

Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune



Jakob Kjellberg
Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø



Rikke Ibsen
iTracks
Store Torv 9,1
8000 Århus C

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning af økonomisk evaluering af LMEL i Fredericia Kommune.....	3
1. Analyse af aktivitet og økonomi før og efter LMEL i Fredericia Kommune	6
1.1 Periodeafgrænsning	6
1.2 Population.....	6
1.2.1 Afgrænsning på moduler, grupper og pakker	6
1.2.2 Population i evalueringen	8
2. Ny-visiteringer og 'gamle' visiterede i evalueringen.....	9
3. Leverede ydelser i før- og efter-perioden.....	11
3.1 Omkostningsanalyse.....	13
3.1.1 Omkostninger for ny-visiterede	14
4. Visiteringer og forløb	15
4.1 Beskrivende analyse	15
4.2 Varighedsanalyse	17
Appendiks A. Korrektion af besparelse	20
Appendiks B. Resultat af varighedsanalyse	22

Sammenfatning af økonomisk evaluering af LMEL i Fredericia Kommune

Baggrund, metode og forbehold

I 2008 igangsatte Fredericia Kommune projekt ”Længst Muligt i Eget Liv” (LMEL), hvor borgere, der første gang henvender sig til kommunen med anmodning om personlig eller praktisk hjælp, bliver mødt af et tværfagligt team, som målrettet arbejder mod at sætte borgeren i stand til at klare sig selv. Tanken er, at en række borgere populært sagt ”vendes i døren” i stedet for at blive mere passive modtagere af hjælp og pleje. Langt fra alle borgere vil dog modtage egentlig genoptræning, da teamet laver en konkret vurdering af genoptræningspotentialet for den enkelte.

LMEL har flere formål, og et delformål er at nedbringe efterspørgslen efter og udgifterne til personlig og praktisk hjælp. Denne analyse har på baggrund af kommunens registreringer af forbruget af pleje og praktisk hjælp, før og efter LMEL blev implementeret, opgjort de økonomiske konsekvenser af observerede ændringer i forbruget heraf.

Data sætter en række begrænsninger for undersøgelsen. Der findes ikke data, der er detaljerede nok til analysen før 1. oktober 2007. Det meste af 2008 er endvidere uegnet som evalueringsperiode på grund af arbejdsnedlæggelser i forbindelse med overenskomstforhandlingerne med sundhedskartellets og FOA's områder, ligesom der skete en række budgettilpasninger i Fredericia Kommunes hjemmepleje i andet halvår af 2008. Endelig har vi kun data indtil den 21. marts 2010, hvor evalueringen begyndte. For at få så sammenlignelige perioder som muligt er før-perioden fastlagt til at starte den 1. oktober 2007 og slutte 21. marts 2008, og efterperioden er fra 1. oktober 2009 til 21. marts 2010.

Studiedesignet baseret på en før- og efter-periode har en række usikkerheder indbygget. Hvis der i perioden mellem før- og efter-perioden sker andre væsentlige ændringer udover implementeringen af LMEL, skal der korrigeres for dette. I dette studie er der taget højde for implementeringen af en gennemført spareplan på ca. 11 mio. kr., men øvrige ændringer i forbruget af personlig og praktisk hjælp antages henført til LMEL.

Analysen er gennemført for Fredericia Kommune i et samarbejde mellem Dansk Sundhedsinstitut og iTracks.

Resultater

Analysen viser, at varigheden af rehabilitering og plejeforløb faldet er signifikantsiden 2004, og at faldet er klart størst i 2009. I det omfang varighed er udtryk for, at borgeren ”vendes i døren”, viser analysen, at det netop er sket – mest markant i 2009, hvor projektet er fuldt indfaset.

Når det totale forbrug analyseres, er der en klar nedgang i antallet af leverede timer til pleje, og antallet timer leveret til genoptræning er ikke steget tilsvarende. Endvidere ses et mindre fald i antal besøg for praktisk hjælp (se nedenstående tabel).

Tabellen viser antal besøg, antal timer og gennemsnitligt antal minutter pr. besøg.

Periode	Besøgstype	Antal besøg	Antal timer leveret	Gennemsnitlig antal
				minutter pr. besøg
Før	Akutbesøg	3.050	730	14
	Pleje	379.790	111.767	18
	Praktisk	38.835	20.701	32
Efter	Akutbesøg	3.466	913	16
	Genoptræning	8.944	4.450	30
	Pleje	291.047	85.909	18
	Praktisk	35.676	19.731	33

Kilde: Beregninger på Care

Analyseres forbruget af pleje og praktisk hjælp på individniveau, så viser analyserne, at omkostningerne pr. person til pleje falder, mens den stiger for praktisk hjælp. At den praktiske hjælp er dyrere for hver person indikerer, at de borgere, som får praktisk hjælp i efter-perioden (som er færre i antal), er borgere med større behov. Meget tyder således på, at LMEL formår at vende de borgere i døren, der ikke har så stort behov. Selve besparelsen ved færre besøg til praktisk hjælp er relativ moderat. Det skyldes, at ny-visiterede borgere til praktisk hjælp typisk ikke modtager særlig mange ydelser, hvorfor hverken omkostningerne og besparelsespotentialt på kort sigt ikke er så stort. De store økonomiske besparelser fremkommer ved, at der er færre plejebesøg.

For plejeydelser og akutbesøg er timeomkostningerne afhængige af tidspunktet for leveringen af ydelsen, der er opdelt på en hverdagspris og en pris for aften, nat, weekend og helligdage. Dette er indregnet i omkostningerne, som præsenteres i nedenstående tabel. I tabellen er omkostningerne opgjort i både faste priser og i de priser, der anvendes i det offentlige. Brugen af faste priser gør, at man kan ignorere ændringer i løn mv. Årsagen til, at omkostningerne også er opgjort med offentlige priser, er, at mange har valgt en privat leverandør i perioden, og de økonomiske effekter derfor delvist sløres. De samlede omkostninger med offentlige priser angiver omkostningen, såfremt aktiviteten havde fundet sted i det offentlige system.

Udover timeomkostningerne er der faste omkostninger til 3 terapeuter, 1 sygeplejerske, 1 planlægger og 1 leder i rehabiliteringsprojektet. Medtages disse faste omkostninger, kan der konstateres et fald i omkostningerne fra 50 mio. kr. i før-perioden til godt 42 mio. kr. i efter-perioden opgjort i 2010-priser. Opgøres besparelsen på helårniveau, er den ca. 15 mio. kr.

Tabellen viser de samlede omkostninger i før- og efter-perioden.

Periode	Besøgstype	Samlede omkostninger,	Samlede omkostninger,	Antal besøg
		2010-priser	med offentlige priser	
		Mio.kr	Mio.kr	Antal
Før	Akutbesøg	0,3	0,3	3050
	Pleje	44,0	43,9	379790
	Praktisk	5,8	5,6	38835
	I alt	50,0	49,8	421675
Efter	Akutbesøg	0,4	0,4	3466
	Genoptræning	1,7	1,7	8944
	Pleje	33,9	33,7	291047
	Praktisk	5,9	5,5	35676
	Investeringer vedrørende Rehabilitering*	1,0	1,0	
	I alt	42,5	41,9	339133

Kilde: Beregninger på Care

Tabellen viser besparelsen opgjort på helårsniveau.

Periode		Samlede omkostninger, 2010-priser Mio.kr	Samlede omkostninger, med offentlige priser Mio.kr
Før	I alt, incl besparelse på ydelser	106,2	105,6
Efter	I alt, incl. faste omkostninger	91,1	89,7
	Ændring, kr	-15,1	-15,9
	Ændring %	-14%	-15%

Kilde: Beregninger på Care.

Det er en forudsætning for at realisere den potentielle besparelse, at personalet aftræder i takt med den observerede lavere aktivitet. Dette vil næppe være muligt for ledelsen og administrationen, da en del af aktiviteten kun har ringe sammenhæng med aktiviteten. Fokuseres alene på lønnen i forbindelse med udførelsen af besøgene, er den potentielle besparelse på ca. 13 mio. kr.

Den potentielle besparelse er beregnet som en merbesparelse i perioden, altså besparelser udover de ca. 11 mio. kr., som kommunen gennemførte inden for samme område i perioden mellem før- og efter-perioden. Besparelsen er kommet i en periode, hvor der også er kommet flere ældre i Fredericia Kommune, dog uden at det har medført, at flere borgere reelt har modtaget hjælp fra kommunen. Det er muligt, at LMEL-konceptet har medført, at nogle borgere har undladt at søge om hjælp ved udsigten til, at man alene ville modtage ”hjælp til selvhjælp”, men ændringen kunne også skyldes en lang række andre forhold. Derfor er betydningen af den lavere tilgang ikke medregnet i analysen. Modsat er besparelserne i analysen ikke alene baseret på nyvisiterede borgere, men inkluderer også de borgere, som ikke er indvisiteret i før- eller efter-perioderne. Det skyldes, at det ikke for alle borgere har været muligt præcist at afgrænse, hvilke borgere der er indvisiterede i hvilken periode, samt at det er vanskeligt at sikre en tilstrækkelig opfølgning på nyvisiterede borgere inden for den mulige dataperiode. Der er lavet særkørsler i analysen, hvor der med sikkerhed kan afgrænses, og resultatet viser på linje med de øvrige analyser, at omkostningerne er mindre efter introduktionen af LMEL.

Med forbehold for de usikkerheder, der er indlejret i studiedesignet, kan konstateres en markant ændring i ydelsesmønstret før og efter introduktionen af LMEL. Efter introduktionen er ressourcerne i højere grad målrettet borgere med størst behov, og varigheden af forløbene er reduceret væsentligt. Samlet set har omlægningen også medført et betragteligt besparelspotentiale.

1. Analyse af aktivitet og økonomi før og efter LMEL i Fredericia Kommune

1.1 Periodeafgrænsning

Data sætter en del begrænsninger for undersøgelsesperioden, da der ikke findes data, som er detaljerede nok til analysen før 1. oktober 2007. Den sidste dato for data er 21. marts 2010, og denne dato er derfor med til at bestemme opdelingen i før- og efter-perioder.

Før-perioden skulle umiddelbart være hele 2008, men da der i 2008 både var en arbejdsnedlæggelse i forbindelse med overenskomstforhandlingerne med sundhedskartellet og FOA's områder, og der fra den 1. september 2008 og 3 måneder frem blev gennemført besparelser på ca. 11 mio. kr., er 2008 ikke egnet til sammenligning. I stedet er før-perioden fastlagt til at starte 1. oktober 2007 (tidspunktet for et brugbart datagrundlag) og slutte 21. marts 2008. Årsagen til, at perioden slutter midt i en måned, er, at den skal modsvare det tidspunkt, hvortil der er data i efter-perioden. Efter-perioden bliver således 1. oktober 2009 til 21. marts 2010.

For at imødegå de ændringer i ydelsesmønstret, som fulgte af besparelserne i 2008, er ydelserne i før-perioden korrigeret, så minutantallet for de enkelte ydelser, hvor der skete besparelser, er tilsvarende nedsat i 2007/2008. Denne opdeling i før- og efter-perioder giver en væsentlig bedre mulighed for at identificere de ændringer, der sker i forbindelse med indførelsen af projektet 'Længst muligt i eget liv', selvom perioderne ikke er så lange, som man kunne ønske.

1.2 Population

1.2.1 Afgrænsning på moduler, grupper og pakker

Populationen afgrænses til borgere, som modtager ydelser fra modulerne

- Hjemmehjælp
- Træning- og rehabilitering.

Derudover afgrænses på følgende grupper, hvor kun grupper, som er udeservice-grupper (altså ikke ydelser på f.eks. plejehjem), er med. Nedenstående grupper afspejler opdelingen i 2010, men grupper, som tidligere havde andre navne, er medtaget i populationen.

- City
- Landsoldaten
- Hyby
- Vest
- Kunstnerkvarter
- Erritsø-Snoghøj
- Aftenteamet (findes ikke i 2007)
- Fælles nat
- Ulleruphus
- Hverdagsrehabilitering (her findes alle modul Træning og rehabilitering).
- Private leverandører.

Modulerne er underopdelt på pakkerne vist i tabel 1 og 2 nedenfor, hvor tabel 1 er før-perioden og tabel 2 efter-perioden. Pakkerne omfatter alle de pakker, hvor der er overensstemmelse mellem før- og efter-perioden.

I evalueringen er pakkerne opdelt efter hovedgrupper, så der udover de samlede omkostninger pr. borger er opdelt på:

- praktisk hjælp
- pleje
- genoptræning
- akutbesøg.

Praktisk hjælp, pleje og genoptræning har en timepris, hvorimod det ikke er tilfældet for akutbesøg. Derfor vil akutbesøg kun kunne indgå i opgørelser over tidsforbrug og ikke i de økonomiske beregninger.

Tabel 1. Pakker i før-perioden

Type	Modul	Pakker	Periode	
Praktisk hjælp	Hjemmehjælp	A Praktisk hjælp - rengøring	Før	
	Hjemmehjælp	B+ Praktisk hjælp tøjvask fællesvaskeri	Før	
	Hjemmehjælp	B1 Praktisk hjælp - tøjvask	Før	
	Hjemmehjælp	B1 Praktisk hjælp - tøjvask egen maskine	Før	
	Hjemmehjælp	B2 Praktisk hjælp - indkøb	Før	
	Hjemmehjælp	B2a Praktisk hjælp - bestille varer	Før	
	Hjemmehjælp	B2b Praktisk hjælp - handle, sætte på pl	Før	
	Hjemmehjælp	B3 Praktisk hjælp - i øvrigt	Før	
	Pleje	Hjemmehjælp	C1 Pleje - 1	Før
		Hjemmehjælp	C2 Pleje - 2	Før
Hjemmehjælp		C3 Pleje - 3	Før	
Hjemmehjælp		C3+ Pleje - 3	Før	
Hjemmehjælp		C4 Pleje - 4	Før	
Hjemmehjælp		C4+ Pleje - 4	Før	
Hjemmehjælp		C5 Pleje - 5	Før	
Hjemmehjælp		C6 Pleje - aften	Før	
Hjemmehjælp		C6+ Pleje - aften	Før	
Hjemmehjælp		C7 Pleje - nat	Før	
Hjemmehjælp		D Nødkaldsbesøg	Før	
Hjemmehjælp		E Støttende besøg	Før	
Hjemmehjælp		F1 Hjælp til selvhjælp	Før	
Hjemmehjælp		F2 Netværksinitiativer	Før	
Hjemmehjælp		F3 Højtlesning	Før	
Hjemmehjælp		F4 Støtte til gangtræning	Før	
Hjemmehjælp		F5 Ledsagelse	Før	
Hjemmehjælp		Ku Kommunikation, døve ude	Før	
Hjemmehjælp		O Opstartspakke	Før	
Akutbesøg		Hjemmehjælp	Akutbesøg	Før

Kilde: Egne beregninger på Care.

Tabel 2. Pakker i efter-perioden

Type	Modul	Pakker	Periode
Praktisk hjælp	Hjemmehjælp	A Praktisk hjælp - rengøring	Efter
	Hjemmehjælp	B+ Praktisk hjælp tøjvask fællesvaskeri	Efter
	Hjemmehjælp	B1 Praktisk hjælp - tøjvask egen maskine	Efter
	Hjemmehjælp	B2 Praktisk hjælp - indkøb	Efter
	Hjemmehjælp	B2a Praktisk hjælp - bestille varer	Efter
	Hjemmehjælp	B2b Praktisk hjælp - handle, sætte på pl	Efter
	Hjemmehjælp	B3 Praktisk hjælp - i øvrigt	Efter
Pleje	Hjemmehjælp	C1 Pleje - 1	Efter
	Hjemmehjælp	C2 Pleje - 2	Efter
	Hjemmehjælp	C3 Pleje - 3	Efter
	Hjemmehjælp	C3+ Pleje - 3	Efter
	Hjemmehjælp	C4 Pleje - 4	Efter
	Hjemmehjælp	C4+ Pleje - 4	Efter
	Hjemmehjælp	C5 Pleje - 5	Efter
	Hjemmehjælp	C6 Pleje - aften	Efter
	Hjemmehjælp	C6+ Pleje - aften	Efter
	Hjemmehjælp	C7 Pleje - nat	Efter
	Hjemmehjælp	D Nødkaldsbesøg	Efter
	Hjemmehjælp	E Støttende besøg	Efter
	Hjemmehjælp	F1 Hjælp til selvhjælp	Efter
	Hjemmehjælp	F2 Netværksinitiativer	Efter
	Hjemmehjælp	F3 Højt læsning	Efter
	Hjemmehjælp	F4 Støtte til gangtræning	Efter
	Hjemmehjælp	F5 Ledsagelse	Efter
	Hjemmehjælp	Ki Kommunikation, døve inde	Efter
	Hjemmehjælp	O Opstartspakke	Efter
	Akutbesøg	Hjemmehjælp	Akutbesøg
Genoptræning	Træning og rehabilitering	4.11 R1/2 - Praktiske hverdagsopgaver	Efter
	Træning og rehabilitering	4.12 R1 - Praktiske hverdagsopgaver	Efter
	Træning og rehabilitering	4.21 R1/2 - Personlige hverdagsopgaver	Efter
	Træning og rehabilitering	4.22 R2 - Personlige hverdagsopgaver	Efter
	Træning og rehabilitering	4.3 R3 - Den lille pakke	Efter
	Træning og rehabilitering	4.4 R4 - Mellem pakke	Efter
	Træning og rehabilitering	4.5 R5 - Den store pakke	Efter
	Træning og rehabilitering	4.61 R6-3/4 - Aften pakke	Efter
	Træning og rehabilitering	4.62 R6-1/4 - Aftenpakke	Efter
	Træning og rehabilitering	4.63 R6-1/2 - Aftenpakke	Efter

Kilde: Egne beregninger på Care.

1.2.2 Population i evalueringen

Populationen er afgrænset ifølge ovenstående, så den omfatter personer, som har modtaget de nævnte ydelser. Derudover er populationen opdelt på følgende:

1. Alle nyvisiterede i overstående afgrænsning, så personer, som optræder første gang i før- eller efter-perioden med modulerne Hjemmehjælp eller Træning og rehabilitering, indgår.
2. Yderligere inkluderes alle de personer, som får ydelser i før- og efter-perioden, men som ikke er indvisiteret i selve før-/efter-perioderne. Det vil vise hele udgiften for de udvalgte moduler i de 2 perioder og derfor også inkludere de personer, som eventuelt går fra modul Hjemmehjælp til modul Træning og rehabilitering. Altså vil det afdækkes, om der sker en generel ændring i ydelsesmønstret – og ikke kun for nyvisiterede.

2. Ny-visiteringer og 'gamle' visiterede i evalueringen

I det følgende er antallet af ny-visiterede og allerede visiterede i de 2 perioder opgjort. Da antallet af ny-visiterede og allerede visiterede i sig selv ikke er nok til at vise, hvordan udviklingen har været, er antallene sammenholdt med resten af borgerne i Fredericia Kommune. Til dette formål er populationen opdelt i borgere under 67 år og 3 aldersgrupper over 66 år, da man derved kan udskille den del, som er ældrepleje.

For at få et indtryk af udviklingen i efterspørgslen efter hjemmehjælp i Fredericia Kommune, viser tabel 3 antallet af personer over og under 67 år opdelt i aldersgrupper pr. 1. januar 2008 og 2010. Det fremskrevne antal i 2020 er også vist.

Det fremgår af tabellen, at antallet af personer i aldersgruppen 67-75 år stiger ca. 7 % fra 2008 til 2010; antallet af 76-85 årige stiger 2 %, og antallet over 85 år stiger ca. 3 %. Stigningerne fra 2010 til 2020 er størst for de 76-85 årige. Der er tale om en markant stigning allerede i de 2 undersøgelsesperioder, men stigningen frem til 2020 vil for alvor lægge pres på ydelserne til sundhed og omsorg i Fredericia Kommune. Samtidig er antallet af borgere under 67 år næsten konstant fra 2008 til 2010, mens det falder med ca. 3 % fra 2010 til 2020.

Tabel 3. Udvikling i antal borgere over 66 år i Fredericia Kommune

	2008	2010	2020	Ændring 2008-2010	Ændring 2010-2020
	Antal	Antal	Antal	%	%
Antal personer under 67 år	42558	42630	41189	0,2	-3,4
Antal 67-75 år	3700	3951	5118	6,8	29,5
Antal 76-85 år	2440	2483	3328	1,8	34,0
Over 85 år	765	785	900	2,6	14,6

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik.

Antallet af nyvisiterede og allerede visiterede samt deres andel af borgere under 67 år og de 3 aldersgrupper over 66 år er vist i tabel 4.

Tabel 4. Antal ny-visiterede og allerede visiterede borgere

Opdeling	Periode	Nyvisiterede	Tidligere visiteret	ulationen
Alle	Før	365	1502	1867
	Efter	288	1486	1774
Andel op til 66 år	Før	0,2%	0,6%	0,8%
	Efter	0,1%	0,6%	0,7%
Andel 67-75 år	Før	1,6%	6,2%	7,7%
	Efter	1,5%	5,9%	7,5%
Andel 76-85 år	Før	6,8%	26,2%	33,0%
	Efter	4,7%	25,1%	29,7%
Andel over 85 år	Før	7,6%	50,2%	57,8%
	Efter	7,3%	46,8%	54,0%

Kilde: Egne beregninger på Care og Statistikbanken, Danmarks statistik.

Af de 2 første linjer i tabel 4 fremgår det, at antallet af både ny-visiterede og tidligere visiterede borgere falder fra før- til efter-perioden. Faldet stammer både fra borgere over 66 år og yngre borgere, men procentuelt ny-visiteres der færre borgere over 66 år, mens visiteringen af borgere under 67 år er konstant. Den største ændring sker for antallet af tidligere visiterede over 75 år. Her falder andelen, som modtager ydelser, fra 33 til 30 % for 76-85 årige og fra 58 til 54 % for borgere over 85 år.

Da modulet Træning og rehabilitering er indført i efter-perioden, viser tabel 5 en opdeling af ny-visiterede på modulerne Hjemmehjælp og Træning og rehabilitering. Da det kun er modul Hjemmehjælp, der eksisterer i før-perioden, er alle i dette modul selvsagt visiterede. I efter-perioden er 20 % af ny-visiteringerne i modul Træning og Rehabilitering.

Tabel 5. Visiterede borgere opdelt på moduler

Periode	Modul	Nyvisiterede	
		Antal	%
Før	Hjemmehjælp	365	100%
Efter	Hjemmehjælp	231	80%
	Træning og rehabilitering	57	20%
	I alt	288	100%

Kilde: Egne beregninger på Care.

At det første modul, der visiteres til, er Hjemmehjælp, betyder dog ikke, at borgeren ikke senere visiteres til modul Træning og rehabilitering. For at få et reelt billede af, hvordan modulerne er fordelt på alle i populationen, viser tabel 6, hvor mange der i efter-perioden enten kun modtager modul Hjemmehjælp eller modul Træning og rehabilitering, samt hvor mange der modtager begge dele.

Andelen, som kun modtager modul Hjemmehjælp, er væsentlig lavere for ny-visiterede borgere – 77 %, mens denne andel er 97 % for tidligere visiterede borgere. 23 % af ny-visiterede borgere modtager ydelser fra modul Træning og rehabilitering, mens samme andel er 3 % for tidligere visiterede.

Tabel 6. Visiterede borgere opdelt på moduler inkl. Overlap

Periode	Visiterigstidpunkt	Modul	Modtager moduler	
			Antal	%
Efter	Ny-visiteret	Hjemmehjælp	223	77%
		Træning og rehabilitering	43	15%
		Begge moduler	22	8%
	Tidligere visiteret	Hjemmehjælp	1437	97%
		Træning og rehabilitering	17	1%
		Begge moduler	32	2%

Kilde: Egne beregninger på Care.

3. Leverede ydelser i før- og efter-perioden

I det følgende undersøges, hvorledes udviklingen i leverede ydelser har været fra før- til efter-perioden. De leverede ydelser er opdelt på:

- Akutbesøg
- Praktisk hjælp og pleje opdelt for modul Hjemmehjælp
- Træning og rehabilitering (genoptræning).

Udviklingen i ydelserne er opgjort som følger:

- Antallet af besøg
- Antallet leverede timer
- Pris for de opdelt ydelser
- Samlet pris for alle borgere i populationen.

På grund af de besparelser, der er gennemført pr. 1. september 2008, er leveret tid pr. besøg korrigeret i før-perioden. Denne korrektion indregner besparelsen, som er på 11 mio. kr. Alle opgørelser tager højde for korrektionen. Korrektionen på individniveau er dokumenteret i appendiks A, hvor også tabel 7 med og uden korrektionen er vist.

I tabel 7 er antal besøg, antal leverede timer samt gennemsnitligt antal minutter pr. besøg vist i før- og efter-perioden fordelt på besøgstype. Der er en nedgang i antallet af besøg inden for pleje og praktisk hjælp (modul Hjemmehjælp). Antallet af besøg til pleje falder 23 %, og antallet af besøg til praktiske opgaver falder 5 %. Disse fald sker, samtidig med at antallet af ældre i kommunen stiger ca. 5 %. Antallet af akutbesøg stiger 14 %, og antallet af besøg til genoptræning stiger selvfølgelig 100 %, da denne ydelse er ny i efter-perioden.

Den gennemsnitlige varighed af besøgene er stort set konstant over tid, så de procentvise ændringer i antal leverede timer er de samme som ændringerne i antal besøg. Dog stiger antallet af leverede timer 24 % for akutbesøg mod 14 % flere besøg. I gennemsnit er akutbesøgene 2 minutter længere i efter-perioden.

Tabel 7. Antal besøg, antal timer og gennemsnitligt antal minutter pr. Besøg

Periode	Besøgstype	Antal besøg	antal timer leveret	Gennemsnitlig antal minutter pr. besøg
Før	Akutbesøg	3.050	730	14
	Pleje	379.790	111.767	18
	Praktisk	38.835	20.701	32
Efter	Akutbesøg	3.466	913	16
	Genoptræning	8.944	4.450	30
	Pleje	291.047	85.909	18
	Praktisk	35.676	19.731	33

Kilde: Egne beregninger på Care.

Tabel 7 viser meget klart, at der sker en nedgang i antallet af leverede timer til pleje og praktisk hjælp, og at antal timer leveret til genoptræning ikke stiger tilsvarende.

I tabel 8 er omkostningerne til de forskellige ydelser vist. Timeomkostningerne for plejeydelser og akutbesøg er afhængige af tidspunktet for leveringen af ydelsen, der er opdelt på en hverdagspris og en pris for aften, nat, weekend og helligdage. Dette er indregnet i omkostningerne. Timepriserne omfatter både offentlige og private leverandører inkl. faste omkostninger til ledere, planlæggere, vikarer mm. Det betyder reelt, at de faste omkostninger afhænger af antallet leverede timer. Om der ved en nedgang i leverede timer også tilpasses i administrationen, kan ikke ses ud af denne opgørelse. Kun ved at indregne faste omkostninger i timeprisen er det muligt at lave en omkostningsopgørelse, hvor offentlige og private leverandørers priser er sammenlignelige. Omkostningerne er i tabel 8 opgjort i 2010-priser, så løn- og prisstigninger ikke påvirker resultatet.

Udover timeomkostningerne er der i rehabiliteringsprojektet yderligere en investeringsomkostning til 3 terapeuter, 1 sygeplejerske, 1 planlægger og 1 leder. Inklusiv disse investeringsomkostninger viser tabel 8 et fald i omkostningerne i 2010-priser fra 50 mio. kr. i før-perioden til 42,5 mio. kr. i efter-perioden, svarende til et fald på 14 %. Sammenlignes udgifterne med et scenarie, hvor alt leveres af den offentlige sektor i stedet for private leverandører, er omkostningerne 200.000 kr. lavere i før-perioden og 600.000 kr. lavere i efter-perioden.

Tabel 8. Samlede omkostninger i før- og efter-perioden

Periode	Besøgstype	Samlede omkostninger,	Samlede omkostninger,	Antal besøg Antal
		2010-priser Mio.kr	med offentlige priser Mio.kr	
Før	Akutbesøg	0,3	0,3	3050
	Pleje	44,0	43,9	379790
	Praktisk	5,8	5,6	38835
	I alt	50,0	49,8	421675
Efter	Akutbesøg	0,4	0,4	3466
	Genoptræning	1,7	1,7	8944
	Pleje	33,9	33,7	291047
	Praktisk	5,9	5,5	35676
	Investeringer vedrørende Rehabilitering*	1,0	1,0	
	I alt	42,5	41,9	339133

* Faste omkostninger indbefatter 3 terapeuter (i alt 100 timer/uge), 1 sygeplejerske (35 timer/uge), 1 planlægger (20 timer/uge) og 1 leder (37 timer/uge).

Kilde: Egne beregninger på Care.

Omregnes perioderne til år, bliver de årlige udgifter som vist i tabel 9, hvor den årlige besparelse bliver på 15 mio. kr.

Tabel 9. Samlede omkostninger omregnet til omkostninger pr. år

Periode		Samlede omkostninger,	Samlede omkostninger,
		2010-priser Mio.kr	med offentlige priser Mio.kr
Før	I alt, incl besparelse på ydelser	106,2	105,6
Efter	I alt, incl. faste omkostninger	91,1	89,7
	Ændring, kr	-15,1	-15,9
	Ændring %	-14%	-15%

Kilde: Egne beregninger på Care.

I tabel 10 er besparelsen fordelt på omkostningstyperne løn- og vikartimer, ledelse og planlægning samt øvrig drift. Det er en opdeling, som antager, at der faktisk er sparet på ledelse og øvrig drift, i takt med at aktiviteten falder.

Tabel 10. Den årlige besparelse fordelt på omkostningstyper

	Procent af besparelsen Kr. af besparelsen	
	%	Mio kr
Løn	86%	-13,0
Ledelse, planlægning	9%	-1,4
Øvrig drift	5%	-0,8
I alt		-15,1

Kilde: Egne beregninger på Care.

3.1 Omkostningsanalyse

Fra de forrige afsnit ved vi, at faldet i omkostningerne i efter-perioden stammer fra, at der er færre personer i populationen og færre besøg, men om omkostningerne for de personer, der er i efter-perioden, faktisk er faldende som følge af introduktionen af rehabiliteringsprojektet, er ikke evident. Derfor er populationen i efter-perioden i det følgende opdelt i personer, som kun modtager modul Hjemmehjælp, personer der kun modtager modul Træning- og rehabilitering, samt personer der modtager begge dele. Gennemsnitsomkostningerne for disse personer samt for personer i før-perioden er vist i tabel 11. Omkostningerne omfatter udelukkende timeomkostninger, hvorimod de ekstra omkostninger til modul Træning og rehabilitering i form af terapeuter, sygeplejerske og andet administrativt personale ikke er indregnet.

Som det fremgår af tabel 11, er gennemsnitsomkostningerne på personniveau lavere for modul Hjemmehjælp, når der kun modtages hjemmehjælp i efter-perioden. Det er blandt andet en følge af faldet i antallet besøg til pleje. Derimod er gennemsnitsomkostningerne højere for borgere, der modtager begge moduler.

Gennemsnitsomkostningerne til modul Træning og rehabilitering ligger under gennemsnitsomkostningerne for hjemmehjælp i før-perioden. De ligger også væsentligt lavere end for personer, som modtager hjemmehjælp eller begge moduler i efter-perioden. Igen skal det understreges, at de faste omkostninger ikke er indregnet.

Tabel 11. Gennemsnitsomkostninger pr. person

Periode	Moduler der modtages	Gennemsnitsomkostninger	
		pr. person, 2010-priser	Antal personer
Før	Hjemmehjælp	26806	1867
Efter	Hjemmehjælp	23778	1660
	Træning og rehabilitering	9331	60
	Begge moduler	35099	54

Kilde: Egne beregninger på Care.

Opdeles yderligere på undergrupper som vist i tabel 12, fremgår det, at gruppen, som kun modtager hjemmehjælpsmodulet i efter-perioden, har en høj gennemsnitsomkostning for praktisk hjælp i forhold til de andre grupper og før-perioden. For gruppen, som modtager begge moduler, ligger omkostningerne til både praktisk hjælp og pleje væsentligt under de

andre grupper. Til gengæld er omkostningerne til genoptræning noget højere end for personer, som kun modtager modul Træning og rehabilitering. Grupperne er små, så gennemsnitstallene skal tages med forbehold.

Tabel 12. Gennemsnitsomkostninger pr. person opdelt på moduler

Periode	Moduler der modtages	Undergrupper	Gennemsnitsomkostninger	
			pr. person, 2010-priser	Antal personer
Før	Hjemmehjælp	Praktisk hjælp	3607	1601
		Pleje	37677	1167
		Akutbesøg	755	403
Efter	Hjemmehjælp	Praktisk hjælp	4119	1410
		Pleje	35319	943
		Genoptræning	-	
		Akutbesøg	865	413
	Træning og rehabilitering	Praktisk hjælp	-	
		Pleje	-	
		Genoptræning	15719	60
		Akutbesøg	410	2
	Begge moduler	Praktisk hjælp	3213	35
		Pleje	16850	36
		Genoptræning	21422	54
Akutbesøg		884	22	

Kilde: Egne beregninger på Care.

3.1.1 Omkostninger for ny-visiterede

Udover gennemsnitsbetragtningen af omkostninger i tabel 11 er der lavet en regressionsanalyse af omkostninger for at afdække, om der er underliggende ændringer, som ikke kommer frem i gennemsnitsbetragtningen, herunder specielt om ny-visiterede har en ændret omkostningsprofil i før- og efter-perioden. Da de ny-visiterede ikke nødvendigvis er i populationen i hele perioden, er analysen lavet på besøgsniveau, ikke på personniveau.

Analysen er baseret på en simpel OLS-regression, hvor venstresiden er logaritmen til omkostningen ved ydelsen, og højresiden er perioden, om personen er ny-visiteret, samt en interaktion mellem de 2 led.

Resultatet af regressionen i tabel 13 viser, at omkostningerne er større for de personer, der er i efter-perioden, samt at ny-visiteredes besøg er dyrere i begge perioder. Til gengæld er ny-visiterede billigere i efter-perioden (interaktionsleddet er negativt).

Tabel 13. Regressionsresultat for omkostninger og ny-visiterede

	Koefficient	p-værdi
Efter-periode	0,08	<.0001
Ny-visiteret	0,10	<.0001
Periode*ny-visiteret	-0,04	<.0001

Kilde: Egne beregninger på Care.

4. Visiteringer og forløb

I analysen af visiteringer og forløb bruges visiteringsdata for perioden 2004-2009. Der skal tages forbehold for 2008, da der i dette år er en arbejdsnedlæggelse i forbindelse med overenskomstforhandlingerne med sundhedskartellet og FOA's områder, som eventuelt kan påvirke visiteringerne. Derudover er der en sparerunde i 2008, som kan påvirke antallet og varigheden af visiteringer. Da vi bruger visiteringsdata tilbage til 2004 for at få mulighed for at analysere forløb, er det ikke muligt at inddrage leverede minutter, og dermed kan omkostningerne ikke beregnes i denne analyse. Formålet er at undersøge, om der visiteres til færre ydelser, og om varighederne af visiteringerne ændrer sig over tid.

Visiteringerne er rensset for revisiteringer samt for genvisiteringer, der skyldes, at der ændres i distriktsnummerering. Datagrundlaget er altså samtlige unikke visiteringer i perioden 2004-2009.

Analysen er dels beskrivende, dels en varighedsanalyse. Den beskrivende del omfatter oplysninger om antallet af visiteringer, samt hvor mange personer visiteringerne er fordelt på. Ydelsesgrupperne er finere opdelt for C-pakker, end det er tilfældet ovenfor, da vi ønsker at opdele på dag-, aften- og natpakker. Derudover er F/D-pakker og opstartspakker i sin egen gruppe. Endelig følger opdelingen den tidligere opdeling, hvor al praktisk hjælp og genoptræning er i hver sin gruppe.

Varighedsanalysen bruges til at undersøge, om længden af visiteringer har ændret sig over tid for at besvare spørgsmålet, om borgerne "vendes i døren". Grunden til at bruge en varighedsanalyse er, at vi ønsker at vise, om varigheden af visiteringer har ændret sig, samtidig med at der tages højde for, at visiteringsforløb kan afsluttes på grund af død, fraflytning fra kommunen, eller hvis forløbet ikke når at blive afsluttet inden for den betragtede tidsperiode. Den sidste faktor er specielt vigtig for 2009, da der vil være flere uafsluttede forløb end i f.eks. 2004. Ved at tage disse hensyn i analysen (censurering) vil beregningen reelt vise, om der er sket en "vending i døren".

Resultatet af varighedsanalysen er en såkaldt hazard-rate, og den viser, om risikoen (eller chancen) for at stoppe en visiteret ydelse stiger eller falder over tid.

4.1 Beskrivende analyse

Tabel 14 viser antallet af visiteringer i årene 2004-2009 fordelt på ydelsesgrupper, samt hvor mange personer visiteringerne er fordelt på.

Antallet af visiteringer i alt falder i perioden, og det er i høj grad faldet i antal visiteringer til praktisk hjælp, som er årsag til det samlede fald. Antallet af visitationer til plejepakkerne har udsving i perioden for C1-C5-pakkerne samt aftenpleje (C6), men samlet er ændringerne fra start til slut ikke store. Visiteringer til natplejepakken stiger derimod. Antallet af personer, der visiteres, falder også i perioden, og faldet er større end faldet i visiteringer, hvilket fremgår af sidste linje i tabellen, som viser, at antallet af visiteringer pr. person stiger fra 3 til 3,5.

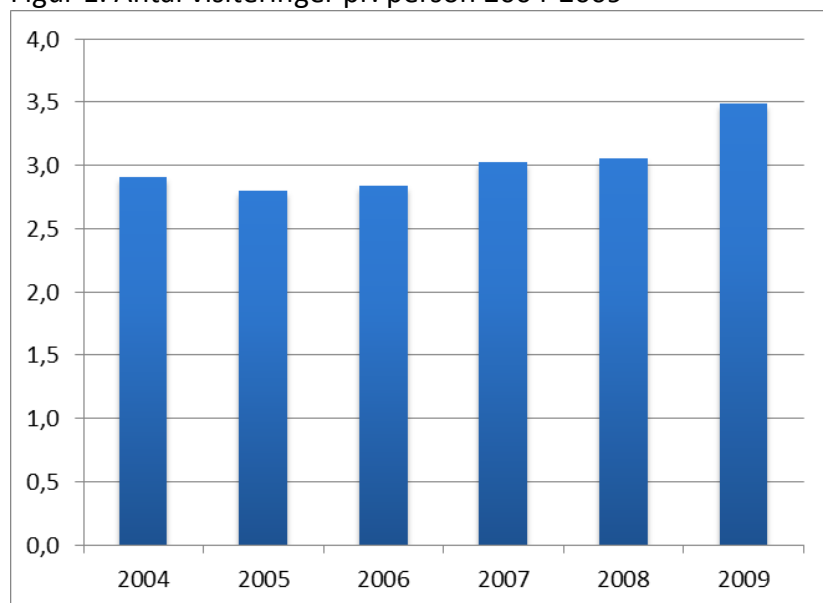
Tabel 14. Antal visiteringer 2004-2009

Antal visiteringer	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
C1-C5 pleje	1474	1169	1249	1307	1248	1510
C6 pleje aften	674	557	638	643	550	723
C7 pleje nat	179	205	258	304	216	262
F/D plejepakker og opstartspakke	122	37	256	247	219	199
Praktisk hjælp	2906	1289	1896	2169	1405	1357
Genoptræning					56	324
I alt	5355	3257	4297	4670	3694	4375
Antal personer i alt	1841	1164	1511	1542	1208	1253
Antal invisiteringer pr. person i alt	2,9	2,8	2,8	3,0	3,1	3,5

Kilde: Egne beregninger på Care.

Udviklingen i antallet af visitationer er ligeledes vist i figur 1. 2005 og 2008 bryder noget med udviklingen over tid, da antallet af visiteringer og personer er lavere i disse år. For 2008 vil dette uden tvivl være begrundet i den faglige konflikt på området, mens det ikke er indlysende, hvorfor tallene er lavere i 2005. Antallet af visiteringer pr. person følger dog en jævn udvikling, så forholdet mellem antal visiteringer og antallet af personer må antages at passe sammen i alle år.

Figur 1. Antal visiteringer pr. person 2004-2009



Kilde: Egne beregninger på Care.

For at få et indtryk af, hvilke ydelser de visiterede personer får, er det i tabel 15 vist, hvor stor en andel af de visiterede der får de forskellige ydelser. Andelen, som visiteres til plejepakker, stiger i perioden, mens andelen, som visiteres til praktisk hjælp, falder. Tyngden efter indførslen af projektet ligger altså på pleje, ikke på praktisk hjælp.

Tabel 15. Andel af visiterede personer, der modtager ydelser, 2004-2009

Andel af personer, der modtager ydelser	2004	2005	2006	2007	2008	2009
C1-C5 pleje	58%	71%	54%	54%	64%	66%
C6 pleje aft	30%	41%	36%	34%	38%	44%
C7 pleje nat	9%	16%	15%	17%	16%	17%
F/D plejepakker og opstartspakke	6%	3%	16%	15%	17%	16%
Praktisk hjælp	86%	59%	67%	78%	56%	53%
Genoptræning					3%	14%

Kilde: Egne beregninger på Care.

Efter at have kortlagt udviklingen i visiteringer i perioden undersøges ændringer i varigheden af visiteringerne. Tabel 16 viser varigheden opgjort i uger pr. visitering fordelt på ydelsespakkerne. I modsætning til i tabel 14 og 15, hvor antallet af visiteringer ikke faldt for alle ydelsespakker, er der her tale om en klar reduktion af varigheden for samtlige visiteringer. Da der i den sidste periode (2009) vil være flere uafsluttede forløb, er det ikke muligt at være helt sikker på, om nedgangen i varigheden er valid. Nederst i tabel 16 er vist, hvor mange forløb der ikke har en almindelig udvisitering. Der er forløbet enten ikke afsluttet, personen er død, eller personen er flyttet fra kommunen. Derfor laves i næste afsnit en varighedsanalyse, som tager højde for uafsluttede forløb.

Tabel 16. Varighed af visiteringer opdelt på ydelsespakker, 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Uger/visitering	Uger/visitering	Uger/visitering	Uger/visitering	Uger/visitering	Uger/visitering
C1-C5 pleje	57	35	29	26	21	15
C6 pleje aften	61	34	33	28	21	15
C7 pleje nat	33	18	18	15	9	10
F/D plejepakker og opstartspakke	46	32	7	4	4	3
Praktisk hjælp	84	49	42	57	39	22
Genoptræning					6	9
% ej afsluttet, døde eller flyttet						
C1-C5 pleje	21%	24%	22%	23%	23%	28%
C6 pleje aften	32%	30%	29%	27%	26%	31%
C7 pleje nat	28%	29%	23%	29%	23%	24%
F/D plejepakker og opstartspakke	8%	11%	8%	2%	4%	6%
Praktisk hjælp	28%	23%	19%	37%	36%	43%
Genoptræning					0%	10%

Kilde: Egne beregninger på Care.

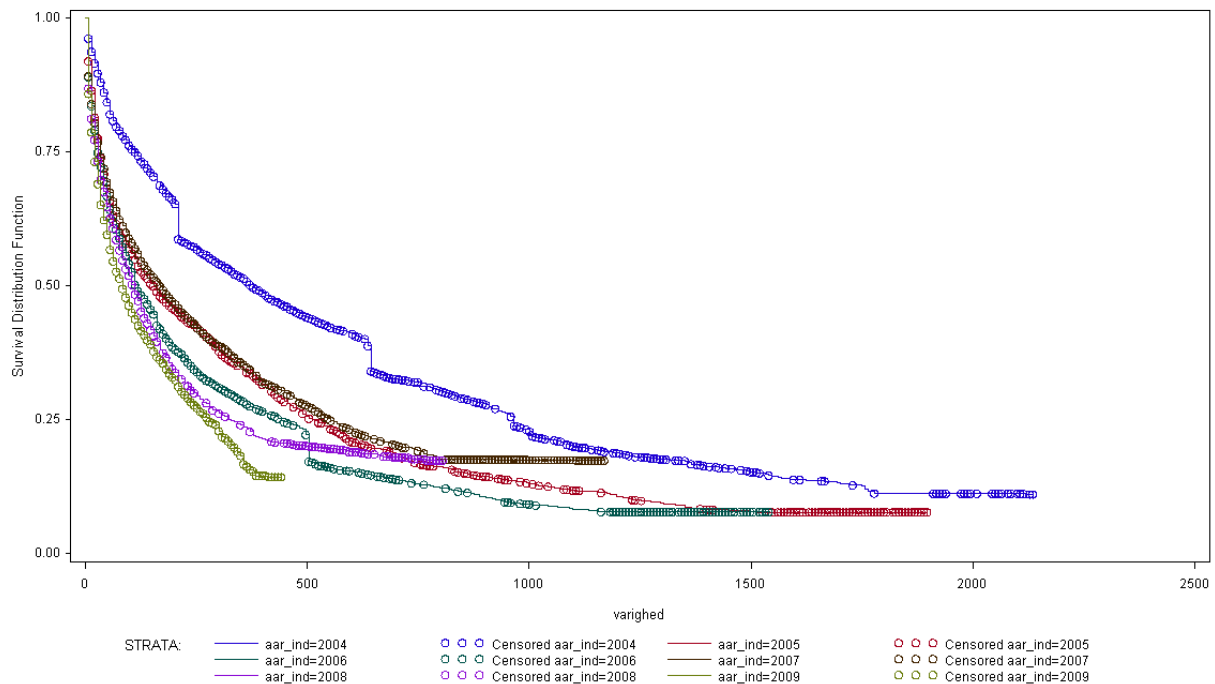
4.2 Varighedsanalyse

Som det fremgik af forrige afsnit, er det ikke muligt at fastslå, om varigheden af visiteringerne faktisk er blevet kortere i perioden som følge af, at personer udvisiteres ved hjælp af en beskrivende analyse. Ønsket er at undersøge, om borgere ”vendes i døren”, og derfor er skal udvisiteringer som følge af dødsfald og flytninger ikke behandles som almindelige udvisiteringer. Derudover skal uafsluttede visiteringer ikke behandles som afsluttede. Derfor laves en varighedsanalyse, da modellen kan tage højde for disse ting, og resultatet af en varighedsanalyse kan give indikation for, om borgeren bliver ”vendt i døren”.

Der er lavet analyser for alle pakker samlet for at undersøge, om den totale varighed for visiteringer har ændret sig over tid. Derudover er der lavet en analyse for hver ydelsespakke, som

de er opdelt i analysen. Den opdeltede analyse viser, hvordan varigheden for de enkelte pakker har udviklet sig over tid. Kun den beregnede ændring ud fra hazard-raten (den relative risiko) i udvisiteringsraten er vist her, mens resultater fra modellerne er vist i appendiks B. Som udgangspunkt er Kaplan-Meier kurverne vist i figur 2. Kurverne er udtryk for, hvor lang tid der går, før der udvisiteres fra en ydelse, og der er en meget klar udvikling over tid, da kurverne forskydes mod venstre og nedad med tiden. Det betyder, at den tid der går, før der udvisiteres, falder over tid. Der er en stor forskydning fra 2004 til 2005, mens 2005-2007 følges nogenlunde ad. 2008 og 2009 overlapper næsten for en del af varighederne, men 2008 er som tidligere omtalt ikke helt valid. Kurven for 2009 klart udtryk for, at varigheden er kortere end tidligere, og dette år er validt.

Figur 2. Kaplan-Meier kurver for overlevelse



Kilde: Egne beregninger på Care.

Resultatet fra analyserne er vist i tabel 17 som ændringen i udvisiteringsraten i de forskellige år i forhold til 2004. Ændringen i udvisiteringsraten i første søjle, som omfatter alle ydelser samlet, viser, at udvisiteringsraten i alle år efter 2004 er højere, altså er varighederne faldet alle år. Derudover er det klart, at faldet i varigheden er størst i 2009, hvor udvisiteringsraten er 1,2 gange højere end i 2004. Hvis kortere varighed er udtryk for, at borgeren 'vendes i døren', viser modellen, at det netop er sket, og det er sket mest markant i 2009, hvor projektet er fuldt indfaset. Om forkortelsen af forløbene kan tilskrives projektet, eller om andre faktorer spiller ind, kan ikke læses ud af resultatet, men det kan blot konstateres, at varigheden er faldet, efter projektet er sat i gang.

Tabel 17. Ændringer i udvisiteringsraten

	Alle	C1-C5 pleje	C6 pleje	C7 pleje	Praktisk hjælp	F/D pakker, Opstartspakke
2005	51%	36%	45%	50%	58%	0%
2006	74%	60%	48%	61%	81%	164%
2007	42%	62%	64%	52%	11%	260%
2008	81%	76%	84%	111%	45%	239%
2009	123%	92%	103%	88%	95%	245%

Kilde: Egne beregninger på Care.

Resultaterne opdelt på ydelsespakker viser, at udvisiteringsraten er steget voldsomt i 2009 – især for praktisk hjælp. Da projektet blandt andet er rettet mod, at borgeren selv skal kunne varetage praktiske opgaver i større udstrækning, er dette resultat interessant. Hvis der ses bort fra nogle lidt uforklarlige udsving i 2008, som kan skyldes arbejdsmarkedskonflikten, viser resultaterne for de andre pakker også en klart øget udvisiteringsrate i 2009. Det gælder dog ikke for F/D- og opstartspakker, men varigheden for denne ydelse er meget kort efter 2005, så de udsving, der er, har ikke stor betydning.

Konklusionen på varighedsanalysen er, at hvis det antages, at kortere visiteringer for personer, som ikke er døde eller fraflyttet kommunen, betyder, at borgeren ”vendes i døren”, så har projektet eller andre faktorer betydet, at borgerne er blevet mere selvhjulpne, efter projektet er blevet indført. Om der er sket en generel nedgang i varigheden af ydelser af andre årsager, kan selvsagt ikke ses ud af analysen. Bemærk, at varigheden af visiteringerne ikke påvirkes af, at der er færre visiteringer.

Appendiks A. Korrektion af besparelse

Baggrund

Evalueringen af projektet ”Længst muligt i eget liv” er opdelt i en før- og efter-periode, og mellem de 2 perioder er der gennemført en besparelse, som kræver en korrektion for at gøre en sammenligning mulig.

Korrektion

Selve besparelsen omfatter ydelserne omfattet i tabel A1, hvor også antallet af standardminutter, der tildeles ydelserne, er angivet. Derudover er ændringen i procent vist i sidste kolonne. Hvis de leverede minutter til ydelserne svarede til standardtiden, ville det være muligt blot at tilrette antallet af minutter før besparelsen til antallet af minutter efter besparelsen. Det er dog ikke tilfældet, da antallet af leverede minutter i stort omfang fraviger standardtiden.

Tabel A1. Korrektion i antallet af standardminutter før og efter LMEV

	Standardtid før Minutter	Standardtid efter Minutter	Ændring %
A Praktisk hjælp - rengøring	60	50	-16,7
C1 Pleje - 1	30	15	-50,0
C2 Pleje - 2	25	20	-20,0
C6 Pleje - aften	25	15	-40,0

Kilde: Egne beregninger på Care.

Den faktiske ændring i det gennemsnitlige minuttal er vist i tabel A2, og det afviger så meget fra ændringerne i tabel A1, at det ikke er en rimelig korrektion at bruge ændringerne fra tabel A1. Det skyldes, at det gennemsnitlige antal leverede minutter vil undervurderes i før-perioden. Derfor korrigeres ved hjælp af ændringerne i tabel A2.

Der er lavet test af betydningen af at bruge korrektionen, og mens der før korrektionen er signifikant forskel mellem det gennemsnitlige antal leverede minutter i før- og efter-perioden, hvor efter-perioden har signifikant lavere gennemsnitligt minutantal, er der ikke signifikant forskel efter korrektionen.

Tabel A2. Faktisk ændring i antallet af standardminutter før og efter LMEV

	Gennemsnit før Minutter	Gennemsnit efter Minutter	Ændring %
A Praktisk hjælp - rengøring	53,2	49,0	-7,8
C1 Pleje - 1	26,8	20,5	-23,5
C2 Pleje - 2	21,3	18,7	-12,4
C6 Pleje - aften	14,3	9,3	-35,1

Kilde: Egne beregninger på Care.

Ændringen i det gennemsnitlige antal leverede minutter vist i tabel A3.

Tabel A3. Ændringen i det gennemsnitlige antal leverede minutter

	Gennemsnitligt minutforbrug	Standardafvigelse	Antal besøg
Efter periode			
A Praktisk hjælp - rengøring	49,7	5,4	16110
C1 Pleje - 1	20,4	8,5	3141
C2 Pleje - 2	18,7	9,2	68146
C6 Pleje - aften	9,6	5,1	89972
Før periode uden korrektion			
A Praktisk hjælp - rengøring	53,4	13,9	18573
C1 Pleje - 1	26,9	8,4	3918
C2 Pleje - 2	21,4	19,4	94161
C6 Pleje - aften	14,5	7,0	117015
Før periode med korrektion			
A Praktisk hjælp - rengøring	49,0	12,7	18573
C1 Pleje - 1	20,6	6,5	3918
C2 Pleje - 2	18,9	17,1	94161
C6 Pleje - aften	9,2	4,6	117015

Kilde: Egne beregninger på Care.

Betydningen af korrektionen for antal leverede timer er vist i tabel A4, hvor også forskellen i ændringen af leverede timer i før- og efter-perioden er vist i de 2 sidste kolonner.

Tabel A4. Antal timer leveret før og efter korrektion

Periode	Besøgstype	Antal besøg Antal	Antal timer leveret	Antal timer leveret	Ændring i antal timer	Ændring i antal timer
			før korrektion Antal	efter korrektion Antal	før korrektion %	efter korrektion %
Før	Akutbesøg	3050	730	730		
	Pleje	379790	126402	111767		
	Praktisk	38835	22062	20701		
Efter	Akutbesøg	3466	913	913	25,1%	25,1%
	Genoptræning	8944	4450	4450		
	Pleje	291047	85909	85909	-32,0%	-23,1%
	Praktisk	35676	19731	19731	-10,6%	-4,7%

Kilde: Egne beregninger på Care.

Appendiks B. Resultat af varighedsanalyse

Populationen i varighedsanalysen er visiteringer (ikke personer), så hver visitering har 1 observation. Observationer er censorede, hvis de ikke er afsluttet eller er afsluttet med persons død eller fraflytning fra kommunen.

Tabel B1 viser populationerne i de forskellige modeller. Modellen for genoptræning er ikke lavet, da den kun eksisterer i 2008 og 2009, men meget på observationer i 2009.

Tabel B2-B7 viser resultaterne fra varighedsanalyserne. Alder indgår som forklarende variabel i modellen, men er i rapporteret i tabellen inde i rapporten.

Tabel B1. Populationer i modellerne

Model	Total Antal	Event Antal	Censoreret Antal	% censoreret %
Alle	25644	18858	6786	26,46
C1-C5 pleje	7956	6088	1868	23,48
C6 pleje aften	3784	2667	1117	29,52
C7 pleje nat	1423	1053	370	26
Genoptræning	380	346	34	8,95
F/D-pakker og opstartspak	1080	1022	58	5,37
Praktisk hjælp	11021	7682	3339	30,3

Kilde: Egne beregninger på Care.

Tabel B2. Resultat for modellen for alle

	Parameter Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq	Hazard Ratio
Alder	-0,00437	0	58,9666	<.0001	0,996
2005	0,41374	0	256,1957	<.0001	1,512
2006	0,55491	0	548,4425	<.0001	1,742
2007	0,34705	0	212,3725	<.0001	1,415
2008	0,5947	0	542,6886	<.0001	1,812
2009	0,79959	0	1014,7957	<.0001	2,225

Kilde: Egne beregninger på Care.

Tabel B3. Resultat for modellen for C1-C5 pleje

	Parameter Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq	Hazard Ratio
Alder	-0,0052	0	26,23	<.0001	0,995
2005	0,30643	0	47,0254	<.0001	1,359
2006	0,47007	0	115,1396	<.0001	1,6
2007	0,47961	0	120,0116	<.0001	1,615
2008	0,56503	0	158,8711	<.0001	1,76
2009	0,65467	0	223,6034	<.0001	1,924

Kilde: Egne beregninger på Care.

Tabel B4. Resultat for modellen for C6 pleje

	Parameter Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq	Hazard Ratio
Alder	-0,01212	0	70,768	<.0001	0,988
2005	0,36889	0	28,1018	<.0001	1,446
2006	0,39151	0	33,6831	<.0001	1,479
2007	0,49417	0	54,064	<.0001	1,639
2008	0,60693	0	74,1644	<.0001	1,835
2009	0,70814	0	110,5425	<.0001	2,03

Kilde: Egne beregninger på Care.

Tabel B5. Resultat for modellen for C7 pleje

	Parameter Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq	Hazard Ratio
Alder	-0,0025	0,00257	0,943	0,3315	0,998
2005	0,40653	0	11,1533	0	1,502
2006	0,47648	0	17,4554	<.0001	1,61
2007	0,41795	0	13,7131	0	1,519
2008	0,74742	0	38,8148	<.0001	2,112
2009	0,63164	0	30,0469	<.0001	1,881

Kilde: Egne beregninger på Care.

Tabel B6. Resultat for modellen for F/D-pakker og opstartspakke

	Parameter Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq	Hazard Ratio
Alder	-0,00123	0,00238	0,268	0,6047	0,999
2005	0,18587	0,19864	0,8756	0	1,204
2006	0,97016	0	64,7635	<.0001	2,638
2007	1,28047	0	107,0418	<.0001	3,598
2008	1,22032	0	93,8173	<.0001	3,388
2009	1,23915	0	91,9	<.0001	3,453

Kilde: Egne beregninger på Care.

Tabel B7. Resultat for modellen for praktisk hjælp

	Parameter Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq	Hazard Ratio
Alder	-0,00166	0	3,4202	0,0644	0,998
2005	0,45503	0	137,67	<.0001	1,576
2006	0,59352	0	302,1012	<.0001	1,81
2007	0,10357	0	8,7877	0	1,109
2008	0,36992	0	83,6688	<.0001	1,448
2009	0,66606	0	234,1988	<.0001	1,947

Kilde: Egne beregninger på Care.