

Organisering af BUM- modellen på ældreområdet



Organisering af BUM-modellen på ældreområdet

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-097-9

Projekt: 302249

Finansiering: Notatet er finansieret af Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE

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.



Introduktion

Dette notat er udarbejdet som en delleverance i regi af et trækingsretsprojekt for Social-, Bolig- og Ældreministeriet om organisering af visitation i ældreplejen.

Notatet har til formål at formidle VIVEs viden om visitation og BUM-modeller på ældreområdet set i forhold til faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

Notatet består af følgende afsnit:

- Baggrund om BUM-modellen på ældreområdet
- BUM-modeller og faste, tværfaglige og selvstyrende teams
- Decentrale visitationsmodeller i Nederlandene og Danmark
- Opsummering
- Litteraturliste.

Første version af notatet blev udarbejdet i maj 2022 til internt brug i Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Det er senere opdateret og kvalitetssikret med henblik på udgivelse.

1 Baggrund om BUM-modellen på ældreområdet

BUM-modellen på ældreområdet udspringer af fritvalgslovgivningen fra 2003 og den deraf følgende adskillelse af myndighed og leverandør.

I dette kapitel beskriver vi formålet med fritvalgslovgivningen (afsnit 1.1) samt kravet om adskillelse af myndighed og leverandør i lovgivningen (afsnit 1.2). Vi beskriver herudover organiseringen af myndighedsfunktionen i kommunerne (afsnit 1.3) samt de udfordringer, der opleves af hhv. bestillere og udførere inden for rammen af den nuværende organisering (afsnit 1.4).

Kapitlet er baseret på eksisterende studier og lovgivning om hhv. fritvalgslovgivningen og organiseringen af bestiller-udfører-modellen på ældreområdet (Ankestyrelsen, 2004; Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020; Foged, Topholm og Kjellberg, 2022; Rostgaard, 2017; Socialministeren, 2001; Social- og Indenrigsministeriet, 2002; Sundheds- og Ældreministeriet, 2015; Topholm & Kjellberg, 2023; Vinge & Topholm, 2021).

1.1 Formålet med frit valg

Frit valg af leverandør af personlig pleje og praktisk hjælp for borgere i eget hjem blev indført i serviceloven i 2003. I lovforslaget står følgende om formålet med indførelsen af frit valg: *”Det primære formål med dette lovforslag er at sætte borgeren i centrum og skabe bedre rammer for en ældrepolitisk indsats baseret på kontinuitet, selvstændighed, værdighed og respekt for de ældre og for deres individuelle ønsker og behov”* (Socialministeren, 2001). Politisk var ønsket, at det frie valg skulle forøge brugerautonomi og kvalitet i plejen, reducere udgifterne og mere implicit fremme konkurrenceudsættelse af centrale serviceydelser (Rostgaard, 2017).

Frit valg af leverandør giver borgeren mulighed for at vælge mellem flere leverandører af pleje og praktisk bistand efter servicelovens § 83, men fx ikke rehabiliteringsforløb efter § 83a eller vedligeholdende træning efter § 86 (Ankestyrelsen, 2004). Det står beskrevet, jf. § 91 i serviceloven: *”Kommunalbestyrelsen skal skabe grundlag for, at modtagere af hjælp efter § 83 kan vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf den ene leverandør kan være kommunal”*. Kommunerne skal derfor sikre, at borgeren har et alternativ til den kommunale leverandør ved at 1) indgå kontrakt med to eller flere

leverandører eller 2) tilbyde modtagerne et fritvalgsbevis. Jævnfør § 88 i serviceloven skal kommunalbestyrelsen som myndighed *"træffe afgørelse om til- deling af personlig hjælp og pleje"* ved en *"konkret, individuel vurdering af be- hovet for hjælp til de opgaver, som modtageren ikke selv kan udføre"*. Endvi- dere skal ansøgeren jf. § 89 i serviceloven skriftligt oplyses om den bevilgede hjælp. Kommunen kan eventuelt undlade at fremsende en ny skriftlig oplys- ning ved *"mindre, begunstigende justeringer i hjælpen"*.

1.2 Adskillelse af bestiller og udfører

Ifølge Ankestyrelsen (2004) forudsatte loven om frit leverandørvalg en adskil- lelse af de kommunale myndighedsfunktioner (bestillerne) og leverandørpoga- ver (udførerne) på ældreområdet *"af hensyn til borgernes retssikkerhed, klar- hed om ansvarsfordelingen samt tydeliggørelse af serviceniveauet, de afsatte ressourcer og de truffne afgørelser"* samt hensynet til *"myndighedens habilitet i forhold til leverandørkredsen"* (Ankestyrelsen, 2004).

Af den første vejledning om supplement til vejledning om sociale tilbud til æl- dre m.fl. efter lov om social service fremgår det således også, at *"det er en forudsætning for frit valg og en konsekvens af loven, at der sker adskillelse af de kommunale myndigheds- og leverandørpogaver"* (Social- og Indenrigsmini- steriet, 2002). Adskillelsen af myndighed og leverandør blev på tidspunktet for indførelsen af loven vurderet essentielt af flere grunde:

- 1) For det første, fordi det dermed tydeliggøres over for borgere og kommunalpolitikere, at kommunalpolitikernes fornemmeste pligt er at varetage myndighedsopgaverne i forhold til borgerne i kommunen, at træffe beslutning om tilrettelæggelse og prioritering af de kommunale myndighedsopgaver samt sikre, at beslutninger og afgørelser efterle- ves i forhold til borgerne.
- 2) For det andet, fordi adskillelsen skaber større gennemsigtighed, både om borgernes rettigheder og om de politiske prioriteringer, der er fo- retaget.
- 3) For det tredje, fordi der ved adskillelsen skabes en klar ansvarsforde- ling mellem myndighed og leverandør.
- 4) For det fjerde, fordi sammenhængen mellem serviceniveau, afsatte ressourcer og de reelle afgørelser bliver mere tydelig (Social- og In- denrigsministeriet, 2002).

I den gældende vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven fremgår det at: *"... en klar adskillelse af kommunalbestyrelsens myndighedsfunktion og leverandøropgaver skaber mere gennemsigtighed om borgernes rettigheder og de politiske prioriteringer, der er foretaget i kommunen. Samtidig gøres sammenhængen mellem det fastsatte serviceniveau, afsatte ressourcer og afgørelserne i forhold til borgeren mere tydelig. Endelig skabes en klar ansvars- og opgavefordeling mellem myndighed og leverandører, herunder private leverandører"* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2015).

1.3 Organisering af BUM-modellen i kommunerne

Adskillelse mellem bestiller og udfører har resulteret i centralt organiserede myndighedsafdelinger i kommunerne med visitatorer som bestillerne af ydelser efter serviceloven (Ankestyrelsen, 2004).

Denne typisk centrale og adskilte organisering af myndighedsfunktionen følger af principperne om uvildighed og armslængde i afgørelserne om tildeling af hjælp efter serviceloven, selvom der ikke, jf. serviceloven eller lov om frit valg, er krav om adskillelse på et bestemt organisationsniveau (Ankestyrelsen, 2004).

Myndighedsafdelingernes faggrupper og deres opgaveløsning er opdelt på forskellige måder (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020). Således er visitatorerne i nogle kommuner opdelt efter cpr-numre, mens man i andre kommuner anvender en geografisk opdeling af visitatorerne. I nogle kommuner vælger visitatorerne sager fra en fælles, prioriteret sagsliste, og i andre kommuner arbejdes der i en struktur med fælles sagsstamme, hvor visitatorerne ikke har egne sager (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020).

Der er i henhold til Foged, Topholm & Kjellberg (2022) ca. 1.500 visitatorer beskæftiget på det kommunale ældreområde. Heri indgår de myndighedspersoner, der er beskæftiget med visitation til servicelovens § 83, 83a og 86, men fx ikke de myndighedspersoner, der er beskæftiget med visitation til sundhedslovens § 138 eller servicelovens § 112 og 113. Til gengæld indgår de myndighedspersoner, der er beskæftiget med visitation til plejebolig, hvilket ikke er direkte relevant for drøftelsen af myndighedens organisering af faste, tværfaglige teams på ældreområdet.

1.4 Dialog mellem bestiller og udfører

Myndighed og leverandør har forskellig viden om og forskellige perspektiver på borgerne, samtidig med at de er gensidigt afhængige af hinandens faglighed (Dalsgaard, Kærsgaard & Lemvigh, 2020).

Som konsekvens af armslængdeprincippet har de visitatorer, der er ansat i kommunernes myndighedsafdelinger ikke førstehåndskendskab til, hvordan borgerne rent faktisk reagerer, og hvad de magter i de situationer, hvor hjælpen skal leveres.

Myndigheden er imidlertid ansvarlig for den løbende opfølgning på borgersager – og de skal træffe afgørelse på et tilstrækkeligt oplyst grundlag. De har brug for, at oplysninger om borgeren er ajourførte, og det er derfor leverandørens opgave at sikre, at ændringer i borgerens tilstand løbende dokumenteres og videregives til myndigheden, som herefter revurderer og evt. revisiterer borgeren (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020).

I nogle – men langt fra alle – kommuner er der etableret mere eller mindre systemiseret dialog og samarbejde mellem myndighed og leverandør (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020). Dialogen kan fx bestå i jævnlige, formaliserede møder mellem myndighed og leverandør, hvor fokus er på faglige drøftelser (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020).

Dialogen mellem myndighed og leverandør tager dog typisk form som skriftlig kommunikation (dokumentation) igennem adviser eller opgaver i kommunernes omsorgssystemer.

1.5 Udfordringer i den eksisterende model

VIVEs studier finder en tendens til, at kommunernes organisering af samarbejdet om visitation og revisitation af den bevilgede hjælp opleves som bureaukratisk og tidstung (Topholm & Kjellberg, 2023).

Effektiv og ligeværdig dialog om borgers behov for hjælp er en udfordring de steder, hvor der er stor afstand og begrænset adgang mellem myndighed og leverandør (Topholm & Kjellberg, 2023).

Social- og sundhedsmedarbejdere oplever, at de bruger længere tid på denne dialog i dag end tidligere (Vinge & Topholm, 2021), og også visitatorerne oplever den skriftlige dialog som tidstung og ineffektiv (Topholm & Kjellberg, 2023).

Det er især videns- og perspektivforskellene, som udfordrer dialogen mellem faggrupperne, og som forbindes med unødigt tidsforbrug og dokumentation. I social- og sundhedsmedarbejdernes perspektiv er kommunernes organisering af BUM-modellen et stort problem og en kilde til megen frustration og tid brugt på at "sidde og skrive", "uddybe ned til mindste detalje" og "argumentere" (Vinge & Topholm, 2021).

Medarbejderne i hjemmeplejen oplever det som en væsentlig kompetence at kunne argumentere fagligt – og på skrift i it-systemerne – for mere tid til de opgaver og borgere, de mener, kræver det. Samtidig er en central udfordring, at skriftligheden er en barriere for at dokumentere blandt nogle udførende medarbejdere, hvilket kan medføre misforståelser i dialogen, hvis der ikke er mulighed for mundtlig sparring (Topholm & Kjellberg, 2023; Vinge & Topholm, 2021).

VIVEs seneste undersøgelse af visitationsprocesser på ældreområdet finder, at udfordringer i den eksisterende organisering af visitationsprocesser både er relateret til 1) ufleksible bevillinger i enkelttydelser med standardtider, som ikke altid stemmer overens med borgers reelle behov, 2) begrænsede muligheder for at udøve fagligt skøn i borgerkontakten og tilrettelægge hjælpen efter borgerens aktuelle behov, 3) begrænsede muligheder for at justere i ydelser og tid til ydelser, så den matcher den leverede hjælp samt 4) højt tidsforbrug brugt på formaliseret og skriftlig dialog via omsorgssystemerne (Topholm & Kjellberg, 2023).

Mulighed for udvikling på området ses i form af 1) bredere og mere fleksible bevillinger, 2) (delvis) decentral organisering af visitatorer i form af deltagelse på tværfaglige møder og/eller faste arbejdsdage hos leverandøren, 3) planlægning af kørelister med pakker/besøg frem for ydelser samt iv) organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams (Topholm & Kjellberg, 2023).

I de følgende kapitler udfolder vi de udfordringer og muligheder, der ligger i BUM-modellen set i forhold til en organisering med faste, tværfaglige og selvstyrende teams efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model.

2 BUM-modeller og faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen

VIVE har i perioden fra april 2021 – april 2023 gennemført en række forskellige studier af BUM-modeller i relation til arbejdet med introduktion af faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet.¹

Som led i dette arbejde er der bl.a. gennemført observation og interview med de udførende medarbejdere samt med ledere og medarbejdere i visitationen/visitationerne i tre kommuner, der har fået midler fra Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg til at udvikle indsatsen på ældreområdet ”med Burtzorg-modellen som løftestang” (Kjellberg, 2021, 2023a, 2023b)². Endvidere er der afholdt interview med en række centrale videnspersoner med interesse i udvikling af området, ligesom der er gennemført evalueringer af puljen for faste teams (Buch & Topholm, 2023) og fremfærds udviklingsrum (Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023).

I dette kapitel præsenteres resultatet af VIVEs studier specifikt i forhold til spørgsmålet om reorganisering af BUM-modellen.

2.1 Kommunernes forsøg

Der er store forskelle på de forsøg med udvikling og afprøvning af nye organiseringsformer, der gennemføres inden for rammerne af 1) Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg på ældreområdet, 2) Fremfærdsprojektet nærvær i omsorg samt 3) Socialstyrelsens pulje for faste, tværfaglige og selvstyrende teams (Buch & Topholm, 2023; Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023).

I nogle kommuner introduceres teams, der alene leverer hjemmepleje (personlig og praktisk bistand efter servicelovens § 83) og delegerede sygeplejeydelser (delegerede ydelser efter sundhedslovens § 138).

¹ For et overblik over VIVEs aktiviteter på området henvises til hjemmesiden: <https://www.vive.dk/da/temaer/aeldrepleje/tvaerfaglige-og-selvstyrende-teams/>

² De tre kommuner er: Haderslev, Syddjurs og Ikast-Brande.

I andre kommuner introduceres teams, der både leverer hjemmepleje (serviceloven 83), delegeret og ikke-delegeret sygepleje (sundhedsloven § 138), rehabiliteringsforløb (serviceloven § 83a) samt aktivitet og træning (serviceloven § 86, sundhedsloven § 140). Der er også eksempler på sociale teams (serviceloven § 85) i nogle kommuner.

Mange kommuner har investeret i udvikling af et nyt samarbejde mellem myndighed og leverandør, der involverer, at visitator deltager på ugentlige møder i teamet samt evt. har en eller flere arbejdsdage, hvor de møder ind i teamet og varetager deres arbejde fra denne fysiske lokation.

Enkelte kommuner har også investeret i udvikling af nye modeller for faglig og økonomisk styring som del i deres udviklingsarbejde. Se fx beskrivelserne af udviklingsprojekterne i København, Haderslev, Rudersdal, Syddjurs, Kolding og Assens i VIVEs evalueringsrapporter (Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023; Kjellberg 2023a, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023).

2.2 Pakker og pakkestrukturer

Det er fælles for alle de kommuner, VIVE har haft kontakt med, at borgerne visiteres til teamet via kommunens myndighedsafdeling. Her træffes der afgørelse om, hvilken type hjælp, borgeren er berettiget til – der sendes et afgørelsesbrev – og der foretages en bestilling af hjælp i form af en større eller mindre ydelsespakke, der specificerer, hvilken type hjælp der kan gives, og hvor meget tid der som udgangspunkt kan bruges.³

Der er stor forskel fra kommune til kommune i, om der bevilges hjælp inden for en bred ydelsespakke, der skitserer et overordnet muligt indhold for indsatsen i tilknytning til en overordnet økonomi (eksempelvis en morgenpakke på 45 minutter, der fx kan indeholde ydelser som personlig hygiejne og ernæring), eller om der bevilges hjælp i form af enkeltydelser (eksempelvis personlig hygiejne 30 minutter og ernæring 10 minutter). Hermed er der også forskel på, hvor meget den centrale myndighedsafdeling er involveret i at definere, hvilken form for hjælp der skal leveres.

Det er fælles for alle kommuner, der arbejder med pakker, at pakken efterfølgende ”pakkes op” af leverandøren – konkret ved, at en planlægger gennemgår det skrevne materiale om borgeren og lægger et antal besøg med tilknyttede ydelser ind på social- og sundhedspersonalets køreliste. I de kommuner, der arbejder med enkeltydelser, er det ligeledes planlæggeren, der modtager bestillingen og lægger de bestilte ydelser ind på den enkelte medarbejders

³ Afgørelsen træffes i nogle tilfælde på baggrund af telefonhenvendelser og i andre tilfælde på baggrund af et fysisk besøg og/eller et afklaringsforløb ved leverandøren.

køreliste med et givent antal minutter til at varetage en given mængde opgaver i en given borgers hjem.⁴

Kjellberg (2012, 2023a) har beskrevet denne proces i detaljer, herunder hvordan det skrevne materiale, der er udarbejdet af myndighedsafdelingen i forbindelse med visitationsprocessen, kun eventuelt efterfølgende tilgås af henholdsvis planlæggeren og de udkørende medarbejdere, der i stedet orienterer sig i, hvilken pakke/ydelse der er bevilget, og hvor mange minutter der kan/skal bruges på opgaven set i relation til den enkelte borgers behov.

Social- og sundhedsmedarbejderen går til planlæggeren og beder om mere tid, hvis social- og sundhedsmedarbejderen vurderer, at der ikke er tid nok til besøget, og/eller hvis social- og sundhedsmedarbejderen ikke vurderer, at hans/hendes samlede køreliste hænger sammen (Kjellberg, 2012, 2023a; Topholm & Kjellberg, 2023).

Planlæggeren går i dialog med social- og sundhedsmedarbejderen om, hvorvidt der kan gives mere tid, og justerer eventuelt tiden i det omfang, det er muligt inden for rammen af pakken (Kjellberg, 2012, 2023a; Topholm & Kjellberg, 2023). I det omfang det ikke er muligt, kan planlæggeren gå i dialog med visitator om muligheden for at bevilge mere tid – hvilket i givet fald både skal være skriftligt velbegrundet og begrundet i kommunens overordnede ramme for bevilling af hjælp i hjemmet (Kjellberg, 2012, 2023a; Topholm & Kjellberg, 2023).

Nedenfor listes nogle af de mest væsentlige pointer vedrørende samarbejdet mellem bestiller og udfører fra VIVEs tidligere studier af rehabilitering på ældreområdet:⁵

- Observationsstudier gennem 10-15 år viser, at der decentralt fra ledelsen i hjemmeplejen kan blive lagt pres på planlæggeren for at bruge hele pakken og således sikre, at den fulde økonomi anvendes (Kjellberg, 2010, 2012, 2021; Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011; Kjellberg et al., 2013; Madsen et al., 2014).
- Observationsstudier gennem 10-15 år viser, at der er større tilskyndelse for de udførende medarbejdere til at justere de planlagte besøg i opadgående retning end i nedadgående retning, da det giver dem en "buffer" i det daglige arbejde, som kan anvendes i tilfælde af uforudsete hændelser (fx en borger, der er faldet), samt i tilfælde af, at kolleger har brug for hjælp (medarbejdere med god tid på kørelisten kan træde til og hjælpe

⁴ Systemet giver information om gennemsnitstider, der i mange tilfælde opleves som bindende af de udførende medarbejdere. Se Kjellberg (2023a) for en nærmere beskrivelse af dette, og hvordan det medfører, at en principielt set rummelig pakkemodel i praksis kan opleves som meget begrænsende af de udførende medarbejdere, der sidder med planlægning og udfører opgaven i leverandørledet.

⁵ For en samlet beskrivelse af KORAs (nu VIVE) studier om rehabilitering på ældreområdet genvises til Petersen et al. (2017).

kolleger, der har svært ved at nå deres arbejde) (Kjellberg, 2010, 2012, 2023a, 2023b; Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011; Kjellberg et al., 2013; Madsen et al., 2014).

- Et studie af rehabilitering til alle borgere i hjemmeplejen finder, at hjælpen bliver mere præcis, når den revurderes hver tredje måned af en sygeplejerske eller terapeut, der deltager på et besøg i borgerens hjem, taler med borgeren, de pårørende samt social- og sundhedspersonalet og efterfølgende konkret gennemgår, 1) hvad der skal leveres, 2) hvilket tidsforbrug der er brug for, og 3) hvordan bevillingen derfor skal tilpasses (Kjellberg et al., 2013).
- Studier af rehabilitering på ældreområdet finder samtidig, at myndighedsafdelingerne oplever et behov for at sætte ind med mere opfølgning i forhold til at sikre, at den hjælp, der gives, matcher borgerens aktuelle behov – men at det sjældent er noget, de oplever, at de har tilstrækkeligt med tid til. Det betyder – i henhold til myndighedsafdelingerne – at borgerne i nogle tilfælde får hjælp, som de ikke længere har behov for, fx på området for praktisk bistand (Kjellberg, 2010, 2012; Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011; Kjellberg et al., 2013; Madsen et al., 2014).

2.3 Manglende selvbestemmelse

VIVEs foreløbige studier af faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet viser, at bevillingsmodellen i flere kommuner opleves at stå i vejen for at tilrettelægge indsatsen smidigt og med afsæt i borgerens behov (Kjellberg, 2023a, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023).

Det gør den bl.a., fordi det ikke er de udførende medarbejdere – i teamet – der selv kan træffe beslutning om, hvilken hjælp borgeren skal have (Kjellberg 2023a, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023).

Det kan de, hvad angår sygepleje, hvor medarbejderne ofte er selvvisiterende.⁶ Men det kan de ikke, hvad angår hjemmepleje (serviceloven § 83), og typisk heller ikke, hvad angår aktivitet og træning (serviceloven § 86, sundhedsloven § 140), rehabiliteringsforløb (serviceloven § 83a) og hjælpemidler (serviceloven § 112, § 113).

Den manglende selvbestemmelse i forhold til tilrettelæggelse af indsatsen i borgerens hjem betyder noget, fordi den tager tid og motivation fra de udførende medarbejdere og i mange tilfælde forsinker indsatsen i borgerens hjem

⁶ Se dog Dalsgaard, Foged & Lemvigh (2021) og Kjellberg (2021) om introduktionen af BUM-modeller på sygeplejeområdet.

(Kjellberg, 2023a, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023). For sygeplejerskerne i de tværfaglige teams er det den lette del af jobbet, der består i at udrede problemstillingen og træffe aftale med borgeren om, hvad der skal ske, og hvad de vil gøre for at hjælpe og få borgeren på højkant igen. De er også vant til at lave den sygeplejefaglige dokumentation i omsorgssystemet. Men de oplever det hverken som let eller meningsfuldt at tage dialogen med myndigheden, om der kan bevilges mere tid – eventuelt bare i en periode – samt med hjælpemiddeltherapeuterne, om borgeren kan få et ekstra hjælpemiddel. Særligt i de situationer, hvor myndigheden beder om uddybende begrundelser for at give mere tid, og den ekstra tid/det ekstra hjælpemiddel ikke bare lige kan bevilges, opleves det som opslidende og som en barriere for, at borgeren får den hjælp, som han eller hun har brug for (Kjellberg, 2023a, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023).

Nogle kommuner har indført faste, ugentlige møder mellem myndigheden og de udførende medarbejdere med henblik på at lette og smidiggøre dialogen (Buch & Topholm, 2023; Kjellberg, 2023a, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023; Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023).

VIVEs foreløbige studier peger på, at det kan være med til at skabe en større forståelse parterne imellem og hermed til at sikre en mere smidig beslutningsproces (Buch & Topholm, 2023; Kjellberg, 2023a, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023; Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023). De peger også på, at det kan medvirke til at gøre hjælpen mere præcis, idet der er en forbedret løbende dialog om borgerens behov og dermed et forbedret beslutningsgrundlag for myndigheden i forhold til, hvilken hjælp der skal tildeles (Buch & Topholm, 2023; Kjellberg, 2023a, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023; Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023).

Krav om myndighedsgodkendelse forud for igangsættelse af fx et § 83a-forløb opfattes samtidig som en udfordring. Det betyder, at terapeuterne skal vente op til en uge med at sætte ind i et hjem, hvor udfordringen er der her og nu, og hvor forskning om effekten af rehabilitering viser, at det gør en forskel, om der sættes ind med det samme (Kjellberg & Ibsen, 2012).

Ligeledes er det i mange kommuner fortsat visitator, der skal oprette og afslutte ydelser i systemet – og som skal træffe afgørelse om afslutning af forløb. Det medfører både, at visitatorerne bliver flaskehalse, og at der fortsat er krav til de udførende medarbejdere om at tilvejebringe den fornødne skriftlige dokumentation, for at visitator kan gennemføre de ønskede ændringer (Kjellberg, 2023b; Topholm & Kjellberg, 2023).

2.4 Dokumentation i flere systemer

De systemer, der er udviklet til at dokumentere indsatsen, er samtidig udviklet på en måde, så de møder lovkravene – og de forskellige trends og tendenser – der ses på forskellige delområder. Konkret er der ét modul, der er udviklet til sygeplejen, og ét modul, der er udviklet til hjemmeplejen. Sygeplejen bevæger sig alene inden for deres modul – og de er på udebane, når de opfordres til at tage ansvar for den faglige ledelse af borgerforløb og således også tage ansvar for, hvad der leveres på hjemmeplejedelen. De terapeuter, der er ansat i eller tilknyttet teamet, er dygtige til at dokumentere inden for rammerne af hjemmeplejemodulet og kan kompetent vejlede hjælperne. Mange ting figurerer imidlertid flere steder, og det er et åbent spørgsmål, om der både skal dokumenteres på serviceloven og sundhedsloven for en given borger, når der fx sættes ind med en indsats i forhold til ernæring, som indebærer, at borgeren får støtte til mad i en periode, og der både er brug for, at sygeplejerskerne og social- og sundhedspersonalet forholder sig til og tager ansvar for indsatsen.

I forhold til et overordnet rehabiliteringsperspektiv⁷ er der desuden ikke noget i systemerne, der understøtter indsatsen. Det, der beskrives, beskrives fragmenteret, og borgerens funktionsevne vurderes fx for hver enkelt tilstand og ikke samlet set i hjemmeplejemodulet. Det samlede blik på borgeren – og dermed den helhed af indsatser, der skal igangsættes – understøttes ikke af det nuværende system.

2.5 Parallelle processer

Set i forhold til en opgørelse af tidsforbruget i forhold til visitationsprocesser er det vigtigt at være opmærksom på, at dette ikke kun er noget, der foregår i relationen mellem bestiller og udfører på servicelovsområdet, men også noget, der foregår parallelt på henholdsvis service- og sundhedslovsområdet og (inden for hver af de to lovgivninger) parallelt på forskellige paragrafområder.

Når en borger fx udskrives fra sygehus, så etableres der *både* processer for hjemmepleje og sygepleje – og for hjælpemidler og rehabilitering – også selvom indsatsen ultimativt skal leveres af samme, tværfaglige og selvstyrende teams (Topholm & Kjellberg, 2023).

Dalsgaard, Foged og Lemvigh (2021) har beskrevet forskellige modeller for økonomistyring på sygeplejeområdet, hvor de finder, at der i kommunerne er tre forskellige modeller:

⁷ For en definition og indføring i rehabiliteringsbegrebet henvises til Maribo et al. (2022).

- Central tildelingsmodel, hvor der er indført fuld tværfaglig BUM på såvel sygepleje som hjemmepleje og aktivitet og træning for at understøtte den tværfaglige organisering på ældreområdet som helhed.
- Decentral tildelingsmodel, hvor det er de udførende sygeplejersker selv, der træffer beslutning om, hvilken indsats borgeren skal have.
- Kombinationsmodellen med koordinatore i hjemmesygeplejen, der træffer beslutning og fordeler indsatsen på medarbejdernes kørelister.

I de forsøg, VIVE har observeret, er alle tænkelige kombinationer til stede, og det opleves generelt set som en udfordring med den centrale tildelingsmodel, at sygeplejerskerne skriftligt skal begrunde den indsats, som de finder nødvendig i hjemmet, og efterfølgende vente på at få lov til at sætte i gang (Kjellberg, 2021, 2023b). Udfordringen genfindes ikke i de øvrige to modeller, der er beskrevet ovenfor.

Der er tilfælde, hvor sygeplejen får lov at igangsætte på formodet efterbevilning, dvs. at der først efterfølgende tages stilling til, om den indsats, der er igangsat, kan godkendes (inkl. tidsforbruget). Også i disse tilfælde oplever sygeplejerskerne det som en udfordring, at deres faglige vurdering skal godkendes af andre sygeplejersker, og at der således ikke er tillid til, at de – som fagpersoner – gør deres arbejde ordentligt (Kjellberg, 2021).

3 Decentrale visitationsmodeller i Nederlandene og Danmark

3.1 Tillid og kontrol

I Nederlandene gik de for 5 år siden bort fra den model, hvor det er en central vurderingsafdeling, der træffer beslutning om, hvilken hjælp borgerne skal modtage. I stedet er sygeplejerskerne i de tværfaglige teams autoriserede til at foretage vurderingen af, hvilke konkrete indsatser, borgeren har behov for, og der gennemføres forskellige former for stikprøvekontrol (Bech et al., 2021).

Der var megen drøftelse af modellen i Nederlandene på det tidspunkt, hvor den blev indført, men der har – så vidt VIVE er orienteret – ikke været noget ønske om at ændre beslutningen efterfølgende. Således er det i Nederlandene sygeplejerskerne ved leverandørerne, der foretager vurderingen hver tredje måned og på denne baggrund sørger for, at den hjælp, der leveres i hjemmet, er tidssvarende og leveres med afsæt i borgerens behov (Kjellberg & Buch, 2022).

Den nederlandske model (Buch, 2020; Bech et al., 2021; Kjellberg & Buch, 2022) minder på mange måder om den model, der blev afprøvet i Fredericia i 2012 (Kjellberg, Navne & Ibsen, 2013). Her var det muligt at sikre en mere præcis tildeling af hjælp med afsæt i borgerens behov, når en sygeplejerske eller terapeut hver tredje måned tog på besøg i hjemmet og gennemførte en samtale med borgeren, eventuelle pårørende og det faste personale i hjemmet om, hvad der fortsat kunne og skulle gøres i hjemmet (Kjellberg, Navne & Ibsen, 2013).

Der findes teams uden sygeplejersker i Nederlandene, men de må "låne" ekspertise ind fra andre teams for at foretage de obligatoriske 3 måneders-vurderinger – svarende til, at et eventuelt dansk team eller privat leverandør bestående af kun social- og sundhedspersonale må "låne" en sygeplejerske, hvis de ikke selv har én ansat (Kjellberg & Buch, 2022).

3.2 Danske forsøg med alternative organiseringer

Der ses aktuelt en række forskellige forsøg på at opløse BUM-modellen på ældreområdet og sikre mere plads til, at de udførende medarbejdere kan bruge deres faglige skøn (se fx også Sundhedsstyrelsen, 2022), herunder i sammenhæng med afprøvninger af faste, tværfaglige og selvstyrede teams på ældreområdet.

Eksemplerne omfatter forsøg med visitation til døren, hvor borgeren bliver tildelt hjælp og støtte i hjemmet, jf. servicelovens § 83 uden nærmere angivelse af, hvilken form for hjælp der vil blive givet (Kjellberg, 2023a; Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023). Det skaber de overordnede rammer for, at det udførende personale selv kan tilrettelægge hjælpen i samarbejde med borgeren – i princippet uden indblanding fra en central myndighedsafdeling.

Andre forsøg handler typisk om at bringe visitationen (myndighedskompetencen) tættere på de udførende medarbejdere, fx ved at hvert team får en fast visitator, ved at den faste visitator deltager i de ugentlige teammøder, eller (ultimativt) at visitator sidder sammen med medarbejderne og arbejder et par dage om ugen (Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023; Buch & Topholm, 2022).

Der er også forsøg med definition af nye, større og mere rummelige pakker – og herunder med mere målrettede udrednings- og rehabiliteringsforløb samt nye former for afregning (fx forløbshonorering). Det giver potentielt teamene større handlerum og incitament til at arbejde med rehabilitering. De fastholder dog samtidig den overordnede grundstruktur, hvor det er funktioner med lavere kendskab til borgeren end udførerne, der ultimativt træffer afgørelse om, hvilken form for hjælp der kan gives – og hvor der sker en rituel forhandling, hvor visitationen fastholder, at der "både er gynger og karusseller" – og at den enkelte borger får hjælp jf. sit funktionsniveau og ikke i forhold til det faktiske tidsforbrug, som medarbejderne vurderer, at der er brug for.

VIVE har i forskellige sammenhænge drøftet muligheden for, at de udførende medarbejdere i de tværfaglige borgerteams over en 3-5 års periode vil kunne kompetenceudvikles til at varetage myndighedsfunktionen. Det personale, der arbejder i de centrale myndighedsafdelinger, er på forhånd typisk uddannet som sygeplejerske eller terapeut, dvs. de har samme grundfaglige uddannelse som dele af personalet i de tværfaglige teams. VIVEs foreløbige resultater peger på, at det vil kræve en videreuddannelse af de udførende medarbejdere i de tværfaglige borgerteams i varetagelse af myndighedsfunktionen (Kjellberg 2023a, Kjellberg 2023b). Endvidere vil opgaven potentielt kunne komme til at stille medarbejderne i et dilemma, hvor deres professionsfaglige vurdering (jf.

sundheds- og serviceloven) tilsiger, at de skal gøre ét, mens deres myndighedsfaglige vurdering (jf. forvaltningsloven) tilsiger, at de skal gøre noget andet (Kjellberg, 2023a, 2023b).

VIVEs studier peger også på, at de muligheder, der ligger i eksisterende lovgivning, og hvor alle borgere potentielt kan bevilges et rehabiliteringsforløb, ikke nødvendigvis udnyttes (Kjellberg, 2023a, 2023b).

Det sker dels som følge af, at det er forskellige aktører, der varetager indsatsen, og man ikke umiddelbart ønsker at åbne op for, at de tværfaglige teams, der arbejder på ældreområdet, også kan anvende rehabilitering som ydelse. Dels som følge af at der i nogle kommuner er frit valg af leverandør af rehabilitering jf. serviceloven, og at det på denne baggrund er opfattelsen, at der skal en myndighedsperson ind over, før forløbet kan igangsættes (Kjellberg, 2023b).

3.3 Økonomi og afregning

Økonomi og afregning knyttes i dag tæt til BUM-modellen, idet det er den centrale myndighedsafdeling, der træffer beslutning om, hvilken hjælp der kan gives, og hvilken økonomisk ramme der er for levering af indsatsen. En tanke om at slippe de faglige vurderinger fri kan i denne kontekst virke skræmmende, fordi det er en "blankocheck" til et privat og legitimt profitmaksimerende marked.

VIVEs studier af den nederlandske Buurtzorg-model peger på, at det er nødvendigt med styring *på andre måder*, hvis ønsket er at skabe basis for decentral behovsvurdering (Bech et al., 2021; Kjellberg & Buch, 2022). I Danmark kender vi det fx fra almen praksis- og fysioterapi-området. Her er det veldefineret, hvilke overordnede ydelser der kan leveres, og der foretages løbende stikprøvekontrol og monitorering i forhold til ydelsesforbruget. Modellen, hvor bestiller og udfører er den samme person, er således ikke kun kendt fra Nederlandene, men også fra dansk kontekst.

Det er en fællesnævner for den nederlandske model og de danske modeller, at sundhedsprofessionelle på bachelor- eller specialistniveau er autoriserede til at foretage vurderingen, samt at der arbejdes med mere end afregningsmekanismer som en del af den samlede økonomistyring (Bech et al., 2021).

Konkret er der i den hollandske model bl.a. indført incitamenter i kontrakten til, at leverandørerne af hjemme- og sygepleje skal reducere det gennemsnitlige antal timer pr. borger pr. år (Bech et al., 2021). Endvidere monitoreres og laves der sammenligninger på tværs af teams, og der arbejdes fagligt og kulturelt på at understøtte rehabiliteringskulturen på teamniveau (Bech et al., 2021).

4 Opsummering

BUM-modeller er udprægede på ældreområdet, hvor de understøtter lovttekstens krav om skriftlighed i afgørelsen samt frit leverandørvalg i forhold til servicelovens § 83.

På sygeplejeområdet er BUM-modeller indført i nogle, men ikke alle kommuner, og der ses mange forskellige kombinationer af visitationsmodeller på tværs af fag og opgaver. Det gælder både i forhold til servicelovens §§ 83, 83a, 86 samt §§ 112 og 113 og i forhold til sundhedslovens §§ 138 og 140.

For de tværfaglige teams, der etableres på ældreområdet, udgør det en barriere og kilde til irritation, at disse teams ikke kan igangsætte de indsatser, som de fagligt vurderer er nødvendige, herunder inden for et rehabiliteringsperspektiv. De systemer, der er udviklet til dokumentation, understøtter desuden ikke den tværfaglige indsats med afsæt i borgerens behov. Tværtimod opfordrer de til dobbeltdokumentation i det omfang, at der både skal dokumenteres i forhold til service- og sundhedslovsdelen.

De forsøg med opblødning af BUM-modellen, der aktuelt gennemføres i Danmark, sker inden for de eksisterende rammer og handler altovervejende om at bringe myndighedsfunktionen tættere på de udførende medarbejdere, dvs. at kompensere for modellens svagheder via øget dialog og mindre afstand. Det handler også om at indføre mere fleksible bevillinger som eksempelvis større pakker, der skal give mere fleksibilitet og indflydelse på tilrettelæggelse af hjælpen i udfører-leddet.

Et mere radikalt opgør med BUM-modellen, hvor de udførende medarbejdere i større omfang selv får mulighed for at tilrettelægge indsatsen med afsæt i borgerens behov, kræver et tæt tværfagligt samarbejde mellem sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedspersonale, samt at sygeplejersker og terapeuter uddannes og autoriseres til at foretage vurderingen.

Samtidig vil der skulle økonomistyres på nye måder, end det kendes i dag, hvor økonomistyringen i vid udstrækning sker ved, at en central myndighedsafdeling "udmåler" den indsats, som leverandørerne efterfølgende kan få betaling for at levere. Her er det vigtigt, at økonomistyringen understøtter rehabilitering. Det er fortsat et indsatsområde både i Danmark og udlandet.

Litteratur

Ankestyrelsen (2004). *Frit valg i ældreplejen – Erfaringer fra landets kommuner*. København: Ankestyrelsen.

Bech, M., Buch, M.S., Kjellberg, P.K. & Kjellberg, J. (2021). Buurtzorg behøver ikke være økonomichefens værste mareridt. Kommunal Sundhed: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/vive-buurtzorg-koncept-behoever-ikke-vaere-oekonomichefens-vaerste-mareridt>

Buch, M.S. (2020). *Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje: Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvninger i en dansk kontekst*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Buch, M.S. & Topholm, E.H.-E. (2022). *Ikast-Brande Kommunes "erantisprojekt": Opsamling af læring, oplevede resultater og opmærksomhedspunkter*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Buch, M.S. & Topholm, E.H.-E. (2023). *Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen: Midtvejsrapport*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

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.

Foged, S.K., Topholm, E.H.-E. & Kjellberg, P.K. (2022). *Estimat over antallet af visitatorer det kommunale ældreområdet. Notat*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2012). *Træning som hjælp: Økonomievaluering*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Kjellberg, P.K. (2010). *Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune: 1. devaluering*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

- Kjellberg, P.K. (2012). *Træning som Hjælp: Tidlige projekterfaringer fra Odense Kommune*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Kjellberg, P.K. (2021). *Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune: Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K. (2023a). *Kaffe først – mennesket før bureaukratiet: Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Haderslev Kommune*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K. (2023b). *Mere Værdig Pleje: Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Syddjurs Kommune*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K. & Buch, M.S. (2022). *Medarbejdersammensætning i Buurtzorg sammenlignet med den danske ældrepleje. Notat*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K., Buch, M.S. & Anderberg, E.M. (2023). *Nærvær i omsorg: Evaluering af seks kommunale udviklingsprojekter*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Erfaringer fra Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P.K., Kjellberg, J., Navne, L.E. & Ibsen, R. (2013). *Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune: Organisations- og økonomievaluering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Madsen, M.H., Christensen, I.E., Kjellberg, P.K., Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2014). *Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune: Organisations- og økonomievaluering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen, J., Nielsen, C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (Red.). (2022). *Hvidbog om rehabilitering*. 1. udgave. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark.
- Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J. & Kjellberg, P.K. (2017). *Rehabilitering på ældreområdet: Hvad fortæller danske undersøgelser os om*

kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen? København: Sundhedsstyrelsen.

Rostgaard, T. (2017). *Frit valg i hjemmeplejen: Arbejdsvilkår for medarbejdere i privat og offentlig hjemmepleje*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Socialministeren (2001). 2001/2 LSF 130: Forslag til lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og lov om individuel boligstøtte. (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v.): <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/200122L00130>

Social- og Indenrigsministeriet (2002). VEJ nr 95 af 09/10/2002: Vejledning om supplement til vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. efter lov om social service (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp). <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2002/95>

Sundhedsstyrelsen (2022). *Visitationsmodeller*. Internt arbejdsdokument udleveret til VIVE i forbindelse med denne undersøgelse.

Sundheds- og Ældreministeriet (2015). VEJ nr 9341 af 08/05/2015: Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven. Vejledning nr. 2 til serviceloven: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9341>

Topholm, E.H.-E. & Kjellberg, P.K. (2023). *Visitation på ældreområdet: En kvalitativ analyse af processer omkring visitation og revisitation*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

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.

VIVÉ