470	400	-70	-15

Figur 2 illustrerer, hvordan hjemmeplejeydelserne for borgere på 67 år og derover fordeler sig i før- og efter-perioden. Her ses det, at andelen af C-pakke ydelser falder fra 97,5 % til 90,1 % for borgere 67+ år, mens U-pakker i efter-perioden udgør 7,4 % af de leverede timer.

**Figur 2:** Fordeling af leverede timer på ydelsestype for borgere 67+ år før og efter indførelse af U-pakker



### Besøgsvarighed

Den gennemsnitlige varighed af et ydelsesbesøg er opgjort som antal minutter pr. besøg, der er vist i tabel 8 for de forskellige ydelsestyper opdelt på borgere under og over 67 år.

Det fremgår af tabel 8, at varigheden af et C-pakke besøg til borgere 67+ år er på 17 minutter i gennemsnit, og at der ikke sker en mærkbar ændring i efter-perioden. Til sammenligning er varigheden af et U-pakke besøg til borgere 67+ år i gennemsnit på 20,5 minutter, hvis det vedrører personlig pleje, og 37 minutter vedrørende praktisk bistand.

Den mærkbare ændring i efter-perioden for borgere 67+ er faldet i den gennemsnitlige besøgsvarighed til anden pleje, hvor et besøg i før-perioden er på 18,7 minutter, mens det i efter-perioden er på 16,7 minutter.

**Tabel 8:** Minutter pr. besøg fordelt på ydelsestype før og efter indførelse af U-pakker

Alle distrikter		Minutter pr. besøg			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring før-efter	
Fordelt på ydelser		Minutter	Minutter	Minutter	Procent
Under 67 år	C-pakker	22,7	24,7	2,0	9
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		30,0		
	U-praktisk		38,8		
	Akut	20,6	22,0	1,4	7
	Anden pleje	14,4	17,9	3,5	24
67+ år	C-pakker	17,3	17,5	0,2	1
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		20,5		
	U-praktisk		37		
	Akut	19,0	18,8	-0,2	-1
	Anden pleje	18,7	16,7	-2,0	-11

### Opsamling

Samlet set fremgår det af data, at den samlede tid til hjemmepleje er faldet, og at ændringen ikke kan tilskrives kortere besøg. Der er færre borgere og færre besøg i efter-perioden for den store gruppe af borgere på 67+ år.

### 6.3 Omkostninger til hjemmeplejeydelser før/efter

Tabel 9 viser de samlede omkostninger til hjemmepleje opdelt pr. ydelsestype før og efter indførelse af U-pakker. For Distrikt 2 og 3 er omkostningerne omregnet til årstal ved en gennemsnitsestimering af de sidste tre måneder, jf. ovenstående. I appendiks A findes omkostningerne for de enkelte distrikter, mens tabel 9 viser samlede omkostninger for alle distrikter opdelt på de enkelte ydelsestyper.

Det fremgår af tabel 9, at der sker et fald på 4,3 % i de samlede omkostninger til hjemmepleje efter indførelse af U-pakker for borgere 67+ år, mens omkostningerne samlet set stiger med 15,8 % i efter-perioden for borgere under 67 år.

Ser vi på borgere 67+ år, så falder de samlede omkostninger til C-pakke ydelser med 4.156.971 kr., mens omkostningerne til de nyindførte U-pakker kun er 2.499.756 kr. Der er ingen ændring i omkostningerne til akuthjælp, men et fald på 15,1 % i de samlede omkostninger til anden pleje for 67+ årige borgere. Det samlede fald er på 1.670.398 kr., svarende til 4,3 %.



**Tabel 9:** Samlede omkostninger til hjemmepleje omregnet pr. år fordelt på ydelsestyper før og efter indførelse af U-pakker

Alle distrikter		Samlede omkostninger (2012-priser)			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring før-efter	
Samlet		Kroner	Kroner	Kroner	Procent
Under 67 år		5.579.377	6.459.333	879.957	15,8
Over 67 år		38.504.839	36.834.441	-1.670.398	-4,3
Fordelt på ydelser					
Under 67 år	C-pakker	5.129.650	5.714.031	584.382	11,4
	<b>U-pakker</b>		330.770	330.770	
	U-pleje		326.051		
	U-praktisk		4.719		
	Akut	339.784	304.590	-35.194	-10,4
	Anden pleje	109.943	109.942	-0	0,0
Over 67 år	C-pakker	37.134.510	32.977.539	-4.156.971	-11,2
	<b>U-pakker</b>		2.499.756	2.499.756	
	U-pleje		2.413.712		
	U-praktisk		86.044		
	Akut	1.207.036	1.218.475	11.438	0,9
	Anden pleje	163.293	138.672	-24.622	-15,1

### Gennemsnitsomkostninger

De gennemsnitlige månedlige omkostninger pr. borger før og efter indførelse af U-pakker er vist i Tabel 10. Tallene er udtryk for, hvad en borger koster i gennemsnit pr. måned i de måneder, borgeren modtager en bestemt ydelse. Den månedlige omkostning kan derfor ikke sammenlignes direkte med de samlede årlige omkostninger og det antal borgere, der i løbet af et år har modtaget en ydelse, da den månedlige gennemsnitsberegning ikke tager højde for, hvor lang tid borgeren har modtaget ydelsen.

De gennemsnitlige månedlige omkostninger giver mulighed for at vise, om borgerne i den periode, de modtager en ydelse, er blevet dyrere eller billigere (mere eller mindre ydelseskrævende) efter indførelse af U-pakker. Men det fortæller ikke noget om, i hvor lang tid borgerne i gennemsnit modtager en ydelse, og om der sker ændringer i længden af den periode, de modtager pleje efter indførelse af U-pakker.

Tabel 10 viser, at der for borgere 67+ år ikke er de store ændringer i de månedlige gennemsnitlige omkostninger i før- og efter-perioden. Den største omkostning er til C-pakker, og her er der en stigning på 2 % i den gennemsnitlige omkostning pr. måned for en borger i et C-pakke plejeforløb, hvilket svarer til, at en borger i et C-plejeforløb er blevet 129 kr. dyrere pr. måned.

Der er således ingen indikation for, at de borgere, der er tilknyttet hjemmeplejen, er blevet væsentligt dyrere (eller for den sags skyld billigere) efter indførelse af Trænende Hjemme-

hjælp. Det peger på, at besparelserne ligger i det reducerede antal af borgere og ikke i et reduceret antal besøg pr. borger.

**Tabel 10:** Gennemsnitlige månedlige omkostninger til hjemmepleje pr. borger fordelt på ydelsestyper før og efter indførelse af Trænende Hjemmehjælp

Alle distrikter		Gennemsnitlige månedlige omkostninger pr. borger (2012-priser)			Ændring før-efter
		Kroner	Kroner	Kroner	Procent
<b>Fordelt på ydelser</b>					
Under 67 år	C-pakker	5.944	7.145	1.202	20,2
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		4.741	4.741	
	U-praktisk		702	702	
	Akut	931	716	-215	-23,1
	Anden pleje	935	955	20	2,1
67+ år	C-pakker	6.487	6.616	129	2,0
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		5.131	5.131	
	U-praktisk		698	698	
	Akut	588	614	26	4,3
	Anden pleje	702	710	8	1,2

### Omkostninger til hjemmepleje opdelt på aldersgrupper for borgere på 67+ år

I dette afsnit ser vi alene på gruppen af borgere på 67+ år for at undersøge, om der inden for denne gruppe er forskelle på omkostningerne til hjemmepleje, hvis vi opdeler gruppen yderligt i aldersgrupper. Det, vi ønsker at belyse, er alene fordelingen af omkostninger mellem aldersgrupper, og om der umiddelbart er forskelle på omkostningsfordelingen mellem aldersgrupper før og efter indførelsen af U-pakker. Ydelserne er opdelt på pleje og akuthjælp. Plejeydelser dækker over C- og U-pakker til pleje samt anden pleje og kan ikke opdeles yderligere på enkelte plejeydelser på grund af for få observationer ved aldersopdeling.

Tabel 11 viser, at de 67-75-årige adskiller sig ved, at deres samlede omkostninger til hjemmepleje stiger med 4,2 % i efter-perioden svarende til 186.522 kr., mens omkostningerne samlet falder for alle øvrige aldersgrupper. Det største omkostningsfald i kroner er til pleje og akuthjælp til borgere over 95 år, hvor omkostningerne falder med 430.795 kr. – et fald på 36,4 %, mens der for aldersgruppen 76-85 år kun er et meget lille omkostningsfald på 1 %.

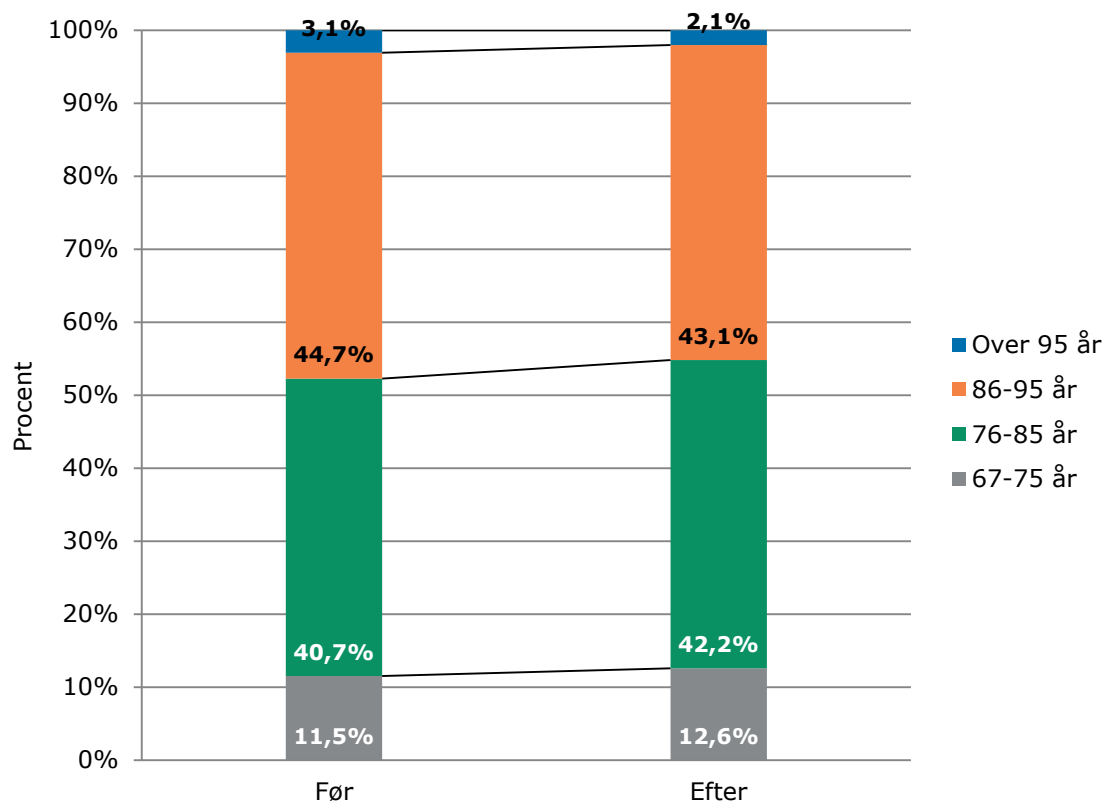
**Tabel 11:** Samlede omkostninger til trænende hjemmehjælpsydelse opdelt på pleje- og akutydelser omregnet pr. år fordelt på aldersgrupper før og efter indførelse af U-pakker\*

Aldersgruppe	Ydelse	Samlede omkostninger i (2012 priser)			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring	
		Kroner	Kroner	Kroner	Procent
67-75 år	Pleje	4.264.945	4.369.060	104.115	2,4
	Akut	178.965	261.372	82.408	46,0
	<b>Samlet</b>	<b>4.443.910</b>	<b>4.630.432</b>	<b>186.522</b>	<b>4,2</b>
76-85 år	Pleje	15.177.449	15.031.299	-146.150	-1,0
	Akut	497.033	484.132	-12.901	-2,6
	<b>Samlet</b>	<b>15.674.482</b>	<b>15.515.431</b>	<b>-159.051</b>	<b>-1,0</b>
86-95 år	Pleje	16.714.860	15.394.816	-1.320.044	-7,9
	Akut	487.080	454.007	-33.073	-6,8
	<b>Samlet</b>	<b>17.201.940</b>	<b>15.848.822</b>	<b>-1.353.118</b>	<b>-7,9</b>
Over 95 år	Pleje	1.140.549	734.748	-405.801	-35,6
	Akut	43.959	18.964	-24.995	-56,9
	<b>Samlet</b>	<b>1.184.507</b>	<b>753.712</b>	<b>-430.795</b>	<b>-36,4</b>
<b>Samlede omkostninger 67+ år</b>	Pleje	37.297.803	35.529.923	-1.767.880	-4,7
	Akut	1.207.036	1.218.475	11.438	0,9
	<b>Samlet</b>	<b>38.504.839</b>	<b>36.748.397</b>	<b>-1.756.442</b>	<b>-4,6</b>

\* Pleje dækker over plejeydelser til C- og U-pakker, pleje og anden pleje, mens U-pakker til praktisk hjælp ikke indgår i de samlede omkostninger i denne tabel i modsætning til de samlede omkostninger i tabel 9.

Ser vi på fordelingen af de samlede omkostninger til pleje og akuthjælp på aldersgrupper, så fremgår det af Figur 3, at der samlet set kun sker mindre ændringer i fordelingen af omkostninger mellem aldersgrupperne. De midterste to aldersgrupper er de dyreste med hver en andel på lige over 40 % af de samlede omkostninger både før og efter indførelse af U-pakker. Omkostningerne til hjemmeplejeydelser for borgere over 95 år udgør kun 3,1 % før indførelse af U-pakker, faldende til 2,1 % af de samlede omkostninger til hjemmepleje, mens borgere mellem 67 og 75 år står for 11,5 % af omkostningerne, stigende til 12,6 %.

**Figur 3:** Samlede omkostninger til hjemmepleje fordelt på aldersgrupper før/efter



### Gennemsnitsomkostninger

Tabel 12 viser de gennemsnitlige årlige omkostninger til hjemmepleje fordelt på alder. I tabellen indgår alle borgere, der på et eller andet tidspunkt i perioden har modtaget hjemmepleje – med lige vægt uanset hvor mange pleje- og akutydelser, de har modtaget. Det årlige gennemsnitstal kan belyse forskellene i de samlede omkostninger mellem aldersgrupper, når der tages højde for antal af borgere i de enkelte aldersgrupper, som fremgår af Tabel 13.

Det fremgår af tabel 12, at de gennemsnitlige årlige omkostninger til hjemmepleje er stigende i takt med alder. Ser vi på ændringer fra før- til efter-perioden, så falder de årlige gennemsnitsomkostninger for alle aldersgrupper undtagen aldersgruppen 76-85 år, der stiger med 8,1 % i gennemsnit fra at koste 40.910 kr. til 44.210 kr. pr. borger. Gennemsnitsomkostninger for pleje til aldersgruppen 67-75 år ligger på 32.067 kr. i før-perioden med kun et lille fald på 1,3 % i efter-perioden, mens aldersgruppen 86-95 år falder med 4,9 % og i efter-perioden koster 49.661 kr. i gennemsnit.

Største fald ses i gennemsnitsomkostninger til plejeydelser til borgere over 95 år, men det fremgår af tabel 13, at antallet borgere over 95 år, der modtager hjemmeplejeydelser, er for lille til, at der kan konkluderes noget for denne aldersgruppe.

**Tabel 12:** Gennemsnitsomkostninger pr. borger til hjemmepleje fordelt på ydelsestype (pleje, akut), omregnet til år

Alle distrikter		Gennemsnitsomkostninger i (2012-priser)			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring	
Aldersgruppe	Ydelse	Kroner	Kroner	Kroner	Procent
67-75 år	Pleje	32.067	31.660	-407	-1,3
	Akut	1.584	1.951	367	23,2
76-85 år	Pleje	40.910	44.210	3.300	8,1
	Akut	1.432	1.485	53	3,7
86-95 år	Pleje	52.234	49.661	-2.573	-4,9
	Akut	1.668	1.700	32	1,9
Over 95 år	Pleje	71.284	52.482	-18.802	-26,4
	Akut	2.931	1.724	-1.207	-41,2

\* Pleje dækker over plejeydelser til C- og U-pakker, til pleje og anden pleje, mens U-pakker til praktisk hjælp ikke indgår i gennemsnitsomkostningerne i denne tabel.

**Tabel 13:** Antal borgere der modtager hjemmeplejeydelser (pleje, akut) opdelt på aldersgrupper, før og efter indførelse af U-pakker, omregnet til år

Alle distrikter		Antal borgere			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring	
Aldersgruppe	Ydelse	N	N	N	Procent
67-75 år	Pleje	133	138	5	3,8
	Akut	113	134	21	18,6
76-85 år	Pleje	371	340	-31	-8,4
	Akut	347	326	-21	-6,1
86-95 år	Pleje	320	310	-10	-3,1
	Akut	292	267	-25	-8,6
Over 95 år	Pleje	16	14	-2	-12,5
	Akut	15	11	-4	-26,7
67 + år samlet	Pleje	840	802	-38	-4,5
	Akut	767	738	-29	-3,8

\* For Distrikt 1, 4 og 6 er før- og efter-perioden et helt år, men kun 9 måneder for Distrikt 2 og 3. Derfor er det årlige antal borgere i før- og efter-perioden for Distrikt 2 og 3 det estimerede antal baseret på de 9 måneder.

### Opsummering

Samlet set viser dette afsnit, at omkostningerne til hjemmepleje falder med ca. 4,3 %, og at faldet ser ud til at være størst for de ældre borgere.

## 6.4 Analyse af borgere der har modtaget U-pakker

I dette afsnit analyseres den gruppe af borgere, der er tildelt en U-pakke, og for hvem det således med sikkerhed vides, at der har været et eksplicit rehabiliterende sigte. Vi analyserer, hvilket plejeforløb disse borgerne har haft før og efter tildelingen af en U-pakke. Det giver os bl.a. mulighed for svare på, i hvilket omfang borgere, der har gennemført et forløb med U-pakker, stopper med eller forsætter med at modtage plejeydelser efter endt U-pakke forløb (herunder genhenviste borgere).

Endvidere vil vi i analysen se på, om baggrundsparemetre som alder, køn og varigheden af modtaget pleje før modtagelse af U-pakke forløb har betydning for det udbytte, en borger har af et forløb med U-pakker. Det vil sige, at vi vil analysere, om disse baggrundsparemetre har betydning for sandsynligheden for, om en borger stopper eller fortsætter med at modtage pleje efter et endt U-pakke forløb.

Visiteringer til U-pakker starter 15. marts 2010, og den sidste borger visiteres den 15. november 2011. Da denne analyse ikke opdeler på distrikter, er analyseperioden ikke afhængig af ændringer i distriktsinddelinger, og derfor løber analyseperioden frem til 21. maj 2012. Endvidere er det kun borgere, som har modtaget U-pakker til pleje, der er medtaget, mens borgere, der i samme periode alene har modtaget U-pakke til praktisk hjælp, ikke er medtaget.

### Borgere visiteret til u-pakker

Tabel 14 viser, at i alt 102 borgere i aldersgruppen 67+ år blev visiteret til U-pakker. Af disse borgere har 94 % modtaget U-pakker.

**Tabel 14:** Borgere i aldersgruppen 67+ år visiteret til U-pakke til pleje

	Antal borgere	Andel
	N	Procent
Borgere visiteret til og modtaget U-pleje	96	94,1
Borgere visiteret til, men ikke modtaget U-pleje	6	5,9
<b>I alt</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

\* Borgere 67+ år på visiteringstidspunktet.

### Plejeforløb før og efter modtaget U-pakke til pleje

I Tabel 15 er vist, hvilke plejeydelser de borgere, der har fået U-pakker, modtog før de påbegyndte deres U-pakke forløb. Det fremgår, at langt størstedelen af borgerne (92 %) modtog plejeydelser i form af C-pakke eller hverdagsrehabiliteringsydelser (HVR-ydelser). Kun 5 % af borgerne modtog alene HVR-ydelser, og 3 % af borgerne ikke nogen form for plejeydelser i en periode på 12 måneder, før de modtog U-pakke plejeydelser.

**Tabel 15:** Plejeydelser før U-pakke til pleje for borgere 67+ år, der har modtaget U-pakke til pleje\*

	Antal borgere	
	N	Andel Procent
Borgere, der ikke har modtaget plejeydelser 12 måneder før U-plejeforløb	3	3,1
Borgere, der har modtaget C-pakke ydelser før U-plejeforløb	80	83,3
Borgere, der har modtaget HVR-ydelser før U-plejeforløb	5	5,2
Borgere, der har modtaget C-pakke og HVR-ydelser før U-plejeforløb	8	8,3
<b>I alt</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

\* Borgere 67+ år på visiteringstidspunktet.

Tabel 16 viser, hvad der er sket med plejeforløbet for borgerne, efter de har modtaget en U-pakke. Det ses, at 17,7 % af borgerne, svarende til 17 borgere, er blevet selvhjulpne og dermed er stoppet med at modtage plejeydelser, efter de har modtaget U-pakke til pleje, mens 70 % fortsat modtager C-pakke ydelser, efter de har modtaget U-pakke<sup>17</sup>. Resten af borgerne har enten ikke afsluttet U-pakke forløbet, er flyttet i plejebolig eller er døde.

**Tabel 16:** Plejeydelser efter U-pakke plejeforløb for borgere 67+ år, der har modtaget U-pleje ydelser\*

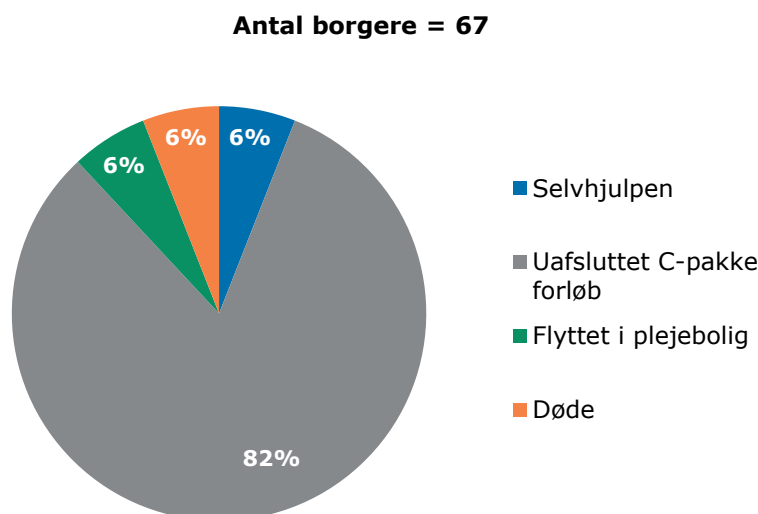
	Antal borgere	
	N	Andel Procent
Borgere, der er blevet selvhjulpne og dermed stoppet med pleje efter U-plejeforløb <sup>1</sup>	17	17,7
Borgere, der har modtaget C-pakke ydelser efter U-plejeforløb	67	69,8
Borgere i uafsluttet U-plejeforløb	3	3,1
Borgere, der er flyttet i plejebolig	5	5,2
Borgere, der er døde	4	4,2
<b>I alt</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

\* Borgere 67+ år på visiteringstidspunktet.

I alt 67 borgere modtager fortsat plejeydelser, efter de har modtaget U-pakke plejeydelser. I figur 4 ses, hvad der sker i det videre plejeforløb for disse borgere. Det fremgår, at yderligere fire borgere (6 %) stopper med pleje mere end to måneder efter, de er afsluttet med at modtage U-pakke plejeydelser, mens størstedelen (82 %) fortsat modtager pleje i form af C-pakke ydelser ved analyseperiodens afslutning den 21. maj 2012. Resten af borgerne er enten flyttet i plejebolig eller er døde.

<sup>17</sup> Her er valgt at medtage alle de borgere, som umiddelbart afslutter pleje efter U-pakke forløb, men også borgere der stopper med pleje i en periode på op til to måneder efter at have afsluttet U-pakke forløbet. 15 borgere afsluttes umiddelbart efter endt U-pakke forløb, mens to borgere stopper inden for to måneder.

**Figur 4:** Plejeforløb for borgere 67+ år, der får C-pakke ydelser efter U-pakke plejeforløb



\* Borgere 67+ år på visiteringstidspunktet.

### Baggrundsparemetres betydning for udbytte af u-pakker til trænende hjemme-hjælp

I det følgende vil vi se på, om baggrundsparemetrene alder, køn og varighed af plejeforløb før modtagelse har betydning for, om en borger stopper eller fortsætter med pleje efter at have modtaget U-pakke.

Der er brugt en logistisk regression, som undersøger, om sandsynligheden for at stoppe med pleje efter U-pakke plejeforløb er større for henholdsvis kvinder og for borgere under 75 år. Den undersøger også, om varigheden af modtaget pleje opgjort i måneder før start på et U-pakkeforløb har betydning for, om en borger efterfølgende stopper med pleje.

Resultat af den logistiske regression er vist i tabel 17. Her fremgår det, at der ikke er større sandsynlighed for, at en borger stopper med pleje, når borgeren er en kvinde. Men til gengæld har alderen en betydning, da der er 4,5 gange større sandsynlighed for, at en borger stopper med pleje, når denne er under 75 år.

Det fremgår også, at varigheden af den pleje, en borger har modtaget inden start på et U-pakke plejeforløb, har betydning for, om borgeren efterfølgende stopper med pleje. For hver måned længere en borger har modtaget pleje inden start på U-pakke plejeforløbet, falder sandsynligheden for, at borgeren efterfølgende stopper med at modtage pleje.

**Tabel 17:** Logistisk regression – baggrundsparemetrenes betydning for stop af pleje efter U-pakke plejeforløb

	Odds Ratio	Lower CL	Upper CL
Kvinde	3,077	0,513	18,452
Under 75 år	<b>4,495 *</b>	1,158	17,443
Varighed plejeforløb før U-pleje	<b>0,809 *</b>	0,717	0,913

\* Signifikant ved en p-værdi på 5 %. Lower CL og Upper CL afgrænser konfidensintervallet.



## Opsummering

Analysen viser, at 17,7 % af de borgere, der modtager tilbud om U-pakke, bliver fuldt selvhjulpne. Resten modtager fortsat en eller flere C-pakke ydelser efter to måneder. Den gruppe af borgere, der bliver helt selvhjulpne, er fortrinsvis yngre borgere med en kort hjemmehistorik. Køn er ikke statistisk signifikant, men der er en tendens til, at flere kvinder bliver selvhjulpne end mænd. Det svarer til tidligere resultater fra Odense Kommune (10).

På grund af det begrænsede datagrundlag (antallet af borgere visiteret til en U-pakke) samt manglen på en relevant kontrolgruppe har det ikke været muligt at gennemføre nærmere analyser af den gruppe af borgere, der fortsat er tilknyttet hjemmeplejen efter to måneder.

## 6.5 Analyse af øvrige ydelser i hjemmeplejen

I dette afsnit analyserer vi udviklingen i de af ydelser til henholdsvis praktisk bistand, hverdagsrehabilitering og hjemmesygepleje, der ikke er berørt i de øvrige afsnit. Disse ydelser har i udgangspunktet ikke nogen direkte sammenhæng med Trænende Hjemmehjælp, men vi har valgt at medtage forbruget for at give et samlet billede af kommunens ydelser i undersøgelsesperioden. Samtidig er der et overlap til de øvrige analyser, idet en given borger udmærket både kan modtage hjemmepleje (U-pakker, C-pakker, anden pleje, akut pleje) og praktisk bistand og hjemmesygepleje samtidig, ligesom et forløb kan starte med hverdagsrehabilitering, der senere overgår til trænende hjemmehjælp.

Der er lavet opgørelser af henholdsvis:

- Antal leverede timer
- Gennemsnitligt antal minutter pr. besøg
- Samlede omkostninger
- Gennemsnitlig pris pr. borger pr. måned

Undersøgelsespopulationen består af samtlige borgere i Fredericia Kommune, der har modtaget en af ydelserne i undersøgelsesperioden.

### Antal leverede timer

Tabel 18 viser antallet af leverede timer til henholdsvis praktisk bistand, hverdagsrehabilitering og hjemmesygepleje i undersøgelsesperioden.

**Tabel 18:** Leverede timer til øvrige ydelser omregnet pr. år fordelt på ydelsestype før og efter indførelse af U-pakker\*

		Leverede timer pr. år			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring før-efter	
Alle distrikter		Timer	Timer	Timer	Procent
<b>Samlet</b>					
Under 67 år		13.702	16.811	3.110	23
67+ år		68.228	71.453	3.225	5
<b>Fordelt på ydelser</b>					
Under 67 år	HVR	1.344	2.459	1.152	83
	Praktisk hjælp	5.236	5.919	682	13
	Sygepleje	7.121	8.433	1.312	18
67+ år	HVR	5.785	7.765	2.246	34
	Praktisk hjælp	26.889	26.340	-549	-2
	Sygepleje	35.554	37.348	1.794	5

\* HVR – Hverdagsrehabilitering inkluderer de ydelser, der leveres af terapeuter og SOSU-personale i hverdagsrehabiliteringen under Servicelovens § 86 (terapeuter og SOSU-personale) og Sundhedslovens § 140 (terapeuter).

Det fremgår, at timeantallet stiger for samtlige ydelser undtagen praktisk bistand til borgere over 67 år – her ved vi til gengæld, at der er bevilget U-pakker til praktisk bistand, jf. afsnit 7.2-7.3. Stigningen i timeantallet til Sygepleje og HVR skal dog tolkes med forsigtighed, da disse er fast normerede. Stigningen i de leverede timer afspejler derfor alene en øget ansigt-til-ansigt tid (ATA-tid), men har ikke medført flere stillinger eller øgede udgifter i perioden.

I denne evaluering har vi valgt at evaluere med udgangspunkt i en alternativomkostnings-tilgang, dvs. at en evt. tidligere lav ATA-tid ses som udtryk for, at der har været et ikke-realiseret effektiviseringspotentiale.

Fredericia Kommune angiver, at de i evalueringsperioden har haft øget fokus på stringent registrering for Sygepleje og HVR. Det kan være med til at forklare stigningen i ATA-tid.

### Gennemsnitligt antal minutter pr. besøg

Tabel 19 viser det gennemsnitlige antal minutter pr. besøg til henholdsvis praktisk bistand, hverdagsrehabilitering og hjemmesygepleje i undersøgelsesperioden.

**Tabel 19:** Minutter pr. besøg fordelt på ydelsestype før og efter indførelse af U-pakker\*

Alle distrikter		Minutter pr. besøg			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring før-efter	
Fordelt på ydelser	Ydelse	Minutter	Minutter	Minutter	Procent
Under 67 år	HVR	31,7	36,3	4,7	15
	Praktisk hjælp	35,3	32,4	-2,9	-8
	Sygepleje	13,2	13,1	-0,2	-1
67+ år	HVR	30,5	28,2	-2,3	-8
	Praktisk hjælp	34,5	32,0	-2,5	-7
	Sygepleje	9,9	10,0	0,1	1

\* HVR – hverdagsrehabilitering inkluderer de ydelser, der leveres af terapeuter og SOSU-personale i hverdagsrehabiliteringen under Servicelovens § 86 (terapeuter og SOSU-personale) og Sundhedslovens § 140 (terapeuter).

Det fremgår, at det gennemsnitlige antal minutter til praktisk hjælp er faldet, mens der for hjemmesygepleje og hverdagsrehabilitering enten ikke kan ses ændringer eller ses modsatrettede tendenser for aldersgrupperne over og under 67 år.

### Samlede omkostninger

Tabel 20 viser de samlede omkostninger til henholdsvis praktisk bistand, hverdagsrehabilitering og hjemmesygepleje i undersøgelsesperioden.

**Tabel 20:** Samlede omkostninger til øvrige ydelser omregnet pr. år fordelt på ydelsestyper før og efter indførelse af U-pakker\*

Alle distrikter		Samlede omkostninger (2012-priser)			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring før-efter	
Samlet		Kroner	Kroner	Kroner	Procent
Under 67 år		5.673.991	6.945.600	1.271.610	22,4
Over 67 år		25.222.967	26.650.209	1.427.242	5,7
Fordelt på ydelser					
Under 67 år	HVR	436.174	799.505	363.330	8,3
	Praktisk hjælp	1.604.050	1.815.730	211.680	13,2
	Sygepleje	3.633.767	4.330.366	696.599	19,2
Over 67 år	HVR	1.907.796	2.607.704	699.908	36,7
	Praktisk hjælp	7.884.977	7.866.563	18.414	-0,2
	Sygepleje	15.430.193	16.175.941	745.748	4,8

\* HVR – hverdagsrehabilitering inkluderer de ydelser, der leveres af terapeuter og SOSU-personale i hverdagsrehabiliteringen under Servicelovens § 86 (terapeuter og SOSU-personale) og Sundhedslovens § 140 (terapeuter).

Det fremgår af tabellen, at de samlede omkostninger til Praktisk hjælp er faldende, mens omkostningerne til HVR og Sygepleje er stigende, svarende til de ændringer, der ses i tabel 18 og 19. Som tidligere nævnt skal stigningen i timeantallet til Sygepleje og HVR tolkes med forsigtighed, da disse er fast normerede. Stigningen i de leverede timer afspejler derfor alene en øget ansigt-til-ansigt tid (ATA-tid), men har ikke medført flere stillinger eller øgede udgifter i perioden.

### Gennemsnitlige omkostninger

Tabel 21 viser de gennemsnitlige omkostninger til henholdsvis praktisk bistand, hverdagsrehabilitering og hjemmesygepleje i undersøgelsesperioden. Mønstret er det samme som i de forrige tabeller: et fald i praktisk bistand og en stigning i hjemmesygepleje og hverdagsrehabilitering.

**Tabel 21:** Gennemsnitlige månedlige omkostninger til øvrige ydelser pr. borger fordelt på ydelsestyper før og efter indførelse af U-pakker\*

Alle distrikter		Gennemsnitlige månedlige omkostninger pr. borger (2012-priser)			Ændring før-efter
		Før	Efter	Ændring før-efter	
Fordelt på ydelser		Kroner	Kroner	Kroner	Procent
Under 67 år	HVR	4.641	4.520	-121	-2,6
	Praktisk hjælp	805	753	-52	-6,4
	Sygepleje	1.922	2.079	157	8,2
Over 67 år	HVR	4.756	5.007	251	5,3
	Praktisk hjælp	748	701	-47	-6,2
	Sygepleje	2.141	2.184	43	2,0

\* HVR – hverdagsrehabilitering inkluderer de ydelser, der leveres af terapeuter og SOSU-personale i hverdagsrehabiliteringen under Servicelovens § 86 (terapeuter og SOSU-personale) og Sundhedslovens § 140 (terapeuter).

### Opsummering

Det fremgår af dette afsnit, at der i perioden før og efter implementering af Trænende Hjemmehjælp ses et fald i timer og udgifter til praktisk bistand og en stigning i leverede timer og udgifter til hjemmesygepleje og hverdagsrehabilitering.

Udgiftsstigningen til hjemmesygepleje og hverdagsrehabilitering overstiger udgiftsfaldet til praktisk bistand, og der ses en samlet årlig merudgift på kr.1.427.242 for ældre over 67 år.

Timestigningen i hjemmesygepleje og hverdagsrehabilitering afspejler i henhold til Fredericia Kommune en ændring vedrørende de borgere, der udskrives fra sygehus, herunder at flere udskrives med en genoptræningsplan. Stigningen i timeantallet til sygepleje har i perioden været realiseret via en stigning i ATA-tid og har derfor ikke medført flere stillinger eller øgede udgifter i perioden. Den valgte evalueringsmetode tager dog ikke højde for evt. rationaliseringsmuligheder i driften, hvorfor et stigende kontaktmønster indregnes som en øget omkostning, uanset om der er bevilget flere eller færre penge til området i perioden.

Hvis aktivitetsstigningen i Hverdagsrehabiliteringen samtidig afspejler, at flere/tungere borgere visiteres til hverdagsrehabilitering frem for Trænende Hjemmehjælp – eller at Hver-

dagsrehabiliteringen mere effektivt rehabiliterer borgerne, inden de afsluttes hertil – så kan det være med til at forklare dele af det fald, der er observeret i leverede hjemmeplejeydelser i før/efter perioden.

Den foreliggende analyse giver ikke mulighed for at afgøre, hvilke sammenhænge der er mellem aktiviteten i Hverdagsrehabiliteringen i den øvrige hjemmepleje.

## 6.6 Delkonklusion

Der ses et fald i det samlede forbrug af hjemmeplejeydelser (C-pakker, U-pakker, anden pleje og akutpleje) i perioden efter implementering af Trænende Hjemmehjælp. Dette fald er observeret i samme periode, som den ældre andel af befolkning i Fredericia kommune har været stigende, hvorfor ændringen kan ikke forklares af et generelt faldende antal ældre.

I efter-perioden ses det, at borgerne modtager lidt flere ydelser i den periode, de modtager ydelser fra hjemmeplejen (C-pakker, U-pakker, anden pleje og akut pleje), og der ikke er et fald i længden af de besøg, som en borger i gennemsnit modtager. Når der for gruppen af borgere 67+ år alligevel er et samlet fald på 4-5 %, så skyldes det en kombination af, at gruppen af 67+ årige modtager ydelser i en kortere periode efter indførelsen af U-pakker, og at ca. 3 % færre borgere modtager hjemmehjælp i perioden efter introduktion af Trænende Hjemmehjælp.

Det reducerede forbrug af ydelser medfører en årlig omkostningsbesparelse på ca. 1,7 mio. kr. for borgere over 67 år. Forbruget har dog samtidig været stigende for målgruppen under 67 år, og medregnes dette, halveres den årlige besparelse. Samtidig er der i implementeringsperioden brugt fysio- og ergoterapeutressourcer på årligt ca. 1,7 mio. kr. til etablering af Tværfaglige Teams i de fem hjemmeplejedistrikter – en udgift, der reduceres til ca. det halve, efter projektet er gået fra opstart til drift. Det peger på, at investeringen i Trænende Hjemmehjælp cirka er omkostningsneutral, når ændringen i ydelser fra hjemmeplejen (C-pakker, U-pakker, anden pleje og akut pleje) måles op imod omkostningerne til drift af projektet.

For den mindre gruppe af borgere, der har modtaget en U-pakke, ses det, at ca. 18 % blev helt selvhjulpne efter det rehabiliterende forløb, mens ca. 70 % fortsat modtog hjemmepleje til en eller flere ydelser. Særligt alder har stor betydning for, om man stopper med hjemmepleje efter et forløb; således er der 4,5 gange større sandsynlighed for, at en borger stopper med pleje, når denne er under 75 år. Det fremgår også, at varigheden af den pleje, en borger har modtaget inden start på et U-pakke plejeforløb, har betydning for, om borgeren efterfølgende stopper med pleje. For hver måned længere, en borger har modtaget pleje inden start på U-pakke plejeforløbet, falder sandsynligheden for, at borgeren efterfølgende stopper med at modtage pleje.

For de borgere, der har modtaget ydelser i form af hverdagsrehabilitering, hjemmesygepleje og praktisk bistand i Fredericia Kommune, er der samlet set en stigende tendens i leverede timer, både for borgere over og under 67 år. Der kan være en sammenhæng mellem den øgede aktivitet og det fald, der samtidig observeres i forbruget af hjemmehjælpsydelser – og i så fald forringes konceptets økonomi. Da årsagssammenhænge imidlertid er uklare, er det ikke noget, der på baggrund af denne analyse kan drages endelige konklusioner om.

# 7 Konklusion

## **Tilpasning af hjælpen til borgerens aktuelle hjælpebehov**

Trænende Hjemmehjælp har omlagt arbejdet i hjemmeplejen, så borgerne i større omfang mødes af en rehabiliterende indsats med fokus på, at de videst muligt kan klare dagligdagen selv.

Det har vist sig, at den rehabiliterende indsats i Trænende Hjemmehjælp som oftest kan leveres inden for rammerne af de eksisterende plejepakker (C-pakker). Ekstra tid til opgaverne anses dermed ikke længere for afgørende i forhold til den rehabiliterende arbejdsform.

## **Formelementet der virker**

Trænende Hjemmehjælp er en del af en model for Hverdagsrehabilitering, der sikrer, at samtlige borgere i den kommunale hjemmepleje:

- Får tilknyttet en/flere rehabiliteringsansvarlig(e) fagperson(er)
- Får udviklet en individuel rehabiliteringsplan med mål, handlinger og evalueringer (der skal være et rehabiliteringsformål med alle besøg)
- Får faste besøg af den/de rehabiliteringsansvarlige fagpersoner, hvor SOSU-personalets daglige rutiner gennemgås og justeres, så de afspejler borgerens aktuelle hjælpe- og rehabiliteringsbehov

## **Økonomi og potentiale**

Registeranalyser finder et reduceret forbrug af hjemmeplejeydelser på 4-5 % for borgere over 67 år efter implementering af Trænende Hjemmehjælp i de kommunale hjemmeplejedistrikter, der leverer personlig pleje. Reduktionen halveres, hvis borgere under 67 år tages med. Investeringen i drift af projektet tjenes dermed ind inden for det første år, hvilket indikerer et lovende potentiale, taget i betragtning at den omfattende kulturomlægning på det tidspunkt, kun lige har taget sin begyndelse.

Der er potentiale for yderligere besparelser ved implementering af en rutine, der sikrer, at den leverede tid hos borgeren er tilpasset borgerens aktuelle hjælpe- og rehabiliteringsbehov.

## **Pårørendesamarbejdet**

Medarbejderne i Trænende Hjemmehjælp er i vid udstrækning gode til at tilrettelægge deres indsats med udgangspunkt i *borgerens netværk* frem for det enkelte individ. Der ses et stort potentiale i at sikre en systematisering af pårørendeinddragelsen.

## **Begejstring og modstand**

Trænende Hjemmehjælp giver mulighed for at skabe borgerforløb med høj faglig kvalitet og stor borger- og personaleoplevet tilfredshed. Konceptet kan imidlertid også resultere i forløb, hvor borgere og medarbejdere stiller spørgsmål til kvaliteten.

En udslagsgivende faktor i forhold til den oplevede kvalitet er et fagligt og personligt overskud hos den rehabiliteringsansvarlige fagperson, der vejleder borger og personale i det rehabiliterende arbejde. Er det til stede, får social- og sundhedspersonalet et fagligt løft og

borgerne et bedre tilbud. Er det ikke til stede, skabes der modstand hos borgere og personale.

### **Visitators nye rolle**

Trænende Hjemmehjælp bygger på basispersonalets og det tværfaglige teammedlems vurderinger af og opfølgning på, om den visiterede og disponerede tid svarer til de faktiske arbejdsgange. Potentialet er lovende økonomisk og fagligt, forudsat at visitator anerkender de reelle faglige argumenter.

### **Tværfaglighed/monofaglighed**

Det kan være relevant at koble flere fagligheder på det samme borgerforløb samt udarbejde kriterier, for hvilken fagperson i det tværfaglige team der får rollen som supervisor over for den enkelte borger.

# Litteratur

- (1) FOA. Ældretopmøde: 12 brugbare forslag til ældrepleje (Pressemeddelelse den 25. april 2007). Available at: <http://www.foa.dk/forbund/nyheder?newsid=%7B041D17B3-E913-4D42-983A-2C469CBEF4C7%7D>. Accessed 1. feb., 2013.
- (2) Månsson M, Hansen H. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg; 2007.
- (3) Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (4) Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering. Notat udarbejdet til Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (5) Kjellberg PK. Træning som hjælp. Tidlige projekterfaringer fra Odense Kommune. København: KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2012.
- (6) Navne LE, Wiuff MB. Opgavefordeling mellem borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (7) Ekwall A, Sivberg B, Hallberg IR. Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scand J Caring Sci* 2004 Sep;18(3):239-248.
- (8) ÆldreForum. Ældre, pårørende & plejepersonale. Inspiration til samarbejde. Odense: ÆldreForum; 2004.
- (9) Jacobsen CB, Petersen A. At skabe muligheder for brugerinddragelse i daglig klinisk praksis. København: Forum for Kvalitet og Udvikling i Offentlig Service; 2009.
- (10) Kjellberg J, Ibsen R. Træning som hjælp. Økonomievaluering. København: Dansk Sundhedsinstitut & iTracks; 2012.
- (11) Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.



# Appendiks A: Effekt og økonomi pr. distrikt

## Leverede timer pr. år opdelt på distrikter

Leverede timer pr. år fordelt på ydelsestype før og efter trænende hjemmehjælp, omregnet pr. år

Leverede timer per år				
	Før Timer	Efter Timer	Ændring før- efter Timer	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 1</b>				
<b>Samlet</b>				
Under 67 år	3.892	5.440	1.548	40%
67+ år	27.692	24.851	-2.841	-10%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	65	50	-15	-23%
Anden Pleje	24	17	-8	-31%
C-pakker	1.231	1.195	-36	-3%
HVR	169	541	372	220%
Praktisk hjælp	1.221	1.479	259	21%
Sygepleje	1.182	1.754	572	48%
<b>U-pakker</b>		<b>404</b>	<b>404</b>	
U-pleje		402		
U-praktisk		2		
<b>Pleje i alt</b>	<b>1.320</b>	<b>1.664</b>	<b>343</b>	<b>26%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>1.221</b>	<b>1.481</b>	<b>261</b>	<b>21%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>1.182</b>	<b>1.754</b>	<b>572</b>	<b>48%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>169</b>	<b>541</b>	<b>372</b>	<b>220%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	218	330	112	51%
Anden Pleje	132	158	25	19%
C-pakker	17.086	12.757	-4.330	-25%
HVR	1.258	1.457	199	16%
Praktisk hjælp	4.151	4.111	-40	-1%
Sygepleje	4.846	4.509	-337	-7%
<b>U-pakker</b>		<b>1.529</b>	<b>1.529</b>	
U-pleje		1.352		
U-praktisk		178		
<b>Pleje i alt</b>	<b>17.437</b>	<b>14.596</b>	<b>-2.841</b>	<b>-16%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>4.151</b>	<b>4.289</b>	<b>138</b>	<b>3%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>4.846</b>	<b>4.509</b>	<b>-337</b>	<b>-7%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>1.258</b>	<b>1.457</b>	<b>199</b>	<b>16%</b>

Leverede timer per år				
	Før Timer	Efter Timer	Ændring før- efter Timer	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 2</b>				
<b>Samlet</b>				
Under 67 år	3.239	3.816	577	18%
67+ år	23.739	22.543	-1.195	-5%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	55	19	-36	-65%
Anden Pleje	2	3	1	71%
C-pakker	2.194	1.761	-433	-20%
HVR	82	350	268	327%
Praktisk hjælp	498	699	202	40%
Sygepleje	408	669	261	64%
<b>U-pakker</b>		<b>315</b>	<b>315</b>	
U-pleje		315		
U-praktisk				
<b>Pleje i alt</b>	<b>2.251</b>	<b>2.098</b>	<b>-153</b>	<b>-7%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>498</b>	<b>699</b>	<b>202</b>	<b>40%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>408</b>	<b>669</b>	<b>261</b>	<b>64%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>82</b>	<b>350</b>	<b>268</b>	<b>327%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	223	253	30	13%
Anden Pleje	48	10	-37	-79%
C-pakker	14.236	11.855	-2.382	-17%
HVR	490	477	-13	-3%
Praktisk hjælp	3.919	3.785	-133	-3%
Sygepleje	4.823	5.436	612	13%
<b>U-pakker</b>		<b>728</b>	<b>728</b>	
U-pleje		670		
U-praktisk		57		
<b>Pleje i alt</b>	<b>14.507</b>	<b>12.788</b>	<b>-1.719</b>	<b>-12%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>3.919</b>	<b>3.843</b>	<b>-76</b>	<b>-2%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>4.823</b>	<b>5.436</b>	<b>612</b>	<b>13%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>490</b>	<b>477</b>	<b>-13</b>	<b>-3%</b>

Leverede timer per år				
	Før Timer	Efter Timer	Ændring før- efter Timer	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 3</b>				
<b>Samlet</b>				
Under 67 år	4.999	4.917	-82	-2%
67+ år	37.374	36.155	-1.219	-3%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	128	57	-72	-56%
Anden Pleje	144	58	-85	-60%
C-pakker	1.863	1.903	40	2%
HVR	357	644	287	80%
Praktisk hjælp	997	857	-139	-14%
Sygepleje	1.510	1.333	-176	-12%
<b>U-pakker</b>		<b>63</b>	<b>63</b>	
U-pleje		63		
U-praktisk				
<b>Pleje i alt</b>	<b>2.135</b>	<b>2.082</b>	<b>-53</b>	<b>-2%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>997</b>	<b>857</b>	<b>-139</b>	<b>-14%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>1.510</b>	<b>1.333</b>	<b>-176</b>	<b>-12%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>357</b>	<b>644</b>	<b>287</b>	<b>80%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	523	437	-86	-16%
Anden Pleje	123	60	-62	-51%
C-pakker	22.028	21.182	-846	-4%
HVR	1.004	1.472	468	47%
Praktisk hjælp	5.690	5.146	-543	-10%
Sygepleje	8.008	7.544	-463	-6%
<b>U-pakker</b>		<b>314</b>	<b>314</b>	
U-pleje		286		
U-praktisk		28		
<b>Pleje i alt</b>	<b>22.673</b>	<b>21.965</b>	<b>-708</b>	<b>-3%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>5.690</b>	<b>5.174</b>	<b>-516</b>	<b>-9%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>8.008</b>	<b>7.544</b>	<b>-463</b>	<b>-6%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>1.004</b>	<b>1.472</b>	<b>468</b>	<b>47%</b>

Leverede timer per år				
	Før Timer	Efter Timer	Ændring før- efter Timer	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 4</b>				
<b>Samlet</b>				
<b>Under 67 år</b>	9.409	13.412	4.003	43%
<b>67+ år</b>	49.414	53.137	3.723	8%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	116	174	58	50%
Anden Pleje	65	165	100	155%
C-pakker	4.840	7.119	2.279	47%
HVR	411	620	209	51%
Praktisk hjælp	1.525	1.909	384	25%
Sygepleje	2.452	3.244	791	32%
<b>U-pakker</b>		<b>181</b>	<b>181</b>	
U-pleje		167		
U-praktisk		14		
<b>Pleje i alt</b>	<b>5.020</b>	<b>7.625</b>	<b>2.605</b>	<b>52%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>1.525</b>	<b>1.923</b>	<b>398</b>	<b>26%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>2.452</b>	<b>3.244</b>	<b>791</b>	<b>32%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>411</b>	<b>620</b>	<b>209</b>	<b>51%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	663	751	88	13%
Anden Pleje	116	107	-10	-9%
C-pakker	27.050	24.853	-2.198	-8%
HVR	1.899	3.087	1.188	63%
Praktisk hjælp	8.660	8.771	110	1%
Sygepleje	10.989	12.199	1.210	11%
<b>U-pakker</b>		<b>3.223</b>	<b>3.223</b>	
U-pleje		3.188		
U-praktisk		35		
<b>Pleje i alt</b>	<b>27.830</b>	<b>28.898</b>	<b>1.069</b>	<b>4%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>8.660</b>	<b>8.805</b>	<b>145</b>	<b>2%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>10.989</b>	<b>12.199</b>	<b>1.210</b>	<b>11%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>1.934</b>	<b>3.234</b>	<b>1.299</b>	<b>67%</b>

Leverede timer per år				
	Før Timer	Efter Timer	Ændring før- efter Timer	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 6</b>				
<b>Samlet</b>				
<b>Under 67 år</b>	7.509	6.205	-1.304	-17%
<b>67+ år</b>	38.227	37.428	-799	-2%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	158	175	17	11%
Anden Pleje	104	90	-14	-13%
C-pakker	4.358	3.142	-1.216	-28%
HVR	323	305	-18	-6%
Praktisk hjælp	996	973	-23	-2%
Sygepleje	1.570	1.433	-137	-9%
<b>U-pakker</b>		<b>88</b>	<b>88</b>	
U-pleje		86		
U-praktisk		1		
<b>Pleje i alt</b>	<b>4.619</b>	<b>3.492</b>	<b>-1.127</b>	<b>-24%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>996</b>	<b>975</b>	<b>-22</b>	<b>-2%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>1.570</b>	<b>1.433</b>	<b>-137</b>	<b>-9%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>323</b>	<b>305</b>	<b>-18</b>	<b>-6%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	558	348	-210	-38%
Anden Pleje	52	66	14	28%
C-pakker	25.125	21.737	-3.388	-13%
HVR	1.136	1.273	137	12%
Praktisk hjælp	4.469	4.526	57	1%
Sygepleje	6.888	7.659	771	11%
<b>U-pakker</b>		<b>1.818</b>	<b>1.818</b>	
U-pleje		1.807		
U-praktisk		11		
<b>Pleje i alt</b>	<b>25.734</b>	<b>23.958</b>	<b>-1.776</b>	<b>-7%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>4.469</b>	<b>4.537</b>	<b>68</b>	<b>2%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>6.888</b>	<b>7.659</b>	<b>771</b>	<b>11%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>1.136</b>	<b>1.273</b>	<b>137</b>	<b>12%</b>

## Besøgsvarighed opdelt på distrikter

Minutter pr. besøg fordelt på ydelsestype før og efter trænende hjemmehjælp

Minutter pr. besøg					
	Før Minutter	Efter Minutter	Ændring før- efter Minutter	Ændring før- efter %	
<b>Distrikt 1</b>					
<b>Fordelt på ydelser</b>					
<b>Under 67 år</b>	Akut	16,4	20,6	4,2	25%
	Anden Pleje	16,6	23,3	6,7	41%
	C-pakker	19,7	19,2	-0,5	-3%
	HVR	31,3	26,9	-4,4	-14%
	Praktisk hjælp	33,8	33,0	-0,8	-2%
	Sygepleje	12,9	12,6	-0,4	-3%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		25,9	25,9	
	U-praktisk		40,0	40,0	
<b>67+ år</b>	Akut	18,8	18,9	0,1	1%
	Anden Pleje	16,2	11,6	-4,6	-28%
	C-pakker	18,0	16,5	-1,5	-8%
	HVR	30,4	28,8	-1,6	-5%
	Praktisk hjælp	34,1	34,2	0,1	0%
	Sygepleje	11,6	10,8	-0,8	-7%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		20,7	20,7	
	U-praktisk		37,1	37,1	

Minutter pr. besøg					
	Før	Efter	Ændring før-	Ændring før-	
	Minutter	Minutter	etter	etter	
			Minutter	%	
<b>Distrikt 2</b>					
<b>Fordelt på ydelser</b>					
<b>Under 67 år</b>	Akut	16,5	18,3	1,8	11%
	Anden Pleje	23,3	60,0	36,7	157%
	C-pakker	33,9	30,5	-3,4	-10%
	HVR	24,9	37,8	12,9	52%
	Praktisk hjælp	36,4	31,0	-5,3	-15%
	Sygepleje	19,4	14,7	-4,7	-24%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		43,2	43,2	
	U-praktisk				
<b>67+ år</b>	Akut	19,1	19,0	-0,2	-1%
	Anden Pleje	36,3	46,0	9,7	27%
	C-pakker	17,5	17,8	0,2	1%
	HVR	26,2	24,9	-1,3	-5%
	Praktisk hjælp	34,5	31,6	-2,9	-8%
	Sygepleje	11,0	11,9	0,9	8%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		23,5	23,5	
	U-praktisk		39,7	39,7	

Minutter pr. besøg					
	Før	Efter	Ændring før-	Ændring før-	
	Minutter	Minutter	etter	etter	
			Minutter	%	
<b>Distrikt 3</b>					
<b>Fordelt på ydelser</b>					
<b>Under 67 år</b>	Akut	22,7	23,9	1,2	5%
	Anden Pleje	11,8	9,3	-2,5	-21%
	C-pakker	17,3	18,4	1,1	6%
	HVR	25,3	41,1	15,8	62%
	Praktisk hjælp	35,8	31,9	-3,9	-11%
	Sygepleje	13,4	13,9	0,5	4%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		27,5	27,5	
	U-praktisk				
<b>67+ år</b>	Akut	17,9	18,8	0,9	5%
	Anden Pleje	15,2	41,1	26,0	171%
	C-pakker	16,9	18,9	2,0	12%
	HVR	26,4	27,1	0,7	3%
	Praktisk hjælp	33,0	30,6	-2,4	-7%
	Sygepleje	9,0	9,4	0,3	4%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		17,0	17,0	
	U-praktisk		40,1	40,1	

Minutter pr. besøg					
	Før Minutter	Efter Minutter	Ændring før- efter Minutter	Ændring før- efter %	
<b>Distrikt 4</b>					
<b>Fordelt på ydelser</b>					
<b>Under 67 år</b>	Akut	20,0	20,7	0,7	4%
	Anden Pleje	10,1	17,1	7,0	69%
	C-pakker	20,5	24,1	3,6	17%
	HVR	34,5	40,7	6,1	18%
	Praktisk hjælp	34,2	31,5	-2,7	-8%
	Sygepleje	11,6	11,9	0,3	2%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		31,6	31,6	
	U-praktisk		30,0	30,0	
<b>67+ år</b>	Akut	20,1	18,9	-1,2	-6%
	Anden Pleje	19,1	21,6	2,5	13%
	C-pakker	16,4	16,9	0,4	3%
	HVR	32,0	28,0	-4,0	-13%
	Praktisk hjælp	35,7	32,1	-3,6	-10%
	Sygepleje	9,9	10,2	0,2	2%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		19,4	19,4	
	U-praktisk		33,2	33,2	



Minutter pr. besøg					
	Før Minutter	Efter Minutter	Ændring før- efter Minutter	Ændring før- efter %	
<b>Distrikt 6</b>					
<b>Fordelt på ydelser</b>					
<b>Under 67 år</b>	Akut	23,9	24,0	0,2	1%
	Anden Pleje	27,0	35,0	8,0	30%
	C-pakker	26,1	32,6	6,4	25%
	HVR	37,8	44,7	6,9	18%
	Praktisk hjælp	38,4	34,4	-4,0	-10%
	Sygepleje	15,9	16,0	0,2	1%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		26,7	26,7	
	U-praktisk		40,0	40,0	
<b>67+ år</b>	Akut	18,5	18,3	-0,2	-1%
	Anden Pleje	33,6	21,3	-12,3	-37%
	C-pakker	18,0	18,0	0,0	0%
	HVR	33,0	30,0	-3,0	-9%
	Praktisk hjælp	34,2	31,6	-2,5	-7%
	Sygepleje	9,1	9,2	0,0	0%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		22,2	22,2	
	U-praktisk		33,0	33,0	

## Samlede omkostninger opdelt på distrikter

Samlede omkostninger i (2012 priser)				
	Før Kroner	Efter Kroner	Ændring før- efter Kroner	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 1</b>				
<b>Samlet</b>				
Under 67 år	1.461.076 kr	2.194.733 kr	733.657 kr	50%
67+ år	9.891.165 kr	8.989.767 kr	- 901.398 kr	-9%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	48.778 kr	35.632 kr	- 13.146 kr	-27%
Anden Pleje	7.982 kr	5.908 kr	- 2.074 kr	-26%
C-pakker	405.439 kr	420.238 kr	14.799 kr	4%
HVR	54.239 kr	176.345 kr	122.106 kr	225%
Praktisk hjælp	371.203 kr	447.722 kr	76.519 kr	21%
Sygepleje	572.862 kr	972.054 kr	399.192 kr	70%
<b>U-pakker</b>		<b>128.267 kr</b>	<b>128.267 kr</b>	
U-pleje		127.717 kr		
U-praktisk		550 kr		
<b>Pleje i alt</b>	<b>462.199 kr</b>	<b>589.495 kr</b>	<b>127.296 kr</b>	<b>28%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>371.203 kr</b>	<b>448.272 kr</b>	<b>77.069 kr</b>	<b>21%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>572.862 kr</b>	<b>972.054 kr</b>	<b>399.192 kr</b>	<b>70%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>54.239 kr</b>	<b>176.345 kr</b>	<b>122.106 kr</b>	<b>225%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	116.915 kr	179.402 kr	62.487 kr	53%
Anden Pleje	44.778 kr	53.721 kr	8.943 kr	20%
C-pakker	6.163.945 kr	4.706.696 kr	- 1.457.249 kr	-24%
HVR	422.568 kr	479.715 kr	57.147 kr	14%
Praktisk hjælp	1.208.474 kr	1.197.892 kr	- 10.582 kr	-1%
Sygepleje	1.932.145 kr	1.854.526 kr	- 77.619 kr	-4%
<b>U-pakker</b>		<b>491.232 kr</b>	<b>491.232 kr</b>	
U-pleje		442.374 kr		
U-praktisk		48.858 kr		
<b>Pleje i alt</b>	<b>6.325.637 kr</b>	<b>5.382.193 kr</b>	<b>- 943.445 kr</b>	<b>-15%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>1.208.474 kr</b>	<b>1.246.751 kr</b>	<b>38.276 kr</b>	<b>3%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>1.932.145 kr</b>	<b>1.854.526 kr</b>	<b>- 77.619 kr</b>	<b>-4%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>422.568 kr</b>	<b>479.715 kr</b>	<b>57.147 kr</b>	<b>14%</b>

Samlede omkostninger i (2012 priser)				
	Før Kroner	Efter Kroner	Ændring før- efter Kroner	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 2</b>				
<b>Samlet</b>				
<b>Under 67 år</b>	1.186.560 kr	1.370.803 kr	184.243 kr	16%
<b>67+ år</b>	8.438.977 kr	8.306.682 kr	- 132.295 kr	-2%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	26.311 kr	10.964 kr	- 15.347 kr	-58%
Anden Pleje	624 kr	1.221 kr	597 kr	96%
C-pakker	754.307 kr	606.112 kr	- 148.194 kr	-20%
HVR	26.814 kr	112.582 kr	85.768 kr	320%
Praktisk hjælp	152.731 kr	208.227 kr	55.496 kr	36%
Sygepleje	222.743 kr	328.928 kr	106.184 kr	48%
<b>U-pakker</b>		<b>98.724 kr</b>	<b>98.724 kr</b>	
U-pleje		98.724 kr		
U-praktisk				
<b>Pleje i alt</b>	<b>781.242 kr</b>	<b>717.021 kr</b>	<b>- 64.220 kr</b>	<b>-8%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>152.731 kr</b>	<b>208.227 kr</b>	<b>55.496 kr</b>	<b>36%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>222.743 kr</b>	<b>328.928 kr</b>	<b>106.184 kr</b>	<b>48%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>26.814 kr</b>	<b>112.582 kr</b>	<b>85.768 kr</b>	<b>320%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	112.750 kr	154.046 kr	41.296 kr	37%
Anden Pleje	16.519 kr	3.807 kr	- 12.712 kr	-77%
C-pakker	4.939.061 kr	4.172.715 kr	- 766.346 kr	-16%
HVR	162.040 kr	161.568 kr	- 472 kr	0%
Praktisk hjælp	1.152.278 kr	1.146.260 kr	- 6.018 kr	-1%
Sygepleje	2.046.080 kr	2.416.949 kr	370.869 kr	18%
<b>U-pakker</b>		<b>230.906 kr</b>	<b>230.906 kr</b>	
U-pleje		215.127 kr		
U-praktisk		15.779 kr		
<b>Pleje i alt</b>	<b>5.068.329 kr</b>	<b>4.545.695 kr</b>	<b>- 522.634 kr</b>	<b>-10%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>1.152.278 kr</b>	<b>1.162.039 kr</b>	<b>9.761 kr</b>	<b>1%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>2.046.080 kr</b>	<b>2.416.949 kr</b>	<b>370.869 kr</b>	<b>18%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>162.040 kr</b>	<b>161.568 kr</b>	<b>- 472 kr</b>	<b>0%</b>

Samlede omkostninger i (2012 priser)				
	Før Kroner	Efter Kroner	Ændring før- efter Kroner	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 3</b>				
<b>Samlet</b>				
Under 67 år	2.042.652 kr	1.945.806 kr	- 96.845 kr	-5%
67+ år	13.669.954 kr	13.122.499 kr	- 547.455 kr	-4%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	89.279 kr	34.151 kr	- 55.128 kr	-62%
Anden Pleje	45.139 kr	18.893 kr	- 26.246 kr	-58%
C-pakker	682.695 kr	743.021 kr	60.327 kr	9%
HVR	118.332 kr	209.147 kr	90.815 kr	77%
Praktisk hjælp	304.703 kr	263.455 kr	- 41.248 kr	-14%
Sygepleje	798.059 kr	650.742 kr	- 147.317 kr	-18%
<b>U-pakker</b>		<b>19.904 kr</b>	<b>19.904 kr</b>	
U-pleje		19.904 kr		
U-praktisk				
<b>Pleje i alt</b>	<b>817.113 kr</b>	<b>815.969 kr</b>	<b>- 1.144 kr</b>	<b>0%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>304.703 kr</b>	<b>263.455 kr</b>	<b>- 41.248 kr</b>	<b>-14%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>798.059 kr</b>	<b>650.742 kr</b>	<b>- 147.317 kr</b>	<b>-18%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>118.332 kr</b>	<b>209.147 kr</b>	<b>90.815 kr</b>	<b>77%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	284.114 kr	251.276 kr	- 32.838 kr	-12%
Anden Pleje	42.866 kr	21.250 kr	- 21.616 kr	-50%
C-pakker	7.764.810 kr	7.488.996 kr	- 275.814 kr	-4%
HVR	332.532 kr	498.504 kr	165.972 kr	50%
Praktisk hjælp	1.672.000 kr	1.547.507 kr	- 124.493 kr	-7%
Sygepleje	3.550.738 kr	3.169.043 kr	- 381.695 kr	-11%
<b>U-pakker</b>		<b>100.368 kr</b>	<b>100.368 kr</b>	
U-pleje		92.766 kr		
U-praktisk		7.602 kr		
<b>Pleje i alt</b>	<b>8.091.790 kr</b>	<b>7.854.288 kr</b>	<b>- 237.502 kr</b>	<b>-3%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>1.672.000 kr</b>	<b>1.555.109 kr</b>	<b>- 116.891 kr</b>	<b>-7%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>3.550.738 kr</b>	<b>3.169.043 kr</b>	<b>- 381.695 kr</b>	<b>-11%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>332.532 kr</b>	<b>498.504 kr</b>	<b>165.972 kr</b>	<b>50%</b>

Samlede omkostninger i (2012 priser)				
	Før Kroner	Efter Kroner	Ændring før- efter Kroner	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 4</b>				
<b>Samlet</b>				
<b>Under 67 år</b>	3.652.552 kr	5.420.470 kr	1.767.918 kr	48%
<b>67+ år</b>	18.215.625 kr	19.985.621 kr	1.769.997 kr	10%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	77.499 kr	111.550 kr	34.051 kr	44%
Anden Pleje	21.107 kr	55.364 kr	34.258 kr	162%
C-pakker	1.736.488 kr	2.790.370 kr	1.053.882 kr	61%
HVR	133.783 kr	202.915 kr	69.132 kr	52%
Praktisk hjælp	463.656 kr	590.403 kr	126.747 kr	27%
Sygepleje	1.215.770 kr	1.602.280 kr	386.510 kr	32%
<b>U-pakker</b>		<b>56.272 kr</b>	<b>56.272 kr</b>	
U-pleje		52.559 kr		
U-praktisk		3.713 kr		
<b>Pleje i alt</b>	<b>1.835.093 kr</b>	<b>3.009.843 kr</b>	<b>1.174.750 kr</b>	<b>64%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>463.656 kr</b>	<b>594.115 kr</b>	<b>130.459 kr</b>	<b>28%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>1.215.770 kr</b>	<b>1.602.280 kr</b>	<b>386.510 kr</b>	<b>32%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>133.783 kr</b>	<b>202.915 kr</b>	<b>69.132 kr</b>	<b>52%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	392.079 kr	450.824 kr	58.745 kr	15%
Anden Pleje	41.524 kr	36.959 kr	- 4.565 kr	-11%
C-pakker	9.597.089 kr	9.068.003 kr	- 529.086 kr	-6%
HVR	619.920 kr	1.036.725 kr	416.805 kr	67%
Praktisk hjælp	2.551.867 kr	2.635.807 kr	83.940 kr	3%
Sygepleje	4.993.196 kr	5.598.620 kr	605.424 kr	12%
<b>U-pakker</b>		<b>1.075.594 kr</b>	<b>1.075.594 kr</b>	
U-pleje		1.065.171 kr		
U-praktisk		10.422 kr		
<b>Pleje i alt</b>	<b>10.030.692 kr</b>	<b>10.620.957 kr</b>	<b>590.265 kr</b>	<b>6%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>2.551.867 kr</b>	<b>2.646.229 kr</b>	<b>94.363 kr</b>	<b>4%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>4.993.196 kr</b>	<b>5.598.620 kr</b>	<b>605.424 kr</b>	<b>12%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>619.920 kr</b>	<b>1.036.725 kr</b>	<b>416.805 kr</b>	<b>67%</b>

Samlede omkostninger i (2012 priser)				
	Før Kroner	Efter Kroner	Ændring før- efter Kroner	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 6</b>				
<b>Samlet</b>				
<b>Under 67 år</b>	2.924.114 kr	2.507.555 kr	- 416.559 kr	-14%
<b>67+ år</b>	13.575.552 kr	13.294.656 kr	- 280.896 kr	-2%
<b>Fordelt på ydelser</b>				
<b>Under 67 år</b>				
Akut	97.918 kr	112.294 kr	14.376 kr	15%
Anden Pleje	35.090 kr	28.556 kr	- 6.534 kr	-19%
C-pakker	1.550.721 kr	1.154.290 kr	- 396.432 kr	-26%
HVR	103.006 kr	98.516 kr	- 4.491 kr	-4%
Praktisk hjælp	311.757 kr	305.923 kr	- 5.834 kr	-2%
Sygepleje	824.332 kr	776.362 kr	- 47.970 kr	-6%
<b>U-pakker</b>		<b>27.604 kr</b>	<b>27.604 kr</b>	
U-pleje		27.148 kr		
U-praktisk		456 kr		
<b>Pleje i alt</b>	<b>1.683.730 kr</b>	<b>1.322.287 kr</b>	<b>- 361.443 kr</b>	<b>-21%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>311.757 kr</b>	<b>306.379 kr</b>	<b>- 5.378 kr</b>	<b>-2%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>824.332 kr</b>	<b>776.362 kr</b>	<b>- 47.970 kr</b>	<b>-6%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>103.006 kr</b>	<b>98.516 kr</b>	<b>- 4.491 kr</b>	<b>-4%</b>
<b>67+ år</b>				
Akut	301.179 kr	182.927 kr	- 118.252 kr	-39%
Anden Pleje	17.606 kr	22.934 kr	5.328 kr	30%
C-pakker	8.669.605 kr	7.541.129 kr	- 1.128.476 kr	-13%
HVR	370.737 kr	431.192 kr	60.456 kr	16%
Praktisk hjælp	1.300.359 kr	1.339.097 kr	38.739 kr	3%
Sygepleje	2.908.035 kr	3.136.804 kr	228.769 kr	8%
<b>U-pakker</b>		<b>601.656 kr</b>	<b>601.656 kr</b>	
U-pleje		598.274 kr		
U-praktisk		3.382 kr		
<b>Pleje i alt</b>	<b>8.988.391 kr</b>	<b>8.345.264 kr</b>	<b>- 643.127 kr</b>	<b>-7%</b>
<b>Praktisk hjælp i alt</b>	<b>1.300.359 kr</b>	<b>1.342.479 kr</b>	<b>42.121 kr</b>	<b>3%</b>
<b>Sygepleje</b>	<b>2.908.035 kr</b>	<b>3.136.804 kr</b>	<b>228.769 kr</b>	<b>8%</b>
<b>HVR i alt</b>	<b>370.737 kr</b>	<b>431.192 kr</b>	<b>60.456 kr</b>	<b>16%</b>

## Gennemsnitlige månedlige omkostninger pr. borger opdelt på distrikter

Gennemsnitlige md. omkostninger pr. borgern (2012-priser)					
		Før Kroner	Efter Kroner	Ændring før- efter Kroner	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 1</b>					
Fordelt på ydelser					
Under 67 år	Akut	1.160 kr	618 kr	- 541 kr	-46,7%
	Anden Pleje	262 kr	222 kr	- 40 kr	-15,4%
	C-pakker	3.636 kr	4.101 kr	465 kr	12,8%
	HVR	4.090 kr	4.712 kr	622 kr	15,2%
	Praktisk hjælp	840 kr	897 kr	57 kr	6,8%
	Sygepleje	1.824 kr	2.716 kr	892 kr	48,9%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		4.518 kr	4.518 kr	
	U-praktisk		275 kr	275 kr	
	67+ år	Akut	630 kr	682 kr	52 kr
Anden Pleje		866 kr	1.153 kr	287 kr	33,1%
C-pakker		7.243 kr	6.627 kr	- 616 kr	-8,5%
HVR		6.401 kr	5.426 kr	- 975 kr	-15,2%
Praktisk hjælp		719 kr	766 kr	47 kr	6,5%
Sygepleje		1.827 kr	1.823 kr	- 4 kr	-0,2%
<b>U-pakker</b>					
U-pleje			3.063 kr	3.063 kr	
U-praktisk			801 kr	801 kr	

Gennemsnitlige md. omkostninger pr. borgern (2012-priser)					
		Før Kroner	Efter Kroner	Ændring før- efter Kroner	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 2</b>					
Fordelt på ydelser					
Under 67 år	Akut	756 kr	329 kr	- 427 kr	-57%
	Anden Pleje	234 kr	458 kr	224 kr	96%
	C-pakker	12.613 kr	8.745 kr	- 3.869 kr	-31%
	HVR	4.766 kr	6.321 kr	1.555 kr	33%
	Praktisk hjælp	778 kr	819 kr	42 kr	5%
	Sygepleje	1.539 kr	1.744 kr	205 kr	13%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		9.553 kr	9.553 kr	
	U-praktisk		- kr	- kr	
	67+ år	Akut	500 kr	647 kr	147 kr
Anden Pleje		1.182 kr	317 kr	- 866 kr	-73%
C-pakker		6.634 kr	6.258 kr	- 376 kr	-6%
HVR		3.110 kr	2.768 kr	- 342 kr	-11%
Praktisk hjælp		798 kr	734 kr	- 64 kr	-8%
Sygepleje		1.960 kr	2.272 kr	312 kr	16%
<b>U-pakker</b>					
U-pleje			8.035 kr	8.035 kr	
U-praktisk			1.972 kr	1.972 kr	

Gennemsnitlige md. omkostninger pr. borgern (2012-priser)					
		Før	Efter	Ændring før-	Ændring før-
		Kroner	Kroner	efter	efter
				Kroner	%
<b>Distrikt 3</b>					
Fordelt på ydelser					
Under 67 år	Akut	1.147 kr	566 kr	- 581 kr	-51%
	Anden Pleje	1.761 kr	1.090 kr	- 671 kr	-38%
	C-pakker	4.655 kr	5.399 kr	744 kr	16%
	HVR	4.005 kr	5.336 kr	1.331 kr	33%
	Praktisk hjælp	821 kr	702 kr	- 119 kr	-14%
	Sygepleje	1.883 kr	1.480 kr	- 403 kr	-21%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		2.549 kr	2.549 kr	
	U-praktisk		1.012 kr	1.012 kr	
67+ år	Akut	611 kr	676 kr	65 kr	11%
	Anden Pleje	1.010 kr	569 kr	- 441 kr	-44%
	C-pakker	7.262 kr	9.029 kr	1.767 kr	24%
	HVR	3.916 kr	4.899 kr	983 kr	25%
	Praktisk hjælp	790 kr	723 kr	- 67 kr	-8%
	Sygepleje	2.680 kr	2.454 kr	- 226 kr	-8%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		3.544 kr	3.544 kr	
	U-praktisk		950 kr	950 kr	

Gennemsnitlige md. omkostninger pr. borgern (2012-priser)					
		Før	Efter	Ændring før-	Ændring før-
		Kroner	Kroner	Kroner	%
<b>Distrikt 4</b>					
Fordelt på ydelser					
Under 67 år	Akut	685 kr	636 kr	- 49 kr	-7%
	Anden Pleje	727 kr	1.185 kr	458 kr	63%
	C-pakker	5.066 kr	8.094 kr	3.028 kr	60%
	HVR	4.759 kr	3.866 kr	- 894 kr	-19%
	Praktisk hjælp	848 kr	762 kr	- 86 kr	-10%
	Sygepleje	2.030 kr	2.095 kr	65 kr	3%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		4.196 kr	4.196 kr	
	U-praktisk		530 kr	530 kr	
67+ år	Akut	592 kr	638 kr	46 kr	8%
	Anden Pleje	646 kr	511 kr	- 135 kr	-21%
	C-pakker	5.591 kr	5.676 kr	85 kr	2%
	HVR	4.239 kr	5.232 kr	993 kr	23%
	Praktisk hjælp	775 kr	713 kr	- 61 kr	-8%
	Sygepleje	2.170 kr	2.298 kr	129 kr	6%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		7.032 kr	7.032 kr	
	U-praktisk		420 kr	420 kr	



Gennemsnitlige md. omkostninger pr. borgern (2012-priser)					
		Før Kroner	Efter Kroner	Ændring før- efter Kroner	Ændring før- efter %
<b>Distrikt 6</b>					
<b>Fordelt på ydelser</b>					
<b>Under 67 år</b>	Akut	941 kr	864 kr	- 77 kr	-8%
	Anden Pleje	1.344 kr	1.678 kr	335 kr	25%
	C-pakker	7.951 kr	8.111 kr	160 kr	2%
	HVR	5.468 kr	3.479 kr	- 1.989 kr	-36%
	Praktisk hjælp	719 kr	609 kr	- 111 kr	-15%
	Sygepleje	1.905 kr	2.008 kr	103 kr	5%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		2.979 kr	2.979 kr	
	U-praktisk		456 kr	456 kr	
<b>67+ år</b>	Akut	626 kr	449 kr	- 177 kr	-28%
	Anden Pleje	448 kr	657 kr	209 kr	47%
	C-pakker	6.783 kr	6.972 kr	189 kr	3%
	HVR	6.728 kr	5.041 kr	- 1.687 kr	-25%
	Praktisk hjælp	681 kr	618 kr	- 62 kr	-9%
	Sygepleje	2.161 kr	2.118 kr	- 43 kr	-2%
	<b>U-pakker</b>				
	U-pleje		5.194 kr	5.194 kr	
	U-praktisk		348 kr	348 kr	



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00