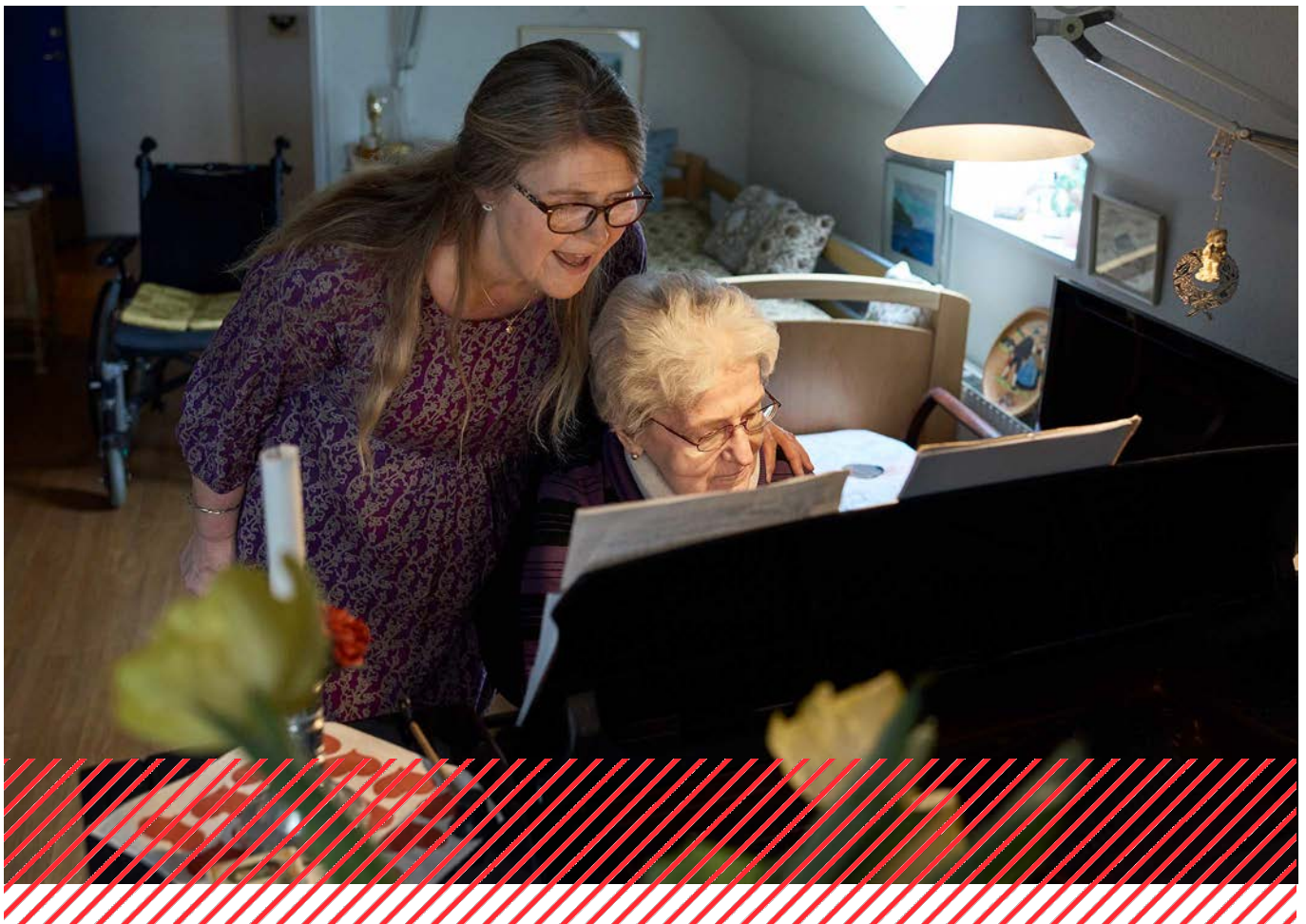


Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje

Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og
perspektiver for afprøvninger i en dansk kontekst



Martin Sandberg Buch

Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje – Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvninger i en dansk kontekst

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-802-7

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301713

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Den hollandske Buurtzorg-model for integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje har på få år opnået en dominerende position på det hollandske marked for ældrepleje. Buurtzorg er vokset fra et lokalt team med 4 medarbejdere til en landsdækkende organisation med 10.000 ansatte og ca. 90.000 tilknyttede borgere på årsbasis. Afsættet er dels en succeshistorie i forhold til den borgeroplevede kvalitet, dels at Buurtzorgs organisering i mindre selvstyrende teams i høj grad har tiltalt de hollandske hjemmesygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Med det afsæt er der i de seneste år opstået international og dansk interesse for Buurtzorg-modellens resultater og muligheden for at introducere modellen i andre lande.

VIVE har udarbejdet denne rapport for at samle et dansksproget vidensgrundlag til beslutningstagere, organisationer, fagpersoner og andre med interesse for Buurtzorg-modellen. Rapporten formidler et overblik over den tilgængelige viden om Buurtzorgs organisering og resultater i en international kontekst og peger på muligheder og udfordringer i forhold til at introducere Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst.

Rapporten er finansieret af VIVE og udarbejdet af projektchef Martin Sandberg Buch, mens projektchef Sidsel Vinge og senioranalytiker Lea Graff har kommenteret første rapportudkast. Tak til Helen Kæstel, sygeplejefaglig chef i Aalborg Kommune, og Tilde Marie Bertelsen, adjunkt ved Aalborg Universitet, for deres bidrag til rapportens eksterne kvalitetssikring.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2020

Indhold

Sammenfatning.....	5
1 Baggrund, formål og metode.....	9
1.1 Hjemmesygeplejen og hjemmeplejens udfordringer	9
1.2 Buurtzorg – et svar på hjemmesygeplejens og hjemmeplejens udfordringer.....	9
1.3 Buurtzorg i en dansk kontekst	10
1.4 Formål.....	12
1.5 Metode	12
1.6 Læsevejledning.....	13
2 Introduktion til Buurtzorg	14
2.1 Buurtzorgs organisation og infrastruktur.....	14
2.2 Buurtzorgs økonomimodel og rammebetingelser.....	16
2.3 Buurtzorgs selvstyrende teams	17
2.4 Buurtzorgs vækststrategi.....	19
2.5 Buurtzorgs tilgang til borgerne.....	19
2.6 Buurtzorgs samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.....	21
2.7 Opsamling.....	22
3 Litteraturen om Buurtzorgs performance	24
3.1 Ernst & Young 2009: Business Case Buurtzorg.....	24
3.2 KMPG 2015: The Added Value of Buurtzorg Relative to Other Providers of homecare.....	25
3.3 Diskussion.....	27
3.4 Opsamling.....	27
4 Internationale erfaringer med Buurtzorg.....	29
4.1 Erfaringer fra Storbritannien	29
4.2 Buurtzorg Sverige	39
4.3 Opsamling.....	40
5 Perspektiver for Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst.....	43
5.1 Sparsomme internationale erfaringer	43
5.2 Opmærksomhedspunkter	44
5.3 Ikast-Brande Kommunes Buurtzorg-afprøvning	46
Litteratur.....	49
Bilag 1 Anvendt strategi for litteratursøgning	52

Sammenfatning

Baggrund

Buurtzorg Holland er en privat non-profit leverandør af integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje, der siden 2006 har opereret på det hollandske marked. Buurtzorg er tænkt som et modsvar til den funktionsopdelte og hierarkiske organisering af hjemmesygepleje og hjemmepleje, der var valgt i Holland. De overordnede målsætninger var, at hjælpen i højere grad skulle tage afsæt i den enkelte borgers ønsker og ressourcer, samt at øge personkontinuiteten imellem medarbejdere og borgere for ad den vej at øge udbytte og tilfredshed hos medarbejdere og borgere.

Buurtzorg selv lægger stor vægt på, at der er tale om en model med mange elementer, der over tid er udviklet, så de hænger sammen i et integreret koncept. Ét element handler om organisering i bæredygtige selvstyrende teams med udstrakt ansvar for (selv)ledelse og organisering internt. Et andet element handler om tilgangen til borgerne, som er præget af både personkontinuitet, stærkt lokalkendskab og mobilisering af ressourcer i nærmiljøet og fokus på borgernes situation, ønsker og ressourcer, heraf Buurtzorgs motto: "Først kaffe, så pleje og omsorg". Et tredje element handler om ekspansionsmodellen baseret på et franchise-lignende koncept, der er udviklet i og passer til det hollandske sundhedsvæsen. Og et sidste element handler om en kraftig reduktion i de ressourcer, der anvendes til ledelse, administration, dokumentation og lignende – både som følge af en bevidst filosofi og som følge af det vidstrakte ansvar, der ligger i de selvstændige teams.

Buurtzorg har i løbet af blot 10 år opnået så stor succes, at virksomheden har en dominerende position på det hollandske marked for hjemmesygepleje. De seneste år er der også kommet international opmærksomhed på mulighederne for at overføre modellen til andre lande og kontekster. En række danske kommuner og organisationer har allerede været på studieture til Buurtzorg, men indtil videre er det kun Ikast-Brande Kommune, der har valgt at gå i gang med en konkret Buurtzorg-afprøvning i dansk sammenhæng.

Formål

VIVE har udarbejdet denne oversigtsrapport ud fra et ønske om at stille et samlet og dansk-sproget vidensgrundlag til rådighed for beslutningstagere og fagpersoner med interesse for Buurtzorg-modellen. Målet er at formidle et overblik over den tilgængelige viden om Buurtzorgs organisering og resultater i en international kontekst samt at vurdere potentialer og opmærksomhedspunkter i forhold til at afprøve modellen i en dansk kontekst.

Buurtzorg i en hollandsk kontekst

I den hollandske kontekst fremstår Buurtzorg som organisation som et succesfuldt, fuldt udbygget og velkonsolideret koncept for integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje. I den hollandske kontekst er der også solid dokumentation for Buurtzorgs succeser som virksomhed samt nogen dokumentation og mange indikationer på, at den valgte organisationsmodel indfrier de opstillede målsætninger om en helhedsorienteret pleje af høj kvalitet, med stor borger-tilfredshed, god medarbejdertrivsel og mulighed for at flytte ressourcer fra administration til borgerrettet arbejde.

Buurtzorg er udviklet med afsæt i centrale nøglepersoners vision og båret af stærke værdier om selvbestemmelse og involvering som fundament for organisering og ansættelse såvel som relationen til de tilknyttede borgere. Historikken viser, at initiativtagerne bag Buurtzorg har haft

stor flair for at matche den valgte organisering med de rammebetingelser, der er for at levere hjemmesygepleje og hjemmepleje i Holland. Buurtzorg er desuden lykkedes med at udvikle et modsvar på de kontinuitetsudfordringer, der i udgangspunktet har præget ældreplejen i Holland, og som tiltaler både ansatte i hjemmesygeplejen, borgere og samarbejdsparter.

Organiseringen af arbejdet i Buurtzorg er på den ene side fri og med stor mulighed for faglig autonomi for de enkelte medarbejdere og teams, men også kendetegnet ved en stor grad af standardisering af organisationens kompetencer, arbejdsgange og redskaber samt en stor grad af hjælp ved opstart af nye teams og adgang til coaching for etablerede teams.

Fraværet af hierarkisk ledelse skal ikke ses som et fravær af styring. Tværtimod sker der en tæt og direkte opfølgning på de enkelte teams og de enkelte medarbejders performance i relation til fx leverede timer, borgertilfredshed og sygefravær. Til forskel fra en hierarkisk organisation er det imidlertid de enkelte teams, der selv har det fulde ansvar for at handle på eventuelle udfordringer – og mulighed for at få støtte til dette fra deres coach eller ressourcepersoner fra øvrige teams. Teams, der ikke lykkes med at håndtere vedvarende udfordringer relateret til fx økonomi eller samarbejde, bliver desuden lukket.

Begrænsede internationale erfaringer

De internationale Buurtzorg-erfaringer, der aktuelt findes på skrift, er særdeles sparsomme og erfaringsbaserede, hvilket formentlig afspejler, at det først og fremmest er private aktører i lande, hvor der er et marked for ældrepleje, som har taget konceptet til sig. De få ikke-hollandske evalueringer af Buurtzorg, der er identificeret, stammer alle fra Storbritannien. De britiske erfaringer med Buurtzorg fokuserer alle på at introducere Buurtzorgs koncept for selvstyrende teams inden for rammerne af den eksisterende offentlige sygepleje og hjemmesygepleje, frem for på muligheden for at afprøve Buurtzorgs organisering og forretningsmodel som helhed.

De britiske evalueringer giver forsigtige indikationer på, at sygepleje og hjemmepleje leveret med afsæt i Buurtzorgs principper understøtter de faglige og borgerrettede målsætninger. Det fremgår dog også, at de britiske afprøvninger befinder sig på et indledende stadie, samt at det har været forbundet med mange udfordringer at introducere Buurtzorgs selvstyrende grupper i den eksisterende organisering. Udfordringerne har været så store, at to af de i alt fire britiske afprøvninger gik i stå tidligt i udviklingsfasen, mens et tredje forsøg blev lukket efter projektperioden, fordi det blev vurderet for omfattende og dyrt at udvide konceptet i en større skala. Endelig er der en afprøvning fra London, der stadig opererer i et projektlignende setup med en høj grad af afskærmning fra den omkringliggende organisation.

De britiske erfaringer understreger dermed, at det kan være problematisk at adoptere en ny organiseringsmodel uden at ændre på eksisterende rammer og organisering.

Perspektiver for Buurtzorg i en dansk kontekst

De britiske erfaringer er foreløbige og kan ikke anvendes til at drage håndfaste konklusioner på, om det er muligt at anvende Buurtzorg – eller elementer herfra – til at udvikle og forbedre den danske hjemmesygepleje og hjemmepleje. Der er også identificeret britiske afprøvninger og et EU-finansieret udviklingsprogram med fokus på Buurtzorg, hvorfra der kan forventes resultater i 2021, som formentlig vil bidrage til at udvide og nuancere den aktuelle viden.

De britiske erfaringer flugter på mange måder med den internationale litteratur om spredning af samarbejdsmodeller og succesfulde løsninger på tværs af geografiske kontekster, da denne er rig på beskrivelser af de vanskeligheder, der opstår, samt at det ofte ikke lykkes at genskabe

de gode resultater. Derfor kan de give en række opmærksomhedspunkter, det vil være væsentligt at forholde sig til ved eventuelle afprøvninger i en dansk kontekst.

Succesfuldt start-up vs. introduktion af et nyt koncept i en eksisterende organisation

Buurtzorg er udviklet af en driftig og karismatisk grundlægger, der fra starten har haft et tæt samarbejde med eksterne eksperter, og som i hele processen har tegnet organisationen indad- og udadtil. Det udgangspunkt vil være vanskeligt at genskabe i en dansk kontekst, hvor Buurtzorg introduceres som et alternativ til den eksisterende måde at gøre tingene på. Derfor vil det være vigtigt, at eventuelle danske afprøvninger har en solid ledelsesmæssig og politisk forankring i de involverede organisationer, samt at der er en klar vision for, hvorfor afprøvningen sættes i gang.

Juridiske og økonomiske rammer

Buurtzorg er udviklet nedefra og op og som et alternativ til de eksisterende aktører og deres måde at organisere sig på. Udviklingen er samtidig sket inden for rammerne af et tæt statsligt reguleret marked for sundhedsydelse, herunder hjemmesygepleje og hjemmepleje.

Disse elementer adskiller sig fra en dansk kontekst, hvor der langt fra er samme grad af markedsorientering af ældreplejen, og hvor aftaler for udlicitering er politisk besluttet af de enkelte kommuner. I det omfang danske Buurtzorg-afprøvninger organiseres som private udbydere, vil det derfor være vigtigt at afklare de juridiske og økonomiske rammer, herunder hvordan afregning og kvalitetssikring håndteres i et setup, hvor udførelsen af hjemmepleje og sygeplejeydelser er integreret.

Medarbejdernes motivation og kompetencer

De britiske erfaringer illustrerer, at det langt fra er sikkert, at sygeplejersker, som er uddannet og formet i den eksisterende organisation, automatisk tiltrækkes og trives i et selvstyrende team med lav grad af specialisering, fladt fagligt hierarki og en bred opgaveportefølje, som inkluderer 'hjemmeplejeopgaver'.

Grundig forventningsafstemning, faglige udviklingsmuligheder og ikke mindst et eksplicit fokus på oplæring i de kompetencer og samarbejdsrelationer, der kræves i et selvstyrende team, vil derfor være vigtigt ved afprøvning i en dansk sammenhæng.

It-plattform og organisatoriske rutiner, der understøtter den valgte organisering

De britiske erfaringer viser tydeligt, hvor udfordrende og ineffektivt arbejdet i selvstyrende teams bliver, hvis it-plattform og dokumentationsredskaber ikke matcher organiseringen, og medarbejderne derved skal planlægge og dobbeltdokumentere deres arbejde i flere forskellige systemer. Ved afprøvning i en dansk sammenhæng vil det derfor være vigtigt med en it-plattform, som understøtter den valgte organisering. Det vil ligeledes være vigtigt med rutiner, der sikrer, at teamet får adgang til deres egen ledelsesinformation og oplæring i, hvordan teamet kan handle på denne viden.

De gennemgåede opmærksomhedspunkter illustrerer, at Buurtzorgs historik, institutionelle kontekst og organisering adskiller sig markant fra den danske hjemmesygepleje og hjemmepleje. Det fremstår særligt som et dilemma, at Buurtzorgs flade organisationsmodel har afsat i værdier omkring enkelhed, faglig autonomi samt frihed fra hierarkisk ledelse og organisatoriske strukturer, mens den aktuelle udvikling af hjemmesygeplejen (såvel som sundhedsområdet generelt) i Danmark de seneste mange år i høj grad har fokuseret på organisationsstrukturer, subspecialisering og oprettelse af nye afgrænsede funktioner.

Så Buurtzorg fremstår på den ene side som et plausibelt og tiltalende bud på, hvordan ønsket om øget personkontinuitet, helhedsorientering og afbureaukratisering kan realiseres i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. På den anden side udfordrer Buurtzorg den eksisterende organisering på området, såvel som de eksisterende hierarkier og udviklinger i en grad, hvor det kan være svært at overskue de forandringer, som Buurtzorg repræsenterer i en dansk kontekst.

En dansk afprøvning

Fraværet af eksempler og viden om, hvordan Buurtzorg kan udmøntes og operere effektivt inden for rammerne af et sundhedsvæsen, hvis organisering minder om det, vi kender fra Danmark, betyder, at introduktion i en dansk kontekst er en udviklingsopgave med mange ubekendte. Der er også behov for afprøvninger, som formår at opnå driftsstatus og giver mulighed for at evaluere organisation, resultater og omkostningseffektivitet. Den indtil videre eneste danske afprøvning i Ikast-Brande Kommune fremstår som et muligt eksempel på, hvordan dette kan gøres. Afprøvningen – der også fremstår unik i international sammenhæng – er kendetegnet ved, at den:

- er udviklet over flere år og gennemføres i et formelt partnerskab mellem det danske non-profitselskab Lokalepleje Danmark og Buurtzorg International.
- er tro over for Buurtzorgs organisation og forretningsmodel som helhed og understøttet på en måde, der er sammenlignelig med de metoder, der i Holland anvendes ved opstart af nye teams.
- ved opstart har formået at rekruttere medarbejdere med lang erfaring fra ansættelser i hjemmesygeplejen, og som med det afsæt ønsker at afprøve Buurtzorgs arbejdsform.
- er fokuseret på – og har rammebetingelser, der understøtter – at komme hurtigt i drift.
- har et flerårigt tidsperspektiv, som understøtter muligheden for at etablere en stabil drift og længerevarende læringshorisont.
- har afsat ressourcer til systematisk evaluering og valgt en organisering, der giver gode muligheder for at vurdere og sammenligne organisering, resultater og omkostninger med den kommunale hjemmesygepleje og hjemmepleje i Ikast-Brande Kommune.

Det er med afsæt heri VIVEs vurdering, at pilotprojektet i Ikast-Brande Kommune har potentiale for at levere vigtige dele af den viden, der aktuelt mangler om Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst, hvis det lykkes at gennemføre og evaluere projektet som planlagt.

Anvendte metoder

Rapporten er baseret på oversigtsøgninger efter litteratur, som beskriver Buurtzorg-modellens organisering og resultater via Google, Google Scholar og udvalgte artikeldatabaser. Søgningerne er gennemført marts 2020, og søgestrategien samt antallet af relevante fund er uddybet i Bilag 1.

Som supplement til litteraturen har vi desuden været i kontakt med nøglepersoner fra The Kings Fund i London, da organisationen følger det britiske arbejde med Buurtzorg tæt og blandt andet deltager i evaluering og erfaringsindsamling. Endelig har vi gennemført et interview med initiativtagerne bag Lokalepleje Danmark, der står for at drive den første danske Buurtzorg-afprøvning for at få indblik i, hvordan afprøvningen er udviklet og organiseret.

1 Baggrund, formål og metode

1.1 Hjemmesygeplejen og hjemmeplejens udfordringer

Hjemmesygepleje og hjemmepleje i den vestlige verden – og hermed også Danmark – er typisk organiseret med faste arbejdsdelinger, hvor sygeplejersker leverer de sygeplejefaglige indsatser, mens kortere uddannet personale leverer de øvrige ydelser relateret til praktisk bistand og personlig pleje. Der er også et stort fokus på økonomisk og tidsmæssig effektivitet. Tildelingen af ydelser, såvel som leveringen af dem, er derfor, især på hjemmeplejeområdet, styret og understøttet af myndigheds- og planlægningsfunktioner, der strukturerer hverdagen for de udekørende medarbejdere (1,2). Sideløbende sker der i sygeplejen en udvikling i retning af stigende specialisering og differentiering i forhold til opgavetyper og arbejdsfunktioner, i takt med at borgernes behov for sygepleje bliver mere komplekse, hvormed også behovet for løbende dokumentation og tværgående koordination stiger (3).

Med ældreplejens organisering følger en række veldokumenterede problemer i forhold til at understøtte personkontinuitet i plejen og et samlet overblik over især de komplekse borgeres situation (3,4). Samtidig har der i mange år været udfordringer med at rekruttere og fastholde kvalificerede medarbejdere, ligesom en række undersøgelser i såvel dansk som international sammenhæng har afdækket udfordringer relateret til stress og dårlig medarbejdertrivsel (5-9).

1.2 Buurtzorg – et svar på hjemmesygeplejens og hjemmeplejens udfordringer

Buurtzorg Holland er en privat non-profit virksomhed, der leverer hjemmesygepleje og hjemmepleje. Buurtzorg arbejder på kontrakt med de statsligt regulerede sundhedsforsikringselskaber i Holland, som finansierer markedet for hjemmesygepleje, hjemmepleje og øvrige sundhedsydelser. Buurtzorg blev etableret i 2006, og dens organisering og forretningsmodel er udviklet af Jos de Blok, en erfaren hollandsk hjemmesygeplejerske med ledererfaring.

Ifølge Jos de Blok er Buurtzorg tænkt som et modsvar til den tiltagende hierarkiske og bureaukratiske organisering af hjemmesygeplejen i Holland, som resulterede i manglende personkontinuitet såvel som dårlig medarbejdertrivsel. Buurtzorg er således et forsøg på skabe en tæt lokal forandring af sygeplejen med tætte relationer til borgere, praktiserende læger og lokalt civilsamfund, som de Blok oplever tidligere prægede hjemmesygeplejen i højere grad (10). Ordet "buurt" betyder noget i stil med et boligkvarter, og "zorg" betyder pleje.

De overordnede målsætninger var, at hjælpen i højere grad skulle tage afsæt i den enkelte borgers ønsker og ressourcer, samt at øge personkontinuiteten imellem medarbejdere og borgere for ad den vej at øge udbytte og tilfredshed hos medarbejdere og borgere. Et væsentligt middel til at realisere målsætningerne bestod i at flytte ressourcer fra administration og ledelse til mindre selvstyrende teams, der kunne anvende en større del af deres tid på direkte borgerrettet arbejde.

Buurtzorg Holland er samtidig en model, hvor hjemmesygepleje integreres med hjemmepleje, så det samlede ansvar for sygepleje, personlig pleje og dele af den praktiske bistand for 50-60

borgere er samlet hos et mindre team med 10-12 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (1)¹. Et centralt element er, at de Buurtzorg-ansatte sygeplejersker har en langt bredere opgaveportefølje end fx en dansk hjemmesygeplejerske, men også at de ser langt færre forskellige borgere. Buurtzorgs målgruppe er alle borgere med plejekrævende sygdom og varierende grader af funktionsnedsættelser og behov for pleje. De fleste borgere er ældre, men der er også yngre borgere med sygdom og funktionsnedsættelser, samt borgere med midlertidige plejebestanden efter sygdom og traumer. Borgere, der kun har behov for praktisk bistand i form af fx rengøring, kan ikke tilknyttes et Buurtzorg-team².

Det første Buurtzorg-team med 4 medarbejdere startede i 2006. Siden har konceptet spredt sig nærmest eksplosivt i Holland, så der i 2018 var ca. 900 teams med over 10.000 ansatte og mere end 90.000 tilknyttede borgere (11). Modellens eksplosive spredning skyldes flere forhold. For det første positive resultater i forhold til medarbejder- og borgertilfredshed, økonomisk effektivitet, it-understøttelse og borgernes selvhjulpethed (12,13). For det andet har Buurtzorg udviklet en effektiv model for spredning, hvor sygeplejersker og assistenter selv finder sammen i et lokalområde og danner et team, hvorefter de ansøger om at blive en del af Buurtzorgs organisation. Hvis de godkendes, modtager de intensiv støtte i forbindelse med opstarten og får del i de faglige og administrative systemer, som Buurtzorg har opbygget (6,14). Denne model er drevet af fagpersoner 'bottom-up'. Samtidig betyder det nationalt regulerede marked for ældrepleje, at Buurtzorg i Holland ikke, som det vil være tilfældet i Danmark, er afhængige af lokalpolitiske beslutninger om, hvorvidt hjemme(syge)pleje kan være udliciteret.

Buurtzorgs organisering og spredning kan på nogle måder sammenlignes med en såkaldt franchise-model snarere end en klassisk hierarkisk organisation. De enkelte teams har, inden for de faste rammer af Buurtzorg-konceptet, stor frihed til at organisere deres arbejde i hverdagen, men også et stort ansvar for at sikre, at teamet fungerer og er rentabelt.

Buurtzorgs vækst og resultater har betydet, at der de seneste år er kommet international opmærksomhed på mulighederne for at overføre hele eller dele af Buurtzorg-modellen til andre lande og kontekster. Buurtzorg har også oprettet et mindre internationalt team, der tilbyder hjælp til dette, og ifølge Buurtzorgs hjemmeside arbejdes der aktuelt med at introducere og teste Buurtzorg-modellen i 25 lande³.

1.3 Buurtzorg i en dansk kontekst

En række kommuner og regioner har de seneste år været på 'Buurtzorg-studieture', men Ikast-Brande Kommune er indtil videre den eneste kommune, der har valgt at igangsætte et konkret forsøg⁴. Det afspejler, at mens mange kommuner og aktører på den ene side forholder sig positivt til Buurtzorgs idealer om afbureaukratisering, personkontinuitet og øget borgerinvolvement, har de fleste også svært ved at se, hvordan organiseringen med selvstyrende teams

¹ Det hollandske uddannelsessystem er anderledes end det danske. Der opereres med to typer af medarbejdere: sygeplejersker (i Holland defineret som en uddannelse på bachelorniveau, svarende nogenlunde til danske sygeplejersker). Ca. 70 % af de ansatte er sygeplejersker. Den anden gruppe er sygeplejeassistenter ("nursing assistants", som har en sygeplejefaglig uddannelse på 2-3 år, hvilket i en dansk kontekst kommer tættest på social- og sundhedsassistenter). De resterende 30 % er 'nursing assistants'. Man skal dog generelt være varsom med at oversætte andre landes uddannelser direkte til andre uddannelser i en dansk kontekst. Rapporten skal læses med dette forbehold.

² Som tidligere nævnt har Buurtzorg oprettet en selvstændig organisation, Buurtzorgdienst, der leverer praktisk bistand (rengøring, husholdning, indkøb o.l.) til borgere i eget hjem. Buurtzorgdienst har aktuelt ca. 4.000 medarbejdere.

³ <https://www.buurtzorg.com/> tilgået 6.3.2020.

⁴ Rudersdal Kommune har med inspiration fra Buurtzorg indført en ny overordnet ledelsesmodel, hvor myndighedsområdet og de tidligere ældre- og socialområder er fusioneret til et samlet voksenområde. Endvidere arbejdes der aktuelt med at etablere selvstyrende grupper i to af kommunens hjemmeplejedistrikter. De selvstyrende grupper skal have eget budget og ansvar for at planlægge plejen i tæt samarbejde med de enkelte borgere og pårørende (15).

kan passes ind i en dansk kontekst, hvor ældreplejens organisationer er vidt forgrenede, hierarkiske og politisk styrede. Buurtzorg – og den konkrete afprøvning i Ikast-Brande Kommune – har også fået en noget blandet modtagelse i den debat, der er fulgt i kølvandet på de mange studieture.

Ældre Sagen og FOA (som organiserer social- og sundhedsassistenter) forholder sig overordnet positivt til de målsætninger, som Buurtzorg har for medarbejderne og det borgerrettede arbejde, men advarer samtidig mod forhastet implementering og forsøg på at kopiere modellen 1:1 til en dansk kontekst. For Ældre Sagen er det et kardinalpunkt, at introduktionen af Buurtzorg ikke resulterer i en uhensigtsmæssig opgaveglidning til pårørende (16)⁵. FOA advarer mod at implementere Buurtzorg med effektivisering og konkurrenceudsættelse for øje frem for med fokus på øget kvalitet og efterlyser i stedet, at Buurtzorgs principper for selvstyring anvendes som afsæt for reformer af den offentlige ældrepleje i et bredere perspektiv (17).

Dansk Sygeplejeråd (DSR) forholder sig under overskriften 'Gambl ikke med syge borgere og medarbejderes faglighed og trivsel' sig særdeles kritisk til Buurtzorg-modellen og den specifikke afprøvning, der er i gang i Ikast-Brande Kommune (18). Som sammenfattet nedenfor har DSR svært ved at forestille sig en dansk fremtid for Buurtzorg, fordi:

- Det er for DSR et offentligt finansieret og drevet sundhedsvæsen (og dermed ikke en privat aktør som Buurtzorg) som er essentielt for at sikre borgernes frie og lige adgang til de sundhedsydelser, de måtte have behov for.
- Buurtzorgs selvstyrende teams forudsætter ifølge DSR, at sygeplejerskerne har mulighed for selvstændigt at ordinere, vurdere og starte behandling samt ikke mindst at bemyndige sygeplejefaglige ydelser på en måde, der ikke kan rummes inden for den eksisterende lovgivning i Danmark.
- Det i relation til Buurtzorgs selvstyrende teams for DSR er afgørende, at der er en faglig ledelse af de enkelte medarbejdere, der kan sikre, at de rette kompetencer er til stede i forhold til at løse opgaverne hos borgerne, samt en overordnet ledelse til at varetage samarbejdet med øvrige myndigheder om fx opgaveflytning mellem kommune, region og almen praksis, såvel som det politiske niveau i fx by- og regionsråd.
- DSR forholder sig kritisk til, hvorvidt det i et lille team vil være muligt at sikre døgndækning med sygeplejersker, og DSR ser derved en risiko for, at syge borgere vil blive ladet i stikken.

Der findes dog også positive perspektiver (19,20). For eksempel argumenterer den danske sygeplejerske, Amanda Frøik, som har arbejds erfaringer fra Buurtzorg, for, at sygeplejen i Buurtzorg fungerer på samme niveau som hjemmesygeplejen i Danmark, samt at de sygeplejefaglige indsatser aftales i et tæt samspil med behandlingsansvarlig læge og under regler for delegering, der er fuldt sammenlignelige med de danske regler på området. Samtidig er der fx i Region Hovedstaden og Rudersdal Kommune igangsat processer i forhold til at vurdere og afprøve, hvorvidt Buurtzorg eller i hvert fald elementer herfra kan introduceres i en dansk kontekst (15,21).

⁵ I Holland har nære pårørende, i modsætning til i Danmark, en juridisk forpligtelse til at indgå i plejen af deres familiemedlemmer.

1.4 Formål

Meningerne om Buurtzorg i en dansk kontekst er delte og præget af, at Buurtzorg repræsenterer en radikalt anderledes organisering af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen end den, der aktuelt findes i Danmark. Der er tale om en model for integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje, som udfordrer både de eksisterende faglige og ledelsesmæssige hierarkier i kommunerne og de gængse opgavedelinger mellem sygeplejersker og øvrigt personale i ældreplejen. Det er også væsentligt, at Buurtzorg i Holland er en privat non-profit virksomhed på et konkurrenceudsat marked, hvor de institutionelle rammer for at levere hjemmesygepleje og hjemmepleje adskiller sig væsentligt fra en dansk kontekst, hvor ældreplejen er skattefinansieret, og hvor der ikke er tradition for at udlicitere opgaver i hjemmesygeplejen. Det er derfor vigtigt at få mere viden om, i hvilket omfang og hvordan erfaringer og resultater fra Buurtzorg kan anvendes i en dansk kontekst.

Formålet med denne rapport er at samle et dansksproget vidensgrundlag til beslutningstagere, organisationer, fagpersoner og andre med interesse for Buurtzorg-modellen. Rapporten formidler et overblik over den tilgængelige viden om Buurtzorgs organisering og resultater i en international kontekst og peger på muligheder og udfordringer i forhold til at introducere Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst.

Rapporten formidler og diskuterer med det afsæt:

- *Introduktion til Buurtzorg Holland:* Afsættet og metoderne for Buurtzorgs udvikling, hvad kerneelementerne i modellen består i, hvordan det daglige arbejde er organiseret og understøttet, samt hvordan den institutionelle kontekst ser ud i Holland.
- *Resultater af Buurtzorg i en international kontekst:* Den tilgængelige viden om modellens resultater i relation til organisation, borgertilfredshed, samt effekter og omkostninger. Det sker dels med afsæt i den hollandske kontekst, dels med afsæt i den internationale kontekst, hvor Buurtzorg aktuelt søges introduceret.
- *Anvendelse af Buurtzorg i en dansk kontekst:* Hvilke muligheder, udfordringer og videnbehov der vil være forbundet med introducere og afprøve Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst.

1.5 Metode

Rapporten er primært baseret skriftlige kilder. For det første er der foretaget oversigtsøgninger efter litteratur, der beskriver Buurtzorg-modellens organisering og resultater via Google, Google Scholar og udvalgte videnskabelige artikelbaser. For de tekster, der viste sig at være relevante, har vi også set litteraturlisten igennem for at finde yderligere litteratur (snoboldmetoden). Søgningerne er gennemført i april 2020 og søgestrategien samt antallet af relevante fund er uddybet i Bilag 1.

Ud over skriftlige kilder har vi været i kontakt med nøglepersoner fra The Kings Fund i London⁶, da organisationen følger arbejdet med Buurtzorg i Storbritannien tæt og bl.a. deltager i evaluering og erfaringsindsamling. Kontakten har dels givet adgang til et overblik over de aktuelle

⁶ The Kings Fund er en uafhængig non-profit organisation, der har til opgave at understøtte udviklingen af det britiske sundhedsvæsen.

britiske afprøvninger og viden om de fremadrettede perspektiver på Buurtzorg i Storbritannien, som supplerer den identificerede litteratur.

Endelig har vi gennemført et telefoninterview med initiativtagerne bag Lokalpleje Danmark for at få indblik i, hvordan den første danske Buurtzorg-afprøvning i Ikast-Brande Kommune er udviklet og organiseret.

1.6 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver Buurtzorgs organisering, kerneelementer samt de strategier, redskaber og rutiner, der er anvendt til at understøtte udvikling og konsolidering i Holland.

Kapitel 3 sammenfatter den tilgængelige viden om Buurtzorg-modellens resultater og de forhold, der har understøttet resultaterne i den hollandske kontekst, hvor modellen er udviklet og konsolideret.

Kapitel 4 omhandler de internationale kilder, der beskriver introduktion af Buurtzorg-modellen uden for Hollands grænser med fokus på opnåede erfaringer.

Kapitel 5 vender tilbage til diskussionen af, hvilke opmærksomhedspunkter og muligheder der vil være forbundet med at afprøve Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst.

2 Introduktion til Buurtzorg

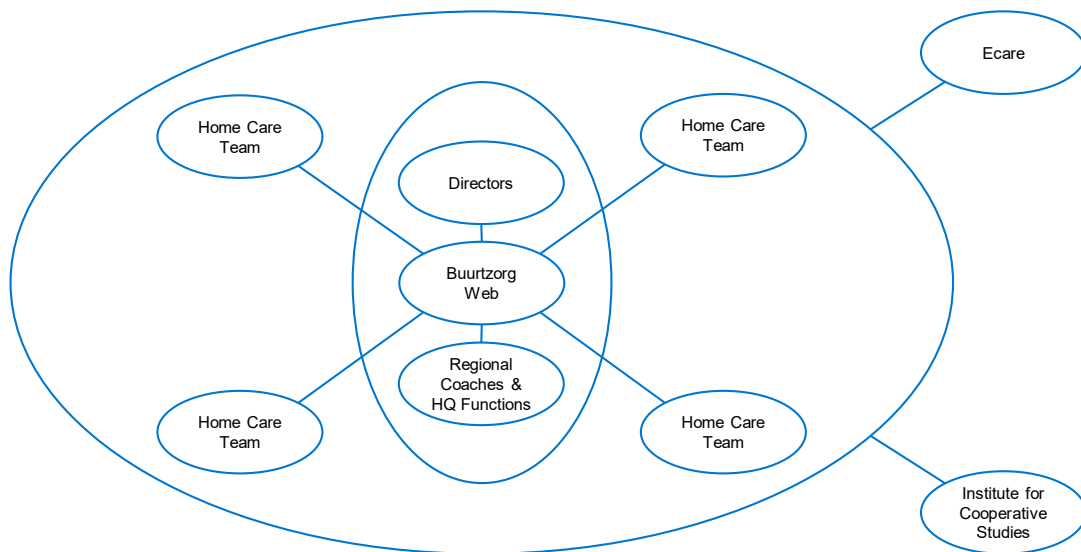
Dette kapitel beskriver Buurtzorgs organisering, herunder den struktur, der understøtter arbejdet på tværs af den samlede organisation, samt Buurtzorgs økonomimodel og rammer for samarbejde med de statsligt regulerede forsikringselskaber, der i Holland regulerer markedet for bl.a. ældrepleje og hjemmesygepleje. Herefter følger en beskrivelse af de bærende principper, kompetencer, redskaber, rutiner m.m., der tilsammen strukturerer arbejdet i de enkelte Buurtzorg-teams.

2.1 Buurtzorgs organisation og infrastruktur

Buurtzorg er en privat non-profit udbyder af hjemmesygepleje og hjemmeplejeydelser. Buurtzorg har en flad og enkel organisation uden mellemledere, med et minimum af ansatte i de centrale støttefunktioner og med et minimum af direkte indblanding i de enkelte teams arbejde fra centralt hold. Grundstenen i Buurtzorg er de decentrale og selvstyrende teams, som med støtte fra den lille centralt placerede administration, fælles redskaber og faste procedurer stort set selv varetager opgaven med at organisere arbejdet og monitorere kvalitet og outcome.

En let forsimpelt udgave af Buurtzorgs organisationsdiagram ses i Figur 2.1.

Figur 2.1 Forsimpleret organisationsdiagram for Buurtzorg Nederland



Note: Figuren udelader det centrale brugerråd, det centrale medarbejderudvalg, Buurtzorgs bestyrelse og BuurtzorgDienst, som er en selvstændig organisation med ca. 4.000 ansatte, der leverer praktisk bistand til borgere i eget hjem.

Kilde: Figuren er lånt fra (22).

I midten af figuren ses Buurtzorgs centrale organisation, der består af direktionen (2 personer), drift og support af it-plattformen BuurtzorgWeb, samt de centrale økonomi- og HR-funktioner, der består af ca. 50 administrative medarbejdere i alt samt ca. 20 regionale coaches,⁷ der understøtter og vejleder de selvstyrende teams.

⁷ De regionale coaches er typisk meget erfarne sygeplejersker med ledelseserfaring, lang erfaring fra Buurtzorg og formelle kompetencer i relation til arbejdet i selvstyrende teams, konfliktløsning og facilitering.

Det betyder, at de ca. 10.000 ansatte i de ca. 900 decentrale teams understøttes af en central administrativ organisation på ca. 70 medarbejdere. De centrale funktioner varetager opgaver relateret til ansættelsesvilkår og lønudbetalinger, kontrakter og afregning af leverede ydelser, økonomi- og overordnet ressourcestyring, revision, lejekontrakter, indkøbsfunktion og it-support.

Uden for selve Buurtzorg ses de to tætte eksterne samarbejdspartnere, som er henholdsvis softwarefirmaet Ecare og 'Institut for Samarbejde'. De to organisationer leverer og understøtter henholdsvis Buurtzorgs it-plattform og organiseringen af de selvstyrende teams. De vigtigste elementer på de to områder, samt hvordan de anvendes til at understøtte samspillet mellem de enkelte teams og den overordnede organisation, er sammenfattet i de følgende afsnit.

2.1.1 Ecare

Ecare er et softwarefirma startet af Buurtzorgs grundlæggere. Ecares opgave er at etablere, vedligeholde og videreudvikle den samlede it-infrastruktur og de programmer, der anvendes i Buurtzorg. Firmaet blev grundlagt, fordi skaberne af Buurtzorg ikke var i stand til at finde en it-plattform, der understøttede det samlede behov for journalføring, ledelsesinformation og vidensdeling i en stor selvstyrende organisation. Med det afsæt er der i dag etableret en samlet it-plattform – BuurtzorgWeb – som er skræddersyet til Buurtzorgs behov⁸. Systemet er web- og APP-baseret⁹ og består af følgende moduler (22):

- Client Compass: Et elektronisk journal- og omsorgssystem, der er udviklet med afsæt i det amerikanske OMAHA-system.
- Team portal, som er et modul, der er knyttet til det enkelte Buurtzorg-team og via modulet har adgang til data om:
 - deres population af borgere og borgernes diagnoser, forløb og aftaler i det øvrige sundheds- og socialvæsen, plejebehov m.m.
 - månedlige rapporter, der fx beskriver, i hvor høj grad teamet opfylder intentionen om, at minimum 60 % af den samlede arbejdstid anvendes sammen med borgerne, samt om det lykkes at overholde målsætningen om at få medarbejdere og stor personkontinuitet i relationen til de individuelle borgere.
 - Sygefravær, personaleudskiftning og tilfredshedsmålinger opgjort i forhold til samarbejdsklimaet i teamet samt de individuelle medarbejders arbejdsglæde.
 - Borgertilfredshed som alle borgere inviteres til at udfylde ved afslutning af deres forløb.
- Community-modulet Welinked, der beskrives som en form for intern Facebook-plattform, som understøtter vidensdeling og samarbejde på tværs af teams. Platformen anvendes fx til at efterlyse eller dele viden om specifikke emner eller kompetencer. Det fremgår videre, at de fleste medarbejdere anvender platformen dagligt, fordi de oplever et godt udbytte (5). Welinked fungerer også som en platform for dialog omkring mulige organisationsændringer og de løsninger, der overvejes af den centrale organisation. Det sker fx via blogs, hvor Buurtzorgs grundlægger og direktør Jon de Blok 1-2 gange om måneden skriver om sine overvejelser og inviterer til input og råd.

⁸ Buurtzorg har oprettet en underorganisation: Buurtzorg Services (<https://buurtzorgservices.com>), der stiller it-plattformen til rådighed for organisationer, som ønsker at adoptere Buurtzorg-modellen.

⁹ Buurtzorg har haft et mangeårigt samarbejde med Apple, og alle ansatte får udleveret en iPad, der fungerer som deres primære arbejdsredskab.

- Uddannelsesmodul: Hvor de ansatte har adgang til elektroniske læringsmoduler, individuelle kompetenceudviklingsforløb, undervisningsmateriale m.m.
- Individuel medarbejderportal: Hvor den enkelte ansatte har adgang til oplysninger om løn- og ansættelsesforhold, timeregistrering, sygdom og ferieplanlægning, arbejdstider, ugeskemaer og planlægningsredskaber m.m.
- Borger- og pårørendemodul: Hvor tilknyttede borgere har adgang til oversigter omkring tidspunkter og aftaler for deres pleje, aftaler i sundhedsvæsenet, elektroniske plejelogner og personalets noter samt mulighed for at skrive beskeder til personalet.
- Business Intelligence og økonomistyring på centralt niveau: Hvor Buurtzorgs centrale organisation følger performance og kvalitetsdata på team og organisationsniveau. De teams og medarbejdere, der ikke performer som forventet, orienteres direkte med henblik på at medarbejdere og teams, ofte i samarbejde med deres tilknyttede coach, igangsætter tiltag til at øge performance. Resultaterne opgøres på både team- og medarbejderniveau og er ikke anonymiserede. Alle teams har desuden adgang til hinandens resultater på teamniveau, hvilket forklares med et ønske om, at de teams, der performer under det forventede, har mulighed for at identificere og kontakte andre teams med god performance for at få input til forbedring.

2.1.2 'Institut for Samarbejde'

'Institut for Samarbejde'¹⁰ er et privat firma oprettet i 1981, som er specialiseret inden for i viden om selvstyrende organisationer og coaching. Firmaets grundlæggere, Astrid Wermeer og Ben Wenting, har fra starten bistået Buurtzorg med sparring om organisering og de rutiner, der understøtter denne. Endvidere står 'Institut for Samarbejde' for uddannelse og støtte af Buurtzorgs regionale coaches, samt opstarts- og uddannelsesforløb, hvor nye teams og nye medarbejdere oplæres i selvledelse og teamsamarbejde.

Nyoprettede teams gennemgår således et fast defineret opstartsforløb, som inkluderer indføring i principper for arbejdet i selvstyrende teams via kurser på 'Institut for Samarbejde' ud fra konceptet '*The solutions driven interaction system*' (5). Kurserne inkluderer metoder omkring gruppebaseret beslutningstagen, mødeplanlægning og facilitering, aktiv lytning, konfliktløsning og problemløsning mm. Buurtzorg sygeplejersker uddannes også i 'Intervise', der er et hollandsk koncept for peer-to-peer coaching¹¹.

2.2 Buurtzorgs økonomimodel og rammebetingelser

Det hollandske sundheds- og socialvæsen er organiseret som et statsligt reguleret marked, hvor det er obligatorisk for alle indbyggere¹² at tegne sundheds- og socialforsikring ved et af de 24 private og alt overvejende non-profit forsikringselskaber, der opererer på det hollandske marked (24). Hollands forsikringsbaserede velfærdsmodel er dermed anderledes end det, vi kender i Danmark, og kan bedst sammenlignes med en fuldt udbygget og universel udgave af de fagforeningsbaserede sygekasser, der blev afskaffet i Danmark i 1973.

¹⁰ (<https://ivs-opleidingen.nl/home/>)

¹¹ Astrid Wermeer og Ben Wenting, der leder 'Institut for samarbejde', fungerer som gennemgående undervisere af Buurtzorgs ansatte. De offentliggjorde i 2016 en engelsksproget indføring i de gennemgåede metoder samt anvisninger til, hvordan organisationer kan gribe omstilling fra hierarki til selvstyrende organisering an, som interesserede læsere kan orientere sig i (23).

¹² Staten sikrer skattefinansieret forsikring for alle indbyggere frem til det år, de fylder 18, samt forsikring til borgere med særligt lave indkomster.

De store velfærdsområder i Holland er reguleret via fire lovkomplekser, der sætter rammerne for henholdsvis sundhedsområdet, bolig- og handicapområdet, socialområdet samt børn- og ungeområdet.

På sundhedsområdet, hvor hjemmesygeplejen hører under, er alle forsikringsselskaber forpligtet til at udbyde en universel basispakke, der koster det samme for alle borgere. Pakken koster i gennemsnit ca. 1.585 € om året (2016-priser) og giver en adgang til sundhedsydelser, der er sammenlignelige med dem, vi kender i Danmark. Herudover benytter ca. 90 % af de hollandske indbyggere muligheden for at tegne udvidede forsikringer, som giver øget dækning til tandpleje, fysioterapi, visse former for alternativ behandling, briller og kontaktlinser m.m. (24). Dette minder i højere grad om det, vi kender som "Sygeforsikring Danmark".

De enkelte forsikringsselskaber indgår inden for rammerne af en bestiller-udfører-model aftaler med private leverandører omkring levering af fx hjemmesygepleje. Borgerne har frit valg i forhold til både deres forsikringsselskab og de leverandører af ydelser, som det enkelte forsikringsselskab har kontrakter med. Samtidig har borgerne mulighed for at ændre deres valg af forsikringsselskab såvel som leverandør én gang om året (24).

Behov for hjemmesygepleje og henvisning til den enkelte borgers forsikringsselskab sker via praktiserende læge eller eventuelt relevant speciallæge, der beskriver borgerens sygdomsbillede og behov for pleje. Inden for hjemmesygeplejen udbydes en række forskellige typer af ydelser,¹³ og antallet af bevilgede timer til en given borger fastlægges ud fra en individuel vurdering af visitatorer tilknyttet de enkelte forsikringsselskaber¹⁴.

Herefter vælger borgerne med støtte fra deres forsikringsselskab, hvilken af de tilknyttede leverandører der skal stå for plejen. Leverandørerne afregnes for det faktisk leverede antal borgerrettede timer. Dette ligger generelt set under det øvre loft for, hvor mange timer der kan afregnes for, som er bestemt af visitatorer i det enkelte forsikringsselskab (1). Det hollandske system er således baseret på en bestiller-udfører-model (BUM), der minder om det, vi kender fra hjemmeplejeområdet i Danmark, men i modsætning til i Danmark er tildelingen af hjemmesygepleje også baseret på en BUM-model. En anden væsentlig forskel er, at rammerne for tildeling af hjælp og serviceniveauet i det enkelte forsikringsselskab i Holland er statsligt reguleret og – i modsætning til Danmark – uafhængig af fx den enkelte kommunes serviceniveau og politiske beslutninger.

2.3 Buurtzorgs selvstyrende teams

Den grundlæggende byggesten i Buurtzorgs flade organisationsstruktur udgøres af små, selvstyrende teams (uden teamledere), der supporteres af en centralt placeret enhed, der leverer administrativ støtte og support (jf. Figur 2.1). Mottoet bag denne organisering er: *Nurses don't need managers, they need each other*. Formålet er at understøtte medarbejdernes autonomi og arbejdsglæde og at minimere andelen af ressourcer, der anvendes til ledelse og administration (1).

¹³ Jf. (14) er der tre grundlæggende niveauer (basis, ekstra og speciel) og tre funktioner (sygepleje, personlig bistand og midlertidig rådgivning og støtte af personer med midlertidige behov for hjælp efter fx en indlæggelse). For basisniveauet gælder, at hjælpen leveres i henhold til en fast plan – fx 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 fx også har behov for udvidet hjælp til at koordinere deres pleje og behandling.

¹⁴ Der er statslig monitorering af de bevilgede ydelser og mulighed for at klage/få en uafhængig vurdering af hjælpebehovet, hvis der opstår uenighed mellem borger og forsikringsselskab.

De enkelte teams er ikke underlagt en leder i traditionel forstand, men de har alle tilknyttet en coach, som bidrager med vejledning og processtøtte, især ved opstart af teams, samarbejdsudfordringer, rekruttering eller igangsættelse af udviklingsprojekter i teamet. Coachene har ikke ledelsesansvar eller instruktionsbeføjelser over for de enkelte teams eller medarbejdere.

Fraværet af formel ledelse skal ikke ses som udtryk for et fravær af styring. Der er en række rammesættende grundregler, som konsoliderede Buurtzorg-teams skal overholde:

- Udgifter til husleje, når teamet er konsolideret, må udgøre op til 1 % af teamets samlede omsætning. Det er teamets medarbejdere, som selv er ansvarlige for at finde et egnet lejemål.
- 3 % af medarbejdernes tid kan anvendes til faglig udvikling, som disponeres inden for teamet.
- Et team må maksimalt bestå af 12 medarbejdere, og hvis det ønskes at ekspandere herudover, er teamet forpligtet til at dele sig i to.
- Teams, der ikke er profitable, kan – og bliver – lukket¹⁵.
- Buurtzorg stiller it-udstyr, support og ledelsesinformation til rådighed for alle teams, og de enkelte teams er forpligtet til at efterleve og anvende de redskaber, der er udviklet til at understøtte og monitorere arbejdet.
- Teams skal være døgndækkende alle ugens dage hele året. De teams, der opererer i samme lokalområder, har mulighed for at hjælpe hinanden ved behov. Der er ikke mulighed for at anvende vikarer i forbindelse med ferie eller sygdom. Ikke planlagte nattebesøg hos borgere udføres af den vagtansvarlige medarbejder i det enkelte team, mens planlagte nattebesøg – fx i forbindelse med palliativ pleje – dækkes af centralt placerede natteams.

Inden for de ovenstående rammer har det enkelte team selv det samlede ansvar for driften og plejen af de tilknyttede borgere. Det indebærer i praksis, at de enkelte teams:

- Selv vælger, hvornår og hvilke nye borgere der skal tilknyttes til teamet (dvs. de har mulighed for at sige nej, når et forsikringsselskab henvender sig vedrørende en borger, der har valgt dem¹⁶).
- Selv indstiller til, hvornår borgere skal afsluttes fra teamet (hvis borger fx skal overflyttes til et plejecenter eller hospice)¹⁷.
- Selv organiserer, planlægger og kvalitetssikrer alle aspekter af det borgerrettede arbejde med afsæt i data, der stilles til rådighed via Buurtzorgs it-plattform.
- Selv rekrutterer nye medarbejdere og indstiller medarbejdere til fyring¹⁸, tilrettelægger kompetenceudvikling, står for at finde egnede lokaler og indgå samarbejdsaftaler med fx praktiserende læger.

¹⁵ Kriterierne for hvornår, hvordan og hvor ofte dette sker, samt hvad der sker med medarbejdere og borgere i berørte teams, er ikke nærmere beskrevet i den identificerede litteratur.

¹⁶ Forsikringsselskabet vil i disse tilfælde tilbyde borgeren hjælp fra en af de andre udbydere i borgerens lokalområde.

¹⁷ Det sker i praksis ved, at borgerens situation beskrives i samarbejde med egen læge eller andre relevante behandlere, hvorefter borgeren visiteres til nyt tilbud.

¹⁸ Alle ansættelser og afskedigelser underskrives af Buurtzorgs grundlægger Jos de Blok. I forhold til afskedigelser fremgår det – jf. (5) – at teams, der har tabt tilliden til en kollega, i første omgang selv forsøger at finde en fælles løsning, som kan genetablere tilliden. Hvis ikke det lykkes, indkaldes teamets regionale coach eller en lignende ekstern part til at facilitere en løsning, og først hvis det viser sig, at ingen af disse tiltag leder til en gensidigt accepteret løsning, kan teamet indstille en kollega til afskedigelse.

De enkelte teams understøttes løbende af deres coaches og via uddannelse i driften af selvstyrende teams, herunder mulighederne for at aftale og fordele forskellige roller, fx ansvarlig for økonomi og fysiske rammer, monitorering og kvalitetssikring, udvikler, planlægger og mentor. Det anbefales, at teamene løbende roterer de forskellige roller, men i øvrigt er det frivilligt, om teamet ønsker at definere faste roller, og hvordan det i givet fald skal udmøntes.

Som gennemgået i afsnit 2.1 stilles der løbende en række performance og kvalitetsdata til rådighed for henholdsvis de individuelle medarbejdere, de enkelte teams og den centrale organisation. Der sker derved en tæt, synlig og tydelig opfølgning og benchmarking på såvel de enkelte medarbejdere og de enkelte teams performance, som det er de enkelte teams pligt at håndtere og eventuelt søge hjælp til, hvis der er udfordringer. Graden af ledelsesinformation, økonomistyring og kvalitetsdata er således mindst lige så stor som i hierarkiske organisationer, men forskellen knytter sig til, at de forskellige data automatisk stilles til rådighed for medarbejdere og teams, samt at de selv – eventuelt med hjælp fra deres coach eller medarbejdere fra andre teams – har det fulde ansvar for at handle på data.

2.4 Buurtzorgs vækststrategi

Det første team med 4 ansatte startede i 2006, og Buurtzorg er de efterfølgende 12 år vokset til ca. 900 teams med ca. 10.000 ansatte, der årligt har kontakt med ca. 90.000 borgere¹⁹. Buurtzorgs bottom-up vækststrategi, hvor grupper af sygeplejersker og assistenter selv ansøger om at blive oprettet som Buurtzorg-team, betyder for det første, at nye teams er motiveret for at arbejde efter Buurtzorgs principper. For det andet består de ofte af medarbejdere, der allerede har arbejdet sammen og kender hinanden fra andre sammenhænge og derved er motiveret for at indgå i et team sammen. Endelig er der næsten altid en eller flere medarbejdere i nyoprettede teams, der har forudgående erfaringer fra ansættelser i Buurtzorg-regi (6).

Nye Buurtzorg-teams har selv ansvar for at finde lokaler, indgå lejekontrakter og indrette lokaler, og der er en fast beløbsgrænse for, hvor mange ressourcer der må anvendes på disse poster. Det er estimeret, at oprettelse af et nyt Buurtzorg-team kræver en indledende investering på ca. € 25.000 pr. medarbejder, og at de enkelte teams er økonomisk bæredygtige ved en årlig omsætning på ca. € 50.000 pr. medarbejder. Det fremgår samtidig, at veletablerede teams generelt set genererer tocifrede profitmargener, hvilket afspejles i et stabilt overskud på ca. 4 % af Buurtzorgs samlede omsætning. Overskuddet er løbende investeret i yderligere vækst og udvikling af nye forretningsområder.²⁰

2.5 Buurtzorgs tilgang til borgerne

Buurtzorg-modellen er udviklet ud fra et ønske om at gøre plejen helhedsorienteret, hvor udførelsen af sygepleje og hjemmepleje leveres integreret af de samme gennemgående personer i et team af 10-12 sygeplejersker og sygeplejeassistenter.²¹ De dækker borgernes samlede behov for sygepleje, personlig og praktisk bistand. Denne organisering er begrundet i et ønske

¹⁹ Buurtzorg har desuden spredt sig på andre områder, fx via søsterselskabet Buurtzorgdienst med ca. 4.000 ansatte, der leverer rengøring o.l. bistand til ældre i eget hjem.

²⁰ For eksempel Buurtzorg international, der søger at promovere og understøtte afprøvninger af Buurtzorg uden for Hollands grænser, Buurtzorg Services, der udbyder Buurtzorgs it-plattform til interesserede aktører, Buurtzorg+, der formaliserer Buurtzorgs samarbejde med fysio- og ergoterapeuter, BuurtzorgT, der er målrettet personer med psykiske lidelser, og Buurtzorg Jong, som er målrettet børn, unge og familier med særlige støttebehov.

²¹ Det fremgår af litteraturen, at de hollandske 'nursing assistants' har 2-3 års sygeplejefaglig uddannelse (1), og at de i den danske litteratur (20) oversættes til social- og sundhedsassistenter.

om størst mulig personkontinuitet i plejen som afsæt for en løbende og helhedsorienteret stillingtagen til borgerens behov for hjælp. Endvidere indgår det som et centralt element, at Buurtzorgs medarbejdere skal have et vedvarende fokus på de muligheder (i plejen såvel som lokalsamfundet), der er for at understøtte borgerens autonomi og selvhjulpnehed (14).

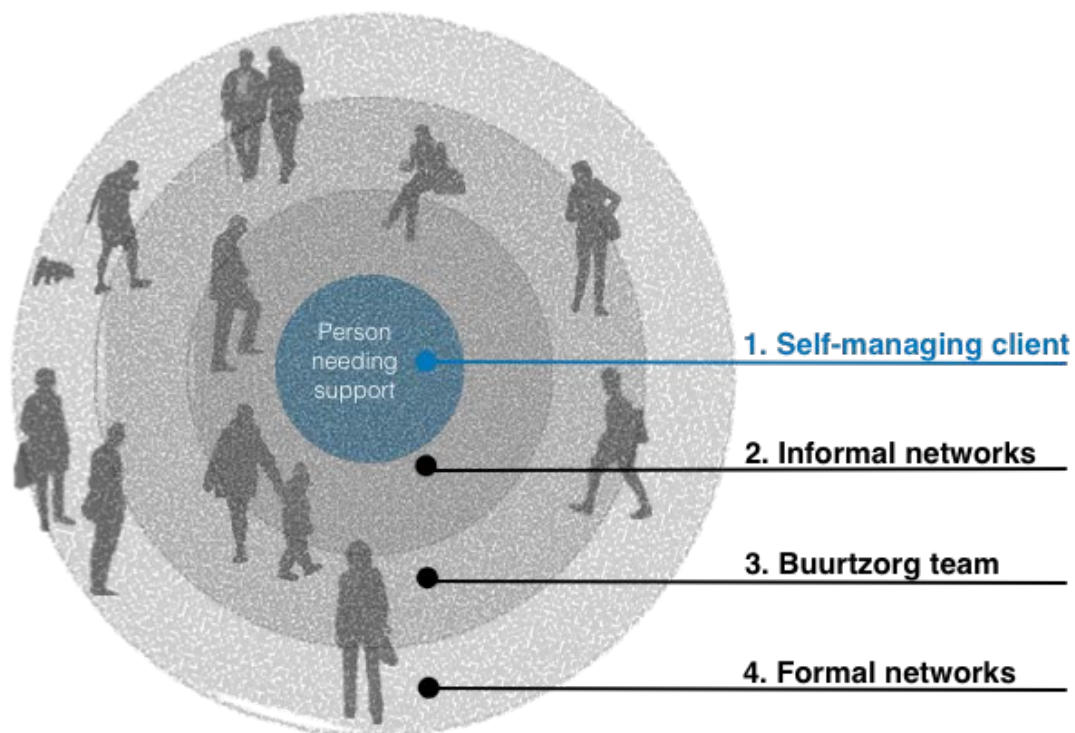
Den overordnede målsætning for medarbejdernes tidsanvendelse er, at de anvender 60 % af deres samlede arbejdstid på direkte borgerkontakt, og der er et stort fokus på, at opgaver relateret til dokumentation, kvalitet, økonomi o.l. skal kunne løses så enkelt som muligt.

Buurtzorg har et tydeligt værdibaseret afsæt i idealet om, at det er den så vidt muligt selvhjulpne og involverede borger, der står i centrum for plejen. Afsættet for medarbejdernes relation til de enkelte borgere er derfor formuleret med afsæt i fire grundlæggende antagelser om, at:

- borgerne ønsker at have kontrol over deres eget liv så længe som muligt
- borgerne søger at bevare eller forbedre kvaliteten af deres levede liv
- borgerne søger social interaktion
- borgerne ønsker nære og menneskelige relationer med andre.

Som illustration af tilgangen til helhedsorienteret pleje og de værdier, der skal præge relationen med borgerne, har Buurtzorg udviklet 'løg-modellen', som er gengivet nedenfor:

Figur 2.2 Buurtzorgs model for helhedsorienteret pleje



Kilde: <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>

Som det fremgår, er det borgerens behov, der er centrum for arbejdet, hvorefter det er borgerens sociale netværk ("informal networks") i form af familie, naboer og venner m.m.²² Først herefter – som det tredje og fjerde lag i modellen – kommer Buurtzorgs medarbejdere og de øvrige formelle aktører i form af fx almen praksis og aktivitetstilbud ind i billedet. Hjælpen tilrettelægges med afsæt i borgernes ønsker og situation, og alle aspekter i relationen med borgeren skal være styret af en målsætning om at give borgeren et så selvhjulpent og aktivt liv som muligt.

Derfor er borgerne typisk fordelt, så 2-3 medlemmer af teamet har det samlede ansvar for plejen af 6-10 faste borgere. Buurtzorgs medarbejdere har typisk færre (3-4), men længere daglige besøg hos borgerne sammenlignet med en dansk hjemmesygepleje. Dette afspejler, at Buurtzorgs medarbejdere udfører både sygepleje og dækker borgerens behov for personlig pleje, mens en dansk hjemmesygeplejerske primært fokuserer på de sygeplejedydelser, der ikke kan leveres af hjemmeplejens øvrige ansatte. Besøgene i Buurtzorg tilrettelægges desuden med afsæt i, at der skal være tid til samtale og social støtte, der indgår som et vigtigt element i den løbende involvering af borgeren, såvel som en helhedsvurdering af borgerens situation og behov. Dette ses også afspejlet i mottoet: "Kaffe først og så pleje", som udgør en af de centrale værdier, der beskriver den ønskede relation mellem medarbejderne og deres borgere.

Arbejdsdagens struktur

Arbejdet i de enkelte Buurtzorg-teams er koncentreret omkring 3-4 timers vagter, der ligger henholdsvis tidligt på dagen og om aftenen, samt at besøg om natten så vidt muligt minimeres ved at lægge dagens første besøg tidligt og sidste besøg så sent som muligt. Der er flest på arbejde i dagtiden, mens de sene vagter og helligdage typisk dækkes af 1-2 medarbejdere (22).

Buurtzorgs medarbejdere har således flere, men kortere vagter sammenlignet med hjemmesygeplejersker og assistenter i en dansk kontekst, mens den gennemsnitlige samlede arbejdstid på ca. 30 timer pr. uge er sammenlignelig. Ifølge Buurtzorg og organisationens ansatte opleves dette ikke som en større belastning af de ansatte, fordi de til gengæld for den krævede fleksibilitet har fuld selvbestemmelse over vagtplanlægningen og en stor fælles ansvarlighed for at lykkes med dette (jf. 14,19).

Borgere, der får behov for kontakt eller hjælp fra Buurtzorg-teamet uden for de aftalte besøg, har mulighed for at kontakte teamet på den vagttelefon, som medarbejderne skiftes til at have på sig.²³ Ved sådan kontakt og behov for hjælp vil det oftest være den 'vagthavende' medarbejder, der rykker ud til borgeren. Den oplevede tilgængelighed er af de punkter, hvor Buurtzorg, jf. gennemførte borgertilfredshedsmålinger, scorer særligt højt sammenlignet med øvrige udbydere af ældrepleje i Holland.

2.6 Buurtzorgs samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen

Det fremgår af Buurtzorgs hjemmeside, at de enkelte Buurtzorg-teams fra starten har samarbejdet med fysio- og ergoterapeuter i forhold til at dække borgernes behov for genoptræning og rehabilitering m.m. Samarbejdet fungerer typisk ved, at Buurtzorg-teamet – i henhold til de

²² I Holland har den nære familie og pårørende, i modsætning til i Danmark, en juridisk forpligtelse til at hjælpe fx plejekrævende og svækkede forældre.

²³ Telefonen er døgnåben, og på de tidspunkter – primært om natten – hvor der ikke er planlagt faste besøg, skiftes medarbejderne til at fungere som tilkaldevagt.

indgåede kontrakter med de statslige forsikringselskaber – bestiller de visiterede ydelser hos de terapeuter, der samarbejdes med.

De seneste år har Buurtzorg desuden arbejdet på at systematisere samarbejdet med terapeuter via Buurtzorg+-teams.²⁴ Formålet er at øge borgernes udbytte af bevilget træning og rehabilitering og at forebygge generelle funktionstab via et vedvarende fokus på aktiviteter, der underbygger borgernes selvhjulpethed. Til formålet er der udviklet en it-understøttet model for samarbejdet, som fokuserer på at minimere ventetiden på therapydelser, sikre systematisk planlægning af forløbet samt at understøtte integrationen mellem sygepleje og de terapeutfaglige ydelser via fælles møder i borgernes hjem. Der er gennemført to pilottest, der jf. Buurtzorgs hjemmeside viste, at det mere systematiske samarbejde mellem sygepleje og terapeuter var velfungerende og understøttede de ønskede resultater. Med det afsæt er der igangsat en proces med at implementere Buurtzorg+ i hele den hollandske organisation. I 2019 var ca. halvdelen af de hollandske teams Buurtzorg+-teams.

Beskrivelser af Buurtzorg-teamenes øvrige eksterne samarbejdsrelationer og koordinering ved fx indlæggelse og udskrivelse, koordinering og opfølgning på behandling, hjælpemidler og boligændringer, transport, aktivitetscentre og sociale aktiviteter samt misbrugsbehandling m.m. er stort set fraværende i den identificerede litteratur. I det omfang, der gives eksempler, er de også på generelt niveau som illustreret i nedenstående citat:

Beyond their clinical work, Buurtzorg nurses strive to connect with patients, families, other health care providers, and local community services and political leadership, to create a network that supports health among their patients – in particular among the elderly. Nurses on Buurtzorg teams work closely with primary care providers and often locate their offices nearby to facilitate these relationships. Buurtzorg teams also work with other informal partners, such as occupational therapists and other caregivers (1).

Det fremgår således, at Buurtzorg-teams bestræber sig på at være fysisk placeret tæt på almen praksis og andre relevante sundhedsydere (fx i sundhedshuse og lignende bygningsfællesskaber, der er udbredte i Holland) for at understøtte samarbejdsrelationen til fx almen praksis og øvrige sundhedsydere i lokalområdet.

2.7 Opsamling

Buurtzorg er fra 2006 vokset fra et team med 4 medarbejdere til en landsdækkende organisation med ca. 900 teams og 10.000 ansatte, der understøttes administrativt af en central organisation med ca. 70 ansatte.

I løbet af de 14 år, som Buurtzorg har eksisteret, er der udviklet et detaljeret og fuldt integreret organisatorisk setup, som bl.a. inkluderer skræddersyet uddannelse og coaching, skræddersyet it-plattform med tilhørende redskaber til journalføring, vidensdeling, arbejdstilrettelæggelse, monitorering, økonomistyring, moduler til faglig udvikling og systematik i samarbejdet omkring træning og rehabilitering m.m.

Buurtzorg agerer på et statsligt reguleret og altovervejende non-profit marked, hvor organisationen i stort omfang har udkonkurreret øvrige udbydere af hjemmesygepleje. Buurtzorg er lykkedes med at matche den valgte organisering med de rammebetingelser, der er for at levere

²⁴ <https://www.buurtzorg.com/innovation/buurtzorgplus/>

ældrepleje i Holland. Og Buurtzorg er lykkedes med at udvikle et modsvar på de den manglende faglige autonomi og manglende personkontinuitet, der tidligere prægede hjemmesygeplejen i Holland, som tiltaler de hollandske hjemmesygeplejersker og sygeplejeassistenter såvel som borgere og samarbejdsparter.

Buurtzorg er baseret på en model for integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje med fokus på selvbestemmelse og involvering som fundament for organisering og ansættelse såvel som relationen til de tilknyttede borgere. Organiseringen af arbejdet i Buurtzorg er på den ene side meget fri og med stor mulighed for faglig autonomi for de enkelte medarbejdere og teams, men på den anden side også kendetegnet ved en stor grad af standardisering af organisationens kompetencer, arbejdsgange og redskaber samt en stor grad af hjælp ved opstart af nye teams og adgang til coaching for etablerede teams.

Fraværet af ledelse og monitorering i traditionel forstand skal heller ikke ses som et fravær af styring. Tværtimod sker der en tæt og direkte opfølgning på de enkelte teams og de enkelte medarbejders performance i relation til fx leverede timer, borgertilfredshed og sygefravær. Til forskel fra en hierarkisk organisation har de enkelte teams selv ansvaret for at handle på eventuelle udfordringer – og mulighed for at få støtte til dette fra deres coach eller ressourcepersoner fra øvrige teams.

3 Litteraturen om Buurtzorgs performance

Buurtzorgs vækstrate og resultater i relation til såvel medarbejdere og borgere i Holland er bemærkelsesværdige, samtidig med at Buurtzorg er økonomisk rentabel. Buurtzorg er i dag den største udbyder af hjemmesygepleje i Holland, og ca. 70 % af alle hollandske hjemmesygeplejersker er ansat i Buurtzorg. Det fremgår desuden, at flere af de øvrige udbydere af ældrepleje og hjemmesygepleje på det hollandske marked har fået hjælp af Buurtzorg til at omstille deres måde at arbejde på, så den i større eller mindre grad afspejler principperne i Buurtzorg-modellen.

Som følge af Buurtzorgs udvikling har der løbende været et fokus på at dokumentere og sammenligne virksomhedens performance med øvrige aktører på det hollandske marked for hjemmesygepleje og hjemmepleje. De primære kilder, der anvendes som dokumentation for Buurtzorgs performance, gennemgås derfor i dette kapitel.

På borgerniveau er det først og fremmest en række årlige borgertilfredshedsundersøgelser, indsamlet på vegne af det hollandske sundhedsministerium i perioden 2008-2013, der er anvendt som dokumentation for Buurtzorgs performance set ud fra et brugerperspektiv. De viste, at Buurtzorg havde de mest tilfredse brugere i perioden (12). Det var især i relation til oplevet tilgængelighed, medarbejdernes kompetenceniveau og patientsikkerhed, at Buurtzorg udmærkede sig positivt sammenlignet med øvrige udbydere.

I relation til medarbejdertilfredshed og arbejdsmiljø vandt Buurtzorg den hollandske 'Best Employer Award' for virksomheder med mere end 1.000 ansatte 5 gange i perioden 2010-2015.²⁵ Det fremhæves i den forbindelse, at det særligt var i relation til spørgsmål vedrørende medarbejderindflydelse, evnen til at fastholde medarbejdere, lavt sygefravær og overensstemmelse mellem medarbejdernes og organisationens værdigrundlag, at Buurtzorg udmærkede sig positivt (11,12).

Der er herudover gennemført to uafhængige konsulentundersøgelser, der opgør og sammenligner Buurtzorgs omkostninger og resultater med øvrige udbydere af hjemmesygepleje i Holland. De to undersøgelser er offentliggjort i henholdsvis 2009 og 2013, og de er kun tilgængelige på hollandsk. Resultaterne er til gengæld rigt refereret i sekundære kilder af forskere, der læser hollandsk (5,13,14). Det er disse sekundære kilder, der anvendes til at referere de to undersøgelses resultater i de følgende afsnit.

3.1 Ernst & Young 2009: Business Case Buurtzorg

Konsulentfirmaet Ernst & Young udarbejdede i 2009 en omkostnings- og outcome-analyse, hvor de sammenlignede Buurtzorg med andre udbydere af hjemmesygepleje. Analysen var bestilt af det hollandske sundhedsministerium og indgik som en del af et større sundhedsprogram.²⁶

Analysens resultater (refereret i (14)) var, at Buurtzorg var i stand til at imødekomme de tilknyttede borgeres behov ved at anvende 40 % af det maksimalt bevilgede antal timer, mens gennemsnittet af øvrige leverandører anvendte 70 % af det maksimalt bevilgede antal timer. Studiet konkluderede videre, at Buurtzorgs borgere gennemsnitligt havde kortere plejeforløb (5,5

²⁵ Undersøgelsen varetages af organisationen 'Effactory', som er specialiseret inden for APV-undersøgelser.

²⁶ Den gennemgåede litteratur indeholder ingen gennemgang og vurdering af de anvendte metoder, hvorfor det ikke er muligt at vurdere kvaliteten af de gennemførte analyser. Undersøgelsens alder taget i betragtning skal resultaterne endvidere tolkes med forsigtighed i forhold til en nutidig kontekst.

måneder vs. 7,5 måneder), i højere grad blev selvhjulpne samt havde færre og kortere akutte hospitalsindlæggelser sammenlignet med gennemsnittet af øvrige leverandører.²⁷

Det fremgik også, at Buurtzorgs borgere i gennemsnit var yngre end de øvrige leverandørers borgere, når de kom på plejehjem, men det fremgik ikke, hvorfor dette var tilfældet, eller hvor store forskelle der var i de samlede omkostninger relateret til plejehjemsophold for borgere, der havde været hos Buurtzorg, og borgere, der havde været tilknyttet andre leverandører. Dette fund er af Buurtzorgs konkurrenter udlagt som et eksempel på, at Buurtzorg primært leverer mere grundlæggende sygepleje (25) og udlader at varetage mere komplekse borgere. Den generelle tolkning er dog, at fundet netop er et udtryk for, at Buurtzorgs borgere generelt set har mere komplekse behandlings- og plejebenhov sammenlignet med gennemsnittet af øvrige udbydere borgere (14).

Analysen fra Ernst & Young er også refereret for, at Buurtzorg sammenlignet med øvrige leverandører havde lavere overheadomkostninger (8 % vs. 25 %), mindre end halvt så meget sygefravær og mindre end halvt så meget personaleudskiftning.

Business-casens konklusion var, at Buurtzorg var i stand til at levere bedre og billigere pleje sammenlignet med de øvrige leverandører på markedet, samt at der var tale om en attraktiv arbejdsplads med stor medarbejderindflydelse og tilfredshed. Disse konklusioner blev formidlet bredt i den hollandske offentlighed og vurderes at have spillet en stor rolle for Buurtzorgs eksplosive vækst i de efterfølgende år (14).

3.2 KMPG 2015: The Added Value of Buurtzorg Relative to Other Providers of homecare

Den anden undersøgelse af Buurtzorgs omkostninger og resultater blev gennemført af konsulent- og revisionsfirmaet KMPG, igen på opdrag af det hollandske sundhedsministerium. Motivationen bag var Buurtzorgs dominerende markedsposition samt en tiltagende kritik fra Buurtzorgs konkurrenter af, at Buurtzorgs vækst og overskud bundede i en systematisk udvælgelse af de mest profitable borgere.

KPMG's undersøgelse sammenlignede derfor Buurtzorgs performance med øvrige udbydere af ældrepleje på det hollandske marked via data fra 2013. Set i forhold til Ernst & Youngs business-case udmærker KMPG-undersøgelsen sig ved at inkludere opgørelser af borgernes samlede forbrug af sundheds- og omsorgsydelser, og ved at opgørelserne af omkostninger er justeret for forskelle i borgernes sygdomsbillede og socioøkonomiske status.²⁸

Omkostningsanalysens resultater

Resultaterne af undersøgelsens omkostningsanalyse er opsummeret i Tabel 3.1.

²⁷ Det nævnes ingen steder i litteraturen, hvorvidt det i analysen blev forsøgt at justere for eventuelle systematiske forskelle i sygdomsbillede og socioøkonomiske forhold mellem Buurtzorgs og de øvrige leverandørers borgere. Det må derfor antages, at der ikke er kontrolleret for sådanne forskelle, hvorfor resultaterne skal tolkes med forsigtighed.

²⁸ Det fremgår af (14), at analysen kontrollerede for køn, alder, geografi, socioøkonomisk status, lægemiddelrelaterede omkostninger som proxy for omkostningstunge diagnoser relateret til KOL, svær astma, depression, diabetes, hjertesygdomme, HIV/AIDS, cancer, nyre- og leversvigt, Parkinson, psykoser, Alzheimer, misbrug, gig og transplantationer.

Tabel 3.1 Opgørelse af timer og omkostninger, Buurtzorg vs. øvrige leverandører

	Buurtzorg	Øvrige leverandører	Forskel
Leverede timer pr. borger og år <i>ikke justeret for sygdomsbillede og sociale forhold</i>	108 timer	168 timer	- 60 timer
Gennemsnitsomkostninger til hjemmepleje og sygepleje pr. år <i>ikke justeret for sygdomsbillede og sociale forhold</i>	€ 6.428	€ 7.995	€ - 1.567
Gennemsnitsomkostninger til plejehjem pr. år <i>ikke justeret for sygdomsbillede og sociale forhold</i>	€ 2.029	€ 2.510	€ - 519
Sundhedsudgifter hospital og almen praksis <i>ikke justeret for sygdomsbillede og sociale forhold</i>	€ 7.787	€ 5.187	€ + 2.600
Samlede omkostninger <i>ikke justeret for sygdomsbillede og sociale forhold</i>	€ 16.244	€ 15.692	€ 552
Samlede omkostninger <i>justeret for sygdomsbillede og sociale forhold</i>	€ 15.357	€ 15.856	€ - 499

Kilde: (14) der opsummerer KPMG: The Added Value of Buurtzorg Relative to Other Providers of Home Care: A quantitative Analysis of Home Care in the Netherlands in 2013.

Som det fremgår af Tabel 3.1, genfandt KMPG-analysen konklusionen fra Ernst & Youngs analyse: Buurtzorg leverer markant færre timer pr. borger sammenlignet med gennemsnittet af øvrige leverandører. Dette er også afspejlet i lavere omkostninger relateret til hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejehjem (tilsammen € -2.086). Til gengæld fremgik det også, at omkostninger relateret til øvrige sundhedsydelser var markant højere (€ +2.600) for Buurtzorgs borgere sammenlignet med de øvrige leverandører.

I de opgørelser, som ikke tager højde for forskelle på borgenes sygdomsbillede og sociale baggrund, er Buurtzorgs borgere således gennemsnitligt € 552 dyrere end de øvrige leverandører. Som det fremgår af nederste række i Tabel 3.1, ændrer dette sig imidlertid, når opgørelsen justeres for forskelle i sygdomsbillede og social baggrund. Den samlede omkostning for Buurtzorgs borgere ender med at være € 499 mindre sammenlignet med de øvrige leverandørers borgere, end hvad der kunne forventes på baggrund af deres diagnoser og sociale baggrund.

Undersøgelsen viser også, at ca. halvdelen af de øvrige leverandører var billigere end Buurtzorg (mens den resterende halvdel er dyrere), og det konkluderes derfor, at de samlede omkostninger for Buurtzorgs borgere er gennemsnitlige for Holland (14).

De justerede resultater indikerer således, at Buurtzorgs borgere gennemsnitligt har mere komplekse plejebestanden sammenlignet med øvrige leverandørers borgere. I forlængelse heraf vurderes det også, at Buurtzorg – til trods for væsentligt højere lønomkostninger pr. medarbejdertime²⁹ – er i stand til at dække de mere komplekse borgeres behov for sygepleje og personlig bistand billigere end gennemsnittet af øvrige leverandører (11,12,14).

KMPG-undersøgelsens konklusion, som endnu engang understøttede den offentlige erkendelse og opbakning til Buurtzorgs måder at arbejde på, var således:

“Essentially, the program empowers nurses (rather than nursing assistants or cleaners) to deliver all the care that patient’s need. And while this has meant higher costs per hour, the results have been fewer hours in total. Indeed, by changing the model

²⁹ Det angives i (1), at Buurtzorgs hjemmesygeplejersker har de højeste gennemsnitslønninger i Holland, samt at gennemsnitsomkostningen pr. leveret medarbejdertime er knap € 6 højere end gennemsnittet for sektoren (14).

of care, Buurtzorg has accomplished a 50 percent reduction in hours of care, improved quality of care and raised work satisfaction for employees.” (14).

3.3 Diskussion

De fundne indikatorer for Buurtzorgs performance og økonomiske effektivitet er positive. Men litteraturen bærer også præg af, at antallet af primære kilder er begrænset, og at der ikke findes egentlig forskningsbaseret viden at læne sig op af. Især de to konsulentundersøgelser, som ikke er oversat fra hollandsk, er meget bredt refereret i den gennemgåede litteratur såvel som i utallige avisartikler, konference- og blogindlæg m.m., hvilket kan medvirke til at skabe et billede af et mere solidt grundlag for disse fund, end tilfældet er.

Der er heller ikke fundet eksempler på primære kilder relateret til Buurtzorgs performance og resultater, som er nyere end 2015, selvom der i litteratursøgningen specifikt er lavet søgninger, der tidsmæssigt er afgrænset til litteratur fra 2016 og frem.³⁰

Den gennemgåede litteratur giver hverken forklaringer på, hvorfor det er tilfældet, eller indikationer på at Buurtzorgs performance er ændret væsentligt i perioden fra 2016 og frem. En mulig forklaring kan dog være, at Buurtzorg siden KMPG-analysen har haft en stabil størrelse og en rolle som en velkonsolideret aktør på det hollandske marked, hvorved nyhedsværdien og det oplevede behov for at undersøge organisationen er faldet. Det er samtidig i perioden fra 2015 og frem, at der er kommet internationalt fokus på Buurtzorgs resultater og mulighederne for at overføre modellen til andre lande og kontekster, hvilket vi vender blikket mod i næste kapitel.

3.4 Opsamling

Buurtzorg er en privat non-profit organisation med en succesfuld forretningsmodel, der inden for en kort årrække har opnået en dominerende markedsposition på det hollandske marked for hjemmesygepleje. Som følge af Buurtzorgs succes – og i nogle tilfælde kritik fra organisationens konkurrenter – har der løbende været et fokus på at dokumentere og formidle de opnåede resultater. De fire primære kilder omkring Buurtzorgs resultater, som refereres i den gennemgåede litteratur, udgøres af:

- Årlige borgertilfredshedsundersøgelser gennemført på opdrag af det hollandske sundhedsministerium i perioden 2008-2013, som viste, at Buurtzorg overordnet set havde de mest tilfredse borgere, samt at det især var på spørgsmål relateret til oplevet tilgængelighed, medarbejdernes kompetenceniveau og patientsikkerhed, at Buurtzorg udmærkede sig positivt.
- Det private APV-firma Effectory, der 5 gange i perioden 2010-2015 kårede Buurtzorg som 'employer of the year' i kategorien for organisationer med mere end 1.000 ansatte og fremhævede, at det særligt var i relation til medarbejderindflydelse, fastholdelse, sygefravær og overensstemmelse mellem medarbejdernes og organisationens værdigrundlag, at Buurtzorg udmærkede sig positivt.
- Ernst and Youngs Business case Buurtzorg fra 2009, der konkluderede, at Buurtzorg leverede billigere og bedre pleje og havde mere tilfredse medarbejdere og borgere sammenlignet med gennemsnittet af øvrige aktører på det hollandske marked.

³⁰ Jf. søgestrategien i Bilag 1.

- KMPG's omkostningsanalyse, der med afsæt i 2013-data og en mere sofistikeret omkostningsanalyse dels genfandt en række af Ernst and Young-undersøgelsens resultater, dels konkluderede, at Buurtzorgs borgere generelt set havde mere komplekse pleje- og behandlingsbehov end de øvrige leverandørers borgere.

De positive resultater er formidlet bredt og har spillet en væsentlig rolle for Buurtzorgs fortsatte vækst inden for Hollands grænser såvel som den stigende internationale interesse, der siden 2015 har været for at overføre Buurtzorgs organisationsmodel til andre lande og kontekster.

4 Internationale erfaringer med Buurtzorg

Det fremgår af Buurtzorgs hjemmeside, at Buurtzorg aktuelt er aktiv i 24 lande, og at bl.a. Belgien, Storbritannien, Sverige, Tyskland, Australien og Japan er fremhævet som vigtige samarbejdspartnere.³¹ Buurtzorg har også udviklet et step-by-step program, der inkluderer introduktion, studieture og undervisning samt materialer og rådgivning om, hvordan Buurtzorgs principper kan oversættes og afprøves – i første omgang i lille skala med fokus på læring og efterfølgende med fokus på udvidelse og konsolidering.³²

Selvom Buurtzorg i forskelligt omfang er aktiv i mange lande, har det kun i begrænset omfang været muligt fremsøge engelsksprogede eller nordiske kilder, der beskriver erfaringer og opnåede resultater med Buurtzorg uden for Hollands grænser.³³ De fundne eksempler beskriver desuden alle overvejelser eller tidlige erfaringer med at tilpasse og teste Buurtzorg-modellen eller konceptet for selvstyrende teams i et udviklingssetup. Det gælder også for de fleste eksempler, at de i større eller mindre omfang er udviklet med støtte fra Buurtzorg og følger de overordnede trin i Buurtzorgs ovennævnte program.

Det identificerede materiale samt en enkelt, ikke-evalueret case gennemgås i de følgende afsnit, hvorefter der følger en kort opsamling på de internationale Buurtzorg erfaringer og de fremadrettede opmærksomhedspunkter, som følger heraf.

4.1 Erfaringer fra Storbritannien

Fra 2016 og frem er der i Storbritannien igangsat en række forskellige pilotprojekter, der undersøger mulighederne for at introducere principper fra Buurtzorg-modellen i en britisk kontekst, hvor hjemmesygeplejen (som i Danmark) leveres inden for rammerne af et offentligt sundhedsvæsen.

Litteratursøgningen har identificeret 4 enkeltstående evalueringer, som samler op på britiske erfaringer med at introducere bestemte elementer i Buurtzorg-modellen. Pilotprojekterne har særligt fokus på at introducere selvstyrende teams inden for de eksisterende offentlige organisationer, der leverer sygepleje til borgere i eget hjem. Et fællestræk for de 4 evaluerede pilotprojekter er, at det er selvstyrende teams og ikke Buurtzorgs samlede forretningsmodel, der er fokus på at afprøve.

Konklusionerne fra de 4 afprøvninger er opsummeret i Tabel 4.1, og de fire projekter uddybes i de efterfølgende afsnit.

³¹ Fraværet af systematiske evalueringer skyldes formentlig, at det først og fremmest er private organisationer, der – typisk med vejledning fra Buurtzorg International – har taget konceptet til sig. Det fremgår fx af (26), at to belgiske non-profit organisationer i 2014 var gået i gang med at omlægge deres hierarkiske organisation til en flad struktur med selvstyrende teams a la Buurtzorg.

³² For yderligere detaljer se: <https://buurtzorg.org.uk/what-we-do/>

³³ Der er identificeret et større EU projekt: <https://www.keep.eu/project/19249/transforming-integrated-care-in-the-community>, som har til formål at teste Buurtzorg-modellen i henholdsvis Belgien, Frankrig og England. Målsætningen er at udvikle guides og vejledninger, der kan understøtte fremadrettet udbredelse i større skala. Resultaterne af projektet forventes at foreligge ved udgangen af 2020.

Table 4.1 Overblik over de fire britiske Buurtzorg-afprøvninger

	London Inner City	East London	West Suffolk	Aberdeen
Størrelse og organisering	Et team med 3 medarbejdere, der i løbet af afprøvningen blev udvidet til 2 teams med i alt 9 ansatte	Et team med 8 medarbejdere	Et team med 6 medarbejdere	To teams med tilsammen 12 medarbejdere
Succeser	Klare konklusioner om, at plejen blev mere helhedsorienteret, øget kontinuitet og god borgertilfredshed. Tilfredshed blandt samarbejdspartnere og medarbejderne i teamet med afsæt i oplevelsen af, at de selvstyrende teams gør en positiv forskel.		Indikationer på, at plejen blev mere helhedsorienteret og god borgertilfredshed. Medarbejdere oplever det positivt at kunne levere helhedsorienteret pleje.	
Udfordringer	Arbejdet i selvstyrende teams er en stor omstilling for medarbejderne. Nogen vanskelighed med rekruttering og fastholdelse. Omgivelser og samarbejdspartner har svært ved at forstå og anerkende arbejdet i de selvstyrende teams. Det vil kræve grundlæggende ændring af kulturen og omstilling af den nuværende organisering, hvis Buurtzorgs principper og organisering skal udbredes i større skala.		Vanskeligheder med rekruttering og fastholdelse. Usikkerhed omkring arbejdet i selvstyrende grupper leder til konflikter internt i teamet og dårlig medarbejdertrivsel. Ca. 6 måneder inde i afprøvningen sagde 4 af de 6 ansatte op. Et halvt år senere var det fortsat ikke lykkedes at rekruttere nye medarbejdere til at fortsætte afprøvningen. Udfordringer med it og dobbeltdokumentation.	Afsluttet efter 4 måneder på grund af dårlig medarbejdertrivsel, konflikter internt i de 2 teams og et stort antal opsigelser. Arbejdet i selvstyrende teams er en stor omstilling for medarbejderne. Svært at integrere social- og sundhedsopgaver/sygeplejersker og hjemmehjælpspersonale i et ikke-hierarkisk team. Udfordringer med it og dobbeltdokumentation.
Læring	Vigtigt at der også er langsigtede incitamenter og karriereveje, der kan tiltrække og fastholde medarbejdere i selvstyrende teams. Buurtzorg kan fungere i afgrænset og beskyttet projekt-setup med god ledelsesopbakning. De næste skridt handler om, hvorvidt det kan lykkes at omstille it, omkringliggende organisation, skabe bredt forankret ejerskab til modellen og udmønte modellen på en omkostningseffektiv måde.		Der skal være tid til at understøtte opstart og teamdannelse. Vigtigt med ejerskab og entydig ledelsesopbakning. Medarbejdere skal forstå, hvad det indebærer at arbejde i selvstyrende teams, og være i stand til at håndtere en stor omstilling og en hverdag præget af udvikling. Det kan ikke forventes, at medarbejderne selv etablerer velfungerende arbejdsdelinger og ligeværdigt samarbejde på tværs af fagligheder og opgavetyper.	

De britiske afprøvninger indikerer alle, at en organisering i selvstyrende teams, der minder om Buurtzorg, kan føre til en mere helhedsorienteret pleje med større personkontinuitet. Men det fremgår også, at alle de britiske afprøvninger stødte på problemer i forhold til medarbejdernes omstilling til arbejdet i et selvstyrende team samt udfordringer relateret til rekruttering og fastholdelse. Komplekse projekt setups og udfordringer i forhold til at overskue, hvordan den hierarkiske og fagligt adskilte ældrepleje kan organiseres med afsæt i selvstyrende teams og integration af sygepleje og hjemmepleje, præger også afprøvningserne. Således er der endnu ingen af de fundne eksempler, der har bevæget sig fra pilotafprøvning til implementering og drift i en bredere kontekst. Erfaringerne fra de enkelte afprøvninger gennemgås i de følgende afsnit.

4.1.1 Implementering af en tilpasset Buurtzorg model i et sygeplejedistrikt i Londons Indre By, 2016-2017

Baggrund og setup

Den første britiske pilotafprøvning af Buurtzorg blev gennemført i 2016-2017 i et hjemmesygeplejeområde i det centrale London. Formålet var at undersøge, hvorvidt det var muligt at få Buurtzorg til at fungere i en britisk kontekst, hvor hjemmesygeplejen, i modsætning til i Holland, er skattefinansieret og udbydes af én offentlig leverandør.

Buurtzorg-teamet bestod i udgangspunktet af 3 medarbejdere og blev oprettet som en selvstyrende enhed i den eksisterende hjemmesygeplejeorganisation, der havde ca. 200 sygeplejersker og sygeplejeassistenter ansat. Teamets organisering og tilgangen til selvstyring tog afsæt i Astrid Wermeer og Ben Wentings³⁴ britiske beskrivelser og drejebøger for opstart af nye Buurtzorg-teams (23). Teamet havde også tilknyttet en erfaren coach, der skulle understøtte opgaven med selvledelse, ligesom der blev arrangeret studieture til Holland. Hermed fik både medarbejdere og relevante ledere en grundig introduktion til Buurtzorg samt mulighed for at gå på arbejde med hollandske Buurtzorg-sygeplejersker.

Teamet fik tilknyttet en erfaren distriktssygeplejerske med ansvar for at referere til områdelederen i det valgte lokaleområde. Formålet var dels at sikre en forankring til den øvrige organisation, dels at skærme medarbejderne fra den omkringliggende organisations krav til fx dokumentation og monitorering. Teamet var således selvstyrende i dagligdagen, og intentionen var, at teamets arbejde så vidt muligt skulle foregå på samme måde som Buurtzorg i Holland.

Afprøvningens første fase var sat til at vare 9 måneder, og teamet var forankret i et afgrænset område, der var defineret ud fra et kriterie om, at medarbejderne skulle kunne nå ud til de tilknyttede borgere på højst 20 minutters gang. Inden for dette område skulle teamet så vidt muligt have ansvar for at levere sygepleje og personlig bistand til alle ny-henviste borgere med behov for sygepleje.

Afprøvningen var understøttet af en bredt sammensat styregruppe (der bl.a. inkluderede almen praksis), som fulgte afprøvningen tæt, og de deltagende ledes engagement i afprøvningen fremhæves som en væsentlig forudsætning for de opnåede resultater.

Evaluering

Evalueringen (27) var baseret på kvalitative interview med medarbejdere, relevante ledere og samarbejdsparter samt borgere tilknyttet teamet. Endvidere indgik deltagerobservation af personalemøder og borgerrettet arbejde, gennemgang af relevante dokumenter og aktivitetsdata.

Udmøntning og erfaringer

Det første Buurtzorg-team voksede i løbet af de første 6 måneder til 9 medarbejdere, hvorefter det delte sig i 2 teams for at dække et nyt område. De 2 teams eksisterer stadig, og i 2019 er der igangsat forberedelser til at udrulle og afprøve de selvstyrende teams som den grundlæggende måde at organisere arbejdet på i sygeplejedistriktet (28). Dette arbejde er stadig i et indledende stadie, og der er ikke fundet detaljerede beskrivelser eller erfaringer med omstillingen. Det fremgår dog, at fokus bl.a. er på at omstille den lokale organisering og styring til at understøtte de selvstyrende teams samt at udvikle et karrierespor for de britiske 'Buurtzorg'-

³⁴ De to hollandske coaches og ledelsesrådgivere, der fra starten har været med til at udvikle og understøtte Buurtzorg-modellen i Holland.

sygeplejersker, som kan understøtte rekruttering og langsigtet fastholdelse af sygeplejersker, der arbejder i selvstyrende teams.

Afsættet for det fremadrettede arbejde er nedenstående overvejende positive resultater, erfaringer og opmærksomhedspunkter:

Fra borgernes side blev det fremhævet positivt, at der var tid til og fokus på at snakke om borgernes situation og ønsker samt fokus på at involvere borgeren aktivt i plejen, også selvom det tog længere tid, når borgeren selv skulle deltage. De borgere, der havde forudgående erfaringer fra den almindelige hjemmesygepleje, oplevede desuden større personkontinuitet og fleksibilitet i plejen, bedre kontaktmuligheder og oplevelse af bedre koordinering i forhold til deres øvrige behandling og kontakter med sundhedsvæsenet.

De praktiserende læger og specialistsygeplejersker (fx KOL- og diabetessygeplejersker), der deltog i evalueringen, oplevede også en række mærkbare positive forskelle, som fulgte med Buurtzorg-organiseringen. Det drejede sig fx om, at 'Buurtzorg'-teamet arbejdede mere helhedsorienteret og proaktivt, samt at der for en række af de tilknyttede borgere kom bedre styr på deres situation og kroniske sygdomme.

De positive perspektiver blev også understøttet af evalueringens deltagerobservationer, som blev gennemført i både den almindelige hjemmesygepleje og i 'Buurtzorg'-teamet. Observationerne viste, at 'Buurtzorg'-sygeplejerskerne i højere grad kendte deres borgere, havde tættere relationer med dem og prioriterede dialog og social støtte med pårørende sammenlignet med den øvrige hjemmesygepleje. Det fremgik endvidere, at pilotprojektets team i højere grad hjalp borgerne med personlig pleje, mad og drikke og i det hele taget havde et større fokus på helheden i borgerens hjem. De positive aspekter blev også afspejlet i en høj medarbejdertilfredshed blandt de ansatte, som i højere grad end tidligere oplevede at være del af et arbejdsfælleskab med fokus på at hjælpe hinanden og med mulighed for at yde helhedsorienteret pleje.

Af udfordringer og fremadrettede opmærksomhedspunkter beskrives, at omstillingen til at arbejde i selvstyrende teams var en udfordring for de ansatte. De skulle i høj grad omskoles i deres måde at arbejde på, herunder lære at finde tryghed i en hverdag uden ledelse og håndtere den usikkerhed, der fulgte af, at rammerne for arbejdet i et vist omfang skulle udvikles fra bunden. Især den fælles beslutningstagen i teamet og håndtering af konflikter fremstod som kilder til usikkerhed, og det var langt fra alle uoverensstemmelser, det lykkedes at skabe konsensus om. Herudover så flere medarbejdere udfordringer i et længere perspektiv, fordi de i den flade struktur manglende karrieremuligheder og muligheder for at stige i løn. Disse forhold var også afspejlet i, at en del kvalificerede ansøgere takkede nej til at starte i teamet efter at være introduceret til konceptet for selvstyring, ligesom flere medarbejdere sagde op i løbet af projektperioden.

Medarbejderne oplevede også udfordringer relateret til den omkringliggende organisation, der havde svært ved at forstå og anderkende Buurtzorg-konceptet og med det afsæt fx forsøgte at styre teamets arbejde. I forlængelse heraf blev teamets erfarne coach fremhævet som en vigtig funktion, der hjalp med at skærme teamet fra den omkringliggende organisation. Disse aspekter var også afspejlet blandt de interviewede ledere og samarbejdspartnere. De var på den ene side nysgerrige og bakkede op om Buurtzorg-modellen og de positive resultater, de vurderede, der fulgte i det borgerrettede arbejde. På den anden side havde de til gengæld også svært ved at se, hvordan Buurtzorg skulle bevæge sig fra en afgrænset pilotafprøvning til en generel måde at organisere hjemmesygeplejen på, fordi det ville kræve store omlægninger af organisationen, som de havde vanskeligt ved at overskue.

Det fremgik af evalueringens aktivitetsdata, at 'Buurtzorg-teamet' i pilotafprøvningen havde væsentligt færre borgere pr. fuldtidsmedarbejder sammenlignet med den øvrige hjemmesygepleje. De selvstyrende teams fremstod derfor umiddelbart som en dyr løsning, og de tilgængelige data gav ikke mulighed for en nærmere analyse af de observerede forskelle eller sammenligning af de borgerrelaterede omkostninger på samfundsniveau. Muligheder for at gennemføre sådanne analyser og vurdere omkostningseffektiviteten blev derfor fremhævet som et vigtigt fokusområde i det fremadrettede arbejde med Buurtzorg i en større skala.

4.1.2 Pilotafprøvning af et Buurtzorg-team i det østlige London

Afprøvningen blev gennemført i perioden juni 2017 til august 2018, hvor et team bestående af 7 sygeplejersker og 1 sygeplejeassistent blev placeret fysisk sammen med en lægepraksis med 12.000 patienter, hvorfra alle teamets borgere skulle henvises.

Formål, organisering og forberedelse af afprøvningen tog afsæt i samme principper og de foreløbige erfaringer fra den første afprøvning i det centrale London (gennemgået i foregående afsnit). Teamet havde således tilknyttet en erfaren coach til at understøtte arbejdet med selvstyring samt en distriktssygeplejerske, som skulle fungere som bindeled og facilitator for teamets relationer til den omkringliggende organisation. Afprøvningen var forankret i en styregruppe, der mødtes månedligt og havde deltagelse af distriktets øverste ledelse, coach, den tilknyttede distriktsygeplejerske, patientrepræsentant, evaluator og en medarbejder fra 'Buurtzorg-teamet'.

Det lokale 'Buurtzorg-team' skulle levere individuel og helhedsorienteret sygepleje, som inddrog et øget fokus på personlig pleje og social støtte sammenlignet med den øvrige hjemmesygepleje. Hverdagsrehabilitering indgik desuden som et centralt element i teamets borgerrettede arbejde ud fra et ønske om at understøtte borgernes selvhjulpethed.

Evaluering

Evalueringen (29) var kvalitativ og fokuseret på proces og udvikling, og der indgik således ikke kvantitative data. Datagrundlaget blev derfor løbende indsamlet og anvendt via workshops med styregruppe og sygeplejeteamet hen over projektperioden. Datagrundlaget bestod af kvalitative interview med sygeplejeteamet, relevante ledere og nøglepersoner, praktiserende læger og borgere samt deltagerobservation af sygeplejeteamets møder og borgerrettede arbejde.

Udmøntning og oplevede resultater

Evalueringen fandt positive resultater i forhold til målsætningen om at levere en holistisk pleje med personkontinuitet, afspejlet i positive vurderinger fra teamets borgere, samarbejdspartnere og medarbejderne selv.

De interviewede borgere og pårørende var meget tilfredse med at være tilknyttet teamet, fordi de oplevede større personkontinuitet, bedre kontaktmuligheder og længere besøg sammenlignet med den traditionelle hjemmesygepleje. Afprøvningen gav også gode resultater i forhold til intentionen om at integrere sygepleje, personlig bistand og rehabilitering samt en oplevelse af, at 'Buurtzorg'-teamet havde gode muligheder for at understøtte et velfungerende samarbejde på tværs af de aktører, der var involveret i de enkelte borgeres forløb. Særligt den tætte kobling til læger og øvrigt personale i ét lægehus blev fremhævet som en kilde til gensidig forståelse, tæt kommunikation og sammenhæng i borgernes behandling og pleje.

Til gengæld viste afprøvningen også, at en række af Buurtzorg-modellens kernelementer relateret til teamets autonomi og ønsket om en flad struktur med kollektive beslutningsprocesser

var vanskelige at udmønte praksis. Årsagen var bl.a., at de ansatte sygeplejersker havde meget forskellige erfaringer og kompetencer, som medførte et internt fagligt hierarki, som både de erfarne og mindre erfarne medarbejdere i teamet havde svært ved at se bort fra i planlægningen af arbejdet og beslutninger om teamets udvikling.

Evalueringen konkluderede på den baggrund, at det vil kræve en markant kulturændring og omstilling af organiseringen på alle niveauer af det britiske sundheds- og socialvæsen, hvis det skal være muligt at implementere en engelsk version af Buurtzorgs selvstyrende teams som den gængse måde at arbejde på i den offentlige hjemmesygepleje. Endvidere blev det besluttet at afslutte afprøvningen efter pilotperioden, fordi det blev vurderet for omkostningstungt at udvide organiseringen med selvstyrende teams til organisationen som helhed.

4.1.3 Integrated Neighbourhood Care Aberdeen

Integrated Neighbourhood Care Aberdeen (INCA) blev startet som pilotforsøg i februar 2018. Formålet var at vurdere mulighederne for at introducere Buurtzorg-modellen i en skotsk kontekst, samt at vurdere modellens evne til at sikre en helhedsorienteret og integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje i en offentlig organisation.

Der blev etableret 2 teams, der hver bestod af 3 sygeplejersker og 3 social- og sundhedshjælpere³⁵. Som i de øvrige afprøvninger var der etableret en projektorganisation, som havde til opgave at støtte og skærme teamene fra de omkringliggende organisationer. På samme måde var der tilknyttet en uddannet coach til at understøtte teamdannelsen og arbejdet i den selvstyrende organisering.

De 2 teams var lokaliseret i 2 forskellige lokalområder, og i projektperioden var det besluttet, at de modtog alle ny-henviste borgere med behov for sygepleje og/eller personlig pleje og social støtte, mens de eksisterende enheder i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen skulle fortsætte med at passe kendte borgere.

Evaluering

Der blev tilknyttet en ekstern evaluering til afprøvningen, som både havde fokus på proces og resultater (30) med afsæt i nedenstående datagrundlag:

- Surveys og borgerinterview der afdækkede erfaringer, tilfredshed og oplevede resultater.
- Interview, workshops og løbende opgørelser af medarbejdertilfredshed for medarbejderne i de 2 teams.
- Interview med repræsentanter fra projektorganisationen og samarbejdspartner i den almindelige hjemmesygepleje, almen praksis m.m.
- Deskriptive aktivitetsdata og oversigter over henviste borgere, samt hvilke hjælpebehov m.m. borgerne havde.

³⁵ Benævnes i evalueringen som 'Social support workers', der i det britiske uddannelsessystem klassificeres som en niveau-2 uddannelse, der kompetencemæssigt bedst kan sammenlignes med den danske social- og sundhedshjælperuddannelse. Til sammenligning klassificeres en nyuddannet sygeplejerske som en niveau-5 uddannelse, mens det, der i en dansk kontekst svarer til en erfaren hjemmesygeplejerske med specialistkompetence, klassificeres som niveau-7.

Udmøntning og erfaringer

Projektperioden var sat til 24 måneder. Massive opstarts- og samarbejdsproblemer i og imellem de 2 teams, fulgt af opsigelser fra 6 af de 12 medarbejdere inden for de første måneder, betød imidlertid, at afprøvningen blev afsluttet efter blot 4 måneder.

De foreløbige data, der var indsamlet, samt borgerinterviewene indikerede de samme positive elementer som de øvrige britiske Buurtzorg-afprøvninger. Borgerne var således meget tilfredse med den ydede hjælp, som de i udgangspunktet forbandt med personkontinuitet, fleksibilitet og et helhedsfokus. Det fremgår dog også, at en del borgere oplevede brud i kontinuiteten og skuffede forventninger, i takt med at projektets medarbejdere sagde op (31).

Medarbejderne oplevede ligeledes, at Buurtzorg-måden at arbejde på understøttede muligheden for at levere en helhedsorienteret pleje, og at det ideelt set var en ønskværdig måde at arbejde på. De positive aspekter blev dog overskygget af, at der allerede i den første måned efter opstarten opstod massive samarbejds- og kommunikationsproblemer internt og imellem de 2 teams. Hovedpointerne, som udledes via evalueringen, knyttede sig til:

- En forhastet, uklar og mangelfuld opstartsperiode, hvor de 2 teams ikke havde nok tid til de mange opgaver, der var med at lære hinanden at kende, at lære konceptet for selvledende teams at kende, samt at få alt det praktiske omkring lokaler, it m.m. til at fungere.
- At der fra starten var udtalt uklarhed omkring arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere. Uklarheden eskalerede hurtigt til konflikter og manglende kommunikation mellem de to faggrupper. Hjælperne oplevede, at sygeplejerskerne så ned på dem, mens sygeplejerskerne så et behov for at lede og supervisere hjælperne – der ifølge sygeplejerskerne ofte endte med ansvar og opgaver, de ikke havde kompetencer til at varetage.
- At langt størstedelen af hjælpebehovet hos de henviste borgere viste sig at være relateret til social støtte og personlig pleje, hvilket for sygeplejerskerne ledte til en oplevelse af at være fagligt devalueret.
- Kombinationen af små teams og en lang åbningstid, som skulle dækkes af teamet, ledte til oplevelse af isolation og lange vagter, hvor medarbejderne ikke så hinanden.
- En udbredt usikkerhed omkring principperne for selvstyring, og fordi de kollektive beslutningsprocesser ikke fungerede, blev intentionen om selvledelse til '*no management and no decisions*'.
- It-udfordringer, krav om it-kompetencer og organisatoriske kompetencer, som en del af medarbejderne ikke kunne honorere.
- Medarbejderne oplevede en løbende og uklar indblanding fra ledere i den omkringliggende organisation, der i forskellige sammenhænge – og ofte uden at koordinere med hinanden – stillede krav til teamenes opgavevaretagelse og måder at organisere arbejdet på.
- Kommunikation internt i det enkelte team samt imellem de 2 teams, der i udgangspunktet skulle hjælpe hinanden ved behov, var brudt sammen, og at der var opstået en oplevelse af, at de to teams var hinandens konkurrenter.

Fremadrettede perspektiver

I evalueringens diskussion uddrages en række anbefalinger og konklusioner, der ligger umiddelbart i forlængelse af de ovenstående udfordringer – fx, at:

- Der bør være afsat mere tid til opstart og oplæring, inden teamene starter på det borgerrettede arbejde.
- Der er behov for en mere entydig ledelsesmæssig forankring og opbakning til teamene.
- Der bør være langt bedre styr på lokaler, it og praktiske forhold, inden teamene går i luften.
- Buurtzorg-modellen – også i det fejlslagne setup – så ud til at understøtte målsætningerne om en helhedsorienteret pleje af høj kvalitet.
- Den fejlslagne afprøvning ikke kan anvendes som afsæt for konklusioner om, at Buurtzorg-modellen eller konceptet for selvstyrende teams ikke kan fungere i en britisk kontekst.
- Der er store kulturelle, styringsmæssige og organisatoriske forskelle på konteksten for Buurtzorg-teams i Holland sammenlignet med Storbritannien, hvorfor det kræver et stort oversættelsesarbejde, hvis Buurtzorg-konceptet skal introduceres i en bredere kontekst, hvor hjemmesygeplejen leveres i offentligt regi.

Herudover fremhæves som et væsentligt opmærksomhedspunkt, at de to Aberdeen-teams adskilte sig fra både Buurtzorg i Holland og de øvrige britiske afprøvninger, ved at de i udgangspunktet blandede erfarne sygeplejersker og hjælpepersonale med kort socialfaglig uddannelse, samtidig med at borgernes behov primært var relateret til hjemmeplejeydelser. Da det samtidig skete i et uklart organisatorisk setup, blev der fra starten etableret et skævt og konfliktfyldt fagligt hierarki, hvor det var meget svært at indfri intentionen om ikke-hierarkiske teams med kollektive beslutningsprocesser. Heraf følger også anbefalinger om dels at sikre en større sammenhæng mellem teamets faglige kompetencer og behovene hos de borgere, der henvises, dels at sikre et langt mere ligeværdigt og tydeligt afsæt for teamsamarbejdet, i det omfang de sammensættes af medarbejdere med væsentligt forskellige kompetencer og erfaring.

4.1.4 The West Suffolk Buurtzorg test-and-learn in 2017-2018

Baggrund og organisatorisk setup

Projektet udsprang af et ønske om en målrettet indsats til ældre borgere, der udskrives fra hospital, for i videst muligt omfang at understøtte deres tilbagevenden til en selvstændig hverdag. Buurtzorg blev i forlængelse heraf vurderet at være det bedste bud på en velafprøvet model, og formålet med projektet blev derfor også at undersøge, hvorvidt Buurtzorg-modellen kunne fungere i en lokal engelsk kontekst.

Efter en studietur til Holland for projektets styregruppe og relevante ledere blev det besluttet at etablere et selvstyrende team med op til 6 medarbejdere, som skulle arbejde i henhold til Buurtzorgs principper for selvstyrende teams. Med afsæt i den bredt sammensatte styregruppe blev der nedsat en arbejdsgruppe, hvor 4 ledere fra relevante enheder i det lokale sundheds-samarbejde havde et særligt ansvar i forhold til at støtte afprøvningen.³⁶

³⁶ Det gjaldt for alle deltagere i styregruppen, at de fortsatte med deres eksisterende fuldtidsjobs under afprøvningen.

- Alle havde et ansvar i forhold til at skærme teamet mod omverdenens administrative krav samt til at sikre viden om afprøvning og opbakning til samarbejdet blandt eksterne parter.
- En var coach med ansvar for at understøtte arbejdet med selvstyring.
- En understøttede teamet i forhold til dokumentation og kvalitetssikring.
- En var tilknyttet som facilitator med særligt ansvar for løbende at informere og sikre opbakning til samarbejdet med teamet blandt de eksterne aktører.

Finansiering og evaluering

Afprøvningen blev evalueret af The Kings Fund i London, som er et uafhængigt center for forskning og kvalitetsudvikling i det britiske sundhedsvæsen. Der er tale om en kvalitativ evaluering baseret på a) skriftligt materiale og aktivitetsopgørelser fra projektet, b) interview med ansatte, deltagere i projektorganisationen og relevante samarbejdsparter og c) en afdækning af borgernes perspektiver.

Opstart og projektforsløb

Landsbyen Barrow med ca. 1.700 indbyggere blev valgt som lokalområde for afprøvningen ud fra en vurdering af, at den afgrænsede geografi og antallet af borgere med behov for hjemmesygepleje matchede teamets kapacitet såvel som ønsket om en entydig forankring i lokalsamfundet.

De første 4 medarbejdere blev rekrutteret til teamet i sensommeren 2017, og i november samme år blev der gennemført en studietur til Buurtzorg for de ansatte og deltagere i arbejdsgruppen. Her fik de en nærmere introduktion til Buurtzorg, kursus i organisering af arbejdet i en selvstyrende gruppe og mulighed for at følge Buurtzorg-sygeplejerskernes daglige arbejde.

I februar 2018 blev der åbnet for de første borgere, og tidligt i sommeren 2018 lykkedes det at få adgang til lokaler hos et lokalt lægehus i Barrow. Ved udgangen af sommeren var det endvidere lykkedes at rekruttere alle ansatte, så teamet bestod af 4 sygeplejersker og 2 sygeplejeassistenter. Den primære dataindsamling til evalueringen af afprøvningens fase 1 blev gennemført i efteråret 2018, men i samme periode blev teamet ramt af 4 samtidige opsigelser. Dette reducerede teamet til 2 medarbejdere og gjorde det i et vist omfang nødvendigt at starte forfra med rekruttering og oplæring af nye medarbejdere frem i mod afprøvningens fase 2.

Evalueringens resultater og konklusioner

De indsamlede aktivitetsdata fra afprøvningens indledende fase viste, at de fleste af teamets borgere blev henvist fra det lokale lægehus og levede op til kriteriet om et behov for hjemmesygepleje. Det fremgik endvidere, at der hen over sommeren 2018 var tilknyttet 16-20 borgere til teamet på månedsbasis, svarende til ca. halvt så mange borgere pr. medarbejder sammenlignet med det gennemsnitlige Buurtzorg-team, hvilket afspejlede teamets status som et udviklingsprojekt³⁷.

Medarbejdernes primære motivation til at søge til teamet var målsætningen om at levere helhedsorienteret og integreret pleje, med lav case-load og stor grad af personkontinuitet. Med-

³⁷ Egentlige analyser og sammenligning af omkostninger, diagnoser mv. for borgerne i afprøvningen, sammenlignet med borgere i den øvrige hjemmesygepleje, indgik ikke i evalueringen af fase 1.

arbejderne oplevede til dels, at muligheden for helhedsorienteret pleje blev indfriet, og de gennemførte borgerinterview indikerede også en positiv oplevelse af plejen³⁸. Men det fremgik også, at de rekrutterede sygeplejersker oplevede uklare rammer og manglende oplæring i forhold til de dele af plejen, der i England normalt hører under hjemmeplejen.

Evalueringen viste desuden, at afprøvningen var stødt på tre grundlæggende udfordringer for fremdrift og resultater, som uddybes nedenfor.

Den første udfordring knyttede sig til, at det krævede et omfattende organisatorisk setup at integrere udførelsen af hjemmepleje og sygepleje i et team, fordi de to ydelser i normal engelsk sammenhæng leveres af to helt adskilte og hierarkiske organisationer med hver deres faglighed, kulturer, regler, dokumentationssystemer og finansiering. Gennemførelsen af afprøvningen krævede derfor en omfattende ledelsesmæssig involvering, og selvom alle var dedikeret til afprøvningen, havde de enkelte ledere vanskeligt ved at dedikere tilstrækkelig tid til at understøtte udviklingen af teamet.

Dette ledte i nogle sammenhænge til, at teamet ikke blev understøttet ledelsesmæssigt, og at 'selvledelse' blev til 'ingen ledelse'. I andre sammenhænge blev det, i modstrid med principperne fra Buurtzorg, nødvendigt at gå ind og intervenere ledelsesmæssigt i teamet, hvilket medarbejderne i teamet på den ene side var glade for, men på den anden side ledte indblandingen til større usikkerhed omkring rammerne for selvstyringen i teamet. Det ledelsesmæssige og organisatoriske setup omkring afprøvningen står således i modstrid til det oprindelige udgangspunkt i Holland, hvor det netop var en lille, erfaren og dedikeret personkreds, som udviklede modellen med afsæt i et fælles engagement.

Den anden udfordring handlede om, at det trods gentagne stillingsopslag og direkte kontakter til erfarne medarbejdere fra den almindelige hjemmesygepleje ikke lykkedes at rekruttere så erfarne og engagerede medarbejdere som ventet³⁹. Det fremgår i forlængelse heraf, at flere af de ansatte ikke var særligt erfarne, og at de ikke var fuldt bevidste om, hvad det vil sige at arbejde i et selvstyrende team, samt hvor mange udviklingsopgaver projektansættelsen indebar. Resultatet var, at de relativt uerfarne medarbejdere havde svært ved at løfte de mange udviklingsopgaver og den grad af selvledelse, som det krævede at arbejde i teamet. Dette kom både til udtryk i konflikter medarbejderne imellem, oplevelser af at blive ladt i stikken af styre- og projektgruppen, samt udpræget stress. En faktor, der yderligere øgede stressniveauet, var en oplevelse af, at de almindelige hjemmesygeplejersker i lokalområdet, der kørte med væsentligt højere case-load og mindre frie arbejdsvilkår, opfattede teamet som en uønsket konkurrent, der blev set skævt til.

Fraværet af et integreret it-system, der understøttede teamets måde at arbejde på, fremhæves som den tredje grundlæggende udfordring. I udgangspunktet var det planlagt, at teamet skulle arbejde med afsæt i en oversat udgave af Buurtzorgs it-plattform, men denne nåede ikke at blive tilgængelig, og derfor var teamet nødt til at anvende de eksisterende it-systemer. Det betød, at teamet var nødt til at dokumentere ad flere omgange og på tværs af forskellige systemer, hvilket var forbundet med merarbejde og manglende mulighed for at opnå den integration og lettere vidensdeling, som kendetegner Buurtzorg i Holland. Det fremgår endvidere, at

³⁸ I evalueringen tages forbehold for, at der endnu er for få borgere og for sporadiske erfaringer at trække på til at kunne drage egentlige konklusioner omkring borgernes oplevelse af plejen.

³⁹ Baggrunden er bl.a., at hver ottende stilling i den engeske hjemmesygepleje er vakant, samt at der især blandt yngre sygeplejersker en massiv bevægelse væk fra faget. Det vurderes endvidere, at en række forhold relateret til afprøvningen har mindsket antallet af kvalificerede ansøgere, herunder a) at der var tale om tidsbegrænsede stillinger, b) at der var krav om at indgå i 12-timers vagter, og c) at det var svært at definere det faglige indhold af stillingerne i forhold til fagforeninger og medarbejderes gængse forventninger.

det tog ca. 4 måneder at få det basale it-udstyr, mailadresser o.l. på plads, og ved udgangen af testperioden var det endnu ikke lykkedes at få teamets trådløse udstyr til at fungere stabilt i borgernes hjem.

De gennemgåede udfordringer resulterede, i modsætning til afprøvningens målsætning, i tiltagende dårlig medarbejdertrivsel, der vurderes at ligge til grund for de mange samtidige opsigelser, der decimerede teamet i efteråret 2018.

Fremadrettede perspektiver

I perioden fra opsigelserne i efteråret 2018 og frem til april 2019, hvor evalueringen blev afleveret, var det uden held forsøgt at rekruttere nye og mere erfarne medarbejderprofiler til afprøvningen. Evalueringens overordnede konklusioner var i forlængelse heraf, at afprøvningen illustrerer, hvor vanskeligt det er at flytte et veludviklet koncept fra en kontekst til en anden, samt at det vil kræve en omfattende oversættelse og tilpasning at introducere Buurtzorg i den britiske ældrepleje. De væsentligste anbefalinger til parterne bag afprøvningen knyttede sig med det afsæt til at:

- Udvikle en ny vision for arbejdet med Buurtzorg, som i højere grad har fokus på, hvordan væsentlige elementer fra modellen kan oversættes og tilpasses den britiske kontekst frem for at kopiere modellen.
- Gentænke rammerne for afprøvningens organisering i relation til ledelsesopbakning, rollefordelinger og projektledelse, samt hvordan det kan sikres, at Buurtzorg-afprøvningen i højere grad understøtter eksisterende udviklinger i det lokale samarbejde frem for at fremstå som en modsætning til sine omgivelser.
- Rekruttering af de rette medarbejdere, tydeliggørelse af, hvilke forventninger der er til deres arbejde, og en mere omfattende understøttelse og oplæring til de opgaver, der er nye for medarbejderne. Herunder også et tydeligt fokus på at understøtte trivsel og samarbejde internt i teamet.

4.2 Buurtzorg Sverige⁴⁰

Den svenske sygeplejerske Mona Lindström etablerede med støtte fra Buurtzorg Holland virksomheden 'Grannvård' i 2011. Hun havde i årene forinden boet i Holland og arbejdet som sygeplejerske i Buurtzorg. Siden 2019 har 'Grannvård' formelt set været ejet af den samme fond, som ejer Buurtzorg i Holland, og i den forbindelse skiftede virksomheden navn til det nuværende Buurtzorg Sverige.

Buurtzorg Sverige har siden etableringen opereret i den svenske kommune Håbo, der ligger lidt nord for Stockholm og har ca. 21.000 indbyggere. Virksomheden har aktuelt 39 social- og sundhedsassistenter og 1 sygeplejerske ansat (svarende til 29 fuldtidsstillinger). Medarbejderne er fordelt i 3 teams, og Buurtzorg Sverige dækker ca. halvdelen af Håbo Kommunes behov for hjemmepleje og de sygeplejeindsatser, der er på et kompetenceniveau, som svarer til en assistents uddannelsesniveau.

Buurtzorg Sverige fremstår i modsætning til de britiske test and learn-forløb som en egentlig kopi af Buurtzorg-konceptet i sin helhed. Buurtzorg Sverige er således en privat leverandør,

⁴⁰ Afsnittet er udarbejdet med afsæt i casebeskrivelse 5.3 i en rapport fra EU Kommissionen (26) og en passage i rapporten 'Helhedsorienteret hjemmepleje og hjemmesygepleje' (20).

som er organiseret efter de samme principper som Buurtzorg, anvender en international udgave af Buurtzorgs it-plattform og får samme organisatoriske support som Buurtzorg-grupper i Holland. De tilknyttede borgere besøges af få personer, der løser helheden af opgaver relateret til personlig pleje, delegeret sygepleje og praktisk bistand. Buurtzorg Sverige fungerer således langt hen ad vejen som en kopi af de hollandske Buurtzorg-teams. Grunden til, at Grannvård ikke leverer ikke selvstændige sygeplejeydelser, er, at denne opgave ikke er udliciteret til private leverandører i Håbo Kommune. Den manglende mulighed for at have det samlede ansvar for både sygepleje og personlig bistand betyder ifølge John Lindstrøm, at Buurtzorg Sverige kun i begrænset omfang har mulighed for at realisere den samme grad af integration og sammenhæng, som opnås i Buurtzorg Holland.

Der er ikke gennemført evalueringer eller erfaringsopsamlinger af Buurtzorg Sverige, men det er angivet, at Buurtzorg Sverige i de årlige borgertilfredshedsundersøgelser opnår væsentligt større borgertilfredshed end den kommunale pleje i Håbo Kommune (20). Dette var også baggrunden for, at Buurtzorg Sverige efter 3 år med store driftsunderskud, der blev dækket af Buurtzorg Holland, lykkedes at forhandle en timepris med Håbo Kommune, som matchede Buurtzorg Sverige faktiske omkostninger.

Buurtzorg Sverige har et ønske, men ingen aktuelle planer, om at udvide virksomheden i Sverige og øvrige nordiske lande. Som årsag angives, at der er store barrierer for at ekspandere til nye svenske kommuner, fordi der ikke er en fælles overordnet ramme for indgåelse af samarbejde, samt hvilke timepriser, der skal afregnes efter ved udlicitering til private leverandører. Det betyder ifølge John Lindstrøm, at vilkårene for samarbejde og afregning varierer meget fra kommune til kommune. Oplevelsen er samtidig, at de kommuner, der udliciterer opgaver, primært har fokus på hjemmeplejeydelser og laveste pris frem for de gevinster, der kan opnås via integreret syge- og hjemmepleje leveret til en højere timepris.

En vigtig læring med introduktionen af Buurtzorgs selvstyrende principper i Sverige har ifølge Mona Lindstrøm (jf. (20)) været, at det er en anderledes arbejdsform, som stiller større krav til medarbejdernes selvstændighed og ansvarsfølelse sammenlignet med en ansættelse i den traditionelle svenske ældrepleje. Det er derfor ikke en ansættelsesform, der passer alle svenske social- og sundhedsassistenter, og da det samtidig er kritisk for et lille team, hvis en medarbejder ikke fungerer, gør Buurtzorg Sverige meget ud af forventningsafstemning ved ny ansættelser. Samtidig opereres med 6 måneders prøvetid for nye medarbejdere.

4.3 Opsamling

Der er fundet 4 britiske skriftlige kilder, der med at systematisk afsæt samler op på erfaringer med at introducere Buurtzorg-modellen uden for Holland og en ikke evalueret 'Buurtzorg-case' fra Sverige.

Det begrænsede antal fund illustrerer, at arbejdet med at etablere et vidensgrundlag om Buurtzorg i en international sammenhæng befinder sig i et tidligt stadie, samt at de afprøvninger, der er evalueret, primært har fokus på, om det er muligt at få Buurtzorg-modellen til at fungere i afgrænsede projekt setups. De hidtidige erfaringer er således kvalitative og udviklingsfokuserede og bidrager ikke med viden om fx resultater og omkostninger. I de afgrænsede erfaringer fremstår det som et positivt fællestræk, at principperne fra Buurtzorg opleves at kunne indfri en række af de opstillede målsætninger for en helhedsorienteret og sammenhængende pleje med stor grad af personkontinuitet.

Det er samtidig væsentligt, at de britiske afprøvninger ikke har forsøgt at kopiere Buurtzorgs koncept og forretningsmodel i sin helhed. De britiske afprøvninger har i stedet fokuseret på at afprøve konceptet for selvstyrende teams og Buurtzorgs bærende værdier for medarbejdernes relation til borgerne inden for rammerne af den eksisterende hierarkiske og offentlige hjemme-sygepleje. Det betyder, at de britiske erfaringer er skabt i små, afgrænsede afprøvninger, der har været skærmet fra den omkringliggende organisation. De britiske erfaringer viser samstemmende, at det har været vanskeligt at introducere Buurtzorgs model for selvstyrende teams i en kontekst, hvor det organisatoriske og institutionelle setup adskiller sig væsentligt fra Buurtzorgs hollandske udgangspunkt. De væsentligste og gennemgående udfordringer har knyttet sig til, at:

- Det har krævet en kompleks projektorganisation og et tværgående ledelsesengagement at bygge bro over de traditionelle opdelinger af sygepleje og hjemmepleje samt at skærme og understøtte selvstyrende teams fra de omkringliggende organisationer.
- Arbejdet i et selvstyrende team har udgjort en stor omstilling for medarbejdere, der er vant til at arbejde i hierarkiske organisationer. Teamstrukturen og de kollektive beslutningsprocesser har udfordret de faglige hierarkier mellem medarbejdere med forskellig erfaringshorisont og faglige baggrunde, og flere afprøvninger har været præget af interne konflikter og mistrivsel.
- Ansættelse i et udviklingsprojekt og et selvstyrende team har stillet store og anderledes krav til medarbejderne sammenlignet med traditionelle ansættelser. Det har også vist sig som en potentiel udfordring, at den fremtidige karrierevej for de britiske sygeplejersker, der er rekrutteret til selvstyrende teams, fremstår uklar.
- De britiske afprøvninger har haft massive udfordringer med rekruttering og fastholdelse af kvalificerede medarbejdere.
- Fraværet af en samlet it-plattform, der – som i Holland – understøtter helheden i arbejdet for de selvstyrende teams, giver udfordringer med dobbeltdokumentation, manglende overblik og (i nogle tilfælde for) store krav til medarbejdernes it-kompetencer.
- Buurtzorgs model for selvstyrende teams udfordrer både den eksisterende organisering, de etablerede faglige og ledelsesmæssige hierarkier og de organisatoriske rutiner. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at omgivelserne, selv når de er interesserede, har svært ved at forstå og respektere de selvstyrende teams måde at arbejde på.
- De britiske evalueringer indeholder flere eksempler på en mere grundlæggende skepsis og usikkerhed i forhold til, hvorvidt det vil være muligt og hensigtsmæssigt at arbejde i retning af en overordnet organisering, der understøtter arbejdet i selvstyrende teams såvel som integration af sygeplejen og hjemmeplejen.

De listede udfordringer har betydet, at to af de fire britiske afprøvninger gik helt i stå tidligt i udviklingsfasen, mens den tredje lukkede efter pilotperioden, fordi det blev vurderet for dyrt at udbrede modellen til organisationen som helhed. Endelig opererer den fjerde og mest succesfulde afprøvning i London stadig i et projektlignende setup med en høj grad af afskærmning fra den omkringliggende organisation.

Den svenske Buurtzorg-filial er det eneste af de beskrevne eksempler, der aktuelt fungerer på driftsvilkår. Som uafhængig privat udbyder med en formel tilknytning til Buurtzorg International har Buurtzorg Sverige også haft mulighed for at vælge en organisering og support, der stort set er en kopi af Buurtzorg i Holland. Det fremgår til gengæld også, at Buurtzorg Sverige ikke

har mulighed for at levere fuldt integreret sygepleje og hjemmepleje, samt at der er mange udfordringer, som står i vejen for at udvide Buurtzorg Sveriges tilstedeværelse i Sverige og de øvrige nordiske lande.

Der er således ikke fundet beskrevne eksempler på, at Buurtzorg er konsolideret og udbredt i en større skala i andre lande uden for Holland. Derfor vil det i de kommende år være vigtigt at følge de fortsatte erfaringer fx i England (28), EU regi⁴¹ og Finland (32) kan skabes i forhold til at komme fra enkeltstående Buurtzorg-afprøvninger til udbredelse i større skala.

⁴¹ <https://www.keep.eu/project/19249/transforming-integrated-care-in-the-community>

5 Perspektiver for Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst

De foregående kapitler har beskrevet Buurtzorgs principper og organisering og har gennemgået den tilgængelige viden om modellens udbredelse og resultater i henholdsvis Holland og internationalt.

Det fremgår, at Buurtzorg i Holland udgør et succesfuldt, fuldt udbygget og velkonsolideret koncept for integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje. I den hollandske kontekst, hvor Buurtzorg er udviklet, er der også solid dokumentation for Buurtzorgs succeser som virksomhed samt nogen dokumentation og mange indikationer på, at den valgte organisationsmodel indfrier de opstillede målsætninger om:

- en helhedsorienteret pleje med stor personkontinuitet og høj kvalitet
- et fokus på at involvere borgerne og understøtte deres selvhjulpethed
- en stor borgertilfredshed og god medarbejdertrivsel
- at flytte ressourcer fra administration til borgerrettet arbejde afspejlet i, at de ansatte anvender 60 % af deres samlede arbejdstid hos borgerne.

Buurtzorg selv lægger stor vægt på, at der er tale om en model med mange elementer, som over tid er udviklet, så de hænger sammen i et integreret koncept. Et element handler om organisering i bæredygtige selvstyrende teams med udstrakt ansvar for (selv)ledelse og organisering internt. Et andet element handler om tilgangen til borgerne, som er præget af både personkontinuitet, stærkt lokalkendskab og mobilisering af ressourcer i nærmiljøet og fokus på borgernes situation, ønsker og ressourcer, heraf Buurtzorgs motto: "Først kaffe, så pleje og omsorg". Et tredje element handler om ekspansionsmodellen baseret på et franchiselignende koncept, der er udviklet i og passer til det hollandske sundhedsvæsen. Og et sidste element handler om en kraftig reduktion i de ressourcer, der anvendes til ledelse, administration, dokumentation o.l. – både som følge af en bevidst filosofi og som følge af det vidstrakte ansvar, der ligger i de selvstændige teams. Når man forholder sig til Buurtzorg-modellen, er det væsentligt at skelne mellem de forskellige elementer.

5.1 Sparsomme internationale erfaringer

De få internationale evalueringer af Buurtzorg-afprøvninger, der er identificeret i litteraturen, har til fælles, at fokus er på at introducere Buurtzorgs koncept for selvstyrende teams inden for rammerne af den eksisterende offentlige hjemmesygepleje og hjemmepleje frem for at afprøve Buurtzorgs organisering og forretningsmodel som helhed, jf. den svenske case.

De britiske erfaringer giver forsigtige indikationer på, at offentlig hjemmesygepleje og hjemmepleje leveret med afsæt i Buurtzorgs principper understøtter de faglige og borgerrettede målsætninger. Det fremgår til gengæld også, at afprøvningerne befinder sig på et meget indledende stadie, samt det har været forbundet med mange udfordringer at introducere Buurtzorgs selvstyrende grupper som afgrænsede enheder i den eksisterende organisering.

De gennemgåede erfaringer er endnu så foreløbige, at de ikke kan anvendes til at konkludere, hvorvidt det er muligt at anvende Buurtzorg – eller elementer herfra – til at udvikle og forbedre

den danske hjemmesygepleje og hjemmepleje. Der er også identificeret britiske afprøvninger, et EU-finansieret udviklingsprogram med fokus på Buurtzorg (28) og et finsk forskningsprojekt med fokus på selvstyrende teams i ældreplejen (32), hvorfra der kan forventes yderligere resultater de kommende år, som kan udvide og nuancere den aktuelle viden.

De gennemgåede erfaringer flugter på mange måder den internationale litteratur om spredning af samarbejdsmodeller og succesfulde løsninger på tværs af geografiske kontekster, da denne er rig på beskrivelser af de vanskeligheder, der opstår, samt at det ofte ikke lykkes at genskabe de gode resultater (33-35). De primære forklaringer, som går igen i litteraturen, knytter sig til, at modeller, der har succes, typisk er udviklet i en kontekst, hvor lokale samarbejdsstrukturer og relationer mellem nøglepersoner har haft afgørende betydning for de opnåede resultater. Samspelet mellem den konkrete løsning og det institutionelle setup (fx rammer for finansiering, lovgivning og organisering) fremhæves endvidere som en årsag til, at det er tids- og ressourcetrævendende at oversætte løsninger fra en kontekst til en anden.

5.2 Opmærksomhedspunkter

Med afsæt i de gennemgåede erfaringer og de generelle pointer fra litteraturen vil det i overvejelserne om afprøvning af Buurtzorg i Danmark bl.a. være væsentligt at forholde sig til nedenstående forskelle på Buurtzorgs historik og kontekst sammenlignet med den danske ældrepleje:

Succesfuldt start-up vs. introduktion af et nyt koncept i en eksisterende organisation

Buurtzorg er udviklet af en driftig og karismatisk grundlægger, der fra starten har haft et tæt samarbejde med eksterne eksperter, som i hele processen har tegnet organisationen indad og udadtil. Det udgangspunkt vil være vanskeligt at genskabe i en dansk kontekst, hvor Buurtzorg introduceres som et alternativ til den eksisterende måde at gøre tingene på. Derfor vil det være vigtigt, at eventuelle danske afprøvninger har en solid ledelsesmæssig og politisk forankring i de involverede organisationer, samt at der er en klar vision for, hvorfor afprøvningen sættes i gang.

Juridiske og økonomiske rammer

Buurtzorg er udviklet nedefra og op og som et alternativ til de eksisterende aktører og deres måde at organisere sig på. Udviklingen er samtidig sket inden for rammerne af et tæt statsligt reguleret marked for sundhedsydelser, herunder hjemmesygepleje og hjemmepleje, hvor forskellige private leverandører aflønnes på timebasis for leverede ydelser. På markedet har der fra starten været mange aktører på både bestiller- og leverandørniveau, hvormed der har været markedsmekanismer, som har muliggjort Buurtzorgs vækst og resultater. Disse elementer adskiller sig fra en dansk kontekst, hvor der langt fra er samme grad af markedsorientering af ældreplejen, og hvor aftaler for udlicitering er politisk besluttet af de enkelte kommuner. I det omfang danske Buurtzorg-afprøvninger organiseres som private udbydere, vil det derfor være vigtigt at afklare de juridiske og økonomiske rammer, herunder hvordan afregning og kvalitetssikring håndteres i et setup, hvor udførelsen af hjemmepleje og sygeplejeydelser er integreret.

Medarbejdernes motivation og kompetencer

Buurtzorgs medarbejdere har selv opsøgt Buurtzorg og dens måde at arbejde på, hvormed de i udgangspunktet har et stort ejerskab til organisationens værdier om en bred opgaveportefølje og arbejde i selvstyrende teams. Buurtzorg har samtidig veludviklede og fuldt standardiserede procedurer, undervisningsforløb og erfarne coaches som understøtter opstart af nye teams såvel som den løbende udvikling og drift. Som illustreret i de britiske afprøvninger er det langt

fra sikkert, at sygeplejersker, som er uddannet og formet i den eksisterende organisation, automatisk tiltrækkes og trives i et selvstyrende team med lav grad af specialisering, fladt fagligt hierarki og en bred opgaveportefølje, der inkluderer 'hjemmeplejeopgaver'.

Grundig forventningsafstemning, faglige udviklingsmuligheder og ikke mindst et eksplicit fokus på oplæring i de kompetencer og samarbejdsrelationer, der kræves i et selvstyrende team, vil derfor være vigtigt ved afprøvning i en dansk sammenhæng.

En it-platform og organisatoriske rutiner, der understøtter den valgte organisering

Buurtzorg har udviklet sin egen, sammenhængende it-platform med tilhørende redskaber for dokumentation og journalføring, vidensdeling, kompetenceudvikling, økonomistyring, ledelsesinformation m.m., således at der er et sammenhængende system, der understøtter organisationens sammenhængskraft og det faglige arbejde. Organiseringen i selvstyrende teams er desuden funderet i en detaljeret, løbende og ikke-anonym monitorering af såvel de individuelle medarbejdere og teams produktivitet, økonomi og kvalitet, som medarbejdere og teams har ansvar for at håndtere. I tilfælde af vedvarende udfordringer bliver teamet lukket.

De britiske erfaringer viser tydeligt, hvor udfordrende og ineffektivt arbejdet i selvstyrende teams bliver, hvis it-platform og dokumentationsredskaber ikke matcher organiseringen, og medarbejderne dermed skal planlægge og dobbeltdokumentere deres arbejde i flere forskellige systemer. Ved afprøvning i en dansk sammenhæng vil det derfor være vigtigt med en it-platform, som understøtter den valgte organisering. Det vil ligeledes være vigtigt med rutiner, der sikrer, at teamet får adgang til deres egen ledelsesinformation og oplæring i at handle på denne.

De gennemgåede opmærksomhedspunkter illustrerer, at Buurtzorgs historik, institutionelle kontekst og organisering på mange parametre adskiller sig fra de strukturer og den organisering, der kendetegner den danske hjemmesygepleje og hjemmepleje. Et særligt dilemma knytter sig til Buurtzorgs flade organisationsmodel, som har afsæt i værdier omkring enkelhed, faglig autonomi samt frihed fra hierarkisk ledelse og organisatoriske strukturer. Dette er i diametral modsætning til den aktuelle udvikling af hjemmesygeplejen (såvel som sundhedsområdet generelt) i Danmark, som de seneste mange år i høj grad har fokuseret på organisationsstrukturer, subspecialisering (i fx sår, palliation, kræft, hjerte-kar, diabetes, kol mv.). De seneste år er der også oprettet en række nye og afgrænsede funktioner (fx akutfunktioner, særlige teams med bestemte funktioner i driften samt lokale kvalitets- og udviklingsenheder).

Buurtzorg udfordrer således organiseringen af den danske hjemmesygepleje og hjemmepleje i en grad, hvor det kan være svært at overskue de forandringer, det vil kræve at introducere modellen i en større skala. Dette er også afspejlet i de få eksisterende internationale erfaringer, hvor de involverede parter endnu ikke har fundet nøglen til at komme fra et funktionsopdelt hierarki i en politisk ledet organisation til selvstyrende borgercentrerede teams med tværgående it-løsninger og integreret opgaveløsning.

Introduktion af Buurtzorg i en dansk kontekst udgør derfor en udviklingsopgave med mange ubekendte. Fraværet af velbeskrevne og evaluerede eksempler på, hvordan Buurtzorg kan udmøntes, understreger også behovet for afprøvninger, der opnår driftsstatus og mulighed for mere systematisk evaluering af både organisation, resultater og omkostningseffektivitet.

Med det afsæt vender vi afslutningsvis blikket mod den indtil videre første Buurtzorg-afprøvning, som aktuelt er under opstart i Ikast-Brande Kommune.

5.3 Ikast-Brande Kommunes Buurtzorg-afprøvning

Ikast-Brande var en af de første danske kommuner, der i 2016 var på studietur til Buurtzorg Holland, og efter et langvarigt forarbejde blev det i maj 2019 besluttet at igangsætte den indtil videre eneste danske pilotafprøvning af Buurtzorg (36). Det fremgår i projektbeskrivelsen at:

'Afprøvningen af Buurtzorg-modellen sker med henblik på at blive klogere på, om det er muligt med samme ressourceforbrug at levere bedre kvalitet i en anden organiseringsform, hvor der leveres integreret hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp. [...] Pilotprojektets formål er desuden at blive klogere på, hvordan erfaringer og resultater kan anvendes efter pilotprojektets afslutning'. (36)

Siden er der indgået aftale med en ekstern leverandør Lokalpleje Danmark, der til pilotprojektet har oprettet et team med hjemmesygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der arbejder med afsæt i Buurtzorg-modellens principper. Lokalpleje Danmark har i en prøveperiode på 2,5 år kontrakt med Ikast-Brande Kommune om at levere integreret hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk bistand for borgerne i to af kommunens sygeplejeområder. Lokalpleje Danmark har status som privat leverandør af hjemmepleje, hvis ydelser er visiteret af visitatorer fra Ikast-Brande Kommune i forhold til kommunens kvalitetsstandarder og har derudover kontrakt om leverance af al sygepleje i et afgrænset geografisk område. Borgerne vælger således selv, om de vil tilknyttes Lokalpleje Danmark eller en kommunal udfører.

VIVE har interviewet de to primære initiativtagere⁴² bag Lokalpleje Danmark for at få indblik i baggrund, tidlige erfaringer, planer for opstart og udvikling samt de aftaler, der er indgået med Ikast-Brande Kommune omkring organisering, journalføring, tilsyn m.m. De væsentligste pointer fra interviewet er sammenfattet nedenfor.

Initiativtagerne bag Lokalpleje Danmark har faglig baggrund i henholdsvis formidling og ledelsesrådgivning og danner par med henholdsvis en social- og sundhedsassistent og en sygeplejerske, der begge har langvarige erfaringer fra ansættelser i hjemmepleje og hjemmesygepleje. Initiativtagerne har derfor fra sidelinjen har fulgt med i områdets udvikling gennem mange år. Via arbejdet med henholdsvis at oversætte, udgive og anvende den danske illustrerede udgave af ledelsesforskeren Frederic Laloux: *Fremtidens Organisation* (37), hvor Buurtzorg indgår som en central case, har de to initiativtagere også gennem flere år arbejdet på at udvikle grundlaget for en dansk Buurtzorg-afprøvning.

Initiativtagerne lagde sig tidligt i forløbet fast på, at de ønskede at følge Buurtzorgs udviklingsstrategi, organisering og forretningsmodel som helhed og kun lave de tilpasninger, der var absolut nødvendige i en dansk kontekst. Det indebar også, at afprøvningen kun skulle starte, hvis der var mulighed for at levere de samme ydelser som den kommunale hjemmesygepleje, samt at afprøvningen kunne ske i tæt samarbejde med en eller flere kommuner. Med det afsæt har initiativtagerne haft en langvarig dialog med Buurtzorg International omkring mulighederne for et formelt samarbejde, samt hvordan opstart og udvikling kan gribes an. Resultatet er en aftale om et formelt partnerskab mellem Lokalpleje Danmark og Buurtzorg International, der giver Lokalpleje Danmark adgang til støtte og uddannelse svarende til det, et hollandsk Buurtzorg-team modtager i forbindelse med opstart og drift. Lokalpleje Danmark har således tilknyttet en coach fra Buurtzorg International og Lokalpleje Danmarks initiativtagere, og de ansatte har

⁴² Bjørn Kassøe Andersen og Brian Knappmann, som henholdsvis er direktør og bestyrelsesformand for den socialøkonomiske non-profit organisation og medstiftere af foreningen, der ejer Lokalpleje Danmark.

været/skal på studietur til Holland, ligesom de modtager struktureret oplæring i Buurtzorgs arbejdsmetoder og organisering af (sam)arbejdet i selvstyrende teams.

Lokalpleje Danmark er i lighed med Buurtzorg Holland organiseret som en privat non-profit organisation. Pr. 1. april 2020 er der ansat 4 hjemmesygeplejersker og 2 social- og sundhedsassistenter i Lokalpleje Danmarks første team. Forventningen er, at organisationen i løbet af afprøvningen vokser til 1-2 teams med tilsammen 12-14 medarbejdere. Med afsæt i hollandske erfaringer er der i rekrutteringen af de første medarbejdere lagt vægt på at ansætte medarbejdere med stor erfaring og kompetencer opnået via ansættelser i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. Samtidig er der søgt efter medarbejdere, der har et ønske om at afprøve arbejdsformen i Buurtzorg og har lagt vægt på forventningsafstemning i forhold til fx den fleksibilitet og selvstændighed arbejdet, som et selvstyrende team kræver, samt at især sygeplejerskerne skal varetage en bredere opgaveportefølje, end de er vant til.

Samarbejdet med Ikast-Brande Kommune er forberedt over mere end 1 år. Fokus har været på at finde en organisering, der på den ene side understøtter friheden til at arbejde med afsæt i Buurtzorg-modellen, og på den anden side sikrer, at arbejdet i Lokalpleje Danmark overholder samme standarder og regler som den kommunale hjemmesygepleje. Med det afsæt oprettes Lokalpleje Danmarks medarbejdere som brugere med fulde rettigheder i Ikast-Brandes Kommunes omsorgssystem (CURA), som anvendes i den kommunale hjemmesygepleje og hjemmepleje. Lokalpleje Danmarks medarbejdere følger også de samme regler og standarder for journalføring, samarbejde med eksterne aktører, kvalitetssikring, tilsyn m.m. som den kommunale sygepleje og hjemmepleje.

Lokalpleje Danmark vurderer, at CURA-omsorgssystemets opsætning, funktionalitet og forankring i Fællessprog 3 på nogle punkter fungerer sammenligneligt med de it-systemer, der anvendes i Buurtzorg Holland, og at det i kombination med egne it-løsninger kan understøtte arbejdet i Lokalpleje Danmark.

Hvad angår økonomi er der vedrørende sygepleje indgået en aftale, som garanterer, at honoreringen af Lokalpleje Danmarks leverede borgerrelaterede timer afspejler de samlede omkostninger pr. leveret time inkl. overhead i den kommunale organisation. Hjemmepleje afregnes efter godkendelsesmodellen. Det er således vægtet at sikre Lokalpleje Danmark et økonomisk grundlag, der matcher den kommunale organisation og understøtter en stabil driftssituation. Afprøvningen af Buurtzorg-modellen er tilrettelagt, så den kan vise, om det er muligt – med samme ressourceforbrug – at levere bedre kvalitet i en anden organiseringsform, hvor få gennemgående medarbejdere har det samlede ansvar for hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp. Denne tilgang er også vægtet af hensyn til den planlagte evaluering af afprøvningen, der skal give mulighed for systematisk opsamling af erfaringer med organisering, faglig og borgeroplevet kvalitet og resultater (36).

Ikast-Brandes Kommunes pilotafprøvning er et konkret eksempel på, hvordan Buurtzorg kan afprøves i en dansk kontekst. Afprøvningen – der også fremstår unik i international sammenhæng – er kendetegnet ved at den:

- Er udviklet over flere år og gennemføres i et formelt partnerskab mellem Lokalpleje Danmark og Buurtzorg International.
- Er tro over for Buurtzorgs samlede organisation og forretningsmodel som helhed og er understøttet på en måde, som er sammenlignelig med de metoder, der anvendes ved opstart af nye teams i Holland.

- Ved opstart har rekrutteret medarbejdere med lang erfaring fra ansættelser i hjemme-sygepleje og hjemmepleje og som med det afsæt ønsker at afprøve Buurtzorgs arbejdsform.
- Er fokuseret på – og har gode rammebetingelser for – at komme hurtigt i drift.
- Har et flerårigt tidsperspektiv, som understøtter muligheden for at etablere en stabil drift og længerevarende læringshorisont.
- Har besluttet, at der skal gennemføres en systematisk evaluering og valgt en organisering, som giver gode muligheder for at vurdere organisering, kvalitet og resultater i forhold til den kommunale hjemmepleje og sygepleje i Ikast-Brande Kommune.

Pilotprojektet i Ikast-Brande Kommune har et potentiale for at levere en væsentlig del af den viden, der aktuelt mangler om Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst, hvis det lykkes at gennemføre og evaluere projektet som planlagt.

Litteratur

- (1) Monsen K, deBlok J. Buurtzorg Nederland - A nurse-led model of care has revolutionized home care in the Netherlands. In *Our Community* 2013;113(8).
- (2) Rostgaard T, Matthiesen MU. Arbejdsvilkår i ældreplejen; Mere dokumentation og mindre tid til omsorg. København: KORA - Det Nationale Institut for Regioners og Kommuners Analyse og Forskning; 2016.
- (3) Vinge S. Komplexitet i den kommunale sygepleje. København: VIVE; 2018.
- (4) Dansk Sygeplejeråd. Fremtidens hjemmesygepleje - udfordringsrapport. København: Dansk Sygeplejeråd; 2011.
- (5) Laloux F. Fremtidens organisation. Fra ledelse til selvledelse - fra organisation til organisme. 1st ed.: I Am; 2015.
- (6) Nandram SS. Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from the Buurtzorg Nederland. New York: Springer; 2015.
- (7) Clausen T, Tufte P, Borg V. Why are they leaving? Causes of actual turnover in the Danish eldercare services. *Journal of nursing management* 2014;22:583-592.
- (8) Barriball L, Bremner J, Buchan J, et.al. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe - Final Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union: European Commission Directorate-General for Health and Food Safety; 2014.
- (9) Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research* 2017;17(1):824.
- (10) Sheldon T. Buurtzorg: the district nurses who want to be superfluous. *the BMJ* 2017; 358:Art.number j3140.
- (11) Cirkovic S. Buurtzorg: Revolutionizing home care in the Netherlands: Boston Consulting Group: Centre for Public Impact; 2018.
- (12) Kaloudis H. A first attempt at a systematic overview of the public record in English on Buurtzorg Nederland (Part A- Burtzorgs performance). Available at: https://medium.com/@Harri_Kaloudis/a-first-attempt-at-a-systematic-overview-of-the-public-record-on-buurtzorg-nederland-part-a-ff92e06e673d. Accessed 03/01, 2020.
- (13) Alders P. Self-managed care teams to improve community care for frail older adults in the Netherlands. *International Journal of Care Coordination* 2015; 18:57-61.
- (14) Gray BH, Sarnak DO, Burgers JS. Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. *The Commonwealth Fund*; 2015.
- (15) Olesen A. Ny ledelsesmodel skaber begejstring i Rudersdal Kommune. *BASICO*; 2020.
- (16) Ældresagen. Ældresagens holdning til Buurtzorg. København: Ældresagen; 2019.
- (17) Hollmann KT. FOA: Kommuner skal passe på med at kopiere Buurtzorg-modellen én til én. København: Altinget; 2019.

- (18) Christensen G, Laursen A. Gambl ikke med syge borgere og medarbejderes faglighed og trivsel. Silkeborg: Dansk Sygeplejeråd - Kreds Midtjylland; 2020.
- (19) Frøik SA. Sygeplejerske: Fagbosser skal adoptere hele ideen med omsorgsguldmine. København: Altinget; 2020.
- (20) Andersen BK. Helhedsorienteret hjemmepleje og hjemmesygepleje i Ikast-Brande Kommune. - En "mental frikommune" rapport udarbejdet med bevilling fra Ikast-Brande Kommune. Ikast-Brande: Ikast-Brande Kommune; 2018.
- (21) Lundh D. Selvbestemmelsen blomstrer i Holland. København: Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd; 2018.
- (22) Kaloudis H. A systematic overview of the literature in English on Buurtzorg Nederland: Part B- The Buurtzorg Organisational and Operational Model. Available at: https://medium.com/@Harri_Kaloudis/a-systematic-overview-of-the-literature-in-english-on-buurtzorg-nederland-part-b-the-buurtzorg-189a7e4704b0. Accessed 03/01, 2020.
- (23) Wermeer A, Wenting B. Self-management: How it does work. 1st ed.: Reed Business bv; 2016.
- (24) Ministry of Health, Welfare and Sports. Healthcare in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sports; 2016.
- (25) Maybin J, Honeyman M, Williams E, Perks-Baker S. A review of the West Suffolk Buurtzorg test-and-learn in 2017-18. London: The King's Fund; 2019.
- (26) Directorate-General for Health and Food Safety Recruitment and Retention of the Health Workforce. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Anex B: 8 case studies on selected topics addressing recruitment and retention of health professionals. European Commission; 2015.
- (27) Drennan VM, Ross F, Saunders M, West P. The Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust Neighbourhood Nursing Team Test and Learn project of an adapted Buurtzorg model: an early view. London: Centre for Health & Social Care Research Joint Faculty of Kingston University & St. George's University of London; 2017.
- (28) Hamm C, Glyn-Jones J. Implementing an adapted Buurtzorg model in an inner city NHS trust. British Journal of Community Nursing 2019;24(11):534-537.
- (29) Ialoni M, Fernandes J, Fradley R, Ogunsoola C, Marshall M. Transforming community nursing services in the UK; Lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. BMC Health Services Research 2019;19:945.
- (30) Leask C. Integrated Neighbourhood Care Aberdeen (INCA) Test of Change. Aberdeen: Aberdeen City Health & Social Care Partnership | NHS Grampian; 2018.
- (31) Leask CF, Gilmartin A. Implementation of a neighbourhood care model in a Scottish integrated context - views from patients. AIMS Public Health 2018;6(2):143-153.
- (32) Jantunen S, Piippo J, Surakka J, Sinervo T, Ruotsalainen S, Burstrom T. Self-Organizing Teams in Elderly Care in Finland: Experiences and Opportunities. Creat Nurs 2020 Feb 1;26(1):37-42.

(33) Bardsley M, Steventon A, Smith J, Dixon J. Evaluating integrated and community-based care. How do we know what works? London: Nuffield Trust; 2013.

(34) Starling A. Some Assembly required: Implementing New Models of Care. Lessons from the New Care Models Programme. London: The Health Foundation; 2017.

(35) World Health Organization. Integrated Care Models: An Overview. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Europe; 2016.

(36) Ikast-Brande Kommune. Projektbeskrivelse: Pilotprojekt om Buurtoorg-modellen. Ikast-Brande: Ikast-Brande Kommune; 2019.

(37) Laloux F. Fremtidens organisation. En illustreret vejledning til meningsfulde former for samarbejde. 1.th ed. Danmark: Direction Books; 2017.

Bilag 1 Anvendt strategi for litteratursøgning

Søgetermerne har i Google Scholar været:

- Buurtzorg model
- 'Buurtzorg model' AND 'evaluation'
- 'Buurtzorg model' AND 'results'
- Adapted Buurtzorg model
- Buurtzorg Nederland evidence.

I den danske udgave af Google er der desuden søgt efter:

- 'Buurtzorg Nederland' AND 'evidence'
- 'Buurtzorg' OG 'Danmark'.

For alle søgninger gælder, at de første fem sider med fund er læst igennem for at vurdere de enkelte teksters relevans. For de tekster, der viste sig at være relevante, har vi endvidere set litteraturlisten igennem for at finde nye henvisninger (sneboldmetoden).

Udvælgelseskriterierne knytter sig til at der: a) er tale om engelsksproget eller nordisk litteratur, b) i forhold til erfaringer og opnåede resultater er tale om uafhængige analyser og evalueringer eller beskrivelser af erfaringer med implementering af Buurtzorg i andre kontekster end Holland.

Bilagstabel 1.1 Resultater af litteratursøgningen⁴³

Tema	Søgeord	Antal samlede hits	Antal relevante publikationer
Google Scholar uden tidsafgræsning	'The Buurtzorg model'	121	22
	'Buurtzorg model' AND 'evaluation'	96	14
	'Buurtzorg model' AND 'results'	159	12
	Adapted Buurtzorg model	216	12
	'Buurtzorg model' AND 'evidence'	504	16
Database: Google	'Buurtzorg' AND 'evidence'	28.900	15
	'Buurtzorg' OG 'Danmark'	16.700	16

⁴³ Da Googles algoritmer bl.a. afhænger af, hvor mange citationer en artikel har fået, kan der være tendens til, at ikke-tidsafgrænsede søgestrategier favoriserer ældre publikationer til fordel for nyere litteratur, der ikke har haft så lang tid til at opnå impact. Med det afsæt er søgningerne også gennemført med en tidsafgræsning fra 2016 og frem. Dette resultat er dog ikke i yderligere relevante fund sammenlignet med søgningen uden tidsafgræsning.

Søgning i udvalgte databaser:

April 2020 er der desuden gennemført en fritekstsøgning uden begrænsninger på: Buurtzorg* i nedenstående databaser:

PubMed: 22 fund

Academic Search Premier: 28 fund

Cinahl: 29 fund

Embase: 15 fund

PsycInfo: 5 fund

Web of Science: 14 fund

SocIndex: 1 fund (på fransk, ikke valgt)

Social Services Abstracts: 2 fund

Bibliotek.dk – National dansk biblioteksbase: 4 fund

Den Danske Forskningsdatabase: 0 fund

I alt – efter dubletsortering: 57 fund.

De 57 fund er gennemgået og sammenlignet med fundene fra de øvrige søgninger. Gennemgangen viste, at der ikke var identificeret yderligere relevant litteratur i de gennemgåede databaser.

VIDEN **VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD