

Visitation på ældreområdet

En kvalitativ analyse af processer omkring visitation
og re-visititation



Visitation på ældreområdet – En kvalitativ analyse af processer omkring visitation og revisitation

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-126-6

Projekt: 302249

Finansiering: Social-, Bolig og Ældreministeriet

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Denne analyse beskriver, via interview i fire kommuner, processer omkring visitation og revisitation på ældreområdet samt oplevede udfordringer og muligheder blandt visitatorer, planlæggere, udførende personale og projektledere/ledere. Analysen er gennemført for Social-, Bolig og Ældreministeriet, og målgruppen er beslutningstagere på nationalt og kommunalt plan. VIVE vil gerne sige stor tak til de fire kommuner for at deltage i analysen.

Formålet med analysen er at bidrage til vidensgrundlaget, der skal kvalificere den videre udvikling af rammerne omkring ældreplejen nationalt og kommunalt – ikke mindst i forhold til en ældrepleje organiseret i faste, selvstyrende og tværfaglige teams, som mange kommuner aktuelt arbejder med.

Analysen er designet og gennemført af senioranalytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm, der også er projektleder, og projektchef, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg. Chefanalytiker, ph.d. Søren Kjær Foged har givet sparring vedr. design og økonomistyringsmodeller. Studentermedhjælper Amalie Weiss Risbjerg har bidraget med databehandling og udkast til metodebilag.

Rapporten er endelig kvalitetssikret ved forsknings- og analysechef Mickael Bech samt en professor og en kommunal myndighedsleder med stor ekspertise på området. VIVE takker for brugbare og indsigtfulde kommentarer.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

| | |
|-----------------|---|
| Hovedresultater | 6 |
|-----------------|---|

| | | |
|-----|--------------------------------|----|
| 1 | Indledning | 10 |
| 1.1 | Formål | 11 |
| 1.2 | Analysens cases | 11 |
| 1.3 | Afgrænsning og udsigelseskraft | 14 |
| 1.4 | Analysestrategi | 15 |
| 1.5 | Læsevejledning | 15 |

| | | |
|-----|---|----|
| 2 | Casekommunernes styring og organisering | 17 |
| 2.1 | Opsummering | 22 |

| | | |
|-----|---|----|
| 3 | Før visitation: Fra sygehus til hjem | 23 |
| 3.1 | Advisering om udskrivelse fra sygehus | 23 |
| 3.2 | Arbejdspladsvurdering og bestilling af hjælpemidler | 25 |

| | | |
|-----|--|----|
| 4 | Under visitation: Fra indsatskatalog til kørelister | 30 |
| 4.1 | Skrivebordsvisitation til rehabiliterings- og afklaringsforløb | 30 |
| 4.2 | Bevillinger og kørelister i enkelttydelser med standardtider | 39 |
| 4.3 | Brede og fleksible bevillinger og kørelister | 42 |
| 4.4 | Sygeplejefaglig udredning efter udskrivelse | 46 |
| 4.5 | Opsummering | 47 |

| | | |
|-----|--|----|
| 5 | Efter visitation: Samarbejde og dialog om revisitation | 49 |
| 5.1 | Dokumentation af ændringer i tilstand | 50 |
| 5.2 | Planlægger som bindeled mellem udfører og visitorator | 55 |
| 5.3 | Stor afstand og begrænset adgang | 57 |
| 5.4 | Delvist decentralt organiserede visitoratorer | 59 |
| 5.5 | Delvis decentralisering af visitationskompetence | 61 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.6 | Dialog med sygeplejen om overdragede sundhedslovsopgaver | 63 |
| 5.7 | Opsummering | 64 |
| <hr/> | | |
| 6 | Diskussion af udfordringer, muligheder og alternativer | 66 |
| 6.1 | Udfordringer | 66 |
| 6.2 | Muligheder | 68 |
| 6.3 | Alternativer | 70 |
| 6.4 | Opsummering | 74 |
| <hr/> | | |
| 7 | Konklusion | 77 |
| <hr/> | | |
| | Litteratur | 84 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 1 Kommunekaraktetika | 86 |
| <hr/> | | |
| | Bilag 2 Dataindsamling | 87 |

Hovedresultater

Rapporten beskriver processerne omkring visitation og revisitation på ældreområdet med fokus på personlig pleje og rehabiliteringsforløb efter servicelovens §§ 83 og 83a og sygepleje efter sundhedslovens § 138. På den baggrund identificerer rapporten udfordringer og muligheder for at gentænke nuværende visitationsmodeller- og praksis på ældreområdet.

Rapporten anvender en bred betegnelse for 'visitation', der omfatter arbejds-gange og opgaver for de involverede funktioner i relation til at træffe afgørelse om, hvilken hjælp borgeren er berettiget til, med afsæt i eksisterende lovgivning og kommunens serviceniveau samt sikre, at borgeren får den hjælp og pleje, som han eller hun har behov for.

Rapportens resultater er baseret på kvalitative interview med visitatorer, planlæggere og udførere (primært social- og sundhedsmedarbejdere, men også enkelte sygeplejersker og terapeuter) i kommunal leverandør i fire kommuner. To kommuner har foreløbige erfaringer med selvvisitation¹, mens to kommuner er ved at indføre faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Det var intentionen at interviewe private leverandører på lige fod med kommunale, men dette har kun været muligt i én kommune (se afsnit 1.3).

Udfordringer

Analysen identificerer flere udfordringer med eksisterende visitationsmodeller- og praksis på tværs af de fire casekommuner og de interviewede funktioner. Hovedudfordringerne er:

- Det udførende personale og planlæggere oplever ufleksible bevillinger i enkeltydelser med standardtider, som ikke altid stemmer overens med borgers reelle behov.
- Det udførende personale oplever vilkårlighed og manglende transparens i kriterierne bag visitationens tildeling af hjælp.
- Det udførende personale oplever begrænsede muligheder for at udøve fagligt skøn i borgerkontakten og tilrettelægge hjælpen efter borgerens aktuelle behov som følge af bevillingsstrukturer og kørelister med minut-angivne ydelser.

¹ Selvvisitation dækker over forskellige former for forsøg med decentrale visitationsmodeller, jf. Sundhedsstyrelsen (2022).

- Det udførende personale og planlæggere oplever begrænsede muligheder for at justere i ydelser og tid til ydelser, så den matcher den leverede hjælp, også når borgerens behov ændrer sig akut.
- Visitatorer, planlæggere og det udførende personale oplever, at udførerne har begrænset tid, kompetencer og redskaber til dokumentation af ændringer i borgerens behov for hjælp, hvorfor dialogen om revisitation ofte foregår igennem planlæggeren.
- Visitatorer, planlæggere og det udførende personale oplever stor organisatorisk og relationel afstand samt begrænset adgang mellem visitation og udførerled, hvilket udfordrer samarbejdet om borgerne.
- Visitatorer, planlæggere og det udførende personale vurderer, at der er højt tidsforbrug brugt på formaliseret og skriftlig dialog via omsorgssystemerne.

VIVE finder desuden, at der er parallelle processer, hvor mange forskellige bestillere af opgaver i hjemmeplejen alle stiller krav om skriftlighed i bestilling og opfølgning fra det udførende personale for at kunne følge udførelsen af opgaver på afstand. Det er både visitatorer, sygeplejersker, hjælpemiddeltherapeuter og rehabiliteringsterapeuter, der fungerer som bestillere, og disse faggrupper og funktioner stiller krav om skriftlighed ved behov for ændring af ydelser og/eller behov for nye/andre/flere hjælpemidler.

Lovgrundlaget, men i høj grad også kommunernes (silo)organisering af de enkelte paragrafområder, fremstår som centrale årsager til oplevelser af bureaukratiske og tidskrævende arbejdsgange på ældreområdet.

Muligheder

På baggrund af de beskrevne udfordringer finder VIVE følgende hovedpointer i forhold til at udvikle processer og arbejdsgange omkring visitation og revisitation i kommunerne inden for gældende (lovgivningsmæssige) rammer:

- Bredere og mere fleksible bevillinger særligt til komplekse borgere eller borgere, der udskrives fra sygehus, som giver fleksibilitet til, at det udførende personale kan tilpasse hjælpen til borgerens aktuelle behov.
- (Delvis) decentral organisering af visitatorer i form af deltagelse på tværfaglige møder og/eller faste arbejdsdage hos leverandøren for at sikre relationsdannelse, mundtlig dialog mellem visitator og udfører samt gensidig forståelse for borgerne og hinandens opgaver og faglighed.

- Planlægning af kørelister med pakker/besøg frem for ydelser med tidsangivelser for at skabe rum til det udførende personales faglige skøn og fokus på borgerens aktuelle behov frem for ydelser.
- Opkvalificering af det (uddannede) udførende personale i hjemmeplejen, så de kan tage ansvar for dokumentation og dialog med visitation i forbindelse med justeringer/revisitation.
- En organisering af hjemmeplejen i mindre, faste teams. Det understøtter kontinuitet og kendskab til borgerne, hvilket skaber forudsætninger for øget ansvar i dialogen om revisitation mellem visitation og udførerled.
- En tværfaglig organisering af hjemmeplejen, hvor sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter er reelt integreret i hjemmeplejen for at understøtte fagligheden i udførerledet, hvilket skaber forudsætninger for øget ansvar i (re)visitationsprocesser.

VIVE ser derudover perspektiver i at reducere dobbeltarbejde samt skriftlig kommunikation og dokumentation i de parallelle processer, der foregår mellem visitation, sygepleje, rehabiliteringsteam, hjælpemiddelteam, planlægger og det udførende personale i hjemmeplejen.

Yderligere studier af hhv. myndighedsfunktionerne og de mere konkrete arbejds gange og dokumentationsprocesser på tværs af faggrupper og funktioner er desuden påkrævet – dels for at afdække, hvordan mulighederne nærmere bestemt kan implementeres, dels for yderligere at kvalificere vidensgrundlaget for nationale og kommunale beslutningstagere på ældreområdet.

Boks 1 Analysens design og metode

- Analysen er gennemført som et kvalitativt casestudie med fire casekommuner i juni og august måned i 2022.
- De fire casekommuner repræsenterer variation på organisering af hhv. myndighed og kommunal leverandør med cases på 1) traditionel visitation og monofaglig organisering, 2) selvvisitation* og tværfaglig organisering, 3) selvvisitation og monofaglig organisering og 4) traditionel visitation og tværfaglig organisering.
- Dataindsamlingen består af et éndags casebesøg i hver casekommune. Der er foretaget indledende baggrundsinterview med ledere/projektledere samt gruppeinterview opdelt på funktioner med hhv. visitatorer, planlæggere og udførere (social- og sundhedsmedarbejdere og enkelte sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter).
- Gruppeinterviewene har taget afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb, hvor borger udskrives fra sygehus til pleje og sygepleje i hjemmet.
- I en af casekommunerne er der ligeledes foretaget interview med en af de private leverandører, som kommunen samarbejder med, mens det ikke har kunnet lade sig gøre at rekruttere private leverandører i de øvrige tre kommuner.

Afsnit 1.2 og 1.3 uddyber caseudvælgelsen og dens afgrænsninger, mens Bilag 2 indeholder en gennemgang af dataindsamlingen.

* Selvvisitation anvendes her efter Sundhedsstyrelsen (2022) og dækker over forskellige former for forsøg med mere decentrale visitationsmodeller.

1 Indledning

Ældreområdetets styring og organisering er under udvikling. Flere statslige puljer har understøttet en udvikling mod faste, tværfaglige og selvstyrende teams², og forarbejdet til den nye ældrelov foreslår en ny organisering med øget borgerinddragelse, tværfaglige borgerteams samt nye og friere visitationsmodeller (Afrapportering fra det rådgivende panel, ekspertgrupper og borgermøder, 2022).

Ældreområdet udspringer historisk af socialområdet, men der har igennem de seneste år været et stigende fokus på behovet for at samtænke det med sundhedsområdet (Kjellberg et al., 2022). Det uddannede personale i hjemmeplejen er primært uddannet social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter (Vinge & Topholm, 2021). De leverer både ydelser efter servicelovens § 83 om personlig pleje, praktisk bistand og madservice og efter sundhedslovens § 138 om hjemmesygepleje (Vinge & Topholm, 2021). I nogle kommuner samarbejder de også med rehabiliteringsterapeuter om at levere rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a (Kjellberg et al., 2013).

Det følger af fritvalgslovgivningen fra 2003, at kommunerne skal sikre borgernes mulighed for frit at kunne vælge mellem forskellige (kommunale og private) leverandører af hjælp efter servicelovens § 83, men ikke efter sundhedslovens § 138 (hjemmesygepleje) eller servicelovens § 83a (rehabiliteringsforløb) (BEK nr 344 af 26/03/2013, 2013). Kommunerne har, for at leve op til fritvalgslovgivningen, adskilt bestiller- og udfører-funktionerne på § 83-området, men ikke nødvendigvis på området for sygepleje og rehabiliteringsforløb (se dog Dalsgaard et al. (2020; 2021) for en beskrivelse af forskellige organiseringer på dette område).

Der har i de senere år været flere problematiseringer af den måde, kommunerne har organiseret bestiller-udfører-funktionerne på ældreområdet. VIVES tidligere studier har eksempelvis vist, at arbejdet med særligt re-visitati on opleves som tidstungt og bureaukratisk (Dalsgaard et al., 2020; Vinge & Topholm, 2021).

Der savnes dog viden om, hvordan disse udfordringer mere præcist kommer til udtryk, og hvor der evt. er mulighed for forbedre og effektivisere (re)visitati onprocesser og dermed frigive ressourcer til borgerkontakten.

² Sundhedsstyrelsens pulje 'Styrke omsorg og nærvær i ældreplejen' (2020-2021); Socialstyrelsens pulje 'Faste teams i ældreplejen' (2021-2023); Sundhedsstyrelsens pulje 'Forsøg med selvvisitation i ældreplejen' (2022-2025).

Social-, Bolig og Ældreministeriet har på den baggrund bedt VIVE gennemføre en kvalitativ analyse af processerne omkring visitation og revisitation, som udpeger muligheder for udvikling af visitationsmodeller på ældreområdet.

1.1 Formål

Formålet med analysen er at bidrage til det vidensgrundlag, der skal kvalificere den videre udvikling af rammerne omkring ældreplejen nationalt og kommunalt – ikke mindst i forhold til en ældrepleje organiseret i faste, selvstyrende og tværfaglige teams. Analysen besvarer følgende spørgsmål:

- Hvordan foregår processerne før, under og efter visitation på ældreområdet?
- Hvilke udfordringer og muligheder oplever visitatorer, planlæggere og udførende personale i disse processer?
- Hvilke perspektiver har disse funktioner samt ledere/projektledere på alternativer til nuværende visitationsmodeller?

Spørgsmålene besvares igennem en organisationssociologisk analyse baseret på interview i fire kommuner. De fire casekommuner varierer på organisering af visitation og udførerled. Fokus for analysen er derfor at levere dybdegående beskrivelser af processerne omkring visitation og revisitation til personlig pleje og rehabiliteringsforløb efter servicelovens (herefter SEL) §§ 83 og 83a og sygepleje efter sundhedslovens (herefter SUL) § 138. Det sker med afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb, hvor en borger udskrives fra sygehus til pleje og sygepleje i hjemmet. Casekommunerne har valideret beskrivelserne af styrings- og organiseringsformer og arbejdsgange. Herfra beskriver analysen forskelle og ligheder i de udfordringer og muligheder, som primært visitatorer, planlæggere og udførende personale i hjemmeplejen oplever på tværs af fire casekommuner. Analysen vurderer ikke, hvorvidt interviewpersonernes ønsker og perspektiver (kan) realiseres inden for gældende lovgivning.

1.2 Analysens cases

Analysen er designet som et kvalitativt casestudie (se også Bilag 2), hvor to kommuner er valgt som eksempler på kommuner, der vurderes at være kommet langt i deres arbejde med 'selvvisitation'. Selvvisitation dækker over forskellige former for forsøg med decentrale visitationsmodeller, jf. (Sundhedsstyrelsen, 2022). To kommuner er valgt som eksempler på kommuner, der på

udvælgelsestidspunktet ikke har udviklingsprojekter i forhold til selvvisitation. Valget af cases til at indgå i analysen er således sket i en proces, hvor vi:

- først har orienteret os i de udviklingsprojekter, der foregår i kommunerne under Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg og Socialstyrelsens pulje for faste teams (puljen for forsøg med selvvisitation var ikke etableret på det tidspunkt, hvor vi valgte vores cases)
- dernæst har taget henvendelse til de kommuner, der blev vurderet som eksempler på kommuner, der har udviklingsaktiviteter i forhold til selvvisitation, og som samtidig adskiller sig i forhold til hhv. tværfaglig og monofaglig organisering af udførerledet
- endelig har identificeret to kommuner, der i øvrigt ligner de to andre, men er eksempler på en traditionel organisering af visitation, som samtidig adskiller sig i forhold til hhv. tværfaglig og monofaglig organisering af udførerledet.

Tabel 1.1 viser, hvordan de fire kommuner, der indgår i casestudiet, placerer sig i forhold til de kriterier, vi har haft for udvælgelse.

Tabel 1.1 Casekommunernes variation på organisering af visitation og udførerled

| | Traditionel visitation | Selvvisitation |
|-------------------------|------------------------|----------------|
| Monofaglig organisering | Vejen | Kolding |
| Tværfaglig organisering | Kerteminde | Assens |

Tabel 1.1 viser, at Kolding og Assens Kommuner er valgt som eksempler på kommuner, der vurderes at være kommet langt i deres arbejde med selvvisitation, fordi de har erfaringer med bl.a. delvis decentral organisering af visitatorer og delvis decentralisering af visitationskompetence, mens Vejen og Kerteminde er valgt som eksempler på kommuner, der ikke har særlige udviklingsprojekter inden for selvvisitation på udvælgelsestidspunktet.

Kolding og Vejen er samtidig valgt som eksempler på kommuner med monofaglig organisering, mens Assens og Kerteminde er valgt som eksempler på kommuner med tværfaglig organisering.

I praksis er der store forskelle på, hvordan og hvorvidt kommunerne arbejder med selvvisitation, samt hvordan og hvorvidt de er hhv. mono- og tværfagligt organiseret. Tabel 1.2 giver et overblik over kommunernes organisering og udviklingsaktiviteter på området.

Tabel 1.2 Casekommunernes udviklingsaktiviteter i forhold til selvvisitation og organisering af udførerledet

| Case-kommune | Udviklingsaktiviteter i forhold til selvvisitation | Organisering af hjemmepleje, sygepleje og rehabiliteringsforløb |
|---------------------------|--|---|
| Vejen Kommune | Der er ikke på interviewtidspunktet udviklingsaktiviteter specifikt ift. selvvisitation. | <p>Hjemmeplejen arbejder organisatorisk adskilt fra hjemmesygeplejen, men sygeplejerskerne er fast tilknyttet de enkelte hjemmeplejegrupper</p> <p>Rehabiliteringsforløb varetages af rehabiliteringsterapeuter ansat i en afdeling under fagchefen for ældreområdet i samarbejde med rehabiliteringsmedarbejdere (social- og sundhedsassistenter med videreuddannelse inden for rehabilitering) i hjemmeplejegrupperne.</p> |
| Kerteminde Kommune | <p>Afklaringsforløb på 14 dage efter SEL § 83 a til borgere der udskrives fra sygehus forud for afgørelse om hjælp efter SEL §§ 83 eller 83a.</p> <p>Ugentlige tværfaglige (hold)møder med hjemmeplejeteam, rehabiliteringsterapeut og tilknyttede sygeplejersker og visitatorer</p> | <p>Kommunen er ved at indføre faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Hjemmeplejen arbejder organisatorisk adskilt fra hjemmesygeplejen men sygeplejerskerne er fast tilknyttet hjemmeplejegrupperne. Rehabiliteringsterapeuterne er integreret i hjemmeplejen med fælles ledelse, hvor de hver dækker fire teams.</p> <p>Afklarings- og rehabiliteringsforløb varetages af rehabiliteringsterapeuterne i samarbejde med det udførende personale i hjemmeplejen.</p> |
| Kolding Kommune | <p>Visitationen er blevet opdelt efter hjemmeplejens distrikter frem for sagsfordeling på cpr-nummer, sådan at hvert distrikt har fast tilknyttet en visitator. Det gælder også de private leverandører.</p> <p>Forsøg med at visitatorer har faste arbejdsdage med fysisk tilstedeværelse hos leverandøren (også den private, der deltager i projektet) en til tre gange om ugen.</p> <p>Forsøg med at planlæggere får kompetence til at revalidere udvalgte SEL ydelser. Det gælder også den private leverandør, der deltager i projektet.</p> | <p>Hjemmeplejen arbejder organisatoriske adskilt fra hjemmesygeplejen, mens rehabiliteringsterapeuterne, der er ansat i en afdeling under fagchefen for sundhedsområdet, er tilknyttet hjemmeplejegrupperne.</p> <p>Rehabiliteringsforløb varetages af rehabiliteringsterapeuter i samarbejde med medarbejdere i hjemmeplejen.</p> |
| Assens Kommune | <p>Rammestyrt frem for aktivitetsstyring af hjemmeplejen (implementeret siden januar 2022).</p> <p>Afklaringsforløb til borgere der udskrives fra sygehus på 7-10 dage med forløbstakst (2 timers vejledende tid om ugen) forud for bevilling og afgørelse om hjælp efter SEL §§ 83 eller 83 a.</p> <p>Omorganisering af visitationen så de bliver fast tilknyttet hjemmeplejegrupperne i stedet for organisering i et koordinations-team og et besøgsteam (ikke implementeret på interviewtidspunktet)</p> <p>Visitatorerne har faste arbejdsdage med fysisk tilstedeværelse i hjemmeplejegrupperne (delvist afprøvet på interviewtidspunktet og efterfølgende implementeret)</p> <p>Nyt indsatskatalog baseret på brede indsatser (FSIII niveau 2) frem for enkeltydelser (ikke implementeret på interviewtidspunktet)</p> | <p>Kommunen er ved at indføre faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Hjemmeplejen arbejder organisatorisk adskilt fra hjemmesygeplejen, men sygeplejerskerne er fast tilknyttet hjemmeplejegrupperne. Rehabiliteringsterapeuterne er integreret i hjemmeplejen, men er ansat i en afdeling under fagchefen for ældreområdet.</p> <p>Afklaringsforløb varetages af forløbskoordinatorene (assistenter). Rehabiliteringsforløb varetages i et samarbejde mellem rehabiliteringsterapeuterne og medarbejderne i hjemmeplejen.</p> |

Det fremgår af Tabel 1.2, at Assens, Kertemindes og Koldings forsøg med nye organiseringsformer alle er led i igangværende udviklings- og implementeringsprojekter, hvoraf Kerteminde og Kolding er støttet af de nævnte statslige puljer. Det betyder, at interviewpersonernes erfaringer og perspektiver i høj grad er foreløbige. Det gælder både i forhold til selvvisitation og tværfaglige organiseringer af udførerledet.

1.3 Afgrænsning og udsigelseskraft

Casekommunerne er udelukkende valgt på variation på hhv. selvvisitation/traditionel visitation og monofaglig/tværfaglig organisering. Vi har (på denne baggrund) inkluderet kommuner, der ligner hinanden på en række andre parametre, hvor der i øvrigt godt kan være variation. Dette handler om, at kommunerne er beliggende i Region Syddanmark; at casekommunerne bruger Nexus som omsorgssystem; at ingen af myndighedsafdelingerne har fremskudte visitationsfunktioner med tilstedeværelse på sygehusene; at de har teams af hjælpemiddeltherapeuter, og om samarbejdet med de private leverandører, hvor kun én ud af fire casekommuner har et etableret samarbejde med en fast, privat leverandør, og de andre tre primært bruger fritvalgsbevis. Kommunernes samarbejde med hospitalerne kan have betydning for visitationsprocesserne omkring indlagte borgere, ligesom fraværet af samarbejde med private leverandører kan have betydning for mulighederne for at arbejde med selvvisitation. Dog er Kolding også case på mulighederne for selvvisitation i samarbejde med de private leverandører, idet en af de private leverandører indgår i projektet på lige fod med kommunale leverandører. De har fast tilknyttede visitatorer, og planlæggeren har fået kompetence til at reorganisere ydelser, jf. Tabel 1.2.

Samtidig repræsenterer casekommunerne hverken ekstreme cases for, hvad angår selvvisitation eller tværfaglig organisering. Der findes både kommuner, der er mere yderligtgående i deres eksperimenter med myndighedsfunktionen, såvel som kommuner, der er mere tværfagligt integrerede (fx København, Haderslev og Syddjurs Kommuner). På den måde viser studiet mere af "det almindelige" end af "det ekstreme" (Yin, 2014). Det giver lavere udsigelseskraft i forhold til at pege på muligheder og alternativer til eksisterende visitationsmodeller baseret på konkrete erfaringer. Omvendt betyder det, at analysen opnår større repræsentativitet hvad angår organisering af visitation og udførerled.

1.4 Analysestrategi

Kortlægningen af processerne omkring visitation og revisitation er sket med afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb, hvor en borger udskrives fra sygehus til pleje og sygepleje i hjemmet (eksemplet dækker både over nye borgere og kendte borgere med fald i funktionsniveau, som altså ikke udskrives til vanlig, men mere hjælp) – dog uden at eksemplet har defineret de konkrete indsatser og hjælpemidler, som borgeren har behov for. VIVE har tilstræbt at tilrettelægge gruppeinterviewene kronologisk i forhold til visitationsprocesserne og funktionsopdelt således, at der først var interview med visitatorer, dernæst planlæggere og endelig de udførende social- og sundhedsmedarbejdere (og i de to kommuner med tværfaglig organisering også sygeplejerske og rehabiliteringsterapeut). Hvert interview startede med at få beskrevet arbejdsgange, roller og opgaver, fra sygehuset adviserer udskrivelsen, til borgeren modtager pleje og sygepleje i hjemmet. Det har bidraget med tykke beskrivelser af processerne omkring visitation og revisitation. Omvendt betyder det, at perspektiver fra øvrige relevante faggrupper såsom hjælpemiddeltherapeuter, trænende terapeuter og til dels også sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter ikke indgår i analysen, der har sit primære fokus på visitation og hjemmepleje.

1.5 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver casekommunernes organisering samt de faglige og økonomiske styringsmodeller, der anvendes på ældreområdet.

Kapitel 3-5 beskriver kronologisk processerne omkring visitation og revisitation på tværs af de fire cases med afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb, hvor en borger udskrives fra sygehus til pleje og sygepleje i hjemmet.

Kapitel 3 omhandler processerne inden udskrivelse og *før* visitation med fokus på enkelte faggruppers roller og arbejdsgange omkring forberedelse af hjemmet og afdækning af borgerens behov for hjælp.

Kapitel 4 går videre til at beskrive processerne *under* visitation, hvor ydelser i et indsatskatalog bliver til ydelser på kørelister, der leveres i borgerkontakten.

Kapitel 5 beskriver processerne *efter* visitation med fokus på samarbejde og dialog mellem visitation og udførerled omkring revisitation.

Kapitel 6 beskriver interviewpersonernes oplevelser af udfordringer og muligheder i disse processer og diskuterer deres perspektiver på alternativer til de nuværende visitationsmodeller.

Kapitel 7 samler op på de beskrevne processer, udfordringer og muligheder, der samlet set kan ses på baggrund af analysen.

2 Casekommunernes styring og organisering

Dette kapitel beskriver, med afsæt i interview og efterfølgende faktatjek, kort de fire casekommuners styring og organisering, som danner rammen for de processer og oplevelser, der fremgår af de følgende kapitler. Øvrige kommunekaraktistika som størrelse og andel borgere, der modtager pleje, fremgår af Bilag 1. Tabel 2.1 beskriver casekommunernes visitationsmodeller og tildelingsmodeller på både servicelovs- og sundhedslovsområdet, deres organisering af hjemmepleje, sygepleje og rehabilitering samt etablering af fritvalgsordningen på SEL § 83.

Visitationsmodellen handler om, hvem der tildeler borgerens indsatser. Visitationskompetencen kan være central, dvs. placeret i myndighedsfunktionen, eller decentral, dvs. placeret i udførerleddet. Også decentralt i udførerleddet kan tildelingen ske centralt ved fx en planlægger eller koordinatorfunktion eller decentralt ved hver enkelte udfører (som fx når sygeplejen er selvvisiterende) (Dalsgaard et al., 2021). Tildelingsmodellen omhandler, hvorvidt tildelingen af ressourcer til de udførende enheder er baseret på aktivitets- eller rammestyring eller evt. en blanding (Dalsgaard et al., 2021).

Ydelser efter serviceloven bevilges efter en faglig konkret og individuel vurdering, som kræver viden om de lovgivningsmæssige rammer og det kommunale serviceniveau. Ydelser efter sundhedsloven tildeles derimod på baggrund af en lægehenvielse og en sygeplejefaglig udredning af en borgers behov. Der er derfor ikke tale om egentlig visitation på samme måde som tildeling af hjælp efter serviceloven. En "visitation" til sygepleje er i langt højere grad en omsætning af det ordinerede ind i en hjemmesygeplejedrift, men betegnelsen anvendes ofte også om tildeling af sygepleje (Dalsgaard et al., 2021).

Tabel 2.1 Casekommunernes styring og organisering af hjemmepleje og sygepleje

| | Vejen | Kerteminde | Kolding | Assens |
|--|--|---|--|---|
| Visitationsmodel på servicelovsområdet | Visitation via central myndighedsafdeling på ældreområdet. Visitationen er organiseret under fagchefen på ældreområdet. Visitationen er organiseret i en Øst | Visitation via central myndighedsafdeling på ældreområdet. Visitationen er organiseret under fagchefen på ældreområdet. | Visitation via central myndighedsafdeling på ældreområdet. Visitationen er organiseret under sekretariatschef under direktøren for ældreområdet. | Visitation via central myndighedsafdeling på ældreområdet. Visitationen er organiseret under fagchefen på ældreområdet. |

| | Vejen | Kerteminde | Kolding | Assens |
|--|--|---|--|---|
| | og en Vest afdeling, som matcher hjemmeplejens distrikter, herunder en underopdeling, hvor hvert distrikt har tilknyttet to visitatorer. | Visitatorerne er fordelt på to områder og fast tilknyttet hjemmeplejegrupperne i deres område samt deltager på tværfaglige møder. | Visitatorer er fast tilknyttet hjemmeplejegrupperne. Forsøg med at nogle visitatorer har faste arbejdsdage hos kommunal og privat leverandør. Forsøg med delvis decentraliseret revisitationskompetence. | Forsøg med og overgang fra organisering i koordinationssteam og besøgsteam (med fordeling på cpr-nr.) til, at alle visitatorer er fast tilknyttet og har faste arbejdsdage i hjemmeplejegrupperne samt deltager på tværfaglige møder. |
| Tildelingsmodel på service-lovsområdet | Aktivitetsstyring af hjemmeplejen med visitation i enkelt-ydelser. | Rammestyring af hjemmeplejen med visitation i enkelt-ydelser. | Aktivitetsstyring af hjemmeplejen med visitation i enkelt-ydelser. | Rammestyring af hjemmeplejen og i proces med at overgå fra visitation i enkelt-ydelser til visitation i brede indsatser (FSIII niveau 2). |
| Visitationsmodel på sundhedslovsområdet | Decentral visitation med decentraliseret tildeling; hjemmesygeplejerskerne er selv-visitierende. | Decentral visitation med centraliseret tildeling; central koordinator i sygeplejen har visitationskompetence. | Decentral visitation med centraliseret tildeling; central koordinator i sygeplejen har visitationskompetence. | Central visitation, men under proces med at overgå til decentral visitation med centraliseret tildeling; central koordinator i sygeplejen har visitationskompetence. |
| Tildelingsmodel på sundhedslovsområdet | Rammestyring af sygeplejen med visitation i enkelt-ydelser. | Rammestyring af sygeplejen med visitation i enkelt-ydelser. | Rammestyring af sygeplejen med visitation i enkelt-ydelser. | Rammestyring af sygeplejen med visitation i enkelt-ydelser. |
| Organisering af kommunal hjemmepleje i relation til sygeplejen og kommunens tilbud om rehabilitering (SEL § 83a) | Monofaglig organisering af hhv. hjemmepleje, hjemmesygepleje og rehabiliteringsteam med rehabiliteringsterapeuter. | Tværfaglig organisering af hhv. rehabiliteringsterapeuter integreret i hjemmeplejegrupperne. Adskilt sygepleje med faste sygeplejersker knyttet til hjemmeplejegrupperne. | Monofaglig organisering af hhv. hjemmepleje, hjemmesygepleje og rehabiliteringsteam med rehabiliteringsterapeuter, som er tilknyttet hjemmeplejegrupperne. | Tværfaglig organisering med rehabiliteringsterapeuter integreret i hjemmeplejegrupperne. Adskilt sygepleje med faste sygeplejersker knyttet til hjemmeplejegrupperne. |
| Etablering af frit valg (SEL § 83) | Samarbejde med privat leverandør for praktisk hjælp, mens borger også tilbydes fritvalgsbevis for personlig pleje og praktisk hjælp. | Samarbejde med privat leverandør på praktisk hjælp og madservice, mens borger tilbydes fritvalgsbevis for personlig pleje. | Samarbejde med to private leverandører. | Borger tilbydes fritvalgsbevis på praktisk hjælp (i begrænset omfang). |

Anm.: Forsøgene med organisering af visitation og udførerled samt tildelingsmodeller sker som led i (på interviewtidspunktet) igangværende udviklings- og implementeringsprojekter, hvoraf nogle er støttet af statslige puljer.

Tabel 2.1 viser, at det er fælles for de fire casekommuner, at de har organiseret myndighedsfunktionen på servicelovsområdet i en central myndighedsafdeling.

I Kerteminde, Assens og Vejen Kommuner er myndighedsafdelingen organiseret under fagchefen for ældreområdet. I Kolding er myndighedsafdelingen organiseret under en sekretariatschef. Kolding adskiller sig ved at have et team af udskrivelseskoordinatore i myndighedsafdelingen, hvis opgave er at koordinere alle udskrivelser (og dermed foretage den første visitation for borgere, der udskrives fra sygehus). Det er endvidere fælles for casekommunerne, at visitatorerne er ansat på ældreområdet (og ikke også fx handicap- og/eller sundhedsområdet). I alle fire casekommuner er visitationen organiseret efter hjemmeplejens geografi (det betyder, at sagsfordelingen fx ikke sker efter cpr-nr., hvilket var den måde, som Koldings visitation var organiseret på frem til foråret 2022). Kolding og Assens Kommuner adskiller sig ved, at visitatorerne er delvist decentralt organiseret i form af faste arbejdsdage i den hjemmeplejegruppe, de er tilknyttet. Endvidere afprøver Kolding selvvisitation ved, at planlæggerne i hjemmeplejegrupperne har fået kompetence til at reorganisere ydelser. Visitatorerne i analysen har en faglig baggrund som sygeplejersker, terapeuter og plejehjemsassistenter.

Analysen fokuserer primært på processerne omkring visitation til SEL §§ 83 og 83a og SUL § 138, men visitatorerne har flere andre typer ansøgninger, sager og opgaver, som analysen ikke afdækker. Det gælder eksempelvis ansøgninger til plejeorlov (SEL § 118), plejeorlov ved terminale (SEL § 119), digi rehab/vedligeholdende træning (SEL § 86), borgerstyret personlig assistance (BPA) (SEL § 96), kontant tilskud til ansættelse af hjælpere (SEL § 95), selvudpeget hjælper (SEL § 94), aflastning og midlertidigt ophold (SEL § 84), plejebolig (SEL § 192) og øvrige opgaver som klagehåndtering, revision af kvalitetsstandarder, udførsel af tilsyn efter SEL §§ 83-87 samt samarbejde med andre forvaltninger, myndighedsafdelingens øvrige funktioner og borgere/pårørende mv.

Det er fælles for de fire casekommuner, at de har teams (og i nogle tilfælde særskilte afdelinger) af: hjælpemiddeltherapeuter, der varetager ansøgninger efter SEL §§ 112 og 113 (hjælpemiddeltherapeuterne kan desuden være underinddelt i specialiseringer, fx hjælpemidler til kontinens eller personlige hjælpemidler, ligesom visitatorerne nogle steder dog bevilger nødkald efter SEL § 112); trænende terapeuter, der varetager vedligeholdende træning efter SEL § 86 og genoptræning efter SUL § 140; forebyggelseskonsulenter, der laver forebyggende hjemmebesøg efter SEL § 79a, og rehabiliteringsterapeuter, der varetager rehabiliteringsforløb efter SEL § 83 a. Det varierer mellem casekommunerne, i hvilke afdelinger og under hvilke fagchefer disse funktioner er organiseret.

I Vejen Kommune er rehabiliteringsterapeuterne organiseret i en afdeling under fagchefen for ældreområdet. Rehabiliteringsterapeuterne er ikke fast tilknyttet hjemmeplejegrupper, men er distriktsopdelte. I Kolding er rehabilite-

ringsterapeuterne organiseret i en afdeling under sundhedschefen og er tilknyttet de enkelte hjemmeplejegrupper. I Kerteminde er rehabiliteringsterapeuterne ansat under hjemmeplejelederen. Hver rehabiliteringsterapeut i Kerteminde Kommune er fast tilknyttet fire hjemmeplejegrupper, hvor de også møder ind og arbejder ud fra. I Assens er rehabiliteringsterapeuterne organiseret i en afdeling under fagchefen for ældreområdet, men er hver fast tilknyttet to hjemmeplejegrupper, hvor de møder ind og arbejder ud fra.

Hvad angår hjemmesygeplejen, er det fælles for alle fire casekommuner, at sygeplejerskerne er organiseret i en selvstændig enhed med egen leder. I Kerteminde og Assens er der faste sygeplejersker tilknyttet de enkelte hjemmeplejegrupper. I disse to kommuner er hjemmeplejegrupperne desuden organiseret i mindre, faste teams. For alle fire casekommuner er myndighedsfunktionen på sundhedslovsområdet decentralt placeret i udførerleddet. I Vejen er tildelingen også decentraliseret, således at alle udførende sygeplejersker er selvvisiterende³ (Dalsgaard et al., 2021). Kolding og Kerteminde anvender også decentral visitation, men med centraliseret tildeling, idet koordinatorene i sygeplejen har visitationskompetencen. I Kolding gælder det dog, at når koordinatoren har vurderet borgerens sygeplejefaglige behov, bliver sygeplejen selvvisiterende på efterfølgende indsatser. Assens er på interviewtidspunktet under proces med at gå fra central visitation med et koordinationsteam (der koordinerer udskrivelser og visiterer både SEL og SUL) og et besøgsteam (der varetager øvrige ansøgninger) til decentral visitation med centraliseret tildeling, hvor visitatorerne ('tværfaglige koordinatorene') er placeret decentralt i såvel hjemmeplejen som sygeplejen. Derudover håndterer koordinatorene i sygeplejen bl.a. typisk akuttelefon og indkomne henvendelser fra sygehus, alment praktiserende læger mv.

Også i hjemmeplejen er der koordinatorfunktioner, som typisk benævnes 'planlægger' eller 'disponator' (herefter planlægger). Planlæggerne i denne analyse er primært uddannede social- og sundhedsassistenter og i mindre grad social- og sundhedshjælpere, men i nogle kommuner kan det også være andre faggrupper, fx sygeplejersker. De varetager typisk opgaver relateret til vagtplanlægning, ruteplanlægning, indkomne henvendelser i omsorgssystemerne og telefonindgangen til hjemmeplejen. Forskellen på koordinatorfunktionen i sygeplejen og planlæggerfunktionen i hjemmeplejen er altså i denne forbindelse, at planlæggeren ikke har visitationskompetence, idet denne på servicelovsområdet er placeret centralt i kommunernes myndighedsafdelinger. Det er fælles for de interviewede planlæggere, at de er ansat i planlæggerfunktionen på fuldtid – dvs. at de ikke til daglig varetager opgaver som udekørende personale i hjemmeplejen. I Kolding har planlæggerne dog også en udførerfunktion, idet de kører ruter hver 6. weekend – men ikke oftere end det.

³ Fagchefen i Vejen Kommune fortæller, at sygeplejeområdet er udfordret, og de derfor har iværksat forskellige forsøg for at afdække andre visitationsmodeller, fx ved at samle visitationen til sygepleje hos de faste sygeplejersker i sygeplejeklinikkerne ved at ansætte en sygeplejerske med ansvar for visitation til sygepleje i et team.

Det er fælles for de fire casekommuner, at sygeplejen er underlagt rammestyning. Hjemmeplejen i Kerteminde og Assens er også rammestyreret, mens hjemmeplejen i Vejen og Kolding er aktivitetsstyret. Trods disse forskelle er det fælles, at kommunerne visiterer i enkeltydelser. Assens står dog på interviewtidspunktet over for at implementere et nyt indsatskatalog med visitation i brede indsatser.

Hvad angår de private leverandører af hjælp efter SEL § 83 anvender Vejen, Assens og Kerteminde fritvalgsbevis (Kerteminde og Vejen har samarbejde med en privat leverandør på praktisk hjælp), mens Kolding samarbejder med to leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje.

Økonomistyringsmodeller

Aktivitetsstyring: Leverandøren afregnes for de enkelte ydelser. Det vil sige, at myndigheden tildeles et budget, og derfra betaler udførerne en takst eller pris for de forskellige ydelser eller forløb. Udførernes budget reguleres således løbende i takt med de visiterede eller leverede ydelser.

Rammestyning: Leverandøren får tildelt en fast ramme, inden for hvilken ydelserne leveres. Ved rammestyning reguleres udførernes budget ikke på kort sigt i takt med antallet og sammensætningen af de visiterede ydelser (Dalsgaard et al., 2021).

Fritvalgsordningen

Serviceoven stiller krav om frit valg på indsatser efter § 83. Kommunerne kan etablere frit valg på to måder:

- 1) ved at indgå kontrakt med to eller flere leverandører eller
- 2) ved at tilbyde modtagerne et fritvalgsbevis, hvor modtageren, der er visiteret til hjælp, får mulighed for selv at udvælge og indgå aftale med en CVR-registreret virksomhed om at udføre den visiterede hjælp (VEJ nr 9341 af 08/05/2015, 2015).

2.1 Opsummering



Kapitlet viser, at de fire casekommuner i analysen er organiseret med en central visitationsmodel på servicelovsområdet og med tildeling i enkelttydelser. I to af kommunerne er visitatorerne dog delvist decentrale i form af faste arbejdsdage i hjemmeplejen, ligesom revisitationskompetencen i en af disse kommuner på forsøgsbasis er delvist decentraliseret – hos planlæggerene i hjemmeplejen. I en tredje kommune er visitatorerne fast tilknyttet hjemmeplejegrupper og deltager på tværfaglige møder. Derudover anvender to af casekommunerne på servicelovsområdet en økonomisk rammestyring, mens de to øvrige kommuner anvender aktivitetsstyring, hvor leverandøren afregnes for de enkelte ydelser.

På sundhedslovsområdet er det fælles for casekommunerne, at de anvender en decentral visitationsmodel med økonomisk rammestyring, hvor sygeplejerskerne i en kommune er selvvisiterende, mens visitationskompetencen i de tre andre kommuner er placeret hos en central koordinator/visitorator i sygeplejen.

Hvad angår organisering af udførerleddet, viser kapitlet, at det er fælles for de fire casekommuner, at hjemmepleje og sygepleje er organiseret for sig. Tværfaglig organisering i praksis varierer, hvor sygeplejerskerne i to af kommunerne er fast tilknyttet hjemmeplejegrupper, og rehabiliteringsterapeuterne i to af kommunerne er fast tilknyttet hjemmeplejegrupper, mens de i yderligere en kommune er integreret i hjemmeplejen med fælles ledelse.

3 Før visitation: Fra sygehus til hjem

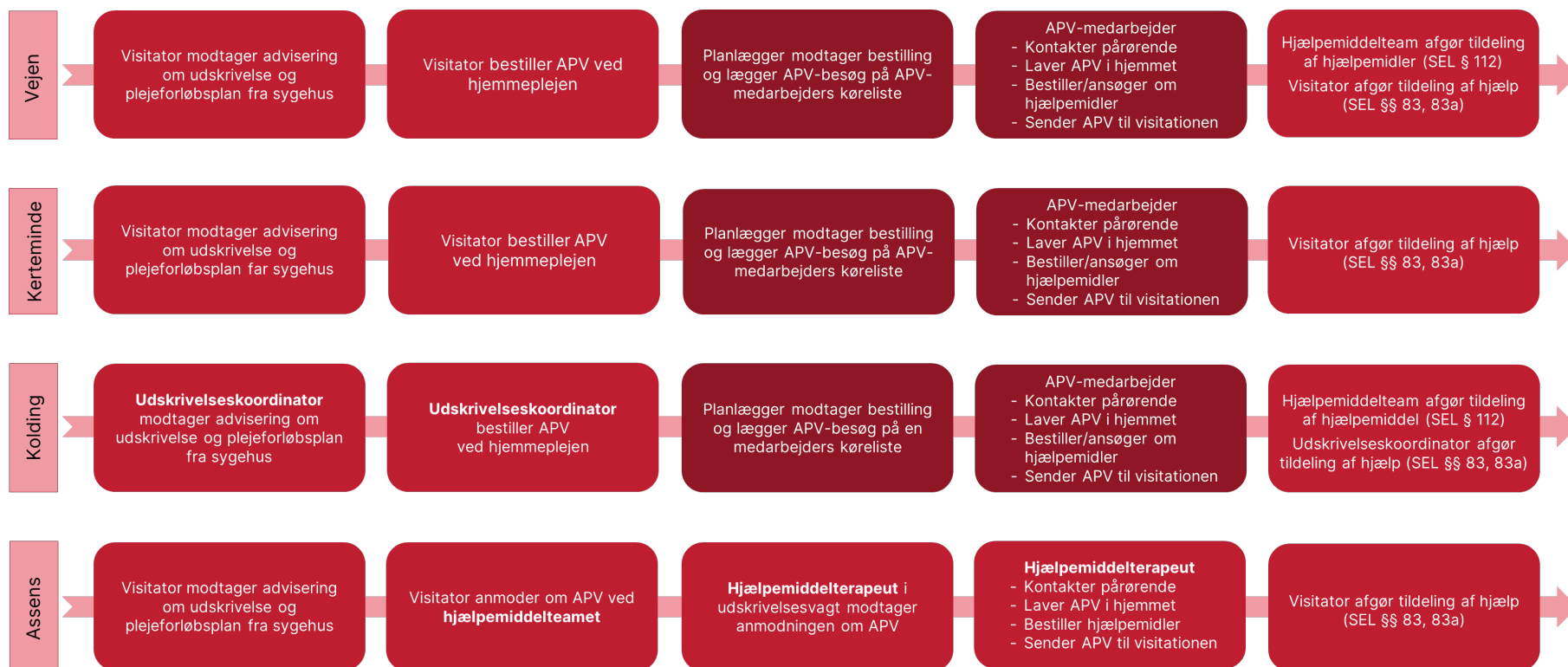
Dette kapitel beskriver overordnet processerne frem mod, at borgeren visiteres til og modtager hjælp i hjemmet. Procesbeskrivelserne tager afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb (der beskrives lineært og simplificeret), hvor borgeren udskrives fra sygehus med behov for pleje og sygepleje i hjemmet (og ikke til vanlig hjælp). Figur 3.1 (næste side) illustrerer processen før visitation og er udarbejdet på baggrund af interview i de fire casekommuner.

3.1 Advisering om udskrivelse fra sygehus

Figur 3.1 viser, at første skridt mod hjemtagelse af borgeren er, at sygehuset sender en advisering til kommunen med tidspunkt for udskrivelse og en plejeforløbsplan, der indeholder sygehusets vurdering af borgerens behov for pleje og praktisk hjælp, sygepleje og evt. hjælpemidler. Som Figur 3.1 også viser, er det fælles for de fire kommuner, at plejeforløbsplanen modtages (elektronisk) af visitatorer i myndighedsafdelingerne (alle de fire casekommuner, der indgår i denne analyse, anvender omsorgssystemet Nexus). Kolding adskiller sig fra de øvrige kommuner, idet man her har et team af udskrivelseskoordinatorer, som har til opgave at håndtere alle udskrivelser fra sygehus og visiterer på service-lovsområdet. I Assens er man på interviewtidspunktet ved at gå væk fra en lignende organisering med et koordinationsteam (der håndterer udskrivelser og visiterer efter både servicelov og sundhedslov) og et besøgsteam (der varetager øvrige ansøgninger om hjælp efter serviceloven – bl.a. på baggrund af besøg i borgerens hjem) til en decentral organisering af visitatorer i hhv. sygeplejen og hjemmeplejen. Udskrives borgeren med en genoptræningsplan, er det genoptræningsenheden i kommunerne, der modtager denne fra sygehuset.

Når visitationen modtager plejeforløbsplanen, gennemgår de den for at sikre, at de har fået alle relevante oplysninger fra sygehuset, samt vurderer, om der er behov for en arbejdspladsvurdering (APV) af borgerens hjem. Ifølge interview er det en forudsætning for deres vurdering af, hvilket tilbud kommunen kan give borgeren. Forud for dette er det ligeledes visitationens opgave (evt. via sygehuset) at afklare, hvilken leverandør borgeren (fortsat) ønsker, eller om de ønsker at modtage et fritvalgsbevis – i det tilfælde vurderingen er hjælp efter SEL § 83. Kravet om frit valg på SEL § 83 fylder dog meget lidt i visitatorer og udskrivelseskoordinatorers beskrivelser af processerne i borgerforløbet.

Figur 3.1 Processer inden for 24 timer efter advisering om udskrivelse fra sygehus i de fire casekommuner



Udskrives borger med behov for sygepleje, videresender visitator/udskrivelseskoordinator plejeforløbsplanen til sygeplejen. I de fire casekommuner sker processerne på sundhedslovsområdet sideløbende med processerne på servicelovsområdet. I Kolding og Kerteminde bliver plejeforløbsplanen modtaget af en sygeplejekoordinator i sygeplejen, som herefter opretter et eller flere besøg på kørelisten hos en eller flere sygeplejersker i kommunen. I Assens nye organisering modtages plejeforløbsplanen af en visitator i sygeplejen, som visiterer til SUL-indsatser og sender dette til en sygeplejefaglig planlægger, som opretter besøg til sygeplejefaglig udredning og sætter besøg på køreliste. I Vejen, hvor sygeplejerskerne på interviewtidspunktet er selvvisiterende, bliver plejeforløbsplanen modtaget af de sygeplejersker, der er på vagt, og som herefter beslutter, hvem af dem der vil tage besøget. Den videre proces omkring visitation på sundhedslovsområdet beskrives i kapitel 4.

3.2 Arbejdspladsvurdering og bestilling af hjælpemidler

Arbejds miljøloven stiller krav om, at der foreligger en APV af borgerens hjem, fordi denne udgør medarbejdernes arbejdsplads⁴. Når en ny borger udskrives fra sygehus, eller en kendt borger udskrives med et fald i funktionsniveau, skal der ifølge interview typisk foretages en APV for at vurdere, om medarbejderne kan udføre pleje- og sygeplejeopgaverne i hjemmet sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt og med hvilke evt. hjælpemidler. Eksempelvis kan APV'en vise, at der skal bestilles en plejeseng, for at hjemmeplejen kan udføre personlig pleje. I nogle tilfælde kan borger dog udskrives til hjemmet, inden APV'en foreligger, ligesom der kan foreligge en APV på kendte borgere, som kan anvendes til at bestille hjælpemidler. I andre tilfælde, som analysen her tager udgangspunkt i, skal der foreligge en (ny) APV, inden visitationen kan vurdere, om sygehuset kan udskrive borger til pleje og sygepleje i hjemmet – eller om kommunen skal give et andet tilbud, fx midlertidigt ophold efter SEL § 84. Visitationen skal altså ud fra plejeforløbsplanen – og evt. i dialog med sygehus, hjælpemiddeltherapeuter og planlæggere i hjemmeplejen – vurdere, om der er behov for en APV, idet dette ifølge interview ofte vil være forudsætning for, at de kan acceptere plejeforløbsplanen og udskrivelsestidspunktet samt vurdere tilbuddet om hjælp.

Hvis der skal laves en APV, sender visitationen en opgave/anmodning til hjemmeplejen herom via kommunens omsorgssystem. I tre af de fire casekommuner

⁴ Arbejdsgiveren skal sørge for, at arbejdsforholdene er sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarlige. Dette gælder også, når der udføres arbejde i en borgers hjem. Herudover kan forholdene i borgers hjem ændre sig, eller borgerens helbred eller adfærd kan ændre sig, hvorved der kan opstå situationer, hvor de ydelser, borgeren er visiteret til, ikke længere kan udføres på en sikker måde (Thomsen, 2015).

er det ifølge interview hjemmeplejens opgave at foretage APV og bestille hjælpemidler (i Assens Kommune er det hjælpemiddeltherapeuterne selv, hvilket udbygges særskilt nedenfor). Denne opgave bliver modtaget af planlæggeren i hjemmeplejen, som skal finde tid på en medarbejder med APV-funktions-køreliste (altså en medarbejder med kompetence til at foretage APV, fx forflytningsvejledere). Idet sygehusets advisering om udskrivelse typisk kommer med en kort frist, fortæller visitatorerne, at de også sætter en kort tidsfrist for, hvornår APV'en skal være gennemført, fx inden næste dag kl. 14. På tværs af funktioner opleves det som en udfordring for hjemmeplejen at honorere visitationens tidsfrist. Dels fordi planlæggerne hurtigt skal finde tid på i forvejen travle og fyldte kørelister, og fordi det ifølge interviewene er få af de udførende medarbejdere (og herunder primært social- og sundhedsassistenter), som er opkvalificeret til at foretage vurderingen. Dels fordi adviseringerne fra sygehuset ofte kommer om eftermiddagen eller op til en weekend, hvor der typisk ikke er planlæggere tilstede, fortæller visitatorerne. Det betyder nemlig, at planlæggeren ikke med det samme kan lægge APV'en ind på en køreliste til samme eller næste dag. Hvis det ikke er muligt at finde tid på en køreliste, vil planlæggerne selv eller en social- og sundhedsmedarbejder uden de rette kompetencer lave APV'en, hvilket ifølge interviewene øger risikoen for fejl.

Også for den enkelte APV-medarbejder er opgaven tids- og ressourcekrævende. Det at gennemføre APV'en og installere evt. hjælpemidler kræver dialog og aftale med pårørende, idet der ifølge interview stilles krav om, at der skal være en pårørende tilstede i hjemmet på tidspunktet for APV-besøget. Samtidig er oplevelsen, at pårørende kan være svære at få fat i tidnok og kan være svære at lave aftale med om besøg ude i hjemmet inden for normal arbejdstid. I nogle tilfælde har myndigheden allerede ved adviseringen om udskrivelse været i dialog med pårørende herom, hvilket letter denne proces for hjemmeplejens medarbejdere.

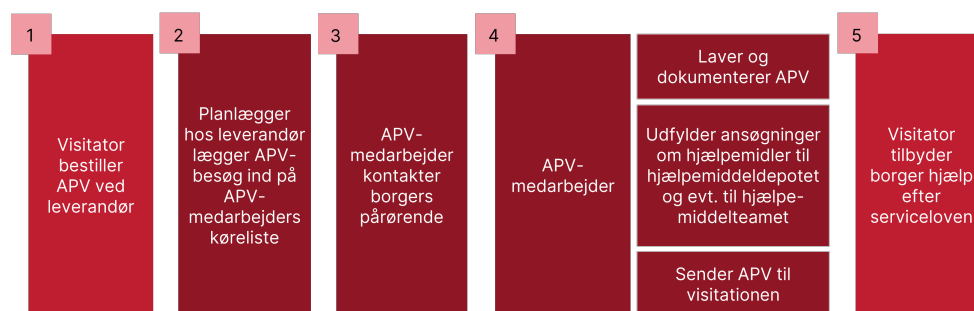
Det er APV-medarbejderens opgave at bestille hjælpemidler på baggrund af APV'en (i nogle tilfælde kan planlæggeren også udfylde ansøgningerne). Bestilling af arbejdsmiljøhjælpemidler (APV-hjælpemidler som fx plejeseng) sker ved at udfylde og sende skriftlige bestillinger/ansøgninger til hjælpemiddelteamet eller direkte til hjælpemiddeldepotet via kommunens omsorgssystem. Bestilling af øvrige (personlige) hjælpemidler sker ved at udfylde og sende skriftlige ansøgninger til kommunens hjælpemiddelteam, som vurderer ansøgningen, træffer afgørelse (efter SEL § 112) og sender bestillingen videre til hjælpemiddeldepotet⁵. Antallet af ansøgninger, som medarbejderen skal udfylde og sende til hjælpemiddelteamet, afhænger endvidere af, om hjælpemiddelteamet er specialiseret inden for typer af hjælpemidler, fortæller planlæggere og udførende personale i hjemmeplejen. Når bestillingerne på hjælpemid-

⁵ Hjælpemidler efter SEL § 112 skal søges af borgeren, så når det udførende personale fortæller, at de bestiller personlige hjælpemidler, må det principielt være på vegne af og efter aftale med borgeren.

ler er foretaget, sender APV-medarbejderen APV'en til visitationen, så visitator/udskrivelseskoordinator her kan gå i dialog med sygehuset om udskrivelsen og kommunens tilbud om hjælp til borgeren.

Figur 3.2 illustrerer processen omkring APV og bestilling af hjælpemidler i hjemmeplejen i Kolding, Kerteminde og Vejen Kommuner.

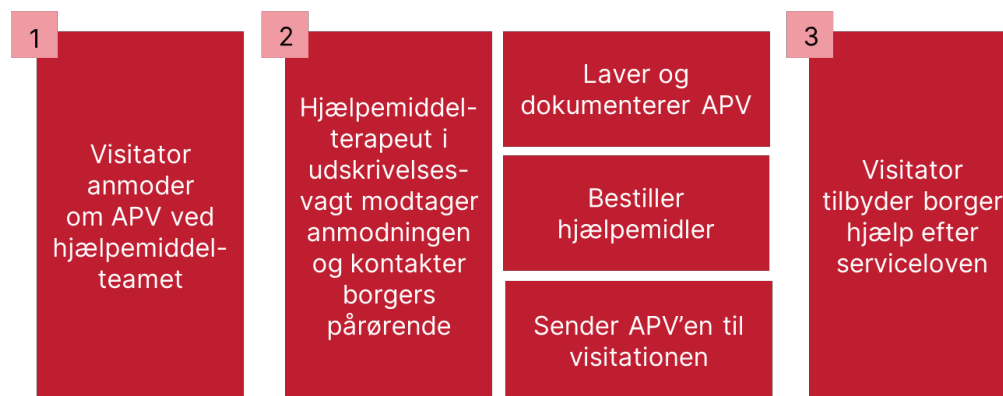
Figur 3.2 Den typiske proces omkring APV og bestilling af hjælpemidler



Disse casekommuner fortæller, at processerne omkring APV og bestilling af hjælpemidler rummer en del kompleksitet for hjemmeplejen og er forbundet med et højt tidsforbrug og mange ressourcer, der skal aktiveres inden for en kort tidshorisont. Ifølge interviewene har processerne før visitation – og det at der er bestilt og installeret de rette hjælpemidler – samtidig stor betydning for modtagelsen af borgeren i hjemmet og for kompleksiteten af de første besøg, hvor det udførende personale i hjemmeplejen skal levere hjælpen.

På baggrund af tilsvarende oplevelser er man i Assens Kommune overgået til en arbejdsgang, hvor det er hjælpemiddeltherapeuterne selv, som foretager APV'en og evt. bestilling af hjælpemidler. Figur 3.3 illustrerer processerne i Assens Kommune.

Figur 3.3 Processen omkring APV og bestilling af hjælpemidler i Assens Kommune



I hjælpemiddelteamet har en hjælpemiddeltherapeut udskrivelsesvagt, således det altid er en medarbejder med de rette kompetencer, som har tid til at foretage APV'en inden for tidsfristen. Erfaringerne er, at denne opgavefordeling giver bedre og mere effektive modtagelser, fordi der kommer "hurtigere styr på hjemmet", som planlæggere og medarbejdere i hjemmeplejen beskriver det. For hjemmeplejen er det også positivt, at de ikke længere skal bruge tid og ressourcer på processerne, som jf. deres erfaring samtidig ofte ikke resulterer i de bedst mulige løsninger for borgerne. Den interviewede leder for hjælpemiddelteamet vurderer samtidig, at den nye arbejdsdeling også er tidsbesparende på længere sigt. Det skyldes, at hjælpemiddeltherapeuterne har bedre forudsætninger for at skabe de rette løsninger fra start, hvilket giver færre justeringer af hjælpemidlerne, samt at de opnår kendskab til borgeren og hjemmet, som de kan trække på i evt. efterfølgende sagsbehandling om hjælpemidler. De foreløbige erfaringer med tiltaget er altså positive på tværs af de interviewede funktioner i kommunen.

3.3 Opsummering



Kapitlet har taget afsæt i et eksempel på et borgerforløb, hvor en borger udskrives fra sygehus, og vist, at det i tre af casekommunerne er visitatorerne i myndighedsafdelingerne, der modtager advisering om udskrivelse og plejeforløbsplan fra sygehuset, mens det i en af casekommunerne drejer sig om udskrivelseskoordinatorer i myndighedsafdelingerne. Hvis borgeren udskrives med behov for sygepleje, sender visitator plejeforløbsplanen til sygeplejen.

Inden borgeren kan hjemtages, skal der ofte foreligge en APV, som hjemmeplejens medarbejdere udfører, og evt. bestilles og bevilges de nødvendige hjælpemidler for at udføre pleje og sygepleje i hjemmet. De processer, der er omkring APV'en, opleves både som tids- og ressourcekrævende, og manglende tid og kompetencer i udførerleddet kan i nogle tilfælde stå i vejen for, at borgeren fra starten kan få den bedst mulige hjælp i hjemmet. En enkelt casekommune har på denne baggrund gode erfaringer med, at det ikke er personalet fra hjemmeplejen, men kommunens hjælpemiddeltherapeuter, der gennemfører APV'en og evt. bestilling af hjælpemidler.

I hjemmeplejen lander adviseringen om, at der i) skal gives hjælp efter service- og/eller sundhedsloven samt ii) gennemføres en APV i alle fire casekommuner på planlæggerens bord. Det er planlæggeren, der er ansvarlig for at oprette besøgene i det udførende personales kørelister og sikre, at der er afsat den fornødne tid til at gennemføre opgaven, evt. i dialog med det udførende personale. Der er altså ikke nogen af de fire casekommuner, der på interviewtidspunktet⁶ har erfaring med, at det ikke er planlæggeren, men social- og sundhedsmedarbejderne selv, der opretter og planlægger disse besøg.

⁶ Det fremgår af interviewet, at både Assens og Kerteminde Kommuner som led i arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrede teams arbejder henimod, at de enkelte teams på sigt kan varetage ruteplanlægningen. I Assens betyder det fx også, at teamet på sigt selv kan justere op og ned i tiden og planlægge kørelisterne herudfra.

4 Under visitation: Fra indsatskatalog til kørelister

Dette kapitel beskriver overordnet processerne under visitation. Det handler om, hvordan de indsatser, der er beskrevet i kommunens indsatskatalog eller kvalitetsstandard, lander på de udførende medarbejderes kørelister i hjemmeplejen. Figur 4.1 (næste side) er baseret på interview og illustrerer processen under visitation med fokus på serviceloven i de fire casekommuner.

4.1 Skrivebordsvisitation til rehabiliterings- og afklaringsforløb

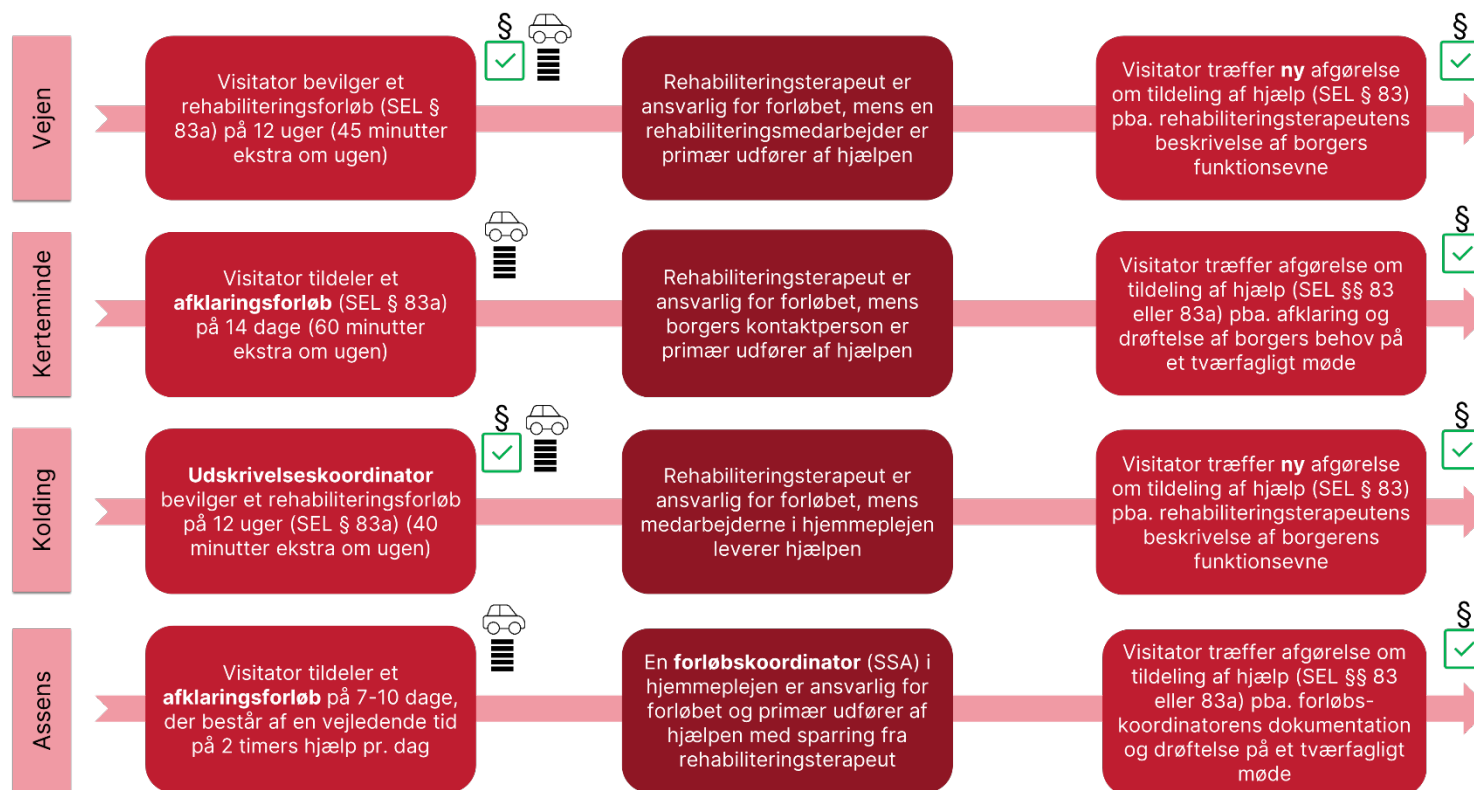
Figur 4.1 tager som beskrevet afsæt i et eksempel, hvor en borger udskrives fra sygehus til pleje og sygepleje i hjemmet. Når visitationen har modtaget en eventuel APV fra hjemmeplejen, laver de en første samlet faglig vurdering⁷ som grundlag for at foretage en bevilling (det gælder dog ikke i Vejen Kommune, som laver samlet faglig vurdering i forbindelse med (re)visitationsbesøg). Det vil altså sige, at bevillingen typisk foretages på baggrund af plejeforløbsplanen fra sygehuset og evt. dialog med sygehus, borger/pårørende, hjælpemiddeltherapeuter og APV-medarbejder/planlægger i hjemmeplejen og/eller andre aktører.

Hjemmeplejens planlæggere kan modtage plejeforløbsplanen fra visitationen sammen med bestillingen om APV, og inden der er lavet en samlet faglig vurdering, men de kan først planlægge og levere hjælpen, når borger er bevilget hjælp. Herefter vil de imidlertid både varetage de opgaver, der i) er bevilget af visitator efter serviceloven, og ii) er overdraget af sygeplejen efter sundhedsloven (som afsnit 4.4. beskriver).

Bevillingerne sker med afsæt i det politisk fastsatte serviceniveau på service Lovsømrådet, som fremgår af kommunernes indsatskataloger/kvalitetsstandarder. Kommunalbestyrelser er i henhold til serviceloven forpligtede til at fastsætte serviceniveauet på denne måde for at danne rammen for, hvilken hjælp en borger kan bevilges efter serviceloven (VEJ nr 9341 af 08/05/2015, 2015).

⁷ Alle relevante oplysninger om borgeren i forhold til sagen. Sagsvurdering, der sammenholder resultaterne af myndighedsudredningen og de øvrige dokumenterede FSIII-oplysninger i sagen med henblik på at opstille forventede tilstande, opfølgingsdatoer, træffe en afgørelse og tildele indsats(er) (FSIII, 2019c).

Figur 4.1 Processerne under visitation i de fire casekommuner



Der er store forskelle mellem de fire casekommuners indsatskataloger. De varierer i forhold til, på hvilket niveau ydelserne er udskilt, hvor detaljeret ydelserne er beskrevet, samt hvorvidt der fremgår tidsangivelser på ydelserne. For at illustrere disse forskelle i detaljeringsgrad viser Boks 4.1 et eksempel på et indsatskatalog, hvor ydelserne er beskrevet i detaljer og fremgår med tidsangivelse, mens Boks 4.2 viser et eksempel på et indsatskatalog, hvor ydelsernes indhold og omfang ikke er beskrevet i detaljer, og hvor der ikke fremgår tidsangivelser.

Boks 4.1 Eksempel fra Kolding Kommunes indsatskatalog med høj detaljeringsgrad og tidsangivelser for ydelserne

| | | | | | | |
|---------------------|---|-----|--|--------------------------------------|-------------|---|
| 3.2 Udskillelser | Udskillelser gives efter en individuel vurdering, og som selvstændig indsats når borger har behov for hjælp til flere defunktioner inden for området, enten i form af fysisk hjælp eller guidning , og når denne hjælp er en forudsætning for at det lykkes borger at fastholde nødvendige og regelmæssige toiletbesøg. | 1-4 | Egenomsorg Gå på toilet Mobilitet Muskelstyrke Forflytte sig Bevæge sig omkring Mentale Funktioner Hukommelse Overordnet kognitive funktioner Energi og handlekraft Tilægge sig færdigheder Problemløsning | 3.2.1. Udskillelser dag | 10 minutter | Alle indsatser relateret til det at gå på toilettet, når borger har brug for assistance eller for erstatning for toiletbesøg i form af bleskift, soignering i forbindelse med toiletbesøg, uridoms skift eller bækken/kolbetømning . |
| | | | | 3.2.2. Udskillelser aften | 10 minutter | |
| | | | | 3.2.3. Udskillelser nat | 10 minutter | |
| 3.3. Ernæring | Ernæring gives efter en individuel vurdering, og som selvstændig indsats når borger har behov for hjælp til flere defunktioner inden for området, enten i form af fysisk hjælp eller kontinuerlig guidning , og når denne hjælp er en forudsætning for at det lykkes borger at fastholde nødvendige og regelmæssige måltider. Borger har svære eller totale begrænsninger i forhold til det at indtage måltiderne. | 3-4 | Egenomsorg Drikke Fædeindtagelse Spise Varetage egen sundhed Mobilitet Læfte og bære Muskelstyrke | 3.3.1. Mad og drikke dag | 20 minutter | Aktiviteter der foregår fra bord til mund. Altså alle indsatser, der vedrører indtagelse af mad og drikke, hvad enten der er tale om indsats til den egentlige handling at spise eller en indsats der sikre samvær under måltidet. Opgaven kan eksempelvis indeholde fysisk hjælp til at indtage maden, eller kontinuerlig vejledning eller støtte for at sikre at måltidet indtages. |
| | | | | 3.3.2. Mad og drikke aften | 10 minutter | |

Boks 4.2 Eksempel fra Vejen Kommunes indsatskatalog med lav detaljeringsgrad og uden tidsangivelser for ydelserne

| Kvalitetsstandard | 2. Praktiske opgaver |
|--|--|
| Lovgrundlag | Serviceovens §§ 1 samt 83. |
| Visitation | Alle kan henvende sig til Visitationen i Ældre & Rehabilitering, der har bevillingskompetencen. Ved anmodning om praktisk bistand skal visitationen udføres inden 7 hverdage fra henvendelsen. Resultatet af visitationen meddeles seneste 7 hverdage efter visitationen er foretaget. |
| Målgruppe | Borgere, der efter en individuel vurdering af hjemmets samlede ressourcer har begrænsninger i forhold til at varetage de praktiske opgaver. Borgere, der har behov for støtte og vejledning til at bevare eller genvinde evnen til selv at varetage de praktiske opgaver. |
| Ældre- og rehabiliteringsafdelingens kvalitetsmål | At udgangspunktet for opgaverne er hjælp til selvhjælp med rehabiliterende, forebyggende og sundhedsfremmende sigte. At der gives støtte til bevarelse af selvstændighed, og at de praktiske opgaver som udgangspunkt foregår i samarbejde med borgeren. At opgaven tager udgangspunkt i borgerens egne ressourcer og hjemmets situation i øvrigt. |
| Borgerens kvalitetsmål | At borgeren oplever helhed og kontinuitet i opgaveløsningen. At borgeren får den vejledning, der er behov for i forhold til opgaven. At borgeren har medindflydelse på opgaveløsningen. |
| Indsatsområder | For at vedligeholde borgerens ressourcer og fastholde principperne om hjælp til selvhjælp, er det vigtigt, at der i enhver opgaveløsning fokuseres på at medinddrage, træne og aktivere borgeren. Hjælp til selvhjælp implementeres i de daglige opgaver. Indsatsen indeholder følgende opgaver: 2.1 Rengøring 2.2 Tøjtøjt 2.3 Indkøb Hjælpens indhold, omfang og hyppighed afgøres ud fra en individuel konkret vurdering og fremgår af det bevillingsbrev, der sendes til borgeren som dokumentation for afgørelsen. |

Visitors opgave er i begge tilfælde at træffe beslutning om, hvilke af de beskrevne indsatser borgeren kan få bevilget ud fra en konkret individuel vurdering, evt. i dialog med udførerledet, samt med hvilken hyppighed, og ofte også hvor meget tid hjemmeplejen kan bruge på det (den visiterede tid). Jævnfør serviceloven visiteres borger til indsatser, men grundet styringsmodellerne i kommunerne kobles indsatserne ofte til et tidsforbrug i de interne afregningssystemer. I nogle tilfælde, som i Kolding ovenfor, er tidsforbruget angivet i indsatskataloget. I andre tilfælde, fx i Kerteminde og Assens, er tidsforbruget forudbestemt i omsorgssystemerne. I andre tilfælde igen er det op til myndighedsfunktionen at vurdere tidsforbruget ud fra en konkret, individuel vurdering. Dermed er tidsangivelsen i praksis kun til dels op til individuel vurdering af visitator.

Vurderingerne på tværs af casekommuner og de interviewede funktioner er, at langt hovedparten af bevillingerne af hjælp efter udskrivelse fra sygehus sker

som 'skrivebordsvisitationer'. Med det menes, at afgørelsen om hjælp ikke beror på en praksis, hvor visitator har afholdt en fysisk visitationssamtale i borgerens hjem, men i stedet en praksis, hvor visitator træffer afgørelse på baggrund af andres vurderinger – eksempelvis sygehuset, borger/pårørende eller leverandører (her taler de typisk med planlægger). Årsagen til anvendelsen af skrivebordsvisitationer er knaphed på ressourcer i visitationsafdelingerne som følge af, at antallet af plejkrævende ældre stiger, og dermed stiger antal ansøgninger også. Det giver lange ventelister i visitationsafdelingerne, som betyder, at udvalgte typer ansøgninger prioriteres i forhold til, at afgørelsen sker på baggrund af en fysisk visitationssamtale (primært ansøgninger om hjælp til rengøring og plejebolig i casekommunerne).

Oplevelsen på tværs af casekommuner – og særligt i udførerleddet – er imidlertid, at den høje andel skrivebordsvisitationer ikke understøtter retvisende visitationer. Det oplever særligt de udførende medarbejdere som en udfordring, når de skal levere hjælpen, fordi bevillingerne, herunder den visiterede tid, ikke altid stemmer overens med borgerens reelle behov og den tid, det tager at levere indsatsen. Vurderingen er derfor bredt set, at fysiske visitationssamtaler ifølge interviewpersonerne giver det bedste grundlag for vurdering af behovet for hjælp samt øger visitatorernes kendskab til borgerne og til hjemmene, som de kan trække på i fremtidig (dialog om) justering af hjælpen. Fysiske visitationssamtaler betragtes altså som en investering i borgerforløbene. Derfor er der et bredt ønske i interviewene om, at visitatorerne (eller andre funktioner) får frigivet ressourcer til at foretage fysiske visitationssamtaler – både som første bevilling og som opfølgning på den bevilgede hjælp.

4.1.1 Visitation til rehabiliteringsforløb

Når visitationen har truffet beslutning om, hvilken hjælp borgeren skal tilbydes inden for rammen af kommunens indsatskatalog, sender de en bestilling til leverandøren om, at borgeren er bevilget hjælp efter serviceloven, hvilke ydelser og omfanget af ydelserne, der er bevilget, og sender et afgørelsesbrev til borgeren. Det varierer mellem casekommunerne, hvorvidt der også af afgørelsesbrevet fremgår tidsangivelser på de bevilgede ydelser. Hos leverandøren er det i alle fire casekommuner planlæggeren, der tager imod bestillingen. Det foregår i henhold til interview på den måde, at planlægger tjekker, om bevillingen umiddelbart stemmer overens med plejeforløbsplanen og dernæst lægger ydelserne ind på en køreliste (dette beskrives nærmere i afsnit 4.2).

I analysens eksempel, hvor borgeren udskrives til pleje og sygepleje i hjemmet efter indlæggelse på sygehus, fortæller visitatorerne/udskrivelseskoordinatoerne i hhv. Vejen og Kolding, at de typisk vil visitere til rehabiliteringsforløb efter SEL § 83a. Her tager bestillingen form som en bevilling med skriftlig af-

gørelse⁸ til borger. I Kerteminde er man ved at implementere et afklaringsforløb på 14 dage, som også bevilges efter SEL § 83a, til borgere der udskrives fra sygehus. Her får borgeren dog først skriftlig afgørelse efter opfølgning på forløbet efter de 14 dage. I Assens Kommune tilbydes borgeren også et kort afklaringsforløb på 7-10 dage (afklaringsforløbet er ikke hæftet på en paragraf), inden der sker en bevilling af hjælp efter SEL §§ 83 eller 83a, og borgeren får en skriftlig afgørelse.

Processerne ligner hinanden, men det er forskelligt, hvornår borgeren modtager en skriftlig afgørelse, og hvorvidt der bruges et (typisk) 12 ugers rehabiliteringsforløb *eller* et korterevarende afklaringsforløb som grundlag for beslutningen om tildeling af varig hjælp efter serviceloven. Det er også forskelligt, om den første bevilling indeholder de indsatser, der skal leveres (Kolding, Vejen, Kerteminde) eller uden på forhånd definerede indsatser (Assens).

I Vejen og Kolding Kommuner er rehabiliteringsforløbene organiseret i et rehabiliteringsteam med rehabiliteringsterapeuter som ansvarlige for forløbene. Rehabiliteringsterapeuterne vil typisk modtage bevillingen om rehabiliteringsforløb og planlægge et besøg hos borgeren for i samarbejde med denne at fastlægge målene for rehabiliteringsforløbet. Rehabiliteringsterapeuterne har ansvar for at følge op på og dokumentere progression på målene inden for de indsatser, borgeren er bevilget. Det er dog de udførende medarbejdere i hjemmeplejen, der leverer ydelserne med et rehabiliterende sigte. I Vejen sker det ved, at der som udgangspunkt visiteres 45 minutter ekstra om ugen (der dog er en gennemsnitstid), som planlæggeren og rehabiliteringsmedarbejderen kan fordele på de indsatser, borgeren skal rehabiliteres inden for. I Vejen har man opkvalificeret enkelte social- og sundhedsassistenter til rehabiliteringsmedarbejdere, der som udgangspunkt er tovholder på forløbene i hjemmeplejen, og som også tilstræbes at være primære udførere af forløbene. Det er altså disse rehabiliteringsmedarbejders opgave løbende at dokumentere borgerens funktionsniveau og drøfte borgerens progression med rehabiliteringsterapeuten. Det grundlag anvender rehabiliteringsterapeuten til løbende indstillinger om afslutning af ydelser til visitationen samt en beskrivelse af borgerens funktionsniveau ved afslutning af forløbet. På den baggrund træffer visitator løbende vurdering af afslutning af ydelser samt afgørelse om tildeling af varig hjælp efter SEL § 83 efter 12 uger. Det er altså først, når § 83a-forløbet afsluttes, at der vil ske en egentlig visitation, hvor der er mulighed for frit valg af leverandør.

I Kolding Kommune foregår rehabiliteringsforløbet overordnet på samme vis. Her gives der 40 minutter med de bevilgede ydelser, mens det ikke er specifikke medarbejdere i hjemmeplejen, der er udførere af hjælpen. Derudover har

⁸ Serviceloven stiller krav om, at afgørelsen om tildeling af hjælp beror på en konkret, individuel vurdering af borgers behov, samt at afgørelsen meddeles ansøgeren skriftligt (jf. §§ 88 og 89 i (VEJ nr 9341 af 08/05/2015, 2015).

rehabiliteringsterapeuterne ugentlig tilstedeværelse i de hjemmeplejegrupper, de er tilknyttet.

Erfaringerne i Kolding og Vejen er, at rehabiliteringsforløbene understøtter løbende afslutning af enkelttydelser, når borgerens funktionsniveau forbedres, samt at visitator kan træffe en bedre og mere informeret beslutning om, hvilken hjælp borgeren skal tildeles på længere sigt. Det er også fælles for forløbene, at visitators afgørelse om varig hjælp beror på andres vurderinger, herunder rehabiliteringsterapeuterne eller de udførende medarbejdere i hjemmeplejen.

4.1.2 Visitation til afklaringsforløb inden afgørelse om hjælp

I Assens og Kerteminde er der foreløbig gode erfaringer med, at borgeren modtager korterevarende afklaringsforløb, inden der træffes afgørelse.

I Kerteminde Kommune bevilges borgere, der udskrives fra sygehus (med ændringer i funktionsniveau), et afklaringsforløb på 14 dage efter SEL § 83a med (vejledende) ekstra 60 minutter om ugen. Det er rehabiliteringsterapeuten, der er integreret i hjemmeplejen, som er ansvarlig for forløbet og for at afklare borgeren. Det foregår i samarbejde med borgerens kontaktperson, der tilstræbes at være primær udfører af hjælpen (det vil ifølge interviewene typisk være en social- og sundhedshjælper, men kan også være en social- og sundhedsassistent, sygeplejerske eller rehabiliteringsterapeut alt efter borgersituationen). Inden for de 14 dage skal rehabiliteringsterapeuten i samarbejde med kontaktpersonen via de gennemførte besøg have afklaret borgers behov for hjælp, og borgeren vil blive drøftet på et af de ugentlige, tværfaglige møder med deltagelse af hjemmeplejeteam, visitator, sygeplejerske og rehabiliteringsterapeut. På baggrund af drøftelserne vil visitator træffe afgørelse om et 12 ugers rehabiliteringsforløb efter SEL § 83a eller hjælp efter § 83. Vurderer kontaktpersonen eller rehabiliteringsterapeuten, at der er brug for at justere ydelserne undervejs, kan vedkommende dokumentere dette og sende besked til visitator.

I Kerteminde Kommune er de foreløbige erfaringer med afklaringsforløbet, at kravet om opfølgning efter 14 dage understøtter afslutningen af indsatser, og at kontaktpersonerne får mere indflydelse på den hjælp, borger bevilges. De interviewede social- og sundhedsmedarbejdere oplever således en større ansvarsfølelse for borgerforløbene, som fremgår af dialogen her:

1: Vi får lov til at bruge hovedet og tænke – vi kører ikke bare. Vi kan tage stilling til ting.

Interviewer: Hvad gør forskellen ved bare at have en køreliste til nu?

2: Det er ansvaret i forhold til, man er med i processen og har noget at skulle have sagt. Det havde vi ikke før.

Interviewer: Hvordan oplever I det?

1: Det er kun godt. Jeg synes, man får reflekteret. Nu har vi selv et ansvar for ydelserne. Man følger op hos borgerne.

(Udførende social- og sundhedsmedarbejdere, Kerteminde)

Der er dog også forskel på, hvordan udførerne i Kerteminde oplever at få tildelt mere ansvar – mens nogle er meget begejstrede, er andre mere utrygge.

Ligeledes har Assens Kommune indført et kortere afklaringsforløb til nye borgere. Til forskel fra afklaringsforløbet i Kerteminde Kommune bevilges afklaringsforløbet ikke efter en paragraf, og det bevilges som en forløbstakst – uden indsatser – og med en vejledende tid på 2 timers hjælp om dagen i 7-10 dage. Visitator bestiller afklaringsforløbet og sender den samlede faglige vurdering på baggrund af plejeforløbsplanen til hjemmeplejen. Der er altså et grundlag eller en indikation for hjælpen, hvorudfra de udførende medarbejdere og planlæggeren i hjemmeplejen kan vurdere, hvilke konkrete indsatser de skal levere, men det er ikke udspecificeret af visitator. Det bliver heller ikke planlagt som enkeltindsatser på kørelisterne i modsætning til de øvrige kommuners forløb, men som besøg. Tiden fordeler planlægger i samarbejde med den udfører – en forløbskoordinator – der er ansvarlig for forløbet. Afhængig af borgers funktionsniveau bruges den tid, der er behov for, hvilket kan spænde fra 1 time om ugen til mere end 2 timer om dagen.

Forløbskoordinatoren er en social- og sundhedsassistent, der er opkvalificeret til at varetage afklaringsforløbene. Forløbskoordinatoren er primær udfører af forløbene og ansvarlig for forløbet i forhold til løbende at dokumentere borgernes behov for hjælp, at justere i besøg og indsatser i dialog med planlæggeren samt at skabe det dokumentationsgrundlag, der danner afsæt for efterfølgende afgørelse om tildeling af hjælp. Også her involveres rehabiliteringsterapeuterne, der er integreret i hjemmeplejen, efter behov.

Fordi der ikke fremgår nogle indsatser på kørelisten, bliver borgerens døgnrytmeplan et centralt værktøj for de udførende medarbejdere. Døgnrytmeplanen i Nexus er en handlingsanvisning, som er opdelt i flere skemaer, fx morgen, middag og aften. I døgnrytmeplanen beskrives i detaljer de handlinger, der udføres hos borgeren på forskellige tidspunkter af døgnet. Det er her, den enkelte udfører kan se, hvilken hjælp borgeren har fået, og herudfra kan vurdere, hvilke indsatser besøget kan bestå i. Derfor skal døgnrytmeplanen opdateres efter hvert besøg. Boks 4.3 viser et eksempel på en døgnrytmeplan fra et afklaringsforløb i Assens.

Boks 4.3 Eksempel på døgnrytmeplan fra afklaringsforløb i Assens Kommune

Nedre hygiejne:

Udføres af plejepersonale. Står ved rollator ude i brygges.

Obs at Børge ikke selv kan mærke hvis han skal af med urin

Hjælp til at få flexble på

Øvre hygiejne:

Børster selv tænder og vasker sig for oven. Skal bare fortælles hvad han skal.

Hjælp til at blive vasket under armene.

Af- og påklædning:

Hjælp til påklædning

Forflytning/mobilitet/lejring:

Går med rollator. Guide B hvor han skal gå hen.

Toiletbesøg/udskillelser:

tømmer kolbe. står ved seng i stuen, ved det lille bord.

Skifte ble. grøn dag lilla aften

Særlig opmærksomhed:

Børge har Alzheimer og skal hele tiden mindes om hvad han skal.

Efter 7-10 dage er det hensigten, at borgeren skal drøftes på et tværfagligt møde, hvor hjemmeplejeteam, visitator, sygeplejerske og rehabiliteringsterapeut deltager. Egentlig visitation med skriftlig afgørelse om hjælp efter SEL §§ 83 eller 83a sker således på baggrund af afklaringsforløbet og altså først efter en kortere periode, hvor borgeren har fået hjælp.

Erfaringerne i Assens, på tværs af visitatorer, planlæggere og udførere, er, at afklaringsforløbet giver den nødvendige fleksibilitet for tilrettelæggelse af hjælpen og mulighed for fagligt skøn i borgerkontakten, hvor det udførende personale løbende kan tilpasse hjælpen til borgerens aktuelle behov uden involvering af visitator, i takt med at borgerens funktionsniveau ændrer sig. Erfaringerne er, at det skaber et bedre og mere informeret grundlag for den efterfølgende bevilling, som giver mere retvisende visitationer fra start. Vurderingen er, at begge forhold bidrager til at reducere tidsforbruget på dialog om revisitationer for de involverede funktioner.

4.2 Bevillinger og kørelister i enkeltydelser med standardtider

Bevillingerne i afklarings-/rehabiliteringsforløb sker i enkeltydelser med tidsangivelser i Kolding, Vejen og Kerteminde, men ikke i Assens, hvor afklaringsforløbet kun består af en vejledende tid på 2 timers hjælp om dagen. Bevilling til varig hjælp sker dog i Assens også i enkeltydelser på interviewtidspunktet (hvor man er i gang med at overgå til et nyt indsatskatalog med bredere indsatser på grund af de udfordringer som beskrives i det følgende).

Når visitator har bevilget hjælp og sendt besked om dette til hjemmeplejen, bliver ydelserne i indsatskatalogerne til minutbestemte ydelser på udførernes kørelister. Det er planlæggerne i hjemmeplejen, der modtager bevillingen og varetager ruteplanlægningen ved at lægge ydelserne ind på en køreliste. Kørelisten er fast og kan bemandes af en social- og sundhedshjælper, ufaglært eller social- og sundhedsassistent (typisk vil kørelisterne være inddelt i hjælperruter og assistentruter og i nogle tilfælde også ruter for ufaglærte). Den består både af ydelser, der skal leveres efter serviceloven (§§ 83, 83 a), og overdragede ydelser, der skal leveres efter sundhedsloven (§ 138). Førstnævnte tildeles af visitator som ovenfor beskrevet. Sidstnævnte fastsættes af sygeplejen, som beskrives i afsnit 4.4.

Boks 4.4 illustrerer et eksempel på et uddrag af en køreliste. Uddraget viser tre borgerbesøg, som er udspecificerede i ydelser med tidsangivelser for hver ydelse, og hvor tid til kørsel og dokumentation er indeholdt i den visiterede tid.

Boks 4.4 Eksempel på køreliste med minutbestemte ydelser

| | |
|---|---|
| 07:00 - 13:00 Arbejdstid | |
| 07:00 - 07:15 Ressourceperson: Morgenmøde Vejtid: 00:00 | |
| 07:15 - 07:47 Vejtid: 00:00 | |
| Personlig pleje | 00:15 støtte omkring personlig hygiejne / af- og påklædning |
| Ernæring | 00:05 Støtte til at komme i gang med at spise / skal nødes |
| Tilberede/anrette mad | 00:05 Anretning og servering af morgenmad, drikkevarer, smøre brød til aften |
| På/aftagning af behandler-/kompressionsstrømpe | 00:05 Hjælp til på/aftagning af behandler-/kompressionsstrømpe samt vurdering af rehabiliterings-potentiale. Vask og hudpleje. Hjælp til fornyelse af strømper. |
| Medicinadministration | 00:02 Øjendråber og give/udlevere medicin. |
| Besøg af TANHM kl. 12:00 | |
| Besøg af RFJ kl. 17:57 | |
| 07:52 - 08:37 Vejtid: 00:00 | |
| Bad | 00:20 Støtte til bad |
| Hverdagens aktiviteter | 00:08 Hjælp til administrative og strukturelle opgaver samt opstart af dagen. Hjælp til læsning af breve. |
| Tilberede/anrette mad | 00:10 opvask, aftørring af borde (køkken og stue) |
| Tøjvask | 00:05 Hjælp til at starte vaskemaskinen (K.P formår selv at hænge op og lægge sammen) - samtidig med andre opgaver i hjemmet. |
| Medicinadministration | 00:02 Udlevere samt hjælpe borger med indtagelse af medicin (forskellige former). |
| Minde hende om at det er onsdag hun skal til stoleygnastik kl 13-14 på Knudepunktet | |
| 08:37 - 08:59 Vejtid: 00:00 | |
| Personlig pleje | 00:10 Støtte til at finde rent tøj frem, bind samt lidt oprydning/optørring efter bad |
| Tilberede/anrette mad | 00:10 Støtte til at finde mad og drikke frem samt til at klare opvask og affaldshåndtering i forbindelse med morgenbesøget |
| Medicinadministration | 00:02 Udlevere medicin til et døgn - lægges på køkkenbordet. |

Bevilling i enkeltydelser (i sammenhæng med aktivitetsstyring – afregning af visiterede ydelser) betragtes af nogle visitatorer, planlæggere og udførere som en fordel i forhold til at understøtte økonomistyring af leverandørerne og i forhold til at sikre ensartethed i udmøntningen af kommunens serviceniveau. Erfaringerne med bevilling i enkeltydelser er også, at det er nemt og hurtigt for planlægger og visitator at justere i hjælpen i omsorgssystemet ved at 'klikke ydelser af og på'. Også udformningen af kørelisterne med minutangivne ydelser bliver af nogle visitatorer, planlæggere og også udførere betragtet som en fordel for de udførende medarbejdere, fordi det er nemt og overskueligt at se, hvilke opgaver der skal udføres. Det illustrerer følgende citater:

Jeg synes, det er rart med enkeltydelser. Det vil være mere tidskrævende at finde ud af, hvad jeg skulle give uden ydelser.

(Udførende social- og sundhedsmedarbejder, Vejen)

Det er lettere for medarbejderne at se, hvad borgeren skal have hjælp til, fordi de kan se, hvad ydelserne hedder. Står der 'udskillelser' – er det noget med toilet eller ble? Det kan man ikke på samme måde med pakker. (Kommunal planlægger, Kolding)

Bevilling i enkeltydelser bliver dog også betragtet som en udfordring på tværs af funktioner og casekommuner. Det gælder generelt, men udfordringen forstærkes ved komplekse borgere og borgere, der udskrives fra sygehus. Det gælder også, når borgerne visiteres til rehabiliteringsforløb, fordi bevillingen også her sker i enkeltydelser med tidsangivelser (om end de bevilges med ekstra tid i forhold til varig hjælp efter SEL § 83). Det skyldes, at den første periode efter udskrivelse rummer en del kompleksitet for de udførende medarbejdere. Særligt de interviewede udførere oplever, at borgerne typisk er dårligere og mere plejkrævende end den tid, der er visiteret/sat af til indsatserne.

Særligt det første besøg ved en nyudskreven borger er komplekst og tager ofte mere tid, end der er visiteret. Ved nye borgere har det udførende personale brug for tid til at lære borgeren og hjemmet at kende for at kunne levere hjælpen, fx finde ud af, hvor vaskekludene er, hvor tøjet er osv. Det kan også være, at de bestilte hjælpemidler ikke passer, eller at der er behov for at tage kontakt til en sygeplejerske i forhold til sygeplejeydelserne. Borger og pårørende kan være usikre og utrygge ved den nye situation og have mange spørgsmål, som det kan være svært at finde tid til at besvare.

Det fremgår også, at bevilling i enkeltydelser med standardtider er en udfordring på mere generelt plan, hvor de ikke altid matcher borgerens individuelle behov. De eksempler, der fremhæves i interviewene, er borgere, der af en eller anden grund er sværere at hjælpe eller er ramt af fysisk eller psykisk sygdom som Parkinsons, sclerose eller demens. For det udførende personale bidrager det til en oplevelse af, at de ikke har tiden til at levere den hjælp, der er behov for – eller at de i hvert fald ikke får visiteret tiden til det. For dem betyder det, at de ikke kan levere hjælpen med den kvalitet, de ønsker, eller at de skal levere mere tid, end der er visiteret (og som de således ikke afregnes for i de tilfælde, hvor hjemmeplejen er aktivitetsstyret, jf. kapitel 2). Oplevelsen er samtidig, at bevilling (og planlægning af kørelister) i enkeltydelser med standardtider efterlader begrænset rum til, at de udførende medarbejdere kan tilrettelægge hjælpen på et fagligt, aktuelt skøn af borgerens konkrete behov.

Det står i modsætning til visitorernes fortællinger om, at deres bevilling af hjælp tager afsæt i en individuel vurdering, også i de tilfælde, hvor der er på forhånd definerede standardtider (enten i kommunens indsatskataloger eller via kommunens omsorgssystem). Det står også i modsætning til princippet om 'gynger og karruseller', hvor det er op til udførerledet at justere den leverede hjælp, hvor nogle borgere i perioder får øget hjælp og andre får mindre hjælp.

De udførende medarbejdere ønsker sig på denne baggrund større og mere rummelige bevillinger generelt, men især til de komplekse borgere og borgere, der udskrives fra sygehus. Forslaget fra Vejen og Kolding er, at borgeren bevilges en bred pakke, som sikrer tilstrækkeligt med indsatser og tid, og som giver mulighed for fleksibelt at nedjustere hjælpen løbende, i takt med at borgers funktionsniveau forbedres (som netop er hensigten med afklaringsforløbene i Kerteminde og Assens).

4.3 Brede og fleksible bevillinger og kørelister

Der er begrænsede, men nogen, erfaringer med bredere bevillinger og mere fleksible kørelister i casekommunerne, som på interviewtidspunktet alle bevilger i enkeltydelser. Det gælder i Assens, der som forberedelse til at overgå til nyt indsatskatalog på forsøgsbasis har erfaringer med bredere bevillinger samt kørelister med besøg frem for ydelser. Det nye indsatskatalog er baseret på brede indsatser med gennemsnitstider for at imødekomme de udfordringer med manglende fleksibilitet i udførerleddet, analysen har beskrevet. I Assens har man også implementeret rammestyring af hjemmeplejen samt et afklaringsforløb med en vejledende tid på 2 timers hjælp om dagen og uden på forhånd definerede indsatser, hvilket interviewpersonernes erfaringer skal ses i sammenhæng med (se afsnit 4.1.2 for beskrivelse af afklaringsforløbet).

Boks 4.5 viser et udsnit af det tidligere indsatskatalog, hvor hver indsats er udspecificeret i enkelte ydelser. Boks 4.6 viser det nye indsatskatalog, der består af bredere indsatser (på FSIII-niveau 2) med en samlet gennemsnitstid pr. uge. Tiden bruges dog reelt set ikke til planlægning, som i stedet tager afsæt i forløbskoordinatorens vurdering under afklaringsforløbet og derefter følges op af teamet i samarbejde med visitator.

Boks 4.5 Eksempel fra Assens Kommunes tidligere indsatskatalog med enkeltydelser

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | Alle former for håndtering af vasketøj – fra snavsetøjskurven til tøjskabet | RH Tøjvask | RH Gå til/fra fælles vaskerum |
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | | RH Tøjvask | RH Lægge tøj på plads |
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | | RH Tøjvask | RH Lægge tøj sammen |
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | | RH Tøjvask | RH Nedtagning af vasketøj |
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | | RH Tøjvask | RH Ophængning af vasketøj |
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | | RH Tøjvask | RH Sortere vasketøj/pakning af vasketøj til vaskeri |
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | | RH Tøjvask | RH Tørretumbling af tøj |
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | | RH Tøjvask | RH Vaske tøj i vaskemaskine |
| §83a - Rehabilitering praktisk hjælp i hjemmet | | | |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | Aktiviteter der foregår fra bord til mund. Alle indsatser der vedrører indtagelse af mad og drikke, hvad enten der er tale om indsats til den egentlig handling at spise eller en indsats, der | Ernæring (fra "bord til mund") | 20% model Støtte/guide til indtagelse mad/væske |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Ernæring (fra "bord til mund") | Støtte/guide til indtagelse af hovedmåltid |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Ernæring (fra "bord til mund") | Støtte/guide til indtagelse af mellemmåltid |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Ernæring (fra "bord til mund") | Støtte/guide til indtagelse af væske |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | Alle administrative og strukturelle opgaver. Det gælder både brevskrivning, hjælp til struktur, hjælp til medicin, hvor der ikke er tale om en | Hverdagens aktiviteter | Støtte/guide til bestilling af tider/transport |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Hverdagens aktiviteter | Støtte/guide til læsning/skrivning af breve/skemaer til offentlig myndighed/madservice |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Hverdagens aktiviteter | Tømme postkasse |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | Alle aktiviteter i forbindelse med forflytning, lejring og vending | Mobilitet | 20% model forflytning |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Mobilitet | 2. hjælper - lille |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Mobilitet | 2. hjælper - stor |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Mobilitet | Forflytning/lejring/vending med eller uden hjælpemidler |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | Alle indsatser relateret til den personlige hygiejne, som fx bad, hårvask, øvre og nedre toilette, af- og påklædning og negleklipning. Inkluderer også af- og påsætning af kropsbårne hjælpemidler (der ikke er omfattet af en sundhedslovsydelse) | Personlig hygiejne | 20% model personlig hygiejne |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Personlig hygiejne | Af/påklædning |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Personlig hygiejne | Bad med hårvask |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Personlig hygiejne | Hjælp til af- og påsætning af personlige/kropsbårne hjælpemidler |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Personlig hygiejne | Nedre Hygiejne |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Personlig hygiejne | Overbrusning |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Personlig hygiejne | Tandbørstning |
| §83 stk. 1 - Personlig hjælp og pleje | | Personlig hygiejne | Øvre hygiejne |

Boks 4.6 Eksempel på Assens Kommunes nye indsatskatalog med brede indsatser

| | |
|---|---|
| Indsatser serviceloven §83 | Indsatser efter servicelovens § 83 gives, når borgeren tilbydes et stabiliseringsforløb |
| § 83 stk. 1, nr. 1 Personlig hjælp og pleje | |
| Ernæring | Aktiviteter der foregår fra bord til mund. Alle indsatser der vedrører indtagelse af mad og drikke, hvad enten der er tale om indsats til den egentlig handling at spise eller en indsats, der sikrer samvær under måltidet |
| Hverdagens aktiviteter | Alle administrative og strukturelle opgaver. Det gælder både brevskrivning, hjælp til struktur, hjælp til medicin, hvor der ikke er tale om en overleveret ydelse, men fordi borgeren ikke selv har fysik til fx at håndtere sine piller, kontakt til myndighedspersoner, familie og venner |
| Mobilitet | Alle aktiviteter i forbindelse med forflytning, lejring og vending |
| Personlig hygiejne | Alle indsatser relateret til den personlige hygiejne, som fx bad, hårvask, øvre og nedre toilette, af- og påklædning og negleklipning. Inkluderer også af- og påsætning af kropsbårne hjælpemidler (der ikke er omfattet af en sundhedslovsydelse) |
| Tilsyn/omsorg | Besøg der ikke er forbundet med en konkret opgave, men handler om at give psykisk støtte og tryk hos borgeren |
| Udskillelser | Alle indsatser relateret til det at gå på toilettet, hvad enten borgeren selv kan, har brug for assistance eller for en erstatning for toiletbesøg i form af bleskift, uridoms skift eller bækken-/kolbetømning |

Erfaringerne fra Assens er, at der følger en øget decentralt ansvar for borgerne og for økonomistyring med brede indsatser og rammestyring, som vurderes positivt af de interviewede. Ifølge interviewpersonerne i hjemmeplejen giver rammestyring et større økonomisk decentralt budgetansvar og større incitament til rehabilitering, som sammen med et større råderum giver plads til at frigive ressourcer til borgere med større behov for hjælp. Erfaringen er også, at rammestyring mindsker presset på planlæggerne om at få planlagt og visiteret tid til at gå op, samt at det giver et mere sandfærdigt billede af økonomien, da denne vil afspejle leveret tid frem for visiteret tid. Vurderingen er på baggrund af de foreløbige erfaringer i kommunen, at bredere bevillinger vil give mere fleksibilitet decentralt til at justere i indsatserne løbende efter udviklingen i borgers behov, hvilket planlæggere og udførende personale tager positivt imod.

Interviewpersonerne forbinder endvidere bredere bevillinger med et øget fokus på borgers mål, ønsker og daglige behov frem for økonomistyring på ydelser. Det skaber bedre rammer for, at udførerne kan bruge deres faglighed i borgerkontakten. Denne oplevelse hænger sammen med forsøg med ny praksis for arbejdstilrettelæggelsen, hvor kørelister planlægges med besøg. Boks 4.7 viser et uddrag af en køreliste fra Assens, som illustrerer planlægning af hjælp efter serviceloven som afklaringsforløb og besøg.

Boks 4.7 Eksempel på køreliste fra Assens Kommune

| | | |
|---|-------|--|
| 08:49-08:55 | | Vejtid: 00:00 |
| Navn, adresse, postnr./by, telefon Aktuel tilstand: Grøn | | |
| Rydde op/vaske op/tømme opvaskemaskine efter måltid | 00:04 | |
| Tømme affaldspose | 00:02 | |
| 08:55-09:19 | | Vejtid: 00:00 |
| Navn, adresse, postnr./by, telefon | | |
| Behandling med ortopædiske hjælpemidler | 00:05 | Feltet må ikke bruges til handlingsanvisning |
| Udlevering af medicin | 00:04 | Feltet må ikke bruges til handlingsanvisning |
| Besøg af TMP kl. 13:00 | | |
| Besøg af HB kl. 16:45 | | |
| Besøg af TP kl. 22:03 | | |
| 09:20-09:30 | | Vejtid: 00:00 |
| Navn, adresse, postnr./by, telefon Almen tilstand: Grøn | | |
| Undersøgelse og måling af værdier | 00:10 | BT |
| Besøg af Carina kl. 8:10 | | |
| Besøg af TP kl. 20:35 | | |
| BT måling x ½ år - obs om der skala-apparat med? | | |
| 09:32-09:37 | | Vejtid: 00:00 |
| Navn, adresse, postnr./by, telefon Aktuel tilstand: Grøn | | |
| Øjendråber/salver | 00:05 | Mod grøn stær |

Blandt udførerne i Assens er bredere bevillinger og fleksible kørelister forbundet med genvunden tillid til deres faglige vurderinger af borgernes behov for hjælp, idet de kan bruge mere tid, når situationen kræver det uden først at skulle "forsvare" det over for visitationen. Det viser eksemplet her:

Det her nye system og slut med minuttyranni... det giver en tillid til, at jeg skal ikke gå hen og forsvare, at jeg bruger den tid ved borgeren. Den tillid har vi fået igen.

(Udførende social- og sundhedsmedarbejder, Assens)

De oplever samtidig, at arbejdet er langt mindre stressende, når kørelisten består af besøg frem for minutbestemte ydelser – også selvom den samlede tid ikke nødvendigvis har ændret sig.

De interviewede visitatorer udtrykker opbakning til retningen, men også bekymringer for øget decentralt ansvar i visitationsprocesserne relateret til økonomistyringen og borgernes retssikkerhed. Det skyldes en bekymring for, at planlæggerne (og på sigt de enkelte teams) i hjemmeplejen vil øge hjælpen, hvis udførerne beder om det, uden at tage afsæt i kommunens serviceniveau. Det vil nemlig ifølge visitatorerne udfordre økonomien og medføre et uensartet serviceniveau på tværs af kommunens områder, hvormed borgerne ikke behandles lige. Det forventer de interviewede planlæggere imidlertid ikke vil være en udfordring, idet de er bevidste om, at hjælpen skal svare til borgerens reelle behov. Det udtrykker de som en opmærksomhed på at "være tro mod kommunen". Planlæggerne og udførerne peger endvidere på, at hjemmeplejens organisering i mindre, faste teams understøtter det (faglige og økonomiske) ansvar, som følger med bredere bevillinger og rammestyring. De oplever, at der er en kultur i de mindre teams, hvor de forholder sig til den tid, medarbejderne bruger ved borgerne, og hvor man kan overtage hinandens besøg for at få andre øjne på borgerforløbet. Det er i henhold til interview med til at sikre, at den bevilgede hjælp er retvisende.

4.4 Sygeplejefaglig udredning efter udskrivelse

Når koordinatoren (eller en af de udkørende sygeplejersker) i sygeplejen modtager plejeforløbsplanen og udskrivelsestidspunktet fra visitationen, lægger hun et besøg ind på en af sygeplejerskernes kørelister. Det første besøg, sygeplejen planlægger, vil oftest være en sygeplejefaglig udredning. Udredningen skal som udgangspunkt foretages inden for 24 timer, efter borgeren er kommet hjem, men i praksis går der ifølge kommunerne ofte længere tid end 24 timer. Ved en sygeplejefaglig udredning vurderer sygeplejersken borgeren inden for 12 sygeplejefaglige problemområder⁹, idet der skal foreligge en udredning, inden sygeplejeindsatser kan iværksættes. I praksis iværksættes indsatserne dog på samme besøg, som sygeplejersken foretager den sygeplejefaglige udredning.

På besøget forholder sygeplejersken sig kun til den del af plejeforløbsplanen, der omhandler sygepleje (og ikke den del, der vedrører hjemmepleje, og som er beskrevet ovenfor). Sygeplejersken vurderer, om indsatserne, der er be-

⁹ Sygeplejefaglig udredning: Ydelsen omfatter en systematisk indsamling og analyse af data om borgers aktuelle og potentielle helbredstilstande inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, tildeling af indsatser, udarbejdelse af handlingsanvisninger og stillingtagen til opgaveoverdragelse. Der skal foretages en sygeplejefaglig udredning, før en (ny) indsats kan iværksættes (FSIII, 2019a).

skrevet i plejeforløbsplanen, er retvisende i forhold til borgerens helbredstilstand, eller om de skal justeres eller afsluttes. Sygeplejersken vurderer også, om nogle indsatser evt. kan varetages af hjemmeplejen som overdraget opgave. I praksis sker det ifølge interviewene dog også, at sygeplejen overdrager indsatser til hjemmeplejen uden først at have udført den sygeplejefaglige udredning.

Sygeplejersken dokumenterer og sender udredningen samt besked om evt. justeringer i ydelserne til koordinatoren i sygeplejen (eller gør det selv, hvis de som i Vejen er selvvisiterende). Koordinatoren vil (evt. vurdere sygeplejerskens beskrivelser og) foretage justeringerne samt planlægge indsatserne på sygeplejerskernes kørelister. De vil sende en avis/opgave til hjemmeplejen, hvis der er sygeplejeindsatser, der skal leveres af hjemmeplejen fremadrettet (i Vejen kræver overdragelse, at der er foretaget afklaring af rehabiliteringspotentiale inden for sygeplejeindsatserne). I dette tilfælde er det sygeplejens opgave at lave handlingsanvisninger til indsatserne og at følge op på indsatsen efterfølgende ved at sætte opfølgningsydelse på kørelisten¹⁰. I hjemmeplejen lander evt. overdragede sygeplejeindsatser hos planlæggeren. Planlæggeren sikrer sig i henhold til interview, at sygeplejen har visiteret den rette tid med indsatserne (det uddybes i afsnit 5.6 om dialog om revisitation), inden indsatserne planlægges på kørelisterne i hjemmeplejen.

4.5 Opsummering



Analysen tager afsæt i et eksempel på et borgerforløb, hvor en borger udskrives til pleje og sygepleje i hjemmet. Kapitlet har vist, at det i tre af fire casekommuner er visitator/udskrivelseskoordinator, der træffer afgørelse om, hvilken hjælp borgeren skal have efter serviceloven, hvilket typisk sker på baggrund af plejeforløbsplanen fra sygehuset og således ikke på baggrund af en fysisk visitationssamtale i borgerens hjem. I to af casekommunerne træffes afgørelsen først på baggrund af et kortere afklaringsforløb.

Ifølge interview bevilger visitator som hovedregel og afhængigt af indsatskatalog enten et rehabiliteringsforløb eller et afklaringsforløb, hvor der er sat ekstra tid af til de ydelser, som borgeren er bevilget og skal rehabiliteres inden for. I alle fire kommuner leveres afklarings-/rehabiliteringsforløbet af social- og sundhedsmedarbejderne i hjemmeplejen i samarbejde med en rehabiliteringsterapeut. I tre af fire kommuner tager bevillingen form som enkeltydelser med tidsangivelser. Hjemmeplejens personale oplever dog, at det er en udfor-

¹⁰ Opfølgning: Ydelsen omfatter en systematisk opfølgning på borgerens helbredstilstande, forventede helbredstilstande og fastsatte mål for indsatser. Det skal vurderes, om der skal fortsættes, ændres, afsluttes eller udredes på ny (FSIII, 2019a).

dring, at de ikke har den fornødne tid til at sætte sig ind i borgerens problemstillinger i forlængelse af en udskrivelse, fordi den hjælp, de er bestilt til at levere, er forholdsvis konkret og specificeret i tidsafgrænsede ydelser. På baggrund af rehabiliteringsterapeuternes og/eller social- og sundhedsmedarbejdernes beskrivelser af borgeren udfører visitator en revisitation og træffer afgørelse om (varig) hjælp.

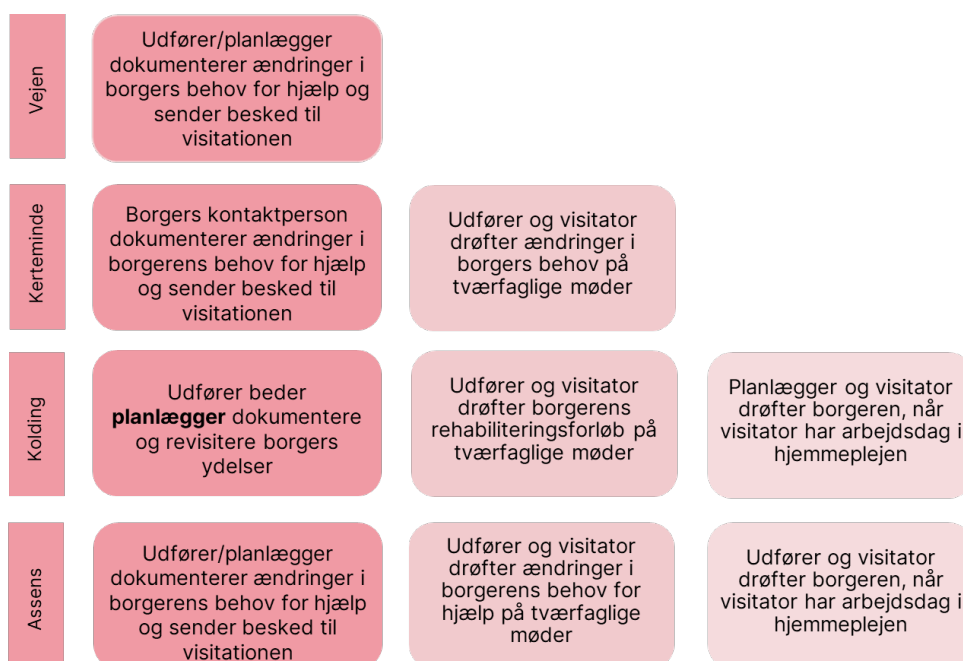
I den fjerde kommune tilbydes nye borgere et kort afklaringsforløb, der består af en forløbstakst med vejledende tid på 2 timers hjælp om dagen. Oplevelsen er, at afklaringsforløbet øger udførernes indflydelse på konkrete indsatser og øger fleksibiliteten i udførernes levering af hjælpen samt skaber et bedre og mere retvisende grundlag for den efterfølgende bevilling og afgørelse om hjælp (efter SEL §§ 83 eller 83a).

Sideløbende med disse visitationsprocesser på servicelovsområdet igangsætter sygeplejen de sygeplejefaglige indsatser, der er ordineret fra sygehus, med en sygeplejefaglig udredning i borgers hjem, der helst skal gennemføres inden for 24 timer efter udskrivelse. Sygeplejen vil overdrage de sygeplejeydelser, som det vurderes, at hjemmeplejen kan levere. Det er i samtlige fire casekommuner planlæggerne i hjemmeplejen, der varetager det konkrete arbejde med at modtage og planlægge de ydelser, som borgeren skal have efter service- eller sundhedsloven, på medarbejdernes kørelister. Det udførende personale i hjemmeplejen leverer de ydelser, der er bestilt af visitator, rehabiliteringsterapeut eller sygeplejerske, og som fremgår af kørelisterne.

5 Efter visitation: Samarbejde og dialog om revisitation

Dette kapitel beskriver processerne omkring revisitation med fokus på samarbejde og dialog mellem visitation og udførerled. Kapitlet skelner ikke mellem, hvorvidt der er tale om revisitationer (hvor borger får nyt afgørelsesbrev) eller op- og nedjusteringer (som ikke kræver ny skriftlig afgørelse) af den bevilgede hjælp¹¹. Kapitlet tager afsæt i de situationer, hvor henvendelsen om revisitation kommer fra de udførende medarbejdere i hjemmeplejen (og ikke fx andre faggrupper eller borgere/pårørende). Figur 5.1 er baseret på interview og illustrerer mulighederne for dialog omkring revisitation i de fire casekommuner.

Figur 5.1 Processer efter visitation med fokus på mulighederne for dialog



¹¹ Ved "mindre, begunstigende justeringer i hjælpen" kan visitationen undlade at lave en ny skriftlig afgørelse til borgeren (VEJ nr 9341 af 08/05/2015, 2015).

5.1 Dokumentation af ændringer i tilstand

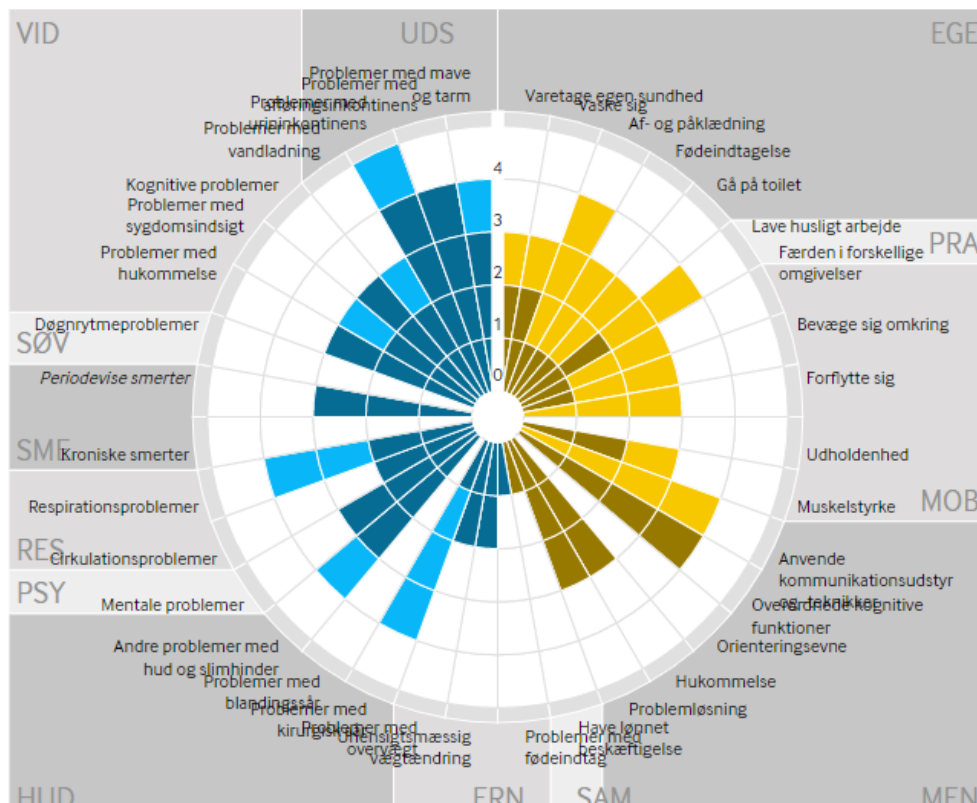
Servicebogen stiller ikke krav om, hvor ofte den hjælp, en borger modtager, skal revurderes, men at leverandøren dokumenterer afvigelser i borgerens funktionsniveau (VEJ nr 9341 af 08/05/2015, 2015)¹². Når det udførende personale i hjemmeplejen observerer et ændret behov for hjælp hos borgeren, er første skridt i processen omkring revisitation altså at dokumentere afvigelserne i borgerens funktionsniveau. Det sker konkret ved at opdatere de funktionsevnetilstande, hvor der er sket ændringer. Som illustreret i Figur 5.1 foregår dette i tilstandshjulet i omsorgssystemet ved at rette i niveauet for tilstanden, som indikerer niveauet af hjælp, samt ved som minimum at klassificere tilstanden. Denne dokumentation kan kommunen vælge at supplere med beskrivelser af vurdering, årsag samt fagligt notat. Dette udgør dokumentationen for udførernes faglige vurderinger af ændringer i borgerens behov for hjælp. Dokumentation af ændringer i borgerens helbredstilstande (efter sundhedsloven) foregår på lignende vis og beskrives i afsnit 5.6.

¹² Udførerne af hjælpen skal "indberette både bedring og forværring i modtagerens funktionsevne", så hjælpen kan justeres efter borgerens aktuelle behov (VEJ nr 9341 af 08/05/2015, 2015). Kommunen kan vælge at sætte en standard for opfølgninger på hjælpen, hvilket kun er tilfældet for en af casekommunerne.

Figur 5.2 Dokumentation af en borgers funktionsniveau, jf. FSIII-metoden

Tilstandshjulet

Den blå farve markerer sundhedslovsydelser, og den gule farve markerer servicelovsydelser. Jo højere et tal fra 0-4, jo større er borgerens behov for hjælp inden for den enkelte tilstand. Derfor viser niveauet for tilstanden niveauet for den indsats, som borgeren har brug for.



Dokumentation af funktionsevnetilstande (efter serviceloven)

Funktionsevnetilstande (inden for servicelovsområdet) består af:

- Tilstandsklassifikation er de 30 funktionsevnetilstande, der er grupperet i fem områder. Obligatorisk.
- Niveau er repræsenteret af et niveau fra 0-4 og dækker graden af selvstændighed/behovet for personassistance. Obligatorisk.
- Vurdering kan anvendes, hvis kommunen ønsker at supplere det udredte niveau med tekst fra definitionen af niveauet. Ikke-obligatorisk.
- Årsag er årsagen til den konkrete tilstand. Kan dokumenteres som fritekst, andre tilstande (funktionsevne- eller helbredstilstand) eller lægeligt stillede diagnoser. Ikke-obligatorisk.
- Fagligt notat kan anvendes til en uddybning af den faglige vurdering ift. borgerens ressourcer eller der, hvor niveauet ikke er dækkende. Kan ligeledes anvendes ved behov for en status eller opsamling på ændringer i den aktuelle tilstand. Ikke-obligatorisk.

Fortsættes...

Den komplette udredte tilstand består af en tilstandsklassifikation, tilstandspræcisering samt evt. et fagligt notat:

| Tilstand | | | | |
|-------------------------|----------------------|-----------|-------|---------------|
| Tilstandsklassifikation | Tilstandspræcisering | | | Fagligt notat |
| | Niveau | Vurdering | Årsag | |

Kilde: Fælles Sprog III Metodehåndbog (FSIII, 2019b)

Ændringerne i tilstandshjulet og de underliggende begrundelser sendes herefter til visitationen (som opgave/besked/advis afhængig af kommunens praksis), hvor visitator vurderer, hvorvidt behovet for ændringer i hjælpen er tilstrækkeligt begrundet til, at de kan foretage justeringen/revisitationen. Derfor er det ifølge planlæggere og udførere afgørende, at denne dokumentation er udført korrekt. Oplevelsen i udførerleddet er i den forbindelse, at dokumentationen af tilstandene skal være skrevet i "et bestemt sprog", dvs. med anvendelse af specifikke faglige termer, førend visitatorerne vil forholde sig til det, og at visitatorerne kan være "meget firkantede" omkring det. Hvis ikke dokumentationen er tilstrækkelig, vil visitator sende en besked retur med afvisning af henvendelsen eller uddybning/omformulering af begrundelserne. Oplevelsen på tværs af de fire casekommuner er imidlertid, at der blandt det udførende personale kan være udfordringer med at løfte denne dokumentationsopgave, hvorfor planlæggerne har en central rolle i dialogen om revisitation. Det uddybes nedenfor.

5.1.1 Udfordringer med dokumentationskompetencer

Interviewene angiver flere årsager til oplevelsen af, at udførerne i hjemmeplejen ikke har tilstrækkelige kompetencer til at dokumentere ændringerne i borgerens tilstand. Fælles for interviewpersonerne i de fire casekommuner er, at det handler om, at FSIII-metoden er kompleks at forstå og anvende, hvilket gør dokumentationsopgaven fagligt og teknisk udfordrende. Det handler ifølge interviewpersonerne også om, at nogle social- og sundhedsmedarbejdere (og ikke mindst den store andel ufaglærte udførere i hjemmeplejen) ikke har de skriftlige forudsætninger for at dokumentere, og at denne udfordring forstærkes af, at visitationen samtidig stiller krav til de faglige termer, tilstandene skal beskrives i.

Ifølge nogle af de interviewede udførere skyldes udfordringerne imidlertid ikke mangel på kompetencer, men at kommunerne ikke prioriterer oplæring til alle medarbejdere (særligt social- og sundhedshjælpere) i at anvende FSIII-metoden og omsorgssystemerne. I henhold til disse interviewpersoner frustrerer det udførerne, som egentlig gerne selv vil varetage dokumentationsopgaven.

I tilknytning hertil er det for udførerne en grundlæggende udfordring at få de konkrete detaljer i de forhold, de oplever ved borgerne, som af en eller anden grund er svære at hjælpe, ned på skrift, fordi det eksempelvis medfører behov for mere tid til at udføre hjælpen på borgerens præmisser. Det viser dette eksempel:

Interviewer: Hvad er svært?

At få beskrevet [borgersituationen]. Jeg kommer ved en borger, og han har alt muligt psykisk. Hvis jeg møder ham på gaden, så skal han ind og have andre sko og sokker på, sådan er det i hans hoved. Så går vi ind og får snakket og ordnet det, vi skal. Så skal jeg have ham med udenfor igen, fordi ellers kommer han ikke til træning, så skal han have de sko på igen. Så kan [visitor] i visitationen godt sidde og tænke: "Kan han ikke bare beholde de sko på?". Men man er nødt til at se hele vejen rundt om borgeren. Jeg er nødt til at skifte de sko for at få det til at fungere for ham. Der kan det at skrive være svært. (Udførende social- og sundhedsmedarbejder, Kerteminde)

De interviewede social- og sundhedsmedarbejdere oplever ofte, at det er netop i de mere komplekse borgerforløb, at den visiterede hjælp ikke er retvisende, og hvor kravet om skriftlighed udfordrer dialogen om revisitation.

Udfordringerne hænger ifølge udførerne også sammen med graden af kontinuitet i borgerkontakten, hvor en lav grad af kontinuitet gør det svært at udføre dokumentationsopgaven tilstrækkeligt, fordi det begrænser kendskabet til den enkelte borger. Manglende kontinuitet udfordrer både det at foretage selve vurderingen af en borger, man ikke kender særlig godt og ikke har vurderet over længere tid, samt det at lave beskrivelsen af borgers funktionsniveau – og dermed begrundelsen for justering/revisitation.

5.1.2 Udfordringer med tid og redskaber til dokumentation

Øvrige forhold, som ifølge interview hæmmer udførernes muligheder for at løfte dokumentationsopgaven, er manglende tid og digitale redskaber. Tiden til dokumentation af afvigelser er indeholdt i den visiterede tid til ydelsen (som for nogle ydelser kan være enkelte minutter). Dertil understøtter de devices,

som tablets og telefoner, udførerne anvender, ikke dokumentationsopgaven, som kræver, at de har en pc til rådighed. Disse udfordringer forstærkes endvidere af de øvrige dokumentationsopgaver, som det udførende personale også skal løfte inden for den visiterede tid. Det viser citatet her:

Det er der, [dokumentation] begynder at blive uoverskueligt for den almindelige medarbejder. Du skal lave TOBS, rette tilstande, døgnrytmeplanen skal opdateres. Så har man 20 minutter med en borger og 1 time på det administrative.

(Udførende social og sundhedsmedarbejder, Kolding)

Som citatet viser, er der flere dokumentationsopgaver for udførerne i hjemmeplejen end det, der handler om at dokumentere ændringer i funktionsniveauet i henhold til justeringer af hjælp efter serviceloven. Som citatet også viser, betyder disse forhold tilsammen, at dokumentationsopgaven, hvad angår revision af servicelovsopgaver, bliver uoverskuelig, hvilket medfører en praksis, hvor udførerne enten bruger den tid, det tager at levere hjælpen uden at få den visiteret, at dokumentationsgrundlaget ikke er tilstrækkeligt til, at visitator kan træffe afgørelse på baggrund af det, eller at dokumentationsopgaven lander på planlæggerens bord, hvilket er (eller har været) det typiske tilfælde i de fire casekommuner.

5.1.3 Intermezzo: Dokumentationskrav og -systemer

Ved interview har VIVE spurgt til oplevelsen af dokumentationskrav og omsorgssystemernes anvendelighed. Oplevelsen på tværs af de medvirkende faggrupper i analysen er, at der stilles mange dokumentationskrav ud over dokumentationen af afvigelse efter serviceloven, herunder også rehabiliteringsforløb. Det gælder dokumentation for udførelse af sygeplejeopgaver, handlingsanvisninger til sygeplejeopgaver, TOBS-skema på sygepleje, døgnrytmeplaner for borgerne og ikke mindst al den kommunikation, der tager form som dokumentation, fordi det foregår via omsorgssystemerne.

Flere interviewpersoner fortæller endvidere, at en stor del af dokumentationen er 'rygdækningsdokumentation' for at sikre sig imod klager fra borgere og pårørende, fx at dokumentere, at borgeren har fået bad, hvis det skulle ske, at borgeren glemmer det, og en pårørende ringer og klager over det manglende bad. Det handler også om kommunikation mellem forskellige udførere om, hvilke indsatser der er leveret under det enkelte besøg, hvilket især er vigtigt, når der er en lav grad af kontinuitet i borgerkontakten.

En anden pointe knytter sig til FSIII og opdelingen i sundhedslov og servicelov, hvor oplevelsen er, at flere indsatser overlapper i ordlyd, og det er en udfor-

dring at skelne mellem, efter hvilken lov indsatsen er visiteret og skal dokumenteres, fx ernæring, som er en indsats efter begge lovgivninger. En anden pointe vedr. omsorgssystemerne er oplevelsen af 'mange klik' i form af flueben, der skal tjekkes af. Det handler dels om bevilling i enkeltydelser, der medfører klik for hvert enkelt ydelse, men også at der skal klikkes af flere steder for at sikre, at alle faggrupper og funktioner på tværs af afdelinger på ældreområdet har samme viden om borgerforløbet.

Det er imidlertid også fælles for de adspurgte medarbejdere, at de samtidig ikke kan pege på, hvilken dokumentation der er unødigt og således vil kunne undværes. De mere konkrete forhold omkring dokumentation har således ikke været muligt at afdække nærmere i forbindelse med denne analyse.

5.2 Planlægger som bindeled mellem udfører og visitator

På baggrund af de beskrevne udfordringer med, at det udførende personale i hjemmeplejen som udgangspunkt selv varetager dokumentationsopgaven, er der (eller har der været) et oplevet behov for et bindeled mellem udførerne og visitationen i alle fire casekommuner. Erfaringerne på tværs af de fire kommuner er, at det ofte vil være nødvendigt, at en medarbejder gennemgår udførernes dokumentationsgrundlag, inden det sendes til visitationen, både i forhold til at sikre, om sproget er korrekt, og i forhold til om vurderingen af borgeren kan fagligt begrundes. I tre ud af fire casekommuner er det typisk planlæggeren, mens det i Assens Kommune tidligere var social- og sundhedsassistenter, der varetog opgaven. I Kerteminde og Assens Kommuner er man ved at bevæge sig væk fra denne arbejdsgang ved at sikre alle udførere i hjemmeplejen oplæring i FSIII-metoden og omsorgssystemet samt ved at øge kontinuiteten i borgerkontakten gennem kontaktpersonsordninger og en organisering i mindre og faste teams.

Oplevelsen på tværs af casekommuner er, at planlæggere og/eller social- og sundhedsassistenter i højere grad kan sikre, at dokumentationen er tilstrækkelig og tilstandene beskrevet korrekt, hvilket som sagt er en forudsætning for, at visitatoren kan foretage justering/revisitation.

Planlæggernes centrale funktion følger yderligere af et hensyn til visitatorerne, som er at sikre én indgang fra visitationen til den enkelte hjemmeplejegruppe. Erfaringen er nemlig, at visitationen modtager mange ikke-relevante henvendelser og anmodninger, hvis alle udførere har direkte adgang til dem. Det skyldes ifølge interviewene, at ikke alle udførere har indblik i, hvilke opgaver der hører under visitationen, og hvilke forhold i borgerkontakten der fagligt kan

begrunde justeringer af hjælpen. Det illustrerer denne dialog mellem to planlæggere:

1: Ja, så ringer de [udførere] nogle gange efter mere hjælp [til borgeren], og så ringer visitator og siger, at det kan de ikke forstå, og de har lige været på re-visitation.

2: Jeg tror visitationen bare gerne vil have en fast kontaktperson. Nogle gange, når vi kontakter visitationen og beder om mere tid, så er der ikke engang dokumenteret ordentligt, så vi kan få den hjælp, vi beder om. Det er pinligt; det er vores eneste arbejde, det er hjælperne og assistenterne, der skal dokumentere. (Planlæggere, Vejen)

Oplevelsen er, at nogle udførere kan have tendens til både at ville opjustere og nedjustere tiden (hvilket bl.a. kan hænge sammen med en lav grad af kontinuitet, hvor en udfører ikke kender borgeren tilstrækkeligt over tid til at kunne vurdere behovet for hjælp). Derudover er det blandt nogle planlæggere, visitatorer og til dels også udførere betragtningen, at dokumentation ikke er en del af udførernes kerneopgave, som blot er at levere opgaver i borgerkontakten.

Den typiske arbejdsgang, hvor dialogen om re-visitation foregår mellem udfører, planlægger/assistent og visitator, altså er (eller har været) fælles for de fire casekommuner. I praksis foregår processerne omkring re-visitation overordnet set enten sådan, at planlæggerne kontrollerer udførernes dokumentation, inden de sender den videre til visitationen; at udførerne giver en mundtlig overlevering, hvorefter planlægger dokumenterer, eller at udfører og planlægger sidder sammen og dokumenterer.

5.2.1 Tidsforbrug på længerevarende, skriftlige dialoger

Erfaringerne er, at henvendelserne om re-visitation ofte bliver til længerevarende dialoger i omsorgssystemerne. Denne dialog forbinder faggrupperne med et højt tidsforbrug, fordi den kan forløbe over flere dage. Vender visitationen tilbage med uddybende spørgsmål, kan planlæggerne i nogle tilfælde selv besvare dem, men i andre tilfælde vil de skulle i kontakt med en af udførerne i borgerforløbet. Derfor kan udførerleddet først reagere, når den konkrete medarbejder er på vagt, og de har mulighed for at tale sammen, eller planlægger skal sende beskeden videre til udfører og efterfølgende kontrollere svaret, inden det går retur til visitator. I nogle af hjemmeplejegrupperne i casekommunerne har man desuden indført telefontid hos planlæggerne, som endvidere begrænser udførernes adgang hertil. Der kan også over tid være flere visitatorer involveret i samme sag, hvilket opleves som et yderligere forsinkende led, fordi de ikke alle har samme kendskab til sagen og/eller borgeren.

Ifølge de interviewede udførere i hjemmeplejen understøtter arbejdsgangene ikke nødvendigvis mere effektive revisitationsprocesser. De oplever i lige så høj grad, at planlæggerne/assistenterne kan være et besværende mellemlid, hvor informationer og detaljer om borgerne går tabt, og hvor ansvaret fjernes fra dem, som kender borgerne. Det fremgår af denne dialog:

1: Jeg synes, mange af vores opgaver bliver ædt af planlægger, og vi får ikke lov at følge det til dørs. Der er et mellemlid, hvor vi taber rigtig meget. Det er dig, der kender de borgere, men hvis jeg skal lave tilstande på [andre medarbejderes borgere]... Det er også et tolkningsspørgsmål...

2: Det er også noget mærkeligt noget med de tilstande, for så skal det skrives i et bestemt sprog. Det er tosset. Det er noget [visitatorerne] har bestemt, ellers skal de skrives om.

(Udførende social- og sundhedsmedarbejdere, Kolding)

Flere udførere, som citatet ovenfor illustrerer, oplever altså, at arbejdsgangene omkring revisitation medfører en devaluering af deres faglighed og forsinket rettidig justering af borgerens hjælp. Også nogle af visitatorerne i analysen oplever denne arbejdsgang som spild af tid. Ifølge dem bør det være de udførere, der er tættest på borgerne, som vurderer, begrundes og dokumenterer behovet for ændringer i hjælpen, således at dialogen kan foregå direkte mellem visitator og udfører. Det skyldes, at planlæggerne ikke har samme kendskab til borgerne som det udførende personale har, mens kendskabet til borgerne samtidig betragtes som en central forudsætning for at udføre dokumentation. Der er imidlertid også eksempler på udførere, der er positive over for planlæggerens funktion som bindeled og kontrollør af deres dokumentation, og som oplever processerne som tilstrækkeligt effektive.

Analysen finder ikke eksempler på, at interviewpersonerne forbinder en tværfaglig organisering, hvor sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter er tættere på social- og sundhedsmedarbejdere med bedre og mere effektiv dialog med visitationen, men der er oplevelser af, at integration af rehabiliteringsterapeuter kan understøtte dokumentationsopgaverne i hjemmeplejen.

5.3 Stor afstand og begrænset adgang

Dialogen og samarbejdet om revisitation udfordres endvidere af den typisk organisatoriske adskillelse af de involverede funktioner, hvor medarbejderne ikke kender hinanden, men samtidig er afhængige af hinanden for at udføre deres roller i borgerforløbene. Oplevelsen i de fire casekommuner er, at der er

(eller har været) stor afstand og begrænset adgang mellem visitation og udførende personale i hjemmeplejen. Afstanden følger af kommunernes organisering af myndighedsfunktionerne i centrale myndighedsafdelinger, men også af kommunernes tilrettelæggelse af arbejdsgange og arbejdsdeling i visitationsprocesserne. Det handler primært om to ting: At dialogen om borgerne foregår igennem en planlægger samt at dialogen foregår skriftligt via omsorgssystemerne. Disse forhold udfordrer samarbejdet mellem funktionerne såvel som oplevelsen af effektive processer omkring revisitation.

Oplevelsen i kommunerne er, at selve organiseringen af bestiller og udfører og de forskellige rollefordelinger har skabt stor afstand mellem visitatorer og udførere. Eksempelvis fortæller visitatorerne i Kolding, at der siden indførelsen af BUM-modellen er blevet opbygget en kultur i kommunen, hvor visitatorerne er "diktatorer" af udførernes arbejde, og hvor der er "lukkede skodder" imellem faggrupperne. Rollefordelingen og den begrænsede adgang har ifølge visitatorerne betydet, at udførerne betragter visitatorerne som "de sure damer inde på kontoret". I Vejen Kommune beskriver visitatorerne sig i tråd hermed som "bussemænd" over for udførerne, når de skal sikre borgeres retssikkerhed og "holde styr på pengekaserner".

BUM-modellen på ældreområdet

BUM-modellen er en visitations- og økonomistyringsmodel, som blev introduceret med fritvalgslovgivningen i 2003. BUM-modellen adskiller følgende:

Bestilleren: Myndighedsfunktioner (fx visitatorer) som vurderer borgers behov for hjælp og udmønter kommunens serviceniveau igennem tildeling af hjælp.

Udføreren: En kommunal eller privat leverandør af praktisk hjælp og personlig pleje, som har ansvar for at levere og dokumentere den visiterede hjælp.

Modtageren: Borgeren, som modtager hjælpen.

Disse oplevelser af samarbejdet følger ligeledes af kravet om skriftlighed i processerne, som fylder meget for alle tre funktioner. I Vejen Kommune, hvor al dialog som udgangspunkt skal ske skriftligt og via planlæggeren, anvender udførere og planlæggere begrebet "forhandling" om dialogen med visitationen. Her er oplevelsen, at det er nødvendigt at "argumentere for at få den hjælp, vi skal bruge". Ligeledes i de øvrige casekom-

muner synes det skriftlige element i dialogen om revisitation at udfordre et effektivt samarbejde mellem funktionerne. Det illustrerer eksemplet her:

Det skriftlige går fuldstændig galt. Selvfølgelig skal vi kunne skrive til hinanden, og vi skal også dokumentere, men det, der flyver frem og tilbage, det fungerer ikke. Det er konfliktoptrappende at skrive frem og tilbage. (Visitor, Kolding)

Foruden de oplevede udfordringer med udførernes skriftlige kompetencer skyldes det ifølge interview også, at visitatorer og udførere kommunikerer i forskellige faglige termer samt har forskellig viden om og perspektiver på indsatserne og borgerne. Som citatet ovenfor viser, er skriftligheden i dialogen i sig selv en kilde til et samarbejde, der er præget af misforståelser og konflikter, som er forbundet med højt tidsforbrug på revisitationsprocesserne, og som yderligere bidrager til at udbygge afstanden mellem faggrupperne. Ikke mindst fordi det fra udførernes perspektiv er en grundlæggende udfordring på skrift at beskrive de konkrete forhold og nuancer, som karakteriserer borgerne og hjemmene, og som har indvirkning på leveringen af hjælpen.

Den store organisatoriske, faglige og relationelle afstand er der et stort ønske om at gøre op med i Kolding, Assens og Kerteminde, som har foreløbige erfaringer med at reducere afstanden og øge adgangen via forsøg med forskellige former for selvvisitation.

5.4 Delvist decentralt organiserede visitatorer

I Kerteminde, Kolding og Assens Kommuner arbejder man aktuelt med at imødekomme de beskrevne udfordringer med stor afstand samt manglende adgang og relationer mellem visitation og udførerled i processerne om visitation. I Vejen er der ikke på interviewtidspunktet iværksat lignende aktiviteter, men kommunen fortæller, at de arbejder på, at visitatorerne i større omfang kommer ud i hjemmeplejegrupperne på tværfaglige møder. Oplevelsen blandt ledere, visitatorer, planlæggere og udførere er generelt set, at man lykkes med det, man gerne vil, og at de eksisterende arbejdsgange fungerer. Adspurgt er de interviewede planlæggere også positive over at få visitatorerne tættere på, da forventningen er, at det vil give bedre fælles forståelse for hverdagen og borgerne samt hurtigere dialog om justeringer af hjælpen.

Blandt de tre øvrige casekommuner er der to eksempler på tiltag rettet mod at skabe et bedre samarbejde mellem visitation og udførerled på servicelovsområdet og på at skabe mere effektive processer omkring revisitation. I Kolding og Assens er der foreløbige erfaringer med, at visitatorerne har fysisk tilstedeværelse decentralt igennem faste ugentlige arbejdsdage i den/de hjemmeplejegrupper, de er tilknyttet. Og i alle tre casekommuner er der foreløbige erfaringer med, at visitatorerne deltager på ugentlige tværfaglige møder i den hjemmeplejegruppe, de er tilknyttet. I Kolding Kommune gælder disse tiltag

også for den private leverandør, som deltager i det projekt, tiltagene indgår som prøvehandlinger i.

Erfaringerne med de to typer tiltag på tværs af de tre casekommuner er enslydende, at en øget decentral organisering af visitatorerne bidrager til bedre samarbejde og mere effektive revisitationsprocesser. To centrale årsager her til er, at dialogen om borgerne foregår direkte mellem visitator og udførende social- og sundhedsmedarbejder, samt at dialogen foregår mundtligt frem for skriftligt. Det fremgår eksempelvis af følgende citat:

Jeg synes, det er skønt. Jeg hujer af det her samarbejde. Jeg får lov at se [visitatorerne]. [...] Det med, at vi ser hinanden i øjnene. Det skrevne sprog er godt, men det med at kunne se mimik og to-nefald gør meget for kommunikation og relationer.
(Udførende social- og sundhedsmedarbejdere, Assens)

Disse forhold betyder endvidere, at faggrupperne har skabt relationer, som påvirker det øvrige samarbejde positivt. Det at tale sammen ansigt til ansigt skaber kendskab til hinanden og hinandens arbejdsopgaver samt forskellige perspektiver på borgerne.

Oplevelsen blandt interviewpersonerne er således, at tiltagene bidrager til at skabe en fælles forståelse og et fælles sprog omkring borgerne. For visitatorerne betyder det, at dialogen i langt mindre grad end tidligere handler om, at udførere beder om "mere tid". Ved at få begrundelserne for bevillingerne fra visitator får de bedre forståelse for afgørelserne, for indholdet af ydelserne og "at man ikke bare kan søge om alt", som en planlægger formulerer det. For planlæggere og udførere betyder det omvendt, at visitatorerne har fået "bedre indblik i minutterne" – altså den betydning, den visiterede tid har for leveringen af hjælpen – samt at visitatorerne har fået bedre indblik i (de konkrete forhold der har betydning for) borgerforløbene.

Tiltagene og erfaringerne hænger sammen med en organisering af visitationen efter hjemmeplejens geografiske områder, hvormed faste visitatorer er tilknyttet enkelte hjemmeplejegrupper – og de borgere, der får hjælp i det område. Kendskab til borgerne giver visitatorerne bedre forudsætninger for at vurdere begrundelserne for ændring i hjælpen og give sparring på borgerforløbene. For udførerne og planlæggerne betyder visitatorernes indblik i borgerne, at de bruger langt mindre tid på at forklare detaljerne i borgerforløbene ved hver anmodning om justering. Det illustrerer dialogen herunder:

1: Det virkede så fjernt. Det var ikke altid, [visitatorerne] havde den der forståelse for de ting, vi bad om.

2: Det var svært at få et ordentligt samarbejde, fordi det var så mange [visitatorer], vi skulle have fat i.

3: Og det hele skulle foregå på skrift. Det er svært at få beskrevet nøjagtigt. Når man snakker, siger de: "Nå, er det bare det?".
(Kommunale planlæggere, Kolding)

De interviewede udførere i Kolding bemærker imidlertid, at deres samarbejde med visitatorerne er uændret, fordi "de sidder oppe med sygeplejerskerne", og dermed oplever de ikke at have direkte samarbejde med dem. For andre af de interviewede udførere er samarbejdet, fx via tværfaglige møder, forbundet med en oplevelse af, at visitatorerne nu udviser større tillid til deres faglighed og vurderinger af borgerne. Når visitatorerne er tættere på hjemmeplejen og borgerforløbene, får de desuden en mere vejledende end bestillende rolle, som også visitatorerne ser positivt på.

Mindre afstand og øget adgang forbinder interviewpersonerne med et reduceret tidsforbrug på processerne omkring revisitation. Alle funktioner oplever at bruge mindre tid på at skrive frem og tilbage via omsorgssystemet. Visitatorerne kan ofte revisitere, mens de deltager på møderne, og planlæggerne oplever, at hurtige justeringer letter deres planlægningsopgave.

Der er dog som følge af ressourceknapheden i visitationen også en opmærksomhed blandt visitatorerne på, at deres deltagelse på møderne og tilstedeværelse i hjemmeplejen skal være relevant for at prioritere det og derfor evt. foregå mere ad hoc. Derudover oplever de fortsat behov for fleksibel arbejdsdeling visitatorerne imellem, herunder at tage opgaver uden for den faste hjemmeplejegruppe, de er tilknyttet. Det skyldes, at nogle hjemmeplejeområder er større end andre, eller har en anden borgertyngde, og nogle visitatorer derfor naturligt vil sidde med flere opgaver.

5.5 Delvis decentralisering af visitationskompetence

I analysen indgår også et eksempel på delvis decentralisering af visitationskompetencen. På interviewtidspunktet er der foreløbige erfaringer med tiltaget i Kolding Kommune, hvor planlæggere i såvel den kommunale hjemmepleje og en privat leverandør af hjemmepleje på forsøgsbasis har fået kompetence til at revisitere udvalgte servicelovsydelser. Boks 5.1 viser, hvilke konkrete ydelser det gælder.

Boks 5.1 Oversigt over ydelser efter servicelovens § 83, som planlæggerne har kompetence til at revisitere i Kolding Kommune

| §83 Personlig hjælp og pleje | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Indsats | Åben for visitation? | Indsats | Åben for visitation? |
| Bad | Nedjustering til | Ekstra ressourcer til særlige behov - Tillæg | Nej |
| Personlig hygiejne 1 | Ja | Indkøbsliste og varebestilling | Ja |
| Personlig hygiejne 2 | Nej | Udbringning af varer | Ja |
| Udskillelser | Ja | Sætte varer på plads | Ja |
| Mad og Drikke | Ja | Enkelt rengøringsopgave | Nedjustering til |
| Mobilitet | Ja | Lille rengøringsopgave med deltagelse | Op- og nedjustering |
| 2. person | Nej | Rengøring med deltagelse | Op- og nedjustering |
| Guidning og praktisk | Nej | Fuld rengøring | Nej |
| Ledsagelse | Nej | Supplerende rengøring | Op- og nedjustering |
| Følgeskab til cafeteria | Ja | Tøjvask i egen maskine | Ja |
| Følgeskab til aktivitetscenter | Ja | Tøjvask i kælder/vaskeri | Ja |
| Støttende besøg | Nej | Tilberede/anrette mad | Ja |
| Ekstra ressourcer til særlige behov | Nej | Madservice | Nej |

I Kolding Kommune foregår processerne omkring revisitation dermed sådan, at det udførende personale henvender sig til planlæggeren, når de observerer et behov for at ændre i den hjælp, som en borger er bevilget. Frem for at involvere visitator i processen kan planlægger nu opdatere tilstandene, foretage justeringer i ydelserne og justere kørelisten herefter i en og samme arbejds-gang. Tiltaget skal ses i sammenhæng med, at planlæggerne kan få sparring fra visitatorerne på deres faste arbejdsdage i hjemmeplejen, og at planlægger og visitator har et ugentligt møde, hvor de gennemgår den forgangne uges re-visitationer, herunder planlæggers vurderinger og begrundelser. Efterfølgende udformer og udsender visitator et afgørelsesbrev til borgeren, hvis justeringen kræver det.

De foreløbige erfaringer med tiltaget er positive blandt de interviewede planlæggere og visitatorer. På interviewtidspunktet har der ikke været nogle re-visitationer, hvor visitator har været uenig i planlæggers vurdering, og der har også kun været eksempler på nedjusteringer af hjælpen – det gælder såvel i den kommunale som den private leverandør. For planlæggerne har tiltaget ikke reduceret tidsforbruget på dialogen om re-visitation, fordi de nu foretager justeringen, hvor de før skulle sende en besked til visitationen. Men de interviewede visitatorer oplever, at den ændrede arbejdsgang i høj grad har medført et reduceret tidsforbrug på dialogen om re-visitation. De fortæller, at de har langt færre opgaver/advis'er i omsorgssystemet end tidligere, og de er meget positive over for ikke at bruge deres tid på at "skrive frem og tilbage om småting", som de udtrykker det. Fælles er en oplevelse af, at processerne omkring re-visitation foregår langt smidigere og mere effektivt end tidligere, hvilket betyder, at borgerne hurtigere bevilges hjælp, der modsvarer (løbende ændringer i) deres behov. For det udførende personale har ændringerne dog ikke gjort den store forskel, da de også før henvendte sig til planlæggeren.

5.6 Dialog med sygeplejen om overdragede sundhedslovsopgaver

Som beskrevet er de fire casekommuner i analysen organiseret med en decentral visitationsmodel på sundhedslovsområdet. Det betyder, at dialogen om re-visitation af overdragede sundhedslovsopgaver foregår mellem hjemmeplejen (oftest planlægger eller udførende social- og sundhedsassistenter) og sygeplejen (enten en central koordinator/visitator eller den ansvarlige udførende sygeplejerske). Disse processer foregår således sideløbende med processerne på servicelovsområdet.

Planlæggerne fortæller, at dialogen ofte starter, når opgaven overdrages til hjemmeplejen, hvor det er planlæggerens opgave at vurdere tiden til ydelsen og lægge ydelserne ind på kørelisterne (ligesom på servicelovsområdet). For planlæggerne i Kolding og Vejen, hvor hjemmeplejen er aktivitetsstyret, og Assens, hvor hjemmeplejen er rammestyret, fylder denne proces meget i hverdagen. De fortæller, at de bruger meget tid på dialogen med sygeplejen om den tid, de visiterer med de overdragede ydelser. Det skyldes en oplevelse af, at sygeplejen ofte visiterer mindre tid, end hjemmeplejen skal bruge til at levere ydelsen. Det er vigtigt for planlæggerne at sikre tilstrækkelig tid til sundhedslovsydelserne, fordi det har betydning for økonomien i hjemmeplejen. Hvis de leverer mere tid, end der er visiteret, medfører det et underskud. Økonomistyringen i sygeplejen kan dog give incitament til at visitere mindre tid, fordi pengene følger med ydelsen over i hjemmeplejen. I Vejen handler det om, at hjemmeplejen har et rammebudget på overdraget sygepleje, som påvirker deres

budget på servicelovsydelser, hvilket ifølge planlæggerne giver incitament til at rehabilitere, men i praksis også til at afvise overdragede sygeplejeopgaver. Uagtet økonomistyringsmodeller på service- og sundhedslovsområdet er oplevelsen blandt planlæggerne, at de skal "forhandle" og "kæmpe" med sygeplejerskerne om den visiterede tid, som de med deres ord oplever "kan finde på at snyde lidt" ved fx at give 2 minutter til en ydelse, som hjemmeplejen i deres optik bør få 10 minutter til. Det er også en udfordring, når denne dialog foregår med koordinatoren i sygeplejen, fordi vedkommende ikke har samme indsigt i borgerne som de udførende sygeplejersker. Derfor oplever de dialogen omkring revisitation af sygeplejeydelser som besværlig og tidskrævende.

Når borgerens behov for sygepleje ændrer sig, fx hvis et sår er helet op, foregår processen ved, at udførerne i hjemmeplejen opdaterer helbredstilstanden i tilstandshjulet (beskrevet for funktionsevnetilstande i afsnit 5.1) og skriver en besked til sygeplejen for at få ændret ydelsen. I nogle tilfælde må social- og sundhedsassistenterne godt selv skrive direkte til sygeplejen, men ifølge interview foregår dialogen ofte via planlæggeren, der altså også fungerer som bindeled mellem udfører og myndighed på sundhedslovsområdet.

I Assens, hvor hjemmeplejen ligesom sygeplejen er rammestyret, har planlæggerne selv mulighed for nedjustere overdragede sygeplejeydelser, hvilket giver fleksibilitet i den løbende justering af hjælpen. Ved behov for opjustering skal de derimod kontakte sygeplejen, da det betragtes som en forværring i borgerens tilstand. De oplever imidlertid lang ventetid i sygeplejen på at få visiteret og afsluttet ydelser. Ifølge planlæggere og visitatorer er det samtidig en udfordring, at visitatorerne fremover er delt op i servicelov og sundhedslov, og at de visitatorer, der har decentral tilstedeværelse i hjemmeplejen, ikke kan visitere efter begge lovgivninger, men kun efter serviceloven.

5.7 Opsummering



Analysen af dialog og samarbejde om justering/revisitation tager afsæt i det eksempel, hvor henvendelsen om behovet for at justere den hjælp, borgeren er bevilget, sker fra det udførende personale i hjemmeplejen. Analysen viser, at denne dialog med visitationen eller sygeplejen typisk foregår gennem planlæggeren i hjemmeplejen. Det skyldes ifølge interviewpersonerne, at de udførende social- og sundhedsmedarbejdere ikke alle har de fornødne kompetencer til at varetage den krævede dokumentationsopgave og den efterfølgende dialog, som foregår skriftligt via omsorgssystemerne.

Oplevelsen på tværs af faggrupperne er, at processerne omkring revisitation er tunge og tidskrævende, hvilket har konsekvenser for borgerforløbene, fordi hjemmeplejen ikke får visiteret den tid og de ydelser, de leverer. Flere af de

udførende social- og sundhedsmedarbejdere ønsker selv at varetage dokumentationen og dialogen med visitationen, såfremt de får tilstrækkelig oplæring i FSIII, tid og devices, der understøtter dette.

Tre af fire casekommuner har foreløbig gode erfaringer med at reducere afstanden og øge adgangen mellem visitator og udførende personale igennem delvis decentral organisering af visitatorer ved hhv. tværfaglige møder og faste arbejdsdage i hjemmeplejen. Erfaringen er, at det sikrer en bedre dialog og gensidig forståelse mellem visitatorer og udførere og reducerer tidsforbruget på dokumentation (i form af kommunikation) – og således at det understøtter mere effektive revisitationsprocesser. Én casekommune er i gang med at gennemføre et forsøg, hvor planlæggeren i kommunal og privat leverandør får kompetence til at revisitere ydelser inden for serviceloven, hvilket ligeledes foreløbig forbindes med mere effektive revisitationsprocesser og reduceret tidsforbrug på skriftlig dialog om justeringer/revisitation.

Endelig viser kapitlet, at også dialogen med sygeplejen (typisk en central koordinator) via omsorgssystemerne om revisitation og justeringer af visiteret tid af overdragede sygeplejeydelser er forbundet med et højt tidsforbrug blandt planlæggerne i hjemmeplejen, der også her fungerer som bindeled mellem udfører og myndighed.

6 Diskussion af udfordringer, muligheder og alternativer

Dette kapitel samler op på de foregående kapitlers beskrivelser af processerne i forbindelse med visitation og revisitation samt de udfordringer og muligheder, der er forbundet hermed. Derefter diskuteres interviewpersonernes ønsker til og perspektiver på alternativer til nuværende visitationsmodeller, herunder adskillelsen mellem bestiller- og udfører-funktionerne.

6.1 Udfordringer

Analysen har beskrevet processerne før, under og efter visitation af indsatser efter serviceloven (§§ 83 og 83a) og til dels sundhedsloven (§ 138) med afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb, hvor en borger udskrives fra sygehus til pleje og sygepleje i hjemmet. Disse processer rummer en del udfordringer for de involverede funktioner (primært er udførende social- og sundhedsmedarbejdere, planlæggere og visitatorer interviewet i forbindelse med analysen).

Udfordringerne starter med en praksis, hvor den første bevilling af hjælp efter borgerens udskrivelse fra sygehus oftest sker som skrivebordsvisitation på baggrund af sygehusets vurdering (plejeforløbsplanen) og ikke på baggrund af et fysisk møde med borgeren. Det bevirker, at bevillingerne ikke altid stemmer overens med borgerens aktuelle funktionsniveau, der også ofte ændrer sig i tiden efter udskrivelsen. Oplevelsen er, at visitatorerne i høj grad bevilger hjælp (og altså træffer individuelle, konkrete afgørelser) på baggrund af andres faglige vurderinger af borgerens behov. Det gælder såvel under udskrivelse som under rehabiliteringsforløb og generelt, hvilket opleves som unødvendigt bureaukratisk, som citatet her illustrerer:

Jeg kan få lyst til at tænke, at der sidder en visitator og trykker på knapper, fordi det har man besluttet, at en assistent eller planlægger ikke må. Det er langt fra alle [borgere], hvor de [visitatorerne] er ude og lave en vurdering. Det er på baggrund af det, medarbejderen skriver, så det er egentlig rent proforma, at visitationen skriver et visitationsbrev. (Rehabiliteringsterapeut, Assens)

De udførende medarbejderne i hjemmeplejen oplever endvidere, at casekommunernes bevillingsstrukturer i enkeltydelser med tidsangivelser ikke tager

højde for den kompleksitet, de første besøg hos en nyudskrevet borger kræver – og heller ikke for øvrige borgere, som kan være svære at hjælpe. Det frustrerer udførerne, som ofte også oplever, at det netop er ved disse borgerforløb, at de skal bruge meget tid på at argumentere for mere tid over for visitationen – dette til trods for, at borgerens funktionsniveau er velkendt og veldokumenteret, fx at de har demens, Parkinsons eller sclerose. Den oplevelse er dialogen herunder et eksempel på.

1: Hvorfor skal jeg dokumentere lang latenstid, når de [visitatorerne] ved, at hun er dement?

2: Det er en del af at være dement.

1: Ja, så man kan tale ud fra vores erfaringer, uden at vi skal til at argumentere. Så vi ikke bruger så lang tid på dokumentation. Jeg ved godt, nogle [udførere] vil have mere tid, men størstedelen vil have tid, fordi der er behov for det. Så de stolede mere på os.

3: Ja, vi har været i faget i så mange år, at vi kender til det.

4: Ja, det er ikke for sjov, at vi skriver [til visitationen].

(Udførende social- og sundhedsmedarbejdere, Vejen)

Når udførerne skal argumentere for behovet for mere tid over for visitationen som i eksemplet ovenfor, ser de det som udtryk for manglende tillid til deres faglige vurderinger af borgerne. Denne argumentation forbinder de ligeledes med stort tidsforbrug på dokumentation. Der er dog også en oplevelse af, at udførerne har begrænset indblik i baggrunden for bevillingerne. Det er ikke gennemskueligt for dem, hvordan visitatorerne kommer frem til at bevilge de indsatser med en tidsangivelse, som de oplever, ikke matcher behovet for hjælp. Udførerne har ofte ikke indblik i 'hvad der udløser det ene og det andet', hvilket udfordrer deres forståelse for bevillingerne og bl.a. kommer til udtryk som frustration over visitatorernes praksis.

De udførende medarbejdere forbinder i høj grad bevillingsstrukturerne med minuttyranniet – at arbejde efter minutiøst planlagte kørelister, der efterlader begrænset rum til fagligt skøn i borgerkontakten, og som ikke levner tid til dokumentation af ændringer i borgerens funktionsevne (eller øvrige dokumentationsopgaver). Det gør, at det udførende personale reduceres fra fagprofessionelle til udførere af ydelser, som visitatorerne i detaljer har bestilt. Opfattelsen er samtidig, at minutiøse kørelister fremmer fokus på ydelser og økonomistyring frem for borgerens daglige behov, hvilket er stressende og fagligt utilfredsstillende for de udførende medarbejdere. Disse medarbejdere er således udfordrede af at have begrænset indflydelse på den hjælp, de skal levere til borgerne. Det gælder processerne under såvel som efter visitation.

En anden udfordring vedrører organiseringen af visitation og udførerled. Afstanden til de centralt organiserede visitatorer er kombineret med en begrænset adgang, hvor henvendelsen – og den evt. efterfølgende dialog – om justeringer i hjælpen sker fra udføreren gennem en planlægger til visitator. Årsagen hertil er en oplevelse af, at det udførende personale ikke har de fornødne kompetencer til fagligt at vurdere, begrunde og dokumentere (ændringer i) en borgers funktionsevne. Kravet om skriftlighed i dokumentationen og dialogen om borgeren udbygger afstanden mellem faggrupperne og er ikke forbundet med effektivt samarbejde og processer omkring revisitation. Snarere forbinder faggrupperne det med et højt tidsforbrug brugt på dialog, der tager form som dokumentation i omsorgssystemerne.

Oplevelsen i casekommunerne er, at disse visitationsprocesser samt arbejdsrettelæggelsen har konsekvenser for medarbejderne i hjemmeplejens trivsel og arbejdsglæde og derved også for udfordringerne med at fastholde og tiltrække arbejdskraft.

6.2 Muligheder

På baggrund af de oplevede udfordringer har interviewpersonerne flere perspektiver på og ønsker til at forbedre processerne omkring visitation og revisitation. Datamaterialet varierer en del, men der ses to gennemgående tendenser:

Den ene handler om at udvikle nye samarbejdsflader og arbejdsgange, der sikrer et tættere samarbejde mellem bestiller og udfører – konkret i form af faste møder og arbejdsdage samt bedre personlige relationer mellem (på den ene side) visitatorerne fra kommunens myndighedsafdeling og (på den anden side) det udførende personale i hjemmeplejen.

Den anden handler om at øge det udførende personales ansvar og faglige skøn i borgerforløbene og indflydelse på den konkrete hjælp, som borgeren er visiteret til, og som de skal levere i det daglige – konkret i form af bredere og mere fleksible bevillinger, ikke mindst til borgere, der udskrives fra sygehus, med fald i funktionsniveau samt mere fleksibilitet i løbende justering af indsatser og tid decentralt. Det skal også understøtte en planlægning med 'besøg' på kørelisterne frem for minutangivne ydelser. Det viser eksemplet her:

Vi har før snakket om det der minutt tyranni, og hvis man kunne komme væk fra det, hvor vi bare kunne sige, at [borger] skal have hjælp, [borger] skal have hjælp, og [borger] skal have hjælp. Dem kører du ned og tager, men du behøver ikke at vide, hvor lang tid du har. Du går ind og ser på borgeren og ser: i dag har du brug for et bad. Det kan godt være du [borger] ifølge planen først skal i bad

torsdag, og det er tirsdag, men du [borger] har brug for det.
(Kommunal planlægger, Kolding)

Hensigten er, at den leverede hjælp i højere grad tager afsæt i udførernes vurdering af borgerens daglige behov frem for de ydelser, som borgeren er visiteret til. Interviewpersonerne i hjemmeplejen peger på to centrale forudsætninger herfor. Det ene er, at en omlægning af arbejdstilrettelæggelsen vil kræve kompetenceudvikling inden for dokumentationsdelen samt tilvænning og kulturændring blandt de udførere, som har vænnet sig til kørelistens stramme rammer. Det illustrerer citaterne her:

Den største gevinst, som jeg ser det, er, at vi går væk fra minuttiranni. Men det kræver virkelig også en kulturændring i vores system, for kollegaerne er skolet til, at "hvis der ikke står, jeg skal tømme affaldspose, så gør jeg det ikke". Det bliver et kulturchok for nogen, og andre siger "det bliver dejligt". (Planlægger, Assens)

Vi skal have lov til at være professionelle, vi kender det jo godt. Men lige pludselig at stå med ansvaret, det er taget fra os, så vi skal lære at tage det tilbage igen.
(Udførende social- og sundhedsmedarbejder, Kolding)

Her er det også et opmærksomhedspunkt, at social- og sundhedshjælper- og assistentgrupperne i kommunerne ofte beskrives som uhomogene kompetencemæssigt, og ikke mindst at en stor del af arbejdskraften i hjemmeplejen består af ufaglærte og vikarer. Det bevirker, at det udførende personale vil have forskellige forudsætninger for at påtage sig mere ansvar.

Den anden forudsætning for øget decentralt ansvar er ifølge det udførende personale en organisering af hjemmeplejen i mindre, faste teams. Det understøtter kontinuitet i borgerkontakten, hvilket øger udførernes kendskab til borgerne. Kendskab til borgeren giver bedre forudsætninger for kritisk at kunne reflektere over en borgers behov for hjælp samt at kunne vurdere og begrunde ændringer i hjælpen. Altså har organisering betydning for udførernes muligheder for at udføre faglige skøn og varetage dokumentationsopgaven i forbindelse med revisitation.

Analysen identificerer flere muligheder for at gentænke nuværende visitationsmodeller og -praksis inden for gældende lovgivning med afsæt i interviewpersonernes (foreløbige) erfaringer med og ønsker til forbedringer af processerne omkring visitation og revisitation (se afsnit 6.4).

6.3 Alternativer

Analysen har også undersøgt interviewpersonernes perspektiver på alternativer til eksisterende visitationsmodeller. Disse handler primært om at øge ansvaret i udførerleddet og at redefinere visitatorrollen.

Nogle af de interviewede udførere i hjemmeplejen har stort ønske om at få mere ansvar for bevillingerne af hensyn til at sikre, at de stemmer overens med behovet i borgerkontakten. Det gælder bl.a. social- og sundhedsmedarbejderne i Kolding og Kerteminde, som udtrykker ønske om i langt højere grad end i dag at definere indholdet af den hjælp, de skal levere til borgeren. Samme perspektiv går igen blandt de (få) interviewede sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter og til dels også visitatorer på tværs af Assens, Kolding og Kerteminde Kommuner. Det samlede argument er, at det er udførerne, der har førstehåndskendskab til borgerne og til leveringen af hjælp til borgerne. Derfor har de det bedste vidensgrundlag for at vurdere, hvilke indsatser borger har behov for, og hvilken tid udførerne skal bruge for at kunne levere hjælpen på borgerens præmisser. Det illustrerer følgende interviewudrag:

Interviewer: Så hvem burde have ansvaret for at kigge på borger i forhold til, hvad der skal visiteres?

1: Dem der kommer i hjemmet.

2: Det skal vi.

3: Hvis man kan få lavet [mindre] teams.

Interviewer: Hvis der er et hjem, der er lidt sværere, og borgeren vil have tre bad om ugen, men jeres faglige vurdering er ét bad om ugen – vil I have det fint nok med at skulle sige det til borgeren?

1: En god dialog, hvor man kan sige: "Det er det, vi kan tilbyde".

2: Vi har de rammer, vi har, det ved de.

Interviewer: Så længe der er et indsatskatalog, og I kan sige, at det her er der mulighed for, så vil I ikke have et problem?

1: Nej, så er det sådan, det er.

4: Hvis de også kan læse det sort på hvidt.

(Udførende social- og sundhedsmedarbejdere, Kolding)

Som interviewudraget illustrerer, vurderer nogle af de interviewede udførere, at de kan være både bestillere og udførere inden for rammerne af et budget

og et serviceniveau. I citatet kan det imidlertid lyde, som om interviewpersonerne sætter skøn under regel eller det udmeldte serviceniveau, hvilket ikke er pointen med at gengive citatet. Pointen er, at det udførende personale qua deres kendskab til borgeren vurderer, at de bør få mere ansvar for at definere, hvilken hjælp borgeren skal bevilges.

De peger bl.a. på en 'visitation til døren-model', som fremgår i eksemplet nedenfor. Her træffer visitator (skriftlig) afgørelse om, hvorvidt borger er berettiget til hjælp eller ej, hvorefter det er det udførende personales ansvar som team at definere indholdet af hjælpen sammen med borgeren:

1: Så vil det være: Mie, har hun brug for hjælp, ja eller nej fra visitator. Og så beslutter vi, hvad hjælpen skal være, med borgeren. [...] Vi skulle have sparringspartnere – det har vi jo allerede. Men som udgangspunkt når man har en uddannelse, så har man også en kompetence til at træffe beslutninger.

Interviewer: Kan i forestille jer nogle udfordringer ved både at bestille og udføre hjælpen?

1: Ja, hvis man træffer en afgørelse om noget, man ikke synes er nødvendigt, og borgeren ikke er enig. Men man skal jo stole på sin faglige kunnen.

2: Også interne uoverensstemmelser [i teamet]. Mit og dit syn er forskelligt. Men afgjort vil det være til det bedre, hvis vi får mere medindflydelse.

Interviewer: Men det lyder ikke, som om I er bekymrede for at være i et hjem og skulle sige, at borgeren ikke kan få hjælp?

1: Det gør vi jo allerede, hvis der er blevet truffet en afgørelse. Vi står på mål.

Interviewer: Så det hjælper ikke, at det er visitators navn der står på papiret?

1: Nej, vi kommer fra kommunen alle sammen.

2: Man kunne selvfølgelig godt tænke, at nogen hjem, hvor relationen er bedre, at der skal hun [borgeren] have hjælp til lidt mere.

1: Men der kan man drøfte det på et holdmøde.

(Udførende social- og sundhedsmedarbejdere, Kerteminde)

Enkelte interviewpersoner peger på, at hvilken faggruppe, der kan lave vurderingen, bør afhænge af det enkelte borgerforløb. Er det fx et stabilt forløb, vil en social- og sundhedsassistent kunne varetage opgaven, mens det ved et komplekst forløb bør varetages af en professionsbachelor forudsat en integreret tværfaglig organisering. Blandt disse interviewpersoner er iagttagelsen altså, at det ikke nødvendigvis kræver en visitator at sikre borgers retssikkerhed inden for de givne rammer, fordi det er udførerne i hjemmene, som har det bedste kendskab til borgerne.

Netop nærheden mellem udfører og modtager er argumentet imod en model, hvor det udførende personale får øget ansvar for bevillingerne. Interviewene rummer flere kritiske perspektiver fra planlæggere, visitatorer og ledere, men også enkelte udførere. Her er perspektiverne, at det udførende personale i hjemmeplejen ikke har forudsætninger for at varetage (en eller anden grad af) visitationsopgaven. Enkelte visitatorer vurderer, at dette også gælder øvrige udførere som sygeplejersker, mens eksempelvis Kertemind på interviewtidspunktet har planer om at kompetenceudvikle rehabiliteringsterapeuterne til at visitere rehabiliteringsforløb.

Forventningen er, at den reducerede armslængde mellem bestiller og modtager vil udfordre et ensartet serviceniveau i kommunen. Ifølge flere interviewpersoner er nogle borgere og pårørende bedre til at stille krav end andre, ligesom nogle hjem er hyggeligere at være i end andre, hvilket ifølge visitatorer – og til dels også udførere – vil betyde, at borgerne ikke er lige stillet. Blandt visitatorerne er betragtningen, at det er armslængden til modtageren, der gør, at de kan træffe nøgterne, individuelle vurderinger. Det fremgår eksempelvis af dialogen her:

1: Det er en borger – det er ikke en klient, patient eller ven. Der er en distance.

2: Der er en distancering, der gør, at man kan være nøgtern.

1: Der er nogle hjem, hvor det som visitator er nemmere komme end andre hjem, men der skal ikke være forskel i det, vi visiterer. De skal have det, de har brug for. Det er konkret individuel vurdering.

3: Det giver god mening, at hvis man kommer i et hjem hver dag, og der er rart at være, så gør man mere. Hvis borgeren er sur, så ikke helt. Der er det nemmere for os.

(Visitatorer, Vejen)

Perspektiverne på udførerne er, som citatet også illustrerer, at de både er tilbøjelige til at ville give mere hjælp, end borger har brug for, og at de er tilbøjelige til at nedjustere hjælpen. Udførerne har i dette perspektiv altså hverken

kompetencer eller objektivitet til at træffe uvildige beslutninger i de hjem, hvor de udfører hjælpen, i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandarder. Det vurderes at have konsekvenser for serviceniveauet og borgers retssikkerhed. Opfattelsen er dog på den anden side af diskussionen, at heller ikke visitatorer kan garantere et ensartet serviceniveau og uvildighed i afgørelserne. Oplevelsen blandt udførere og planlæggere er nemlig vilkårlighed i tildelingen af hjælp, hvor der kan være stor forskel på, "hvilken visitator man får fat i". Det gælder både i forhold til bevilling og efterfølgende justering, hvor nogle borgere kan få mere eller mindre end andre.

Der er dog omvendt også flere interviewpersoner, som ønsker at bløde op for visitatorfunktionen som centralt organiseret bestiller af detaljerede ydelser og ønsker at øge udførernes indflydelse på hjælpen. Betragtningen blandt disse interviewpersoner, herunder fx lederne i Assens og Kerteminde samt til dels visitatorerne i Kolding, er, at der for nuværende er brug for en visitators faglighed og opgaveløsning, men at visitatorerne skal have en decentral placering. Endvidere skal visitatorerne have en anden rolle som koordinatore og sparingspartnere i et tværfagligt team, hvor de *rådgiver* frem for *bestiller*. I Kerteminde er den interviewede leder enig i ændringen i visitatorernes funktionsbeskrivelse, men vurderer det vigtigt, at visitatorerne fortsat er centralt organiserede sammen og ansat under en myndighedsleder af hensyn til armslængdeprincippet og monofagligt miljø.

I forhold til uvildigheden over for kommunale og private leverandører (jf. kravet om frit valg i SEL § 83) spiller det givetvis en rolle for diskussionen af muligheder og alternativer, at kun Kolding Kommune samarbejder med private leverandører på praktisk hjælp og personlig pleje. Kolding er dog samtidig case på, at det godt kan lade sig gøre at sikre konkurrencelighed og behandle leverandørerne lige i mere decentrale visitationsmodeller, idet de har fast tilknyttede visitatorer med decentral tilstedeværelse hos både kommunal og privat leverandør, ligesom også planlæggerne i den private leverandør (der indgår i projektet) har fået kompetence til at revisitere ydelser (se afsnit 5.5).

Størstedelen af de interviewede visitatorer (men ikke alle) har dog svært ved at se sig i en mere decentral rolle med tanke på principperne om armslængde. De udtrykker bekymring for, om de kan bevare armslængden til leverandørerne og modtagerne, når de er decentralt organiserede. Endvidere er de bekymrede for mange andre opgaver end det, der vi ligge i et hjemmeplejeteam, som de også løser som myndighedsfunktion og ikke kun er visitation efter SEL §§ 83 og 83a (se også kapitel 2). I udviklingen mod øget decentral organisering peger de derfor på et behov for monofagligt fælleskab for at understøtte arbejdsdeling, uvildighed i afgørelserne og ensartet serviceniveau på tværs af kommunens hjemmeplejegrupper. Visitatorerne fremfører desuden et yderligere argument, som er, at decentralisering af visitationskompetencen ikke

fjerner, men blot flytter administrationen, herunder opgaven med at udarbejde skriftlige afgørelser baseret på konkrete, individuelle vurderinger.

6.4 Opsummering



Opsummerende er det, som udfordrer interviewpersonerne i casekommuner-nes udførerled, i) at de ikke altid oplever, at den hjælp, som borgeren bliver bevilget, modsvarer borgerens reelle behov for hjælp, ii) at de oplever at skulle bruge meget tid på skriftlig argumentation frem og tilbage om, hvilken hjælp borgeren skal have, og iii) at de ikke oplever at have tilstrækkelig indflydelse på indholdet af den hjælp, de skal levere, og den tid de har fået til det. Her er der igangværende udviklinger i nogle af casekommunerne, bl.a. i forhold til at sikre mere rummelige bevillinger samt et tættere samarbejde mellem visitatorer og (kommunale og private) leverandører af hjemmepleje, der i nogle – men ikke alle – kommuner er organiseret tværfagligt.

Diskussionen af alternativer til eksisterende visitationsmodeller peger primært på i) interviewpersonernes ønsker om, at det udførende personale – forudsat en organisering af hjemmeplejen i faste, tværfaglige teams – får øget indflydelse på at definere indholdet af den hjælp, borgeren bevilges, samt ii) en redefinering af visitatorrollen som rådgiver frem for bestiller. Et egentligt opgør med adskillelsen af bestiller- og udfører-funktionerne – og den model, hvor det er visitator, der træffer beslutning om, hvorvidt en borger er berettiget til hjælp, og hvilken hjælp borgeren skal have – findes ikke i nogen af de medvirkende kommuner. Det fremgår heller ikke at være nødvendigt for den vej, som casekommunerne på interviewtidspunktet gerne vil gå i forhold til at videreudvikle visitationsmodeller og -praksis.

De muligheder, der samlet kan ses på baggrund af interviewpersonernes erfaringer og ønsker til forbedringer på tværs af de fire casekommuner, er samlet i Boks 6.1:¹³

¹³ VIVE går ikke ind i en nærmere analyse af, hvorvidt disse forslag er farbare og hensigtsmæssige eller hvilke organisatoriske ændringer og ressourcetilførsel det i øvrigt vil kræve at implementere dem.

Boks 6.1 Interviewpersoners forslag til forbedringsmuligheder på tværs af de fire casekommuner

- *Flere fysiske visitationssamtaler i borgerens hjem* kan sikre mere retvisende visitationer, ligesom visitator får bedre indblik i borgerne og hjemmet fra start, som fremmer og reducerer dialog om justering i hjælpen.
- *Flere og mere systematiske opfølgingsbesøg i borgerens hjem* er en anden måde at sikre, at hjælpen løbende stemmer overens med borgernes behov og en måde at reducere dialogen om revisitation.
- *Afklaringsforløb til borgeren, der udskrives fra sygehus med bred bevilling*, giver fleksibilitet i, hvilke indsatser og omfanget af indsatserne borgeren modtager samt mulighed for, at udførerne kan vurdere borgerens behov for hjælp i en periode, før der træffes afgørelse. Det øger udførernes indflydelse på bevillingerne og understøtter mere retvisende bevillinger, hvilket kan reducere tidsforbruget på dialog om revisitationer.
- *Brede bevillinger* øger fleksibiliteten i leveringen af hjælpen i borgerkontakten og giver mulighed for decentrale justeringer af hjælpen inden for rammerne af bevillingen. Det kan reducere tidsforbruget på dialog om revisitationer. Dertil vil en mere fleksibel planlægning af pakkerne i besøg frem for ydelserne understøtte udførernes faglige skøn i mødet med borgerne.
- *Visitation til døren* betyder, at visitator vurderer, om borgeren er berettiget til hjælp, hvorefter udførerne i samarbejde med borgerne definerer indholdet af hjælpen. Det øger udførernes indflydelse på hjælpen og faglige skøn, ligesom det øger fleksibilitet i leveringen af denne og decentrale justeringer af hjælpen, hvilket reducerer tidsforbruget på dialog om revisitation.
- *Decentralisering af revisitationskompetence*, så udfører/planlægger kan justere i hjælpen ved at afslutte eller tilføje indsatser. Det sikrer effektive revisitationsprocesser, hvor hjælpen hurtigt justeres til ændringerne i borgerens behov, ligesom det frigiver tid til visitatorerne som følge af reduceret tidsforbrug på dialog om revisitation.
- *Rammestyrt ansvar af hjemmeplejen* understøtter øget decentralt ansvar for den bevilgede hjælp, fx igennem pakkevisitation, visitation til døren eller revisitationskompetence ved at øge det økonomiske ansvar. Erfaringerne er også, at det giver incitament til en tidlig og rehabiliterende indsats – særligt i kombination med integration af rehabiliteringsterapeuter i hjemmeplejen.

Boks 6.1 Interviewpersoners forslag til forbedringsmuligheder på tværs af de fire casekommuner

- *Planlægning af fleksible kørelister* kan ske uafhængigt af (ændringer i) bevillingsstrukturer og vil bidrage til at reducere minuttyranni og øge udførernes faglige skøn i borgerkontakten – særligt i kombination med organisering i mindre teams med faste planer og øget kontinuitet i borgerkontakten.
- *Organisering af visitationen*, så hver visitator er fast tilknyttet en hjemmeplejegruppe og borgerne i det område, hjemmeplejegruppen dækker. Det øger visitatorernes kendskab til udførerne og borgerne, hvilket understøtter samarbejde og effektive revisitationsprocesser.
- *Tværfaglige møder i hjemmeplejen* med deltagelse af visitator minimerer afstanden og skaber adgang mellem visitator og udfører, hvilket reducerer skriftlig dialog i revisitationsprocesser og bidrager til relationsdannelse.
- *Visitatorer har fysisk tilstedeværelse decentralt* i hjemmeplejegruppen en eller flere dage om ugen. Det minimerer afstand og skaber adgang mellem visitator, planlægger og udfører, hvilket understøtter effektive revisitationsprocesser og samt relationsdannelse.
- *Øge udførernes dokumentationskompetencer samt sikre tid og redskaber til dokumentationsopgaven*, så (uddannede) udførere kan tage ansvar for at vurdere, argumentere og dokumentere ændringer i borgerens behov for hjælp, hvilket vil reducere tidsforbruget på dialog om revisitation.
- *Organisering i mindre, faste teams* understøtter øget kontinuitet i borgerkontakten, som fremmer kendskabet til borgeren over tid samt øger ansvarsfølelsen for borgerforløbet. Det giver forudsætninger for, at udførerne kritisk kan reflektere over den visiterede hjælp individuelt og imellem medarbejdere i teamet, samt at de i højere grad kan varetage dokumentationsopgaven i forbindelse med visitation og revisitation.
- *En tværfaglig organisering* af hjemmeplejen, hvor sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter er integreret i hjemmeplejen, som understøtter fagligheden i udførerledet, hvilket skaber forudsætninger for øget ansvar i (re)visitationsprocesser.

7 Konklusion

Formålet med denne analyse har været at beskrive processerne omkring visitation og revisitation på ældreområdet. På den baggrund identificerer analysen udfordringer og muligheder i disse processer og diskuterer mulige alternativer til de nuværende visitationsmodeller, hvor det typisk er centralt organiserede visitatorer, der definerer, hvilken hjælp den enkelte borger skal have af den valgte leverandør.

Alle fire casekommuner er organiseret med en central visitationsmodel på servicelovsområdet og en decentral visitationsmodel på sundhedslovområdet, mens to ud af fire casekommuner forsøger sig med delvis decentral organisering af visitatorerne, der har faste arbejdsdage hos leverandøren, mens en casekommune forsøger sig med delvis decentralisering af visitationskompetencen. Alle fire casekommuner anvender enkeltydelsesvisitation, mens en af casekommunerne er i proces med at overgå til bredere indsatser (på SEL § 83). Hjemmeplejen er i to af casekommunerne rammestyret, og de to andre aktiviteterstyret, mens sygeplejen er rammestyret i alle fire casekommuner.

Analysen har kortlagt processer og arbejdsgange med afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb, hvor en borger udskrives fra sygehus til pleje og sygepleje i hjemmet. Figur 7.1 illustrerer (forsimplet og lineært) processerne omkring visitation og revisitation i de fire deltagende casekommuner.

Figur 7.1 Processer omkring visitation og re-visitation i de fire casekommuner

| | Før visitation | | Under visitation | | | Efter visitation | | | |
|------------|--|--|---|---|--|---|---|---|--|
| Vejen | <p>Visitor modtager plejeforløbsplan, som sendes til sygeplejen og hjemmeplejen samt bestiller evt. APV ved hjemmeplejen</p> | <p>Hjemmeplejen planlægger og udfører APV-besøg og evt. bestilling af hjælpemidler</p> | <p>Sygeplejen planlægger sygeplejefaglig udredning inden for 24 timer</p> | <p>Visitor bevilger et rehabiliteringsforløb på 12 uger (SEL § 83a)</p> | <p>Rehabiliterings-terapeut er tovholder, mens hjemmeplejen udfører hjælpen.</p> <p>Visitor træffer ny afgørelse om hjælp (SEL §§ 83, 83a)</p> | <p>Udfører/planlægger dokumenterer ændringer i borgers funktionsevne og sender besked til visitation</p> | <p>Skriftlig dialog om justeringer/revisitation mellem planlægger og visitor via omsorgssystemet</p> | | |
| Kerteminde | <p>Visitor modtager plejeforløbsplan, som sendes til sygeplejen og hjemmeplejen samt bestiller evt. APV ved hjemmeplejen</p> | <p>Hjemmeplejen planlægger og udfører APV-besøg og evt. bestilling af hjælpemidler</p> | <p>Sygeplejen planlægger sygeplejefaglig udredning inden for 24 timer</p> | <p>Visitor bevilger et afklaringsforløb på 14 uger (SEL § 83a)</p> | <p>Rehabiliterings-terapeut er tovholder, mens hjemmeplejen udfører hjælpen.</p> <p>Visitor træffer afgørelse om hjælp (SEL §§ 83, 83a)</p> | <p>Borgers kontaktperson dokumenterer ændringer i borgers funktionsevne og sender besked til visitation</p> | <p>Skriftlig dialog om justeringer/revisitation mellem borgers kontaktperson og visitor via omsorgssystemet</p> | <p>Dialog mellem udfører og visitor via tværfaglige møder</p> | |
| Kolding | <p>Udskrivelses-kordinator modtager plejeforløbsplan, som sendes til sygeplejen og hjemmeplejen samt bestiller evt. APV ved hjemmeplejen</p> | <p>Hjemmeplejen planlægger og udfører APV-besøg og evt. bestilling af hjælpemidler</p> | <p>Sygeplejen planlægger sygeplejefaglig udredning inden for 24 timer</p> | <p>Udskrivelses-kordinator bevilger et rehabiliteringsforløb på 12 uger (SEL § 83a)</p> | <p>Rehabiliterings-terapeut er tovholder, mens hjemmeplejen udfører hjælpen.</p> <p>Visitor træffer afgørelse om hjælp (SEL §§ 83, 83a)</p> | <p>Planlægger dokumenterer ændringer i borgers funktionsevne og foretager re-visitation</p> | <p>Dialog mellem udfører og visitor via tværfaglige møder</p> | <p>Dialog mellem planlægger og visitor, når visitor har arbejdsdag i hjemmeplejen</p> | |
| Assens | <p>Visitor modtager plejeforløbsplan, som sendes til sygeplejen og hjemmeplejen samt bestiller evt. APV ved hjælpemiddelteam</p> | <p>Hjælpemiddel-terapeut gennemfører APV og evt. bestilling af hjælpemidler</p> | <p>Sygeplejen planlægger sygeplejefaglig udredning inden for 24 timer</p> | <p>Visitor bestiller et afklaringsforløb på 7-10 dage</p> | <p>Forløbskordinator (SSA) varetager afklaringsforløbet.</p> <p>Visitor træffer afgørelse om hjælp (SEL §§ 83, 83a)</p> | <p>Udfører dokumenterer ændringer i borgers funktionsevne og sender besked til visitation</p> | <p>Skriftlig dialog om justeringer/revisitation mellem udfører og visitor via omsorgssystemet</p> | <p>Dialog mellem udfører og visitor via tværfaglige møder</p> | |

Processer før visitation

Når en borger nærmer sig udskrivelse fra sygehus, er det i alle fire casekommuner visitatorer eller udskrivelseskoordinatorer i myndighedsafdelingen, der modtager plejeforløbsplan og advisering om udskrivelse. I det tilfælde, at der skal foretages en arbejdspladsvurdering (APV), inden visitator kan gå i dialog med borgeren om kommunens konkrete tilbud, er det i tre af fire casekommuner hjemmeplejens ansvar. I en af casekommunerne er det i stedet hjælpemiddel-terapeuterne i kommunens myndighedsafdeling, der gennemfører APV'en og evt. bestilling af hjælpemidler.

Visitator *eller* udskrivningskoordinator i samtlige fire casekommuner igangsætter en proces, hvor plejeforløbsplanen sendes til hhv. sygeplejen (hvor visitationskompetencen på sundhedslovsområdet er organiseret) og hjemmeplejen (der leverer ydelser efter serviceloven efter visitation fra kommunens myndighedsafdeling samt ydelser efter sundhedsloven efter overdragelse fra sygeplejen).

Processer under visitation

Visitator træffer i samtlige fire casekommuner afgørelse om, hvilke indsatser borgeren skal have efter serviceloven på baggrund af plejeforløbsplanen. Det er i samtlige fire casekommuner planlæggerne i hjemmeplejen, der varetager det konkrete arbejde med at lægge de ydelser ind i kørelisterne, som borgeren er visiteret til efter både serviceloven og sundhedsloven.

I tre af de fire casekommuner bevilger de som hovedregel enten et rehabiliteringsforløb eller et afklaringsforløb efter SEL § 83a. I disse tre kommuner er rehabiliteringsterapeuterne ansvarlige for at igangsætte og følge op på forløbet, mens det er (nogle steder opkvalificerede) udførere i hjemmeplejen, der leverer ydelserne med et rehabiliterende sigte. I en af casekommunerne bevilges nye borgere et korterevarende afklaringsforløb, der (vejledende) består af 2 timers hjælp pr. dag uden på forhånd definerede indsatser. Forløbet varetages af opkvalificerede social- og sundhedsassistenter. I de to casekommuner med afklaringsforløb udarbejder visitator først en skriftlig afgørelse, efter at borgerens konkrete behov for hjælp er vurderet igennem den periode, forløbet varer.

For såvel rehabiliteringsforløb som kortere afklaringsforløb betragtes det som en fordel, at udførerne har tid til at undersøge, hvad der mere specifikt er borgers behov samt brug for hjælp og støtte, inden der foretages en (varig) bevilling af hjælp – og der sendes et afgørelsesbrev til borger.

Det udførende personale i hjemmeplejen oplever generelt, at det er en udfordring, at de ikke har den fornødne tid til at sætte sig ind i borgerens problem-

stillinger i forlængelse af en udskrivelse, fordi den hjælp, de er bestilt til at levere, er forholdsvis konkret og specificeret i tidsafgrænsede ydelser, fx hjælp til toiletbesøg, hjælp til ernæring osv. Det udfordrer også interviewpersonerne, at de ikke altid oplever, at den bevilgede hjælp modsvarer borgerens reelle behov, herunder at der er en vis vilkårlighed i tildelingen af hjælpen, samt at der er begrænsede muligheder for fleksibelt at tilpasse den bevilgede hjælp i udførerleddet, samtidig med at adgangen til visitationen er begrænset.

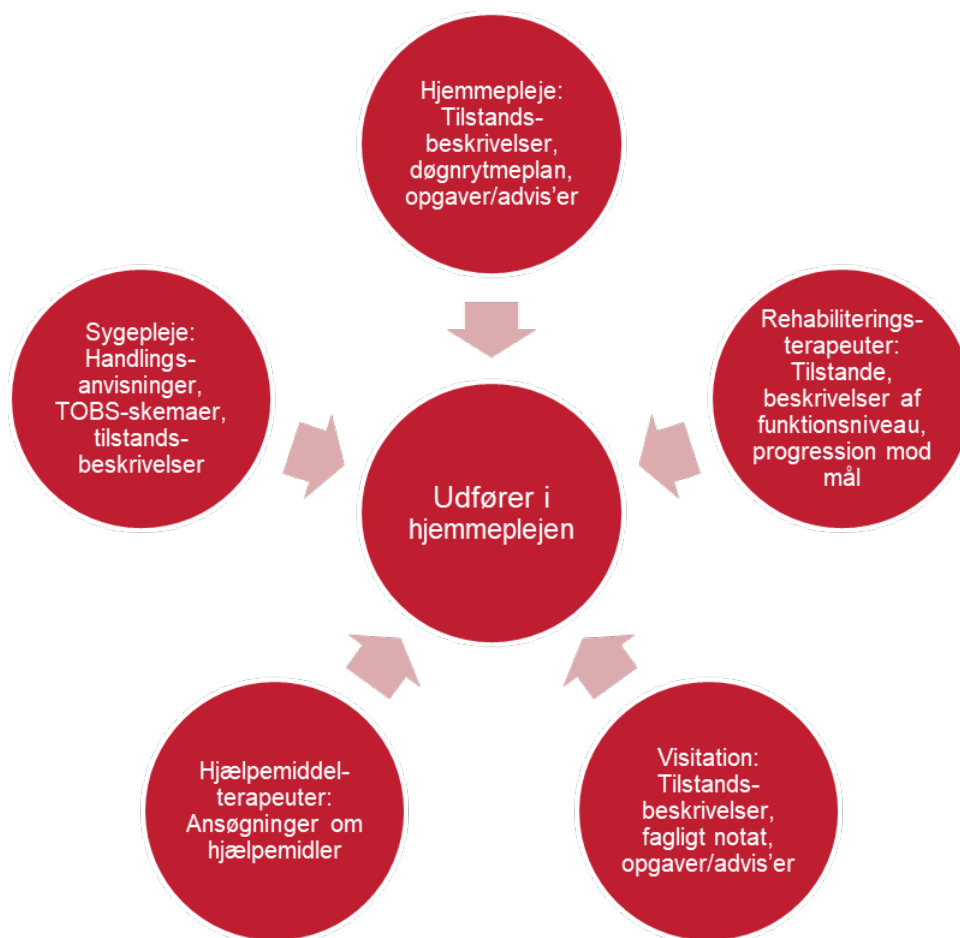
Processer efter visitation

I det omfang udførerne i hjemmeplejen vurderer, at borgerens behov for hjælp ændrer sig, eller at de har brug for mere tid til at levere hjælpen, er det/har det typisk været planlæggeren i de fire casekommuner, der selv eller sammen med udførerne dokumenterer afvigelserne og varetager dialogen med visitationen og/eller sygeplejen. I begge tilfælde stilles krav om skriftlig dokumentation og kommunikation via kommunens omsorgssystem. Udfordringer med at varetage dokumentationsopgaven blandt det udekørende personale i hjemmeplejen, som ikke alle er lært op i at anvende FSIII-metoden, og som ikke alle formår at anvende de faglige termer, så det bliver accepteret af hhv. visitatorer og sygeplejersker, betyder, at de ofte ikke selv varetager dialogen om re-visitiation. Flere af de interviewede udførere ønsker imidlertid selv at få ansvaret for denne del af processen. I to af casekommunerne er man i gang med at oplære udførerne til at varetage dokumentationsopgaven. Der er generelt ønske om at reducere tidsforbruget på dokumentation og skriftlig dialog, hvor det i større omfang er dem selv, der træffer beslutning om, hvilke ydelser borgerne skal have – og hvornår der skal skrues op og ned på tiden.

Parallelle processer

Analysen viser samlet set, hvordan der sker flere parallelle processer omkring visitation på ældreområdet, hvor organisatorisk adskilte funktioner som visitator, men også sygeplejerske, rehabiliteringsterapeut, hjælpemiddeltherapeut og planlægger, spiller en væsentlig rolle i at bestemme, hvad der ender med at stå på den enkelte social- og sundhedsmedarbejders køreliste. Disse faggrupper fungerer som bestillere af ydelser i hjemmeplejen, og de bruger ofte skriftlighed i bestilling og opfølgning. Det skaber et system, hvor personalet i hjemmeplejen i meget vid udstrækning bliver dem, der gør det, de (skriftligt) er blevet bestilt til at gøre, og som de (skriftligt) bedes redegøre for resultatet af i kommunens omsorgssystem, mens bestillerne samtidig i en vis udstrækning træffer afgørelse på baggrund af udførernes vurderinger og beskrivelser. Det illustrerer Figur 7.2.

Figur 7.2 Faggrupper og funktioner, som bestiller ydelser af det udførende personale i hjemmeplejen



Analysen ser derfor perspektiver i at øge integrationen og dermed opnå et tættere tværfagligt samarbejde i hverdagen mellem de involverede faggrupper og funktioner i tværfaglige organiseringer og samarbejdsstrukturer (der til dels er etableret i to af de deltagende kommuner). Perspektivet er, at det kan understøtte mere effektive (re)visitationsprocesser samt reducere dobbeltarbejde og dokumentation i de parallelle processer, der foregår mellem visitation, sygepleje, rehabiliteringsteam, hjælpemiddelteam og planlæggere/det udførende personale i hjemmeplejen.

Foreløbige erfaringer med selvvisitation¹⁴

To ud af fire casekommuner er i gang med at gennemføre forsøg med selvvisitation, hvor visitatorer fra kommunens myndighedsafdeling er fast tilknyttet hjemmeplejegrupper, deltager i tværfaglige møder med de udekørende medarbejdere og har 1-3 arbejdsdage hos leverandøren. En tredje casekommune afprøver ligeledes tværfaglige møder med visitators deltagelse. I disse casekommuner er der foreløbig positive erfaringer med at reducere afstanden og øge adgangen mellem faggrupperne. Det sikrer en bedre dialog og gensidig forståelse mellem visitation og udførerled og mindsker dokumentation i form af kommunikation via omsorgssystemerne (men ikke behovet for skriftlighed som grundlag for afgørelsen). Oplevelsen er, at tiltagene reducerer tidsforbruget til dialog om revisitation og skaber bedre og mere præcise bevillinger, fordi visitatorernes beslutninger er bedre informeret. Omvendt er det fra et myndighedsperspektiv også med til at skabe mindre armslængde og dermed mindre objektivitet – og potentielt mindre ensartethed i sagsbehandling og serviceniveau.

Én kommune er i gang med at gennemføre et forsøg med delvis decentralisering af visitationskompetencen, hvor planlægger hos hhv. kommunal og privat leverandør får mulighed for at revisitere ydelser inden for serviceloven. Der er få, men foreløbig positive erfaringer med dette forsøg. En anden casekommune er overgået fra aktivitetsstyring til rammestyring af hjemmeplejen og er i gang med at gå fra bevilling af enkeltydelse til bevilling af bredere indsatser, inden for rammen af hvilke leverandøren selv kan afgøre, hvilke mere specifikke ydelser der skal leveres. Der er store forventninger – men endnu få erfaringer – med disse aktiviteter.

Perspektiver på alternativer

Casekommunerne og de interviewede ledere og frontmedarbejdere har mange forskellige tanker og perspektiver på mulighederne for at forbedre processerne omkring visitation og revisitation og på alternativerne til adskillelsen mellem bestiller og udfører, hvor den, der bestiller hjælpen i detaljer og definerer rammerne for levering af hjælpen (økonomi og tid), er den, der er længst væk fra udførerne og modtagerne. Perspektiverne centrerer sig omkring, hvorvidt det vil være meningsfuldt og gangbart, at det udførende personale i større omfang træffer beslutning om, hvilke mere konkrete ydelser borgeren skal have inden for rammen af serviceniveauet. Det udførende personale (social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter) og nogle ledere vurderer generelt set godt, at de vil kunne løfte opgaven – forudsat at de får den relevante kompetenceudvikling og sparring. Visitatorerne er mere skeptiske og

¹⁴ Selvvisitation dækker over forskellige former for forsøg med decentrale visitationsmodeller, jf. Sundhedsstyrelsen (2022).

understreger de udfordringer, der er i forhold til manglende objektivitet, armslængde og ensartethed i afgørelserne.

Behov for mere viden

Denne analyse har taget de første skridt mod at skabe mere viden, der skal bidrage til den igangværende og fortsatte udvikling af styringen af ældreplejen hvad angår visitationsmodeller og -praksis. Det kræver imidlertid flere dybdegående og praksisnære studier at pege på, hvorvidt og hvordan de identificerede muligheder og alternativer med fordel kan implementeres i praksis. Herudover ser VIVE et behov for yderligere viden for at kvalificere vidensgrundlaget for nationale og kommunale beslutningstagere på ældreområdet. Behovet er særligt stort inden for følgende områder:

- Afdækning af myndighedsfunktioners organisering, opgaver og kompetencer (herunder visitatorer, hjælpemiddeltherapeuter, udskrivelseskoordinatorer og evt. andre funktioner med visitationskompetence på ældreområdet).
- Afdækning af dokumentationsopgaverne på ældreområdet inden for og på tværs af de bestillende og udførende faggrupper (herunder hjemmepleje, sygepleje, hjælpemidler og rehabilitering).

Litteratur

- Afrapportering fra det rådgivende panel, ekspertgrupper og borgermøder. (2022). En ældrepleje med tid til omsorg. København: Social- og Ældreministeriet.
- BEK nr 344 af 26/03/2013. (2013). Bekendtgørelse om frit valg af leverandør af hjemmehjælp og fritvalgsbevis efter servicelovens § 91 og om kvalitetskrav til leverandører af hjemmehjælp efter servicelovens § 83. Sundhedsministeriet: København.
- Dalsgaard, C.T., Foged, S.K. & Lemvigh, K. (2021). Økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje: Inspiration til kommunerne. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C.T., Kjærgaard, M. & Lemvigh, K. (2020). Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb: Inspiration til kommunerne. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- FSIII. (2019a). Fælles sprog III: Indsatskatalog (sundhedslov) - version 1.6. København: FSIII.
- FSIII. (2019b). Fælles sprog III: Metodehåndbog - version 1.61. København: FSIII.
- FSIII. (2019c). Fælles sprog III: Minimumsdatasæt - version 1.6. København: FSIII.
- Kjellberg, P.K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M.H. & Rasmussen, S.R. (2013). Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Odense: Socialstyrelsen.
- Kjellberg, P.K., Kjellberg, J., Hirani, J.C., Mikkelsen, M., Juel, K., Christensen, J., . . . Bech, M. (2022). Baggrunden for covid-19-udbrud og -dødsfald på plejecentre og i hjemmeplejen i Danmark i perioden januar 2020 – april 2021: Tværgående analyse og besvarelse af opdraget. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J., & Kjellberg, P. (2017). Rehabilitering på ældreområdet: Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen? København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2022). Inspirationsmateriale til forsøg med selvvisitation i ældreplejen. København: Sundhedsstyrelsen.

Thomsen, B.R. (2015). At arbejde i borgernes hjem. København: BAR - BrancheArbejds miljøRådet.

VEJ nr 9341 af 08/05/2015. (2015). Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven: Vejledning nr. 2 til serviceloven. København: Sundhedsministeriet.

Vinge, S. & Topholm, E.H.E. (2021). Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne: En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Yin, R.K. (2014). Case study research: Design and methods (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Bilag 1 Kommunekaraktetika

Bilagstabel 1.1 Casekommunernes karakteristika

| | Kommune- størrelse, areal i km ² | Indbyggertal | Antal ældre 67+ år | Andel borgere 65+ år, der modtager hjemmehjælp | Antal visiterede gennemsnitlige timer pr. uge pr. ældre 65+ år |
|------------|---|--------------|-----------------------|---|---|
| Assens | 511,6 | 40.972 | 8.722 | 11,7 | 1,8 |
| Kerteminde | 206,3 | 24.034 | 5.575 | 11,2 | 2,0 |
| Kolding | 604,4 | 93.161 | 16.079 | 9,4 | 3,0 |
| Vejen | 813,7 | 42.596 | 8.265 | 11,4 | 3,0 |

Anm.: Tabellen inkluderer kun hjemmehjælp omfattet af frit valg/hjemmehjælp i eget hjem. Hjemmehjælpsmodtagere og timer på plejehjem og i plejeboliger er ikke omfattet.

Kilde: ECO nøgletal 2021, 2022, <http://eco.vive.dk/visdata.asp>

Bilag 2 Dataindsamling

Dataindsamlingen består af en forundersøgelse og casebesøg i hver casekommune.

Forundersøgelsen består af desk research, der indsamler og afdækker eksisterende studier af visitationsmodeller på velfærdsområderne, samt interview i en kommune, der har udviklingsaktiviteter på visitationsområdet. Forundersøgelsen bidrager med forforståelse og kvalificering af casebesøgene.

Casebesøg

Der er gennemført casebesøg i hver casekommune i juni og august 2022. Casebesøgene er primært udført fysisk i den enkelte kommune, mens nogle af interviewene er gennemført virtuelt af praktiske årsager. Interviewdeltagerne er udvalgt af den enkelte kommune. VIVE har bestræbt sig på at sikre, at interviewdeltagerne har flere års anciennitet, at de er direkte involveret i (evt.) projekter og med en sammensætning af medarbejdere på tværs af hjemmeplejegrupper for at få en nuanceret beskrivelse af processerne omkring visitation og revisitation.

Hvert casebesøg er indledt med et baggrundsinterview med ledelse/projektledelse, og efterfølgende er der gennemført gruppeinterview med visitatorer, planlæggere og udførere (primært social- og sundhedsmedarbejdere, men også sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter i de tværfagligt organiserede casekommuner) som de centrale funktioner, der er involveret i processerne omkring visitation og revisitation.

Formålet med baggrundsinterviewet er at få kontekstforståelse i form af viden om kommunernes styring, organisering, perspektiver på (alternativer til) visitationsmodellen og evt. projektarbejde. Der er udført i alt 5 interview med 8 ledere/projektledere. Hvert interview har en varighed på 1-1,5 time og er gennemført både virtuelt og fysisk som gruppe- og individuelt interview.

Efterfølgende er der gennemført gruppeinterview med hver funktionsgruppe. Disse interview er tilrettelagt med henblik på at kortlægge og beskrive processerne omkring visitation og revisitation. Derfor tager hvert interview afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb, hvor en borger bliver udskrevet til pleje og sygepleje i hjemmet efter indlæggelse på sygehus. VIVE har bestræbt sig på at tilrettelægge interviewene kronologisk efter denne proces, sådan at interview med visitatorer er efterfulgt af interview med planlæggere og sidst udførere. Interviewene har derudover taget afsæt i en semistruktureret interviewguide med følgende temaer:

- Arbejdsgange omkring visitation og revisitation
- Dialog- og samarbejdsformer
- Oplevelser af samarbejdet mellem myndighed og leverandør
- Oplevelser af tidsforbrug i dialogen mellem myndighed og leverandør
- Perspektiver på alternativer til (organisering af) BUM-modellen.

I enkelte kommuner er der gennemført interview med andre faggrupper/funktioner end de tre mest centrale, hvis det undervejs har vist sig relevant for casen. Derfor er der eksempelvis i Kolding også gennemført interview med udskrivelseskoordinatorer og en planlægger fra privat leverandør, og i Assens er der eksempelvis gennemført interview med visitator på sygepleje.

VIVE har bestræbt sig på at interviewe det samme antal medarbejdere i hver funktion i hver casekommune, men af ressourcemæssige hensyn har det ikke været muligt for alle casekommuner. Det fremgår af Bilagstabel 2.1, der viser antallet af interviewdeltagere inden for hver faggruppe/funktion samt inden for hver casekommune.

Bilagstabel 2.1 Antal interviewpersoner fordelt på faggrupper og casekommuner

| | Ledelse | Myndighed | Kommunal leverandør | Privat leverandør | I alt |
|--------------------|--|--|---|---------------------------------|---|
| Vejen Kommune | Fagchef Myndighedsleder | 3 visitatorer | 5 planlæggere 5 social- og sundhedsmedarbejdere | Ikke muligt pga. fritvalgsbevis | 5 interview |
| Kerteminde Kommune | Souschef | 1 visitator 1 sygeplejekoordinator | 1 planlægger 2 social- og sundhedsmedarbejdere 1 sygeplejerske Frafald 1 rehabiliteringsterapeut | Ikke muligt pga. fritvalgsbevis | 5 interview |
| Kolding Kommune | 1 projektleder | 3 visitatorer 2 udskrivelseskoordinatorer | 3 planlæggere 5 social- og sundhedsmedarbejdere | 1 teamleder/ planlægger | 6 interview |
| Assens Kommune | 1 direktør 1 fagchef 1 projektleder 1 myndighedsleder | 1 visitator (besøgsteam) 1 visitator (koordinationsteam) Frafald 1 visitator | 3 planlæggere 2 social- og sundhedsmedarbejdere 1 rehabiliteringsterapeut | Ikke muligt pga. fritvalgsbevis | 5 interview |
| I alt | 8 ledere/ projektledere | 12 visitatorer | 12 planlæggere 13 udførere | 1 planlægger | 36 interviewpersoner fordelt på 21 interview |

Databehandling- og analyse

Alle interview er optaget elektronisk og er efterfølgende gennemlyttet og transskriberet til et udførligt referat, der holder sig så tæt på interviewdeltagernes udsagn og formuleringer som muligt.

Den transskriberede data er analyseret inden for hver case. For hver case er der beskrevet et borgerforløb med fokus på processerne omkring visitation efter udskrivelse fra sygehus og efterfølgende revisitation. Hver case er dertil analyseret med afsæt i interviewguidens temaer. Disse caseanalyser danner grundlag for den tværgående analyse, der med afsæt i disse processer kronologisk strukturerer rapportens kapitler og går på tværs af de fire cases med henblik på at illustrere ligheder og forskelle i processerne omkring visitation og revisitation.

VIVÉ