

Hvidbog: Helhedspleje i Danmark

*En samlet opskrift på en oversættelse af
den hollandske plejemodel Buurtzorg*

Af

Thomas Karlsson, Christian Braad, Rikke Høegh Jensen og
Sofie Lykke Sørensen

Senest redigeret 23. maj 2021



Indhold

1	Introduktion.....	2
1.1	Mål med projekt Mere Værdig Pleje.....	2
2	Inspiration fra Buurtzorg.....	4
2.1	Hvad er Buurtzorg for en størrelse?.....	4
2.2	Hvordan fungerer Buurtzorgs model i praksis?.....	6
2.3	Hvor afviger Buurtzorg fra danske forhold?.....	9
3	Målsætninger som en helhedspleje kan understøtte.....	10
4	Forudsætninger for succes med helhedspleje.....	12
4.1	Lederskab.....	12
4.2	Organisering og kompetencer.....	13
4.3	Styring og systemer.....	13
5	Zoom på organisatoriske forudsætninger.....	14
5.1	Hvilke ydelser skal løses i borgerteamet?.....	14
5.2	Hvilke borgere skal knyttes til et borgerteam?.....	15
5.3	Hvilke medarbejdere skal indgå i hvert team?.....	15
5.4	Roller og ansvar internt i borgerteamet ifm. borgervendte opgaver:.....	16
5.5	Opgaver og arbejdsdeling ift. øvrige opgaver.....	17
5.6	Samarbejde og arbejdsgange.....	19
5.7	Support og ledelse.....	19
6	Zoom på styringsmæssige forudsætninger.....	21
6.1	Intro.....	21
6.2	Overblik over styringsredskaber i en dansk kontekst.....	21
6.3	Buurtzorgs styring.....	22
6.4	Oversættelse af Buurtzorg-styring til en dansk kontekst.....	23
6.5	Design af en effektbaseret styringsmodel.....	24
6.6	Ydelsesmodellen i en effektbaseret styringsmodel.....	25
7	Sådan kommer man i gang.....	27
7.1	Brug af tankerne bag adfærdsdesign.....	27
7.2	Brug af Buurtzorgs erfaringer.....	27
7.3	Tæt inddragelse af medarbejdere.....	28
8	Hvis du vil vide mere.....	28

1 Introduktion

Buurtzorg er en privat non-profit organisation etableret i Holland i 2006, der yder hjemme- og sygepleje på det specialiserede socialområde og på ældreområdet. Buurtzorg er lykket med at forene god økonomi, høj trivsel og tilfredse borgere, samtidig med, at virksomheden er ekspanderet voldsomt. På 15 år er virksomheden vokset fra ét team til i dag at tælle mere end 1.000 lokal funderede teams. Virksomheden yder hjælp til 80.000+ borgere og beskæftiger omkring 10.000 ansatte i Holland.

Tallene taler dermed deres tydelige sprog: Buurtzorg lykkes grundlæggende med at løse en opgave, som i mange andre lande og organisationer volder store problemer. *Men hvordan gør de det? Og hvad kan vi overføre til en dansk kontekst?* Det skal denne hvidbog gøre os klogere på. Hvidbogen indeholder således første del af en oversættelse af Buurtzorg til dansk kontekst. Oversættelsen er gennemført i forbindelse med opstart af projektet *Mere Værdig Hjemmepleje i Syddjurs Kommune*. Projektet gennemføres fra begyndelsen af 2021 og godt og vel et år frem. Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsens pulje til at styrke mere omsorg og nærvær i ældreplejen. Anden halvdel af hvidbogen udkommer i 2022, når projektet er gennemført og projekterfaringerne kan gøres op.

Oversættelsen er udarbejdet af Thomas Karlsson og Christian Braad fra konsulentvirksomheden Type2dialog, som er knyttet til projektet som eksterne rådgivere samt Rikke Høegh Jensen, der er udviklingskonsulent i Syddjurs Kommune og Sofie Lykke Sørensen, der er dataspecialist i Syddjurs Kommune (kontaktoplysninger bagerst i dokumentet). Oversættelsen bygger på en række forskellige kvantitative og kvalitative datakilder. Oversættelsen bygger desuden på tæt dialog med den hollandske hjemmepleje, Buurtzorg, herunder stifteren og nuværende CEO, Jos de Blok, da et mål med projektet er at skabe en borgervendt helhedspleje, inspireret af Buurtzorg.

Hensigten med hvidbogen er at inspirere danske kommuner og private leverandører, som ønsker at udvikle hjemme- og sygeplejen ved at give mere ansvar til medarbejderne og give mere plads til at borgernes ønsker og behov former den pleje, der gives.

1.1 Mål med projekt Mere Værdig Pleje

Projektet Mere Værdig Hjemmepleje skal skabe en hjemmepleje, der er formet ud fra borgernes ressourcer, ønsker og behov – og som opleves værdig af dem, hjemmeplejen er sat i verden for at hjælpe: Borgere og pårørende i Syddjurs Kommune. Vi vil væk fra en hjemmepleje, der er styret af fortrykte kørelister og vi vil over til en hjemmepleje, der er eksperter i at lytte til og reagere på borgerne.

Mere præcist er der vedtaget følgende fire mål for projektet:

Mål 1: Større tryghed for borgerne via færre forskellige medarbejdere i borgernes hjem og bedre sammenhæng i indsatserne

Mål 2: Mere selvbestemmelse til borgerne via større vægt på at kunne selv og vælge selv

Mål 3: Øget trivsel via øget medindflydelse og bedre brug af kompetencer

Mål 4: Høj produktivitet

Når borgeren er bevilget hjælp og støtte fra Syddjurs Kommune, skal plejen udformes, så borgeren oplever maksimal grad af selvbestemmelse i eget liv. Hjemmeplejen skal have som dens fornemste opgave at støtte borgerne i at kunne selv og vælge selv. Det skal ske via en hjemmepleje

der har fuld opmærksomhed på at gøre borgerne så selvhjulpne i eget liv som muligt og som er eksperter i at lytte til borgernes ønsker og behov – og indrette den bevilgede hjælp og støtte derefter.

Hjemmeplejen skal også udformes, så borgerne er trygge ved den hjælp, de modtager. De skal være trygge ved de medarbejdere, der kommer i deres hjem – fordi de oplever, at medarbejderne er eksperter i at tale sammen og dele viden om borgerne - og fordi de oplever, at hjemmeplejen prioriterer, at det er de samme ansigter borgerne så vidt muligt møder. Borgerne skal med andre ord opleve maksimal sammenhæng i hjælpen fra hjemmeplejen.

For at lykkes med at udvikle en hjemmepleje, der giver maksimal selvbestemmelse og tryghed for Syddjurs Kommunes borgere, er der en række fundamentale ting, der skal ændres i den måde, hjemmeplejen er udformet på. Mange af byggeklodserne i dagens hjemmepleje – kultur, ledelse, organisering, styring, samarbejde, roller og ansvar, kompetencer mv. – skal tænkes forfra. De skal genopfindes fra bunden ud fra et rent borgerperspektiv og ind.

Derfor søsætter Syddjurs Kommune de kommende måneder forsøg med tre borgerteams, der fra hver deres vinkel skal give os en unik viden om, hvordan fremtidens hjemmepleje skal indrettes.

Fælles for alle tre forsøg er, at vi "slår en ring" rundt om en gruppe borgere i et afgrænset, geografisk område. Alle borgere i det pågældende område, der modtager pleje og træning i hjemmet, skal hjælpes af ét borgerteam, som står for al hjælp til borgerne. Borgerteamet består af et hold af sygeplejersker, sosu-assistenter, sosu-hjælpere, terapeuter og en planlægger samt en tilknyttet visitator, der arbejder tæt sammen om hjælpen til borgerne – og med store frihedsgrader ift. at tilrettelægge og justere hjælpen ud fra, hvad borgeren kan, har brug for og ønsker inden for rammerne af den bevilgede støtte.

Samtidig vil der være forskelle mellem de tre forsøg, så vi gør os erfaringer med forskellige måder at indrette plejen på:

I det ene forsøg bliver borgerteamet selvstyrende, men med en coach tilknyttet. Det betyder, at medarbejderne på tværs af personligheder og fagligheder selv skal tilrettelægge og gennemføre den bevilgede indsats over for borgerne. Der tilknyttes en coach, som kan assistere, når der er problemer eller situationer, der kræver hjælp udefra. Temaet placeres uden for den eksisterende organisation – på dét, vi kalder en "grøn mark". Det skal sikre gode muligheder for at tænke nyt, fordi der bliver vandtætte skodder til eksisterende vaner, mønstre, hierarkier og uskrevne normer og regler. Teamet vil skulle have et særligt fokus på at indsamle erfaringer med at arbejde som selvstyrende team.

I det andet forsøg, der skal foregå i Ebeltoft, får teamet en leder fra sygeplejen. Ligesom det er tilfældet med forsøget i Hornslet, bliver teamet organisatorisk placeret på en "grøn mark". Teamet vil skulle have et særligt fokus på at indsamle erfaringer med at give borgerne mere selvbestemmelse.

I det tredje forsøg, der kommer til at foregå i Ryom, vil teamet få en leder fra hjemmeplejen. Teamet vil desuden blive en del af den eksisterende organisation. Teamet vil få et særligt ansvar for at opbygge erfaringer med at skabe tryghed og sammenhæng i hjælpen til borgerne.

I forbindelse med forsøgene får vi hjælp fra en hollandsk sygepleje, der hedder Buurtzorg. Buurtzorg har gode, veldokumenterede resultater med at skabe en mere værdig hjemmepleje – bl.a. ved at danne tværfaglige teams med høj grad af selvledelse og selvstyring.

2 Inspiration fra Buurtzorg

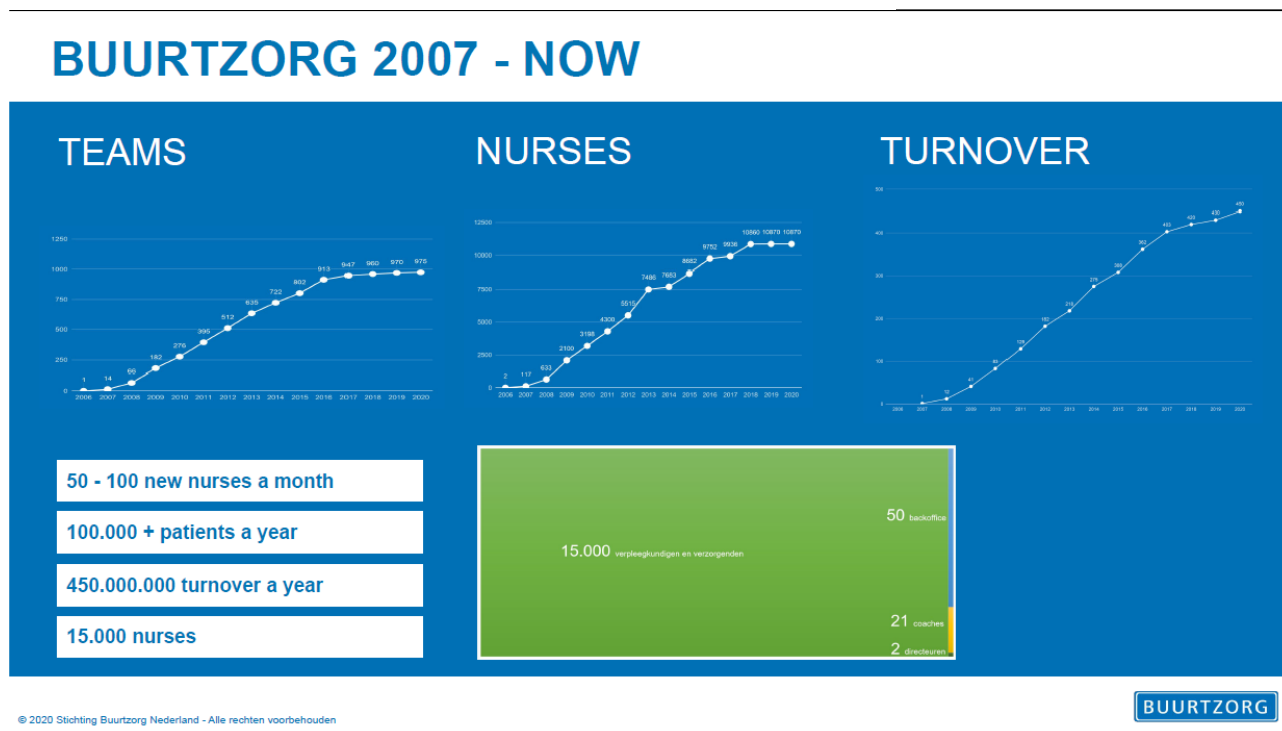
Den Hollandske non-profit organisation plejeorganisation Buurtzorg er et internationalt foregangs-eksempel, både når det gælder om at skabe sammenhæng og selvbestemmelse og når det gælder om at opnå en pleje, der er i balance på kvalitet, trivsel og økonomi.

Samtidig er Buurtzorgs historie og rammevilkår væsentlig anderledes fra en typisk dansk kommune. Derfor kræver det en tydelig ledelsesmæssig vilje og prioritering, hvis man som kommune skal begive sig ind på et spor, hvor kommunens kultur formes efter Buurtzorgs filosofi. Det vil forudsætte betydelige ændringer i en række fundamentale forhold såsom organisering, arbejdsgange og arbejdsdeling mellem medarbejdergrupper, indstilling hos både ledere og medarbejdere, styringsmodel, kompetencer og systemunderstøttelse.

I dette kapitel beskrives den hollandske syge- og hjemmepleje, Buurtzorg, gennem følgende afsnit:

- Hvad er Buurtzorg for en størrelse?
- Hvordan fungerer Buurtzorg i praksis?
- Hvordan afviger Buurtzorg fra danske forhold?
- Hvad kan Buurtzorg være svaret på?
- Hvad er der af forudsætninger for at lykkes med Buurtzorg i en dansk kommune?

Figur 1. Overblik over Buurtzorgs udvikling de seneste 15 år



2.1 Hvad er Buurtzorg for en størrelse?

Buurtzorg er en privat non-profit organisation, der yder hjemme- og sygepleje på det specialiserede socialområde og på ældreområdet. Buurtzorg lykkes med både at have god økonomi, høj trivsel og tilfredse borgere, samtidig med, at virksomheden er ekspanderet voldsomt. På 15 år er virksomheden vokset fra ét team til i dag at tælle mere end 1.000 lokal funderede teams. Virksomheden yder hjælp til 80.000+ borgere og beskæftiger omkring 10.000 ansatte i Holland.

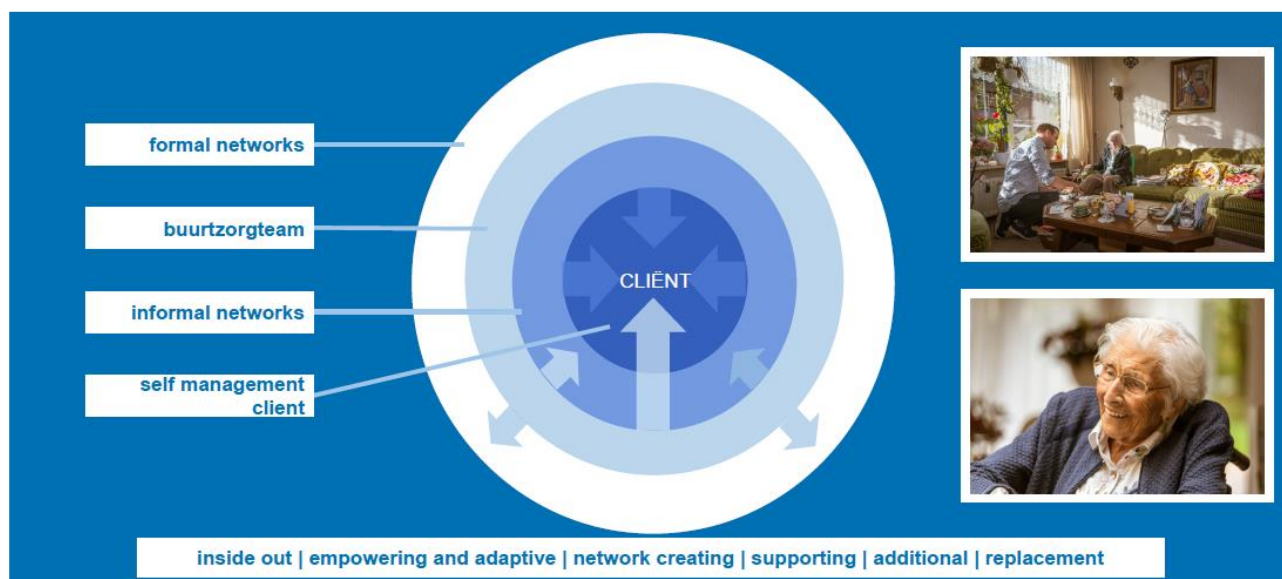
Uden for Holland har Buurtzorg bl.a. været i en svensk kommune i 10 år. Buurtzorg samarbejder med og inspirerer en række danske kommuner, herunder Ikast- Brande og Haderslev Kommuner.

Buurtzorgs filosofi:

Buurtzorg illustrerer ofte deres filosofi og grund-DNA i denne "løg-model", som viser, at borgeren er i centrum, og at alt andet indrettes derefter:

Figur 2. Buurtzorgs "løgmodel"

ONION MODEL - BUURTZORG VISION



Buurtzorg ser mere sig selv som et værdisæt og en måde at anskue verden på – end som en organisationsform. Deres filosofi rummer bl.a. følgende elementer:

- Helhed: Det enkelte team har ansvar for borgerens ve og vel 360 grader rundt og filosofien rummer derfor et opgør med den aktuelle specialiseringstendens.
- Selvstændighed: Selvstændighed er en grundlæggende værdi – og den higes der omkring ved at træne borgerne og deres familier i at blive selvhjulpne
- Udefra og ind-perspektiv: Alt tilrettelægges ud fra borgerens behov
- Relationer i centrum: Hos Buurtzorg er personlige relationer mellem ansatte og borgere en del af deres tilgang - "det hele menneske med på arbejde".
- Lokalsamfund og civilsamfund ses som aktive medspillere: Der arbejdes for at skabe netværk bestående af ressourcerne i nabolaget
- Tillidsbaseret tilgang til organisation og ansatte: Udgangspunktet er fuld tillid til den professionelle medarbejder – og tro på en organisation, som ledes af professionelle.

Buurtzorgs driftsmodel:

Buurtzorg beskriver deres driftsmodel som en måde at levere integreret hjemmepleje og hjemme-sygepleje gennem følgende skridt:

1. Vurdér borgerens behov ud fra en holistisk tilgang (fysisk, psykisk, social, kulturel/åndelig). På denne baggrund udarbejdes en individuel plan.
2. Kortlæg borgens netværk og involvér dem i plejen
3. Udpeg de professionelle plejere – og integrér dem i borgerens netværk.
4. Levér plejen og omsorgen
5. Støt borgerens i hans/hendes sociale roller
6. Promovér selvhjulpethed og uafhængighed, bl.a. ved løbende at evaluere borgerens trivsel og helbredstilstand.

Det er dermed en driftsmodel, der på mange punkter ligner dansk praksis, men som også adskiller sig – f.eks. ved det store fokus på aktivering af netværk, stort decentralt beslutningsrum i samspil med borgeren og selvstyrende teams.

2.2 Hvordan fungerer Buurtzorgs model i praksis?

Organisering, struktur og ledelse:

- Der er ingen linjeledelse i Buurtzorg. Den reelle ledelseskompetence ligger hos de professionelle i de enkelte teams. Det enkelte team leder og fordeler selv arbejdet og styrer økonomien, ansætter, afskediger - efter fastlagte principper.
- Det betyder ikke, at der ikke er krav og retning. Disse formuleres og udøves på anden måde.
- Hver team består af 8-12 sundhedsfaglige medarbejdere, der har ansvaret for alle dele af plejen for 50-60 borgere
- Hvert team har et stort decentralt beslutningsansvar inden for den økonomi, der er givet til at opfylde de enkelte borgers forskellige behov.
- Hver team har en coach, som teamet kan trække på ift. problemløsning. Hver coach dækker 60-70 teams. Coachene må ikke have for meget tid per team, da erfaringen er, at for meget tid kan betyde, at coachen glider ind i en lederrolle.

Opgaver og roller:

- Buurtzorgs teams leverer både sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og træning i hjemmet. Der skelnes ikke så hårdt mellem de forskellige kategorier af opgaver, som i Danmark.
- I hvert Buurtzorgteam har alle to roller til enhver tid = 1) team player og 2) fagprofessionel.
- Herudover eksisterer der syv øvrige roller, som roterer hvert 9. måned. Eksempler på disse syv roller er: a) arbejdsliv og trivsel, planlægger (nogle teams har to planlæggere for at være mere robuste) og mentor (ansvar for at tage imod og onboarde nye kolleger). Buurtzorg gør meget

ud af, at ansvaret bliver hos teamet – også for de opgaver, der lægges ud via de syv roller. De gælder f.eks. planlægning: Selvom én eller to medarbejdere står for planlægningen, ligger ansvaret for at lykkes med planlægningen stadig kollektivt i teamet (alle skal være fleksible mv. for at teamet kan lykkes med planlægningsopgaven).

- Teamet er selv ansvarlige for at rekruttere egne borgere og egne medarbejdere/kolleger. Borgere rekrutteres via tæt kontakt til praktiserende læger og hospitaler, via mund til mund og via hjemmeside.

Særligt om planlægning og ressourcer:

Hvordan får det enkelte Buurtzorgteam den daglige kabale til at gå op på en måde, der er økonomisk rentabel, giver trivsel for medarbejderne og samtidig – vigtigst af alt – tager hensyn til borgernes ønsker og behov (bl.a. til hvem, der møder op i deres hjem)? Noget af forklaringen skal findes i følgende:

- Der er altid mindst én og ofte to medarbejder i teamet, der har ansvaret for planlægning. Alle teammedlemmer kan se alles dagsplaner. Hvert medlem kan kun ændre i egen plan – med undtagelse af planlæggeren, der kan ændre i alles planer.
- Den planlagte tid bliver som default overført fra kalender til det program, der opgør ata-tiden. Hvis medarbejderne bruger betydeligt mere eller mindre tid hos en borger, skal det dog ændres inde i selve planlægningen. Det betyder, at det reelt er leveret og ikke planlagt tid, der måles på – men vel at mærke med planlagt tid som default.
- Accept af afvigelser: Endelig bygger Buurtzorgs model grundlæggende på, at tiden netop ikke kan detailplanlægges, fordi der skal være tid til fleksibelt at lytte til borgeren, ligesom medarbejderne også kun er mennesker med skiftende behov. En sætning man ofte hører fra Buurtzorg er således "*we don't work with robots – we work with people*" – det gælder både ift. borgere og medarbejdere. Derfor må man acceptere, at der er en grænse for hver meget og hvor præcist, man kan planlægge.
- Buffer og beredskab: Der udveksles som udgangspunkt ikke ressourcer mellem de enkelte teams. Hver team har selv ansvaret for at få kabalen til at gå op. Det sker bl.a. på følgende måde:
 - Der er altid én fra teamet i beredskab uden at være på arbejde – dvs. én man kan ringe ind med kort varsel ved behov.
 - Vikarer: Hvert team har egne "*zero-hour*" workers – lokale tilkaldevikarer, der kan ringes ind ved sygdom mv.

Borgere og netværk:

- Den enkelte borgers behov sættes i centrum
- Der lægges vægt på, at den enkelte medarbejder skal opbygge en personlig relation til den enkelte borger. Det er en del af grund-DNA'et i Buurtzorgs model.

- Det tilstræbes, at der kommer færrest forskellige medarbejdere i borgerens hjem: Kontinuitet skabes ved at hver borger har en "First responsible" and "Second responsible". Borgeren kender disse to. First responsible er som default hos borgeren, men ved ferier, sygdom mv. er der brug for en Second responsible. Medarbejderkontinuitet sikres desuden via små teams, hvilket betyder, at hvert teammedlem ved hvilke kolleger, der kender hvilke borgere. Den viden bruges, når ad hoc planlægning og ad hoc situationer skal håndteres.
- Der er ingen konkrete KPI'er på medarbejderkontinuitet – fordi man vurderer det er forskelligt fra borger til borger, hvad der er realistisk.
- Buurtzorg ligger samtidig vægt på, at det også er vigtigt at få forskellige øjne på samme borger – af faglige hensyn.
- Medarbejderne inddrager pårørende, naboer og bekendte, men inddragelsen skal være frivillig.

Medarbejdere, trivsel og kompetencer:

- Stor andel veluddannede plejere med en overvægt af sygeplejersker.
- Medarbejdere rekrutteres fra lokalområdet, så de har kort afstand til de borgere, der skal have hjælp.
- Medarbejdere står til rådighed, når behovene opstår gennem en stor fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen.
- Trivsel spiller en stor rolle i Buurtzorgs model og virksomheden lykkes med høj fastholdelsesgrad, lavt sygefravær og høj trivsel. Det skyldes en række faktorer, bl.a. at trivsel har høj prioritet i teamets dagligdag. Der er bl.a. en medarbejder, som fast har et særligt ansvar for trivsel.
- Ved sygefravær er der et tydelig beskrevet og formuleret ansvar både hos den sygemeldte og på arbejdspladsen: Som sygemeldt skal man "holde sig til" - holde sig opdateret med hvad der sker i teamet mv. Samtidig får en sygemeldt får en "body" i teamet, der skal være med til at holde kontakt. Coachen har også en rolle ift. at holde kontakt og spørge ind til, hvad Buurtzorg/coachen kan hjælpe med for at få den sygemeldte tilbage. Efter 6 ugers sygemelding kommer Buurtzorg-lægen på banen.

Sikring af økonomi og kvalitet:

- Performance måles på live data på 6 faste nøgletal (bl.a. ata-tid, tidsfordeling på døgn, tid brugt i lokalsamfundet og indrapporterede fejl), som er tilgængelig for hvert team. Forskellige benchmarks med andre teams er tilgængelige. Der måles ikke på de enkelte medarbejders indsats (f.eks. ata-tid), da man ønsker at understøtte team-tænkning. Der er stor opmærksomhed på ata-opgørelserne, da de viser om teamet er nok ude hos borgerne eller interne, ikke borgerrettede, aktiviteter er ved at tage overhånd.
- Der arbejdes ikke med visiteret tid. I stedet er der en økonomisk takst til at realisere borgerens plejebehov inden for. Taksten gives pr. gennemført besøg uanset hvilken faggruppe, der gennemfører besøget eller længden af besøget. Takst er givet af borgerens forsikringsordning.
- Der styres efter en BTP-tid på 61%

- Kvaliteten sikres via en sofistikeret kvalitetssikringsmodel, der både indeholder brug af data, protokoller/standarder, uddannelse, kultur og samarbejde/arbejdsgange. ”Non-negotiables” er en vigtig del af kvalitetsmodellen. Det vil sige ufravigelige krav, som medarbejderne skal leve op til.
- Faglig dokumentation: Buurtzorg-portalens dokumentationsdel bygger på OMAHA. Når udredningen er gennemført, genereres der automatisk forslag til interventioner og ”*working instructions*”, men det er alene vejledende – sygeplejersken bestemmer i sidste ende. Man dokumenterer alene *afvigelser*, når opgaverne løses. Dvs. hvis der blot leveres det planen siger, skal der ikke dokumenteres noget.
- Læring og vidensdeling: Læring og vidensdeling er også en del af Buurtzorgs grundlæggende DNA. I det daglige er feedback og sparring – dvs. faglig ledelse – noget der foregår internt mellem medarbejderne i teamet. Desuden er en hel del af Buurtzorg-portalens dedikeret til vidensdeling og læring mellem teams. Der er f.eks. funktionaliteter, hvor man kan stille spørgsmål til kolleger i og uden for teamet, synliggøre gode erfaringer/ideer ud, videoer og artikler mv. Man kan også synliggøre egen ekspertise – understøttet af et google maps, der viser, hvor i landet man arbejder med kontaktinfo. Det gør, at man altid har f.eks. sår- og demenseksperter inden for rækkevidde. Alt sammen for at sikre vidensdeling
- Det er en del af Buurtzorgs grundmodel, at medarbejderne hele tiden i den daglige kontakt evaluerer på borgernes helbredstilstand – og dermed også behovet for hjælp.

Support og administration:

- Lav grad af bureaukrati
- Der findes en mindre administration, kaldet back office, der er sat i verden for at understøtte de behov, som hver team har inden for økonomi, løn, kontrakter, indkøb mm.
- Buurtzorg-plattformen: Buurtzorg har skræddersyet en it-plattform 100% ud fra, at den skal understøtte de selvstyrende teams så godt som muligt. Plattformen består af fire sektioner: dokumentation, kontakt/kommunikation, Performance and learning og planlægning/organisering.

2.3 Hvor afviger Buurtzorg fra danske forhold?

For at man som dansk hjemmepleje kan begynde at arbejde konkret med Buurtzorgs filosofi, er det en god idé først at kende de punkter, hvor Buurtzorg stikker ud i en dansk kontekst.

Neden for er identificeret otte punkter, hvor Buurtzorg som udgangspunkt afviger fra danske forhold i en typisk dansk kommune:

1: Hjemmepleje og sygepleje er blandet sammen: I Buurtzorgs verden skelner man ikke så hårdt mellem pleje og sundhedsopgaver, som vi kender det fra den kommunale verden i Danmark. I Danmark er vi mere styret af paragraffer end man kender det hos Buurtzorg.

2: Buurtzorg har en hovedvægt på veluddannet personale i form af sygeplejersker, der løser plejeopgaven sammen med andre personalegrupper.

3: Selvledende teams: ”*We do trust our nurses*” er et af Buurtzorgs mottoer. Buurtzorg er meget konsekvente i deres tilgang til ledelse og styring. De enkelte teams er reelt selvstyrende og selvledende med, hvad det indebærer af både ansvar, muligheder og forpligtelser.

4: Forsikringsmodel: Buurtzorg har ingen politisk ledelse. De agerer inden for en forsikringsmodel, hvor private forsikringsselskaber køber hjemme- og sygepleje hos private virksomheder. Fokus er på at gøre borgeren selvhjulpnen så hurtigt som muligt.

5: Stor grad af selvvisitation: Både inden for sygepleje og pleje er Buurtzorg i vid udstrækning selvvisiterende. Det foregår dog inden for en fast forløbstakst fastsat af borgerens forsikringsselskab (i dansk parallel: visitationen).

6: Iværksætter-virksomhed: Buurtzorgs succes er drevet frem og ”trykket igennem” af en driftig leder, Jos de Blok, med *ild i øjnene*.

7: Organisationen er bygget op af medarbejderne selv og funderet i lokalsamfundet: Besætningen af stillingerne foregår langt hen ad vejen ved, at medarbejdere alene eller i grupper selv henvender sig til Buurtzorg og får oprettet lokale teams. Det giver stort ejerskab blandt medarbejderne.

8: It-plattform: Buurtzorg har bygget en it-løsning fra bunden, som er specialsyet til at understøtte deres driftsmodel.

3 Målsætninger som en helhedspleje kan understøtte

Flere kommuner ønsker at udvikle en helhedspleje, der er centreret omkring borgernes behov, og hvor den enkelte borger med et behov for hjælp føler sig set og oplever at blive mødt med nærvær og den omsorg, som han eller hun har brug for. Samtidig er der brug for, at ressourcerne udnyttes effektivt, da der de kommende år bliver flere ældre med behov for hjælp.

Mange kommuner ønsker at tilbyde en helhedspleje, der er kendetegnet ved:

- **Borgeren i centrum:** En helhedspleje, hvor borgeren er i centrum for virksomhedens drift: Adfærd, kultur, processer, dokumentation, organisering mv. er formet ud fra et hensyn til, hvad der er bedst for borgeren.
- **Balance:** En helhedspleje i balance ift. kvalitet, trivsel og økonomi.

Vi ser i denne sammenhæng tre typer af problemer, som Buurtzorg kan være med til at løse:

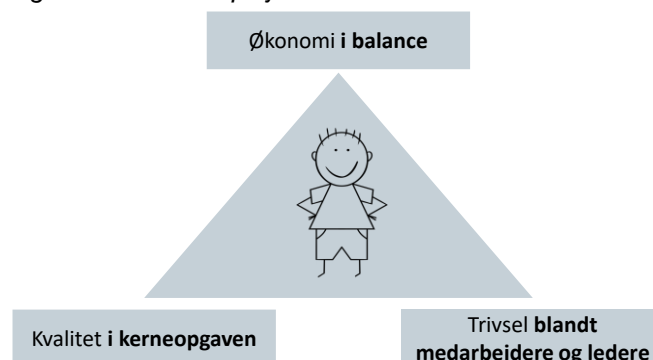
1: Sammenhæng og selvbestemmelse:

Vi tilrettelægger i høj grad pleje indefra og ud i Danmark. Nedenstående eksempler illustrerer denne problemstilling:

I: Om sammenhæng i plejen og forskellige medarbejdere i borgerens hjem:

Citat fra en ansat i en kommune: ”Arbejdsdelingen mellem de forskellige professioner, der kommer i borgerens hjem, gør det svært at få sammenhæng. I mange hjem kommer der både

Figur 3. Balancer i plejen



hjemmehjælper, terapeut og sygeplejerske. Her kan vi godt koordinere mere, så der kommer færre forskellige hænder på døren.” den ansatte gav følgende eksempler fra hverdagen:

- Sygeplejersken kan tage toiletbesøget, når hun eller han alligevel er hos borgeren, så borgeren ikke skal efterlades med en fyldt ble.
- Terapeuten eller hjælperen kan skifte plasteret, når de alligevel er hos borgeren.
- Hjælperen kan lave øvelserne, når hun/han alligevel er hos borgeren.
- Sygeplejersken kan yde morgenpleje, når han eller hun alligevel er i borgerens hjem for at give sonde.

II: Om morgenpleje: Citat fra ansat i en kommune: ”Hos os ydes morgenpleje frem til klokken 11. De mest populære tider er mellem kl. 7-9. Derfor er der borgere, der ligger 3-4 timer længere end de ønsker. Det er uværdigt. Vil man kunne sige, ”alle hjælper til med at komme op – også sygeplejersker og terapeuter”? Og vil man kunne få nattevagten til at tage nogle op fra f.eks. kl. 6-7? Lige nu tager nattevagt ikke morgenpleje. Det er ikke en del af nattevagtens opgave, mener de.”

Buurtzorgs filosofi vil kunne inspirere til en kulturændring, der fører til, at denne slags dilemmaer og hverdagssituationer i højere grad tackles ud fra et borgerperspektiv – og hvor der dermed opnås større sammenhæng i plejen og større selvbestemmelse til borgerne.

2: Balance:

Enhver kommune har brug for en pleje i balance på alle tre ben – kvalitet – trivsel - økonomi. Buurtzorg kan være vejen til at finde dette balancepunkt. Buurtzorg er netop lykkedes med at udvikle en helhedspleje, der leverer høj kvalitet, høj brugertilfredshed, medarbejdere i trivsel og som samtidig er effektiv.

Buurtzorg kan dokumentere følgende resultater:

- ✓ Høj brugertilfredshed pga. højere medarbejderkontinuitet og fleksibel hjælp.
- ✓ Færre forebyggelige indlæggelser.
- ✓ Høj trivsel pga. øget indflydelse på eget arbejde og lavt sygefravær.
- ✓ Høj effektivitet pga. fleksibel udnyttelse af ressourcerne med høj grad af selvplanlægning.

Buurtzorg lykkes med andre ord med at løfte den samme kerneopgave som dansk hjemmepleje, men mere effektivt, med større effekt for borgerne og med medarbejdere i bedre trivsel.

3: Tidlig indsats:

En kommune har brug for en hjemmepleje med fokus på tidlig indsats og forebyggelse – med andre ord en hjemmepleje, der realiserer intentionen med Servicelovens §1 (se boks). Buurtzorg's holistiske og enkle tilgang med fokus på det hele menneske, empowerment og brug af netværk kan være en del af løsningen.

Buurtzorg lykkes med tidlig og sammenhængende indsats, fordi organisationen har fundet en løsning på den høje organisatoriske kompleksitet, som kendetegner sundheds- og omsorgsforvaltninger i Danmark. Det har Buurtzorg gjort ved at kombinere få aktører, tydelige arbejds gange, høj kontinuitet og ét system.

Via en "simpel model" lykkes det med andre ord Buurtzorg at favne borgerens ofte komplicerede personlige og medicinske situation.

I kapitel fire beskrives nogle af de forudsætninger, der skal opfyldes for at få succes med helhedspleje i en dansk kontekst.

SEL §1: Formålet med denne lov er

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 2.: Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Stk. 3.: Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie og på den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte.

4 Forudsætninger for succes med helhedspleje

Vores indledende dialog med Buurtzorg viser, at man bør arbejde med følgende byggeblokke, når Buurtzorgs tankegodt skal ind i en dansk kontekst:

4.1 Lederskab

Indførelse af Buurtzorg-filosofien i en dansk kontekst vil påvirke mange ledere og medarbejdere. Derfor kræver det en afklaret ledergruppe, der skal være klar til følgende:

- Tydelig vision: Der skal være en tydelig vision for, hvad man vil og hvorfor man vil det. Start med at finde ud af "*what does good look like*", er en af de sætninger man oftest hører fra Buurtzorgs folk, når talen falder på, hvilken byggeblok, der først skal ligges.
- Radikale skift: Ledergruppen skal turde tage ansvar for, at nogen i deres organisation ultimativt vil skulle lave noget andet: Der vil blive brug for færre ledere og færre administratorer – og flere udførende. Ledergruppen skal turde give ledelse fra sig – og dermed bakke op om "en organisation, der ledes af professionelle".
- Fælles syn: Ledergruppen skal finde ind til enighed på alle de svære spørgsmål omkring ledelse og organisering (arbejdsdeling mellem visitation og udførende enhed, snitflader ift. sundhedslovs-opgaver, arbejdsdeling mellem forskellige faggrupper mv.).
- Forandringsmotor: Ledergruppen skal *drive* forandringen. Kun den kan skabe den (men projektledelsen hjælper selvfølgelig alt det, den har lært).
- Administration: Ledergruppen skal kræve at administrationen har fokus på at understøtte hver team og understøtte der, hvor de enkelte team efterspørger support. Det er administrationen der er til for hvert team og ikke omvendt.

4.2 Organisering og kompetencer

Realistisk set er det vanskeligt at ændre fundamentalt ved en organisations adfærd ved at kompetenceudvikle. De fleste hjemmeplejer består af medarbejdere, som har løst opgaverne på en vis måde i mange år og som næppe grundlæggende vil ændre adfærd, fordi de får fem halve dages træning i en anden måde at arbejde på. Derfor er der grund til at anvende viden fra adfærdsdesign i udviklingsarbejdet, dvs. viden om, hvordan man kan indrette en organisation, så den fremmer en særlig slags adfærd:

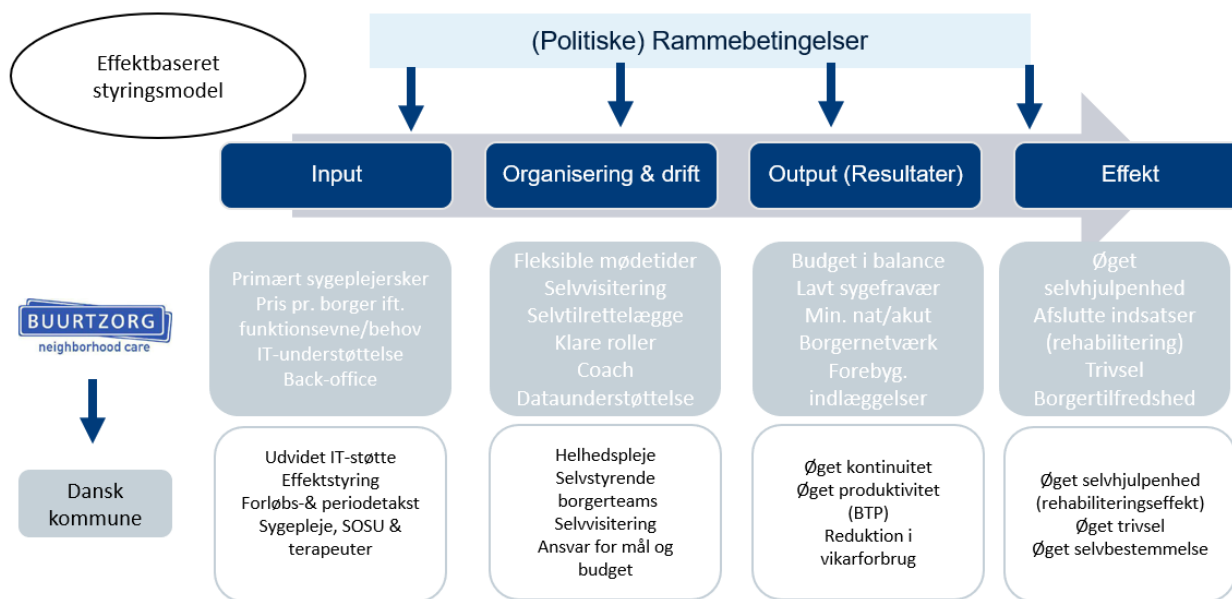
- Der skal etableres en organisation, der reelt er ”ledet af professionelle” - eller ”an organization led by professionals”, som Buurtzorg konsekvent fastholder er kernen i deres tilgang. Det betyder, at man skal beslutte sig for at føre en betydelig del af beslutningskompetencen ud i yderste led af driften.
- Der skal skabes en organisering, der tilskynder til tværgående samarbejde og selvledelse og som indeholder barrierer mod silo-tænkning og hierarkisk tænkning.
- Der skal arbejdes målrettet med at indføre en type af adfærdsdesign, som belønner og anerkender en adfærd hos den enkelte, hvor der tages et personligt ansvar for borgeren. Samtidig skal der skabes barrierer i hverdagen, der gør det vanskeligt ikke at sætte borgeren først eller ikke at tænke i sammenhænge.
- Ledere og medarbejdere skal trænes i de nye samarbejdsformer, som selvstyrende teams repræsenterer.
- Medarbejdere skal trænes i de faglige kompetencer, som følger med det øgede ansvar for at træffe beslutninger i hverdagen (f.eks. refleksion og analyse).
- Endelig skal der være adgang til kvalificeret coaching.

I afsnit 4.3 neden for uddybes de ting, der skal afklares i forbindelse med organiseringen af forsøg med helhedspleje.

4.3 Styring og systemer

- Der skal udvikles en gennemtænkt styringsmekanisme, der sikrer at penge og tid ikke løber løbsk – og som belønner effekt og ikke input eller aktivitet.
- Ligeledes skal der udvikles en gennemtænkt tilsynsmekanisme, der sikrer systematisk og grundig kontrol med kvaliteten: Herunder skal der skabes tydelighed om det, som Buurtzorg kalder ”non-negotiables” – punkter, hvor man skal leve op til prædefinerede standarder (”protokoller” i Buurtzorgs terminologi).
- Systemet skal tilpasses, så det understøtter samarbejde på tværs af kompetencer og gør det nemt at planlægge lokalt.

Figur 4. Oversættelse af Buurtzorg til en dansk kontekst



5 Zoom på organisatoriske forudsætninger

I dette afsnit beskrives de organisatoriske tiltag, som er nødvendige for, at man i en dansk, kommunal kontekst kan opnå de målsætninger, der er beskrevet i kapitel 3.

Afsnittet er inddelt i følgende afsnit:

- **Borgere, behov og ydelser:** Hvilke og hvor mange borgere skal indgå i projektet? Hvilke af de ydelser, som de inkluderede borgere modtager, skal omfattes af projektet?
- **Medarbejdere:** Hvilke typer af medarbejdere skal omfattes af borgerteamet? Hvor mange medarbejdere skal indgå i borgerteamet? Hvordan skal medarbejderne vælges?
- **Opgaver og arbejdsdeling:** Hvilke opgaver skal løses af hvem i teamet? Og hvordan skal arbejdsdelingen være mellem medarbejderne?
- **Arbejdsgange:** Hvilke arbejdsgange skal sikre, at de borgere, som borgerteamene har ansvaret for, både oplever høj kvalitet, sammenhæng og gode muligheder for medbestemmelse?
- **Ophæng i organisationen:** Hvor skal borgerteamene være forankret i Sundhed og Omsorgs organisation? Og hvad skal relationen være til teamenes nærmeste leder?

5.1 Hvilke ydelser skal løses i borgerteamet?

For at kunne opnå den fulde effekt i forhold til at skabe sammenhæng i plejen er der brug for at "slå en ring rundt om en gruppe af borgere" og at borgerteamet som udgangspunkt leverer *al hjælp til disse borgere, som leveres i borgernes hjem*.

Dvs. at følgende typer af hjælp til de omfattede borgere som udgangspunkt skal leveres af borger-teamet: Al §83, al §83a og SUL-ydelser, der leveres i borgerens hjem.

Følgende borgervendte opgaver kan med fordel løses af borgerteamet:

Udgangspunkt: Samtlige af de opgaver, som borgeren skal have hjælp til i hjemmet – både ift. praktisk hjælp, personlig pleje, sygepleje og træning – skal som udgangspunkt leveres af teamet, inklusive dokumentation og forberedelse før og efter besøg.

Undtagelser: Visse former for kompleks, klinisk sygepleje skal løses af eller med støtte fra det centrale sygeplejeteam. Den præcise snitflade mellem den sygepleje, der løses af borgerteamet og af klinikker og tværgående specialistfunktioner skal afklares i forbindelse med forberedelse af projektet. Mere præcist skal de forskellige specialer inden for sygepleje, som del af forberedelsen af forsøgsprojektet, fordeles ét efter ét efter, hvordan de bedst kommer borgerne til gavn: Hvornår sker det ved at placere specialet i en borgernær enhed (et borgerteam)? Og hvornår sker det ved at placere specialet i en tværgående enhed?

5.2 Hvilke borgere skal knyttes til et borgerteam?

De borgere, der tilknyttes et borgerteam, skal have bopæl inden for samme geografiske område. Det sker af hensyn til produktiviteten, men også af hensyn til trivslen i teamet. Andre forsøg har vist, at det er vigtigt for medarbejdere i et selvstyrende team, at de har ansvaret for et samlet, geografisk område. Det skal samtidig understøtte, at der kan opbygges en relation mellem borgerne i området og borgerteamet.

5.2.1 Hvilke typer af medarbejdere skal indgå i borgerteamet?

Et borgerteam skal bestå af en bred vifte af kompetencer. Det skal sikre, at teamene kan bidrage til målene og kontinuitet, sammenhæng og tværfaglighed.

Et borgerteam bør som udgangspunkt bestå af:

- SOSU-hjælpere (reference ind i borgerteamet)
- SOSU-assistenten (reference ind i borgerteamet)
- Sygeplejersker (reference ind i borgerteamet)
- Planlægger (reference ind i borgerteamet)
- Terapeuter (reference ind i træningsenhed)
- Visitator (reference i myndighedsfunktion)

Når visitatorerne ikke er forankret med personalerreference ind i borgerteamet, skyldes det et hensyn til at opretholde en vis armslængde mellem bestiller og udførende organisation.

Forudsætningen for succes er dog, at alle personalegrupper ser sig selv som en del af borgerteamene og ser sig selv som arbejdende efter samme mål – også terapeuter og visitatorer.

5.3 Hvilke medarbejdere skal indgå i hvert team?

Et borgerteam sammensættes med omkring 20 årsværk. Når dette antal er valgt, sker det efter rådgivning fra Buurtzorg og erfaringer fra Københavns Kommune, der har afprøvet lignende teams.

Desuden bygger tallet på erfaringer fra det tidligere værdighedsprojekt i Syddjurs Kommune, hvor de teams, der blev afprøvet, viste sig at være for små ift. fleksibilitet og robusthed.

De 20 årsværk kan *nogenlunde* fordele sig på følgende måde:

- 11 SOSU-hjælpere
- 2 SOSU-assistentter
- 4 sygeplejersker
- 1 planlægger
- 1 terapeut (ikke fuld tid)
- 1 visitator (ikke fuld tid)

Medarbejderne til borgerteamet vælges ved at se på en kombination af professionsfaglige kompetencer, relationelle kompetencer og motivation:

- **Professionsfaglige kompetencer:** Det skal sikres, at der samlet set, når borgerteamet betragtes under ét, er de kompetencer til stede, som skal til for at yde borgerne kvalificeret hjælp inden for samtlige af de ydelser, som teamet har ansvar for (dvs. §83, §83a, træning i hjemmet og SUL).
- **Relationelle kompetencer:** Det skal sikres, at hver borgerteam bemannes med medarbejdere, der besidder de nødvendige kompetencer ift. det at arbejde i et selvstyrende team. Dvs. ift. at tage ansvar, samarbejde, være fleksibel, kunne lytte mv.
- **Motivation:** Erfaringerne fra Buurtzorg og danske cases peger entydigt på, at medarbejderne i et selvstyrende team skal være motiverede for den ny måde at arbejde på. Derfor foreslås det, at det gives høj prioritet, at medarbejderne selv vælger, om de vil deltage. I denne sammenhæng er det vigtigt, at muligheden for at være sygeplejerske i et borgerteam formidles som en attraktiv karrierevej: At forvaltningen fremover vil have to ligeværdige karriereveje for sygeplejersker: De, der er specialiseret i fagligt at lede og udvikle den borgervendte pleje og de, der er specialiserede i mere kliniske, komplekse sygeplejeydelser, der ydes med afsæt i tværgående enheder.

5.4 Roller og ansvar internt i borgerteamet ifm. borgervendte opgaver:

Borgerteamene skal finde det rette *balancepunkt* mellem specialisering og bredde i opgaveløsningen. Hver medarbejder skal både have et særligt ansvar for at sikre, at teamet leverer høj kvalitet inden for medarbejderens speciale, samtidig med at hver medarbejder skal være med til at give borgeren en oplevelse af sammenhæng og helhed i den hjælp, der gives.

Som del af etablering af et borgerteam udarbejdes *nye jobprofiler* for medarbejderne i teamet, der sikrer denne *dobbelthed* i jobbet. Opmærksomhedspunkter i denne sammenhæng er bl.a. følgende:

Særligt om sygeplejerskernes rolle: Sygeplejerskerne skal være ansvarlige for kvaliteten i den sygeplejefaglige opgaveløsning i borgerteamet. Det er et ansvar, de både udøver ved selv at tage del i opgaveløsningen og ved at træne og sparre med øvrige kolleger i teamet. Desuden er sygeplejerskerne i teamet bindeled til tværgående specialistkompetencer hos forvaltningens øvrige sygeplejersker. Samtidig har sygeplejerskerne et medansvar for at skabe øget helhed i plejen. Det

sker bl.a. ved, at sygeplejerskerne også tager plejeopgaver i de tilfælde, hvor det bidrager til at skabe øget sammenhæng og kvalitet – set fra et borgerperspektiv.

Særligt om visitators rolle: Der skal knyttes en fast visitator til hvert borgerteam. Målet med at knytte en visitator til hvert borgerteam er, at det nuværende samarbejde mellem bestiller og udfører, der i høj grad er baseret på skriftlighed, erstattes af en tættere og mere agil samarbejdsrelation med vægt på hastighed og dialog. Det skal bl.a. ske ved, at visitatoren deltager i de faste, ugentlige møder om borgerne i teamet (triagemøder mv. uddybes neden for) og ved, at visitatoren fast møder ind på borgerteamets lokaler nogle dage om ugen.

Særligt om terapeuternes rolle: Til hvert borgerteam skal der knyttes 2 faste terapeut-årsværk, som er fuldtid knyttet til teamet. Terapeuterne referer dog ind i de nye, lokale træningsteams ("Borgernær træning"). Terapeuterne er ansvarlige for kvaliteten i rehabiliterings- og træningsindsatsen i borgerteamet. Det er et ansvar, de både udøver ved selv at tage del i opgaveløsningen og ved at træne og sparre med øvrige kolleger i teamet. Desuden er terapeuterne i teamet bindeled i tværgående specialistkompetencer hos forvaltningens øvrige terapeuter. Samtidig har terapeuterne et medansvar for at skabe øget helhed i plejen. Det sker bl.a. ved, at terapeuten også tager plejeopgaver i de tilfælde, hvor det bidrager til at skabe øget sammenhæng og kvalitet i plejen.

Særligt om hjælpernes rolle: Hjælperne skal dyrke plejefagligheden i borgerteamet – både ved selv at løse plejeopgaver og ved at sætte standarder for resten af teamet og sparre med resten af teamet ift. hvad høj faglighed i plejen vil sige. Samtidig skal hjælperne være med til at skabe mere helhed i plejen ved gradvist at tilegne sig kompetencer til at kunne løse flere opgaver inden for rehabilitering, træning og sygepleje.

Særligt om assistenternes rolle: Assistenterne skal i lighed med de øvrige medarbejdergrupper have et særligt ansvar for kvalitetsudvikling inden for den mere komplekse pleje og dele af sygeplejen. Samtidig skal assistenterne også være med til at skabe mere sammenhæng ved at være mere fleksible ift., hvilke opgaver de løser for borgerne.

For at kompensere for, at ikke alle medarbejdere er organisatorisk tilknyttet borgerteamet, skal der som led i forberedelsesfasen udarbejdes en række principper for samarbejdet. De kan f.eks. gå på antal fysiske fremmøder pr. uge, antal møder man deltager i fysisk og antal gange man spiser frokost i fælleslokalerne. Desuden kan det overvejes at udvikle et sæt af fælles værdier for, hvordan teamet arbejder med relationel koordinering i hverdagen.

5.5 Opgaver og arbejdsdeling ift. øvrige opgaver

Opgaver:

Følgende øvrige opgaver foreslås løst af borgerteamet:

Faglig sparring, faglig ledelse og coaching: Borgerteamene skal være kendt for høj faglighed og høj kvalitet. Det forudsætter bl.a. adgang til faglig ledelse, faglig sparring og coaching. Medarbejderne i borgerteamet har ansvaret for at give hinanden faglig sparring og ledelse. Desuden skal teamet kunne trække på tværgående specialistkompetencer i sygeplejeteamet og træningsteamet, ligesom det skal overvejes at tilknyttes muligheder for coaching fra uddannede coaches. Som en del af planlægningen skal der udvikles en tydelig arbejdsgang for systematisk feedback mellem medarbejdere i teamet, der skal sikre at konstruktiv feedback bliver en del af arbejdskulturen i det nye team.

Planlægning: Borgerteamet skal selv planlægge deres tid og dermed stå for dag-til-dag-planlægningen. Borgerteamet er desuden ansvarlig for et længere planlægningsrul (f.eks. fire uger), som sikrer at de nødvendige medarbejdere møder ind. For at det kan lade sig gøre, forudsætter det den nødvendige it-understøttelse, jf. afsnit neden for. Der indgår en planlægger i hvert team, som understøtter planlægningen. Desuden skal der kunne trækkes på support fra Økonomi og HR. Endelig foreslås det, at der knyttes en planlægger til borgerteamet, men at planlæggerens rolle ”genopfindes” fra bunden: Hvordan kan planlæggeren bedst understøtte de udekørende medarbejdere ift. telefon, justering, planlægning mv.

Der skal som led i forberedelsen af forsøgsprojektet udarbejdes en arbejdsgang for hver af de to typer af planlægningsopgaver (fire ugers rul og dag-til-dag-planlægning).

Kompetenceudvikling: Borgerteamets deltagere vil som del af forberedelsen til pilotprojektet blive del af et samlet kompetenceudviklingsprogram. Når først borgerteamet er oppe at køre, kan det overvejes, om teamet selv, inden for en fastlagt ramme, skal beslutte hvilke typer af kompetenceudvikling, der skal prioriteres og hvilke medarbejdere, der skal deltage i kompetenceudviklingen. Det skal afklares, hvordan der arbejdes med årlige MUS-samtaler og individuelle udviklingsplaner i teamet. Der skal udarbejdes en arbejdsgang for, hvordan HR supporterer og coacher ift. kompetenceudvikling.

Bemandingstilpasning: Det skal afklares, hvilken rolle medarbejderne i Borgerteamet skal have ift. ansættelser og afskedigelser. Det foreslås, at der eksperimenteres med, at Borgerteamets medarbejdere selv rekrutterer nye kolleger inden for en fast økonomisk ramme. Der skal udarbejdes en arbejdsgang for, hvordan HR kan støtte teamet i denne proces. Ift. afskedigelser skal det afklares, hvor initiativretten og -forpligtelsen placeres.

Økonomi: Borgerteamet har ansvaret for, at teamet overholder det tildelte budget. For at det kan lade sig gøre at løfte dette ansvar, forudsætter det teamet understøttes med KPI'er mv. og at teamet får de nødvendige kompetencer.

Borgerkontakt: Borgerteamet skal som udgangspunkt kunne kontaktes af borgere og pårørende, da det er en vigtig del af arbejdet med at bringe medarbejdere tættere på borgere og pårørende. Det skal afklares nærmere, hvordan denne kommunikation skal organiseres. I Buurtzorg fordeler medarbejderne telefonvagten internt 24/7, så borgere og pårørende altid har mulighed for at komme i kontakt med én fra teamet.

Arbejdsdeling: Rolle og ansvar internt i borgerteamet ift. øvrige opgaver:

Hvordan fordeles de øvrige opgaver i et borgerteam? Som del af planlægningen af forsøgsprojektet skal der besluttes, hvilken tilgang der skal afprøves ift. at fordele de øvrige opgaver: Skal det være styret af kompetencer? Interesser? Lighedsprincip? Andet? Og hvor meget af de ikke borgervendte opgaver er det hensigtsmæssigt, at planlæggeren har ansvaret for?

I denne sammenhæng vil der blive trukket på Buurtzorgs erfaringer, ligesom medarbejdere vil blive inddraget tæt i processen.

5.6 Samarbejde og arbejds gange

Som del af forberedelsen af forsøgsprojektet skal der beskrives en række faste arbejds gange for, hvordan teamets i hverdagen sikrer, at borgerne både oplever høj kvalitet og sammenhæng i plejen – og samtidig får gode muligheder for selvbestemmelse.

I afsnittene oven for er der nævnt flere eksempler på arbejds gange der skal udarbejdes for, hvordan teamet skal løse de ikke borgervendte opgaver - økonomi, rekruttering, kompetenceudvikling.

Desuden skal der udarbejdes arbejds gange, der sikrer kvalitet og sammenhæng i de borgervendte opgaver. Det foreslås i denne sammenhæng, at der udvikles en mødestruktur struktureret omkring faste triagemøder, da der er gode, veldokumenterede resultater med denne mødeform. Triagemøderne skal formentlig holdes mindst tre gange om ugen. De skal sikre, at den enkelte borger vurderes ud fra et 360 graders perspektiv, hvor medarbejderne deler faglighed og viden om borgeren. Samtidig skal møderne sikre, at der blandt de forskellige medarbejdere i teamet er et fælles syn på, hvordan plejen af den enkelte borger skal gribes an.

Det foreslås desuden, at habitualskemaer gøres til en del af de faste arbejds gange for at sikre fokus på tidlig opsporing af forringet helbredstilstand i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Arbejds gangene skal udarbejdes med stor opmærksom på ikke at fjerne de decentrale handlerum for den enkelte medarbejder.

5.7 Support og ledelse

Hvis det skal lykkes at indføre en helhedspleje med selvstyrende teams, er det afgørende at den nødvendige support er på plads.

Samtidig skal der være tydelighed om, hvor ledelsesopgaven løses henne. Det at gå til selvstyrende teams, gør ikke at der er behov for at træffe færre beslutninger eller at der er behov for mindre ledelsesmæssig støtte. Disse opgaver skal blot placeres andre steder og løses på andre måder.

Derfor skal der etableres en back office funktion og en coach-funktion, ligesom der skal være klarhed omkring, hvordan ledelsesopgaven løses.

5.7.1 Om back office

Back office skal understøtte borgerteamet i at udføre deres indsatser over for borgerne bedst muligt. Back office's eneste eksistensberettigelse er derfor som udgangspunkt, at det "gør livet nemmere" for frontpersonale i borgerteamene.

Back office-funktionen skal designes med et skarpt fokus på denne funktion. Den skal således opbygges ud fra en 360 graders vurdering af, hvad et team vil have brug for i forhold til fx:

- Løn- og personaleadministration
- Planlægning
- Dokumentation
- Økonomistyring
- Vikarbrug

Som udgangspunkt vil der skulle være ét, fælles back office, som supporterer alle teams.

5.7.2 Om ledelse

Det er afgørende for projektet, at der fra start er maksimal gennemsigtighed ift., hvordan ledelsesbeslutninger træffes i forbindelse med borgerteamenes virke samt hvordan der sikres kvalitet i de ledelsesbeslutninger, der skal træffes. Det skal være helt tydeligt, hvem der tager affære, hvis der er problemer med borgere, pårørende, kvalitet, trivsel, sygefravær, vakancer mv.

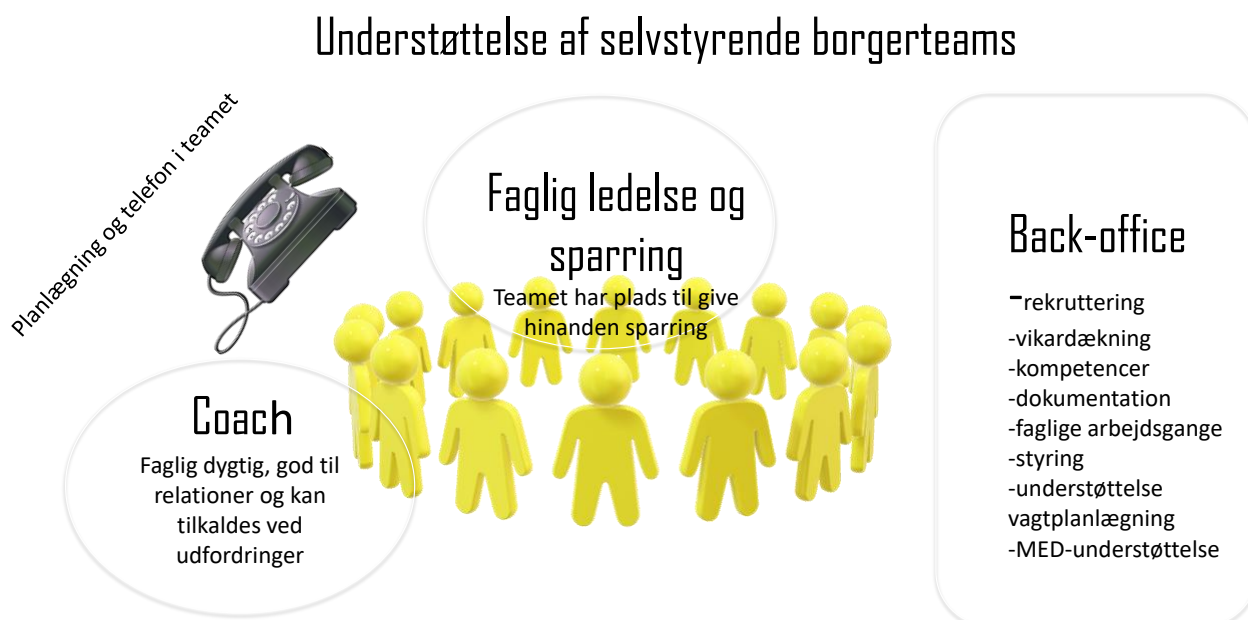
Som del af forberedelsen til forsøgsprojektet skal det derfor afklares og beskrives, hvordan ledelsesopgaven løses:

- Hvad skal karakterisere det decentrale ledelsesrum ift. faglighed/kvalitet, personale og økonomi?
- Hvad er teamet forpligtet til at orientere om videre i organisationen?
- Hvordan skal den løbende dialog mellem ledere/chefer og team indrettes? Herunder: Hvordan sikres teamet adgang til beslutninger og sparring?

Som udgangspunkt skelnes der mellem tre typer af ledelse:

1. *Den faglige ledelse:* Udgår fra flere hold – kollegerne internt i teamet giver faglig ledelse til hinanden og kollegerne uden for teamet bidrager med faglig ledelse ind i teamet (f.eks. specialistfunktioner inden for sygepleje og træning). Coachen kan desuden i meget begrænset omfang.
2. *Den administrative ledelse:* Løftes internt i teamet (planlægger selv, ansætter selv, håndterer sygemeldinger selv etc.) – men med massiv støtte fra back office.
3. *Den personalemæssige ledelse:* Løftes internt i teamet (trivsel et fælles anliggende) – men med støtte fra coachen.

Figur 5: Supportfunktioner rundt om det enkelte borgerteam



5.7.3 Om coachrollen

Coach-rollen skal, ligesom ledelsesrollen, præciseres ifm. forberedelsen af forsøgsprojekterne. Som afsæt ligger følgende dog fast ift. coachen:

- Rollen som coach indebærer *ikke* et ledelsesansvar.

- Coachen skal være *tilgængelig* – dvs. teamet kan henvende sig, hvis de har brug for sparring ifm. borgerproblematikker, faglige problematikker eller interne personale/trivselsproblematikker.
- Coachen skal selv være *opsøgende*. Bl.a. ske ved at holde et øje på de faste KPI'er og tilbyde sin støtte, hvis der ikke er tegn på at teamet selv håndterer problemer.
- Coachen har relativt *lidt tid* pr. team, da vedkommende har mange teams, 60-70 stk. – vigtigt for at coachen ikke glider ind i en lederrolle.
- *Krav til hvem, der kan være coach*: Skal være sygeplejerske, skal være "nice", være god til relationer, skal have erfaring fra at arbejde i et Buurtzorg-team

6 Zoom på styringsmæssige forudsætninger

6.1 Intro

En af forudsætningerne for at lykkes med en hjælp, der tilrettelægges tættere på borgeren er, at den nuværende styringsforståelse grundlæggende ændres. Hjælpen skal tilrettelægges og justeres ud fra, hvad borgeren kan, har brug for - og ønsker - inden for rammerne af den bevilgede støtte.

En ny styringspraksis skal understøtte projektets mål om at få frontmedarbejderne til at flytte fokus i dialogen med borgere og visitation fra *tid* og *ydelse* og til *behov* og *effekt*. Fokus skal væk fra at levere en specifik ydelse og bruge et vist antal minutter til at opnå en effekt for borgeren og dermed gøre en forskel for borgeren. Naturligvis inden for lovgivningens rammer. Det skal styringsmodellen understøtte.

Et stykke hen ad vejen handler det om at tilpasse styringsmodellen til den nuværende praksis. Medarbejderne tilpasser allerede i dag i vidt omfang indsatsen til hvad de ser, borgerne har behov for. I dag sker det dog ofte "på trods", fordi den nuværende styring ikke understøtter denne lokale tilpasning.

Desuden handler det om at turde give mere tillid til, at medarbejderne kan udfylde dette ansvar fagligt hensigtsmæssigt. Derfor er et af de væsentligste mål med den nye styringsmodel, at den understøtter frontmedarbejderne i at løfte dette nye, større ansvar.

Som del af den nye styringsmodel vil myndighedsopgaven ændre sig. Visitationen vil i højere grad skulle fokusere på at formulere skarpe mål i afgørelsen, ligesom det er disse mål der følges op på fra myndigheds side. Derimod vil selve tilrettelæggelsen af indsatserne entydigt blive lagt ud til borgerteamene.

For at udvikle denne nye rolle for visitationen, vil visitationen blive tæt knyttet til de tre borgerteams, der etableres i forsøgsfasen. Det skal gøre det nemmere på et dag- til dagsbasis at øve sig sammen – udfører og myndighed – i nye roller samt at tage problemer og usikkerhed i opløbet – fx om hvor grænserne for det nye lokale beslutningsrum går.

6.2 Overblik over styringsredskaber i en dansk kontekst

Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen er underlagt en række forskellige styringsredskaber. De er vist i figuren til højre.

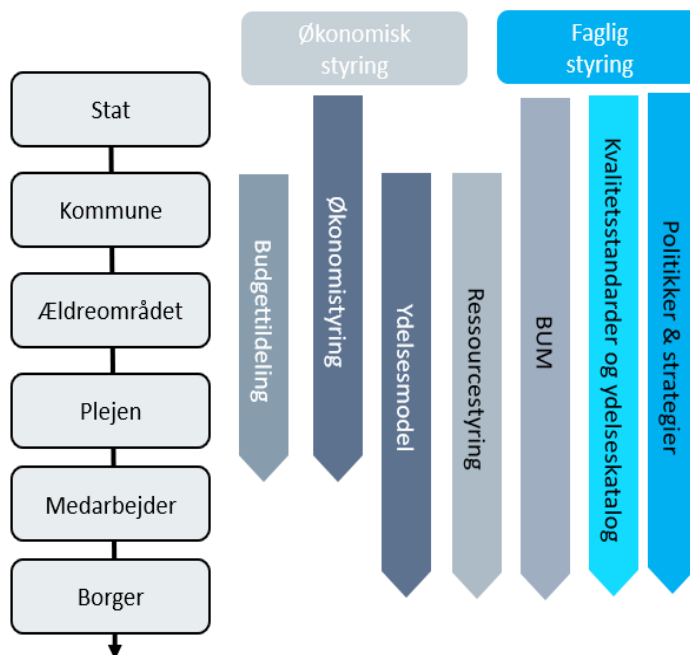
De økonomiske styringsredskaber udgøres af kommunens valg af budgettildelingsmodel, økonomistyring, ydelsesmodel, ressourcestyring og ledelsesinformation.

De faglige styringsredskaber udgøres af politikker og strategier, kvalitetsstandarder og indsats-/ydelseskataloger og valg af BUM.

Den faglige og økonomisk styringsmodel er kendetegnet ved at der er:

- BUM med visitation på §83 og 86. Dette er et krav i lovgivning ift. frit valg
- Delvis BUM med visitation af SUL §138. Der er ikke et krav om visitation i lovgivning

Figur 6. Økonomiske og faglige styringsredskaber



6.3 Buurtzorgs styring

I Holland er styringen bygget op omkring samme principper som den danske BUM-model.

I Holland er bestilleren den enkelte borgers forsikringselskab. Selve vurderingen af borgerens plejebehov sker af den praktiserende læge eller eventuelt relevant speciallæge, der beskriver borgerens sygdomsbillede og behov for pleje. Med afsæt i den lægefaglige vurdering, fastlægger en visitator tilknyttet borgerens forsikringselskab antallet af timer, der bevilges til borgeren. Der er således tale om en individuel vurdering, lige som det kendes i den danske model for §83 støtte. I Holland omfatter den individuelle vurdering både sygepleje og den personlige pleje. Visitationen giver en samlet ramme for, hvor mange timer, der kan anvendes på den enkelte borger og dermed afregnes for.

Buurtzorg er bygget om omkring en simpel økonomisk afregningsmodel, hvor der sker afregning for hvert besøg med en fast timerate, uanset hvor lang tid besøget tager og hvilke personalegrupper, der gennemfører besøget (57 euro pr. time/besøg i 2016).

Figur 7. Økonomiske tildelingsmodeller i Buurtzorg og en typisk dansk kommune

	Buurtzorg	Typisk dansk kommune
Sygepleje	Pris pr. besøg 57 euro/ 425 kr.	Rammestyret
Midlertidig rådgivning og støtte af personer med midlertidige behov for hjælp efter f.eks. en indlæggelse		Rammestyret (når der er tale om rehabilitering).
Personlig pleje/bistand		Aktivitetsafregnet Rammestyret natteam
Praktisk hjælp (madlavning, indkøb, rengøring mm.)		Aktivitetsafregnet

I den hollandske model findes der tre grundlæggende plejeniveauer: basis, ekstra og speciel. For basisniveauet gælder, at hjælpen leveres i henhold til en fast plan – f.eks. at der er bevilget 5 timer på ugebasis til personlig pleje. For ekstraniveauet gælder, at der er tale om mere kompleks døgnpleje og antal bevilgede timer vurderes individuelt. Specielniveauet anvendes ved særligt plejekrævende og komplekse borgere, som f.eks. også har behov for udvidet hjælp til at koordinere deres pleje og behandling (kilde: Vive 2020).

I Buurtzorg sker styring af økonomi og kvalitet med afsæt i:

- Performance måles på live data på seks faste nøgletal (bl.a. ata-tid, tidsfordeling på døgn, tid brugt i lokalsamfundet og indrapporterede fejl), som er tilgængelig for hvert team. Forskellige benchmarks er tilgængelige.
- Sofistikeret kvalitetssikringsmodel, der både indeholder brug af data, protokoller/standarder, uddannelse, kultur og samarbejde/arbejdsgange. "Non-negotiables" en vigtig del af kvalitetsmodellen.
- Ingen visiteret tid, men en økonomisk takst til at realisere borgerens plejebehov inden for. Taksten gives pr. gennemført besøg uanset hvilken faggruppe, der gennemfører besøget eller længden af besøget. En takst, der er givet af borgerens forsikringsordning.
- Der styres efter en ATA-tid på 61%.
- Enheder, der giver underskud eller ikke leverer høj kvalitet lukkes, hvis ikke de kan rette deres økonomi eller kvalitet op.

Buurtzorg-modellen skaber incitament til at løse så meget som muligt i hvert besøg uden skelen til hvilke personalegrupper, der gennemfører opgaven eller hvor meget tid et besøg tager.

6.4 Oversættelse af Buurtzorg-styring til en dansk kontekst

Et væsentligt element i oversættelsen indebærer, at man går fra at operere en typisk aktivitets- eller rammebaseret tildelings- og økonomistyringsmodel til en mere effektbaseret styringsmodel, der skal øge det decentrale beslutningsrum i hvert borgerteam.

Den effektbaserede styring tager afsæt i, at det decentrale ledelsesrum skal styrkes for at skabe mere værdi for borgerne.

Den decentrale og lokale ledelse forventes at have en bedre forståelse for borgernes behov for pleje og støtte samt hvordan den støtte mest omkostningseffektivt kan leveres.

En decentralisering af beslutningskompetence og det økonomisk ansvar er afgørende i forhold til at imødekomme borgerens behov for at løse kerneopgaven. En decentralisering betyder at både politikere og den centrale myndighed (bestilleren) skal afgive beslutningskompetence til udfører, dvs. de geografiske teams, der skal varetage borgerens sammenhængende pleje- og støttebehov.

Der skal ske en decentralisering af beslutningskompetence og økonomisk ansvar, hvor man går bort fra aktivitetsstyring og i stedet styre med afsæt i effektmål. Effektmålene skal skabe et stærkt incitament til at arbejde for opfyldelse af betalerens ønsker om bestemte effekter, mens beslutningerne om, hvordan effekten opnås, placeres hos udfører.

6.5 Design af en effektbaseret styringsmodel

En effektbaseret tildelingsmodel er både et instrument til at fastlægge størrelsen af budgettet og en incitamentsstruktur, hvor decentrale teams motiveres til at forfølge de mål, som tildelingsmodellen er baseret på.

Modellen giver en økonomisk tildeling, der giver en motivation for medarbejderne til at forfølge de kriterier, som der gives penge efter og nedprioritere andre kriterier i dagligdagen. Modellen påvirker samtidig medarbejderens holdninger og opfattelser af den økonomiske styring og skaber dermed nye meninger. Det giver dermed et ledelsesrum, da modellen er med til at bestemme hvordan beslutninger påvirker de økonomiske rammer.

Derfor er designet af tildelingsmodellen afgørende for de resultater, der kan opnås og ikke mindst for hvad der ikke gives incitament til og dermed hvilke resultater er ikke opnået i samme omfang.

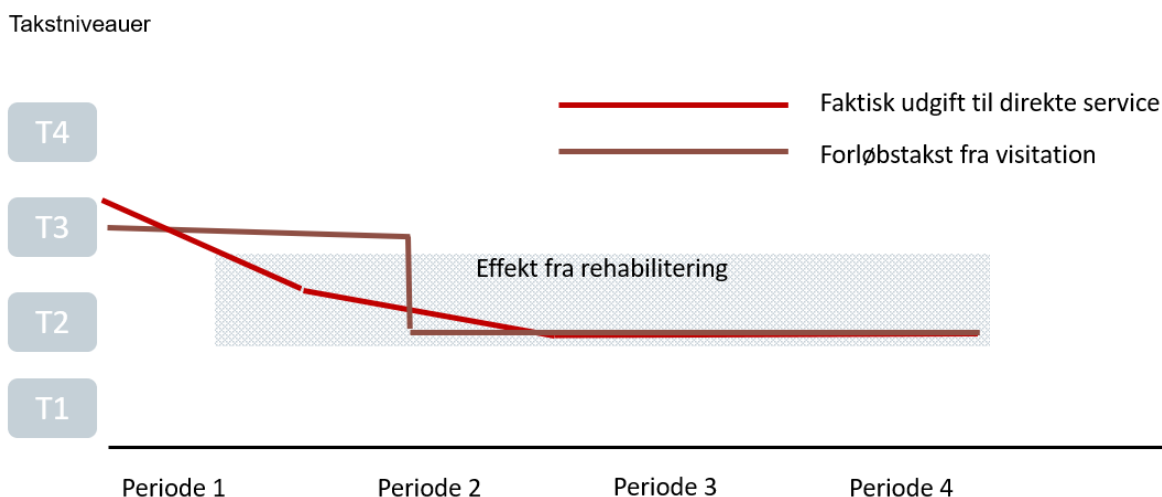
Effekt kan både gå på omkostningsniveau/-forbedringer og kvalitetsniveau/-forbedringer.

De effektbaserede modeller understøtter typisk to typer af indsatser:

- Forløbsbaserede indsatser, der er enkeltstående eller tidsafgrænsede eks. korte rehabiliteringsforløb
- Periodebaserede indsatser, der er længerevarende aktiviteter eks. hjemmepleje, hjemmesygepleje og hverdagsrehabilitering.

En effektbaseret tildelings- og styringsmodel i projektet kan med fordel tage afsæt i en tildelingsmodel med periodebaserede indsatser, hvor der gives en samlet effekttildeling (takst) til at dække udgifterne til de ydelser/indsatser, der varetages hos borgerne uanset hvem, der varetager opgaverne og hvornår på døgnet de varetages.

Figur 8. Illustration af en effektbaseret tildelingsmodel



Effektmålene er at borgerens ydelsesbehov falder pga. effekt fra en rehabiliterende indsats, at borgeren oplever en øget selvbestemmelse eller at borgeren oplever en øget kontinuitet i plejen.

Boks 1. Eksempler på effektmål

- Borgeroplevet kontinuitet i plejen (spørgeskema under projektperioden).
- Øge at hjælperne kommer på det rigtige tidspunkt (selvbestemmelse) (fra 55% til 80% i BTU).
- Reduktion i helhedsplejebehovet (som følge af et forbedret funktionsniveau hos borgeren).

Eksempler på understøttende resultatmål:

Kort sigt (efter seks måneders drift):

- Medarbejdertrivsel: 1) Jeg har indflydelse på tilrettelæggelse af mit arbejde og 2) Mine ressourcer bliver brugt på en god måde (via spørgeskema).
- Personkontinuitet, dvs. antallet af forskellige personer, som borgeren møder i forbindelse levering af hjælpen.
- Forløbskontinuitet, dvs. sammenhængen i den indsats, der leveres af de forskellige medarbejdergrupper, der kommer i borgerens hjem

Længere sigte (efter 12 måneders drift)

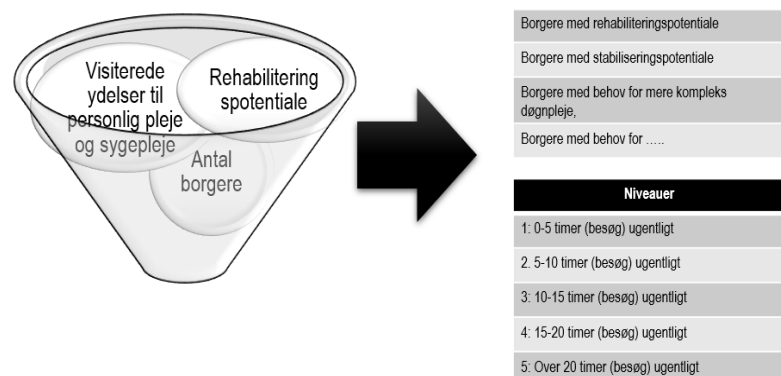
- Øge ATA/BTP.
- Fastholde eller reducere antallet af forbyggelige genindlæggelser.

6.6 Ydelsesmodellen i en effektbaseret styringsmodel

Ydelsesmodellen skal understøtte borgerens skiftende behov.

Forløbs- og periodetakster kan understøttes af en visitering, der er mindre detaljeret end enkelt-ydelser. Denne styring forudsætter at frontmedarbejderen løbende har mulighed for og er i stand til at justere den hjælp, der gives til borgeren. Forløbs- og periodetakster skal således give en mere enkel og give et incitament til at styrke selvbestemmelse, kontinuitet og rehabilitering.

Figur 9. Dannelse af takster



Forløbs- eller periodetaksten skal øge fokus på, at borgeren er i forløb med den rette faglighed, der kan understøtte rehabilitering ift. borgerens funktionsevne. Budgettildelingen skal give økonomisk incitament til at flere forløb afsluttes som følge af, at borgeren er blevet selvhjulpent eller gennemføres i sygeplejeklinikker, når borgeren er i stand til dette.

Fastlæggelsen af længden af en forløbs- eller periodetakst kan afhænge af ydelseskategori eller være ens for alle borgere.

Modellen forudsætter en stor tværfaglighed blandt medarbejdergrupperne, der besøger borgeren og faglig ledelse tæt på de udførende medarbejdere.

Den tværfaglige sammensætning, såvel som en tæt ledelsesmæssig understøttelse, sikrer, at borgere får de ydelser, der modsvarer deres behov, både ift. plejende og rehabiliterende forhold.

Den nuværende organisering af budgetansvaret i en typisk dansk kommune, hvor myndighed dels har ansvaret for at udmønte de besluttede kvalitetsstandarder i ydelser til borgerne, dels har ansvaret for at budgetoverholdelse kan virke kontraproduktivt på mulighederne for at give borgerne mere selvbestemmelse og hjemmeplejen mere selvstyring, i den form som modellen fungerer på i dag. Interviewene viser at der i den samarbejdskultur, der er mellem myndighed og udfører, kommer et for stort fokus på tildeling af minutter (og dermed kroner) og dermed på dokumentation.

Det medfører at både myndighed og hjemmepleje skal bruge ekstra tid, når hjælpen til borgeren skal tilpasses borgerens ændrede behov, hvilket reducerer borgerens selvbestemmelse og mulighederne for selvtilrettelæggelse i hjemmeplejen. En del af tidsforbruget er drevet af de opbyggede dokumentationskrav i den aktivitetsbaserede styringsmodel og i den kultur, der er skabt omkring administration af modellen.

For at understøtte det øgede beslutningsansvar i hvert borgerteam skal der udvikles og undervises i en fælles kvalitetsmetode, der gennem audits og coaching dels kan understøtte at kvaliteten af helhedsplejen er tilfredsstillende og dels kan understøtte de selvstyrende teams i deres daglige drift.

Hovedpunkter i en ny tildelings- og styringsmodel med forløbstakster

- Borgeren visiteres til en række mål for udviklingen i borgerens funktionsevne, som det kendes i dag af visitationen.
- Målene udmøntes i en tildeling af ydelser, der er understøttende for at målene kan nås. Dette fastholder en gennemsigtighed mellem vurderet behov og det, der kan leveres til borgeren.
- Med afsæt visitationen tildeles borgeren en forløbstakst, der indeholder en betaling for det antal timer, der kan (men ikke skal) leveres til borgeren pr. uge. Forløbstaksten gives for en periode på tre måneder.
- Hver 3. måned skal der ske revisitation af borgeren, hvor det vurderes om borgerens forløbstakst skal ændres. I forløbsperioden kan der dog ske en revisitation hvis borgeren ændrer kategori eks. ved en markant forværring af helbredet.
- Inden for rammerne af forløbstaksten, målene og de ydelser, der kan leveres, skal borgerteamet indrette helhedsplejen så borgeren bedst og hurtigst muligt opnår de mål, der er fastlagt for borgeren.
- Der skal fortsat ske en dokumentation af hvad, der er leveret af borgerteamet og af borgerens sundhedstilstand mm. Dette bl.a. for at følge op på om borgeren når de fastlagte mål.
- Hver borgerteam får eget budget, der dannes med afsæt i de forløbstakster, som hver borger er visiteret til, dvs. at der ikke sker afregning efter visiteret tid.
- Det samlede ansvar for overholdelse af budgettet til de ydelser, der er omfattet af borgerteams, er placeret i Sundheds- og omsorgsafdelingen.

Den økonomiske tildelings- og styringsmodel er nærmere uddybet i et selvstændig white paper, der kan fås ved henvendelse til Christian Braad eller Thomas Karlsson.

7 Sådan kommer man i gang

Målet med den første fase af projektet er at designe en organisation, der gør det nemt at anlægge en adfærd, der understøtter målene for projektet – og som gør det svært at suboptimere. Det skal være nemt at inddrage borgerne, det skal være nemt at samarbejde på tværs og skabe sammenhæng – og vice versa.

Afsnittet bygger bl.a. på Buurtzorg, Morten Münster, diverse analyser og rapporter samt egne erfaringer.

Derfor prioriterer vi bl.a. følgende i forberedelsesfasen:

7.1 Brug af tankerne bag adfærdsdesign

Der er en række elementer i forskning inden for adfærdsdesign, som er relevant at bygge på i forberedelsesfasen, herunder:

- Rammerne skal gøre det *nemt at gøre det rigtige* (= ønsket adfærd) og svært at gøre det forkerte (=uønsket adfærd). For eksempel skal det gøres nemt at arbejde rehabiliterende og helhedsorienteret og svært f.eks. at udelade de rehabiliterende perspektiver.
- Der skal være luft til at lytte til borgerne og tilpasse indsatsen: Det går ikke, at medarbejdernes tid af andre hensyn planlægges for kompakt. Det gør, at der ikke bliver tid til at finde fleksible løsninger undervejs, herunder at lytte til borgernes ønsker og behov. Risikoen er flaskehalse og frustrerede borgere og medarbejdere.
- Hård prioritering i udviklingsprojekter: Hvis de deltagende medarbejdere og ledere skal engageres, kræver det langt hen ad vejen, at de "fredes" for andre udviklingsprojekter. Ellers får de det, som forfatteren og forskeren Morten Münster kalder "projekt- eller udviklingsforstoppelse".
- Overoptimisme skal systematisk modarbejdes: Der er en tendens til, at udviklingsprojekter koster mere, tager længere tid og giver dårligere resultater end man forventer. Det skal modarbejdes ved at bruge forskellige metoder fra adfærdsdesign, der gør, at man fra begyndelsen er realistisk ift. hvad der kan opnås med projektet og realistisk ift. hvilke rammer, der skal til for at skabe forandringer.

7.2 Brug af Buurtzorgs erfaringer

Buurtzorg har en række erfaringer fra egen organisation og fra søsterprojekter i andre lande, herunder Skandinavien, som er vigtige at bygge på.

Det gælder bl.a. følgende:

- Idé og værdier først: Det er vigtigt, at de involverede grundlæggende forstår den idé og de værdier, der er motoren i Buurtzorg. Det skal på plads, inden man begynder at arbejde teknisk ned i arbejdsgange, systemer, organisering, styring mv.

- *Coaches og back office tidligt på plads:* Både coaches og back office spiller en nøglerolle ift. at få teamene til at fungere. Derfor skal disse funktioner tidligt på plads, og uddannelse af coaches skal have høj prioritet.
- *Entrepreneur-gen:* Det er vigtigt, at der rekrutteres medarbejdere til teamene, der har et stærkt entrepreneur-gen, dvs. personer, som har lyst til og mod på at bryde med vaner og prøve nyt.
- *Learning by doing:* Man skal passe på med ikke at forberede, hvordan teamene skal arbejde for længe og for detaljeret, inden mødet med den første, fordi der er en risiko for at få opbygget for mange teoretiske regler og procedurer – og dermed fra starten af at bevæge sig væk fra grundtanken om selvledelse og tillid. Man skal derfor relativt hurtigt frem til at modtage borgere, fordi medarbejderne godt ved, hvordan de løser deres arbejdsopgaver. *Undervejs* kan der være brug for træning og udvikling.
- *”Heat shields”:* Det er vigtigt, at de dele af organisationen, hvor forsøg med selvstyrende teams gennemføres, er skærmet fra moderorganisationen. Ellers er risikoen, at driften og den gamle kultur vil ”spise” forsøgene, når hverdagen sætter ind.
- *Coaching af topledelse:* Det er Buurtzorgs erfaring, at ledelsesniveauerne i organisationen ofte har brug for hjælp til at give slip på ledelsen på en god måde. Derfor kan der være brug for coaching til ledergruppen ift., hvordan den spiller konstruktivt med i en overgangsfase.

7.3 Tæt inddragelse af medarbejdere

Medarbejderne skal selv være med til at forme de nye teams, som i fremtiden skal danne rammen om deres arbejdsliv i hjemme- og sygeplejen.

Derfor sker der en tæt og struktureret *inddragelse* i begyndelsen af projektet, hvor medarbejderne selv er med til at udforme arbejdsgange, samarbejdsformer, værdier, principper mv.

Desuden lægges der stor vægt på, at *trivsel* gives en høj prioritet i udviklingsarbejdet. Hypotesen er, at forudsætningen for, at medarbejderne kan begynde at samarbejde med og om borgerne på nye måder er, at de trives i deres team.

Endelig vil der være stor vægt på *forståelse*. Det er et komplekst projekt, der skal gennemføres og hvis ikke de medarbejdere, der skal være projektet, forstår det i bund, er der stor risiko for, at det strander. Derfor gives der høj prioritet i opstartsfasen til kommunikation og fortælling.

8 Hvis du vil vide mere

Du kan fælde de links nedenfor, hvis du ønsker mere viden om projektet og Buurtzorg m.m.

Link til videoer med Buurtzorgs stifter og CEO Jos de Blok:

- [Den grundlæggende Filosofi](#)
- [At komme i gang](#)
- [Opstart af et pilotprojekt](#)
- [Bestiller og udfører](#)
- [Patientsikkerhed](#)

- Samarbejde mellem faggrupper

Link til Buurtzorgs hjemmeside: <https://www.buurtzorg.com/>

Link til projektet på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <https://www.sst.dk/da/Viden/AEldre/Omsorg-og-naervaer-for-aeldre/Syddjurs-Kommune>

Link til projektet på Type2dialog's hjemmeside: <https://www.type2dialog.dk/cases/syddjurs-kommune-buurtzorg>

Link til projektets evaluering på VIVE's hjemmeside: <https://www.vive.dk/da/undersogelser/vive-raadgiver-om-og-evaluerer-buurtzorgmodel-projekt-om-vaerdig-aeldrepleje-i-syddjurs-16054/>

Kontaktoplysninger på Hvidbogens forfattere:

Thomas Karlsson – telefon 51614603

Christian Braad – telefon 23846968

Rikke Høegh – telefon 29618769

Sofie Lykke Sørensen – telefon 50829968