

Kaffe først – fra to teams til et helt plejedistrikt

Status på og anbefalinger til det videre arbejde med
oversættelsen af Buurtzorg-modellen til offentlig dansk
hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune



Kaffe først – fra to teams til et helt plejedistrikt
– Status på og anbefalinger til det videre arbejde med oversættelsen af Buurtzorg-modellen til offentlig dansk hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-468-7

Modelfoto: Mathilde Bech/VIVE

Projekt: 302232

Finansiering: Socialstyrelsen

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Haderslev Kommune har fået midler fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen til at oversætte Buurtzorg-modellen til offentligt drevet dansk ældrepleje.

Projektet *Kaffe først – mennesket før bureaukratiet* gennemføres i samarbejde mellem Haderslev Kommune, Public Rebels, VIVE og Buurtzorg.

Denne rapport indeholder en evaluering af Kaffe først i efteråret 2023 med anbefalinger til det videre udviklingsarbejde. Evalueringen er designet som et komparativt casestudie, hvor vi sammenligner Kaffe først med almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune samt Buurtzorg i Nederlandene.

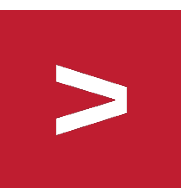
Rapporten udgør anden del af VIVEs evaluering af Kaffe først, og er finansieret via puljemidler fra Socialstyrelsen. Slutevalueringen af projektet forventes gennemført i efteråret 2025 og offentliggjort primo 2026.

Rapporten er udarbejdet i samarbejde mellem senioranalytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm, projektchef Martin Sandberg Buch og projektchef Pia Kürstein Kjellberg. Student Annemette Thøstesen har bidraget med kvalitativ databehandling.

Rapporten er kvalitetssikret ved internt review ved underskrevne samt ved eksternt review ved to eksperter, som vi takker for gode kommentarer.

Sanne Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
Afrapportering	11
1 Indledning	12
1.1 Ældreplejen i udvikling	12
1.2 Kaffe først – mennesket før bureaukratiet	13
1.3 VIVEs rolle i Kaffe først	14
1.4 Formål og datagrundlag	15
1.5 Læsevejledning	16
2 Kaffe først – status og forståelsesramme	17
2.1 Kaffe først – status i efteråret 2022	17
2.2 Kaffe først – status i efteråret 2023	18
2.3 VIVEs forståelsesramme	20
3 Det faste team	22
3.1 Teamsammensætning, lokaler og borgergrundlag	22
3.2 Dagligdagens struktur	27
3.3 Opsummering	33
4 Det tværfaglige team	34
4.1 Medarbejdersammensætning	34
4.2 Arbejdsdeling	40
4.3 Møder og kommunikation	44
4.4 Opsummering	49
5 Det selvstyrende team	51
5.1 Selvplanlægning	51
5.2 Selvvisitation	58
5.3 Selvstyring	65
5.4 Opsummering	70

6	Konklusion og anbefalinger	72
6.1	Fra to teams til et helt plejedistrikt	72
6.2	Det faste team	73
6.3	Det tværfaglige team	73
6.4	Det selvstyrende team	74
6.5	Anbefalinger	75
Dokumentation		77
Bilag 1	Design og metode	78
	Dataindsamling i Buurtzorg Nederlandene	79
	Dataindsamling i Haderslev Kommune	79
	Dataanalyse	82
Bilag 2	Aktører og processer i borgerforløb	83
Litteratur		97

Hovedresultater

Haderslev vil udvikle ældreområdet efter inspiration fra Buurtzorg

Haderslev Kommune har igangsat et omfattende udviklingsarbejde med etablering af faste, tværfaglige og selvstyrende teams efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model.

I perioden fra 2021-22 har Haderslev Kommune efter bevilling fra Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg etableret et forsøg med to små, tværfaglige og selvstyrende teams bestående af 8-10 sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ergoterapeuter.

I perioden fra 2022-23 har Haderslev Kommune efter bevilling fra Socialstyrelsens pulje til faste teams etableret et forsøg med seks lidt større, tværfaglige og selvstyrende teams bestående af 12-18 sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og ergoterapeuter i et helt plejedistrikt (distrikt Vojens).

Haderslev arbejder fortsat med udvikling af en organisatorisk overbygning, der binder teams og kommunale specialistfunktioner sammen, og som giver medarbejderne en større faglig frihed inden for en tydelig ramme.

VIVE skal bidrage med viden

VIVE er tilknyttet udviklingsarbejdet i Haderslev Kommune som rådgiver og evaluator. Vi har gennemført kvalitative casestudier af udviklingsarbejdet 3 måneder efter projektopstart, 10 måneder efter projektopstart og ca. 1 år efter udbredelse til et helt plejedistrikt.

Vi følger samtidig projektet ved deltagelse på partnermøder og følgegruppemøder samt ved løbende dialog med projektejeren om projektets udvikling.

Denne evalueringsrapport afrapporterer VIVEs tredje kvalitative casestudie, som er gennemført ca. 1 år efter udbredelse til et helt plejedistrikt, dvs. i oktober 2023.

Casestudiet er designet som et komparativt casestudie, der sammenligner Kaffe først med henholdsvis Buurtzorg og almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune. Formålet har været at vinde indblik i, hvad der virker godt og mindre godt i Kaffe først sammenlignet med henholdsvis almindelig hjemme- og sygepleje og Buurtzorg, samt at udvikle anbefalinger til det videre udviklingsarbejde.

Faste, tværfaglige teams

Analysen finder, at Haderslev Kommune har realiseret en organiseringsmodel, hvor det som udgangspunkt er et fast, tværfagligt team bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufraglærte og ergoterapeuter, der samarbejder om at levere indsatsen til borgerne i et givet lokalområde.

Det er en betydelig forskel i forhold til almindelig hjemme- og sygepleje, hvor der arbejdes med forskellige teams i henholdsvis plejen og sygeplejen, og hvor der ikke er ansat ergoterapeuter i plejen. Visitatorerne er i hele Haderslev Kommune tilknyttet de enkelte plejegrupper.

Den organisatoriske integration af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufraglærte og ergoterapeuter har ifølge VIVEs casestudie medvirket til at skabe bedre kontinuitet for borgerne og bedre adgang til tværfaglig sparring medarbejderne imellem.

Ordningen med fast visitator betragtes også som en fordel, da den medvirker til at kvalificere indsatsen i hjemmet og bedre mulighed for løbende at tilpasse hjælpen til borgerens aktuelle behov.

Fortsat monofaglig arbejdstilrettelæggelse

Analysen finder, at Haderslev Kommune kun til dels har realiseret en organiseringsmodel, hvor ydelserne til borgerne som udgangspunkt leveres af det faste team, der jf. ovenfor er etableret i forsøgsdistriktet.

Det skyldes, at teamene reelt ikke er selvdækkende, dvs. at det ofte er nødvendigt at bede medarbejderne fra forskellige teams dække ind i forhold til hinanden samt at bruge vikarer og afløsere fra kommunens interne vikarkorps.

Samtidig er der en række forskellige faktorer, der vedvarende trækker i retning af en monofaglig arbejdstilrettelæggelse på tværs af teams i forsøgsdistriktet.

Det gælder:

- Dagligdagens rutiner, hvor faggrupperne mødes for at sparre, koordinere og arbejdsdele med hinanden indbyrdes
- Vagtorganiseringen, hvor sygeplejerskerne arbejder i blandede vagter dag, aften og nat, mens social- og sundhedsmedarbejderne arbejder dag, aften eller nat, og ergoterapeuterne kun arbejder dag
- Standardiseringen af ydelser som henholdsvis sygeplejeydelser, plejeydelser og terapeutiydelser
- Vagt- og ruteplanlægningen, der i vid udtrækning fortsat sker med afsæt i distriktet som helhed
- Lokalerne, der giver gode rammer for at mødes monofagligt på tværs af teams, idet seks teams er samlet på én matrikel, og mindre gode rammer for at mødes tværfagligt som team, fordi to teams i flere tilfælde er blevet bedt om at deles om et teamlokale.

Faglig frihed og potentiale for afbureaukratisering

Kaffe først har som udgangspunkt antaget, at teamene ville have tilstrækkelig faglig frihed i opgaveløsningen, fordi i) sygeplejerskerne er selvvisiterende og ii) kommunen har en pakkemodel, hvor den kommunale/private leverandør selv har mulighed for at afgøre, hvilke ydelser der skal gives til en given borger, inden for rammen af pakken.

I praksis viser analysen, at social- og sundhedsmedarbejderne fortsat oplever, at de er bundet af stramme kørelister med standardiserede, tidsafgrænsede ydelser, der ikke nødvendigvis matcher borgerens behov.

Sammenlignet med Buurtzorg fremgår det også, at sygeplejerskerne bruger meget tid på at overdrage opgaver til plejen, oprette handlingsanvisninger i alle vagttag og dokumentere årsager til evt. afvigelser fra kommunens standardtider. Ergoterapeuterne bruger samtidig meget tid på at aflaste plejen i forhold til ansøgninger om hjælpemidler.

VIVEs analyse finder, at medarbejderne oplever disse sags gange som drænende og demotiverende, og at de hellere vil bruge tiden på det faglige arbejde med borgerne samt arbejdet med supervision og oplæring af deres kolleger. Der ligger på begge områder et endnu uforløst udviklingspotentiale i projektet.

Selvstyring under almindelige driftsvilkår

Kaffe først har udviklet en række forskellige redskaber, der på sigt skal understøtte teamene i deres arbejde med at blive mere selvstyrende. Det gælder blandt andet et dashboard med teamspecifikke oplysninger om kontinuitet, produktivitet, sygefravær og rehabiliteringseffekt, rollebeskrivelser for teammedlemmerne og en Buurtzorg-inspireret coachfunktion.

I praksis var disse redskaber netop introduceret på tidspunktet for VIVEs evaluering, og vi har derfor svært ved at vurdere, hvordan de fungerer i praksis.

Indtrykket var på tidspunktet for VIVEs dataindsamling, at teamene i vid udstrækning fungerede inden for rammerne af noget, der lignede den almindelige ledelse af hjemme- og sygeplejen, og at de decentrale ledere og medarbejdere samtidig havde svært ved at se, hvordan de skulle kunne finde tid til udvikling af nye rutiner og arbejdsgange, når der samtidig var et højt sygefravær og en stor medarbejderomsætning, der stillede krav om deres tid.

VIVEs analyse understreger i denne forbindelse både at det er vigtigt at sikre, at de decentrale ledere har den nødvendige konceptforståelse og kompetence til forandringsledelse, og at det er vigtigt at prioritere tid til udvikling, særligt i forbindelse med opstart.

Analysen understreger også, at arbejde med etablering af faste, tværfaglige og selvstyrende teams efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model kræver mere, snarere end mindre, ledelse i forandringsprocessen.

En vanskelig udviklingsopgave

VIVEs casestudie finder samlet set, at Haderslev Kommune fortsat er i gang med at udvikle ældreområdet efter inspiration fra Buurtzorg – og at dette arbejde er en langvarig og vanskelig proces, bl.a. fordi Buurtzorg bryder radikalt med eksisterende organisering, styring og ledelse på ældreområdet.

Der var tale om en omfattende udviklingsopgave med i) fusion af hjemme- og sygeplejen, ii) etablering af en tværfaglig teamstruktur og iii) et påtænkt trinvist arbejde med at gøre teamene mere selvledende. Det skulle gennemføres under almindelige driftsvilkår i en tid med i) højt sygefravær og stor medarbejderomsætning og ii) inden for rammen af eksisterende overenskomster og arbejdstidsaftaler.

Anbefalinger

VIVE anbefaler på baggrund af denne og øvrige evalueringer, at Haderslev Kommune fortsætter arbejdet med udvikling af ældreområdet efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model.

Vi anbefaler samtidig og i denne forbindelse:

- at arbejde med etablering af selvdækkende teams
- at give teamene hvert deres eget teamlokale
- at samle færre teams på én matrikel
- at prioritere tid og kompetence til forandringsledelse
- at genoverveje de administrative sags gange vedr. opgaveoverdragelse og tildeling af hjælpemidler
- at udvikle en mere tydelig struktur for samarbejde og arbejdsgange omkring hverdagsrehabilitering på teamniveau.

Disse anbefalinger er ikke kun relevante for Haderslev Kommune, men for alle de andre kommuner, der er beskæftiget med implementering af den nye ældrelov og den kommende sundhedsreform. Her er kontinuitet, tværfaglighed og et vedvarende arbejde med afbureaukratisering vigtige fokusområder.

Fakta om undersøgelsen

Evalueringens datagrundlag

VIVEs evaluering er baseret på et komparativt casestudie af henholdsvis Kaffe først, almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune og Buurtzorg i Nederlandene.

Der er i alle tre cases foretaget en kortlægning af aktører i borgerforløb efter udskrivelse fra sygehus.

Hertil er der gennemført observation af det daglige arbejde i hjemme- og sygeplejen og afholdt interview med ledere og medarbejdere om, hvordan der arbejdes med faste teams, tværfaglighed og selvstyring inden for rammen af hvert case.

Interview og observation er i forbindelse med VIVEs samlede analyse suppleret med skriftligt materiale og viden indhentet i forbindelse med VIVEs samlede engagement i Kaffe først samt VIVEs udviklingslaboratorium for faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet.

> **Afrapportering**

1 Indledning

Dette kapitel redegør for ældreområdet udfordringer og interessen for udvikling af ældreområdet med afsæt i den nederlandske Buurtzorg-model. Derefter præsenteres Haderslev Kommunes udviklingsprojekt: "Kaffe først, mennesket før bureaukratiet", og der redegøres for VIVEs samlede evaluering af projektet og indholdet af denne evalueringsrapport.

1.1 Ældreplejen i udvikling

Ældreplejen er udfordret af et stigende antal ældre og et faldende antal mennesker i den erhvervsaktive alder. Finansministeriet har estimeret, at der i perioden frem mod år 2035 vil kunne komme til at mangle et sted mellem 15.000 og 27.000 social- og sundhedsmedarbejdere på landsplan (Finansministeriet, 2023). Der er på denne baggrund en stor interesse for nye løsninger, der kan medvirke til at sikre en bæredygtig ældreomsorg, også i fremtiden.

Den nederlandske Buurtzorg-model har igennem længere tid været drøftet og studeret som en mulig løsning på de udfordringer, som ældreområdet står over for.

Buurtzorg-modellen er jf. Buch baseret på tre kerneelementer: 1) en organisering i små selvstyrende teams kombineret med en kraftig reduktion i ledelse og administration, 2) "Kaffe først og så pleje og omsorg" – personkontinuitet, lokalkendskab og mobilisering af ressourcer i lokalmiljøet samt 3) en organisationsmodel, der kombinerer det decentrale og autonome med effektiv styring af kvalitet og økonomi (Buch, 2021).

Faste, tværfaglige og selvstyrende teams er det overordnede begreb, der anvendes for kommunernes arbejde med nye organiseringsformer på ældreområdet, bl.a. efter inspiration fra Buurtzorg-modellen. Studier af disse forsøg finder trods store forskelle i kommunernes tilgange overraskende ensartede resultater i form af en bedre kontinuitet i borgerarbejdet, et bedre tværfagligt samarbejde med afsæt i borgernes behov, øget fokus på rehabilitering og i nogle tilfælde også et lavere sygefravær (Buch & Topholm, 2022, Buch, Topholm & Christensen, 2024, Buch & Foged, 2024, Foged & Kjellberg, 2024, Kjellberg, 2021, Kjellberg, 2023a, Kjellberg, 2023b, Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023, Pedersen, 2024, Bøgeskov & Segoli, 2024, Aarhus & Fischer, 2025 og Hjort-Enemark et al., 2025).

Studierne finder samtidig, at det er forbundet med betydelige vanskeligheder at omstille ældreomsorgen efter inspiration fra Buurtzorg-modellen, fordi Buurtzorg i

meget stor grad bryder med eksisterende styring, organisering og ledelse, hvilket flere danske kommuner enten ikke har haft interesse i eller ikke er lykkedes med at ændre i forbindelse med deres udviklingsarbejde (Buch & Topholm, 2022, Buch, Topholm & Christensen, 2024, Buch & Foged, 2024, Foged & Kjellberg, 2024, Kjellberg, 2021, Kjellberg, 2023a, Kjellberg, 2023b, Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023, Pedersen, 2024, Bøgeskov & Segoli, 2024, Aarhus & Fischer, 2025 og Hjort-Enemark et al., 2025).

Buch et al. (2024) har i denne forbindelse understreget, at arbejdet med etablering af faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet ikke indebærer et fra-vær af ledelse, men derimod et styrket behov for såvel forandringsledelse som en mere coachende ledelsesrolle i udviklingsarbejdet.

1.2 Kaffe først – mennesket før bureaukratiet

Haderslev Kommune er en af de kommuner, der både har fået midler fra Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg og Socialstyrelsens pulje til faste teams til udvikling af ældreplejen¹.

Bevillingen fra Sundhedsstyrelsen var på i alt kr. 9.175.851 kr. og blev givet til at "... udvikle en dansk-inspireret udgave af Buurtzorg-modellen", der "... er bæredygtig i en dansk kontekst, og som er båret af få gennemgående relationer", og hvor "... plejen tilrettelægges med afsæt i medarbejdernes faglighed og borgernes behov" (Haderslev Kommune, 2020, s. 3).

Bevillingen fra Sundhedsstyrelsen omfattede forsøg med to faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ca. 10-12 sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ergoterapeuter, der leverede Buurtzorg-inspireret hjemme- og sygepleje til borgerne i et afgrænset lokalområde. Teamene blev faciliteret af en erfaren Buurtzorg-coach, og kommunen var undervejs med udvikling af en ny faglig og økonomisk styringsmodel, der i stort omfang (men ikke fuldstændig) lignede den faglige og økonomiske styringsmodel i Buurtzorg (Kjellberg, 2023a).

Bevillingen fra Socialstyrelsen var på i alt 9.984.846 kr. og blev givet til at "... videreudvikle, udbrede og konsolidere det koncept for mindre, faste, tværfaglige og selvstyrende teams, der er under udvikling (...) fra to teams til et helt plejedistrikt" (Haderslev Kommune, 2021, s. 2). De ville bruge midlerne fra Socialstyrelsen til: "... at tage 'Kaffe først' til næste niveau, hvor et helt distrikt med 8-12 faste, tværfaglige

¹ Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg gav 245 mio. kroner til 31 projekter i 29 kommuner, hvoraf syv ville udvikle ældreområdet efter inspiration fra Buurtzorg. Socialstyrelsens pulje for faste teams gav 191,8 mio. kroner til 25 kommuner, der ville arbejde med faste teams. Fire kommuner fik midler fra begge puljer: Haderslev, Syddjurs, Ikast-Brandø og Kolding.

og selvstyrende teams leverer helhedspleje til ca. 500 borgere" (s. 3) – samt til at "... udvikle en organisatorisk overbygning, der sikrer faglig og økonomisk bæredygtighed" (ibid.).

Den organisatoriske overbygning ville i henhold til puljeansøgningen bestå af: "... en model for samarbejde, der binder teams og kommunale specialistfunktioner sammen, og en lokal styringsmodel, der giver medarbejderne faglig frihed inden for en tydelig ramme" (Haderslev Kommune, 2021, s. 3).

Partnere i Kaffe først er: Haderslev Kommune, Public Rebels og VIVE. Buurtzorg har desuden deltaget i projektet som underviser og sparringspartner for Haderslev Kommune.

1.3 VIVEs rolle i Kaffe først

VIVE er tilknyttet Kaffe først som både rådgiver og evaluator.

Rollen som rådgiver indebærer, at vi har deltaget i partnermøder, følgegruppemøder og udvalgte interne arbejdsgruppemøder vedr. systemunderstøttelse og økonomistyring. Vi har delt vores viden, givet oplæg på diverse temadage og seminarer samt deltaget i Haderslev Kommunes studietur til Buurtzorg i Nederlandene i november 2021.²

Rollen som evaluator indebærer, at vi løbende har bidraget med evaluering af projektet.

På bevilling fra Sundhedsstyrelsen har vi dels lavet en **første devaluering** ca. 3 måneder efter opstart af de to første teams. Formålet var at indhente viden om, hvad der virkede godt og mindre godt, til brug for den videre projektudvikling. Vi har herefter lavet en **anden devaluering** ca. 10 måneder efter opstart af de to første teams. Formålet var at undersøge og dokumentere, hvordan og hvorvidt Haderslev Kommune havde udviklet en velfungerende prototype for Buurtzorg-inspireret ældrepleje, samt hvad der videre kunne gøres for at opnå dette formål. Resultatet af VIVEs første evalueringer er formidlet mundtligt og skriftligt til Haderslev Kommune og offentliggjort på VIVEs hjemmeside i rapporten: Kaffe først – mennesket før bureaukratiet – evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt (Kjellberg, 2023a).

² I forbindelse med VIVEs udviklingslaboratorium har Emmy Hjort-Enemark Topholm endvidere gennemført et studiebesøg ved Buurtzorg i Nederlandene i 2023 (se også Topholm, 2023).

På bevilling fra Socialstyrelsen har vi foreløbigt lavet denne **tredje delevaluering** 1 år efter udbredelsen fra to teams til et helt plejedistrikt.³ Formålet har været at undersøge og dokumentere, hvordan og hvorvidt Kaffe først adskiller sig fra henholdsvis Buurtzorg og almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune med henblik på at give anbefalinger til det videre udviklingsarbejde. VIVEs **fjerde delevaluering** (slutevalueringen jf. ansøgningen til Socialstyrelsen) er foreløbigt planlagt til gennemførelse i efteråret 2025. Her vil vi undersøge, hvordan og hvorvidt Haderslev Kommune er lykkedes med deres forehavende om videreudvikling, udbredelse og konsolidering af en dansk-inspireret version af Buurtzorg-modellen, der er fagligt og økonomisk bæredygtig, kendetegnet ved få gennemgående relationer, og hvor plejen tilrettelægges med afsæt i medarbejdernes faglighed og borgernes behov.

1.4 Formål og datagrundlag

Formålet med denne tredje delevaluering af "Kaffe først – mennesket før bureaukratiet" er at undersøge og dokumentere, hvordan og hvorvidt Kaffe først adskiller sig fra henholdsvis Buurtzorg i Nederlandene og almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune, hvad der virker godt og mindre godt, og hvad kommunen med fordel kan fokusere på i det videre udviklingsarbejde.

Der er tale om et kvalitativt, komparativt casestudie, der både gør brug af observation, interview og foreliggende skriftligt materiale:

- VIVE har gennemført observation af det daglige arbejde i henholdsvis Kaffe først, Buurtzorg (Nederlandene) og den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune
- VIVE har gennemført interview med de udførende medarbejdere, coaches og ledere/planlæggere i henholdsvis Kaffe først, Buurtzorg (Nederlandene) og den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune
- VIVE har gennemført interview med samarbejdspartnere til hjemme- og sygeplejen i Haderslev Kommune inden for områderne rehabilitering, træning, hjælpemidler og visitation
- VIVE har gennemført interview med den strategiske ledelse i såvel Haderslev Kommune som Buurtzorg (Nederlandene).⁴
- VIVE har indhentet diverse former for skriftligt materiale vedrørende Kaffe først og den Nederlandske Buurtzorg-model.⁵

³ Haderslev Kommune indgår samtidig som én ud af flere cases i VIVEs evalueringer af fremfærdsudviklingsrum (Kjellberg et al., 2023) og puljen for faste teams (Buch et al., 2024).

⁴ Der er tale om gentagne interview og samtaler, afholdt over en længere årrække.

⁵ Det meste er tidligere afleveret i VIVEs rapporter og notater om Buurtzorg-modellen.

I rapportens analyser foretager vi en sammenligning af de tre cases i forhold til 1) det faste team, 2) det tværfaglige team og 3) det selvstyrende team.

- Analysen af det faste team fokuserer på teamsammensætning, teamstørrelse, lokaler og borgergrundlag
- Analysen af det tværfaglige team fokuserer på tværfagligt samarbejde og kommunikation.
- Analysen af det selvstyrende team fokuserer på selvplanlægning, selvvisitation og selvstyring.

Den samlede analyse er tilrettelagt med henblik på at skabe viden om oversættelsen af Buurtzorg ind i en lokal kontekst for dansk kommunal ældrepleje, der traditionelt har taget afsæt i en BUM-model og monofaglig organisering.

1.5 Læsevejledning

Rapporten er disponeret i seks kapitler:

Kapitel 2 redegør for status i Kaffe først-projektet på tidspunktet for VIVEs tredje devaluering og tjener som kontekst for de øvrige kapitler.

Kapitel 3 beskriver forskelle og ligheder mellem de tre cases i forhold til "det faste team" (teamsammensætning, teamstørrelse, lokaler og borgergrundlag).

Kapitel 4 beskriver forskelle og ligheder mellem de tre cases i forhold til "det tværfaglige team" (tværfagligt samarbejde og koordination).

Kapitel 5 beskriver forskelle og ligheder mellem de tre cases i forhold til "det selvstyrende team" (selvplanlægning, selvvisitation og selvstyring).

Kapitel 6 indeholder rapportens konklusion og anbefalinger til Haderslev Kommune til brug for det videre projektarbejde.

Bilag 1 indeholder en nærmere redegørelse for evalueringens metode og dataindsamling.

Bilag 2 indeholder en detaljeret kortlægning af de aktører og processer, der er involveret i borgerforløb i Buurtzorg sammenlignet med henholdsvis almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune og Kaffe først.

2 Kaffe først – status og forståelsesramme

Dette kapitel redegør, med afsæt i VIVEs samlede engagement i Kaffe først, for resultater og læring relateret til udviklingsarbejdet frem til tidspunktet for det komparative casestudie i efteråret 2023.

Formålet er for det første at give indblik i det omfattende udviklingsarbejde, der er gået forud for casestudiet, samt redegøre for den kontekst og det kritiske tidspunkt i Kaffe først, efteråret 2023 udgjorde.

For det andet fungerer kapitlet som forståelsesramme for såvel afrapporteringen af casestudiet i kapitel 3-6 som den afsluttende sammenfatning og konklusion (kapitel 7).

2.1 Kaffe først – status i efteråret 2022

I 2020-2022 blev der med afsæt i midler fra Sundhedsstyrelsen arbejdet med at udvikle en prototype for Buurtzorg-inspireret ældrepleje i to teams.

Det koncept for Kaffe først, som blev udviklet – bl.a. med afsæt i sparring og samarbejde med repræsentanter fra Buurtzorg – bestod af:

- Små, tværfaglige og selvstyrende teams bestående af 6-8 sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ergoterapeuter, der blev superviseret af en erfaren Buurtzorg-coach.⁶
- En organisatorisk overbygning, der var modelleret efter Buurtzorg med én central værdibærer, et dashboard med mulighed for monitorering og sammenligningskonkurrence og et back office med fokus på faglig/administrativ teamunderstøttelse.⁷
- En faglig og økonomisk styring, der var uændret, idet sygeplejerskerne i Haderslev Kommune var selvvisiterende, og plejen arbejdede med afsæt i en overordnet pakkemodel, inden for hvilken leverandøren selv havde mulighed for at tilrettelægge indsatsen til borgerne.

⁶ Se Kjellberg, 2023a for en nærmere beskrivelse.

⁷ Se Kjellberg, 2023a for en nærmere beskrivelse.

VIVEs evaluering af de to første teams (Kjellberg, 2023a) fandt en bedre tværfaglig indsats med afsæt i borgerens behov, en bedre kontinuitet og et lavere sygefravær ved sammenligning af de to teams med den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune. Den faglige og økonomiske styring blev dog fortsat oplevet som snærende for medarbejderne i dagligdagen, og konceptet var fortsat under udvikling på det tidspunkt, hvor der blev truffet beslutning om udbredelse til et helt plejedistrikt (ibid.).

VIVE henledte i sin evaluering opmærksomheden på de udfordringer, der evt. kunne vise sig i forhold til udbredelsen i form af i) større teams, ii) valget om at samle alle seks teams på samme matrikel samt iii) valget om at udfase den erfarne Buurtzorg-coach og lade projektet gennemføre af coaches og ledere med lav konceptforståelse (Kjellberg, 2023a).

Vi gjorde samtidig opmærksom på nogle af de udfordringer, der latent kunne ligge i den oversættelse, der var foretaget af Buurtzorgs dashboard, konkret i forhold til:

- valget om (kun) at fokusere på kontinuitet, sygefravær, borgertid og rehabiliteringseffekt
- de metoder, der blev anvendt til måling af kontinuitet, og som fx ikke gav mulighed for monitorering på kvartalsbasis (ibid.).

Planen om at gå trinvist frem og først etablere teamene, for derefter at introducere og arbejde med forskellige elementer af selvstyring, blev fremhævet positivt i VIVEs første devaluering (ibid.).

Det samme blev valget om at samle hjemme- og sygeplejen under én fælles ledelse og at etablere en projektgruppe med relevante kompetencer på tværs af den kommunale forvaltning (ibid.).

2.2 Kaffe først – status i efteråret 2023

Status på Kaffe først var i efteråret 2023, at der var etableret i alt seks tværfaglige borgerteams bestående af 12-18 social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og (dele-)ergoterapeuter i et af kommunens i alt seks plejedistrikter (distrikt Vojens).

Sygeplejen, der forud for projektet havde arbejdet organisatorisk adskilt fra plejen, var integreret med plejen under en fælles ledelse (den tidligere ledelse af sygeplejen) og (distrikts-) økonomi.

Der var etableret nye fysiske rammer for teamene, konkret ved ombygning og istandsættelse af en eksisterende større bygning, hvor der skulle være plads til alle, idet det var en positiv forventning, at teamene (og herunder sygeplejerskerne) der- ved kunne få mulighed for at sparre på tværs.

Der var sket en række udskiftninger i projektgruppen, idet den oprindelige projekt- leder for Kaffe først var gået på orlov og erstattet af en anden, samtidig med at den oprindelige, erfarne Buurtzorg-coach var udfaset, og der blev arbejdet med ansæt- telse af en til to nye. Dette viste sig imidlertid vanskeligt, og i perioden frem til denne evaluering havde Haderslev Kommune ikke haft succes med ansættelse af Buurtzorg-lignende coaches til projektet.⁸

To teamledere for henholdsvis hjemme- og sygeplejen var samlet med den tidligere distriktsleder af sygeplejen (som nu var distriktsleder af hjemme- og sygeplejen i Kaffe først), den nye projektleder, en koordinator for 'plejegruppen' og de skiftende coaches med henblik på at etablere et decentralt, Buurtzorg-inspireret back office.⁹

Det var dette back office, der havde ansvaret for at lede den trinvis udvikling af projektet, der var planlagt i forlængelse af fase 1.

Det skete samtidig med, at den strategiske leder af projektet blev sygemeldt i en længere periode, og økonomichefen (som havde været en væsentlig samarbejds- partner i projektets første fase) fik et andet job. Kommunen skiftede omsorgssy- stem, og der gik et stykke tid, før det dashboard, som var udviklet til at understøtte teamene i deres udvikling, var blevet sat op i det nye system.

På tidspunktet for VIVEs dataindsamling havde den strategiske leder været tilbage fra sin orlov et par måneder, og det samme havde den oprindelige projektleder af projektet. Dashboardet var netop blevet sat i den nye version, og der var netop an- sat en ny coach.

Samtidig fremgik det på partnern mødet primo oktober 2023, at der var udfordringer i projektet, og at den strategiske leder i et vist omfang fortrød, at de havde sat seks teams sammen på én matrikel, fordi det i nogle situationer gav lidt for god mulig- hed for, at medarbejderne kunne koordinere og snakke sammen på tværs. I grup- pen af sygeplejersker var det i henhold til partnern mødet ikke alle, der kunne se sig selv i den nye organisering, og den decentrale ledelse virkede i henhold til den stra- tegiske ledelse ret så udfordret i at håndtere udfordringerne. VIVE og Haderslev Kommune overvejede på denne baggrund at udskyde dataindsamlingen til et se- nere tidspunkt, hvor kommunen var kommet længere med implementeringen, og

⁸ Kort før tidspunktet for VIVEs dataindsamling var der dog fundet og ansat en ny coach.

⁹ Haderslev Kommune er efterfølgende gået væk fra denne tilgang og har i stedet etableret et centralt back office, der skal understøtte udviklingen i hele kommunen.

hvor der – forhåbentlig – var kommet mere ro omkring den decentrale ledelse og gruppen af sygeplejersker i forsøgsdistriktet.

Vi besluttede imidlertid at fastholde tidspunktet for datasamlingen, fordi vi fortsat oplevede det som relevant at opnå viden om, hvad der fungerede godt og mindre godt i Kaffe først, og at få input til det videre udviklingsarbejde.

2.3 VIVEs forståelsesramme

De foregående afsnit viser på linje med de generelle danske erfaringer, at der følger mange udfordringer med at oversætte Buurtzorg-modellen til offentligt drevet dansk hjemme- og sygepleje (Buch & Topholm, 2022, Buch, Topholm & Christensen, 2024, Buch & Foged, 2024, Foged & Kjellberg, 2024, Kjellberg, 2021, Kjellberg, 2023a, Kjellberg, 2023b, Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023, Aarhus & Fischer, 2025, Hjort-Enemark, et al., 2025).

For det første er det nødvendigt at oversætte til en dansk kontekst. Dette indebærer, at der er sket mange former for oversættelser og tilpasninger undervejs i Kaffe først, som samlet set betyder, at den prototype, der arbejdes med, på mange punkter adskiller sig fra Buurtzorg-modellen.¹⁰

For det andet er det samtidige arbejde med nye former for systemunderstøttelse, nye tilgange til ledelse og forskellige elementer af selvstyring komplekst og ressourcerævende. Undervejs opstår der udfordringer – fx i forhold til udskiftning af omsorgssystem, sygdom og udskiftninger på centrale ledelsesposter – som forsinker projektet. Det betyder, at teamorganiseringen og den tilhørende systemunderstøttelse ikke kan forventes at være fuldstændig implementeret efter 10 måneder – hverken i Haderslev Kommune eller andre kommuner.

Overgangen fra to teams til et større projekt med fokus på udbredelse udgør samtidig en kritisk fase i udviklingsarbejdet. Det er her, de udviklede metoder og koncepter skal stå deres prøve – og det sker i mødet med den bredere organisation, hvor der typisk ikke er en indgående forståelse for og entydig opbakning til de forandringer, som projektet indebærer. Det indebærer, at der sker flere og nye oversættelser, som ikke nødvendigvis trækker i samme retning som det oprindelige koncept. Der er i alle store organisationer inerti og tendens til at fastholde det velkendte.

¹⁰ Det gælder fx det aktive valg om at integrere ergoterapeuter i Kaffe først-teamene ud fra en forventning om, at dette vil understøtte rehabilitering og aktiverende pleje. Tilsvarende er der truffet et aktivt valg om at samle teamene, deres ledelse og back office under ét tag ud fra et ønske om at sikre tilgængelighed og synergi på tværs af distriktet.

Den utilfredshed, som der var i på tidspunktet for VIVEs dataindsamling, handlede både om de overordnede rammer for arbejdet (overenskomster, vagtplaner mv.), modstand og usikkerhed for forandring, en oplevelse af manglende udbytte af den tværfaglige teamorganisering, kommunens udmøntning af det selvstyrende element og et ønske om en mere synlig og nærværende ledelse, end teamene havde oplevet at få i forandringsprocessen.

Disse udfordringer ligner på mange måder de udfordringer, som andre kommuner står med eller må forvente at komme til at stå med, hvis de vælger at arbejde med faste, tværfaglige og selvstyrende teams efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model (Buch & Topholm, 2022, Buch, Topholm & Christensen, 2024, Buch & Foged, 2024, Foged & Kjellberg, 2024, Kjellberg, 2021, Kjellberg, 2023a, Kjellberg, 2023b, Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023, Aarhus & Fischer, 2025 og Hjort-Ene-mark, et al. 2025).

Vi har derfor valgt at trække dem frem, så andre kan lære af dem.

3 Det faste team

Dette kapitel sætter fokus på forståelse og praktisering af 'det faste team' i henholdsvis Buurtzorg, den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune og Kaffe først.

Vi beskriver først, hvordan teamene er sammensat, hvor mange borgere de har tilknyttet, og hvilke lokaler de har fået stillet til rådighed. Derefter beskrives teamenes dagligdag, som den udspillede sig på tidspunktet for VIVEs dataindsamling i efteråret 2023.

3.1 Teamsammensætning, lokaler og borgergrundlag

Tabel 3.1 beskriver den overordnede organisering af hjemme- og sygeplejen, samt hvordan der arbejdes med teams i henholdsvis Buurtzorg, den almindelige hjemme- og sygepleje og Kaffe først.

Vi har så vidt muligt forsøgt at få sammenlignelige data for i) teamstørrelse fordelt på årsværk og medarbejdere, ii) brugen af timeansatte medarbejdere og iii) borgergrundlag i hvert af de tre cases.

For en nærmere beskrivelse af evalueringens datagrundlag og metode henvises til bilag 1.

Tabel 3.1 Organisering, teamstørrelse, timeansatte, lokaler og borgergrundlag

	Organisering af hjemme- og sygeplejen	Teamstørrelse fordelt på årsværk og medarbejdere	Timeansatte medarbejdere	Lokaler	Borgergrundlag
Buurtzorg teams	Små, tværfaglige og selvstyrende teams bestående af maks. 12 sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.	Casestudiets teams består af hhv. ni og syv fastansatte fordelt på hhv. 4,6 og 4,2 årsværk. De dækker både dag og aften.	Hvert team har to til ni timeansatte medarbejdere.	Hvert team har et selvstændigt teamlokale i det lokalområde, de dækker.	Teamene har hhv. 30 og 16 tilknyttede borgere. Det team, der har 16 borgere, har åbent for tilgang.

	Organisering af hjemme- og sygeplejen	Teamstørrelse fordelt på årsværk og medarbejdere	Timeansatte medarbejdere	Lokaler	Borgergrundlag
Almindelig hjemme- og sygepleje	Organisatorisk adskilt hjemme- og sygepleje med hver deres distriktsopdeling.	Plejedistriktet har i alt 59 fastansatte fordelt på 41,84 årsværk. De er opdelt i tre grupper i dagvagt og 1 gruppe i aften-vagt. Sygeplejestrictet har 20 fastansatte medarbejdere fordelt på 16,66 årsværk. De er opdelt i to grupper i dagvagt og en gruppe i aften-vagt*.	Plejedistriktet har 23 timeansatte medarbejdere og adgang til at trække på et kommunalt ressourcekorps. Sygeplejestrictet har fire timeansatte medarbejdere.	Plejens tre grupper har hver deres selvstændige teamlokale i det lokalområde, de dækker. Sygeplejens to grupper møder ind på en fælles matrikel, hvor de har hver deres lokale.	Plejedistriktet har ca. 265 tilknyttede borgere, hvilket svarer til ca. 90 borgere pr. gruppe i dagvagt. Sygeplejestrictet har ca. 191 tilknyttede borgere, hvilket svarer til ca. 95 borgere pr. gruppe i dagvagt.
Kaffe først	Faste, tværfaglige og selvstyrende teams bestående af 12-18 sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og ergoterapeuter.	Kaffe først-distriktet har 83 medarbejdere, svarende til 68,57 årsværk, som er opdelt i seks tværfagligt integrerede teams. Teamene dækker dag, aften og weekend*. Casestudiets team har 13 fastansatte teammedlemmer fordelt på i alt 11,18 årsværk.	Kaffe først har seks timeansatte medarbejdere, der er fordelt med ca. en timeansat medarbejder pr. team.	De seks teams møder ind på en fælles matrikel. Venskabsteamsene deles to og to om ét teamlokale.	Distriktet har ca. 350 tilknyttede borgere fordelt på seks teams Casestudiets team har 74 tilknyttede borgere

Anm.: Faggruppen 'social- og sundhedshjælper' dækker også over ophørte tidligere uddannelser såsom hjemmehjælper og plejehjems-assistent.

Note: * Sygeplejens medarbejdere dækker også nattevagten på skift.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i VIVEs dataindsamling og skriftligt materiale fra hhv. Haderslev Kommune og Buurtzorg Nederland. Alle opgørelser fra Haderslev Kommune gælder for oktober 2023.

3.1.1 Buurtzorg

Buurtzorg er organiseret i små, tværfaglige og selvstyrende teams med max 12 social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker. Hvert

team har sine egne borgere, som de er ansvarlige for at levere indsatsen til. De har egne teamlokaler, som de selv finder i det område, hvor borgerne bor.¹¹

De to teams, der medvirker i VIVEs casestudie, består af henholdsvis ni og syv medarbejdere fordelt på henholdsvis 4,6 og 4,2 årsværk.¹² De har kontor i hver deres lokale i hver deres byområde, uden tilknytning til andre teams og andre administrative og/eller ledelsesmæssige funktioner. Ledelse og administration er i Buurtzorg skåret ned til et minimum – og teamene er reelt *selvledende* – ”det er som at have sin egen lille butik”, som en sygeplejerske i Buurtzorg beskriver det.

Hvert team har – på linje med Buurtzorg generelt – tilknyttet et antal timelønsansatte personaler på nul timers kontrakter (dvs. en ansættelseskontrakt uden et garanteret antal arbejdstimer), hvilket medvirker til at sikre fleksibilitet i dagligdagen. Det ene af de to teams, der har medvirket i VIVEs casestudie, har to timeansatte personaler på nul timers kontrakter, mens det andet har ni timeansatte personaler.

Antallet af borgere i de to teams er henholdsvis ca. 30 og 16 borgere. Teamet med 30 borgere vurderer, at det passer godt til antallet af teammedlemmer, mens teamet med 16 borgere vurderer, at det er for lidt i forhold til at sikre en sammenhængende drift. De har derfor åbent for tilgang af nye borgere.

3.1.2 Den almindelige hjemme- og sygepleje

Senior og rehabilitering i Haderslev Kommune er opdelt i en afdeling for kortere forløb, en afdeling for længere forløb og en afdeling for vedvarende forløb. Afdelingen for **længere forløb** er ansvarlig for at levere sygepleje, personlig pleje og praktisk bistand. Afdelingen består (foruden Kaffe først) af tre sygeplejedistrikter og fem plejedistrikter.

Det **sygeplejedistrikt**, som VIVE har observeret, består af 20 fastansatte sygeplejersker fordelt på i alt 16,66 årsværk. De er opdelt i to grupper i dagvagt og én gruppe i aftenvagt.¹³ De møder ind på samme matrikel, hvor de har hver deres teamlokale. Den gruppe, som VIVE observerer, dækker borgerne i hele casestudiets plejedistrikt plus nogle af borgerne i et andet plejedistrikt. Der er tre fastansatte sygeplejersker og to sygeplejerskestuderende i dagligt fremmøde.

¹¹ Der er jf. interview med Buurtzorg enkelte eksempler på teams, der har kontorer på samme lokation, men det er den absolutte undtagelse og på ingen måde det generelle billede.

¹² Begge teams har to køreplaner i dagvagt og en køreplan i aftenvagt.

¹³ Der er fælles nattevagt i hele kommunen.

Det **plejedistrikt**, som VIVE har observeret, består af 59 fastansatte social- og sundhedsmedarbejdere fordelt på 41,84 årsværk.¹⁴ De er opdelt i tre grupper i dagvagt og én gruppe i aftenvagt.¹⁵ De tre grupper i dagvagt møder ind på samme matrikel, hvor de har hver deres teamlokale. Den gruppe, VIVE har observeret, består af syv til ni medarbejdere i dagligt fremmøde.

Hjemme- og sygeplejen i Haderslev Kommune har på linje med Buurtzorg tilknyttet et antal timeansatte medarbejdere.

- Det distrikt, som VIVE har observeret, har i alt 23 timeansatte. De har også mulighed for at trække på kommunens ressourcekorps, der i alt har 24 medarbejdere (en koordinator og 23 udekørende medarbejdere).
- Det sygeplejedistrikt, som VIVE har observeret, har ikke timeansatte tilknyttet, og der indgår ikke sygeplejersker i kommunens ressourcekorps. De øvrige to sygeplejedistrikter har enkelte timeansatte.

Antal borgere. Casestudiet giver ikke mulighed for at opgøre det præcise antal borgere på tværs af den observerede plejegruppe og de tilknyttede sygeplejersker. Plejedistriktets havde som helhed 265 borgere, og sygeplejedistriktet havde som helhed 191. Antages en jævn fordeling af borgere mellem grupper i dagvagt, svarer dette til ca. 90 borgere pr. dagvagtsgruppe i plejen og ca. 95 borgere pr. dagvagtsgruppe i sygeplejen.

3.1.3 Kaffe først

Kaffe først er etableret som en forsøgsordning i plejedistrikt Vojens og involverer de medarbejdere, der oprindeligt var tilknyttet dette plejedistrikt, samt (dele af) det geografisk overlappende sygeplejedistrikt. Ved etableringen af Kaffe først er der således sket en organisatorisk afgrænsning af de borgere, der er bosiddende i og omkring Vojens By, og de medarbejdere, der arbejder med disse borgere.

Plejen og sygeplejen (som hhv. social- og sundhedsmedarbejdere og ufaglærte og sygeplejersker omtales i daglig tale) er samlet under én fælles distriktsleder (den tidligere leder af sygeplejen), og der er etableret i alt seks tværfaglige teams med samlet ansvar for hver deres gruppe af borgere.

De seks teams møder ind på samme matrikel, hvor teamene to og to deler lokaler med deres venskabsteam med undtagelse af de to oprindelige teams, som har bevaret hver deres lokale. Venskabsteamene har borgere i to tilgrænsende

¹⁴ Hertil kommer to elever og 23 timeansatte.

¹⁵ Aftenvagten dækker også et andet plejedistrikt.

lokalområder og forventes at aflaste hinanden i tilfælde af over- og underkapacitet for derved at sikre kontinuitet i opgaveløsningen.

Distrikt Vojens havde på tidspunktet for VIVEs evaluering i alt 83 fastansatte medarbejdere svarende til 68,57 årsværk. Hertil kom seks timeansatte og fire elever. Plejegruppen i distriktet var organiseret i faste dag-, aften- og nathold, mens sygeplejerskerne arbejdede i blandede vagter over hele døgnet.

Det team, VIVE observerede, bestod af 13 fastansatte, fordelt på 11,18 årsværk. Hertil kom én timeansat og én elev.

Kaffe først-distriktet havde samlet set ca. 350 borgere til seks teams – og det undersøgte Kaffe først-team havde på tidspunktet for VIVEs casestudie 74 tilknyttede borgere.

3.1.4 Diskussion

Kaffe først indebærer en grundlæggende restrukturering af arbejdet fra at have været organiseret i adskilte pleje- og sygeplejeteams under hver sin ledelse til at være organiseret i integrerede pleje- og sygeplejeteams under fælles ledelse.

De faste teams, der giver en mindre gruppe af fast- og timeansatte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte ansvaret for en mindre gruppe af borgere, ligger tæt op ad Buurtzorg. Det samler ansvaret for borgerne på tværs af plejen og sygeplejen og udgør en væsentlig ændring i forhold til almindelig praksis i Haderslev Kommune.

Teamene har forskellig størrelse, hvilket igen skal ses som sammenhængende med i), at teamene i Buurtzorg nedsætter sig selv ud fra en fast ramme, der siger, at der maks. må være 12 faste medlemmer af et team, men at teamene i øvrigt selv bestemmer, hvor mange borgere og medarbejdere de må være, mens ii) teamene i Kaffe først er administrativt nedsat ud fra en fast ramme, der – jf. inspirationen fra Buurtzorg og med skelen til danske forhold – har tilsagt, at teamene maks. skal bestå af ca. 12 medarbejdere, og/men at de samtidig skal kunne fungere under almindelige driftsvilkår med dækning af alle relevante vagtlag i alle relevante faggrupper.

Buurtzorgs teams består af syv til ni faste teammedlemmer, svarende til 4.2-4.6 årsværk til 15-30 borgere, mens Kaffe først-teamene består af 12-18 faste teammedlemmer, svarende til 11,18 årsværk til 60-75 borgere. Det er ret forskellige størrelsesforhold, der alt andet lige skaber andre rammer for arbejdstilrettelæggelse og koordination.

Teamene i Buurtzorg har samtidig et ret stort antal timeansatte medarbejdere (to til ni timeansatte set i forhold til syv til ni fastansatte), hvilket sammen med det forhold, at teamene kan sige "nej tak" til en borger, skaber andre rammer for fleksibilitet, end det kendes i Kaffe først, hvor teamene som udgangspunkt enten skal sige ja tak til nye borgere eller aftale med deres venskabsteam, at de tager imod dem.

Kaffe først-teamene har samtidig meget få timeansatte medarbejdere, også når vi sammenligner med den almindelige hjemme- og sygepleje, hvilket alt andet lige lægger et pres på teamene i forhold til at dække ind for hinanden på tværs af teams og/eller trække på medarbejdere fra andre distrikter og/eller kommunens interne ressourcekorps.

De fysiske rammer er forskellige, og bruges forskelligt, i de to organiseringer:

- I Buurtzorg har hvert team sit eget teamlokale, der imidlertid ofte står tomt, fordi de få medarbejdere, der er på arbejde, ikke har behov for at mødes og koordinere morgen, middag, og eftermiddag, men i stedet prioriterer at spare transporttid, koordinere via telefon/Siilo og bruge tiden ude ved borgerne.
- I Kaffe først er seks teams samlet på én matrikel, og de nye teams skal dele teamlokaler to og to, fordi det antages at være en fordel for at koordinere på tværs af teams.

VIVEs dataindsamling peger på, at det er en fordel, at medarbejderne mødes på tværs af fag, når de møder ind sammen om morgenen, kommer tilbage for at holde pause og spise frokost og kommer tilbage igen for at afslutte dagen og evt. overdrage til aftenvagten.

Den peger dog samtidig på, at der bruges meget tid på at køre frem og tilbage til lokalerne, og at dette tidsforbrug er blevet større i Kaffe først, end den var i den almindelige hjemme- og sygepleje, hvor de oprindelige grupper i plejen og sygeplejen havde lokaler tættere på borgerne, og hvor man kun havde valgt at samle to til tre grupper pr. matrikel.

I den almindelige hjemme- og sygepleje var det også almindeligt, at hver gruppe havde sit eget lokale, hvilket blev forbundet med mere ro og bedre arbejdsbetingelser for den enkelte gruppe, end medarbejderne har fået i Kaffe først.

3.2 Dagligdagens struktur

I dette afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse af dagligdagens struktur i henholdsvis Buurtzorg, almindelig hjemme- og sygepleje og Kaffe først. Vi beskriver de

daglige rutiner for, hvornår og hvordan medarbejderne møder fysisk ind på kontoret for at koordinere, sparre og holde pause, samt hvordan der arbejdes med håndtering af ændringer og sygefravær.¹⁶ Tabel 3.2. giver et overblik, som uddybes i de kommende afsnit.

Tabel 3.2 Dagligdagens struktur på tværs af cases

Dagligdagens struktur	
Buurtzorg teams	To medarbejdere i fremmøde i dagvagt, som kører dagens planer og kører ud hjemmefra. Der er en medarbejder i fremmøde om aftenen, som kører ud hjemmefra. Medarbejderne håndterer selvstændigt ændringer, sygdom mv. De bruger sjældent eksterne vikarer og har slet ikke noget formelt samarbejde om at dække ind for hinanden på tværs af teams.
Almindelig hjemme- og sygepleje	Plejedistriktet: Fælles morgenmøde for syv til ni social- og sundhedsmedarbejdere i fremmøde i dagvagt, som kører assistentplaner og hjælperplaner. Sygeplejedistriktet: Fælles morgenmøde og tre sygeplejersker, som kører sygeplejerskeplaner. Planlæggere/koordinatorer har det daglige ansvar for koordinering, planlægning og håndtering af ændringer, sygdom mv. De beder hyppigt personalet om at hjælpe på tværs af teams og bruger også hyppigt kommunens interne ressourcekorps.
Kaffe først	Fælles morgenmøde for syv til otte medarbejdere i fremmøde i dagvagt, som kører hhv. sygeplejerskeplaner, assistentplaner og hjælperplaner. Teamet har det daglige ansvarlig for koordinering, planlægning og håndtering af ændringer, sygdom mv. og forventes i den forbindelse at samarbejde med deres venskabsteam. Koordinator inddrages i det omfang, der er brug for at bede medarbejderne om at hjælpe hinanden på tværs af teams, eller hvis der er brug for at trække på kommunens interne ressourcekorps.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i VIVEs dataindsamling og skriftligt materiale fra hhv. Haderslev Kommune i oktober 2023 og Buurtzorg Nederland maj 2023.

¹⁶ Dette fyldte meget på tidspunktet for VIVEs dataindsamling.

3.2.1 Buurtzorg

I undersøgelsens Buurtzorg teams gælder – på linje med Buurtzorg generelt – at vagterne starter i den første borgers hjem.¹⁷

Der er ikke faste daglige møder, hvor medmedarbejderne mødes for at koordinere, sparre og håndtere sygemeldinger, som det kendes fra en dansk kontekst. Disse opgaver varetages i stedet løbende af de medarbejdere, der er på arbejde, og der er i den forbindelse både mulighed for at arbejde ude på ruten og mulighed for at afsætte tid til at sidde på kontoret, hvis den enkelte medarbejder har ønske om det.

De to teams, som VIVE har studeret, har faste, planlagte møder hver anden uge, hvor alle teamets medarbejdere deltager, og hvor der drøftes både borger- og teamrelaterede forhold. De øvrige dage vil det være begrænset, hvor mange medarbejdere der kommer ind på kontoret, og kontoret står ofte tomt. Der er ifølge VIVEs observationer og interview sjældent brug for at planlægge kørelister på dagen eller fra dag-til-dag. Når der sker ændringer, fx hvis en borger udskrives fra hospital eller aflyser et besøg, vil den medarbejder, der på tidspunktet har borgeren på sin rute, gennemføre ændringen og informere teamets planlæggere og resten af teamet via beskedtjenesten Siilo.

Det samme gælder, hvis en medarbejder melder sig syg. Det foregår sådan, at vedkommende der er fraværende om muligt vil forsøge at få en fra teamet til at dække vagten, herunder typisk de timelønsansatte, men ellers et af de faste teammedlemmer. Hvis den medarbejder, der er syg, ikke har mulighed for selv at gøre det, er det den anden medarbejder, der er på vagt, der skal forsøge at finde en løsning. Lykkes det ikke at finde en kollega, fortæller interviewpersonerne, at de vil kontakte borgerne for at rykke besøg til andre dage og justere besøgslisterne herefter eller forsøge at nå alle besøgene på bedste vis. Det svarer til den praksis, der kendes i dansk kontekst, hvor det dog typisk er planlægger, der varetager denne opgave.

De interviewede medarbejdere fortæller, at de enkelte Buurtzorg-teams meget sjældent anvender eksterne vikarer, samt at de i udgangspunktet ikke hjælper hinanden på tværs af teams, medmindre der er tale om meget store udfordringer. Til gengæld er det almindeligt, at teams i et lokalområde vælger at etablere vikarfunktioner, hvor teamenes medarbejdere tilknyttes øvrige teams som faste vikarer, dvs. timeansatte. Herved opnås en øget robusthed, samtidig med at kontinuiteten sikres, idet hvert team så at sige har sine egne afløsere og vikarer.

¹⁷ Denne praksis er ifølge interviewpersonerne fra Buurtzorg med til at spare køre- og mødetid, og den understøtter samtidig en fleksibilitet i forhold til, hvornår borgerne ønsker at få hjælp, da den enkelte medarbejder selv har mulighed for at bestemme, hvornår arbejdsdagen starter.

3.2.2 Den almindelige hjemme- og sygepleje

De grupper, der er etableret i henholdsvis plejen og sygeplejen, starter hver især dagen med et morgenmøde, der samler de medarbejdere, som er på arbejde. Møderne tjener dels til at koordinere kørelister i tilfælde af sygdom eller ændringer i borgernes behov. I de tilfælde, hvor der er brug for at indkalde ekstra personale i plejen, bistår planlæggeren.¹⁸

Plejens medarbejdere kører ud til de første borgere direkte efter mødet. Det veksler, hvorvidt medarbejderne kører faste planer eller om de kører skiftende planer hen over ugen.¹⁹ Der er ofte ændringer i planerne fra dag til dag, hvilket jf. interview med de udførende medarbejdere kan gøre det svært at hjælpe borgerne på de tidspunkter, der er aftalt.

Plejens medarbejdere kører tilbage til teamets lokaler for at holde pause og spise frokost, hvorefter de fortsætter med borgerbesøg frem til vagtslut. Medarbejderne dokumenterer så vidt muligt ude på ruten, men gruppens social- og sundhedsassistenter har her ud over afsat en times dokumentationstid hver eftermiddag, dvs. at der – modsat Buurtzorg – løbende er medarbejdere til stede i teamets lokaler.

Sygeplejens medarbejdere møder også fælles ind, hvor de bruger ca. en time på koordination med samarbejdspartnere (fx praktiserende læger) samt oprettelse og planlægning af eventuelle akutte besøg mv., inden de kører ud på de første borgerbesøg. Der er en sygeplejerske i distriktet, der har administrativ funktion hele dagen, mens de øvrige medarbejdere kører ruter. Hver sygeplejerske har som udgangspunkt sin egen faste rute, og sygeplejerskerne aftaler selv, hvem der tager hvilke opgaver på dagen. Her er der ofte brug for ændringer, hvorfor der også løbende kan ske ændringer i, hvornår besøgene ved den enkelte borger gennemføres, og hvem der gennemfører dem.

Sygeplejens medarbejdere vender typisk tilbage til teamlokalerne for at spise frokost, og eftermiddagen bruges på en kombination af borgerbesøg og dokumentationstid (og herunder også overlevering af viden til aftenvagten) på kontoret. Det vil sige, at der også i sygeplejen løbende er medarbejdere til stede i teamets lokaler.²⁰

¹⁸ For en mere detaljeret beskrivelse af planlægningen henvises til afsnit 5.1.

¹⁹ Dette ses som en fordel, fordi medarbejderne har forskellige præferencer, som det dermed er muligt at imødekomme.

²⁰ Sygeplejerskerne bruger mere tid på kontoret end plejen, hvilket svarer til almindelig praksis i de danske kommuner.

3.2.3 Kaffe først

Undersøgelsens Kaffe først-team møder fælles ind om morgenen, hvor de drøfter dagens opgaver samt evt. sygemeldinger på dagen.

Teamet skal som udgangspunkt dække den første sygemelding selv, og derefter skal de forsøge at finde løsninger i samarbejde med deres venskabsteam. Hvis de ikke formår dette, kan de få hjælp af koordinatoren, der – i modsætning til teamet – kan hente ekstra mandskab ind, herunder både fastansatte, timeansatte og evt. medarbejdere fra kommunens ressourcekorps. Inden de gør det, vil de dog typisk forsøge at finde løsninger på tværs af teams blandt de medarbejdere, der allerede er fremmødt.

Morgenmødet i det enkelte team kan således afbrydes af en koordinator eller teamleder, der forsøger at få det samlede puslespil til at gå op på dagen, inden social- og sundhedsmedarbejderne kører ud.

Morgenmødet foregår i øvrigt ved, at dagens opgaver bliver læst op (fra hhv. CURA og en fysisk kalenderbog) og fordelt, samtidig med at observationer hos borgerne bliver drøftet.

Når det er sket, kører social- og sundhedsmedarbejderne ud til borgerne, og sygeplejerskerne bruger tiden frem til klokken 7.45 på planlægning af dagens besøg, administration og koordination af borgerforløb i CURA.

Herefter mødes sygeplejerskerne på tværs af distriktets seks teams for at få et overblik over, hvilke og hvor mange sygeplejersker der er på arbejde, og for at fordele besøg i tilfælde af sygdom eller andet fravær. Sygeplejerskerne er typisk klar til at køre ud på besøg omkring kl. 8-8.30.

Dagen følger herefter samme struktur som i den almindelige hjemme- og sygepleje, jf. beskrivelserne ovenfor – dvs. at:

- social -og sundhedspersonalet kommer tilbage til den fælles matrikel for at holde pause og spise frokost sammen med de øvrige teams social- og sundhedspersonale omkring klokken 11
- sygeplejerskerne kommer tilbage til den fælles matrikel og spiser frokost sammen med sygeplejerskerne fra de øvrige teams omkring kl. 12
- fra kl. 12 og frem til vagtslut kl. 13 eller 15 er social -og sundhedspersonalet typisk optaget af borgerbesøg
- fra kl. 13 og frem til vagtslut kl. 15 veksler sygeplejerskerne typisk mellem borgerbesøg og 'dokumentationstid' på kontoret

- aftenvagten møder ind klokken 15 og udveksler evt. et par ord med dagvagten, inden dagvagten går hjem, og aftenvagten overtager ansvaret for borgerne.

3.2.4 Diskussion

Kaffe først har integreret plejen og sygeplejen i en tværfaglig teamstruktur efter inspiration fra Buurtzorg, men når man betragter dagligdagens struktur, så fremgår det, at der fortsat er store ligheder med almindelig hjemme- og sygepleje.

Det er der både, fordi medarbejderne reproducerer deres rutiner for, hvornår og til hvad de bruger de fælles teamlokaler, og fordi det daglige arbejde med håndtering af ændringer og sygemeldinger fylder meget og både fordrer ledernes indblanding, og at medarbejderne dækker ind for hinanden og løser opgaver på tværs af teams.

Interviewpersonerne oplever det entydigt som en fordel, at sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte møder ind sammen for at drøfte dagens opgaver. De oplever det også som positivt, når de fx i forbindelse med frokostpausen har lettere adgang til hinanden for at drøfte en given problemstilling.

Der er på denne baggrund hverken ønske eller ambition om at gøre som i Buurtzorg, hvor medarbejderne kører direkte ud til borgerne hjemmefra og kun sjældent mødes i løbet af arbejdsdagen.

Til gengæld opleves det som en vedvarende kilde til frustration, at der skal bruges ressourcer på håndtering af sygemeldinger, og at medarbejderne vedvarende bliver bedt om at dække ind for hinanden på tværs af teams. De store køreafstande anses også for at være en udfordring i forhold til at kunne bruge tiden effektivt.

Her er det værd at bemærke, at Buurtzorg selv har muligheden for at trække på timeansatte og ikke skal over coordinator/planlægger/leder for at træffe disse beslutninger. De kan også selv træffe beslutning om, hvornår de ønsker at holde fri/møde på arbejde, uden at der skal en leder ind over dette.

En mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse forudsætter ifølge Haderslev Kommune mere fleksible overenskomster, fx svarende til, hvad der kendes i Buurtzorg, og som der er gjort forsøg med i Ikast-Brande.

Et forsøg med ændring af overenskomsterne har dog ikke på tidspunktet for denne evaluering været en del af udviklingsprojektet.

3.3 Opsummering

Kaffe først indebærer en reorganisering af arbejdet fra en traditionelt siloopdelt organisering, hvor sygeplejen og plejen arbejder organisatorisk adskilt, og hvor der ikke er ansat ergoterapeuter i plejen.

De teams, der er etableret, er forbundet med oplevelse af bedre kontinuitet, når det er den samme mindre gruppe af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, uaglærte og ergoterapeuter, der samarbejder om indsatsen til borgerne i et givet lokalområde.

Teamene er både større og mindre faste end de teams, der kendes fra Buurtzorg, fordi teamene løbende bliver bedt om og tilskyndet til at samarbejde og dække ind for hinanden på tværs af teams, og fordi teamene samtidig ikke har deres egne faste gruppe af afløsere og vikarer men gør brug af kommunens interne ressourcekorps (som alternativ til eksterne vikarer).

Det forhold, at teamene ikke er selvdækkende, fremstår som en vedvarende kilde til frustration, hvorfor Haderslev Kommune kan overveje at lade sig inspirere af Buurtzorg i forhold til brugen af timeansatte medarbejdere. En drøftelse af de udfordringer, der ligger i eksisterende arbejdstidsaftaler, og muligheden for at erstatte dem med et fleksibilitetstillæg, fremstår også som relevant på baggrund af denne analyse.

VIVEs analyse af lokalerne i Buurtzorg, Kaffe først og almindelig hjemme- og sygepleje peger samtidig på, at det fremadrettet vil være en fordel, hvis hvert team får sit eget teamlokale, og at man ikke nødvendigvis samler seks teams på én matrikel.

Lokalforankring skabes samtidig lettere, når teamene er samlet lokalt, hvilket samtidig giver kortere køreafstande.

4 Det tværfaglige team

Dette kapitel sætter fokus på udmøntningen af 'det tværfaglige team' i henholdsvis Buurtzorg, den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune og Kaffe først.

Først sammenlignes den tværfaglige sammensætning af hjemme- og sygeplejen i hver af de tre cases. Herefter følger et afsnit om arbejdsdelingen faggrupperne imellem samt det løbende samarbejde og koordination.

Tabel 4.1 Arbejdsdeling og samarbejdsstrukturer på tværs af cases

	Faglig sammensætning	Arbejdsdeling	Samarbejde
Buurtzorg Nederlandene	Høj andel af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter relativt til social- og sundhedshjælpere. Ingen ufaglærte.	Integreret arbejdsdeling.	Telefon. Siilo. Teammøder af 2-3 timers varighed hver anden uge, hvor alle teammedlemmer deltager.
Almindelig hjemme- og sygepleje	Høj andel af social- og sundhedshjælpere relativt til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Flere ufaglærte.	Arbejdsdeling efter uddannelsesniveau og kompetencer i sygeplejerskeruter, assistentruter og hjælperruter.	Omsorgssystemet. Telefon. Tværfaglige borgerkonferencer hver 14. dag med skiftende deltagere fra plejen og sygeplejen.
Kaffe først	Høj andel af social- og sundhedshjælpere relativt til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Flere ufaglærte. Enkelte ergoterapeuter.	Arbejdsdeling efter uddannelsesniveau og kompetencer i sygeplejerskeruter, assistentruter og hjælperruter. Ergoterapeuter som sparingspartnere.	Faste morgenmøder og en daglig struktur, hvor personalet mødes uformelt i teamets lokaler. Tværfaglige borgerkonferencer med faste deltagere hver anden uge. Teammøder med varieret deltagelse hver anden uge.

4.1 Medarbejdersammensætning

4.1.1 Buurtzorg

Buurtzorgs teams er sammensat af det, der i dansk kontekst svarer til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Ifølge Buurtzorg

International er der en fordeling med ca. 40 % sygeplejersker, ca. 30 % social- og sundhedsassistenter og ca. 30 % social- og sundhedshjælpere i Buurtzorg som helhed (Kjellberg & Buch, 2022).

Buurtzorgs teams kan desuden vælge at samarbejde med fysio- og ergoterapeuter (i så fald kaldes de Buurtzorg+-teams). I 2019 var ca. halvdelen af de nederlandske teams BZ+-teams (Buch, 2020), og antallet er jf. oplysninger afgivet ved interview fortsat stigende.

Der er ingen faste regler for, hvor mange sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, der skal være i det enkelte team (Kjellberg & Buch, 2022). Buurtzorg *opfordrer* til en fordeling, der svarer til Buurtzorg som helhed. Men det er op til det enkelte team, hvordan de vil sammensætte sig, og der kan derfor både være eksempler på rene social- og sundhedshjælper teams og rene sygeplejerske teams.

De to teams, der medvirker i VIVEs casestudie, består både af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere:

- Det ene team består af fire sygeplejersker, fire social- og sundhedsassistenter og én social- og sundhedshjælper. Hertil kommer to timeansatte sygeplejersker.
- Det andet team består af to sygeplejersker (én på kandidatniveau), fire social- og sundhedsassistenter og én social- og sundhedshjælper. Hertil kommer fem timeansatte sygeplejersker (to på kandidatniveau) og tre timeansatte social- og sundhedshjælpere.

Tabel 4.2 viser fordelingen af fastansatte og timeansatte medarbejdere i de to teams fordelt på faggrupper. Det fremgår af tabellen, at andelen af fastansatte sygeplejersker ligger fra 29-44 % i de to teams, som VIVE har studeret, mens andelen af social- og sundhedsassistenter ligger fra 44-57 %, og andelen af social- og sundhedshjælpere ligger fra 11-14 %.

Tabel 4.2 udregner også andelen af timeansatte i forhold til fastansatte.²¹ Her ser vi, at der er store forskelle mellem de to teams, VIVE har studeret. I det ene team er andelen af timeansatte i forhold til fastansatte 22 %, mens den i det andet team er 129 %.

VIVE har ikke data for andelen af timeansatte i Buurtzorg som helhed. Vi ved dog, at det vil være op til det enkelte team, hvordan og i hvilket omfang de anvender timeansatte, hvorfor variation vil være forventelig.

²¹ VIVE har ikke data for andelen af timeansatte i Buurtzorg som helhed.

Tabel 4.2 Fastansatte og timeansatte medarbejdere i de to Buurtzorg-teams, VIVE har studeret. Antal og andele.

	Team 1		Team 2	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Fastansatte				
Sygeplejersker	4	44 %	2	29 %
Social- og sundhedsassistenter	4	44 %	4	57 %
Social- og sundhedshjælpere	1	11 %	1	14 %
I alt	9	100 %	7	100 %
Timeansatte				
Sygeplejersker	2		5	
Social- og sundhedsassistenter				
Social- og sundhedshjælpere			4	
I alt	2		9	
Timeansatte/ fastansatte	22 %		129 %	

Kilde: Oplysninger afgivet til VIVE i forbindelse med vores feltarbejde i efteråret 2023.

4.1.2 Den almindelige hjemme- og sygepleje

Den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune er de store personalegrupper sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte.

VIVE har foretaget en opgørelse over antallet af forskellige faggrupper i den almindelige hjemme- og sygepleje baseret på data fra Haderslev Kommune (Tabel 4.3). Opgørelsen inkluderer:

- det personale fra plejen, der er ansat i de fem plejedistrikter, ressourcekorpset og fælles nat

- det personale fra sygeplejen, der er ansat i de tre sygeplejedistrikter, akut-sygeplejen og demensteamet.²²

Tabel 4.3 Medarbejderne i hjemme- og sygeplejen i Haderslev Kommune*

	Hjemmeplejen		Sygeplejen		Samlet	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Fastansatte						
Sygeplejersker	-	-	75	96 %	75	21 %
Social- og sundhedsassistenter	79	28 %	1	1 %	80	22 %
Social- og sundhedshjælpere**	149	53 %	-	-	149	41 %
Uuddannede	47	17 %	-	-	47	13 %
Andet***	7	2 %	2	3 %	9	3 %
I alt	282	100 %	78	100 %	360	100 %
Timeansatte						
Sygeplejersker	-	-	3	100 %	3	4 %
Social- og sundhedsassistenter	5	8 %	-	-	5	7 %
Social- og sundhedshjælpere**	9	14 %	-	-	9	13 %
Uuddannede	50	78 %	-	-	50	75 %
Andet***	-	-	-	-	-	0 %
I alt	64	100 %	3,00	100 %	67	100 %
Timeansatte/ fastansatte		23 %		4 %		19 %

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Haderslev Kommune.

Noter: * Tabellen er eksklusiv elever (i alt 20 elever i plejen på tidspunktet for VIVEs evaluering).

** Opgørelsen af social- og sundhedshjælpere er inklusive sygehjælpere, hjemmehjælpere, plejehjemsassistenter mv.

*** Kategorien det inkluderer ergoterapeuter, pædagogisk personale samt en enkelt kontorassistent.

²² Det kan diskuteres, om det ville være mere meningsfuldt, at ekskludere akutteamet, demensteamet, ressourcekorpsen og fælles nat i opgørelsen. I dette tilfælde ville andelen af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andre være 1-2 procentpoint lavere (hhv. 19 %, 21 % og 2 %), mens andelen af social- og sundhedshjælpere og ufaglærte ville være 2 procentpoint højere (hhv. 43 % og 15 %). Andelen er dog umiddelbart meget sammenlignelige, dvs. at det ikke gør den store forskel, om vi bruger den ene eller den anden opgørelsesmetode.

Det fremgår af VIVEs opgørelse (Tabel 4.3), at der er 21 % sygeplejersker, 22 % social- og sundhedsassistenter, 41 % social- og sundhedshjælpere, 13 % uuddannede og 3 % andre i plejen og sygeplejen i Haderslev Kommune. Det er en meget høj andel af social- og sundhedshjælpere og uuddannede sammenlignet med Buurtzorgs teams.

Andelen af timeansatte i forhold til fastansatte ligger samlet set på 19 % – med 22 % i plejen og 4 % i sygeplejen. Her er plejen sammenlignelig med det Buurtzorg-team, der havde færrest timeansatte, mens sygeplejen ligger lavt i sammenligning med Buurtzorgs teams.

4.1.3 Kaffe først

Kaffe først er bemandet med samme medarbejdergrupper som den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune. Det vil sige, at der både er sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, uaglære og enkelte med anden faglig baggrund som pædagogisk assistent. Dertil er der ansat to ergoterapeuter i distriktet, som går på tværs af teams.

Tabel 4.4 Faglig sammensætning af teamene i Kaffe først

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	I alt	Andel
Sygeplejersker	3,00	2,00	4,00	3,00	3,00	4,00	19,00	23 %
Social- og sundhedsassistenter	5,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	16,00	19 %
Social- og sundhedshjælpere*	8,00	7,00	3,00	7,00	6,00	9,00	40,00	48 %
Uuddannede		2,00	2,00	1,00	1,00		6,00	7 %
Andet**	2,00						2,00	2 %
I ALT	18,00	13,00	12,00	13,00	12,00	15,00	83,00	100 %
Timeansatte	1,00		2,00	1,00	1,00	1,00	6,00	
Elever		1,00		2,00		1,00	4,00	
Timeansatte/ fastansatte	6 %	0 %	17 %	8 %	8 %	7 %	7 %	

Noter: * Inklusive sygehjælpere, hjemmehjælpere, plejehjemsassistenter mv.

** Ergoterapeuter og pædagogisk personale.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Haderslev Kommune.

Tabel 4.4 giver et overblik over antallet og andelen af fast- og timeansatte medarbejdere i Kaffe først fordelt på teams. Tabellen viser, at den faglige sammensætning i runde tal ligner den faglige sammensætning i den almindelige hjemme- og sygepleje, dog med en lidt større andel af social- og sundhedshjælpere (48 % versus 41 %) og en lidt mindre andel af uuddannede (7 % versus 13 %).

Tabellen opgør også andelen af timeansatte i forhold til fastansatte fordelt på teams. Her fremgår det, at den samlede andel af timeansatte er 7 %, hvilket både er lavere end Buurtzorg (22-129 %) og den almindelige hjemme- og sygepleje (19 %).

4.1.4 Diskussion

Medarbejdersammensætningen i Buurtzorg er generelt set kendetegnet ved, at der er en større andel af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og en mindre andel af social- og sundhedshjælpere, end der er i Kaffe først. De timeansatte er også bedre uddannet med en markant større andel af sygeplejersker.

Medarbejdersammensætningen i Buurtzorg afspejler, at der er tale om en organisation, der leverer sygepleje og personlig pleje efter Sundhedsloven, dvs. at der er brug for personale med kompetence inden for sygepleje. Praktisk bistand er i Buurtzorg ikke en del af opgaveporteføljen.

Den danske hjemme- og sygepleje vurderes dog samtidig at have flere borgere med mere omfattende og komplekse hjælpebehov end borgerne i Buurtzorg. Det skyldes, at borgerne i Nederlandene mere hyppigt kommer på plejecentre, samt at borgere med stort plejebenhov får dette leveret af andre leverandører (typisk plejecentrene), hvilket vil sige, at Buurtzorgs teams kan fokusere på en smallere borgergruppe end Kaffe først.

Når det er sagt, ses der både i Danmark og Nederlandene fordele ved tværfaglige teams, der har en tilstrækkelig tyngde af såvel sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, og her kan det drøftes, om de teams, der er etableret i regi af Kaffe først, har en tilstrækkelig stor kerne af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Det gælder både de faste teammedlemmer og de timeansatte medarbejdere, der jf. denne analyse spiller en stor rolle for at sikre fleksibilitet i Buurtzorgs teams. Timeansatte sygeplejersker bruges generelt set ikke i Haderslev Kommune, og der er heller ikke sygeplejersker i kommunens interne ressourcekorps.

Det betyder alt andet lige, at der er et større pres på sygeplejerskerne for at dække ind for hinanden på tværs af teams og distrikter.

4.2 Arbejdsdeling

4.2.1 Buurtzorg

I Buurtzorg er alle ansat som "sygeplejersker", og der er ingen formel arbejdsdeling mellem teammedlemmerne ud over det krav, at der skal foretages en sygeplejefaglig udredning ved opstart samt hver tredje måned ved en sygeplejerske på (mindst) niveau 5.

VIVEs observationer bekræfter, at der i dagligdagen ikke skelnes mellem forskellige fagligheder i de teams, vi har observeret. Der tales om borgere og opgaver, der skal løses, ikke om hvilke fagligheder der skal anvendes til at løse dem. Alle opgaver er "sygeplejeopgaver" og alle medarbejdere er "sygeplejersker" i Buurtzorg i Nederlandene.

Terapeuter arbejder til gengæld organisatorisk adskilt, i en anden søjle, men er tilknyttet via Buurtzorg+.

4.2.2 Den almindelige hjemme- og sygepleje

Den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune er som tidligere omtalt opdelt i sygeplejen, hvor sygeplejerskerne er ansat, og plejen, hvor social- og sundhedsassistenterne, social- og sundhedshjælperne og de ufaglærte er ansat²³. Der tales om sygeplejeopgaver, der løses af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller evt. social- og sundhedshjælpere, og plejeopgaver, der løses af social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter eller ufaglærte (Tabel 4.5).

Tabel 4.5 Sygeplejeopgaver og plejeopgaver i henholdsvis sygeplejen og plejen

	Sygeplejeopgaver	Plejeopgaver
Sygeplejen	X	
Plejen	X	X

Sygeplejerskerne bruger tid på at overdrage opgaver til henholdsvis social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere/ufaglærte, og der planlægges

²³ Hertil kommer enkelte ergoterapeuter i hhv. hjemme- og sygeplejen, en enkelt social- og sundhedsassistent i sygeplejen og enkelte personaler med faglig baggrund som socialpædagog eller pædagogisk assistent i plejen.

i sygeplejeruter, assistentruter og hjælperruter, hvoraf sidstnævnte både kan bemandes med social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og (evt.) social- og sundhedsassistenter.

Rammerne for arbejdsdelingen mellem sygeplejen og plejen er formaliseret med afsæt i indsatskataloger og kompetenceprofiler, som beskriver hvilke opgaver, der kan overdrages til hvilke medarbejdere. Der er både generelle kompetenceprofiler, som beskriver, hvilke opgaver der kan overdrages til en social- og sundhedsassistent og en social- og sundhedshjælper/ufaglært, og individuelle kompetenceprofiler, som beskriver, hvilke opgaver der kan overdrages til en specifik social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper eller ufaglært, der har modtaget kompetenceudvikling til at kunne varetage en given opgave (fx stomipleje).

Sygeplejerskerne har forskellige oplevelser af mulighederne for opgaveoverdragelse, som bl.a. synes at variere med hvilket plejedistrikt, de er tilknyttet. På den ene side er oplevelsen, at de kan overdrage det, de gerne vil, samt koordinere borger-specifik oplæring med plejedistriktet, når det er nødvendigt. På anden side oplever sygeplejerskerne, at der er udfordringer med at overdrage opgaver, fordi de fornødne kompetencer ikke er tilstede i plejedistriktet, hvilket bl.a. knytter sig til rekrutteringsudfordringer. Tilsvarende er der en bekymring for, om overdragede opgaver bliver løst stabilt og med tilstrækkelig kvalitet på tværs af plejens medarbejdere – og ikke mindst i relation til anvendelsen af vikarer²⁴.

Social- og sundhedsmedarbejderne er overvejende tilfredse med rammerne for de overdragede opgaver og tilkendegiver i forbindelse med interview, at de værdsætter dem. De har dog også en oplevelse af, at sygeplejerskerne holder lidt på opgaverne, og at de ikke altid overdrager den korrekte tid. I den forbindelse italesættes det som et problem, at en sygeplejerske får mere tid til en given opgave end en social- og sundhedsassistent eller social- og sundhedshjælper, fordi social- og sundhedsassistenten og/eller social- og sundhedshjælperen forudsættes at løse opgaven, når de alligevel er i hjemmet. Det italesættes også som et problem, at der er variation i forhold til, hvilke opgaver der overdrages, og hvornår dette kan lade sig gøre (fx at flere opgaver kan overdrages, når der mangler medarbejdere i sygeplejen).

4.2.3 Kaffe først

I Kaffe først er der samme faggruppeopdeling mellem sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte som i den almindelige hjemme- og sygepleje. Sygeplejerskerne betragtes som én gruppe og omtales

²⁴ Her henvises til eksterne vikarer og ikke nødvendigvis til kommunens interne ressourcekorps.

generelt set som sygeplejen. Social- og sundhedsassistenterne, social- og sundhedshjælperne og de ufraglærte betragtes som en anden gruppe, og omtales generelt set som plejen. Der planlægges og koordineres tilsvarende med afsæt i sygeplejerskeruter, assistentruter og hjælperruter.

Sygeplejerskerne fortæller i forbindelse med interview, at de havde håbet og forventet, at de ville få bedre mulighed for opgaveoverdragelse i forbindelse med projektet. Som det er, synes de imidlertid, at det er svært for dem at finde tid og oversblik til at vurdere, hvornår en opgave kan overdrages, og de oplever samtidig, at særligt social- og sundhedsassistenterne har travlt og mangler overskud til at blive oplært i mere kompleks sygepleje.

Sygeplejerskerne fortæller også, at der ikke er blevet frigivet tid og ressourcer til, at de som sygeplejersker kan tage del i den personlige pleje, i forbindelse med projektet. På den måde oplever de og social- og sundhedsmedarbejderne ikke, at projektet har givet dem bedre mulighed for at levere helhedspleje.

Ergoterapeuterne har været medtænkt i forsøget, fordi det var ønsket, at de skulle sikre et fokus på rehabilitering – svarende til de erfaringer, der tidligere har været med hverdagsrehabilitering i andre kommuner – som kommunen også har gode erfaringer med i regi af deres specialiserede rehabiliteringsenhed under kortere forløb.

Samtidig har det imidlertid været uklart for de to ergoterapeuter, der har været ansat i Kaffe først, hvordan de skulle indfri denne rolle, bl.a. fordi de har været ansat på lige vilkår i plejen, og fordi de fx ikke har haft mulighed for at levere ydelser inden for servicelovens §§ 83a eller 86.²⁵

Ved VIVEs dataindsamling i efteråret 2023 fremgår det ved interview med sygeplejerskerne og social- og sundhedsmedarbejderne i Kaffe først, at ergoterapeuterne:

- udgør centrale sparringspartnere i borgerforløbene
- særligt har en rolle i at hjælpe det udførende personale med bevillingsprocesser til personlig pleje, APV-hjælpemidler og personlige hjælpemidler
- bidrager til at skabe samarbejdsrelationer til kommunens specialiserede trænings- og rehabiliteringsenhed med henblik på at sikre fælles retning og bedre overleveringer.

²⁵ Haderslev Kommune har en specialiseret § 83a-enhed, der leverer rehabiliteringsforløb efter serviceloven. De ergoterapeuter, der er ansat i plejen, er ansat til at levere almindelige § 83-ydelser samt evt. overdragede § 138-ydelser og/men forventes herudover at bringe deres faglighed i spil på bedste vis i det daglige samarbejde.

Ergoterapeuterne fortæller, at deres rolle er under fortsat udvikling, samt at social- og sundhedspersonalet i stigende grad opsøger dem og involverer dem i borgerforløbene, men ikke altid med øje for rehabilitering.

De oplever på denne baggrund fortsat, i) at der er behov for at få fastlagt de rammer og arbejdsgange, der skal sikre samarbejdet om rehabilitering, samt ii) at der er behov for større klarhed omkring deres roller og opgaver, da de (for) ofte bliver bedt om at hjælpe med administrative opgaver ift. fx hjælpemiddelansøgninger.

4.2.4 Diskussion

Der er stor forskel mellem Buurtzorg og Kaffe først, når det kommer til samarbejdet mellem de forskellige fagligheder, der indgår i de små teams.

I Buurtzorg samarbejder faggrupperne fleksibelt om opgaveløsningen med afsæt i borgernes behov, og det prioriteres at bruge tid på at oplære alle faste teammedlemmer i alle opgaver, fordi det efterfølgende giver mulighed for en mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse.

I Kaffe først fastholdes den gængse faggruppeopdelte opgaveløsning, hvor sygeplejersker løser sygeplejeopgaver og/eller opgaveoverdrager dem til plejen, primært med afsæt i standardiserede kompetenceprofiler, der beskriver, hvad der kan overdrages til en social- og sundhedsassistent henholdsvis social- og sundhedshjælper/ufaglært. Sygeplejerskerne havde håbet at få bedre forudsætninger for opgaveoverdragelse i forbindelse med projektet, men de oplever ikke at have tiden til det – og de oplever samtidig, at særligt social- og sundhedsassistenterne har travlt. Sygeplejerskerne havde også håbet at få bedre muligheder for at levere helhedspleje, men det oplever de heller ikke, at de har fået tiden til, i forbindelse med udviklingsprojektet.

Analysen viser, hvordan arbejdet med tid vedvarende spiller en væsentlig rolle i forsøgsprojektet, herunder den tid, der bruges eller ikke bruges på at overdrage opgaver fra én faggruppe til en anden. Styring af tiden – på en anden måde – fremstår dermed som vigtig på baggrund af analysen.

Det samme gælder ergoterapeuterne, der i forhold til de øvrige grupper fremstår som understyrede, idet de ikke har nogen paragraf, som de kan koble deres arbejde op på, og idet det – bl.a. på denne baggrund – fremstår som uklart for dem, hvordan de mere konkret forventes at byde ind i forhold til arbejdet med rehabilitering. Trods dette er der positive tilkendegivelser af samarbejdet med ergoterapeuterne, herunder i forhold til at sikre sammenhæng fra de specialiserede rehabiliterings- og træningsforløb til Kaffe først-teamene.

Ergoterapeuterne har til gengæld fået en rolle i forhold til arbejdet med ansøgning om hjælpemidler, som både de og de øvrige interviewpersoner oplever som administrativt tungt, men forbedret ved ergoterapeuternes mellemkomst.

Set i forhold til ønsket om og behovet for, at medarbejderne kan fokusere tiden på det direkte borgerrelaterede arbejde og om muligt bruge mindre tid på administrative processer, virker det umiddelbart på baggrund af denne analyse som en fordel, hvis der kan investeres i tid brugt på opgaveoverdragelse, således at arbejdet kan tilrettelægges mere fleksibelt i teamet – og hvis de administrative sagsgange for bestilling af hjælpemidler kan lettes, så ergoterapeuterne bedre kan bruge deres tid på rehabilitering.

Ergoterapeuterne vil i givet fald have brug for en strammere rammesætning, der præciserer deres rolle i borgerforløb, fx jf. det tidligere arbejde med hverdagsrehabilitering i Haderslev Kommune eller andre kommuner (se fx Kjellberg et al., 2011), eller jf. det koncept for helhedspleje og rehabilitering, der er udviklet af Syddjurs Kommune og beskrevet i VIVEs seneste evalueringsrapport (Kjellberg & Aarhus, 2025).

4.3 Møder og kommunikation

4.3.1 Buurtzorg

Faste daglige møder

I Buurtzorg er det op til de enkelte teams, hvilke og hvor mange møder de vil afholde. Det eneste krav er, at de lever op til Buurtzorg-aftalen om, at alle teams skal have en borgertid på 61 %.

Begge de to teams, som VIVE har observeret, har fravalgt daglige og ugentlige møder. De møder som tidligere nævnt direkte ind ved borgerne og kører også direkte hjem derfra.

Til gengæld prioriteres et længerevarende teammøde af 2-3 timers varighed hver anden uge, hvor samtlige teammedlemmer deltager.²⁶

²⁶ Det kendes også fra private, men ikke fra offentlige leverandører i dansk kontekst (Kjellberg & Aarhus, 2025).

Løbende samarbejde og kommunikation

Kommunikationen mellem teammedlemmerne foregår enten via telefon eller Siilo.²⁷ Eventuelle ændringer håndteres af den fremmødte medarbejder – og de kan række ud til de øvrige teammedlemmer, som er tilgængelige via telefon eller Siilo, hvis de har spørgsmål eller brug for faglig sparring.

Teammøder hver 14. dag

Teammødet hver 14. dag har fokus på borgere og teamrelaterede forhold.

Teamene bruger Google Agenda til at afgøre, hvilke emner der skal på dagsordenen, og de fortæller i forbindelse med interview, at de løbende drøfter og sætter fokus på, hvilke emner der er vigtige nok til at komme med på et teammøde.

De interviewede sygeplejersker fortæller, at teammøderne generelt set fungerer godt, men at det nogle gange godt kan være udfordrende at træffe fælles beslutninger – særligt hvis det er svære beslutninger, der skal træffes.

Tilgangen er i begge de to teams, VIVE har studeret, at alle ikke behøver være enige i en beslutning, men skal kunne acceptere den, for at teamet dermed kan nå til enighed.

4.3.2 Den almindelige hjemme- og sygepleje

Faste, daglige møder

I den almindelige hjemme- og sygepleje er der faste daglige møder i både hjemme- og sygeplejen. De medarbejdere, der er på vagt, møder fælles ind for at koordinere de opgaver, der er i løbet af dagen.

Løbende samarbejde og kontakt

Kommunikationen mellem plejen og sygeplejen foregår som hovedregel via omsorgssystemet, og ellers via telefonisk kontakt. Her er der en regel, der specificerer, at social- og sundhedshjælperne skal gå til social- og sundhedsassistenterne, inden de kontakter sygeplejen – men der findes også social- og sundhedshjælpere, der omgår reglen og kontakter sygeplejen direkte.

²⁷ De har samtidig et elektronisk omsorgssystem, der er indrettet til dokumentation, og som bl.a. adskiller sig fra det danske, idet der ikke skelnes mellem "sygeplejeopgaver" (SUL 138) og "plejeopgaver" (SEL 83), da begge dele leveres under sundhedsloven og betragtes som "sygepleje".

Medarbejderne møder i nogle tilfælde tilfældigt hinanden i borgerens hjem eller i de boligområder, hvor borgerne bor. Her er det forskelligt, om de taler sammen om borgerne eller bare løser deres individuelle opgaver.

Nogle af sygeplejerskerne vælger bevidst at låne et toilet eller spise frokost i plejen, for derved at opnå den uformelle dialog, der herved kan opstå med plejen om borgerne og opgaverne. Der ses ikke eksempler på, at plejen gør det samme i forhold til sygeplejen.

Medarbejderne fra plejen oplever generelt set, at den løbende kontakt fungerer udmærket, og at de godt ved, hvordan de skal kontakte sygeplejen, når og hvis de har behov for dem.

Sygeplejen er mere kritiske og anfører, at der er behov for forbedringer i de henvendelser, de får fra plejen. De mener overordnet set, at der er behov for at øge det faglige niveau, både i den skriftlige dialog og i telefonkontakten, for at reducere unødige forstyrrelser.²⁸

Formaliserede tværfaglige borgerkonferencer

Hver anden uge er der planlagt tværfaglig borgerkonference a 30 minutters varighed i hvert af plejedistriktets tre grupper.²⁹ Foruden lederen, planlæggeren og plejedistriktets personale deltager én sygeplejerske (den sygeplejerske, der har bedst kendskab til de valgte borgersager) samt én demenskonsulent.³⁰ Terapeuter kan blive inviteret, hvis plejen vurderer, at det er relevant for én af de borgersager, der skal diskuteres. Men de deltager ikke pr. automatik. Der deltager heller ikke visitatorer på de tværfaglige borgerkonferencer, der således primært er målrettet samarbejdet mellem sygeplejen, plejen og kommunens demenskonsulenter. Til gengæld er der faste møder mellem visitator og planlægger, hvor borgers pakke drøftes og evt. revideres.

Det fremgår af interview, at der gennemgående er positive erfaringer med de tværgående borgerkonferencer i den almindelige pleje og sygepleje. Dog kan det være en udfordring, at det personale, der kender borgeren, ikke er på arbejde de dage, hvor borgersagen er på dagsordenen.

²⁸ Blandt andet ved at implementere ISBAR som arbejdsgang for henvendelser og sparring om observationer fra plejen til sygeplejen.

²⁹ Hertil kommer plejegruppernes ugentlige teammøder, hvor det er aftalt, at en af teamets faste sygeplejersker deltager.

³⁰ Demenskonsulenten var dog ikke til stede på det møde, VIVE observerede.

En af sygeplejerskerne bemærker samtidig, at der i det ene distrikt mangler struktur på møderne, og at sygeplejerskerne ofte ender med at være mødeledere, hvilket de finder utilfredsstillende.

4.3.3 Kaffe først

Faste daglige møder

I Kaffe først er der faste morgenmøder og ugentlige teammøder i alle teams. Her deltager de medarbejdere, der er på arbejde.

Løbende kontakt

Den løbende kontakt mellem teammedlemmerne sker både, ved at de mødes mono- og tværfagligt i teamenes lokaler, og ved at de ringer til hinanden eller skriver til hinanden via omsorgssystemet.

Medarbejderne oplever, at de kender hinanden, og at det gør det lettere at hive fat i hinanden og afklare en given sag. Der ses dog stadig eksempler på sygeplejersker, der i) beder social- og sundhedshjælperne ringe til en social- og sundhedsassistent, før de tager emner op med sygeplejersken, og som ii) opfordrer dem til at bruge omsorgssystemet som basis for at videregive deres observationer.

Ugentlige teammøder

Hvert team har et ugentligt afsat en time til teammøde, hvor de teammedlemmer, der er i vagt, og ergoterapeuterne deltager.³¹

I det team, VIVE har observeret, har teammedlemmerne aftalt, at de hver anden uge har fokus på teamroller, mens de øvrige uger har fokus på borgersager.

- Mødet vedr. teamroller er noget forholdsvis nyt, som teammedlemmerne er blevet introduceret til, og som fortsat er under udvikling.
- Det borgerrelaterede møde svarer i vid udstrækning til de tværfaglige borgerkonferencer i den almindelige hjemme- og sygepleje, men der er endnu ikke implementeret en struktur for mødeforberedelse- og afholdelse. Samtidig er det en udfordring, at mødet kun involverer det personale, der er på arbejde den konkrete dag. Det betyder (ligesom i den

³¹ Foruden teammedlemmerne selv deltager coachen også på disse møder.

almindelige hjemme- og sygepleje), at der ikke altid er det personale til stede, der kender de borgersager, der skal drøftes på mødet.³²

Der ses en forskel i deltagerkredsen ved de to forskellige former for teammøder i Kaffe først, idet det teammøde, der har fokus på teamroller, inkluderer sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufraglærte og evt. øvrige faste teammedlemmer, men ikke øvrige (fx visitator eller ergoterapeut).

Ved det teammøde, der har fokus på borgersager, deltager visitator og én eller begge ergoterapeuter, der er tilknyttet Kaffe først som helhed.³³

Coachens deltagelse har jf. interview været udfordret af de skiftende coaches, der har været i projektet. Således har teamene i vid udstrækning stået alene med møderne, og medarbejderne tilkendegiver i forbindelse med interview, at det har været svært for dem at få møderne til at fungere på en god måde, fordi der mangler konkrete arbejds gange for samarbejdet.

Det fremhæves som et positivt element ved teammøderne, at der generelt set er sat tilstrækkeligt med tid af til at drøfte de komplekse borgersager, samt at der deltager faste og kendte ergoterapeuter.

Sygeplejerskerne oplever det dog samtidig som en udfordring, at møderne bruger tid på forhold som justering af bevillinger inden for personlig pleje eller hjælpemidler, hvilket de – i en travl hverdag – oplever som mindre relevant for deres opgaveløsning.

4.3.4 Diskussion

Medarbejderne i Kaffe først mødes markant oftere på tværs af faggrupper end såvel medarbejderne i Buurtzorg som den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune. I forhold til Buurtzorg skyldes dette, at medarbejderne møder fælles ind og spiser frokost på samme matrikel, holder daglige og ugentlige møder samt har en praksis, hvor de vender tilbage til den fælles matrikel for at afslutte dagen. I forhold til den almindelige hjemme- og sygepleje skyldes det, at sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere i Kaffe først rent faktisk *mødes* fysisk og ikke kun/primært kommunikerer via omsorgssystemet og telefonisk kontakt.

³² Medarbejderne i Buurtzorg kommer alle ind til teammøderne – også selv om de ikke har vagt den pågældende dag.

³³ Deltagerkredsen er således udvidet i forhold til de tværfaglige borgerkonferencer i den almindelige hjemme- og sygepleje.

De tværfaglige borgerkonferencer ligner dem, der kendes fra den almindelige hjemme- og sygepleje, dog med den forskel, i) at der fast deltager ergoterapeuter og visitator på møderne i Kaffe først, samt ii) at der fast deltager ledere og planlæggere på møderne i den almindelige hjemme- og sygepleje, mens det i Kaffe først er coachen, der deltager.

Teammøderne med afsæt i teamroller minder om Buurtzorgs møder, men de har ifølge interview med medarbejdere og ledere i Kaffe først været svære at få til at fungere. Her har det bl.a. været en udfordring, at kommunen først umiddelbart inden VIVEs dataindsamling i oktober 2023 lykkedes med at rekruttere en coach til stillingen.

Set i forhold til Buurtzorg er det også en udfordring, at det kun er de teammedlemmer, der er på arbejde den pågældende dag, der deltager i møderne. Det betyder, at det ikke er altid, at den sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller social- og sundhedshjælper, der er primært ansvarlig for en given borger, er til stede på mødet, hvilket både opleves som en udfordring for dem selv og de øvrige deltagere.

Praksis, hvor det kun er de medarbejdere, der er på arbejde den pågældende dag, der deltager i møderne, er forankret i eksisterende praksis og gentager så at sige det, der kendes fra den almindelige hjemme- og sygepleje. Et skifte fra denne praksis til en praksis, hvor alle deltager, ville kræve en ændring af eksisterende vaner, rutiner og arbejdstidsaftaler.

4.4 Opsummering

Casestudiet viser, at borger- og medarbejdersammensætningen i Kaffe først adskiller sig fra Buurtzorg på flere væsentlige punkter.

Buurtzorg har alt andet lige bedre uddannede medarbejdere – og de har samtidig et smallere borgergrundlag, idet flere borgere kommer på plejecentre, og teamene ikke skal levere praktisk bistand.

Det er en fælles erfaring fra såvel Buurtzorg som Kaffe først, at det fungerer bedst, når der i hvert team er en tilstrækkelig stor mængde af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Her virker det som en udfordring, at der ikke nødvendigvis er sygeplejersker nok i Kaffe først til at sikre en sygeplejefaglig stabilitet i hverdagen – hvilket igen er forbundet med, at sygeplejerskerne arbejder i blandede vagter og både skal dække dag, aften og nat, og at der ikke er tradition for at have sygeplejersker som timeafløsere.

Buurtzorg har samtidig markant mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse faggrupperne imellem, hvilket hænger sammen med, at de målrettet investerer i kompetenceudvikling af samtlige teammedlemmer, så de kan løse alle opgaver. På dette punkt fremstår Kaffe først som fanget i den eksisterende tidsstyring, hvor sygeplejerskerne oplever at have for travlt – bl.a. med opgaveoverdragelse – til at varetage den kompetenceudvikling af fx social- og sundhedsassistenterne, der igen kunne medvirke til, at der i dagligdagen foregik en mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse.

Ergoterapeuterne er både nye i forhold til Buurtzorg og Kaffe først, og det fremgår på baggrund af denne analyse, i) at de bruger megen tid på tunge administrative sagsgange vedr. bestilling af hjælpemidler, samt ii) at de parallelt med gode erfaringer oplever et behov for at få konkretiseret, hvordan de skal arbejde med rehabilitering i dagligdagen.

Kaffe først har givet medarbejderne fra sygeplejen og plejen markant lettere adgang til hinanden i dagligdagen, og kommunikationen mellem de forskellige faggrupper understøttes både af de fælles lokaler, de daglige møder og det forhold, at medarbejderne holder pause og spiser frokost på samme matrikel (også selv om de ikke altid er inde på samme tid – se kapitel 3 for en nærmere beskrivelse). De bruger i mindre omfang omsorgssystemet og i større omfang telefonen eller den direkte mundtlige kontakt, når de skal i dialog med hinanden.

Mødestrukturen i Kaffe først minder i vid udstrækning om den almindelige hjemme- og sygepleje, men det er noget nyt, at ergoterapeuter og visitatorer deltager – til gengæld kommer demenskonsulenten ikke fast. Teamene har selv skullet lede deres møder under supervision af en coach, hvilket har været svært, idet kommunen først på tidspunktet lige inden VIVEs casestudie lykkedes med at rekruttere en coach til stillingen.

Noget af det, der udfordrer de fælles møder i Kaffe først og den almindelige hjemme- og sygepleje, er, at det ikke er altid, at den sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller social- og sundhedshjælper, der kender borgeren bedst, er til stede på mødet. En ændring i retning af Buurtzorg, hvor alle medarbejdere kommer ind til et længerevarende møde, fx hver 14. dag, ville sandsynligvis både kræve ændring i eksisterende vaner, rutiner og arbejdstidsaftaler.

5 Det selvstyrende team

Dette kapitel handler om 'det selvstyrende team' i henholdsvis Buurtzorg, den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune og Kaffe først. Kapitlet er struktureret efter udmøntningen af selvstyring i henholdsvis selvplanlægning, selvvisitation og selvstyring (jf. Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023).

5.1 Selvplanlægning

Tabel 5.1 nedenfor opsummerer de tre cases tilgange til vagt- og besøgsplanlægning, mens de efterfølgende afsnit udfolder daglig praksis og erfaringer fra hver enkelt case.

Tabel 5.1 Vagt- og besøgsplanlægning i undersøgelsens Buurtzorg-teams, almindelig hjemme- og sygepleje og Kaffe først

	Vagtplanlægning	Besøgsplanlægning
Buurtzorg-teams	Teamene har fuldt ansvar for vagtplanlægningen. Begge teams har besluttet, at alle medarbejdere dækker ind i dag- og aften-vagt, og at vagterne skal fordeles lige-ligt. Begge teams har besluttet, at alle medarbejdere skal kunne køre alle ruter (fx sårsygepleje). Vagtplanen lægges i et Excel-ark med ønsker og aftales endeligt på et team-møde.	To medarbejdere i teamet deles om rollen som planlægger. Der er to til tre ruter i dagvagt, og en rute i aftenvagt. Teamene bestemmer selv, om de har kapacitet til at tage en ny borger. Der er lavt sygefravær og lille behov for ændringer på dagen.
Almindelig hjemme- og sygepleje	Distriktsledelsen har fuldt ansvar for vagtplanlægningen. Sygeplejerskerne arbejder dag, aften og nat – mens social- og sundhedsmedarbejderne arbejder dag, aften eller nat. Der er ruter til hhv. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere/ufaglærte i alle vagtlag. Vagtplanen lægges af teamlederne i hhv. sygeplejen og plejen med afsæt i medarbejdernes ønsker.	Sygeplejersker varetager besøgsplanlægningen i sygeplejen, hvor hver gruppe har to til tre ruter i dagvagt. Koordinator varetager besøgsplanlægning for plejen, hvor hver gruppe har syv til ni ruter i dagvagt. Plejen og sygeplejen skal finde plads til nye borgere. Der er højt sygefravær og stort behov for ændringer på dagen.

Vagtplanlægning		Besøgsplanlægning
Kaffe først	Distriktsledelsen har fuldt ansvar for vagtplanlægningen. Sygeplejerskerne arbejder dag, aften og nat, mens social- og sundhedsmedarbejderne arbejder dag eller aften (nathold er organiseret som en tværgående funktion for kommunen som helhed). Der er ruter til hhv. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere/ufaglærte i alle vagtlag. Vagtplanen lægges af teamlederne i hhv. sygeplejen og plejen med afsæt i medarbejdernes ønsker.	Sygeplejersker varetager besøgsplanlægningen i sygeplejen, hvor hvert team som udgangspunkt har en rute i dagvagt. Koordinator varetager besøgsplanlægningen i plejen, hvor hvert team som udgangspunkt har fire til fem ruter i dagvagt. Plejen og sygeplejen skal finde plads til nye borgere i distriktet. Der er højt sygefravær og stort behov for ændringer på dagen.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i VIVEs dataindsamling og skriftligt materiale fra hhv. Haderslev Kommune og Buurtzorg Nederland.

5.1.1 Buurtzorg

I Buurtzorg er det teammedlemmerne selv, der planlægger, hvem der skal på arbejde hvornår, og hvem der skal tage hvilke besøg ved borgerne.

Buurtzorg web understøtter dette arbejde med let tilgængelige oversigter over, hvem der er planlagt til at være på arbejde hvornår, og hvem der har planlagt ferie på hvilke tidspunkter. Det understøtter det også ved direkte at koble disse oversigter med den tid, teamet har planlagt ved borgerne. Når der er for mange henholdsvis for få planlagt på arbejde, gør systemet opmærksom på det og understøtter hermed, at teamet enten tager flere borgere ind (så de har noget at lave, når de er på arbejde) eller holder mere fri (så deres arbejdstid matcher borgernes behov).

I de to teams, VIVE har besøgt, er der to specifikke medarbejdere, der samarbejder om at varetage rollen som planlægger, selvom Buurtzorg anbefaler, at denne rolle går på skift mellem teammedlemmerne, således at alle over tid opnår erfaring med og forståelse for rollen.

Vagtplanlægning

I begge de to teams, VIVE har besøgt, har medarbejderne aftalt, at alle medarbejdere både har dagvagter aftenvagter og faste vagter hver 2. weekend.

De har også aftalt, at vagtbelastningen skal være nogenlunde ligeligt fordelt mellem medarbejderne, samt at alle medarbejdere skal kunne køre alle ruter. Dette indebærer et særligt fokus på oplæring af de kortestsuddannede medarbejdere i forhold til de borgere, der kræver ekstra kompetencer relativt til medarbejdernes

udgangspunkt.³⁴ Den tid, der bruges på oplæring, tæller ikke som direkte borgertid, men teammedlemmerne prioriterer at bruge tiden, fordi det efterfølgende letter planlægningen.

Vagtplanen laves med afsæt i medarbejdernes individuelle præferencer for arbejds- og fridage og med forslag til en fordeling af, hvem der dækker evt. ledige vagter. De to teams planlægger helt lavpraktisk ferier og helligdage i et Excel-ark, hvor alle kan skrive ønsker ind. De forsøger at fordele helligdagene mellem sig. I det ene team har de eksempelvis fordelt det sådan, at en gruppe har juleaften, og en anden gruppe har nytårsaften. På et teammøde drøfter de det og træffer endelig beslutning om fordelingen af vagter.

Oplevelsen i de to teams er, at det godt kan være svært at nå til enighed om vagtplanlægningen, men at det fungerer og sjældent giver anledning til konflikt. De fortæller også, at der er en høj grad af fleksibilitet og "give and take" medarbejderne imellem. Det betyder, at de ofte får tilgodeset deres ønsker og behov, og at det sjældent er et problem at få fri, hvis man ønsker det. Ifølge interviewpersonerne er det her en klar fordel, at de har et fælles ansvar for at få vagtplanlægningen til at gå op, samt at der ikke er en leder, som træffer beslutninger, og som skal spørges om lov.

Besøgsplanlægning

Hvert team har typisk to til tre ruter i dagvagt og en enkelt rute i aftenvagt. De bestemmer samtidig selv, om de har kapacitet til at tage en ny borger – eller om de vælger at sige nej, hvormed borgeren enten må afvente eller vælge et andet team/en anden leverandør.

Ændringer på dagen varetages fleksibelt af de medarbejdere, der er på arbejde. Der er sjældent behov for at kalde ekstra medarbejdere ind på dagen, da der generelt set er en lav grad af sygefravær og få ændringer, der ikke kan planlægges på lidt længere sigt.

Ifølge interview ligger på sygefraværet omkring 3 % i de to teams, VIVE har studeret. Forpligtelsen til kolleger er i henhold til interviewpersonerne stor, når man arbejder i et lille, selvledende team som i Buurtzorg.

³⁴ Undtagelsen er funktionen som sårsygeplejerske (er obligatorisk for Buurtzorg-teams), som har en særlig opgave i at følge op på sårplejen og udføre specialistbehandling.

5.1.2 Den almindelige hjemme- og sygepleje

I den almindelige hjemme- og sygepleje er det lederne, der planlægger, hvem der er på arbejde hvornår, og hvem der tager hvilke besøg hos borgerne.

Haderslev Kommune understøtter dette med to forskellige it-platforme, én der anvendes til vagtplanlægning (Optima), og én der anvendes til besøgsplanlægning (Cura/Nexus). Det er samtidig oftest to forskellige medarbejdere, der sidder med henholdsvis vagtplanlægningen og besøgsplanlægningen:

- I sygeplejen er det teamlederen, der har vagtplanlægningen, mens sygeplejerskerne selv varetager besøgsplanlægningen
- I plejen er det teamlederen³⁵, der har vagtplanlægningen, og koordinatoren, der varetager besøgsplanlægningen (medarbejderne kan dog efterfølgende aftale indbyrdes, at de vil bytte besøg).³⁶

Medarbejderne er samtidig ansat efter faste overenskomster, der specificerer, om de arbejder dag, aften og/eller nat, samt om de arbejder fuldtid eller deltid (i givet fald med hvilket antal timer):

- I sygeplejen har personalet blandede vagter på tværs af døgnet, og alle sygeplejersker arbejder således både dag, aften og nat
- I plejen har personalet faste vagter i dag-, aften- eller nattevagt, og plejens personale arbejder således enten dag, aften eller nat.

Den overordnede vagtplanlægning tager afsæt i medarbejdernes overordnede vagterul samt individuelle ønsker om ferie og fridage. Det er dog i sidste ende op til teamlederen at afgøre, om en medarbejder kan holde ferie på det tidspunkt, hvor hun ønsker det, eller ej.

Besøgsplanlægningen varetages efter forskellige principper i sygeplejen og plejen:

- I sygeplejen varetager medarbejderne besøgsplanlægningen, mens teamlederen håndterer sygdomsmeldinger. Besøgsplanlægningen sker ifølge de interviewede sygeplejersker ud fra et hensyn om geografi og kontinuitet. Håndteringen af sygdomsmeldinger sker ifølge teamlederen ud fra et hensyn om at kalde færrest muligt ekstra medarbejdere ind på arbejde og bruge

³⁵ På tidspunktet for VIVEs casestudie havde distriktslederen midlertidigt overtaget denne opgave, idet teamlederen var udlånt til Kaffe først.

³⁶ Opgaven med vagtplanlægning er på tidspunktet for VIVEs dataindsamling midlertidigt lagt hos koordinatoren, fordi teamlederen er udlånt til et andet distrikt – men det fremgår af interview, at dette er en undtagelse.

færrest muligt penge på vikarer. Det betyder, at personalet hyppigt bliver bedt om at dække ind på tværs af grupper. Det sker ifølge VIVEs interview næsten dagligt i nogle perioder.

- I plejen varetages besøgsplanlægningen og håndteringen af sygemeldinger af to koordinatore, der sidder i deres eget kontor imellem gruppernes lokaler. Besøgsplanlægningen sker ifølge interview med koordinatorene ud fra et hensyn til geografi, faggruppe/kompetencer og transportmiddel (bil, cykel, gang). Håndteringen af sygemeldinger sker efter samme principper som i sygeplejen, og det er også normalt, at medarbejderne i plejen bliver bedt om at dække ind for hinanden på tværs af teams.

Det fremgår af interview, at der er en del utilfredshed med vagtplanlægningen blandt sygeplejerskerne i det almindelige distrikt, hvilket bunder i en oplevelse af, at planlægningen er for uforudsigelig, og at der løbende er behov for at lave for mange ændringer.³⁷

Undersøgelsens social- og sundhedsmedarbejdere fra det almindelige distrikt giver udtryk for, at de er glade for den eksisterende vagtorganisering med faste og forudsigelige rul. I forhold til besøgsplanlægningen er der både medarbejdere, der foretrækker at køre deres egen, faste rute, og medarbejdere, der godt kan lide at køre noget forskelligt, og som derfor ikke har noget imod at tage opgaver hos borgere, som de ikke kører hos til dagligt.

5.1.3 Kaffe først

I Kaffe først er medarbejderne ansat efter samme overordnede overenskomster som i den almindelige hjemme- og sygepleje, og der er ikke i forbindelse med projektet foretaget en ændring af normeringer og vagtplaner med henblik på at sikre, at der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere på arbejde i hver enkelt vagtlag til at løse de opgaver, der skal løses, på teamniveau.

Vagtplanlægningen sker på samme måde som i den almindelige hjemme- og sygepleje, dvs. at

- teamlederen for sygeplejen, der har ansvaret for at sikre, at der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere på arbejde til at bemande de sygeplejeruter, der er oprettet i distriktet som helhed

³⁷ Som uddybet i næste afsnit var sygeplejen i efteråret 2023 udfordret af et stort sygefravær og opsigelser, der satte den samlede sygeplejegruppe under stort pres.

- teamlederen for plejen har ansvaret for at sikre, at der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere på arbejde til at bemande de assistent- henholdsvis hjælperruter, der er i distriktet som helhed.

Det gør de – svarende til i den almindelige hjemme- og sygepleje – med afsæt i medarbejdernes arbejdstidsaftaler, medarbejdernes individuelle ønsker og et fokus på en ligelig fordeling på helligdage mv.

Da opgaverne fordeles efter kompetence (sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper/ufaglært), vil de opgaver, der ikke kan løses af en medarbejder med den givne kompetence i det enkelte team, skulle løses af en medarbejder med den givne kompetence i et andet team. Det vil sige, at sygeplejeopgaver fordeles i gruppen af sygeplejersker som helhed, ligesom assistentopgaver fordeles i gruppen af social- og sundhedsassistenter som helhed, og hjælperopgaver fordelt i gruppen af social- og sundhedshjælpere og uaglære som helhed.

Er der brug for at kalde ekstra medarbejdere ind sker det typisk på den måde, at koordinator i nævnte rækkefølge i) spørger de medarbejdere, der har fri, ii) spørger kommunens interne ressourcekorps, iii) spørger de medarbejdere, der har beskyttede fridage, eller iv) spørger et eksternt vikarbureau, om de kan løse opgaven. For sygeplejerskerne ses det også, at de bliver bedt om at dække ind for hinanden på tværs af distrikter.

Kaffe først har haft en intention om at overdrage dele af ansvaret for vagt-, rute- og besøgsplanlægningen til teamene, men de var kun i begrænset omfang kommet i gang med dette på tidspunktet for VIVEs dataindsamling i oktober 2023. Her var der introduceret en planlæggerrolle på teamniveau, hvis opgave det var i) at pakke ydelsespakker ud og ii) fordele opgaver på medarbejdernes kørelister, således at de var klar til dagen.

På dagen var det hensigten, at medarbejderne selv skulle pusle planerne på plads, men VIVE observerede ikke, at det foregik i praksis. Her fremgik det i stedet, at medarbejderne var fokuseret på deres egne kørelister, hvilket igen blev understøttet af, at hvert team ikke havde adgang til sit eget teamlokale med sin egen storskærm, der viste og gav overblik over dagens opgaver.

Sygeplejerskerne oplevede store udfordringer med såvel sygefravær som udskiftninger i medarbejdergruppen, og det betød, at de i stort omfang var nødt til at samarbejde og arbejdsdele på tværs af teams.

Social- og sundhedsassistenterne, social- og sundhedshjælperne og de uaglære oplevede, at de mødte ind til planlagte lister, hvor de ikke altid kunne forstå, hvorfor borgerne og opgaverne var fordelt, som de var – og hvor de ikke nødvendigvis

oplevede det som en forbedring, at listerne blev udarbejdet af en enkelt medarbejder fra teamet.³⁸

Det fremstod desuden som en sårbarhed ved kun at have oplært én medarbejder i teamet i planlæggerrollen, at der ikke var nogen til at tage over, når denne medarbejder var syg.

5.1.4 Diskussion

Analysen viser, at der er store forskelle på arbejdsorganiseringen i Buurtzorg og arbejdsorganiseringen i Kaffe først, og at Kaffe først på dette område har større ligheder med almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune.

Noget af det, der adskiller Kaffe først fra Buurtzorg, er, at medarbejderne er ansat efter standardiserede overenskomster, der specificerer, hvor mange timer hver enkelt medarbejder er ansat til at arbejde, hvilke former for vagter medarbejderen skal dække (dag, aften, nat, hverdag, weekend), hvornår vagtplanerne skal varsles og offentliggøres, og hvordan der kan ske ændringer. Det sætter en ramme op for, hvordan (og hvorvidt) der kan foregå en mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse med afsæt i borgernes behov, som ikke kendes fra Buurtzorg, hvor det er op til teammedlemmerne selv at beslutte, hvornår og hvordan og hvor meget de vil arbejde, så længe de lever op til Buurtzorg-aftalen om en borgertid på 61 %.

I Kaffe først er der hverken foretaget en ændring af normeringer eller arbejdstidsaftaler i forbindelse med projektet, dvs. at medarbejderne, planlæggerne og lederne flytter ind med eksisterende normeringer, arbejdstidsaftaler og vagtplaner. De betyder, i) at der ikke nødvendigvis er det rette antal medarbejdere med de rette kompetencer på arbejde i hvert enkelt vagtlag, samt ii) at medarbejderne dermed må dække ind for hinanden på tværs af teams, og iii) at der må trækkes på eksterne afløsere og vikarer.

Standardiseringen af opgaver som henholdsvis sygeplejeopgaver, assistentopgaver og hjælperopgaver medvirker samtidig til at fremme en arbejdsplanlægning, hvor der arbejdsplanlægges og arbejdsdeles på tværs af teams, snarere end med afsæt i det enkelte team. I Buurtzorg prioriterer teammedlemmerne at bruge tid på kompetenceudvikling, således at de kan opnå en fleksibel arbejdsplanlægning. I Kaffe først oplever teammedlemmerne ikke, at de har muligheden for at prioritere tid til kompetenceudvikling i dagligdagen, og de oplever samtidig, at det er en barriere for at overdrage opgaver fra sygeplejerskerne til assistenterne og hjælperne i teamet.

³⁸ Det skyldes, at denne medarbejder i nogle tilfælde (efter kollegernes oplevelse) kom til at forfordle nogle medarbejdere på bekostning af andre.

Analysen viser samlet set, hvordan Kaffe først er fanget i eksisterende overenskomster, arbejdstidsaftaler og praksisser for arbejdstilrettelæggelse, der tager afsæt i at løse standardiserede og faggruppespecifikke opgaver.

Den viser også, hvordan forsøget med at overdrage dele af ansvaret for dag-til-dag-planlægningen til teamet blandt andet udfordres af, at hvert team ikke har sit eget lokale med sin egen storskærm, der giver overblik over det samlede antal opgaver, der skal løses (på tværs af faggrupper) på dagen.

5.2 Selvvisitation

Dette afsnit fokuserer på den faglige og økonomiske styring i henholdsvis Buurtzorg, almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune samt i Kaffe først. Vi er optaget af at beskrive og forstå, hvad der muliggør, at sygeplejerskerne i Buurtzorg har den faglige frihed til selv at tilrettelægge indsatsen i dialog med borgerne, mens medarbejderne i høj grad oplever, at der bliver sat faglige og økonomiske rammer for, hvilke indsatser de kan levere i hjemmet.

Vi sætter derfor både fokus på de tilgange til økonomistyring, tildeling og udmøntning af ydelser, som anvendes i de tre cases. Tabel 5.2 nedenfor opsummerer centrale træk på tværs af cases, mens de efterfølgende afsnit uddyber, hvordan de udfolder sig i daglig praksis, samt hvilke erfaringer og perspektiver undersøgelsen har afdækket.

Tabel 5.2 Økonomistyring, tildeling og udmøntning af ydelser i Buurtzorg, almindelig hjemme- og sygepleje og Kaffe først

	Økonomistyring	Tildeling af ydelser	Udmøntning af ydelser
Buurtzorg Nederlandene	Afregning pr. leveret time af forsikringsselskaber.	Selvvisitation for alle typer af ydelser, der leveres af teamet.	Sygepleje og personlig pleje tildeles i enkeltindsatser, og teamet vurderer selv, hvor lang tid der samlet set skal sættes af til den enkelte borger.
Almindelig pleje og sygepleje	Rammestyring af sygeplejen. Aktivitetsstyring af plejen.	Selvvisitation på sundhedslovsområdet. Central visitation på servicelovsområdet.	Sygepleje tildeles i enkeltindsatser. Personlig pleje og praktisk hjælp bevilges i funktionspakker men tildeles i enkeltindsatser. Koordinator pakker pakken ud og justerer.

	Økonomistyring	Tildeling af ydelser	Udmøntning af ydelser
Kaffe først	Aktivitetsstyring pr. planlagt tid inkl. akuttid på sygepleje- og servicelovsområdet.	Selvvisitation på sygeplejeområdet (for sygeplejersker). Central visitation på servicelovsområdet.	Sygepleje tildeles i enkeltindsatser. Personlig pleje og praktisk hjælp bevilges i funktionspakker men tildeles i enkeltindsatser. Medarbejderen med rollen som planlægger pakker pakken ud og justerer.

Note: Der er på tidspunktet for casestudiet ikke en teamleder i plejedistriktet, da denne er udlånt til Kaffe først. Derudover er stillingen som distriktsleder i Kaffe først nedlagt i efteråret 2023.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i observationer, interview og skriftligt materiale.

5.2.1 Buurtzorg

Buurtzorg er leverandør af integreret hjemme- og sygepleje på et marked, hvor det er op til leverandørerne selv at træffe beslutning om, hvilke ydelser der (evt. ikke) skal leveres – svarende til den praksis, vi i Danmark kender på fx almen praksis og tandlægeområdet.

Forsikringsselskaberne i Nederlandene havde frem til for 8-10 år siden er BUM-model, der på mange måder svarede til den danske, med en "vurderingsperson" (visitator), der afgjorde borgernes behov og visiterede til en række mere eller mindre velspecificerede ydelser, som borgerne efterfølgende frit kunne vælge, hvem der skulle levere.³⁹

I Nederlandene besluttede de at gå væk fra denne model ud fra et rationale om, at det 1) var alt for omstændeligt, at leverandørerne skulle skrive frem og tilbage med visitator for at komme frem til, hvilke ydelser borgerne skulle have, samt 2) var mest hensigtsmæssigt, at det var de medarbejdere/fagpersoner, der varetog den daglige sygepleje, der traf disse beslutninger.

I Buurtzorg i Nederlandene er det derfor de udførende sygeplejersker selv, der tager stilling til, hvilke indsatser borgerne skal have, og hvor meget tid de skal bruge på at levere dem. Forsikringsselskabet betaler, og otte faktorer medvirker i henhold til VIVs tidligere analyser til at holde økonomien på plads (Boks 5.1).

³⁹ Buurtzorgs succes på det Nederlandske marked hænger bl.a. sammen med, at mange borgere har tilvalgt dem som leverandør – bl.a. på grund af organiseringen i små, faste, tværfaglige og selvstyrende team.

Boks 5.1 Otte faktorer, der medvirker til at holde økonomien på plads

- 1 Fokus på afslutning og nedbringelse af behov
- 2 Tydelige faglige standarder for pleje
- 3 Sygeplejefaglig udredning hver tredje måned
- 4 Audits af behovsvurderinger og dokumentation
- 5 Incitamenter i kontrakten (krav om, at leverandøren skal reducere det gennemsnitlige antal timer pr. borger pr. år)
- 6 Databaseret benchmarking af indsatser på team- og leverandørniveau
- 7 Praktisk bistand leveres af andre mod brugerbetaling
- 8 Demografisk pres og mangel på arbejdskraft.

Kilde: Bech, Buch, Kjellberg & Kjellberg 2021.

I de to teams, som VIVE har observeret, fortæller de udførende sygeplejersker, at det rent praktisk fungerer på den måde, at borger bliver henvist fra egen læge eller sygehus, hvorefter de i teamet tildeler en ansvarlig medarbejder. Hun besøger borgeren og afdækker borgers behov, samtidig med at hun leverer den nødvendige pleje og forventningsafstemmer med borgeren, omkring hvad teamet kan levere, og hvad der skal levere af andre. Dette fortsætter, og indsatsen justeres løbende i takt med, at plejebehovet ændrer sig.

Dokumentationen af den sygeplejefaglige udredning og de indsatser, som sygeplejersken efterfølgende leverer, sker via Buurtzorg web og gør i vid udstrækning brug af standardiserede fraser og tidsangivelser, som sygeplejerskerne frit har mulighed for at ændre, således at det matcher borgers aktuelle behov. Systemet skelner ikke mellem "pleje" og "sygepleje" men indeholder én plan for, hvad teamet skal og ikke skal levere til borgeren.

5.2.2 Den almindelige hjemme- og sygepleje

Sygeplejen i Haderslev Kommune er rammestytet og leverer lægeordinerede eller selvvisiterede ydelser med afsæt i kommunens indsatskatalog på sundhedslovsområdet (SUL § 138).

Indsatskataloget beskriver, hvilke ydelser efter sundhedsloven, sygeplejerskerne kan levere og hvilken tid, de i udgangspunktet kan anvende på hver enkelt ydelse. Sygeplejerskerne har også mulighed for at levere ydelser, der ikke fremgår af indsatskataloget, når det er nødvendigt⁴⁰.

Når sygeplejerskerne overdrager sundhedslovsydelser til plejedistriktet "følger pengene med" fra sygeplejedistriktets budget. Indsatskataloget beskriver, hvor meget tid, sygeplejerskerne skal visitere til udførelsen af den ydelse, der overdrages. Mængden af tid afhænger af, om plejedistriktet samtidigt har – eller ikke har – servicelovsydelser at udføre i borgers hjem på det tidspunkt/besøg, hvor sygeplejeydelserne skal udføres (hvis de har opgaver samtidig, får de mindre tid). Betalingen for sygeplejeydelserne indgår på linje med betalingen for servicelovsydelserne i det samlede budget, der er til rådighed for drift af plejedistriktet.

Plejedistriktet er aktivitetsstyret, dvs. at de bliver afregnet pr. visiteret og leveret ydelse. Hvis en given borger har brug for mere tid, kan de udførende enheder give det (og blive betalt for det), forudsat at den samlede tid ikke overstiger det, der samlet set er bevilget til borgerne i distriktet som helhed. Ydelserne på servicelovsområdet (SEL § 83) bevilges i pakker af visitatorer i myndighedsafdelingen. Når borgeren har valgt kommunen som leverandør, får plejedistriktet pakken som bevilling, og det er op til distriktet selv at afgøre, hvilke mere konkrete ydelser, inden for rammen af pakken, de vil sætte på⁴¹. Det sker konkret ved, at planlægger pakker pakken op og giver sit bedste bud på, hvor meget tid der skal bruges. De udførende medarbejdere har herefter mulighed for at vende tilbage til planlægger, hvis der er brug for justering.

VIVEs observationer og interview viser, at sygeplejerskerne ved overdragelse af en opgave til plejedistriktet skal lave handlingsanvisninger til alle vagtlag. Endvidere skal sygeplejersken for hver enkelt besøg vurdere, om plejen skal have en fuld ydelse, eller om der er tale om en ydelse, der kan gennemføres til reduceret takst, fordi plejen er hos borgeren i forvejen.

Det fremgår samtidig af interview og observation, at det er forbundet med et stort tidsforbrug med disse opgaver, samt at indsatskatalogets angivelser af tid for flere ydelser ikke opleves at svare til den tid, som det rent faktisk tager at levere dem (hverken for sygeplejen eller plejen). Sygeplejerskerne fortæller i denne forbindelse, at de bruger en del tid på at dokumentere den tid, som de reelt bruger på at levere ydelserne, når den tid, der fremgår af indsatskataloget, ikke er nok. Det gør de

⁴⁰ Det kan fx være at køre på apoteket for en borger, der op til weekend har symptomer på en urinvejsinfektion, og som ikke kan få hjælp hertil af pårørende.

⁴¹ I praksis er det koordinator der gør det.

ifølge interview, fordi der er krav om, at de skal redegøre for de afvigelser, der er mellem indsatskataloget og faktisk praksis.

I plejen arbejder visitatorerne med afsæt i fire pakker, der på ugebasis angiver den samlede ugentlige tid, der gennemsnitligt skal tildeles forskellige kategorier af borgere. Der er fire forskellige pakker, hvor pakke 1 er til de letteste, og pakke 4 er til de mest plejkrævende borgere.

Visitator sender pakken og en beskrivelse af plejebehovet og de funktionsevnetilstande, der ligger til grund for vurderingen, til plejedistriktet.⁴² Herefter er det op til plejedistriktet at omsætte den bevilgede pakke og de specifikke ydelser til besøg på medarbejdernes ruteplaner.

Det sker rent praktisk, ved at koordinator tager en standardiseret ydelse i omsorgssystemet og fører den ind på en given ruteplan, der efterfølgende matches med den og/eller de medarbejdere, der er på arbejde. Skal tider eller ydelser ændres, kan medarbejderne bede koordinator om det – og koordinator kan ændre tider og ydelser, så længe de holder sig inden for rammen af dels i) den pakke, der er bevilget til den enkelte borger, og som overordnet set skitserer, hvilke typer af ydelser der kan leveres, dels ii) den samlede økonomiske bevilling til distriktet (summen af samtlige pakker).

I praksis fremgår det af VIVEs casestudier, at den decentrale ledelse håndhæver en kultur, hvor koordinator helst ikke overstiger den tid, der er indeholdt i den pakke, der er bevilget til den enkelte borger. Det sker ud fra et hensyn (fra koordinator/distriktsleder) om at holde økonomien på plads.

Hjælpemidler bestilles via myndighedsafdelingens teams for henholdsvis i) personlige hjælpemidler (fx en badebænk), og APV-hjælpemidler (fx en plejeseng). Koordinatorerne og det udførende personale i plejen oplever, at de bruger meget tid på ansøgninger, og herunder også på at hjælpe borgerne med at ansøge om at få gjort midlertidige hjælpemidler varige.

De efterspørger mere smidige processer og dermed også hurtigere adgang til de relevante hjælpemidler for dem selv og borgerne.

⁴² Visitator sender endvidere et afgørelsesbrev til borger, hvori det fremgår, hvilke indsatser borger er berettiget til (fx hjælp til bad eller anretning af måltider).

5.2.3 Kaffe først

Der er hverken ændret på rammerne for visitation af sygepleje, personlig pleje, praktisk bistand eller hjælpemidler i forbindelse med Kaffe først.

- Sygeplejen er fortsat selvvisiterende inden for rammerne af kommunens servicekatalog – og de bruger fortsat tid på at delegere og specificere de ydelser, der skal overdrages til plejen med handlingsanvisninger i alle vagtlag.
- Plejen leverer fortsat de ydelser, der er fagligt og tidsmæssigt afgrænset af enten sygeplejen (jf. ovenfor) eller af de standardiserede ydelser, som koordinator sætter på en given borger.
- Der er gjort forsøg med, at en medarbejder fra plejen kan overtage arbejdet med at pakke pakken ud, og dermed sætte ydelser på borgerne – og det er *i princippet* åbent for medarbejderen, via det elektroniske system, at rette i tiderne.
- VIVEs tidligere casestudie (Kjellberg, 2023a) viser imidlertid, at de medarbejdere, der har fået rollen som planlægger, oplever, at det er stærkt grænseoverskridende at ændre i de tider, der er angivet. De tror ikke, at de må, og de har samtidig oplevet, at koordinator/teamleder i nogle tilfælde går ind og retter i tiderne, hvis de oplever, at de er for høje⁴³.

Det fremgår af interview, at såvel sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i høj grad oplever, at det er kommunens indsatskatalog⁴⁴, der sætter rammen for den tid, de kan bruge på de enkelte indsatser.

De oplever samtidig fortsat, at bevillingerne er standardiserede og ikke tager højde for individuelle borgerbehov. Dels fordi omsorgssystemet sætter standardiserede tider på de enkelte ydelser, som ender i medarbejdernes kørelister, dels fordi de oplever kun at kunne få justeret i tiden via dialog med visitator⁴⁵, samt at det er vanskeligt at sikre sammenhæng mellem den tid, der er visiteret i pakkerne, og den tid, som opgaverne i praksis tager.

Kaffe først har ligesom resten af plejen i Haderslev Kommune tilknyttet en fast visitator, der deltager på de teammøder, der har fokus på konkrete borgersager. Denne

⁴³ Dette på trods af, at kommunen eksplicit arbejder med et princip om gynger og karusseller, dvs. at der ikke som sådan er noget til hinder for, at distriktet bruger mere tid end gennemsnitstiden på den enkelte borger.

⁴⁴ Bevillingerne sker med afsæt i det politisk fastsatte serviceniveau på servicelovsområdet, som fremgår af kommunernes indsatskataloger/kvalitetsstandarder. Kommunalbestyrelser er i henhold til serviceloven forpligtet til at fastsætte serviceniveauet på denne måde for at danne rammen for, hvilken hjælp en borger kan bevilges efter serviceloven (VEJ nr. 9341 af 08/05/2015, 2015).

⁴⁵ Dette er, når de ønsker at bruge mere tid, end der ligger i pakken. Se også note 43 ovenfor.

ordning opleves som positiv, fordi den giver en bedre gensidig forståelse og et bedre afsæt for i) at kvalificere hjælpen i hjemmet samt ii) at tilpasse bevillingerne til borgernes aktuelle behov.

Den ændrer dog ikke på den mere grundlæggende problemstilling, som handler om, at medarbejderne oplever at have begrænset faglig frihed i opgaveløsningen, samt at de oplever at bruge meget tid på administrative processer vedr. bl.a. opgaveoverdragelse af sygeplejeopgaver, dokumentation af afvigelser i forhold til sygeplejeydelser og bestilling af hjælpemidler.

Pakkemodellen har indiskutabelt lettet sagsgangen, ved at koordinator og plejens medarbejdere ikke behøver at involvere visitator ved ændringer inden for rammen af pakken. Her ligger dog stadig et udviklingsarbejde i forhold til at skabe forståelse for kommunens mere overordnede princip om gynger og karusseller på udførende niveau.

5.2.4 Diskussion

Kaffe først arbejder alt overvejende fortsat indenfor samme standardiserede tilgang til visitation (hjemmepleje), opgaveoverdragelse (sygepleje) og proces for bestilling af hjælpemidler (personlige hhv. APV-hjælpemidler) som den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune.

Her er det værd at bemærke, at *forventningen* til Kaffe først, jf. kapitel 2 var, at medarbejderne i forsøgsprojektet ville have den fornødne faglige frihed til selvstændigt at tilrettelægge opgaven i forsøgsprojektet, *fordi* Haderslev Kommune havde en pakkemodel i plejen, og *fordi* sygeplejerskerne var selvvisiterende.

Denne analyse viser, hvordan de standardiserede tider og ydelser, der ligger i kommunens indsatskataloger, fortsat opleves som bindende for de udførende medarbejdere, fordi de i) ikke tror, de må ændre i tiderne, ii) bliver rettet af deres ledere, når de gør det, og iii) bliver bedt om at dokumentere evt. afvigelser.

Buurtzorg web har i princippet de samme funktioner som indsatskatalogerne, idet det også specificerer, hvilke ydelser der kan leveres, og kommer med forslag til standardtider, men medarbejderne oplever dem som anderledes. Givetvis fordi de er mere rummelige, og fordi de oplever, at de har den faglige frihed til at ændre tiderne og opgaverne, hvis de skønner, at det er relevant. Det skal i noget omfang også begrundes, men det er – interessant nok – ikke noget, der fylder og opleves som snærende på samme måde som i den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune.

Der, hvor Buurtzorg adskiller sig fra Haderslev Kommune, er ved, at medarbejderne oplever, at de reelt har den faglige frihed til at tilrettelægge indsatsen, som de skønner er bedst, og at de kan gøre, hvad de vil og ønsker, så længe de kan argumentere fagligt for det. Dette samtidig med, at der er en række andre faktorer, der holder økonomien på plads, herunder fx i) brugerbetaling på praktisk bistand, ii) et lovkrav om, at de pårørende skal hjælpe, hvis de kan, iii) fokus på rehabilitering, og iv) krav om, at en sygeplejerske minimum hver tredje måned tager stilling til og vurderer, om borgeren får den hjælp, som borgeren skal have (hverken mere eller mindre).

Spørgsmålet er, om Kaffe først kan inspireres af noget af dette, herunder fx i forhold til fokus på rehabilitering og kravet om, at en sygeplejerske som minimum hver tredje måned skal tage stilling til og vurdere, om borgeren får den hjælp, han eller hun har brug for. Forløbsansvar for rehabilitering og krav om systematisk opfølgning minimum hver tredje måned er nogle af de redskaber, der tidligere er blevet brugt i arbejdet med hverdagsrehabilitering, og som kommunen evt. kan lade sig inspirere af i det videre udviklingsarbejde.

5.3 Selvstyring

Tabel 5.3 herunder illustrerer forskelle og ligheder på de vigtigste parametre, relateret til ledelse og teamunderstøttelse, som der anvendes på tværs af cases, mens de efterfølgende afsnit udfolder, hvordan der på daglig basis arbejdes med disse.

Tabel 5.3 Tilgange til ledelse og teamunderstøttelse i Buurtzorg, almindelig pleje og sygepleje og Kaffe først

Ledelse og teamunderstøttelse	
Buurtzorg Nederlandene	Selvstyrende teams, der vejlede af en coach (en coach pr. 40-45 teams). Krav om en brugertid på 61 %
Almindelig hjemme- og sygepleje	Traditionel hierarkisk ledelse af hhv. hjemme- og sygepleje. - Distriktsleder og teamleder i sygeplejen - Distriktsleder, teamleder* og koordinatore i plejen Produktionskrav til distriktet – ikke til teamet.
Kaffe først	Back office med traditionel hierarkisk ledelse af hjemme- og sygepleje plus en kvalitetskonsulent, en ledelseskonsulent og en coach**. - Distriktsleder for pleje og sygepleje - Teamledere for hhv. pleje og sygepleje - Koordinator for plejen - Dokumentationsspecialist - Coach** - Midlertidig projektleder Produktionskrav til distriktet suppleret med teamspecifikke produktivitetsopgørelser***.

Noter * Der er på tidspunktet for casestudiet ikke en teamleder i plejedistriktet, da denne er udlånt til Kaffe først.

** Der har været en række forskellige coaches ansat i projektperioden.

*** Der er udarbejdet et dashboard, som gør det muligt for teamene at se deres egen produktivitet sammenlignet med produktiviteten i de øvrige teams. Dette var imidlertid først lige introduceret for teamene på tidspunktet for VIVEs casestudie i efteråret 2023.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i observationer, interview og skriftligt materiale.

5.3.1 Buurtzorg

Buurtzorgs teams er selvledende inden for en klar ramme, hvor hvert team efter en opstartsperiode på 3 måneder skal have en borgertid på 61 %.

Hvert team har tilknyttet en coach, der hjælper dem med at etablere sig som team, og som følger med i, om de når den aftalte borgertid eller har brug for hjælp for at nå dette formål.

Hver coach har ansvar for 40-45 teams, dvs. at der ikke er meget tid til rådighed for det enkelte team.

Den coach, som VIVE interviewer, fortæller, at hun som udgangspunkt besøger de teams, hun er ansvarlig for, en til to gange om året. Det er kun, hvis et team har længerevarende problemer med produktiviteten, som ikke kan forklares med fx sygefravær, at hun i øvrigt tager kontakt. Teamet vil selv rette kontakt, hvis de har

udfordringer – fx i form af udfordringer med teamsamarbejde, sygefravær, afskedigelse, opgavefordeling mv. I dette tilfælde fremgår det af interview, at det er coachens opgave at understøtte teamet i at klare de udfordringer, de står over for, uden at tage over i forhold til deres beslutninger. Hun beskriver dette som, at hun hjælper teamet til at gøre de rette ting på rette tidspunkt. Hun kan godt opleve, at teamene i nogle tilfælde forsøger at fralægge sig ansvaret for fx at træffe svære beslutninger i konfliktsituationer. I tilfælde af det, fortæller hun, er det hendes opgave at guide teamet til selv at løse deres udfordringer, eller at finde ud af, hvem i Buurtzorg eller uden for Buurtzorg, der kan hjælpe dem med det (coachen er ikke en løsning). I den forstand er der tydeligt tale om en coach og *ikke* en leder. For eksempel i relation til svære konflikter og afskedigelser, hvor coachen fortæller, at det er hendes opgave at være neutral, objektiv og have det samlede overblik for at guide teamet i, hvordan de håndterer situationen.

For de interviewede teammedlemmer er det positivt, at coachen anvender en metode, hvor beslutningskraften bevares i teamet. Det fremgår også, at coachene kan rådgive de enkelte teams, fordi de kender Buurtzorg-organisationen, og har kendskab til arbejdsgange og metoder i andre teams. Ifølge interviewene har coachen en særlig vigtig rolle ved opstarten af nye teams. I det ene team, som er relativt nyetableret, fortæller en sygeplejerske, at coachen det første halve år har deltaget fast på teammøder en gang om måneden. Formålet er, at teamet får hjælp til, hvordan de gerne vil være som team, og få etableret et velfungerende samarbejde. Når dette mål er nået, udfases coachens deltagelse på teammøderne, men de har fortsat mulighed for at ringe eller skrive og stille spørgsmål i det omfang, de har behov for det.

5.3.2 Den almindelige hjemme- og sygepleje

Undersøgelsens almindelige syge- og hjemmeplejedistrikt har en traditionel, hierarkisk ledelsesstruktur, hvor det som udgangspunkt er distriktslederens opgave at sikre, at der er ansat et tilstrækkeligt antal medarbejdere til at løse de opgaver, der skal løses omkring borgerne, og at borgerne er tilfredse samtidig med, at der er en fornuftig kvalitet og økonomi.

Sygeplejedistriktet har en distriktsleder og en teamleder. Der er en intern arbejdsdeling, hvor teamlederens hovedfunktion er at varetage vagtplanlægningen, mens distriktslederen varetager øvrige opgaver, herunder vedr. personaleledelse.

Plejedistriktet har tilsvarende en distriktsleder og en teamleder⁴⁶, og der er en intern arbejdsdeling svarende til den, der kendes for sygeplejedistriktet.

⁴⁶ Teamlederen var udlånt til Kaffe først på tidspunktet for VIVEs casestudie.

Under observationer og interview udtrykker sygeplejersker og social- og sundheds-personale generelt tilfredshed med de eksisterende rammer og relationen til deres ledere. Dette begrundes bl.a. med oplevelser af at lederne er tilgængelige og nærværende i det daglige, enten fysisk eller pr. mail/telefon.

5.3.3 Kaffe først

I Kaffe først er det fortsat en distriktsleder, der har det overordnede ansvar for at sikre, at der er ansat et tilstrækkeligt antal medarbejdere til at løse de opgaver, der skal løses omkring borgerne, og at borgerne er tilfredse samtidig med, at der er en fornuftig kvalitet og økonomi.

Planen var, at hvert team skulle have indsigt i deres egen borgertid og mulighed for at tilrettelægge indsatsen med afsæt i noget, der ligner et krav om en borgertid på 61 % – og at kommunen ville kunne rekruttere deres egne coaches til at understøtte teamudviklingen – svarende til den opgave, der i projektets første fase blev løst af en erfaren Buurtzorg-coach.

I praksis havde kommunen først lige introduceret sit dashboard for teamene i forsøgsdistriktet⁴⁷, og der var – bl.a. efter anbefaling fra VIVE – ikke opstillet en klar sigtelinje for, hvor høj en produktivitet hvert team skulle levere⁴⁸. Kommunen havde samtidig haft vanskeligheder med rekruttering af kvalificerede coaches til de stillinger, de slog op i distriktet, dvs. at de reelt havde været op til den eksisterende ledelse at implementere projektet inden for rammerne af eksisterende driftsvilkår.⁴⁹

Ledelsen og de administrative funktioner i forsøgsdistriktet var samlet i et Buurtzorg-inspireret back office, der på tidspunktet for VIVEs dataindsamling bestod af

- distriktslederen for Kaffe først
- en teamleder for sygeplejen
- en teamleder for plejen
- en koordinator for plejen
- en dokumentationsspecialist
- en vikarierende projektleder for Kaffe først
- en nyansat coach.

⁴⁷ Det skyldtes, at dashboardet skulle sættes op i det nye omsorgssystem, se også kapitel 2 for en redegørelse for projektets udvikling i perioden frem til VIVEs dataindsamling.

⁴⁸ Årsagen til det var et ønske om *først* at danne sig overblik over data og *derefter* opstille et realistisk (og data-funderet) måltal.

⁴⁹ I Buurtzorg får teamene 3 måneder, inden de skal leve op til almindelige driftskrav.

De havde til huse på første sal i den bygning, hvor de seks teams havde lokaler i stueetagen, og tanken var – qua den fysiske adskillelse – at de skulle give teamene mulighed for selv at tage ansvar for opgaveløsningen, idet idealet var, at teamene i større omfang selv skulle tage ansvar for planlægningen.⁵⁰

I praksis oplevede såvel lederne i back office som medarbejderne i teamene, at det var svært – for teamene – at overtage ansvaret for arbejdsplanlægningen, fordi de var bundet af eksisterende arbejdstidsaftaler og rutiner for vagt- og besøgsplanlægning (se afsnit 5.1. for en nærmere beskrivelse).

På tidspunktet for VIVEs dataindsamling var der et stort sygefravær og en høj medarbejderomsætning, og lederne oplevede, at de brugte al deres tid på brandslukning. De *var i gang* med at overdrage ansvaret for besøgsplanlægningen til teamene, og de påtænkte herefter at *gå i gang med* at inddrage medarbejderne i vagtplanlægningen. I en travl dagligdag, hvor de vedvarende oplevede, at det var en udfordring at finde et tilstrækkeligt antal medarbejdere til at løse opgaverne, oplevede de imidlertid også, at det var svært at finde tid til udvikling.

Teammedlemmerne fortalte i forbindelse med interview, at de havde svært ved at forstå, hvad back office-funktionen egentlig bestod i, og hvad der var den tænkte arbejdsdeling mellem back office og teams. De oplevede samtidig ikke, at de fik adgang til den hjælp og sparring, som de havde brug for fra deres ledere i dagligdagen, og de efterspurgte meget mere hjælp til få den nye hverdag i til at fungere, end de fået i forsøgsprojektet.

5.3.4 Diskussion

Haderslev Kommune har udviklet nogle styringsredskaber, der på sigt skal understøtte teamene i at tage mere ansvar for arbejdsplanlægningen. Det gælder i) et dashboard, der viser kontinuitet, produktivitet, sygefravær og rehabiliteringseffekt, og ii) en Buurtzorg-inspireret coachfunktion, der bl.a. skal understøtte teamene i forhold til selvstændig mødeafholdelse.

De har samtidig valgt en trinvis implementering, hvor de *først* samlede hjemme- og sygeplejen under én ledelse og *herefter* langsomt ville arbejde med at overdrage stadig større dele af ansvaret for arbejdsplanlægningen til teamene.

Ledelsen og de administrative støttefunktioner blev samlet i et Buurtzorg-inspireret back office, men ledelsesopgaverne ændrede sig kun i begrænset omfang. Fokus var på integrationen af hjemme- og sygeplejen, for hvem det var nyt at flytte

⁵⁰ Der ligger en køreplan for, hvordan teamene over en periode langsomt skulle overtage ansvaret for stadig flere funktioner. Se Kjellberg, 2023a, for en nærmere beskrivelse.

sammen på én matrikel, under fælles ledelse, og på at få driften til at fungere i en periode med højt sygefravær og stor medarbejderomsætning.

Set i forhold til Buurtzorg skal det samtidig bemærkes, i) at teamene ikke under opstarten blev fritaget fra almindelige driftskrav og superviseret af en erfaren Buurtzorg-coach, idet ii) forsøget blev gennemført under almindelige driftsvilkår, og hverken lederne eller de coaches, der blev rekrutteret til stillingen, havde høj konceptforståelse⁵¹.

VIVEs tidligere studier (Buch & Topholm, 2022, Buch, Topholm & Christensen, 2024, Buch & Foged, 2024, Foged & Kjellberg, 2024, Kjellberg, 2021, Kjellberg, 2023a, Kjellberg, 2023b, Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023) har vist, at det har været en fordel for de teams, der under opstarten har kunnet fritages fra almindelige driftsvilkår, fordi de har brug for tid til at lære at samarbejde på nye måder.

Internationale studier (Hegedüs et al., 2022) har samtidig vist, at mangel på konceptforståelse er en af de største udfordringer i arbejdet med implementering af Buurtzorg-inspireret ældrepleje i andre lande.

Dette studie peger på, at såvel ledere som medarbejdere i Kaffe først har oplevet, at de var fanget af drift og kun i mindre omfang havde tid til udvikling. Det peger også på, at såvel konceptforståelse som evne til forandringsledelse er vigtig i forbindelse med et så omfattende udviklingsprojekt som Kaffe først.

5.4 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at planlægningen i forsøgsdistriktet i vid udstrækning sker på samme måde som i den almindelige hjemme- og sygepleje, hvor distriktslederen og teamlederen har ansvaret for vagtplanlægningen, mens besøgsplanlægningen enten foretages af sygeplejerskerne selv eller af de koordinatore/planlæggere, der er ansat til dette formål.

De administrative processer, der er forbundet med tildeling af hjælp og støtte, opleves som tidskrævende og administrativt tunge, og analysen viser både, hvordan

- sygeplejerskerne oplever at bruge tid på opgaveoverdragelse, herunder udarbejdelse af handleanvisninger i alle vagtlag, samt på at redegøre for afvigelser
- terapeuterne oplever at bruge tid på bestilling af hjælpemidler

⁵¹ Det er generelt set svært at forvente i dansk kontekst.

- det udførende personale oplever sig bundet af standardtider – også selv om de principielt set har mulighed for at ændre i disse qua pakkemodell.

Visitatorerne er knyttet tættere på de tværfaglige teams, hvilket opleves som en fordel men ikke løser det mere underliggende problem, der handler om, at medarbejderne ikke oplever den fornødne faglige frihed i opgaveløsningen. Her er det relevant at se på de administrative processer, der er forbundet med justering af hjælp, opgaveoverdragelse og bestilling af hjælpemidler jf. ovenfor.

Haderslev Kommune har udviklet en række redskaber til brug for selvstyring, herunder dashboards og coachfunktioner. Disse var imidlertid ikke implementeret på tidspunktet for VIVEs casestudie, hvor det i stedet var indtrykket, i) at teamene var underlagt forholdsvis traditionel hierarkisk ledelse, samt ii) at såvel ledere som medarbejdere oplevede det som en udfordring at lykkes med projektets ambitioner om selvledelse inden for rammerne af almindelige driftsvilkår.

Fritagelse fra almindelige driftsvilkår under opstart og prioritering af de decentrale ledere og udviklingsmedarbejders konceptforståelse og kompetence til forandringsledelse fremstår som relevant på baggrund af denne analyse.

6 Konklusion og anbefalinger

VIVEs casestudie finder samlet set, at Haderslev Kommune fortsat er i gang med at udvikle ældreområdet efter inspiration fra Buurtzorg – og at dette arbejde er en langvarig og vanskelig proces, bl.a. fordi Buurtzorg bryder radikalt med eksisterende organisering, styring og ledelse på ældreområdet.

6.1 Fra to teams til et helt plejedistrikt

Casestudiet er gennemført på et tidspunkt, hvor Haderslev Kommune havde haft succes med deres indledende forsøg med to små, faste, tværfaglige og selvstyrende teams efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model.

Disse teams bestod af 8-10 sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, uaglærte og en ergoterapeut, der samarbejdede om indsatsen til borgerne i et mindre lokalområde. De blev superviseret af en erfaren Buurtzorg-coach, havde egne og egnede lokaler og var fritaget almindelige driftskrav i opstartsfasen.

I forbindelse med udbredelsen valgte Haderslev Kommune i) at øge teamstørrelsen, ii) at samle de seks teams på én matrikel, iii) at lade teamene dele lokaler to og to, iv) at udfase aftalen med den erfarne Buurtzorg-coach for at rekruttere sine egne og b) at lægge ansvaret for implementering ved en nyetableret ledelseskonstruktion bestående af én leder for forsøgsdistriktet (den tidligere distriktsleder for sygeplejen) og to teamledere for hhv. plejen og sygeplejen⁵².

Der var tale om en omfattende udviklingsopgave med i) fusion af hjemme- og sygeplejen, ii) etablering af en tværfaglig teamstruktur og iii) et påtænkt trinvist arbejde med at gøre teamene mere selvledende. Det skulle gennemføres under almindelige driftsvilkår i en tid med i) højt sygefravær og stor medarbejderomskiftning og ii) inden for rammen af eksisterende overenskomster og arbejdstidsaftaler.

⁵² Øvrige administrative støttefunktioner bestod af: en koordinator for plejen, en dokumentationsspecialist, en nyansat coach og en vikarierende projektleder. Mandatet var samtidig, at teamene skulle fungere under alle.

6.2 Det faste team

VIVEs analyse finder, at Haderslev Kommune er lykkedes med at realisere en ny organisering i faste, tværfaglige teams, men at der fortsat er lang vej til at realisere det fulde potentiale af organiseringsformen.

Der er i forbindelse med udviklingsprojektet etableret faste, tværfaglige teams i den forstand, at det som udgangspunkt er den samme mindre gruppe af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ergoterapeuter og visitatorer, der samarbejder om indsatsen til den samme mindre gruppe af borgere.

Det giver en bedre kontinuitet og et bedre afsæt for det tværfaglige samarbejde med afsæt i borgernes behov, end det kendes fra den almindelige hjemme- og sygepleje, hvor i) sygeplejerskerne, social- og sundhedsmedarbejderne og terapeuterne arbejder fysisk og organisatorisk adskilt, og hvor ii) der ikke tidligere har været tradition for, at terapeuter og visitatorer deltager i de tværfaglige borgermøder, der holdes mellem hjemme- og sygeplejen hver 14. dag.

De teams, der er etableret efter inspiration fra Buurtzorg, adskiller sig samtidig fra Buurtzorg, idet de er større (ca. 12 årsværk til 60-75 borgere versus ca. 4,5 årsværk til 15-30 borgere), har flere forskellige faggrupper tilknyttet (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere versus sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, uaglærte og ergoterapeuter), leverer flere forskellige former for ydelser (sygepleje og personlig pleje versus sygepleje, personlig pleje, praktisk bistand og rehabilitering) og har et bredere borgergrundlag (borgerne kommer tidligere på plejehjem i Nederlandene, men omvendt skal teamene ikke levere praktisk bistand).

De har svært ved at holde kontinuiteten i dagligdagen, fordi i) teamene ikke er selv-dækkende, og ii) der fortsat arbejdsplanlægges monofagligt på tværs af teams. Dette understøttes af lokalerne, hvor teamene deler lokaler to og to og forventes at samarbejde om opgaveløsningen i dagligdagen, og hvor seks teams er samlet på én matrikel. Det understøttes også af eksisterende arbejdstidsaftaler, vagtorganisering og praksis for vagt- og ruteplanlægning, der vedvarende sker med afsæt i distriktet, frem for det enkelte team.

6.3 Det tværfaglige team

Hvor sygeplejerskerne, social- og sundhedsassistenterne og social- og sundhedshjælperne i Buurtzorgs teams prioriterer, at alle skal oplæres til at løse alle opgaver,

ses der fortsat i Kaffe først en faggruppeopdelt tilgang til samarbejdet om opgaveløsningen:

- Sygeplejerskerne løser sygeplejeopgaver, opgaveoverdrager til plejen og dækker ind for hinanden på tværs af teams
- Social- og sundhedsassistenterne løser (så vidt muligt) assistentopgaver og dækker ind for hinanden på tværs af teams
- Social- og sundhedshjælperne og de ufaglærte løser hjælperopgaver og dækker ind for hinanden på tværs af teams.

Der har været et ønske om, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams kunne medvirke til at skabe rammerne for en mere fleksibel og individuel opgaveoverdragelse, baseret på kendskab til de individuelle social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i teamet, og med afsæt i dagens opgaver. I praksis er de eksisterende rutiner for faggruppeopdelt arbejdsdeling og tidsstyring flyttet med ind i projektet, hvilket både frustrerer sygeplejerskerne (der gerne ville overdrage flere opgaver til social- og sundhedsassistenterne for til gengæld at få tid til helhedspleje) og social- og sundhedsassistenterne (der gerne ville overtage dem og løse færre hjælperopgaver).

Ergoterapeuterne er en værdsat samarbejdspartner, der opleves at bidrage med god sparring ind i borgerforløb, at sikre overgange til rehabiliterings- og træningsforløb samt at medvirke til at lette arbejdet (for de øvrige medarbejdere) med ansøgninger om hjælpemidler.

Ergoterapeuterne savner dog mere klare rammer, roller og arbejdsgange for, hvordan de mere konkret skal arbejde med rehabilitering i borgerforløb.

6.4 Det selvstyrende team

Haderslev Kommune har haft en vision for og arbejder fortsat med implementering af en model for selvstyrende teams efter inspiration fra Buurtzorg, hvor teamene får den faglige frihed til selv at tilrettelægge arbejdet inden for rammerne af en styringsmodel baseret på måling af få, centrale kvalitetsindikatorer.

De har udviklet et dashboard med mål for kontinuitet (hjemme- og sygepleje, ikke træning), produktivitet, sygefravær og rehabiliteringseffekt, og de har rekrutteret efter Buurtzorg-inspirerede coaches, der kan understøtte teamene i deres udviklingsarbejde. I praksis er arbejdet med implementering af dashboardet forsinket på grund af et skifte af omsorgssystem, og det har vist sig svært at rekruttere til stillingen

som coach. Det betyder, at disse redskaber kun lige var introduceret for teamene på tidspunktet for VIVEs dataindsamling, og at vi derfor ikke kan sige noget om, hvordan de fungerer i praksis.

Det, VIVEs dataindsamling viser, er, at det har været svært for de decentrale ledere – som tidligere har arbejdet i den almindelige hjemme- og sygepleje, og som både i forbindelse med forsøgsprojektet har haft ansvaret for i) fusionen af hjemme- og sygeplejen, ii) etableringen af en tværfaglige teamstruktur og iii) at arbejde med at understøtte teamene i at tage større ansvar for arbejdsplanlægningen – at lykkes med at overdrage mere ansvar til teamene.

Det skyldes en lang række forskellige faktorer, herunder i) at teamene ikke er selvdækkende, ii) at der ikke er ændret i vagtrul og arbejdstidsaftaler i forbindelse med implementering, iii) at der fortsat planlægges med afsæt i standardiserede ydelser ud fra standardiserede kompetenceskemaer, og iv) at vagt- og ruteplanlægningen fortsat sker med afsæt i distriktet som helhed frem for det enkelte team.

Samtidig har det spillet en rolle, i) at teamene ikke har været fritaget for almindelige driftskrav under udrulningen, samt ii) at den decentrale ledelse ikke nødvendigvis har haft den nødvendige konceptforståelse og kompetence til forandringsledelse.

VIVEs studie bekræfter på denne baggrund erfaringen fra andre studier, nemlig at arbejdet med udvikling af ældreomsorgen efter inspiration fra Buurtzorg bl.a. er svært, fordi Buurtzorg bryder med eksisterende organisering, styring og ledelse på ældreområdet.

Studiet bekræfter også, at nærværende og synlig ledelse – både på strategisk og operationelt niveau – er afgørende for at lykkes i forandringsprocessen.

6.5 **Anbefalinger**

Vi anbefaler med afsæt i dette casestudie og øvrige evalueringer at fortsætte arbejdet med etablering af faste, tværfaglige og selvstyrende teams efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model.

Vi anbefaler samtidig og i denne forbindelse:

- at arbejde med etablering af selvdækkende teams
- at give teamene hvert deres eget teamlokale
- at samle færre teams på én matrikel

- at prioritere tid og kompetence til forandringsledelse
- at genoverveje de administrative sagsange vedr. opgaveoverdragelse og til-
deling af hjælpemidler
- at udvikle en mere tydelig struktur for samarbejde og arbejdsgange omkring
hverdagsrehabilitering på teamniveau.

Disse anbefalinger er ikke kun relevante for Haderslev Kommune, men for alle de andre kommuner, der er beskæftiget med implementering af den nye ældrelov og den kommende sundhedsreform.

Her er kontinuitet, tværfaglighed og lettelse af administrative sagsange vigtige fokusområder.

> Dokumentation

Bilag 1 Design og metode

Denne evaluering af Haderslev Kommune projekt Kaffe først er designet som et komparativt casestudie, hvor Kaffe først sammenlignes med henholdsvis almindelig hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune og Buurtzorg i Nederlandene. Der er tale om et kvalitativt komparativt casestudie baseret på observation og interview.

Feltarbejdet i Buurtzorg Nederlandene og Haderslev Kommune er gennemført på forskellige tidspunkter og med forskellige formål, hvorfor metoder og data afrapporteres særskilt i det følgende. Samlet set er casestudiet baseret på 10 observationsskage (ca. 60 timer) og 18 interview med fagpersoner og ledere samt seks interview med borger/pårørende.

Det fremgår af Bilagstabel 1.1.

Bilagstabel 1.1 Observationer og interview i casestudiet

	Buurtzorg	Almindelig pleje og sygepleje	Kaffe først	Øvrige aktører
Observation	To dages observation med to sygeplejersker fra to forskellige Buurtzorg-teams samt fælles mødeaktiviteter	To dages observation i plejedistrikt med koordinatore, social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent samt fælles mødeaktiviteter En dags observation i sygeplejedistriktet med udekørende sygeplejerske og administrativ funktion	Tre dages observation i et team med koordinator, social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent, sygeplejersker og ergoterapeuter samt fælles mødeaktiviteter	
Interview med ledere og fagpersoner	Coach og central person i back office To sygeplejersker	En koordinator To social- og sundhedshjælpere To social- og sundhedsassistenter En sygeplejerske Distriktsledere	En koordinator En planlægger To social- og sundhedshjælpere To social- og sundhedsassistenter To sygeplejersker To ergoterapeuter Back office inkl. coach Projektledelse	Interview med repræsentanter fra: Visitation Genoptrænings-team Rehabiliteringsteam Uddannelsesteam APV-team Hjælpe-middelteam
Interview med borger/pårørende		To borgere udpeget i samarbejde med VIVE	Fire borgere/pårørende udpeget i samarbejde med VIVE	

Der knytter sig nogle begrænsninger til de indsamlede data. Hvad angår observationer i Kaffe først, er det væsentligt at nævne, at distriktets coach og teams planlægger ikke var tilstede i den uge, VIVEs observationsstudier blev gennemført. Hensigten var at interviewe fire borgere i hver case samt supplere disse interview med sagsgennemgange, men dette viste sig ikke at være muligt. I Buurtzorg var borger/pårørendeperspektivet ikke en del af afsættet for studiet, og derfor trækker analysen her på borgernes anmeldelser af Buurtzorg, som fremgår af Zorgkaart-Nederland. Både beskrivelsen af Buurtzorg og udviklingen i Kaffe først trækker endvidere på sekundær litteratur.

Dataindsamling i Buurtzorg Nederlandene

Dataindsamlingen i Buurtzorg er gennemført i regi af VIVEs udviklingslaboratorium for faste, tværfaglige og selvstyrende teams (og derfor er dele af analysen vedr. teamroller- og samarbejde afleveret i Topholm, 2023). Udvælgelsen af de to teams, der indgår som eksempler på denne organisationsmodel i analysen, er foretaget af Buurtzorg. De to teams er placeret i to forskellige regioner i Nederlandene.

I maj 2023 gennemførte forfatteren et feltarbejde baseret på observationer og etnografiske interview i to teams henholdsvis to dages observationer af dagligdagen for en sygeplejerske fra hvert team og uformelle samtaler med øvrige teammedlemmer. Dette inkluderede også observation af teammøde i et af de to teams. Derudover bestod feltarbejdet af besøg i back office med et gruppeinterview med en central person samt en coach af to timers varighed.

Dette feltarbejde havde primært fokus på at skabe viden om arbejdet med teamroller, arbejdsdeling og samarbejde i Buurtzorgs teams, men derudover var feltarbejdet eksplorativt. Forfatteren tog noter undervejs, som blev skrevet op i detaljer efter hver observationsdag.

I januar 2024 gennemførte forfatteren opfølgende virtuelle interview med både den centrale person i back office og de to sygeplejersker, der indgik i observationsstudierne, af ca. en times varighed. Således består feltarbejdet i alt af fire dages observationer af daglig praksis i Buurtzorg samt tre interview.

Korte citater anvendes til at illustrere analytiske pointer og er oversat fra engelsk til dansk med henblik på at øge læsbarheden.

Dataindsamling i Haderslev Kommune

Dataindsamlingen i Haderslev Kommune gennemførte forfatteren i oktober og november 2023. Haderslev Kommune har udvalgt et plejedistrikt og sygeplejedistrikt

som eksempel på almindelig pleje og sygepleje samt et nyetableret Kaffe først-team (der blev etableret i efteråret 2022 og altså ca. 1 år inden casestudiet) med gode resultater på sygefravær og kontinuitet som eksempel på Kaffe først-distriktet. Caseudvælgelsen er sket ud fra et ønske om at sikre sammenlignelighed i geografi og borgertyngde.

Aktører og samarbejde i borgerforløb

Indledningsvist var fokus for dataindsamlingen at kortlægge aktører og processer i et fiktivt borgerforløb på sundheds- og ældreområdet. Formålet var at få blik for forskelle og ligheder mellem Kaffe først og almindelig pleje og sygepleje ind i det samlede borgerforløb i kommunen.

Derfor bestod første del feltarbejdet af gruppeinterview med repræsentanter fra visitationen, hjælpemiddelteamet, APV-teamet, genoptræningsteamet, rehabiliteringsteamet og uddannelsesteamet. Fokus for interviewene var aktørernes rolle og opgaver i borgerforløbet og oplevelser af samarbejdet med både Kaffe først og almindelig pleje og sygepleje. Analysen af processen frem mod tildeling af hjælp tager afsæt i et fiktivt eksempel på et borgerforløb, hvor borger udskrives fra sygehus til pleje og sygepleje i hjemmet.

Interviewene tog afsæt i en semistruktureret interviewguide med følgende temaer: organisering, rolle og opgaver i borgerforløb samt samarbejdet med hjemme- og sygeplejen og eventuelt andre aktører i borgerforløbet.

Interviewene varede 1-2 timer. Alle interview blev optaget elektronisk, og der er efterfølgende skrevet referat.

Baggrundsinterview

Næste del af feltarbejdet bestod af observationer og interview i de to cases. Til baggrund blev først gennemført gruppeinterview med distriktslederne for henholdsvis plejedistriktet og sygeplejedistriktet samt gruppeinterview med ledelsesfunktionerne i Kaffe først-distriktet, projektledelse og distriktets coach (kaldt back office). Interviewene tog afsæt i en semistruktureret interviewguide med temaerne: organisering, herunder fysisk lokation, antal medarbejdere, sammensætning, funktioner og rekrutteringssituationen, og styring herunder ledelsesstruktur, visitationsmodel, bevillingsmodel og økonomistyringsmodel. I januar 2024 gennemførte forfatteren desuden et interview med projektejeren for at få indblik i implementeringsprocessen. Alle interview varede 1-2 timer, blev optaget elektronisk, og der er efterfølgende skrevet referat.

Casebesøg

Der er gennemført to dages observationer i et plejedistrikt og en dags observation i et sygeplejedistrikt, hvor hver faggruppe/funktion er fulgt i ca. 0,5 arbejdsdag. Efterfølgende er der gennemført tre dages observation i Kaffe først, hvor hver faggruppe/funktion ligeledes er fulgt i ca. 0,5 arbejdsdag. Faggrupper/funktioner er koordinator, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper og ergoterapeut i Kaffe først. VIVE har i begge cases også deltaget i mødeaktiviteter såsom morgenmøder, teammøder og tværfaglige borgerkonferencer.

Fokus for observationsstudierne var et få indblik i den enkelte faggruppe/funktions rolle og opgaver i borgerforløbene samt i dagligdagens struktur og rutiner i hver af de to cases. Observationer blev foretaget ud fra en åben observationsguide med fokus på praksisser, steder og aktører (såvel menneskelige som ikke-menneskelige) i arbejdet. Selvom observationerne har fokus på specifikke individer, er de også informeret af de uformelle samtaler og drøftelser i grupperum, frokostur, på gangen osv., som pågår blandt alle de medarbejdere, der er til stede i løbet af vagterne. Forfatteren tog noter undervejs, som blev skrevet op i detaljer efter hver observationsdag.

Med afsæt i indledende analyse af observationsnoterne gennemførte forfatteren gruppeinterview med hver enkelt faggruppe/funktion på tværs af de to cases. Gruppeinterviewene med fagpersonerne havde til formål at få nuanceret og udbygget de observerede forskelle og ligheder mellem de to cases. Interviewene tog afsæt i en semistruktureret interviewguide: Først blev deltagerne bedt om at fortælle om den væsentligste forandring/forskel mellem almindelig organisering til Kaffe først, herunder betydningen af denne for borgere og medarbejdere. Derefter fokuserede interviewene på oplevelser af samarbejdet mellem pleje og sygepleje (og ergoterapeuter i Kaffe først), oplevelser af styring og rammer og samarbejdet med samarbejdspartnerne i borgerforløbet. Endeligt spurgte interviewene ind til erfaringer med og perspektiver på udbredelse af Kaffe først- konceptet.

Således er der gennemført gruppeinterview med to koordinators, fire social- og sundhedshjælpere og fire social- og sundhedsassistenter. Hensigten var også at afholde gruppeinterview med fire sygeplejersker fra de to cases, men dette var ikke muligt af logistiske og ressourcemæssige årsager. Derfor er der i stedet gennemført virtuelt gruppeinterview med to sygeplejersker fra Kaffe først-temaet og virtuelt interview med en sygeplejerske fra det almindelige sygeplejedistrikt. Der er også gennemført et kort telefoninterview med medarbejderen med planlæggerrolle i Kaffe først-teamet. Alle interview blev optaget elektronisk, og der er efterfølgende taget referat.

Interview med borger/pårørende

Borgernes perspektiver i Haderslev Kommune er indhentet via interview. Det var intentionen også at anvende sagsgennemgang, men dette har ikke været muligt. Formålet med borgerinterviewene er at få indblik i borgernes oplevelser af kvaliteten af plejen i de to cases og eventuelle forskelle heri.

Fagpersonerne i de to cases har udvalgt borgerne og indhentet samtykke fra borgere i samarbejde med VIVE, som på baggrund af observationsdagene har identificeret relevante borgere for interview. Kriteriet for udvælgelse af borgere var, 1) at de har fået pleje af kommunen inden etableringen af Kaffe først-teamet, idet det er væsentligt for at få borgere/pårørendes perspektiver på eventuelle forskelle fra tidligere, 2) at borgerne eller deres pårørende er i stand til at reflektere over og tale om den hjælp, de modtager, og 4) at de borgernes omfang af hjælp er sammenlignelige.

Borgerinterviewene tog afsæt i en semistruktureret interviewguide, der centrerede sig om temaerne: baggrundskaraktistika, omfang og type af hjælp, relationer til personalet, tilfredshed med hjælpen og eventuel oplevelse af forskelle fra etablering af Kaffe først.

Alle interview har varet omkring 30 minutter og er foretaget hjemme hos borgerne. De er optaget elektronisk, og der er efterfølgende taget referat.

Dataanalyse

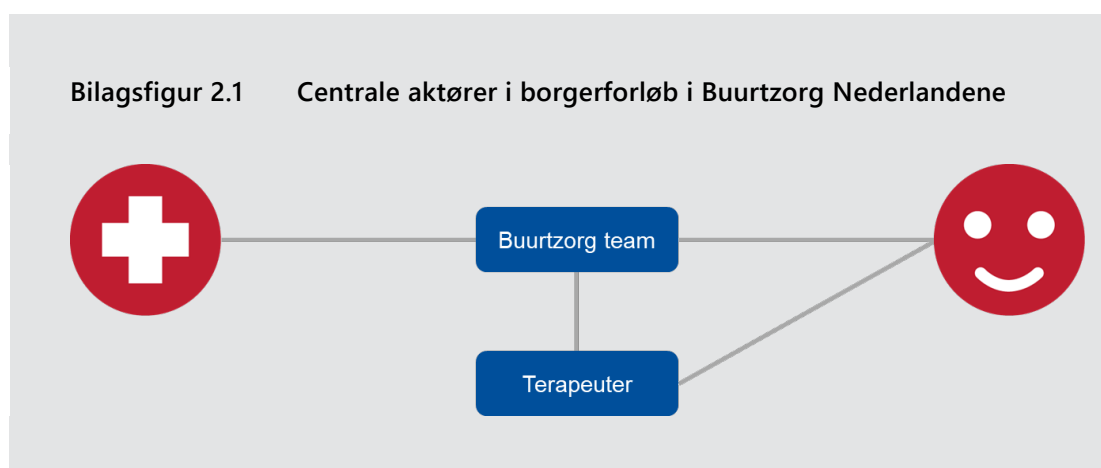
Dataanalysen af interviewmaterialet foregik i tre trin. For det første blev aktører og processer i borgerforløbet i Haderslev Kommunes ældrepleje kortlagt på baggrund af de indledende interview med samarbejdspartnere samt observationsstudierne. For det andet er der foretaget en analyse af hver case. Casebeskrivelserne tog afsæt i temaerne fra interviewene. På baggrund af de tre casebeskrivelser er der for det tredje foretaget en komparativ analyse af forskelle og ligheder mellem henholdsvis Kaffe først og Buurtzorg samt Kaffe først og almindelig pleje og sygepleje. Fokus er på at sammenligne organisering og styring samt arbejdsdeling og samarbejde på tværs af de tre cases. Den komparative analyse illustrerer således, hvordan Kaffe først adskiller sig fra både udgangspunktet i Haderslev Kommune og inspirationskilden Buurtzorg. På den baggrund udvikles konkrete anbefalinger til Haderslev Kommune i det videre udviklingsarbejde.

Bilag 2 Aktører og processer i borgerforløb

I dette bilag findes VIVEs kortlægning af aktører og processer i borgerforløb. Kortlægningen tager afsæt i et fiktivt forløb, hvor en borger udskrives fra sygehus. Det indeholder tykke beskrivelse af, hvem der gør hvad i henholdsvis Buurtzorg, den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune samt Kaffe først.

Buurtzorg

Bilagsfigur 2.1 giver et overblik over de centrale aktører i borgerens forløb efter udskrivelse fra sygehus i Buurtzorg: Sygehuset, Buurtzorg-teamet, borgeren samt evt. tilknyttede terapeuter i Buurtzorg+.



Anm.: Der kan være flere andre aktører involveret i borgerforløbene, som illustration og analyse ikke har medtaget, fx Buurtdienst eller andre leverandører af praktisk hjælp. Terapeuter kan være ansat ved Buurtzorg eller ved andre leverandører og involveres ifølge VIVEs oplysninger typisk, ved at borger eller Buurtzorg-teamet tager kontakt.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af interview.

Udskrivelse fra sygehus

Kortlægningen viser, at udskrivelsen foregår på den måde, at udskrivningskoordinatoren på sygehuset kontakter teamet for at høre, om de har mulighed for at tage en ny borger ind og (hvis ja) koordinere udskrivelsen.

”Det smukke ved Buurtzorg” er ifølge VIVEs interview med medarbejderne i Buurtzorg, at teamene selv kan tage stilling til, i) om de har plads til den nye borger, og i givet fald hvornår (evt. må sygehuset vente et par dage).

Hvis teamet ikke har plads, fortæller de interviewede sygeplejersker, at det er op til sygehuset at finde et andet team eller en anden leverandør. Det kan give udfordringer for sygehusene, og sygeplejerskerne fortæller således også ved interview, at der kan være eksempler på udskrivelsesklare ældre borgere, der ikke kan udskrives,

fordi det ikke er muligt at finde et team eller en leverandør, der er klar til at tage imod dem.

Selve teamet træffer afgørelsen om, hvordan og hvorvidt de har kapacitet til at tage imod en ny borger. Det foregår ved, at de medarbejdere, der er på arbejde den pågældende dag, tager stilling til, om de har kapacitet – og om nødvendigt drøfter det med deres kolleger i teamet. Sygehuset er som regel fleksible i forhold til at finde et tidspunkt for udskrivelsen, der passer teamet, så dette er sjældent et problem. Den sygeplejerske, der er på arbejde, vi derfor aftale udskrivelsesdatoen og planlægge det første besøg – enten på egen eller en anden kollegas køreliste.

Behovsvurdering

Det mere konkrete samarbejde om borgeren tilrettelægges på den måde, at teamet i fællesskab beslutter, hvilken medarbejder der skal være borgerens kontaktperson og have rollen som "ansvarlig sygeplejerske" for forløbet. Den "ansvarlige sygeplejerske" kan enten have en faglig baggrund som sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller social- og sundhedshjælper. Beslutningen af, hvem der skal være den ansvarlige sygeplejerske, afhænger jf. interview med teammedlemmerne af, hvem der har tid og mulighed, og hvem der har specifikke relevante kompetencer og erfaring, fx inden for terminale forløb, psykiske udfordringer mv.

Den ansvarlige sygeplejerske gennemfører ifølge VIVEs casestudier vurderingen af borgers plejebestand og bestiller evt. hjælpemidler ved forsikringsselskabet. Der ligger et krav fra forsikringsselskabet om, at behovsvurderingen skal være afsluttet og sendt indenfor 14 dage, og sundhedsloven stiller samtidig krav om, at det er en sygeplejerske på minimum niveau 5, der godkender vurderingen, mens det i praksis er den "ansvarlige sygeplejerske", der uagtet uddannelsesniveau foretager vurderingen

Samtalen med borgeren (og evt. pårørende) indeholder jf. interview med sygeplejerskerne i Buurtzorg en forventningsafstemning med borgeren omkring, hvad borger selv kan udføre af opgaver, og hvad borgers netværk kan bidrage med – og hvad borger så kan forvente, at teamet leverer. En del af den tidlige forventningsafstemning med borgerne er at understrege, at det bedste er at kunne klare sig selv og at gøre borgere og pårørende interesserede i at være selvhjulpne. Sygeplejerskerne fortæller i den forbindelse, at "nogle gange virker det og andre gange ikke, og så vil de give hjælpen alligevel".

Tildeling af tid og ydelser

"Den ansvarlige sygeplejerske" i Buurtzorg vurderer på baggrund af samtalen med borgeren hvilken sygepleje, borgeren har brug for, og hvor meget tid, teamet har brug for til at levere, koordinere og dokumentere hjælpen.⁵³

Hun har også et fokus på, hvilke opgaver der evt. kan løses i borgerens netværk. I forhold til de ydelser, der skal leveres af teamet, arbejder Buurtzorg med besøg på minimum 15 minutter (af hensyn til medarbejdernes arbejdsforhold) og maksimum 90 minutter (lovbestemt, idet borgere med så omfattende hjælpebehov vil være berettiget til langtidspleje, der leveres under en anden lovgivning).

En sygeplejerske fortæller samtidig, at tidsangivelserne altid vil være 10 % højere end det faktiske behov for at sikre tid til borgerrelateret administration, koordination og udsving i plejebehovet.

Fokus på selvhjulpne og inddragelse af netværk

Samtalen med borgerne og deres pårørende tager afsæt i Buurtzorgs vision om ikke at yde mere pleje, end der er brug for, og derfor understøtte borgerne i at være så selvhjulpne som muligt. Visionen er, at borgeren har ansvaret for at koordinere eget liv: "Det er altid bedre ikke at være afhængig af Buurtzorg. Men vi holder dem i hånden" – som en sygeplejerske i Buurtzorg udtrykker det.

Et eksempel fra observationer er, at et af de to teams er ved at oplære en ægtefælle i stomipleje, fordi parret har et ønske om fortsat at kunne rejse uden at være afhængige af professionel pleje.

Sygeplejerskerne fortæller, at mulighederne for netværksinddragelse afhænger af den enkelte borgersituation, herunder borgers kompetence, hjemmet og netværket. Derfor kan det ikke altid lade sig gøre at inddrage pårørende, naboer eller øvrigt netværk i hjælpen, og sygeplejerskerne fortæller også, at de nogle gange gør "noget ekstra – og mere, end vi bør". De afsøger mulighederne ved at tale med borgeren om familie og netværk og inddrage kontaktpersoner i samtalerne.

De interviewede teams fortæller, at der ikke er en fast struktur for, hvordan de arbejder med netværksinddragelse i praksis. Det handler dels om at understøtte og fastholde "det, som allerede er der", dels om at være nysgerrig og opsøgende på mulighederne i netværket og lokalområdet. Eksempelvis observerer VIVE et borgerbesøg, hvor borger fortæller, at hun føler sig meget ensom og begrænset af sin sygdom, og sygeplejersken afdækker, om der er interesse for at finde en besøgsven og går videre med at koordinere det for borgeren. Forventningsafstemningen med

⁵³ Alt dette får Buurtzorg betaling for via sin aftale med forsikringsselskabet.

borgeren sker også løbende i forløbet. For eksempel viser observationer et borgerbesøg, hvor sygeplejersken sætter sig ned sammen med borgeren for at dokumenteret besøget og taler med borgeren om, at hjælpen gradvist vil blive sat ned igen, i takt med at hun får det bedre (efter en indlæggelse). Sygeplejersken fortæller, at borgeren er indforstået med det, og at borgeren ikke har forventninger om at få mere hjælp, end hun har brug for. Et andet eksempel er, at sygeplejersken, VIVE følger, taler med borgers rengøringshjælp (praktisk hjælp i Nederlandene leveres efter anden lovgivning) under besøget om, hvordan borgeren har det, og de følger bl.a. op på borgers medicin sammen.

Interviewpersonerne oplever ikke, at forventningsafstemning og inddragelse af netværk volder udfordringer i samarbejdet med borgerne. De oplever tværtimod, at borgerne er taknemmelige for at få hjælp og ikke stiller krav, som teamet oplever ikke at kunne honorere. De giver flere forklaringer på dette og beskriver det gennemgående som "en hollandsk ting". Regeringen har indført en 'Participation Law' for at kommunikere til befolkningen, at de forventes at tage del i plejen. Som sygeplejerskerne siger, har befolkningen fået at vide, at de skal "gå i bad med deres nabo". I Nederlandene har borgerens familie en formel forpligtelse til at bistå med pleje og omsorg i det omfang, de er i stand til det. Dette er afspejlet i et lovkrav om, at lettere pleje- og omsorgsopgaver i udgangspunktet kun er dækket af det offentlige forsikringssystem, hvis borgerens pårørende ikke har mulighed for at udføre opgaven. Dertil oplever sygeplejerskerne, at der i befolkningen generelt er en stor bevidsthed om manglen på sundhedspersonale, og at det har betydning for, hvad man som borger kan forvente af sundhedsvæsenet.

Revurdering hver tredje måned

I Nederlandene er det et lovkrav at gennemføre revurderinger af borgerens behov for pleje hver tredje måned. I praksis følger medarbejderne i de to teams dog løbende op på og tilpasser hjælpen til borgers aktuelle behov. De fortæller, at de løbende dokumenterer den anvendte tid og opdaterer behovsvurderingerne, når den tid, de har brug for, ændrer sig (op eller ned). Det er nødvendigt for teamet at dokumentere over for forsikringsselskaber, hvorfor de bruger mere eller mindre tid. Det sker, når besøgene kontinuerligt tager mere eller mindre tid end vurderet, og når afgivelsen er større end den margin på 10 %, der jf. interview er aftalt med forsikringsselskaberne. Typisk vil beslutninger om justering af hjælpen ske med afsæt i en fælles drøftelse mellem medarbejderne i teamet på teammøder hver anden uge, men den enkelte sygeplejerske kan i princippet selv justere tiden.

Derudover har teamet egne aftaler om, hvor ofte de fast gennemgår behovsvurderingerne. Casestudiets ene team bestræber sig fx på at revurdere komplekse forløb en gang om året. Det andet team fortæller, at deres kadence af opfølgninger afhænger af, om det er nødvendigt at prioritere ressourcerne på andre opgaver. Der

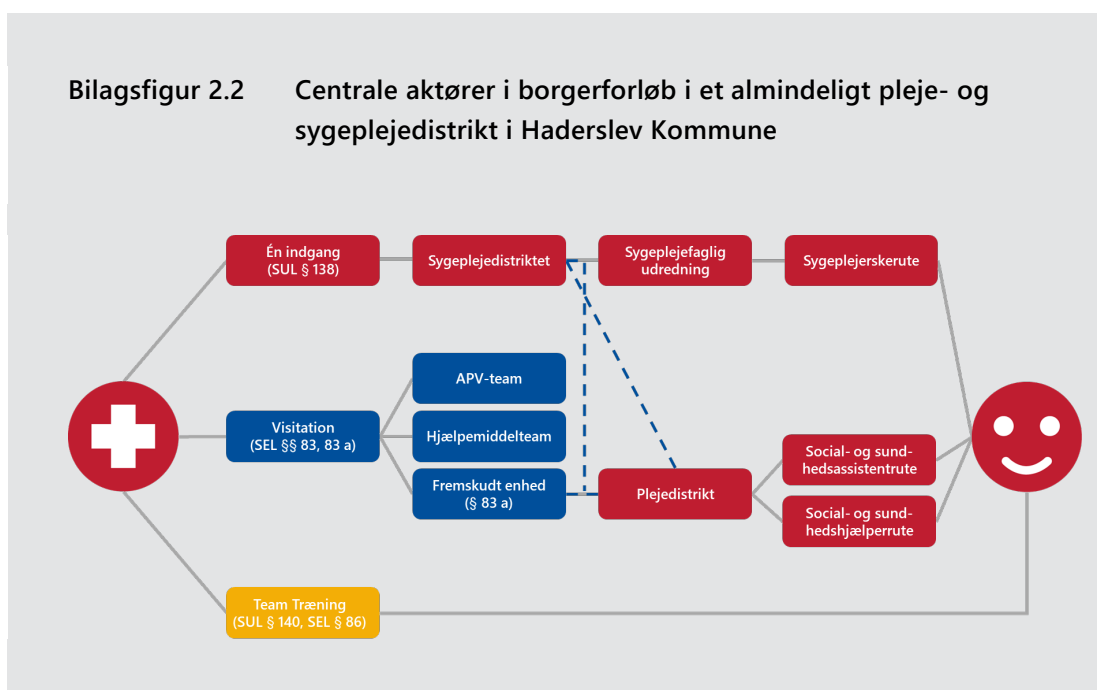
er dog enighed om, at revurderinger på teamniveau hvert halve år er det mest optimale trods lovkravet på opfølgninger hver tredje måned.

I forlængelse heraf er der en teamrolle i Buurtzorg som 'informant', hvilket betyder, at en eller flere medarbejdere har til opgave at følge op på, 1) om der er nogle åbne behovsvurderinger, som ikke er sendt til forsikringsselskabet, og 2) om den bevilgede tid stemmer overens med den leverede tid. Det skyldes, at forsikringsselskaberne laver stikprøvekontroller, og Buurtzorg stiller data til rådighed på individniveau, så teamet kan se, om det er bestemte medarbejdere og/eller teams, der bruger mere/mindre tid hos borgeren, end der er bevilget.

Almindelig hjemme- og sygepleje

Kortlægningen af de aktører, der er involveret i borgerens forløb efter udskrivelse i den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune, fremgår af Bilagsfigur 2.2.

Her er de centrale aktører: Sygehuset, visitationen, APV-teamet, hjælpemiddelteamet, træningsteamet, den fremskudte rehabiliteringsenhed samt sygeplejen og plejen, der igen er fordelt på henholdsvis assistent- og hjælperruter.



Anm.: Der er flere andre aktører på sundheds- og ældreområdet i Haderslev Kommune, som illustration og analyse ikke har medtaget. I illustrationen bliver borger visiteret til et rehabiliteringsforløb ved Fremskudt enhed, men borger vil også kunne blive visiteret direkte til plejedistriktet.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af observationer og interview.

Udskrivelse fra sygehus

Udskrivelsen fra sygehus i den almindelige hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune foregår på den måde, at sygehuset sender en plejeforløbsplan til visitationen på henholdsvis sundheds- og servicelovsområdet – dvs. at den bliver modtaget to steder i kommunens myndighedsafdeling.⁵⁴ På sundhedslovsområdet vurderer *myn- dighed* med afsæt i plejeforløbsplanen, hvorvidt sygeplejeydelserne skal leveres af udekørende hjemmesygeplejersker, på sygeplejeklinik, af kompressionsteamet eller af e-distriktet (som leverer hjælpen via teknologiske løsninger, fx medicindispenser).

På servicelovsområdet vurderer visitator med afsæt i plejeforløbsplanen og eventuel samtale med borger/pårørende/sygehuspersonale borgers behov for personlig pleje og praktisk hjælp (efter SEL § 83 eller SEL § 83a), og hvorvidt hjælpen skal leveres af plejedistriktet eller andre aktører (e-distriktet, plejehjem i eget hjem-teamet eller rehabiliteringsteamet).

Sygeplejens tildeling af tid og ydelser

I tilfælde, hvor sygeplejen skal leveres af sygeplejedistriktet, vil de sygeplejersker, der er i vagt, modtage plejeforløbsplanen og planlægge et besøg med en sygeplejefaglig udredning så tidligt, det er muligt – tilpasset borgers eventuelle ønsker. I mellemtiden, hvis der er behov for det, leverer sygeplejerskerne de ydelser, der fremgår af plejeforløbsplanen (fx en medicindosering om aftenen).

På baggrund af den sygeplejefaglige udredning vurderer den udførende sygeplejerske, hvilke ydelser efter indsatskataloget på sundhedslovsområdet, borger har behov for, og hvor meget tid der kan bruges på det – herunder, hvilke der skal leveres af en sygeplejerske, og hvilke der kan overdrages til plejedistriktet.

Overdragelsen af opgaver til plejedistriktet indebærer, at de skal oprette ydelser med forskellige tidspunkter på forskellige dage på ugen, da tidsangivelserne afhænger af, om plejen kommer i hjemmet på forhånd (fx to gange om ugen i forbindelse med et bad). De skal samtidig oprette ydelser og skrive handlingsanvisninger i alle vagtlag (fx dag, aften), så det bliver læst af alle relevante medarbejdergrupper i plejen.

Tidsangivelserne for ydelserne tager afsæt i de tidsangivelser, der fremgår af kommunens ydelseskatalog, men det er ikke altid, de passer med den tid, det tager at levere dem, og derfor fortæller sygeplejerskerne, at de bruger en del tid på at dokumentere den reelt leverede tid (dette er et krav, når de afviger fra standarden).

⁵⁴ Bilagsfigur 2.2 viser også, at i 'tilfælde, hvor borger udskrives med en genoptræningsplan (SUL § 140), bliver denne modtaget og leveret af kommunens *genoptræningsteam* (Team Træning).

Når personalet i plejen har brug for mere eller mindre tid til en sundhedslovsydelse eller har brug for en ny ydelse (fx hvis der er kommet en medicinændring, som kræver en ny dosering), har det traditionelt været sådan, at de skulle lægge en opgave tilbage til sygeplejedistriktet og beskrive behovet for tildeling af eller justering af hjælpen samt hvorvidt personalet er i hjemmet i forvejen. Herudfra skulle en sygeplejerske vurdere, hvilken ydelse borgeren skulle have, og hvilken tid der kunne sættes af til den – igen med afsæt i indsatskataloget – og med behov for dokumentation af behovet for evt. afvigelser.

Fordi denne skriftlige dialog og proces er blevet oplevet som besværlig og tidskrævende, har Haderslev Kommune for nyligt iværksat en afprøvning, hvor koordinatoren i plejedistriktet har fået kompetence til at justere op og ned i tid inden for en tildelt sygeplejeydelse. Plejepersonalet kan i dette tilfælde "nøjes med" at gå til koordinatoren – de (og/eller koordinatoren) skal ikke først over sygeplejedistriktet. Det opleves som positivt og en lettelse, både af de udførende medarbejdere og koordinаторerne i plejen.

Plejen er dog generelt af den opfattelse, at sygeplejerskerne har en tendens til at overdrage mindre tid til en ydelse, end de har krav på jf. indsatskataloget, og de opfatter de forskellige økonomistyringsmodeller på området som årsag hertil (idet sygeplejerskerne kan have en interesse i at "beholde pengene i sygeplejen").

Visitationens tildeling af tid og ydelser til hjemmeplejen

Den centrale visitation på servicelovsområdet bevilger hjælpen inden for personlig pleje i fire pakker. Det sker ud fra det gennemsnitlige funktionsniveau inden for de tilstande, hvor borger har et plejeb behov, i henholdsvis dag, aften og nat.

Pakke 1 og 2

Vurderer visitator, at borger skal bevilges en pakke 1 eller 2 (på hhv. 56 og 140 gennemsnitlige minutter pr. uge), er det kommunens rehabiliteringsteam, som leverer et rehabiliteringsforløb (efter SEL § 83 a).

I tilfælde, hvor borger bevilges et rehabiliteringsforløb, skal sygeplejerskerne i sygeplejedistriktet samtidig vurdere, om der er et rehabiliteringspotentiale på sundhedslovsydelseerne. De ydelser, fx medicindosering, som sygeplejersken vurderer, borger kan læres op i at varetage, leverer rehabiliteringsteamet (som er tværfagligt sammensat), mens den almindelige sygepleje leverer eventuelle andre ydelser, der ikke er rehabiliteringspotentiale på. Når forløbet afsluttes enten før eller efter de otte uger, der er bevilget til et rehabiliteringsforløb i Haderslev Kommune, sender rehabiliteringsenheden besøgsplanen og en opgave til plejedistriktet og sygeplejedistriktet. Visitator træffer afgørelse om varig hjælp inden for personlig pleje og

praktisk hjælp baseret på teamets vurdering og dokumentation for borgers funktionsniveau i besøgsplanen.

Pakke 3 og 4

Vurderer visitator, at borger skal bevilges en pakke 3 eller 4 (på hhv. 336 og 518 gennemsnitlige minutter pr. uge), sender visitator en beskrivelse af plejebehovet og den bevilgede hjælp til plejedistriktet samt sætter den relevante pakke og de relevante tilstande på borgersagen i omsorgssystemet. Visitator sender endvidere et afgørelsesbrev til borger, hvori det fremgår, hvilke indsatser borger er berettiget til (fx hjælp til bad eller anretning af måltider). Med det vurderede funktionsniveau og den valgte pakke får plejedistriktet x antal visiteret minutter til at levere. Det samme gør sig gældende i tilfælde, hvor borger overgår fra et rehabiliteringsforløb til varig pleje.

I plejedistriktet modtager en **koordinator** sygehusets plejeforløbsplan fra visitationen sammen med den pakke, der er bevilget til borgeren. Det er op til koordinatoren sammen med det udførende personale at vurdere, hvordan pakken skal "pakkes ud" i forhold til de konkrete indsatser, som er beskrevet i dokumentationen fra visitationen, og hvor ofte disse skal leveres.

Det er også koordinatoren i plejedistriktet, som planlægger med de visiterede indsatser (se afsnit 3.6), og de kan jf. interview både over- og underplanlægge i forhold til den bevilgede tid og med afsæt i borgers aktuelle behov. Ud fra plejeforløbsplanen vil koordinator skrive en foreløbig besøgsplan, som det udførende personale skal følge. Besøgsplanen beskriver de konkrete indsatser, de ønskede besøgstidspunkter og borgers deltagelse i udførslen af indsatserne. Disse indsatser og beskrivelser fremgår – sammen med eventuelle 'overdragede sygeplejeindsatser' – af det udførende personales besøgsplaner (kørelister), som er planlagt efter faggruppe, dvs. 'assistentruter' og 'hjælperruter'.

Det udførende personale og koordinator i plejedistriktet bruger **de første par uger** på at afdække det konkrete behov for pleje og løbende justere besøgsplanen med brug af de faglige termer, som visitator træffer afgørelse ud fra. Justeringer af den bevilgede hjælp **senere i forløbet** sker ligeledes med afsæt i besøgsplanen. Det fremgår af data, at koordinator først vurderer, om der kan sættes mere tid af til et besøg, eller der kan planlægges med et besøg mere, fx hjælp til at komme på toiletet om eftermiddagen inden for pakken og den samlede plejetyngde i distriktet (jf. 'gynger og karruseller'-princippet, hvor den andel leveret tid, der overstiger den planlagte, forventes at gå lige op med andel leveret tid, der er lavere end den planlagte).

Selvom behovet for ændringer eksempelvis er i dagvagt, skal besøgsplanen også være opdateret for aftenvagternes vedkommende. Dermed skal koordinator først

lægge en opgave til aftenvagten og bede dem om også at opdatere besøgsplanen. Når aftenvagten vender retur, med at besøgsplanen er opdateret, vil koordinatoren sende en opgave til visitationen, hvor de angiver, at besøgsplanen er opdateret, og beder visitator om at vurdere borgers funktionsniveau, fx "problemer omkring måltider – besøgsplan opdateret – vil du vurdere funktionsniveau?".

Ud fra den opdaterede besøgsplan vurderer visitator således borgers gennemsnitlige funktionsniveau inden for de angivne tilstande dermed, om der er brug for samme/større/mindre pakke. Kan visitator ikke vurdere funktionsniveauet ud fra besøgsplanen, sender de en opgave tilbage til koordinatoren, som enten selv eller via det udførende personale vil opdatere besøgsplanen på ny.

Justeringer af hjælpen sker også via revisitationsmøder i plejedistriktet hver 14. dag. Her deltager den tilknyttede visitator, koordinatoren og eventuelt også borgers kontaktperson. På hvert revisitationsmøde drøfter de ca. 10 borgere, som koordinatoren har udvalgt ud fra en vurdering af, hvilke borgere de henholdsvis over- eller underplanlægger set i forhold til den bevilgede pakke. Formålet er at sikre, at den bevilgede hjælp stemmer overens med den leverede hjælp. På møderne tilretter visitator funktionsniveauerne for hver tilstand med afsæt i en opdateret besøgsplan og dialogen med koordinator og udfører.⁵⁵

Det fremgår, at der er positive oplevelser med muligheden for dialog med visitator, omend der fra udførers side er ønske om at kunne deltage på møderne. De oplever dog generelt, at pakkerne – og den medfølgende tid – er standardiserede og ikke tager højde for den individuelle borger, samt at processen omkring revisitation er besværlig og til tider langtrukken.

Der er således et ønske om større faglig frihed fra de udførende medarbejderes side, hvilket ikke er honoreret i den eksisterende hjemme- og sygepleje.

Hjælpemidler

Hjælpemidler i den almindelige hjemme- og sygepleje er et kapitel for sig, og her skelnes mellem APV-hjælpemidler (hjælpemidler, der er nødvendige ud fra et hensyn til medarbejderen, fx en plejeseng) og personlige hjælpemidler (hjælpemidler, der er nødvendige for borgeren, fx bleer).

APV-hjælpemidler: I det omfang, der er brug for APV-hjælpemidler, skal der i nogle tilfælde foretages en APV-vurdering, inden visitator kan give besked til sygehuset om, at borger kan udskrives til hjemmet. APV-vurderingen beskriver hvilke hjælpemidler, personalet har brug for, for at de kan levere hjælpen arbejdsmiljømæssigt forsvarligt, fx en plejeseng. Visitationen vil i dette tilfælde undersøge, om der allerede foreligger en brugbar APV (fordi der er tale om en kendt borger, og der

⁵⁵ Disse møder har været implementeret ca. et års tid på interviewtidspunktet.

allerede er foretaget en APV), eller om der skal udarbejdes en, inden hjælpemidlerne kan bestilles, og borgeren udskrives.

Hvis der er behov for, at der hurtigt skal udarbejdes en APV, sender visitator opgaven til myndighedsafdelingens APV-team, der udfører APV-vurderinger, bestilling af APV-hjælpemidler og rådgivning til hjemmeplejen og sygeplejen. Her vil den APV-konsulent, der er i udskrivelsesvagt, køre ud og foretage APV-vurderingen og bestille de fornødne hjælpemidler ved hjælpemiddelteamet (se nedenfor for en beskrivelse).

I tilfælde, hvor der er tale om en kendt borger, hvor der allerede er foretaget en APV-vurdering, vil visitationen sende en besked til plejedistriktet om, at der er brug for APV-hjælpemidler. Den medarbejder, der har opgaven som APV-ansvarlig, skal herefter vurdere, om der er brug for at gennemføre ny APV-vurdering, eller om den gamle kan bruges⁵⁶. Skal der gennemføres en ny APV-vurdering, vil medarbejderen lægge en opgave til APV-teamet, som ud fra plejedistriktets dokumentation vurderer hvilke APV-hjælpemidler, de kan bestille ved hjælpemiddel-teamet, som efterfølgende er ansvarlige for at vurdere dokumentationen og sørge for, at de fornødne hjælpemidler bliver leveret i borgerens hjem.

Interview med medarbejderne i plejen viser, at disse processer omkring bestilling af APV-hjælpemidler generelt set som bureaukratiske og tidskrævende, fordi godkendelsen af den udførte dokumentation opleves som et "ekstra led" og kan være forbundet med "skriven frem og tilbage".

Der meldes både om eksempler på borgere, der udskrives fra sygehus, uden at personalet har de fornødne hjælpemidler, og på, at personalet beholder hjælpemidler i borgernes hjem længere end nødvendigt, fordi de ikke ved, hvornår de får brug for dem igen, og de altid kan være gode at have.

Personlige hjælpemidler: Er borger udskrevet med behov for personlige hjælpemidler, fx en badebænk eller bleer, sender visitator plejeforløbsplanen til myndighedsafdelingens hjælpemiddelteam. Her træffer de sagsbehandlende terapeuter afgørelse om hjælpemidler efter SEL §§ 112, 113 og 113b, 114 og 116.

Hjælpemiddeltherapeuten i udskrivelsesvagt vurderer først, om det er sygehuset eller kommunen, der skal levere hjælpemidlet, alt efter om der er tale om et midlertidigt eller varigt nedsat funktionsniveau. Det sker med afsæt i plejeforløbsplanen og eventuel telefonsamtale med borger/pårørende og afhænger desuden af, om borger er udskrevet med en genoptræningsplan. Er der tale om et varigt nedsat

⁵⁶ Det er også den medarbejder, der har rollen som APV-ansvarlig, der skal sørge for at bestille hjælpemidlerne ved hjælpemiddelteamet.

funktionsniveau, vurderer og bevilger hjælpemiddelterapeuten de personlige hjælpemidler.

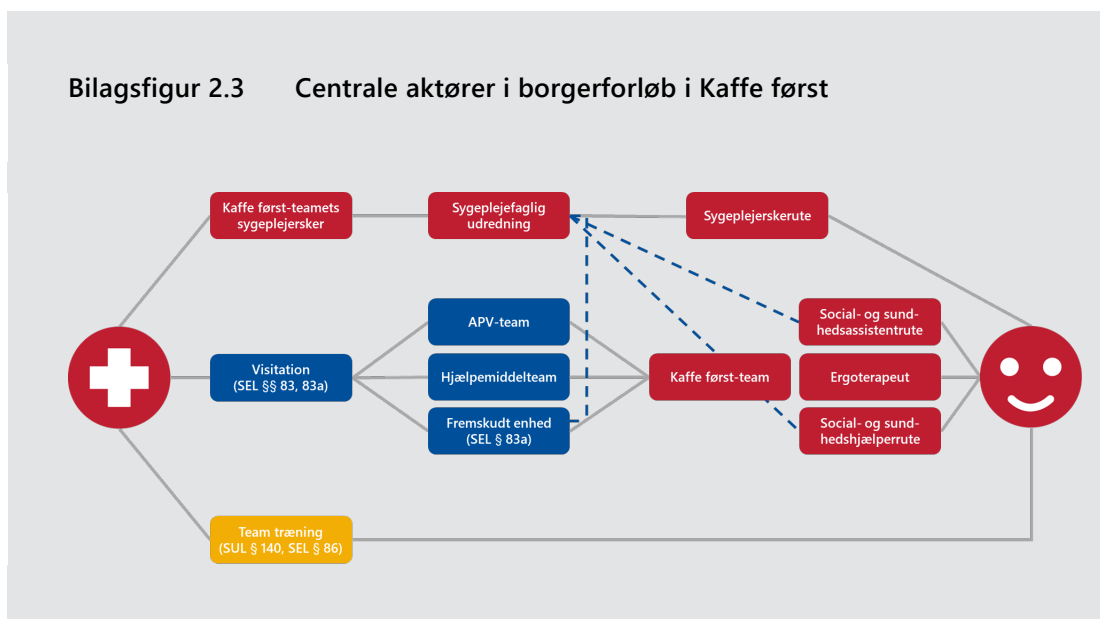
I tilfælde, hvor borger er bevilget et midlertidigt hjælpemiddel (som leveres af sygehus, genoptræningsteam eller rehabiliteringsteam), men funktionsniveauet viser sig at være varigt nedsat, er det borgerens ansvar at søge kommunen om at få bevilget hjælpemidlet på ny. Det fremgår dog, at koordinatorene i plejedistriktet ofte vil hjælpe borgerne med dette, da det ikke er alle borgere, der har de fornødne evner til at skrive ansøgningerne.

Personalet i plejen oplever, at de bruger meget tid på ansøgning om hjælpemidler, og herunder på at tilvejebringe den nødvendige dokumentation for, at borgerne har brug for ét hjælpemiddel frem for et andet.

Kaffe først

Kortlægningen af aktørerne i borgerens forløb efter udskrivelse i Kaffe først fremgår af Bilagsfigur 2.3. Figuren viser, at der er mange overlap med den almindelige hjemme- og sygepleje, men at der alligevel er forskelle, både i forhold til samarbejdet mellem team og myndighed, samarbejdet mellem sygeplejen og hjemmeplejen og samarbejdet med terapeuterne (som er integreret i distriktet).

Bilagsfigur 2.3 illustrerer forløbet i Kaffe først.



Anm.: Der er flere andre aktører på sundheds- og ældreområdet i Haderslev Kommune, som illustration og analyse ikke har medtaget. I illustrationen bliver borger visiteret et rehabiliteringsforløb ved Fremskudt enhed, men borger vil også kunne blive visiteret direkte til Kaffe først-teamet.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af observationer og interview.

Udskrivelse fra sygehus

Henvendelsen fra sygehuset sker fortsat via kommunens myndighedsafdeling, men med den forskel, at plejeforløbsplanen sendes til sygeplejerskerne i Kaffe først, samtidig med at de sendes til udskrivelseskoordinatoren i visitationen. Hermed undgås unødigt ventetid i administrationsprocessen.

Sygepleje

Sygeplejerskerne i Kaffe først modtager plejeforløbsplanen for borgerne i det team, de er tilknyttet, og træffer (ligesom i den almindelige hjemme- og sygepleje) beslutning om, hvilke sygeplejeydelser borgeren skal have – og hvad der kan overdrages til plejen – med afsæt i de standardiserede ydelser og gennemsnitstider, der fremgår af kommunens ydelseskatalog.⁵⁷

Når en af social- og sundhedsmedarbejderne har brug for mere eller mindre tid eller har brug for en ny ydelse, går dialogen direkte med sygeplejersken i teamet (den skal ikke først over koordinatoren). Den foregår mundtligt og/eller skriftligt, alt efter om sygeplejersken er på arbejde på det tidspunkt, hvor problemstillingen optræder – men med større sandsynlighed for mundtlighed end i den almindelige hjemme- og sygepleje, idet hjemme- og sygeplejen deler lokaler og er del af samme team.

Pleje og praktisk hjælp

I forhold til servicelovsområdet (personlig pleje og praktisk bistand) er det også fortsat visitationen, der træffer afgørelse om, hvorvidt borgeren skal tildeles den ene eller den anden pakke – og i tilfælde, hvor borgeren vælger den kommunale leverandør af personlig og praktisk bistand inden for pakke 3-4, sender opgaven til Kaffe først-distriktet. Det er også her koordinatoren, der pakker pakken ud og lægger ydelser på de ruteplaner, der efterfølgende fordeles til de medarbejdere, der er mødt på arbejde.⁵⁸

Medarbejderne oplever, at de møder ind til prædefinerede kørelister, og at de kun i begrænset omfang har mulighed for at ændre på de tider, der fremgår af listen. Hvis de oplever behov for ændringer, skal de tage det op med koordinatoren, der har mulighed for at ændre på tiderne, så længe der samlet set ikke bruges mere tid, end der er disponeret til distriktet som helhed (princippet om gynger og karusseller).

⁵⁷ Her er der de samme udfordringer som beskrevet under den almindelige hjemme- og sygepleje.

⁵⁸ Planen er, at planlæggerne i teamet på sigt skal oplæres i at sætte ydelser på og justere i de tider, der afsættes til hver enkelt ydelse til borgerne. Dette arbejde var imidlertid endnu ikke påbegyndt på tidspunktet for VIVEs evaluering.

De borgere, der ligger over og/eller under det, der kan forventes inden for rammen af pakken, drøftes fortsat på de fjorten dages-møder, der afholdes i teamet, og hvor visitator deltager.

De fælles møder fremmer den gensidige dialog og forståelse og medvirker til at styrke den faglige dialog om borgerens behov og den mere praktiske tilrettelæggelse af hjælpen i hjemmet. De ændrer dog ikke på de mere grundlæggende udfordringer, der handler om, at der fortsat bruges tid på visitation og visitationsprocesser, samt at medarbejderne fortsat føler sig begrænsede i den indsats, de kan levere til borgerne i hjemmet.

Hjælpe midler

I forhold til APV-hjælpe midler og personlige hjælpe midler er der ingen ændringer i de overordnede sagsgange, men det fremgår ved interview, at ergoterapeuterne i Kaffe først understøtter social- og sundhedsmedarbejderne i APV-ansøgningerne, hvilket opleves at lette sagsgangene. Oplevelsen er, at ergoterapeuterne bedre end social- og sundhedspersonalet skriftligt kan argumentere for de fornødne hjælpe midler.

Ergoterapeuterne har samtidig en stor rolle i forhold til bestilling af personlige hjælpe midler, og de sætter i forbindelse med interview spørgsmålstejn ved, om det er dette (eller det mere direkte borgerrelaterede arbejde med rehabilitering), de mest hensigtsmæssigt fremadrettet bruger tiden på i udviklingsprojektet.

Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at visitationen til hjemme- og sygepleje i den almindelige sygepleje i Haderslev Kommune på mange måder er mere omstændelig end i det nederlandske system.

Det skyldes først og fremmest, at borgerne i det nederlandske system visiteres direkte til teamet, (som kan sige nej, hvis de oplever at have for meget at lave) og ikke først skal over kommunens myndighedsafdeling og derefter over henholdsvis sygeplejen (der kan opgaveoverdrage til hjemmeplejen) og koordinator i hjemmeplejen (der pakker pakken ud og sætter ydelser på), hvorefter opgaverne skal leveres – for *det har borgerne ret til*.

I Kaffe først er der sket nogle mindre ændringer i forhold til visitationen af hjælp efter service- og sundhedsloven, idet plejeforløbsplanen går direkte til sygeplejerskerne i teamet, som fortsat er selvvisiterende på sygeplejeydelser inden for rammen af kommunens ydelseskatalog, og som fortsat bruger tid på at opgaveoverdrage ydelser til plejen. Det opfattes som omstændeligt og giver anledning til

forhandling af tid og tider mellem hjemme- og sygeplejen – også selv om de i forsøgsdistriktet er under samme budget.

Ifølge serviceloven er det koordinator, der har ansvaret for at pakke pakken op – sætte tider på – og justere i tiden inden for rammen af pakken – eller evt. også uden for rammen af denne. De udførende medarbejdere oplever dog fortsat, at pakkerne er snærende, og at det er en udfordring i arbejdet med borgerne, at de skal holde sig inden for de prædefinerede tider, der fremgår af kommunens ydelseskatalog.

For hvad angår APV-hjælpemidler og personlige hjælpemidler, fremgår det, at ergoterapeuterne er en stor hjælp for social- og sundhedspersonalet, men at ergoterapeuterne samtidig bruger meget af deres tid på dette, idet sagsgangene fortsat opleves som omstændelige.

Litteratur

- Buch, M.S. (2020). *Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje: Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvninger i en dansk kontekst*. København: VIVE.
- Buch, M.S. (2021). *Introduktion til den hollandske Buurtzorg-model. PowerPoint-præsentation for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, d. 8.11.2021*. Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- Buch, M.S. & Foged, S.K. (2024). *Fælles om opgaven, sammen om borgeren – etablering af selvstyrende teams i Allerød Hjemmepleje: Slutevaluering*. København: VIVE.
- Buch, M.S. & Topholm, E.H.-E. (2022). *Ikast-Brande Kommunes "erantisprojekt": Opsamling af læring, oplevede resultater og opmærksomhedspunkter*. København: VIVE.
- Buch, M.S. & Topholm, E.H.-E. (2023). *Evaluering af puljen til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen: Midtvejsrapport*. København: VIVE.
- Buch, M.S., Topholm, E.H.-E. & Christensen, J. (2024). *Faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen – erfaringer fra 25 kommuner: Evaluering af Socialstyrelsens pulje til faste teams*. København: VIVE.
- Bøgeskov, B.O. & Segoli, G. (2024). Implementing interdisciplinary Buurtzorg derived teams in Danish municipalities: Qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 44, 1-13.
- Finansministeriet. (2023). *Økonomisk Analyse: Rekruttering af velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden*. København: Finansministeriet.
- Foged, S.K. & Kjellberg, P.K. (2024). *Sammen med borgeren: Forsøg med faste teams tilpasset borgerens aktuelle situation. Evaluering af et udviklingsprojekt i Tårnby Kommune*. København: VIVE.
- Haderslev Kommune. (2020). *Ansøgning til puljen for nærvær og omsorg i ældreplejen*. Internt projektdokument fra Haderslev Kommune udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen. Haderslev: Haderslev Kommune.

- Haderslev Kommune. (2021). *Ansøgning til puljen til faste teams i ældreplejen*. Internt projektdokument fra Haderslev Kommune udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen. Haderslev: Haderslev Kommune.
- Hegedüs, A., Schürch, A. & Bischofberger, I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 1-13.
- Hjort-Enemark, E., Meier, N. & Hald, A.N. (2025). On the interplay between boundary work and organizational context. *Journal of Organizational Sociology*, 3(1), 127-158.
- Kjellberg, P.K. (2021). *Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brandø Kommune: Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K. (2023a). *Kaffe først – mennesket før bureaukratiet: Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Haderslev Kommune*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K. (2023b). *Mere Værdig Pleje: Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Syddjurs Kommune*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K., Bech, M., Kjellberg, J. & Buch, M.S. (2022). *Brugertidsprocenter i ældreplejen: Notat om forskelle og ligheder mellem BTP-modellen (Danmark) og Buurtzorg-modellen (Holland)*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K. & Buch, M.S. (2022). *Medarbejdersammensætning i Buurtzorg sammenlignet med den danske ældrepleje. Notat*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K., Buch, M.S. & Anderberg, E.M. (2023). *Nærhed i omsorg: Evaluering af seks kommunale udviklingsprojekter*. København: VIVE.
- Bech, M., Buch, M.S. Kjellberg, P.K. & Kjellberg, J. (2021). *Buurtzorg behøver ikke være økonomichefens værste mareridt*. <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/vive-buurtzorg-koncept-behoever-ikke-vaere-oekonomichefens-vaerste-mareridt>
- Kjellberg, P.K., Buch, M.S., Kjellberg, J. & Bech, M. (2023). *Buurtzorg – den organisatoriske grundmodel. Notat*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

- Kjellberg, P.K. & Topholm, E.H.-E. (2023). *Organisering af BUM-modellen på ældreområdet*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K. & Aarhus, R. (2025). *Mere værdig pleje 5 år efter projektopstart: Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Syddjurs Kommune*. København: VIVE.
- Pedersen, M.H. (2024). *Implementering af selvstyrende teams i ældreplejen: Et studie af nye styringsformer og omsorgspraksisser*. Ph.d.-afhandling. Roskilde: Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet.
- Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J. & Kjellberg, P. (2017). *Rehabilitering på ældreområdet – hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?* København: Sundhedsstyrelsen.
- Topholm, E.H.-E. (2023). *Teamroller i Buurtzorg og faste, tværfaglige og selvstyrende teams*. Notat. København: VIVE.
- Aarhus, R. & Fischer, R.H. (2025). *Borgeres og pårørendes oplevelser af ældrepleje i faste, tværfaglige og selvstyrende teams*. København: VIVE.

