



SUNDHEDSSTYRELSEN

Styrket fokus på god kontinenspleje i plejebolig

BUSINESS CASE



2016

Styrket fokus på god kontinenspleje i plejebolig

BUSINESS CASE

© Sundhedsstyrelsen, 2016.

Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Udarbejdet af:

Rambøll Management Consulting for
Sundhedsstyrelsen, november 2015.

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 19. november 2015

Format: pdf

Elektronisk ISBN:

978-87-7104-737-0

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
marts 2016.

INDHOLD

1.	INDLEDNING	4
1.1	Præsentation af model for god kontinenspleje i plejebolig	4
1.2	Om denne analyse	4
1.3	Rapportens opbygning	5
2.	RESUMÉ AF RAPPORTENS CENTRALE RESULTATER	6
3.	GEVINSTER VED MODEL FOR GOD KONTINENSPLEJE I PLEJEBOLIG	8
3.1	Tidsforbrug til pleje	8
3.1.1	Tidsgevinst afhængig af funktionsevne	10
3.2	Udgifter til bleer	10
3.3	Kvalitative gevinster for beboerne	11
4.	UDGIFTER VED MODEL FOR GOD KONTINENSPLEJE I PLEJEBOLIG	13
4.1	Implementeringsudgifter	13
4.2	Beboerrettede udgifter til model for god kontinenspleje	14
5.	BUSINESS CASE FOR DE TRE PLEJECENTRE	16
5.1	Plejecenter: Olivenhaven, Kolding kommune	16
5.2	Plejecenter: Ceres Huset, Aarhus kommune	16
5.3	Plejecenter: Vejlbysgade, Aarhus kommune	17

BILAG

Bilag 1

Datagrundlag

1. INDLEDNING

Folketinget nedsatte i forbindelse med Finansloven 2011 en kommission, som skulle arbejde med livskvalitet og selvbestemmelse for beboere i plejeboliger og på plejehjem (herefter Ældrekommissionen). Formålet med Ældrekommissionens arbejde var at undersøge, hvordan man i plejeboliger og på plejehjem kan forbedre og understøtte beboernes livskvalitet og selvbestemmelse. Ældrekommissionen offentliggjorde i februar 2012 rapporten "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem", som indeholder 43 konkrete anbefalinger til tiltag, som kan styrke livskvaliteten og selvbestemmelsen for beboerne i plejeboliger og på plejehjem. Kommissionen beskriver blandt andet, hvordan ufrivillig vandladning er et udbredt problem blandt beboerne og medfører ringere livskvalitet. Ligeledes fremhæver kommissionen, at bleer altid må være sidste udvej, ligesom man peger på det faktum, at behandling og forebyggelse i langt de fleste tilfælde er mulig.

I forlængelse af Ældrekommissionens arbejde blev der iværksat fem konkrete initiativer, som skal forbedre livskvalitet og selvbestemmelse for beboerne i plejeboliger og på plejehjem. Et af initiativerne er, at der skal gennemføres en fokuseret indsats mod inkontinens.

Inkontinens er et udbredt problem blandt ældre borgere generelt og særligt i forhold til beboere på plejecentre. Tidligere undersøgelser viser, at ca. 70-80 pct. af beboerne på plejecentre er inkontinente. Mange beboere benytter forskellige former for inkontinenshjælpemidler, selvom erfaringer og undersøgelser viser, at hovedparten kan undgå dette, hvis der sættes tidligt og effektivt ind. Mange opfatter inkontinens som en uundgåelig tilstand, der ikke kan kureres eller som en naturlig del af at blive ældre.

Formålet med business casen er at demonstrere og systematisk dokumentere det økonomiske potentiale ved en kontinenspleje, hvor der sættes ind med en systematisk udredning og indsats i sammenhæng med en opkvalificering af plejepersonalet. I det følgende beskrives den afprøvede model for god kontinenspleje nærmere.

1.1 Præsentation af model for god kontinenspleje i plejebolig

Modellen for god kontinenspleje har til formål at udrede inkontinens hos beboere i plejebolig med henblik på at identificere årsager og medvirkende faktorer. På den baggrund udarbejdes en handleplan for behandling og pleje ud fra princippet om 'minimal care'. Princippet om 'minimal care' drejer sig om, at man ved hjælp af enkle midler og ikke mindst en grundig dataindsamling kan diagnosticere inkontinensstypen og behandle med ikke-invasive tiltag, såsom skemalagte toiletbesøg.

Selve indsatsen i modellen består af en række skridt, hvor der overordnet kan skelnes mellem følgende:

- 1) Vurdering af alle beboere i forhold til inkontinens
- 2) Grundig udredning af udvalgte beboere, der deltager i indsatsen
- 3) Udarbejdelse af handleplan for beboere
- 4) Opfølgning på handleplan.

Centralt i model for god kontinenspleje er, at der foretages en grundig udredning og afdækning af, hvorvidt og hvorfor beboeren har problemer med inkontinens. Der kan dels være tale om forskellige former for inkontinens, dels kan inkontinensen have forskellige årsager. Som en væsentlig del af selve indsatsen skal der foretages en grundig udredning af, hvornår og hvordan beboeren oplever hændelser af inkontinens. I forbindelse med udredningen indgår også overvejelser i forhold til mobilitet og demens, der kan være modererende faktorer.

1.2 Om denne analyse

Initiativet er afprøvet på tre plejecentre – to i Aarhus kommune (Cereshuset og Vejlbygade) og et i Kolding kommune (Olivenhaven). I denne rapport afrapporteres resultaterne fra initiativet i form af separate business cases for hvert af de medvirkende plejecentre.

Den analyserede model fokuserer på urininkontinens alene. Efterfølgende har plejecentrene haft medarbejdere på kursus i afføringsinkontinens også. Flere har givet udtryk for, at det giver god mening at se de to former for inkontinens i sammenhæng.

Erfaringerne omkring implementering af model for god kontinenspleje er samlet i en implementeringsvejledning, og er derfor ikke beskrevet i denne rapport udover et enkelt afsnit, der opsummerer de beboerrettede kvalitetsgevinster alene på baggrund af kvalitative interview med enkelte medarbejdere, nøglepersoner og ledere.

1.3 Rapportens opbygning

I **kapitel 2** præsenteres analysens centrale resultater.

I **kapitel 3** ser vi på gevinsterne ved model for god kontinenspleje.

I **kapitel 4** ser vi på udgifterne ved implementering og drift af model for god kontinenspleje.

I **kapitel 5** sammenstilles gevinster og udgifter i en business case for hvert af de tre plejecentre.

I **bilag 1** præsenteres datagrundlaget for analysen

2. RESUMÉ AF RAPPORTENS CENTRALE RESULTATER

Inkontinens er et fænomen på landets plejecentre i forhold til både beboernes livskvalitet og medarbejdernes tidsforbrug til kontinenspleje. Initiativet har til formål at fremme den enkeltes selvbestemmelse og livskvalitet gennem en helhedsorienteret og systematisktilgang til hver enkelt beboer, og business casen skal belyse de økonomiske konsekvenser heraf.

Udgifterne til model for god kontinenspleje ligger primært i implementeringsåret (år 0) og udgøres for en stor dels vedkommende af vikardækning i forbindelse med et 8-dages kursus i metoden. Der er endvidere løbende udgifter i forbindelse med tidsforbrug til at screene beboerne, udarbejde handleplaner mv. Dette erstatter dog det nuværende arbejde på plejecentrene med screening og handleplaner mv. i relation til inkontinens, og derfor medregnes kun det ekstra tidsforbrug, som model for god kontinenspleje kræver.

Analysen viser, at det er muligt at arbejde med model for god kontinenspleje og på den måde øge livskvalitet og selvbestemmelse for beboere med inkontinens uden det på længere sigt er nødvendigt at tilføre midler til området. Dette er resultatet på alle tre af de medvirkende plejecentre i initiativet.

To af de deltagende plejecentre har således anvendt stort set den samme tid på kontinensplejen i før- og eftermålingerne, mens et plejecenter har kunnet frigive arbejdstid hos medarbejderne ved brug af modellen. Analysen viser endvidere, at alle tre deltagende plejecentre opnår en mindre besparelse i udgiften til bleer ved modellen.

Olivenhaven i Kolding Kommune kunne reducere tidsforbruget til kontinenspleje pr. beboer fra start- til slutmålingen med 12 minutter pr. døgn. Dette er det bedste resultat af de tre plejecentre, hvilket dog skal ses i lyset af, dels at Olivenhaven var det plejecenter med det største tidsforbrug på kontinenspleje ved førmålingerne. Så med besparelsen ligger Olivenhavens tidsforbrug nu mere på niveau med de to øvrige plejecentres. Olivenhaven var også det første plejecenter til at implementere modellen systematisk, så det er også det plejecenter, der havde størst erfaring med modellen ved slutmålingen.

Hvis tidsbesparelsen samt det reducerede bleeforbrug omregnes til en økonomisk gevinst på Olivenhaven, svarer det til en besparelse det første år på 290.000 kr. og 884.000 kr. de efterfølgende år, når der fratrækkes udgifter til kurser, implementering og drift. Det kan dog af hensyn til vagtplanlægning være vanskeligt i praksis at reducere personalet af hensyn til eksempelvis aften- og nattevagter. I dette tilfælde kan tiden frigøres til andre opgaver.

På de to øvrige plejecentre brugte man stort set den samme tid pr. beboer ved før og eftermålingerne. I Ceres Huset i Århus Kommune brugte man få sekunder mere på kontinensplejen ved eftermålingen. Ceres Huset var dog det plejecenter, der brugte kortest tid på kontinenspleje ved både før- og eftermålingen. Den mindre besparelse på bleer er ikke nok til at opveje en stigning i medarbejdernes tidsforbrug, og derfor var der samlet nettoudgifter af at arbejde med modellen det første år på 148.000 kr. og de efterfølgende år på 18.000 kr. for plejecentret. Disse ændringer er i det store billede så små, at forandringen i det store billede må betegnes som stort set neutral i forhold til forbrug af tid og omkostninger.

På plejecentret i Vejlbysgade, Århus Kommune, havde man reduceret tidsforbruget til kontinenspleje med 1 minut pr. døgn pr. beboer. I det første år var der udgifter for plejecentret ved at arbejde med modellen på 171.000 kr., mens gevinsterne ved mindsket forbrug af tid og bleer svarer til 52.000 kr. I de efterfølgende år falder udgifterne dog til implementering og man opnår den fulde effekt af arbejdet, og dette resulterer teoretisk set i en årlig økonomisk gevinst på 66.000 kr. under antagelse af, at det er muligt at kapitalisere på den sparede tid. Som ved Ceres Huset er disse ændringer så små, at forandringen må betegnes som stort set neutral i forhold til tid og omkostninger.

Det er ikke muligt entydigt at forklare, hvorfor initiativets effekter på tidsforbruget varierer på tværs af de tre deltagende plejecentre. Mulige forklaringer kan eksempelvis hænge sammen

med, at Olivenhaven i forvejen havde det største tidsforbrug på kontinenspleje ved førmålingen, eller med at Olivenhaven var det center, der først implementerede modellen og dermed har arbejdet med modellen længst ved eftermålingen. Endelig kan det spille ind i hvilket omfang de tre plejecentre havde fokus på og viden om kontinenspleje forud for initiativet. Sådanne faktorer kan også have en betydning for, hvilke resultater der kan forventes at opnås på andre af landets plejecentre, men det er ikke muligt at belyse nærmere her med kun tre plejecentre i initiativet.

Rambølls samlede konklusion er på baggrund af resultaterne fra de tre plejecentre, at en indsats med model for god kontinenspleje kan styrke ledelse og medarbejdere i landets plejecentre i forhold til at tilrettelægge arbejdet med beboernes kontinenspleje på en mere hensigtsmæssig måde for både beboere og medarbejdere. Business casen viser endvidere, at en sådan indsats kan gennemføres udgiftsneutralt og i nogle tilfælde vil have potentiale for at frigøre medarbejder-tid til eksempelvis sociale aktiviteter.

Udover at business casen økonomisk set hælder i positiv retning, indikerer de kvalitative interview med ledere, nøglepersoner og medarbejdere på de tre plejecentre, at initiativet sandsynligvis har medført en række kvalitative forbedringer for flere af beboerne, fx færre våde bleer, men nærværende undersøgelse har ikke været planlagt til at gå i dybden med dette spørgsmål.

Resultaterne af de kvantitative analyser skal tolkes med varsomhed, da der som altid er usikkerheder forbundet med målingerne. Der er mange beboerudskiftninger mellem før- og eftermålingen, og der indgår ikke en egentlig kontrolgruppe i designet. Endvidere kan forudsætningerne for at omregne sparet tid til økonomiske værdier diskuteres, da det ikke er undersøgt om den praktiske tilrettelæggelse af arbejdet på plejecentrene faktisk muliggør, at medarbejderressourcer brugt på kontinenspleje frigøres til andre opgaver. Endelig har det påvirket implementeringsprocessen, at plejecentrene har medvirket i et initiativ under Socialstyrelsen¹ hvilket har bidraget til at sikre løbende fokus på implementeringen.

¹ Folketingsvalget sommeren 2015 gjorde, at der med tiltrædelsen af den nye regering blev gennemført en ressortomlægning og Sundheds- og Ældreministeriet blev oprettet. Derfor blev Enhed for Ældre og demens, som har drevet initiativet Styrket fokus på god kontinenspleje i plejebolig, overflyttet fra Socialstyrelsen til Sundhedsstyrelsen. Initiativet har altså sit ophav i Socialstyrelsen og Serviceloven, hvorfra det socialfaglige sigte kommer, men har Sundhedsstyrelsen som afsender grundet ressortomlægningen.

3. GEVINSTER VED MODEL FOR GOD KONTINENSPLEJE I PLEJEBOLIG

I dette afsnit præsenteres ændringen i plejecentrenes udgifter i forbindelse med kontinenspleje. Sidst i kapitlet præsenteres et overblik over de kvalitative gevinster.

Arbejdet med model for god kontinenspleje antages at påvirke to udgiftsdrivende poster:

- Medarbejdernes tidsforbrug til kontinenspleje af den enkelte beboer
- Beboernes forbrug af bleer (antal og type)

Den største omkostning ved den konventionelle kontinenspleje i dag udgøres af plejens tidsforbrug. Det skønnes, at 88 pct. af de samlede udgifter på inkontinensområdet består af tidsforbrug, mens 12 pct. går til indkøb². Plejecentrenes udgifter til øvrige kontinensplejeprodukter, tøjvask og lignende er ikke medtaget i business casen, da det vurderes, at udgifter til bleer udgør den største post. Der er ligeledes taget hensyn til at minimere registreringsbyrden hos plejecentrene.

Gevinsterne er estimeret på baggrund af registreringer af tidsforbrug og udgifter før implementeringen af model for god kontinenspleje og efter implementeringen. Der er 14 måneder mellem før- og eftermålingen, og der er dermed en lang række beboere fra førmålingen, som ikke længe er opholdt sig på plejecentret ved eftermålingen (primært pga. dødsfald). For at sikre, at antallet af observationer er stort nok til at sikre en valid kvantitativ analyse, er der medtaget nye beboere i eftermålingen som erstatning for de frafaldne. Sammen med den generelle aldring og dermed et stigende plejebestand hos beboerne over tid, medfører denne udskiftning af beboere fra før- til eftermålingen, en række udfordringer i forhold til at estimere den faktiske ændring i tidsforbruget og udgifterne til bleer.

Kort fortalt håndteres udfordringerne ved at korrigere tidsforbruget hhv. udgifterne i forhold til ændringer i funktionsevne (målt ved en reducerede udgave af Barthel-20). En nærmere beskrivelse af udfordringerne og håndteringen af disse findes i Bilag 1. I det følgende præsenteres de korrigerede tal for ændringer i tidsforbrug og udgifter, da det er disse, der bedst viser den ændring, der kan tilskrives arbejdet med model for god kontinenspleje i plejebolig.

3.1 Tidsforbrug til pleje

Indførelsen af model for god kontinenspleje i plejebolig forventes at påvirke det tidsforbrug som medarbejderne bruger til kontinenspleje hos den enkelte beboer. Indsatsen forventes med andre ord at mindske beboerens plejebestand i relation til kontinenspleje, og derigennem generere en arbejdsbesparelse for plejecentret.

Der er gennemført faktiske tidsmålinger af beboernes kontinenspleje før- og efter implementering af model for god kontinenspleje. Da modellen har et afgrænset fokus på urininkontinens, har plejecentrene som udgangspunkt kun registreret tidsforbruget på hændelser relateret hertil. Tidsmålingerne er gennemført af alle medarbejdere på de tre plejecentre og dækker alle beboere på de tre plejecentre. Konkret har medarbejderne registreret tidsforbruget i tre døgn på tidsregistreringsskemaer. Tidsforbruget er registreret for følgende plejesituationer:

- Hjælp ved toiletbesøg
- Bleskift
- Kateterpleje
- Skift af sengelinned, dyne mv. ved lækager
- Skift af beboers tøj mv. ved lækager
- Rengøring af gulv, stol, rollator mv.
- Andet

Der er gennemført tidsmålinger for 134 beboere i forbindelse med førmålingen og 137 beboere i forbindelse med slutmålingen.

² Scheel, L. S. 2009: En helhedsløsning inden for kontinensplejen. Sygeplejersken vol. 20 s. 56-62.

Tabel 1 viser det gennemsnitlige antal hændelser pr. beboer pr. døgn uden og med implementeringen af model for god kontinenspleje for de enkelte elementer i kontinensplejen og for den samlede kontinenspleje.

Tabel 1: Gennemsnitlige antal hændelser pr. beboer pr. døgn uden og med model for god kontinenspleje (korrigeret)

Olivenhaven	Før	Efter	Ændring
Hjælp ved toiletbesøg	2,0	1,7	-0,3
Bleskift	2,4	2,2	-0,2
Kateterpleje	0,6	0,2	-0,4
Skift af sengelinned, dyne mv. ved lækager	0,3	0,3	0,0
Skift af beboers tøj mv. ved lækager	0,4	0,3	-0,1
Rengøring af gulv, stol, rollator mv.	0,1	0,1	0,0
Andet	0,2	0,5	0,3
Samlet	6,1	5,3	-0,8
Ceres Huset			
Hjælp ved toiletbesøg	2,1	1,7	-0,4
Bleskift	2,3	1,8	-0,5
Kateterpleje	0,3	0,5	0,2
Skift af sengelinned, dyne mv. ved lækager	0,1	0,1	0,1
Skift af beboers tøj mv. ved lækager	0,3	0,3	0,0
Rengøring af gulv, stol, rollator mv.	0,1	0,1	0,0
Andet	0,8	0,3	-0,6
Samlet	6,0	4,8	-1,2
Vejlbygade			
Hjælp ved toiletbesøg	2,5	2,7	0,1
Bleskift	2,6	2,5	-0,1
Kateterpleje	0,5	0,3	-0,2
Skift af sengelinned, dyne mv. ved lækager	0,3	0,4	0,1
Skift af beboers tøj mv. ved lækager	0,4	0,4	0,0
Rengøring af gulv, stol, rollator mv.	0,2	0,2	-0,1
Andet	0,4	0,6	0,2
Samlet	6,9	7,0	0,1

Note: Der er korrigeret for generel aldring samt for udskiftning af beboere fra før- til eftermålingen. Der er tale om afrundende tal.

Det ses af tabellen, at det gennemsnitlige antal hændelser i forhold til toiletbesøg er faldet på Olivenhaven og Ceres Huset, mens der er sket en mindre stigning for Vejlbysgade. Bleskift er faldet alle tre steder. Antallet af hændelser i forbindelse med kateterpleje er faldet på Olivenhaven og Vejlbysgade. Skift af sengelinned mv. er ikke faldet nogen af de tre steder. Skift af beboernes tøj mv. samt rengøring er ligeledes stort set uændret. Det er dermed primært i forhold til hjælp ved toiletbesøg samt bleskift, at antallet af hændelser er faldet. Som nævnt har det ikke været muligt at lave målinger af tidforbruget for de enkelte aktiviteter. Der kan dermed godt være en reduktion af tidsforbruget inden for alle typer plejeaktiviteter, selvom der ikke er sket en reduktion af antallet af hændelser.

Tabel 2 viser det samlede tidsforbrug til pleje pr. beboer pr. døgn uden og med model for god kontinenspleje for de tre plejecentre.

Tabel 2: Gennemsnitligt tidsforbrug (minutter) til kontinenspleje pr. beboer pr. døgn uden og med model for god kontinenspleje (korrigeret) – opdelt på plejecentre

Plejecenter	Uden	Med	Ændring
Olivenhaven	43,6 min.	31,1 min.	-12,5 min.
Cereshuset	25,2 min.	25,4 min.	0,2 min.

Vejlbygade	32,1 min.	31,0 min.	-1,0 min.
------------	-----------	-----------	-----------

Kilde: Tidsmålinger

Note: Der er korrigeret for generel aldring samt for udskiftning af beboere fra før- til eftermålingen.

Olivenhaven i Kolding har opnået en tidsbesparelse pr. beboer pr. døgn på 12,5 minutter. Vejlbygade har opnået en lille tidsbesparelse på 1 min. pr. beboer pr. døgn, mens Cereshuset bruger stort set den samme tid som nu.

Erfaringerne fra monitoreringen af implementeringen viser da også, at Cereshuset og Vejlbygade kom sent i gang med at omstille praksis for kontinenspleje sammenlignet med Olivenhaven, hvorfor den relativt lave tidsbesparelse, som disse plejecentre har opnået, kan skyldes, at beboernes eksponering for indsatsen har været begrænset. Samtidig har plejecentret Olivenhaven et større tidsforbrug til kontinensplejen i før-situationen, hvorfor noget af plejecentrets relativt store besparelse kan være et udtryk for, at de høster en effektiviseringsgevinst, som de andre plejecentre allerede har hentet. Dog ses det, at Olivenhavens beboere gennemsnitligt set er dårligere end beboerne på henholdsvis Cereshuset og Vejlbygade målt på Barthel-20 trods og samtidigt gennemsnitligt yngre. Dette kan hænge sammen med, at Olivenhaven har et særligt demensafsnit.

3.1.1 Tidsgevinst afhængig af funktionsevne

Som en supplerende analyse har vi set på, i hvilken grad ændringen i tidsforbruget adskiller sig for forskellige grupper af beboere alt efter deres funktionsevne. Konkret har vi opdelt beboerne i tre grupper i henhold til deres score i Barthel-20 indekset i hhv. før- og eftermålingen. Dvs., at vi f.eks. har sammenlignet de beboere, der havde en lav Barthel-20 (0-4) i førmålingen med de beboere, der havde en lav Barthel-20 i eftermålingen. Vi har lavet analysen separat for hvert plejecenter. Det skal dermed understreges, at der er tale om en analyse, der baserer sig på relativt få beboere pr. gruppe, og der er derfor en væsentlig usikkerhed forbundet med analysen. Resultaterne af analysen ses af Tabel 3.

Tabel 3: Ændring i tidsforbrug fra før til efter – fordelt på funktionsevne

Plejecenter	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
"Svag gruppe" Barthel 20 Index 0-4 (N=før/efter)	-10,2 minutter (N=17/20)	-8,1 minutter (N=5/2)	-4,9 minutter (N=13/5)
"Mellem gruppe" Barthel 20 Index 5-12 (N=før/efter)	-17,6 minutter (N=15/17)	-1,2 minutter (N=13/10)	-5,1 minutter (N=18/15)
"Stærkere gruppe" Barthel 20 Index 13-20 (N=før/efter)	0,0 minutter (N=4/9)	2,9 minutter (N=6/7)	8,5 minutter (N=7/5)

Analysen viser en tendens til, at der ikke er en tidsgevinst for den stærkere gruppe af beboere. For de beboere i den svage gruppe og i mellemgruppen er der blandende resultater på alle tre plejecentre, og der kan således ikke udledes en generel tendens her.

3.2 Udgifter til bleer

Model for god kontinenspleje i plejebolig forventes dels at reducere antallet af bleer og dels at medvirke til at nogle beboere kan bruge en mindre ble frem for en større (og dermed dyrere) ble. En gevinst i forhold til udgifterne til bleer kan dermed dels komme fra en reduktion i antallet af bleer og dels i reduktion i udgiften pr. ble.

I forbindelse med tidsmålingerne (jf. ovenfor) har personalet registreret antallet af bleskift samt typen af ble, der anvendes. På baggrund af disse oplysninger samt en prisliste over bleer har vi beregnet den samlede udgift til bleer pr. beboer pr. døgn.

Tabel 4: Bleskift og udgifter til bleer uden og med model for god kontinenspleje (korrigeret)

	Uden	Med	Ændring
Andel af inkontinente beboere, der bruger ble	91,8 %	92,2 %	0,4 pct.point
Plejecentrenes samlede udgifter til bleer døgn	kr. 1.274	kr. 954	-kr. 320
Samlet udgifter til bleer pr. beboer med ble pr. døgn	kr. 14,2	kr. 11,5	-kr. 2,7

Kilde: Tidsmålinger

Note: Der er korrigeret for generel aldring samt for udskiftning af beboere fra før- til eftermålingen.

Den samlede andel af de inkontinente beboere, der bruger ble er stort set den samme med og uden model for god kontinenspleje. Dvs. at modellen ikke ser ud til at påvirke antallet af beboere, der bruger ble i form af at beboeren ikke længere har brug for ble overhovedet. Til gengæld viser analysen, at udgifterne til bleer for de beboere, der bruger bleer, falder. Dette skyldes dels, at de bruger færre bleer og dels at de i mindre grad anvender store bleer.

Tabel 5 viser ændringen i udgiften pr. inkontinent beboer pr. døgn for de tre plejecentre.

Tabel 5: Samlet udgift til bleer pr. beboer med ble pr. døgn uden og med model for god kontinenspleje (korrigeret)

Plejecenter	Uden	Med	Ændring
Olivenhaven	kr. 12,8	kr. 11,2	-kr. 1,5
Cereshuset	kr. 13,7	kr. 11,1	-kr. 2,6
Vejlbygade	kr. 15,9	kr. 12,2	-kr. 3,7
Samlet	kr. 14,2	kr. 11,5	-kr. 2,7

Kilde: Tidsmålinger

Note: Der er korrigeret for generel aldring samt for udskiftning af beboere fra før- til eftermålingen.

Alle tre plejecentre har haft en reduktion i udgiften til bleer. Erfaringerne fra de kvalitative interviews med ledere og plejepersonale på de deltagende plejecentre viser, at reduktionen i udgiften til bleer særligt drives af, at flere beboere er gået en blestørrelse ned og samtidigt har brug for færre bleer pr. døgn, da det oftere end før lykkes at hjælpe dem på toilettet i tide. Samtidigt peger erfaringerne fra de kvalitative data på, at reduktionen i udgifter til bleer potentielt er større end det ses her, idet en del beboere efter at have deltaget i indsatsen ikke behøver en ble, men stadig har en, fordi det giver beboerne en fornemmelse af tryk.

3.3 Kvalitative gevinster for beboerne

Der er gennemført kvalitative interview med enkelte medarbejdere, nøglemedarbejdere og ledere. Her er der spurgt til, hvilke gevinster de ansatte vurderer, der kan være for beboerne. Undersøgelsen giver ikke grundlag for meget entydige konklusioner herom.

Flertallet af beboerne på plejecentrene er demente, som det er vanskeligt meningsfuldt at interviewe om, hvordan de oplever arbejdet med model for god kontinenspleje. Der er dog en almindelig forståelse af, at det fx er ubehageligt at have en våd ble på eller at ligge i en våd seng, hvilket også kan bidrage til hudproblemer. Yderligere kan nogle beboere holde sig tilbage fra fællesskaber, hvis de er inkontinente. Derfor kan det på flere måder være en styrkelse af livskvaliteten at kunne gå fra inkontinens til at være kontinent eller blot kontrolleret kontinent.

Det er dog kun yderst få beboere, der i dette initiativ er gået fra at være inkontinente eller kontrolleret inkontinente til at være kontinente eller kontrolleret kontinente. Dette skyldes ifølge interviewene bl.a., at store dele af beboerne er demente, hvilket dels gør det svært at formidle til dem, hvorfor de skal på toilettet nu, Ligeledes medfører en mere ustabil døgnrytme ofte en udfordring af tilgangen om de tidsbestemte toiletbesøg. Tilsvarende kan beboerne også fysisk være så udfordrede, at det er svært at komme på toilettet, fx i forbindelse med lammelser.

De hyppigst forekommende fordele, som vi får beskrevet i interviewene er snarere, at personalet nu er mere opmærksomme på at vælge de optimale hjælpemidler til den enkelte beboer og på at tilrettelægge arbejdsprocesserne bedre ud fra den enkelte beboers behov. F.eks. er der beboere, som stadig har ble på, fordi deres mønstre er lidt ustabile, men hvor opmærksomheden omkring deres mønstre betyder, at de ofte kan komme på toilettet før de behøver at bero sig på bleen.

Toiletbesøget er ofte hurtigere end at skifte en våd ble, det er mere værdigt for beboeren, ligesom det er bedre for beboerens hud.

Nogle af de interviewede præciserer dog, at det er langt fra alle beboerne, der opnår disse fordele, og at nogle af fordelene er minimale og midlertidige, da beboernes helbredstilstand hele tiden forværres både fysisk og psykisk.

De øgede kompetencer og opmærksomhed omkring inkontinens har også betydet, at plejecentrene nu oftere forholder sig kritisk til om de hjælpemidler, som nye beboere har ved indskrivningen er de rette. Der er også eksempler på beboere, der er blevet mere rolige, fordi de nu ved, hvornår de fast skal på toilettet.

Nogle beboere har oplevet det som en gene at blive opfordret til at gå på toilettet, hvilket især har været gældende for demente. I de tilfælde, hvor modstanden har været for stor, har plejecentrene så opgivet de assisterede toiletbesøg, så der har ikke været tale om en vedvarende gene.

I interviewene har medarbejdere og nøglepersoner overvejende været positive overfor at arbejde med modellen for god kontinenspleje, men samtidig har flere fremhævet, at der kunne opnås større gevinster med en tidligere indsats, fx i hjemmeplejen, hvor flere beboere vil kunne samarbejde.

Sammenfattende vurderer Rambøll, at en række beboere har oplevet nogle kvalitative gevinster som følge af initiativet, men at det er meget få, der har opnået så store fremskridt, at de eksempelvis er blevet kontinente eller kontrolleret kontinente.

4. UDGIFTER VED MODEL FOR GOD KONTINENSPLEJE I PLEJEBOLIG

I dette afsnit præsenteres de udgifter, som plejecentrene har haft i forbindelse med implementering samt gennemførelsen af arbejdet med model for god kontinenspleje i plejebolig.

Arbejdet med model for god kontinenspleje i plejebolig antages at have følgende udgiftsdrivende poster:

- Implementeringsudgifter i form af uddannelse og opkvalificering af medarbejdere
- Løbende driftsudgifter relateret til beboerne i form af screening, udredning og udarbejdelse af handleplaner mv.

Udgifterne til initiativet er estimeret på baggrund af registreringer eller vurderinger af medarbejdernes tidsforbrug i henhold til de ovenfor nævnte poster.

4.1 Implementeringsudgifter

Indførelse af model for god kontinenspleje har påkrævet uddannelse og opkvalificering af udvalgte medarbejdere på de deltagende plejecentre. Disse udvalgte medarbejdere betegnes som nøglemedarbejdere, og består som udgangspunkt af uddannede SOSU-assistenters. Der er dog nogle plejecentre, der har en sygeplejerske tilknyttet som nøgleperson. Disse nøglemedarbejdere har som et led i initiativet deltaget på et obligatorisk 8 dages AMU-kursus (tre moduler á 3+3+2 dage). Efter endt kursus har det været disse udvalgte nøglemedarbejderes opgave at videregive brugbar viden til det øvrige personale på personalemøder, så alle medarbejdere har været klædt på til arbejdet med model for god kontinenspleje. Udover tiden til selve deltagelsen i kurset, har nøglemedarbejderne anvendt tid til forberedelse og opgaver i forbindelse med kurset samt aktiviteter i forbindelse med transfer af viden fra kurset.

I forbindelse med medarbejderes deltagelse i AMU-kurser kan plejecentret søge om VEU-godtgørelse fra Staten. Denne godtgørelse skal kompensere for de arbejdstimer, der tabes ved deltagelse i kurset. I 2014 var satsen 661,60 kr. pr. medarbejder pr. kursusdag. Udgifter til og tid brugt på transport er ikke medtaget i beregningen, da dette ikke har været registreret. Det skal dog bemærkes, at der kan søges som befordringsgodtgørelse i forbindelse med deltagelse i AMU-kurser – taksten i 2014 var 1,05 kr. pr. km. ved mere end 24 km. pr. dag.

Foruden disse aktiviteter relateret til kurset og spredning af viden fra kurset har de daglige ledere på plejecentrene afholdt et månedligt møde med henholdsvis nøglemedarbejdere og/eller den tilknyttede kommunale leder for initiativet de første seks måneder i forløbet.

Tabel 6 viser de samlede implementeringsudgifter, der har været forbundet med uddannelse og opkvalificering af medarbejdere – herunder den efterfølgende spredning af viden samt afholdelse af øvrige møder. I bilag 1 findes en uddybende gennemgang af de enkelte poster.

Tabel 6: Implementeringsudgifter

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
Deltagelse i kursus inkl. forberedelse og opfølgning, fratrukket VEU-godtgørelse	Kr. 119.678	Kr. 119.678	Kr. 102.581
Afholdelse af øvrige møder	Kr. 23.765	Kr. 28.988	Kr. 26.900
I alt	Kr. 143.443	Kr. 148.666	Kr. 129.481

Som det fremgår af Tabel 6 har hvert plejecenter haft forskellige implementeringsudgifter. Dette hænger primært sammen med, at det har været op til hvert enkelt plejecenter at beslutte hvor mange nøglemedarbejdere, de ønskede at uddanne, samt hvordan de vil strukturere den efterfølgende videreformidling og opfølgende møder. Derudover ligger der også en naturlig forklaring i forskelle i antallet af medarbejdere på de pågældende plejecentre og størrelsen på de enkelte plejecentre.

Ceres Huset har haft de største udgifter til implementering på trods af, at de er det mindste plejecenter. Dette hænger sammen med, at de på trods af deres størrelse, har uddannet ligeså mange nøglemedarbejdere som de andre plejecentre, samtidig med, at de har mange deltagende medarbejdere i fælles briefing. Desuden har de valgt at have alle deres nøglemedarbejdere med til de opfølgende møder. Olivenhaven har ikke oplyst om timeforbrug til opfølgende møder.

Fælles for alle tre plejecentre er, at de ikke har haft nogle øvrige omkostninger på materialer, bøger mv. Den tungeste post til implementering er uddannelse og opkvalificering af medarbejderne, som kræver virkardækning i forbindelse med kurset for nøglemedarbejderne.

4.2 Beboerrettede udgifter til model for god kontinenspleje

Indførelse af model for god kontinenspleje har betydet, at der er gennemført en screening og udredningsproces for alle beboere på de respektive plejecentre. Her har nøglemedarbejderen vurderet, hvorvidt beboeren er inkontinent eller ej, og i så fald i hvilken grad.

De beboere, der blev vurderet inkontinente, har herefter fået udarbejdet en handleplan med inkontinensmål samt plan for opfølgning og justeringer, som der er blevet fulgt op på. Desuden har nøglemedarbejderne skulle bruge tid på øvrige indsatser, der ikke specifikt er tilknyttet kontinensplejeindsatsen, såsom registrering af beboerens væskeindtag, vandladning og bækkenbundstræning mv. Hele forløbet afrundes med en afsluttende beskrivelse af kontinensforløbet for den enkelte beboer.

Den tid, nøglemedarbejderne bruger på ovenstående aktiviteter medregnes som udgifter i initiativet. Det skal dog påpeges, at plejecentrene i forvejen har udført nogle af disse aktiviteter som en del af deres konventionelle kontinenspleje. Det er således kun det ekstra tidsforbrug i forhold til hvad plejecentret normalt har gjort, der medtages som udgifter til initiativet.

Som det fremgår af nedenstående Tabel 7, er det meget forskelligt, hvor meget tid der bruges på de forskellige aktiviteter i forbindelse med implementeringen af model for god kontinenspleje.

Tabel 7: Tidsforbrug i forbindelse med løbende driftsudgifter

	Gennemsnit
Tidsforbrug til screening og udredning pr. beboer	58 min
Tidsforbrug til udarbejdelse af handleplan pr. beboer	48 min
Tidsforbrug til øvrig indsats pr. beboer	25 min
Tidsforbrug til opfølgning på handleplan pr. beboer	44 min
Tidsforbrug til afslutning af kontinensforløb pr. beboer	25 min

Tabel 7 viser, at der gennemsnitligt bliver brugt mest tid på screening og udredning af beboerne (gennemsnitligt 58 minutter pr. beboer). Udarbejdelsen af handleplan vurderes at være den næstmest tidskrævende aktivitet med gennemsnitlig 48 minutter pr. beboer. Der bruges gennemsnitligt 44 minutter på opfølgning på handleplanen. Øvrige indsatser er den mindst tidskrævende aktivitet med 25 minutter pr. beboer.

Tabel 8 viser, hvor stor en andel af beboerne, der bliver screenet og udredt, og herfra hvor stor en andel af dem, der bliver lavet en efterfølgende handleplan.

Tabel 8: Andel af beboere med løbende driftsudgifter

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade	Gennemsnit
Andel af alle beboere, der screenes og udredes	79 %	23 %	91 %	65 %
Andel beboere, der udarbejdes handleplan for ud af de, der screenes	43 %	78 %	87 %	69 %
Andel beboere, der berøres af øvrige indsatser ud af de, der udarbejdes en handleplan for	32 %	86 %	11 %	43 %
Andel beboere, der laves opfølgning for ud af de, der udarbejdes en handleplan for	76 %	43 %	80 %	66 %
Andel beboere, som afsluttes ud af de, der udarbejdes en handleplan for	96 %	43 %	0 %	46 %

Som det fremgår af ovenstående Tabel 8, er der flest beboere, der bliver screenet og udredt på plejecentrene Olivenhaven og Vejlbysgade. Herefter ses det i de fleste tilfælde, hvordan procentandelen falder i de øvrige aktiviteter i forhold til screening og udredningsfasen (på nær ved Ceres Huset). Tabel 8 viser altså, at der er stor forskel på andelen af beboere, der screenes og udredes i Ceres Huset sammenholdt med de to andre plejecentre. Dette hænger muligvis sammen med, at der er væsentlig flere kontinente beboere i Ceres Huset, og at personalet derfor har valgt ikke at screene disse beboere, selvom det oprindeligt er tanken med initiativet, at alle beboere skal screenes. Dette ses også af andelen af beboere, der udarbejdes handleplaner for på Cereshuset, hvor 8 ud af 10 beboere, som screenes også ender med at få udarbejdet en handleplan for kontinenspleje. Endvidere viser tabellen, at Vejlbysgade er det plejecenter, der har lavet den største indsats i startfasen mht. handleplaner og øvrige indsatser samlet set, hvorimod Olivenhaven har været mere opmærksom på at få fulgt op og afsluttet forløbet.

Det ovenstående billede betyder, at implementeringsomkostningerne er forskellige plejecentre imellem. Hertil skal det nævnes, at de beregnede udgifter er blevet korrigeret for den hidtidige indsats for kontinenspleje ved de enkelte plejecentre, hvilket derfor også kan spille en rolle i det endelige billede (se bilag 1).

Tabel 9 viser de beregnede implementeringsomkostninger forbundet med driften af arbejdet med model for god kontinenspleje. Da der af naturlige årsager jævnligt sker udskiftning af beboerne på plejecentrene, vil der løbende skulle gennemføres screening af nye beboere. Der er derfor udregnet en årlig løbende omkostning i forbindelse med initiativet. Dette er udregnet ud fra en gennemsnitlig udskiftningsprocent på 3,3 % af beboerne pr. måned svarende til en gennemsnitlig opholdstid på plejecentret på 30 måneder pr. beboer.

Tabel 9: Driftsudgifter

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbysgade	Gennemsnit
Screening, handleplan mv. første gang	kr. 19.157	kr. 3.861	kr. 29.356	kr. 17.458
Screening, handleplan mv. løbende pr. år	kr. 7.663	kr. 1.544	kr. 11.742	kr. 6.983

Som det vises i Tabel 9 er der en stor spredning i implementeringsomkostninger plejecentrene imellem med en gennemsnitlig omkostning på 17.458 kr. Det fremgår deraf, at Ceres Huset som forventet har haft langt færre omkostninger forbundet med screening første gang, ligesom de har færre løbende omkostninger i de efterfølgende år. Dette hænger sammen med de tidligere resultater, men skal også ses i lyset af, at det er det plejecenter, der har færrest beboere. De samlede udgifter til screening mv. afhænger ikke alene af tiden, der bruges pr. beboer og andelen af beboere, der skal bruges tid på – men også antallet af beboere på de respektive plejecentre.

5. BUSINESS CASE FOR DE TRE PLEJECENTRE

I dette afsnit præsenteres det økonomiske potentiale ved implementeringen af model for god kontinenspleje i plejebolig for de tre plejecentre. Den økonomiske gevinst i forbindelse med tidsfrigivelsen og reduktion i bleer holdes op mod de øgede udgifter i forbindelse med implementeringen af modellen samt det øgede tidsforbrug, som den nye indsats kræver i forhold til screening/udredning af beboerne samt arbejdet med handleplanen.

5.1 Plejecenter: Olivenhaven, Kolding kommune

Plejecentret Olivenhaven i Kolding kommune har haft et tidsforbrug svarende til udgifter for omkring 120.000 kr. i forbindelse med uddannelse og opkvalificering af nøglepersoner. Endvidere har der været et tidsforbrug for nøglepersonen, ledere og medarbejdere til andre aktiviteter svarende til 24.000 kr. Der er afsat udgifter til kurser og øvrige aktiviteter i årene 1 og frem svarende til 20 pct. af udgifterne i år 0 til brug for vedligehold af kompetencer og kurser til nye medarbejdere. Screening og udarbejdelse af handleplan mv. for plejecentrets beboere medfører et øget tidsforbrug svarende til omkring 27.000 kr. i det første år, og efterfølgende omkring 8.000 kr. pr. år.

Olivenhaven har som det eneste af de tre plejecentre opnået en tydelig tidsbesparelse. Ligeledes har plejecentret opnået en reduktion i udgifterne til bleer. Tidsbesparelsen skal endvidere ses i lyset af, at Olivenhaven var det plejecenter, der ifølge førmålingen havde det højeste tidsforbrug i udgangspunktet.

Samlet set har Olivenhaven en positiv gevinst allerede i det første år på 290.000 kr. og herefter 884.000 kr. de efterfølgende år. Set over de fem år er der en nettonutidsværdi af initiativet på omkring 3,5 mio. kr. for Olivenhaven. Der anvendes en diskonteringsfaktor på 4 pct. jf. Socialstyrelsens anbefalinger til samfundsøkonomiske evalueringer på socialområdet.

Table 10: Business case for plejecenter Olivenhaven, Kolding

Kr.	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4
Udgifter					
Udgifter ifm. kursus for nøglepersoner	119.678	23.936	23.936	23.936	23.936
Øvrige aktiviteter	23.765	4.753	4.753	4.753	4.753
Screening, handleplan mv.	26.820	7.663	7.663	7.663	7.663
Udgifter i alt	170.263	36.352	36.352	36.352	36.352
Gevinster					
Mindsket tidsforbrug til pleje	448.057	896.114	896.114	896.114	896.114
Mindskede udgifter til bleer	12.039	24.078	24.078	24.078	24.078
Gevinster i alt	460.096	920.193	920.193	920.193	920.193
PENGESTRØM TOTAL	289.833	883.841	883.841	883.841	883.841

Nettonutidsværdi over 5 år	3.457.235
-----------------------------------	------------------

Erfaringerne fra det kvalitative data, som løbende er indhentet gennem interviews med ledere og medarbejdere viser, at Olivenhaven også var det plejecenter, der kom bedst fra start i forhold til at udbrede arbejdet med modellen for god kontinenspleje i centrets praksis.

5.2 Plejecenter: Ceres Huset, Aarhus kommune

Plejecentret Ceres Huset i Aarhus kommune har haft et tidsforbrug svarende til udgifter for omkring 120.000 kr. i forbindelse med uddannelse og opkvalificering af nøglepersoner. Endvidere har der været et tidsforbrug for nøglepersonen, ledere og medarbejdere til andre aktiviteter svarende til omkring 120.000 kr. i forbindelse med uddannelse og opkvalificering af nøglepersoner. Endvidere har der været et tidsforbrug for nøglepersonen, ledere og medarbejdere til andre aktiviteter svarende til omkring 120.000 kr. i forbindelse med uddannelse og opkvalificering af nøglepersoner.

rende til 29.000 kr. Der er afsat udgifter til kurser og øvrige aktiviteter i årene 1 og frem svarende til 20 pct. af udgifterne i år 0 til brug for vedligehold af kompetencer og kurser til nye medarbejdere. Screening og udarbejdelse af handleplan mv. for plejecentrets beboere medfører et øget tidsforbrug svarende til omkring 5.000 kr. i det første år, og efterfølgende omkring 2.000 kr. pr. år efterfølgende.

Ceres Huset har haft en lille øgning i tidsforbruget til pleje svarende til omkring 5.000 kr. det første år og 10.000 kr. de efterfølgende år. Ceres Huset har haft en reduktion i udgifter til bleer på 11.000 kr. det første år og 23.000 kr. de efterfølgende år.

Samlet set har Ceres Huset en nettoudgift i det første år på 148.000 kr. og på 18.000 kr. de efterfølgende år. Set over de fem år er der en nettonutidsværdi af initiativet på omkring minus 213.000 kr. for Ceres Huset. Der anvendes en diskonteringsfaktor på 4 pct. jf. Socialstyrelsens anbefalinger til samfundsøkonomiske evalueringer på socialområdet.

Tabel 11: Business case for Ceres Huset

	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4
Udgifter					
Udgifter ifm. kursus for nøglepersoner	119.678	23.936	23.936	23.936	23.936
Øvrige aktiviteter	28.988	5.798	5.798	5.798	5.798
Screening, handleplan mv.	5.406	1.544	1.544	1.544	1.544
Udgifter i alt	154.072	31.277	31.277	31.277	31.277
Gevinster					
Mindsket tidsforbrug til pleje	-4.959	-9.917	-9.917	-9.917	-9.917
Minskede udgifter til bleer	11.426	22.853	22.853	22.853	22.853
Gevinster i alt	6.467	12.936	12.936	12.936	12.936
PENGESTRØM TOTAL	-147.605	-18.341	-18.341	-18.341	-18.341

Nettonutidsværdi over 5 år	-213.334
-----------------------------------	-----------------

De kvalitative erfaringer viser, at implementeringen på Cereshuset særligt i initiativets opstarts-fase, var præget af forskellige udefrakommende forhold, såsom projektlederskifte på kommunalt niveau.

5.3 Plejecenter: Vejlbegade, Aarhus kommune

Plejecentret Vejlbegade i Aarhus kommune har haft et tidsforbrug svarende til udgifter for omkring 103.000 kr. i forbindelse med uddannelse og opkvalificering af nøglepersoner. Endvidere har der været et tidsforbrug for nøglepersonen, ledere og medarbejdere til andre aktiviteter svarende til 27.000 kr. Der er afsat udgifter til kurser og øvrige aktiviteter i årene 1 og frem svarende til 20 pct. af udgifterne i år 0 til brug for vedligehold af kompetencer og kurser til nye medarbejdere. Screening og udarbejdelse af handleplan mv. for plejecentrets beboere medfører et øget tidsforbrug svarende til omkring 41.000 kr. i det første år, og efterfølgende omkring 12.000 kr. pr. år efterfølgende.

Vejlbegade har haft en lille reduktion i tidsforbruget til pleje svarende til omkring 30.000 kr. det første år og 61.000 kr. de efterfølgende år. Vejlbegade har haft en reduktion i udgifter til bleer på 21.000 kr. det første år og 43.000 kr. de efterfølgende år.

Samlet set har Vejlbegade et underskud i det første år på 119.000 kr. og herefter en positiv gevinst på 66.000 kr. de efterfølgende år. Set over de fem år er der en nettonutidsværdi af initiativ-

vet på omkring 118.000 kr. for Vejlbysgade. Der anvendes en diskonteringsfaktor på 4 pct. jf. Socialstyrelsens anbefalinger til samfundsøkonomiske evalueringer på socialområdet.

Tablet 12: Business case for Vejlbysgade

	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4
Udgifter					
Udgifter ifm. kursus for nøglepersoner	102.581	20.516	20.516	20.516	20.516
Øvrige aktiviteter	26.900	5.380	5.380	5.380	5.380
Screening, handleplan mv.	41.098	11.742	11.742	11.742	11.742
Udgifter i alt	170.579	37.638	37.638	37.638	37.638
Gvinster					
Mindsket tidsforbrug til pleje	30.398	60.796	60.796	60.796	60.796
Mindskede udgifter til bleer	21.429	42.859	42.859	42.859	42.859
Gvinster i alt	51.827	103.655	103.655	103.655	103.655
PENGESTRØM TOTAL	-118.752	66.017	66.017	66.017	66.017

Nettonutidsværdi over 5 år	117.831
-----------------------------------	----------------

Ligesom Cereshuset har også Vejlbysgade været udfordret i forhold til implementeringen af modellen i opstartsfasen, hvilket formodentligt afspejler sig i potentialeberegninger for plejecentret.

BILAG 1

DATAGRUNDLAG

I dette bilag beskrives datagrundlaget for analysen. Analysen bygger primært på data indberettet af de tre deltagende plejecentre. Der er tale om to overordnede typer af data fra plejecentrene:

- 1) Tids- og hændelsesmålinger samt baggrundsoplysninger om beboerne
- 2) Udgifter vedr. indsatsen

Udgifterne samt tids- og hændelsesmålingerne er centrale i forhold til at beregne resultaterne af business casen. Baggrundsoplysningerne indgår i analysen af to årsager. Det er dels væsentligt at kende plejecentrenes beboersammensætning for at kunne vurdere ligheder og forskelle til andre plejecentre, dels er baggrundsoplysningerne brugt til at korrigere for den beboerudskiftning, der har været mellem før- og eftermålingerne.

I det følgende beskrives – for hver af disse to typer - data, de usikkerheder, der har været i forbindelse med det indsamlede data samt de antagelser Rambøll har gjort om data i forbindelse med udarbejdelse af business casen.

1.1 Tids- og hændelsesmålinger samt baggrundsoplysninger om beboerne

1.1.1 Om målingerne

Der er i løbet af initiativet gennemført tre målinger: En førmåling, en midtvejsmåling og en slutmåling. Data fra midtvejsmålingen er ikke anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af business casen, men havde det formål at give Socialstyrelsen, Rambøll og plejecentrene mulighed for at rette op på evt. misforståelser eller andre forhold i forbindelse med dataindsamlingen.

Førmålingen er gennemført i januar 2014, mens slutmålingen er gennemført i marts 2015. Midtvejsmålingen blev gennemført i september 2014. Målingerne er gennemført over tre døgn. Målingen er sket døgnnet rundt og alle medarbejdere (inkl. afløsere og nattevagter) har deltaget. Målingen er gennemført ved, at der er runddelte et sæt fortrykte papirskemaer på beboernes værelser, som medarbejderne har noteret deres tidsforbrug for den enkelte beboer i. Medarbejderne har forinden fået udleveret stopure, som de har brugt til at tage tid med.

De lokale projektledere og teamledere har lagt et væsentligt stykke arbejde i at informere og følge op med medarbejdere for at sikre en korrekt gennemførelse. Ved afslutningen af målingen har man lokalt gennemgået alle skemaer for fejl og mangler. Kvalitetssikringen har blandt andet omhandlet en vurdering af, hvorvidt der mangler eventuelle målinger eller registreringer ud fra en dialog med medarbejderne og kendskab til, hvad beboeren plejer at modtage. Ved identificerede manglende målinger er tidsforbruget estimeret fra tilsvarende hændelser de øvrige dage i målingen.

1.1.2 Antal beboere, der inkluderes i analysen

I førmålingen indgår 134 beboere i tidsmålingen, mens der er 137 beboere i slutmålingen. Der er 3 beboere, som der ikke er modtaget baggrundsoplysninger for i førmåling, mens der ikke er

nogen beboere, der ikke er modtaget baggrundsoplysninger for i slutmålingen. Dog er der 4 beboere, der er indlagt samt 1, der har været på genoptræningsophold i perioden. Disse beboere indgår derfor ikke i analysen.

58 pct. af beboerne indgår både i førmålingen og slutmålingen, mens der er sket udskiftning af de resterende beboere (primært pga. dødsfald). Håndteringen analyse-mæssige udfordringer i forbindelse med udskiftning af beboere behandles senere i dette bilag.

Tablet 13: Antal beboere fordelt på plejecenter

Plejecenter	Førmåling Antal	Slutmåling Antal	Findes i før- og slutmåling	
			Antal	Andel
Olivenhaven	49	57	33	58 %
Ceres Huset	35	36	23	64 %
Vejlbygade	50	44	23	52 %
Total	134	137	79	58 %

Beboerne på de deltagende plejecentre er blevet screenet for inkontinens. Kun de beboere, der er blevet screenet til at være inkontinente, har deltaget i den videre indsats. Det er således kun de inkontinente beboere, som er relevante at se på i relation til business casen. Dog beregnes tidsforbruget til screening på baggrund af alle beboere.

Beboerens kontinensstatus (kontinent/inkontinent) registreres af personalet i baggrundsskemaet forud for den gennemførte tidsmåling. Kontinensstatus kan ligeledes identificeres ud fra beboerens tidsforbrug i målingen – har beboeren intet tidsforbrug på pleje, defineres beboeren som kontinent, mens beboere med plejebæhov defineres som inkontinente. Der er dog enkelte beboere, som har forskellig kontinensstatus i de to datakilder – dvs. beboeren er registreret som kontinent i baggrundsskemaet, men alligevel har et tidsforbrug til pleje eller omvendt. Vi har valgt at medtage de personer, som er inkontinente ifølge både tidsskemaer og baggrundsoplysninger samt de personer, som i baggrundsskemaet defineres som kontinente, men som har tidsmålinger i alle 3 døgn, hvorfor de defineres som inkontinente. En beboer defineres desuden kun som kontinent, hvis han/hun både er angivet som kontinent i baggrundsskemaet og samtidig ikke har en positiv tidsmåling. Hvis beboeren ikke lever op til nogle af disse kriterier, sættes kontinensstatus til "ukendt".

Tablet 14: Fordeling af beboere på kontinensstatus for hvert af de deltagende plejecentre

Plejecenter	Førmåling				Slutmåling			
	Inkontinent	Kontinent	Ukendt	I alt	Inkontinent	Kontinent	Ukendt	I alt
Olivenhaven	36	4	9	49	46	6	5	57
Ceres Huset	24	11	0	36	19	15	2	36
Vejlbygade	38	8	4	50	25	14	5	44
Total	98	23	13	135	90	35	12	137

Ændringen fra førmålingen til slutmålingen i antallet af inkontinente beboere på plejecentrene skyldes primært udskiftning af beboere med en anden kontinensstatus. Det er meget få beboere, der indgår både i førmålingen og slutmålingen, som ændrer status fra inkontinent til kontinent eller omvendt undervejs. Det antages derfor, at andelen af inkontinente beboere på plejecentrene er konstant over tid.

1.1.3 Køns- og aldersfordeling

Tabellen nedenfor viser udviklingen i kønsfordelingen af de inkontinente beboere på de tre plejecentre.

Tablet 15: Udvikling i kønsfordelingen for inkontinente beboere fordelt på plejecentre

Plejecenter	Førmåling Andel mænd (%)	Slutmåling Andel mænd (%)	Forskel (procentpoint)
Olivenhaven	42 %	39 %	-3
Ceres Huset	29 %	16 %	-13
Vejlbygade	26 %	36 %	+10
Total	33 %	33 %	+0,5

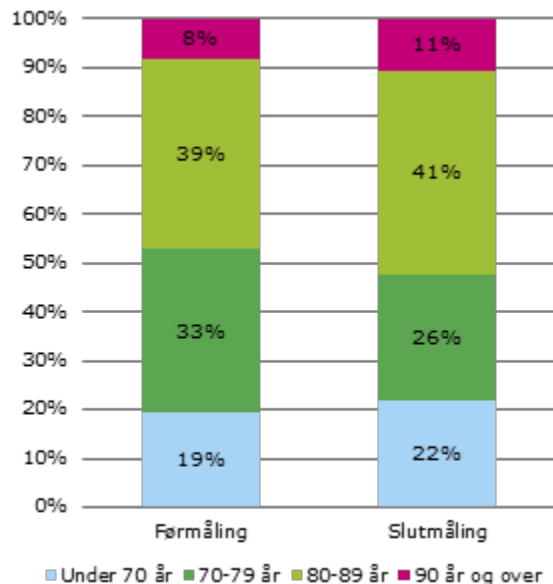
Andelen af mandlige beboere fra Ceres Huset er faldet markant, mens den er steget markant for beboere fra Vejlbygade. For den samlede gruppe af inkontinente beboere er der dog næsten ingen forskel på andelen af mandlige beboere i før- og slutmålingen. Der er dog heller ikke noget i forskningslitteraturen, der tyder på, at der er forskel på mænd og kvinder, når det kommer til behov for kontinenspleje.

Figur 1 viser udviklingen i aldersfordelingen for de tre plejecentre. Det antages, at plejebehovet alt andet lige stiger i takt med alderen. Gennemsnitsalderen er højere i slutmålingen end førmålingen for beboere fra Olivenhaven, hvor der er kommet færre beboere i aldersgruppen 90 år og over. Beboere fra Ceres Huset har en markant højere gennemsnitsalder i slutmålingen, hvilket i høj grad kan forklares ved stigningen i beboere på 90 år og over. Antallet af beboere fra Vejlbygade på 90 år og over er ligeledes steget. Her ses dog modsat de andre plejehjem et fald i gennemsnitsalderen. Gennemsnitsalderen for det samlede datagrundlag er steget, dog ikke markant.

Figur 1: Udvikling i aldersfordeling for inkontinente beboere fordelt på plejecentre

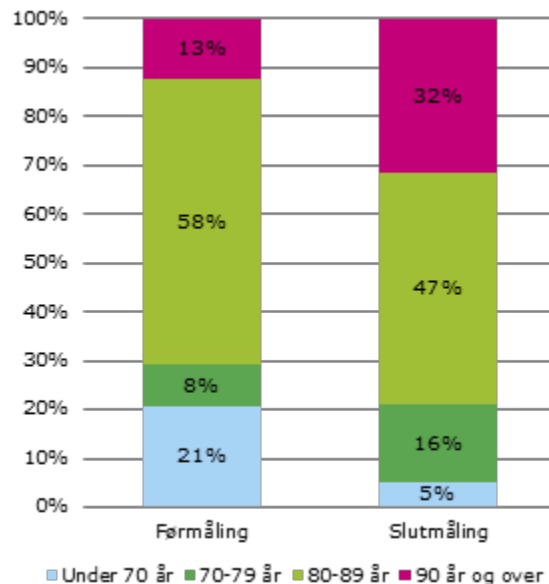
Olivenhaven

Gennemsnit førmåling: 77,8 år
 Gennemsnit slutmåling: 78,8 år



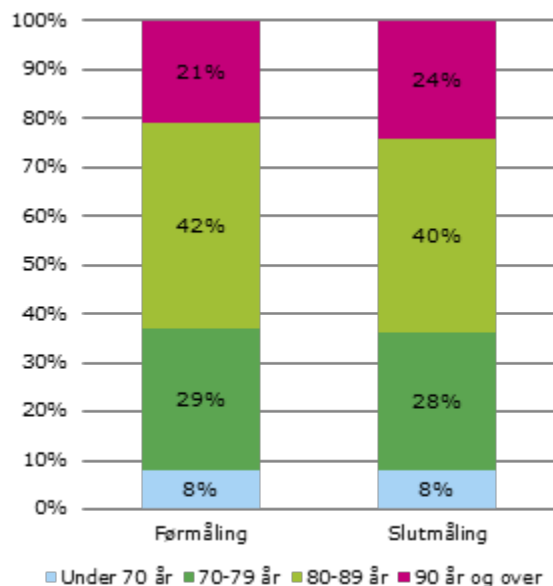
Ceres Huset

Gennemsnit førmåling: 81,4 år
 Gennemsnit slutmåling: 85,1 år



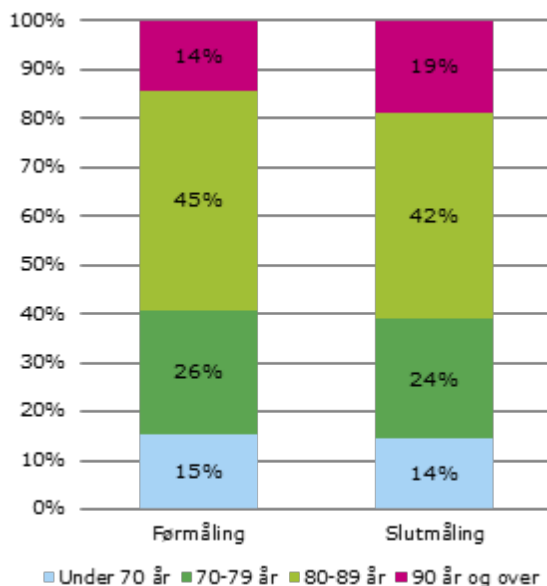
Vejlbygade

Gennemsnit førmåling: 83 år
 Gennemsnit slutmåling: 81,8 år



Total

Gennemsnit førmåling: 80,7 år
 Gennemsnit slutmåling: 81,0 år



1.1.4 Funktionsevne

Ændringer i funktionsevnen mellem førmålingen og slutmålingen kan dels skyldes, at der er kommet nye beboere til, samtidig med at andre beboere er faldet ud af stikprøven, og dels at de beboere, som indgik i både før- og slutmålingen, har ændret sig i den tid, der er gået siden før-målingen. For at belyse disse to udviklinger ser vi på ændringen for alle inkontinente beboere (98 beboere i førmålingen og 90 i slutmålingen), men også separat for de beboere, som indgår i både før- og slutmålingen (79 beboere).

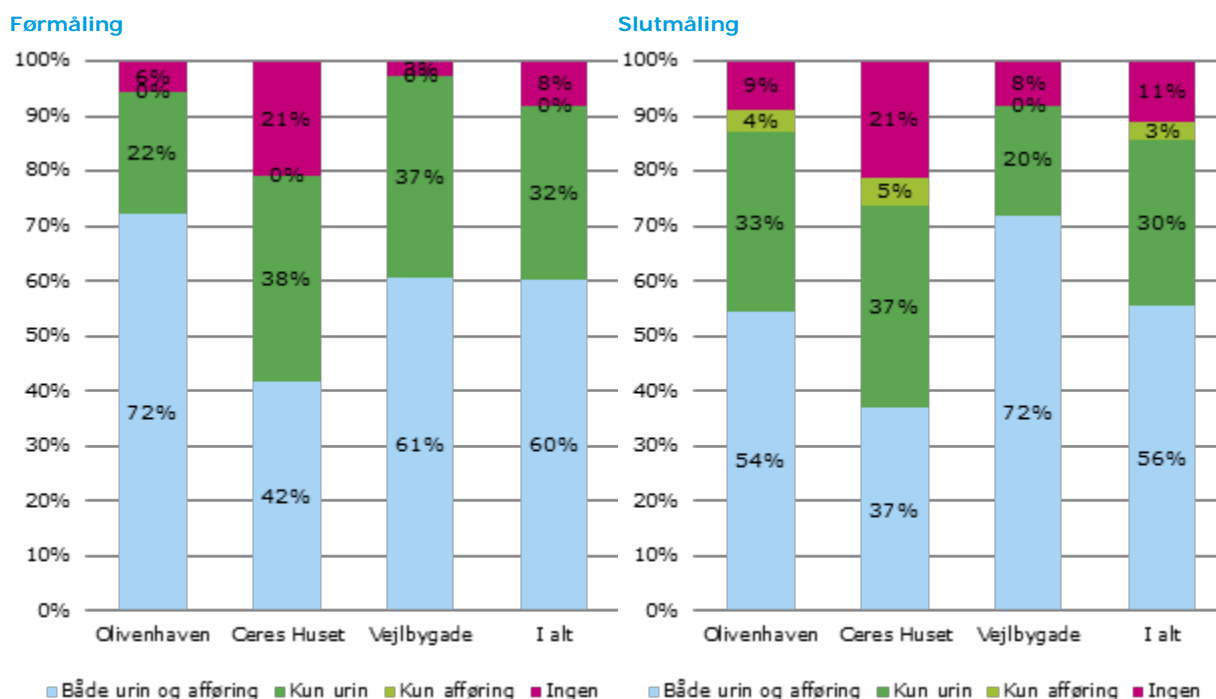
Beboernes funktionsevne er belyst ved fire forskellige variable:

1. Type af inkontinens
2. Hvorvidt beboeren har mentale funktionsnedsættelser, der giver begrænsninger i hverdagen
3. Hvorvidt beboeren har en demensdiagnose
4. Barthel-20 Indekset (afhængighed af hjælp)

1.1.4.1 Type af inkontinens

Ændringer i inkontinens kan både skyldes udvikling for de eksisterende beboere og udskiftning af beboere mellem målingerne. Figur 2 giver et overblik over udviklingen i inkontinensstyper fra før-målingen til slutmålingen.

Figur 2: Fordeling af inkontinensstyper, alle inkontinente beboere



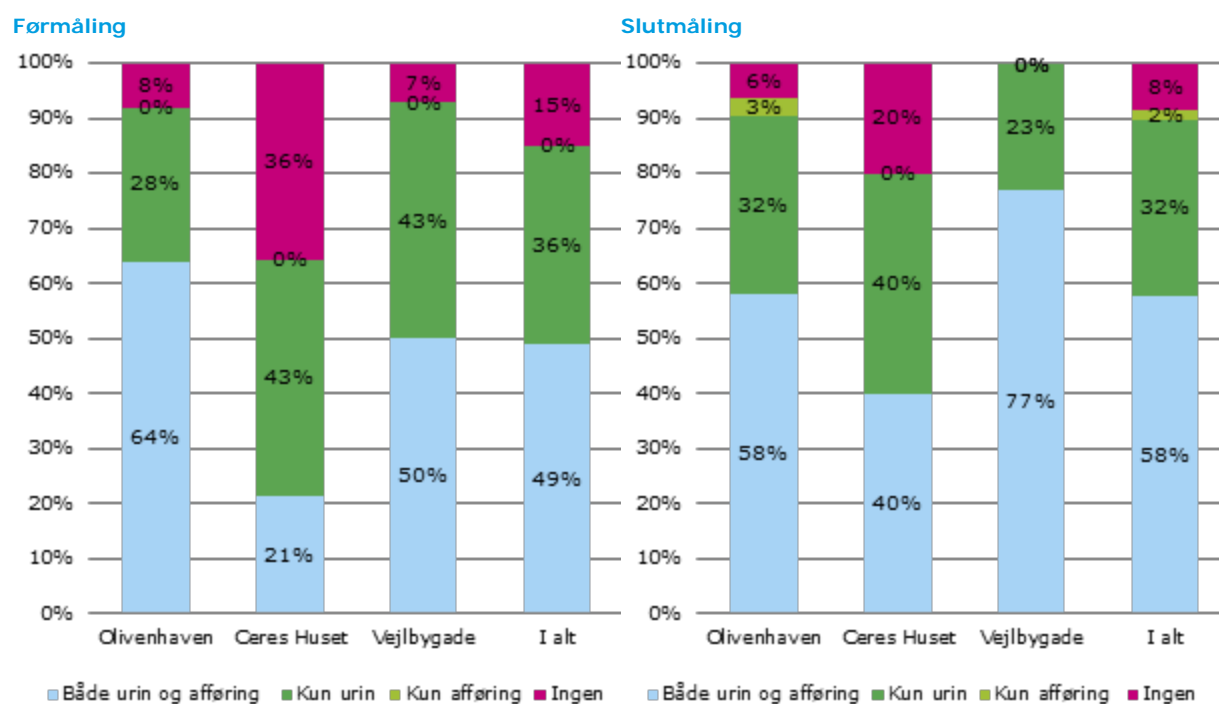
Der er ingen inkontinente beboere i førmålingen, som kun har inkontinens ved afføring, hvilket der ses i slutmålingen. I både før- og slutmålingen var den mest almindelige form for inkontinens, inkontinens ved både afføring og urin; 60 pct. af det samlede antal inkontinente beboere havde denne form for inkontinens i førmålingen, mens 56 pct. havde det i slutmålingen. Som det fremgår af ovenstående figurer er der henholdsvis 8 og 11 pct. af de inkontinente beboere, der ved screening synes at være blevet udredt fejlagtigt, eftersom de har tidsmålinger i alle døgn i målingsperioden, hvilket vidner om inkontinens ud fra den før valgte definition.

For to af plejecentrene (Olivenhaven og Ceres Huset) gælder det, at andelen af beboere med inkontinens ved både urin og afføring er faldet, hvilket alt andet lige medfører, at der er et mindre plejebæbehov for de inkontinente beboere på to af plejecentrene i slutmålingen, da en større andel af disse kun er inkontinent ved enten urin eller afføring alene, end tidligere set. For plejecenteret i Vejlbysgade er der dog sket en forværring, da der her ses en stigning i beboere med inkontinens ved både urin og afføring, mens andelen af inkontinente med urin er faldet markant.

Figur 3 nedenfor viser udviklingen specifikt for de beboere, som der er inkontinente i både før- og midtvejsmålingen. Her ses ikke helt de samme klare tendenser som i Figur 2 ovenfor. Inkontinens ved både urin og afføring er ikke den mest dominerede form for inkontinens ved alle plejecentrene. Ved Ceres Huset ses det i førmålingen, at der er flest beboere med inkontinensstypen 'urin', mens der i slutmålingen er en ligelig fordeling mellem 'urin' og 'urin og afføring', hvilket

vidner om en forværring af beboerne i Ceres Huset. Som det fremgår af de nedenstående figurer kan der være en fejlkilde i og med, at henholdsvis 36 og 20 pct. af beboerne er blevet fejludredt i og med, at de er angivet som havende "ingen" inkontinens, selv om de har haft et tidsforbrug til kontinenspleje. De forholdsvise lave procentfordelinger af beboere med den type af inkontinens, der kræver mest pleje, vidner om, at beboerne der går igen i begge målinger i Ceres Huset er stærkere end beboerne i de andre plejecentre. Hvis der tages udgangspunkt i alle plejecentrene ses det, at både i før- og slutmålingen var den mest almindelige form for inkontinens, inkontinens ved både afføring og urin; 49 pct. af det samlede antal inkontinente beboere havde denne form for inkontinens i førmålingen, mens 58 pct. havde det i slutmålingen. Dette skal sammenholdes med, at andelen af beboere med inkontinensstypen 'urin' er faldet. Dette må alt andet lige medføre, at der er et større plejebehov for de inkontinente beboere i slutmålingen, da en større andel af disse nu er inkontinent ved både urin og afføring, end hvad var set i førmålingen. Dette må siges at være forventelig, da beboerne i slutmålingen er blevet mere end et år ældre, og dermed i gennemsnit også svagere. Det tyder altså på, at de nye beboere, der er kommet ind i slutmålingen, er stærkere end de, der er faldet ud.

Figur 3: Fordeling af inkontinensstyper, inkontinente beboere, som indgik i både før- og slutmåling



1.1.4.2 Beboere med demens

Tabel 16 viser, at andelen af demente beboere blandt de inkontinente beboere er større for slutmålingen end for førmålingen.

Tabel 16: Andel inkontinente beboere med en demensdiagnose

Plejecenter	Førmåling Andel	Slutmåling Andel	Forskel (procentpoint)
Olivenhaven	58 %	52 %	- 6
Ceres Huset	29 %	58 %	+29
Vejlbysgade	34 %	60 %	+26
Total	42 %	56 %	+14

For den samlede gruppe af beboere, som findes i både før- og slutmålingen, ses en lignende udvikling jf. Tabel 17. Der er flere beboere blandt de, der indgår i begge målinger, der ved førmåling er demente, men færre ved slutmålingen, der er demente – hvis de sammenholdes med de overordnede målinger. For den samlede gruppe af inkontinente beboere er der altså kommet flere demente beboere ind, i forhold til de beboere, som er faldet fra.

Tabel 17: Andel inkontinente beboere med en demensdiagnose – kun de, der indgår i begge målinger

Plejecenter	Førmåling Andel	Slutmåling Andel	Forskel (procentpoint)
Olivenhaven	56 %	45 %	-11
Ceres Huset	36 %	60 %	+24
Vejlbygade	36 %	54 %	+18
Total	45 %	51 %	+6

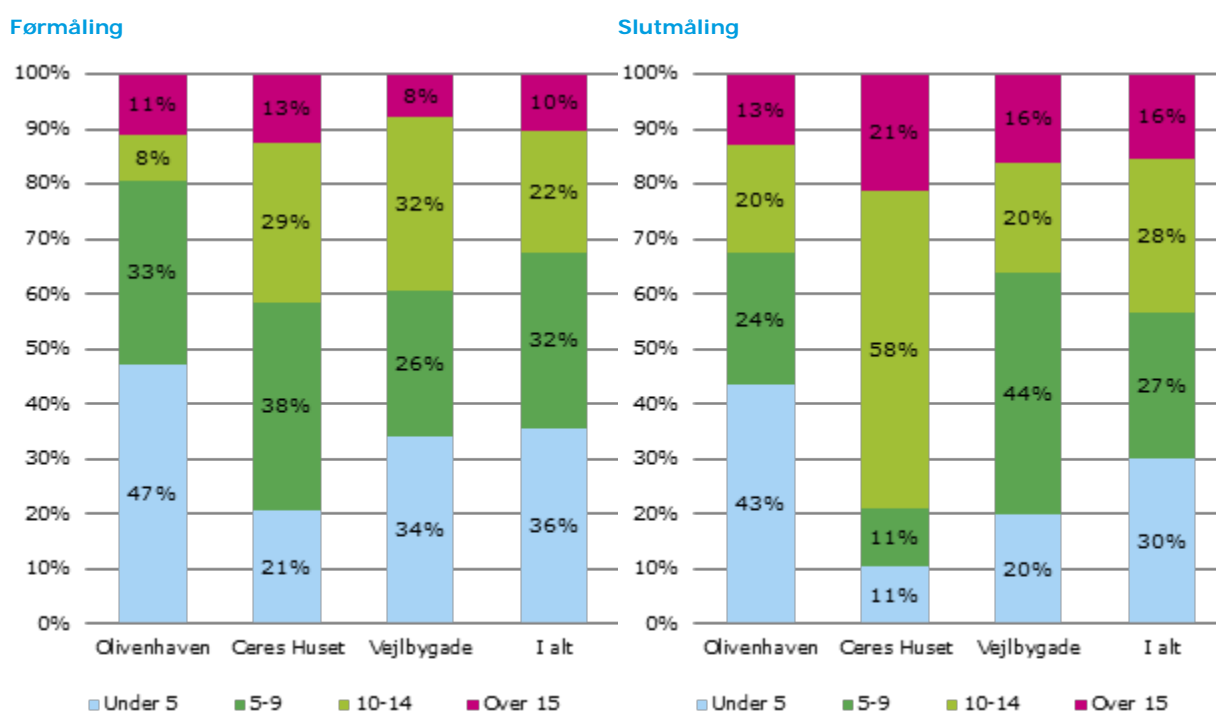
Der ses en tendens til, at der er en del beboere på Ceres Huset og Vejlbegade, som med tiden udvikler demens. Til gengæld ses der ved Olivenhaven, at der er en del beboere, der bliver kureret for demens, hvilket må antages at skyldes unøjagtigheder i nogle af de indberettede data.

1.1.4.3 Barthel-20 Indeks

Barthel-20 Indekset udtrykker en persons grad af afhængighed af hjælp inden for følgende områder: Spisning, flytning fra seng til stol, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, mobilitet indendørs, trappegang, påklædning, tarmkontrol samt blærekontrol. Der scores fra 0 og op til 3 point for hvert element. I alt kan der opnås 0 til 20 point. En lav score er høj afhængighed af hjælp, en høj score er uafhængig af hjælp.

Mens demens er forværret fra før- til slutmålingen, er der samlet set sket store ændringer i afhængigheden af hjælp målt ved Barthel-20 Indekset i forhold til førmålingen. Dette ses i Figur 4. Ved alle plejecentre er beboerne i målingen gennemsnitligt mindre afhængige af hjælp, hvilket ses ved, at Barthel-20 Indekset er steget. Denne stigning er især markant ved Ceres Huset, hvor det gennemsnitlige Barthel-20 Index er steget fra 8,6 til 11,4. Generelt ses et langt højere Barthel-20 Index ved beboerne i Ceres Huset, hvilket vidner om nogle stærkere beboere. Dette stemmer godt overens med resultaterne for inkontinensstype, der tilmed medgav en tendens til, at Ceres Husets inkontinente beboere kræver mindre pleje. Samtidig afspejler det faktum, at Ceres Husets beboere har den højeste gennemsnitsalder, og at den højeste Barthel-20 Index, at der ikke er en entydig sammenhæng mellem alder og funktionsevne.

Figur 4: Udvikling i Barthel-20 Indekset, fordelt på plejecentre



Gennemsnit Olivenhaven: 5,4
Gennemsnit Ceres Huset: 8,6

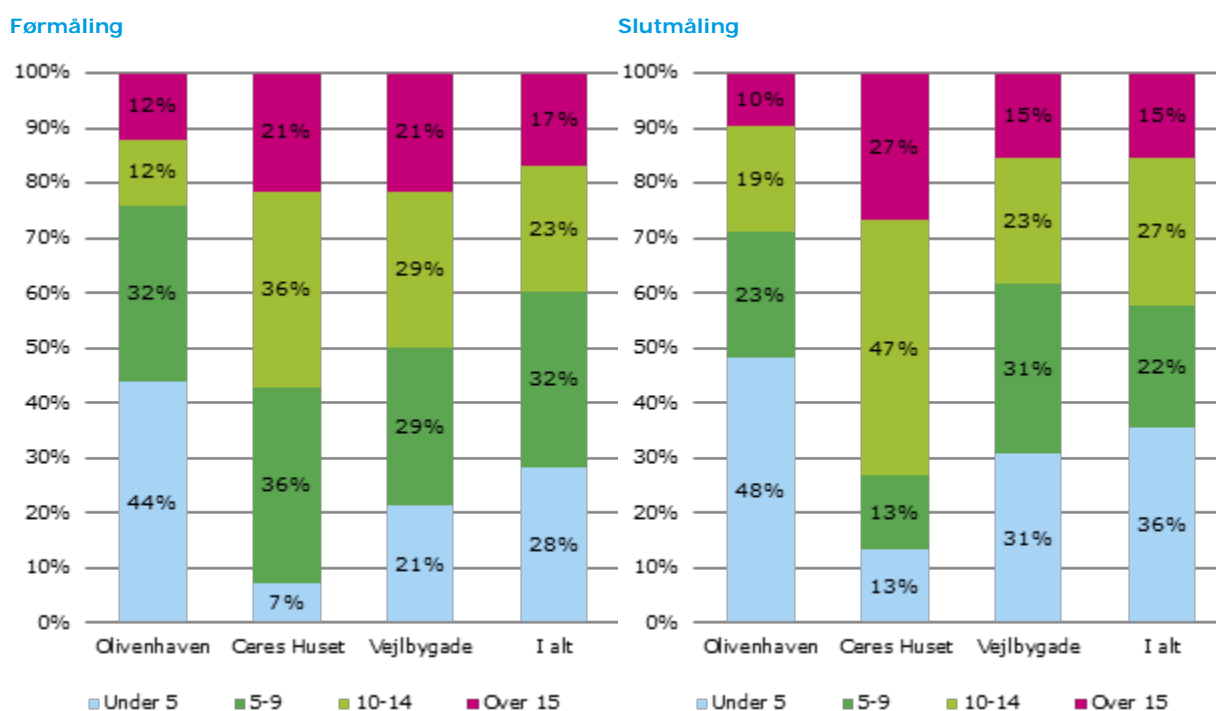
Gennemsnit Olivenhaven: 6,8
Gennemsnit Ceres Huset: 11,4

Gennemsnit Vejlbysgade: 7,3
Gennemsnit i alt: 6,9

Gennemsnit Vejlbysgade: 8,6
Gennemsnit i alt: 8,2

Figur 5 viser udviklingen i Barthel-20 Indekset kun for de inkontinente beboere, der indgår i begge målinger. Det ses, at beboerne gennemsnitligt i alt stort set ikke har ændret deres behov for hjælp fra før til slut. Der ses faktisk, at beboerne i Olivenhaven og Ceres Huset er blevet mindre afhængige af hjælp igennem perioden, taget i betragtning af, at de er blevet ældre.

Figur 5: Udvikling i Barthel-20 Indekset, fordelt på plejecentre – kun de, der indgår i begge målinger



Gennemsnit Olivenhaven: 6,1
Gennemsnit Ceres Huset: 10,6
Gennemsnit Vejlbysgade: 8,8
Gennemsnit i alt: 8,0

Gennemsnit Olivenhaven: 6,3
Gennemsnit Ceres Huset: 11,2
Gennemsnit Vejlbysgade: 7,8
Gennemsnit i alt: 7,9

1.1.5 Korrektion af ændringer i beboernes funktionsevne

Den effekt, som vi ønsker at måle, er den kontrafaktiske effekt. Dvs. hvordan tidsforbruget ville se ud, hvis der ikke var sket andre ændringer ved beboerne end indførelsen af indsatsen. Denne effekt kan være svær at måle, da aldringen og udskiftningen af beboerne har medført ændrede karakteristika ved beboerne som kan have en effekt på tidsmålingerne.

Ved at fokusere på de beboere der findes i både før- og slutmålingen, kunne det sikres, at det ikke var andre karakteristika end dem påvirket af aldring, som der ændrer sig fra før til efter. Men det er ikke muligt udelukkende at lave en generaliserbar analyse på de beboere, som findes i både før- og slutmålingen. Dette skyldes, at den gruppe af beboere som findes i både før- og slutmålingen har karakteristika, der adskiller sig fra den samlede gruppe af beboere på plejecentrene, og effekten for disse beboere vil derfor sandsynligvis adskille sig fra effekten på den samlede gruppe af beboere. De beboere, der findes i både før- og slutmålingen har boet mindst 14 måneder på plejecentrene, hvilket er relativt lang tid i forhold til, at det gennemsnitlige ophold på plejehjem er 30 måneder. Det forventes derfor, at disse beboere var mere velfungerende og havde et lavere plejebæbehov end den samlede gruppe af beboere i førmålingen. Således har den samlede gruppe af beboere i førmålingen på alle plejecentrene en gennemsnitlig Barthel-20 Indeks på 6,9, mens de beboere som findes i både før- og slutmålingen har en gennemsnitlig

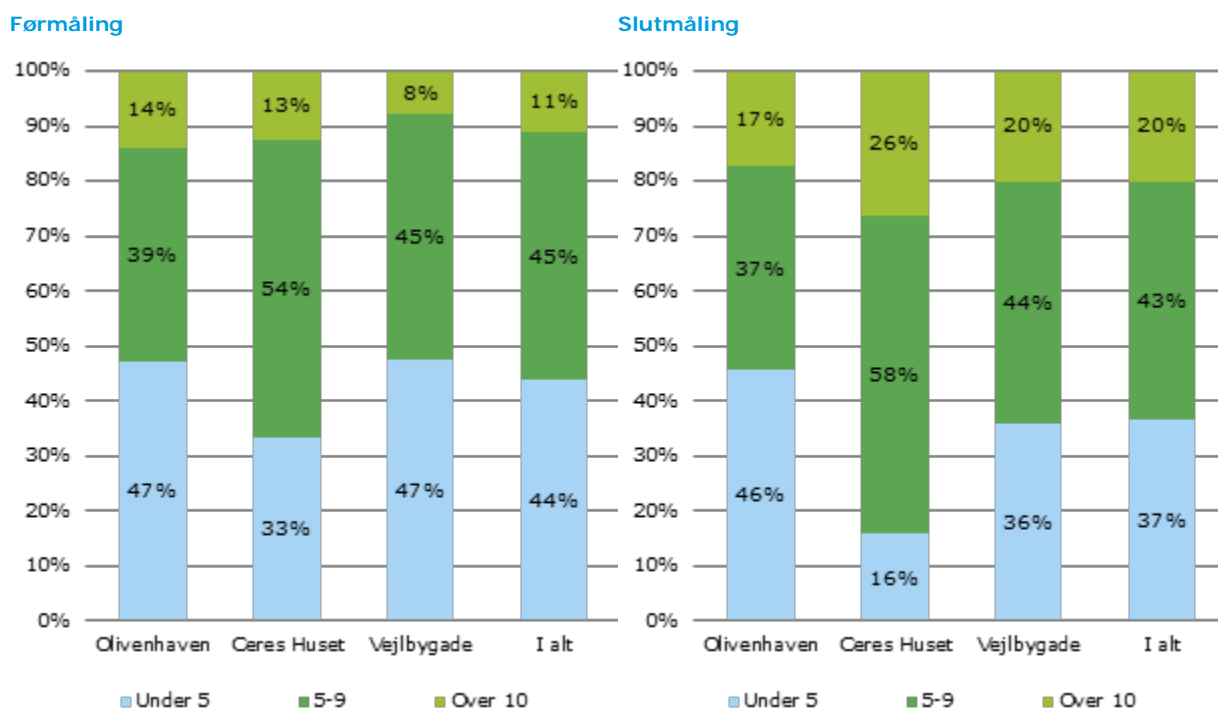
Barthel-20 Indeks på 8,0, hvilket bekræfter, at der er tale om en stærkere gruppe, der var mindre afhængige af hjælp.

Vi må derfor analysere på hele gruppen af beboere fra hhv. førmålingen og slutmålingen. For at vi kan antage, at den observerede ændring i tidsforbrug på pleje for den samlede gruppe af beboere på plejecentrene er lig den kontrafaktiske effekt, er det nødvendigt at antage, at den udskiftning af beboerne, som der er sket, er sket systematisk i forhold til de karakteristika som kan påvirke behovet for kontinenspleje, således at gruppen af inkontinente beboere i førmålingen kan sammenlignes med gruppen af inkontinente beboere i slutmålingen. De karakteristika, som vi har data for og som sandsynligvis påvirker behovet for kontinenspleje, er data for funktionsevne. Som beskrevet i afsnit 1.1.4 ovenfor har beboernes funktionsevne ændret sig en del mellem før- og slutmålingen. F.eks. er der en 13 procentpoint mindre andel af beboerne som har mentale funktionsnedsættelser der giver begrænsninger i hverdagen og den gennemsnitlige værdi for Barthel-20 Indeks er steget fra 6,9 til 8,2.

Det bør dog bemærkes, at arbejdet med model for god kontinenspleje i sig selv kan have påvirket beboernes funktionsevne positivt, da Barthel-20 Indekset er sammensat af en række forskellige elementer af funktionsevnen – herunder forhold, der vedrører kontinens og toiletbesøg. Det er således sandsynligt, at en beboers score påvirkes af indsatsen.

Vi har derfor anvendt et reduceret Barthel-20 Indeks, hvor toiletbesøg, blærekontrol samt tarmkontrol er udeladt af indekset. Dvs. et reduceret Barthel-20 Indeks – eller nærmere betegnet et "Barthel-14 Indeks", da den højeste score nu er 14.

Figur 6: Udvikling i reduceret Barthel-20 Indeks inkontinente beboere, fordelt på plejecentre



Gennemsnit Olivenhaven: 5,1
 Gennemsnit Ceres Huset: 7,5
 Gennemsnit Vejlbysgade: 6,0
 Gennemsnit i alt: 6,0

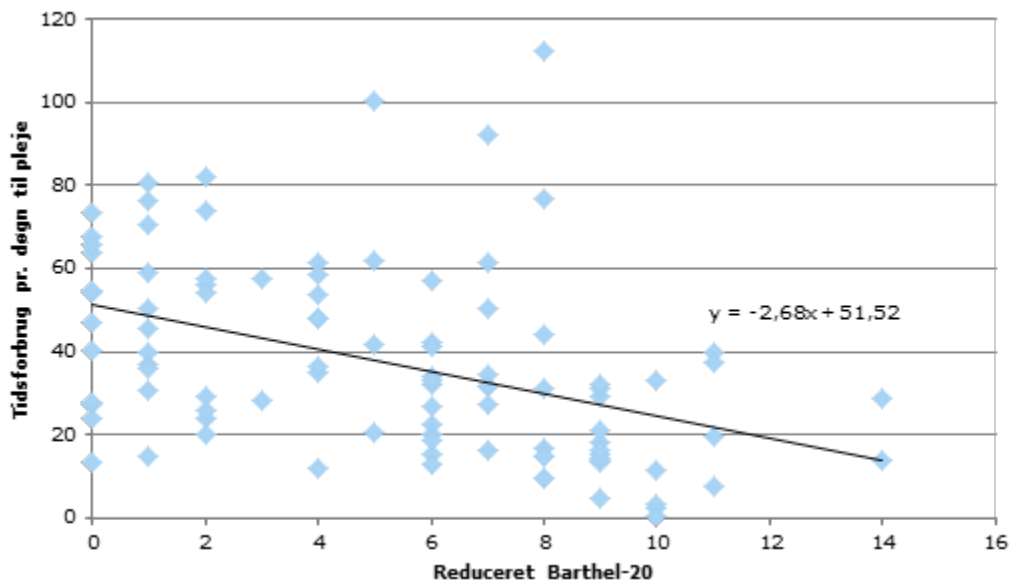
Gennemsnit Olivenhaven: 4,5
 Gennemsnit Ceres Huset: 7,6
 Gennemsnit Vejlbysgade: 5,7
 Gennemsnit i alt: 5,6

1.1.5.1 Metode for korrektion

Der tages udgangspunkt i det reducerede Barthel-20 Indeks i korrektionen af tidseffekten.

Baseret på data for alle inkontinente beboere fra førmålingen estimeres effekten af en ændring i det reducerede Barthel-20 Indeks på tidsforbruget på kontinenspleje for den enkelte beboer. Der antages et lineært forhold. Sammenhængen mellem reduceret Barthel-20 Indeks og tidsforbrug ses i Figur 7.

Figur 7: Reduceret Barthel-20 og gennemsnitligt tidsforbrug for inkontinente beboere, førmåling



Således estimeres det, baseret på data fra førmålingen, at en stigning i det reducerede Barthel-20 Indeks på 1 medfører et fald i tidsforbrug pr. døgn på kontinenspleje på -2,68 minutter.

Dette estimat anvendes til at korrigere for ændringen i den gennemsnitlige værdi af det reducerede Barthel-20 Indeks. Baseret på ændringen i den gennemsnitlige værdi af det reducerede Barthel-20 Indeks beregnes der et kontrafaktisk gennemsnitligt tidsforbrug pr. døgn pr. beboer for førmålingen. Følgende formel anvendes:

$$tid_{\text{før}}^0 = tid_{\text{før}} * (Barthel_{\text{slut}} - Barthel_{\text{før}}) * -2,68$$

hvor tid_{slut}^0 er det kontrafaktiske gennemsnitlige tidsforbrug, tid_{slut} er det faktiske gennemsnitlige tidsforbrug, $Barthel_{\text{slut}}$ er det gennemsnitlige reducerede Barthel-20 Indeks i slutmålingen og $Barthel_{\text{før}}$ er det gennemsnitlige reducerede Barthel-20 Indeks i førmålingen.

Således korrigeres det gennemsnitlige tidsforbrug pr. døgn pr. beboer for de tre plejecentre. Korrektionen medfører mindre tidsbesparelser end ved en ren sammenligning af før og efter. Dvs. den del af forskellen i tidsforbruget mellem før- og slutmålingen, som skyldes ændringer i sammensætningen af beboere korrigeres væk. Forskellen på det ukorrigerede og det korrigerede gennemsnitlige tidsforbrug ses nedenfor.

Tabel 18: Forskel på førmåling og korrigeret førmåling

Plejecenter	Tidsforbrug før, ukorrigeret	Tidsforbrug før, korrigeret	Forskel
Olivenhaven	44,9	43,6	-1,3
Ceres Huset	29,1	25,2	-4,0
Vejlbygade	34,0	32,1	-2,0

I business casen anvendes det korrigerede tidsforbrug til at beregne gevinster ved model for god kontinenspleje.

1.1.5.2 Anvendte timepriser

Til værdiansættelse af tidseffekterne anvendes en gennemsnitlig timeløn for forskellige medarbejdertyper. Timelønnen er baseret på bruttoårslønninger fra Kommunerne og Regionernes løn-datakontor (KRL) tillagt en overhead på 20 pct. Der anvendes en årsværknorm på 1.669 timer. For det "almindelige" plejepersonale anvendes en vægtet gennemsnitsløn ud fra den gennemsnitlige fordeling af SOSU-hjælpere og SOSU-assistenten (73 / 27 pct.)

Tabel 19: Anvendte timepriser

Personalegruppe	Beregnet timeløn
Nøglepersoner	276 kr. pr. time
Plejepersonale	267 kr. pr. time
Ledere	353 kr. pr. time

1.1.6 Dataudfordringer

Analysen bygger på tidsmålinger udført af plejepersonalet over 3 døgn. Plejepersonalet har udfyldt spørgeskemaer med informationer omkring beboerne og deres behov for pleje i forbindelse med inkontinens, herunder tid brugt på pleje af beboeren i forbindelse med inkontinens. Separat for målingen af plejebehovet i de 3 døgn, er der indsamlet baggrundsinformation omkring beboerne i forbindelse med henholdsvis før-, midtvejs- og eftermålingen. Data er således indrapporteret fra plejehjemmene og bygger på manuelle udfyldelser af spørgeskemaer, hvilket giver anledning til en upræcighed i data i forbindelse med fejludfyldninger og lignende. I samarbejde med plejecentrene har Rambøll gennemgået data og de væsentligste mangler er blevet udbedret. Dog må det antages at der stadig er en del upræcighed forbundet med data i baggrundsskemaerne, da der er store variationer i nogle af baggrundskarakteristikaene mellem plejecentrene og over tid for de enkelte plejecentre.

Der har været udfordringer forbundet med koblingen af de to datakilder, hvilket kan skyldes, at forskellige personer har udfyldt henholdsvis tidsmålingsskema og baggrundsskema, og at man har haft forskellig information omkring status for beboerne. Især uoverensstemmelse mellem inkontinensstatus for beboere i de to datasæt har været en udfordring. Således er følgende uoverensstemmelser noteret:

- Nogle beboere er noteret som kontinente i baggrundsskemaet, men har haft behov for pleje i forbindelse med inkontinens adskillige gange i løbet af de 3 døgn, hvor tidsmålingerne er udført og/eller er noteret som inkontinent i tidsmålingsskemaet
- Nogle beboere er noteret som inkontinente i baggrundsskemaet, men plejepersonalet har slet ikke brugt tid på kontinenspleje for beboeren og/eller er noteret som kontinent i tidsmålingsskemaet

Det har medført, at vi i vores analyse har defineret en gruppe af beboere med ukendt inkontinensstatus. Tabellen nedenfor beskriver kategorierne af inkontinens.

Tabel 20: Inkontinensstatus definitioner

Inkontinens status	Definition
Kontinent	Beboere som er noteret som kontinente i baggrundsskema samt tidsmålingsskema, og/eller ingen tidsmålinger har.
Ukendt	Beboere som er noteret som kontinente i baggrundsskemaet, men har haft inkontinente hændelser med plejebehov, dog har der ikke været plejebehov i alle 3 døgn. Eller beboere som er noteret som inkontinente i baggrundsskemaet, men er kontinente i tidsmålingsskema, og dermed ingen tidsmålinger har.
Inkontinent	Beboere som er noteret som inkontinente i baggrundsskema samt tidsmålingsskema, samt har haft mindst én hændelse med plejebehov i målingsperioden. Eller beboere som er noteret som kontinente i baggrundsskemaet, men som har haft inkontinente hændelser med plejebehov i 3 døgn i målingsperioden.

Definitionerne beskrevet i tabellen ovenfor medfører, at kun få personer falder i kategorien ukendt i de tre målinger (13 beboere i førmåling, 9 beboere i midtvejsmåling, 12 beboere i slutmåling) og giver os således et solidt datagrundlag for analysen.

En anden udfordring er effekten af timingen af behandlingen. Optimalt, ville vi gerne have en førmåling for beboerne, inden de er blevet screenet og har påbegyndt arbejde med model for god kontinenspleje samt en eftermåling, når beboeren har opnået den fulde effekt af modellen. Som udgangspunkt er vores eneste førmålinger inden screening og behandling, målingerne fra førmålingen, mens alle målinger i slutmålingen er målinger efter beboerne er screenet og påbegyndt arbejdet med model for god kontinenspleje. Grundet den store udskiftning af beboerne mellem førmålingen og eftermålingen, vil vi dog have beboere som er blevet screenet og har fået kontinenspleje efter modellen i over et halvt år, mens nyere beboere er blevet screenet og har påbegyndt behandlingen senere. I vores analyse antager vi således, at den fulde effekt af arbejdet med modellen opnås straks efter behandlingen er påbegyndt, da vi ikke kan korrigere for, hvor lang tid beboerne har modtaget kontinenspleje efter modellen.

Som nævnt har der været udfordringer forbundet med datakvaliteten af de indberettede baggrundsskemaer og tidsmålinger. Foruden overensstemmelse imellem dem, er der oplevet visse mangler og uoverensstemmelse målingsperioderne imellem. Eksempelvis ses det, at beboere med mentale lidelser og demens i førmålingen, bliver "kurreret" i eftermålingen, hvilket ikke burde kunne lade sig gøre. Derudover er der et gennemgående problem i begge målinger, i særdeleshed i eftermålingen med angivelse af ble-varenumre, der ikke stemmer overens med antallet af bleskift. Her har vi valgt at tage udgangspunkt i en beregnet gennemsnitspris ud fra de indberettede bleer og ganget op på antallet af bleskift, da det må antages at give det mest sandfærdige billede.

1.2 Udgifter til indsatsen (implementering og drift)

1.2.1 Om dataindsamlingen

Data vedr. implementerings- og driftsudgifter er indsamlet gennem følgende kilder:

- Den lokale projektleders oplysninger om antal medarbejdere, der har deltaget i kursus
- Oplysninger om omfang af kursus – herunder forberedelsestid og tid brugt på vidensspredning
- Den lokale projektleders oplysninger om tidsforbrug for øvrige aktiviteter – herunder "almindelige" medarbejders tidsforbrug til møder mv.
- Spørgeskema om tidsforbrug i forbindelse med og omfang af screening, handleplan mv. i forbindelse med den traditionelle kontinenspleje (basismåling)
- Nøglemedarbejders ugentlige registreringer af faktisk tidsforbrug til screening, udarbejdelse af handleplan mv.

1.2.2 Uddannelse af nøglemedarbejdere samt tidsforbrug for øvrige aktiviteter

Indførelse af model for god kontinenspleje har påkrævet uddannelse og opkvalificering af udvalgte medarbejdere på de deltagende plejecentre. Disse udvalgte medarbejdere betegnes som nøgle-

medarbejdere, og består som udgangspunkt af uddannede SOSU-assistenters. Der er dog nogle plejecentre, der har en sygeplejerske tilknyttet. Disse nøglemedarbejdere har som et led i initiativet deltaget på et obligatorisk 8 dages kursus.

Den lokale projektleder har oplyst til Rambøll, hvor mange medarbejdere, der har været på kurset. Tabel 21 viser dette.

Tabel 21: Antal medarbejdere, der har deltaget i kursus i model for god kontinenspleje i plejebolig

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
Antal medarbejdere, der har deltaget i kursus	7	7	6
Antal medarbejdere (hoveder) i alt på plejecentret	65	33	32*
Andel af alle medarbejdere, der har deltaget i kursus	11 %	21 %	19 %

Note: * Antallet af medarbejdere på Vejlbysgade er estimeret, da det ikke har været muligt at få det præcise antal.

Kurset sættes til at vare 8 dage á 7,5 timer i alt 60 timer pr. medarbejder. Udgiften til dette opgøres som vikardækning. Som timepris for vikardækning anvendes den gennemsnitlige timepris for plejecentrenes faste personale, som sættes til 267 kr. pr. time inkl. 20 pct. overhead.

I forbindelse med medarbejderes deltagelse i AMU-kurser kan plejecentret søge om VEU-godtgørelse af Staten. VEU-godtgørelse er en kompensation for tab af løn eller mulighed for arbejde, når virksomhedens medarbejdere deltager i erhvervsrettet uddannelse for voksne. Der gives kun VEU-godtgørelse for personale, der ikke har en uddannelse, der er på et højere niveau end en erhvervsuddannelse eller lignende. Dvs. der gives godtgørelse for SOSU-personale, men ikke for sygeplejersker. Da nogle af nøglepersonerne er sygeplejersker, antages det i gennemsnit, at 80 pct. af de deltagende nøglepersoner er berettiget til VEU-godtgørelse. I 2014 var satsen for VEU-godtgørelse 3.308 kr. pr. uge eller 661,60 kr. pr. kursusdag. VEU-godtgørelsen er finansieret gennem Finansloven (§ 20.93.25), men denne finansieres gennem arbejdsgiveres indbetaling til Arbejdsgiverenes Uddannelsesbidrag (jf. § 20.93.27). I business casen på plejecenterniveau er VEU-godtgørelsen medregnet som en indtægt for plejecentrene, og dermed reduceres de samlede udgifter i forbindelse med deltagelse i kurset.

I forbindelse med kurset har medarbejderne anvendt tid til forberedelse samt opfølgning. Det antages, at hver deltagende nøglemedarbejder har anvendt 9 timer i alt. Endvidere har lederne anvendt tid i forbindelse med sparring og opfølgning på kurset sammen med medarbejderne. Det antages, at lederne har anvendt 8 timer pr. medarbejder, der har været på kursus.

Tabel 22: Udgifter i forbindelse med kursus

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
Tid brugt på deltagelse i kursus	112.184	112.184	96.158
VEU-godtgørelse	-29.640	-29.640	-25.405
Tid brugt på forberedelse of opfølgning - nøglepersoner	17.378	17.378	14.895
Tid brugt på forberedelse of opfølgning - ledere	19.756	19.756	16.934
I alt	119.678	119.678	102.581

Tid brugt på transport i forbindelse med kurset samt udgifter til transport er ikke medregnet i business casen. Der vil være meget stor variation i, hvor lang transport landets plejecentre har til nærmeste uddannelsessted, der tilbyder de pågældende kursus, og det vurderes derfor ikke muligt at opstille et meningsfuldt billede på dette. Det skal dog bemærkes, at der kan søges om befordingstilskud i forbindelse med deltagelse i AMU-uddannelse (satsen i 2014 var 1,05 kr. pr.km. ved mere end 24 km.), ligesom der kan søges om tilskud til kost og logi, hvis der er mere end 60 km til uddannelsesstedet fra bopælen.

Der er ikke deltagerbetaling på deltagelse i det pågældende AMU-kursus.

Efter endt kursus har det været disse udvalgte nøglemedarbejders opgave at videregive brugbar viden til det øvrige personale på personalemøder, således at alle medarbejdere har været klædt på til arbejdet med model for god kontinenspleje i plejebolig.

Foruden dette har de daglige ledere på plejecentrene afholdt et månedligt møde med henholdsvis nøglemedarbejdere og/eller den tilknyttede kommunale leder for initiativet.

Tabel 23 viser det samlede tidsforbrug for de forskellige medarbejdergrupper til disse øvrige aktiviteter.

Tabel 23: Tidforbrug til øvrige aktiviteter

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
Tid brugt ifm. uddannelses- og opkvalificeringsforløb til "almindelige" medarbejdere			
- Nøglepersoner	20 timer	7 timer	24 timer
- "Almindelige" medarbejdere	69 timer	50 timer	68 timer
Tid brugt ifm. møder, workshops, seminarer m.v., hvor selvstændigt fokus har været på f.eks. introduktion, præsentation og plan for implementering af ny kontinensindsats? (f.eks. projektmøde, særligt indkaldt personalemøde m.v.)			
- Nøglepersoner	-	42 timer*	0 timer
- Ledere	-	6 timer	6 timer

Note: *Der er tale om et månedligt møde á 1 time i 6 måneder, hvor alle nøglepersoner samt leder deltager.

1.2.3 Udgifter i forbindelse med screening, handleplan mv.

Indførelse af model for god kontinenspleje i plejebolig har betydet, at der er gennemført en screening og udredningsproces for alle beboere på de respektive plejecentre. Her har nøglemedarbejderen vurderet, hvorvidt beboeren er inkontinent eller ej, og i så fald i hvilken grad. De beboere, der blev vurderet inkontinente, har herefter fået udarbejdet en handleplan med inkontinensmål samt plan for opfølgning og justeringer, som der er blevet fulgt op på. Desuden har nøglemedarbejderne skulle bruge tid på øvrige indsatser, der ikke specifikt er tilknyttet kontinensplejeindsatsen, såsom registrering af beboerens væskeindtag, vandladning og bækkenbundstræning mv. Hele forløbet afrundes med en afsluttende beskrivelse af kontinensforløbet for den enkelte beboer.

Plejecentrene har i forvejen brugt tid på forskellige aktiviteter i forbindelse med screening og udarbejdelse af handleplaner mv. inden for kontinenspleje. Plejecentrene er blevet bedt om at vurdere, hvor lang tid, de normalt har brugt på disse aktiviteter. De er ligeledes blevet bedt om, at vurdere, hvor stor en andel af beboerne der screenes, udarbejdes handleplan for mv. Estimerne bygger på skøn og ikke faktiske registreringer. Tabel 24 og Tabel 25 viser disse vurderinger.

Tabel 24: Tidsforbrug UDEN model for god kontinenspleje i plejebolig

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
Tidsforbrug til screening og udredning pr. beboer	180 min.	120 min.	120 min.
Tidsforbrug til udarbejdelse af handleplan pr. beboer	30 min.	60 min.	0 min.
Tidsforbrug til øvrig indsats pr. beboer	30 min.	0 min.	15 min.
Tidsforbrug til opfølgning på handleplan pr. beboer	10 min.	10 min.	30 min.

Tabel 25: Andel af beboere, UDEN model for god kontinenspleje i plejebolig

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
--	-------------	-------------	------------

Andel beboere, der screenes (ud af alle beboere)	10 %	0 %	2 %
Andel beboere, der var screenet ved indflytning (ud af alle beboere)	80 %	75 %	70 %
Andel beboere, der udarbejdes handleplan for (ud af alle beboere)	10 %	10 %	0 %
Andel beboere, der berøres af øvrige indsatser (ud af alle beboere)	0 %	0 %	0 %
Andel beboere, som afsluttes (ud af dem, der laves handleplan for)	100 %	100 %	70 %

Nøglepersonerne har hver uge skulle registrere deres tidsforbrug til forskellige aktiviteter for den enkelte beboer. På baggrund af disse indberetninger har Rambøll estimeret det gennemsnitlige tidsforbrug pr. beboer samt hvor stor en andel af beboerne, der har modtaget de forskellige aktiviteter. Tabel 26 og Tabel 27 viser disse estimater.

Tabel 26: Tidsforbrug MED model for god kontinenspleje i plejebolig

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
Tidsforbrug til screening og udredning pr. beboer	42 min.	63 min.	67 min.
Tidsforbrug til udarbejdelse af handleplan pr. beboer	54 min.	38 min.	51 min.
Tidsforbrug til øvrig indsats pr. beboer	20 min.	36 min.	20 min.
Tidsforbrug til opfølgning på handleplan pr. beboer	68 min.	15 min.	49 min.
Tidsforbrug til afslutning af kontinensforløb pr. beboer	59 min.	15 min.	0 min.

Tabel 27: Andel af beboere, MED model for god kontinenspleje i plejebolig

	Olivenhaven	Ceres Huset	Vejlbygade
Andel af alle beboere, der screenes og udredes	79 %	23 %	91 %
Andel beboere, der udarbejdes handleplan for ud af de, der screenes	43 %	78 %	87 %
Andel beboere, der berøres af øvrige indsatser ud af de, der udarbejdes en handleplan for	32 %	86 %	11 %
Andel beboere, der laves opfølgning for ud af de, der udarbejdes en handleplan for	76 %	43 %	80 %
Andel beboere, som afsluttes ud af de, der udarbejdes en handleplan for	96 %	43 %	0 %

1.2.4 Dataudfordringer

Alle data vedr. tidsforbruget til uddannelse samt øvrige aktiviteter er baseret på vurderinger fra plejecentrene. Antallet af medarbejdere, der har deltaget i kurset vurderes at være præcist, men de øvrige oplysninger er behæftet med en væsentlig usikkerhed.

Basismålingen af tidsforbruget til screening, handleplan mv. er baseret på skøn, og ikke på faktiske målinger. Der vurderes derfor at være en usikkerhed forbundet med disse estimater. Registreringen af tidsforbrug under initiativet i forbindelse med screening, handleplaner mv. bygger på faktiske registreringer, men indberetningen fra plejecentrene har været varierende, og der er således ligeledes usikkerhed forbundet med disse tal.