

Kaffe først – mennesket før bureaukratiet

Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i
Haderslev Kommune



Kaffe først – mennesket før bureaukratiet. Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Haderslev Kommune

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-149-5

Arkivfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301817

Finansiering: Sundhedsstyrelsen

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Haderslev Kommune har fået midler fra Sundhedsstyrelsen til et udviklingsprojekt, der vil oversætte Buurtzorg-modellen til offentlig drevet dansk ældrepleje.

Projektet er gennemført i samarbejde mellem Haderslev Kommune, Public Rebels, VIVE og Buurtzorg.

Haderslev Kommune har i forbindelse med projektet etableret to faste, tværfaglige og selvstyrende teams, der samarbejder om at levere hjemmepleje og hjemmesygepleje til borgerne i Vojens by.

De har også lagt en plan for, hvordan de fremadrettet vil arbejde med faste, tværfaglige og selvstyrende teams i hele plejedistrikt Vojens.

Tak til Haderslev Kommune for at invitere VIVE med ind i samarbejdet. Tak til medarbejdere og ledere for at vise VIVE hverdagen og dele deres tanker om, hvad der skal til for at skabe en bedre ældrepleje i fremtiden.

VIVE vil i de kommende år fortsat følge projektet som rådgiver og evaluator.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
<hr/>	
1	Indledning 8
1.1	Nye organiseringsformer på ældreområdet 8
1.2	"Kaffe først – mennesket før bureaukratiet" 9
1.3	VIVEs rolle i projektet 12
1.4	Evalueringsformål 13
1.5	Datagrundlag og metode 14
1.6	Læsevejledning 15
<hr/>	
2	Udvikling af en prototype 16
2.1	Værdifuld Hverdag – Hver dag 16
2.2	Den første grove prototype 17
2.3	Forberedelse af afprøvningen 19
2.4	Afprøvningens opstart 22
2.5	VIVEs første devaluering 26
2.6	Prototypen videreudvikles 30
2.7	Opsamling 40
<hr/>	
3	Erfaringer fra de to første afprøvninger 42
3.1	Teamsammensætning 42
3.2	Borgergrundlag 43
3.3	Lokaler 44
3.4	Indretning 45
3.5	Dagligdag 47
3.6	Ydelsespakker 49
3.7	Kørelister 51
3.8	Samarbejde 52
3.9	Oplevelser 54

3.10	Støttebehov	57
3.11	Opsummering	57
<hr/>		
4	Aktivitet, sygefravær og kontinuitet	59
4.1	Aktivitet	59
4.2	Sygefravær	62
4.3	Kontinuitet	63
4.4	Opsummering	64
<hr/>		
5	Konklusion	65
<hr/>		
	Litteratur	67
<hr/>		
	Bilag 1 Observation og interview, 2022	70

Hovedresultater

Haderslev Kommune har foreløbig gode erfaringer med faste, tværfaglige og selvstyrende teams, der arbejder efter inspiration fra Buurtzorg-modellen, og som består af 8-10 sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere og terapeuter, der vejledes af en erfaren Buurtzorg-coach.

Teamene oplever, at der er faglige gevinster ved at arbejde tværfagligt og med afsæt i Buurtzorg-modellen. De oplever, at teamorganiseringen giver mulighed for nye måder at fordele opgaverne på med henblik på at sikre kontinuitet og kvalitet i opgaveløsningen. De er stolte over de resultater, de har skabt, og hvor langt de er nået i forbindelse med projektet. Sygefraværet i teamene er lavere end i den øvrige organisation for sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere, men ikke for social- og sundhedsassistenter. Kontinuiteten er bedre end i den almindelige hjemmepleje – også selvom teamene integrerer hjemme- og sygeplejen og således inkluderer flere forskellige faggrupper og opgavetyper.

Den tværfaglige organisering og (ny)opbygning af hjemme- og sygeplejen efter inspiration fra Buurtzorg-modellen har givet anledning til en mindre reduktion i ledelse, der fremadrettet kan rediskonteres til driften. Det er ikke fundet muligt at reducere dokumentationsbyrden, så længe det fastholdes, at der skal dokumenteres i henhold til Fællessprog III. Til gengæld er der fundet perspektiver i udviklingen af samarbejdet mellem myndighed og leverandør på hjemmeplejeområdet ved et fremadrettet forsøg med at fjerne minutterne og planlægge i besøg frem for ydelser.

Vigtige læresætninger fra Haderslev handler om, at det er vigtigt at sikre tid til team- og kompetenceudvikling, både på centralt og decentralt niveau. Et nystartet team kan ikke overtage ansvaret som selvstyrende team på fuld drift efter to arbejdsdage – det tager år at udvikle kompetencen. Forståelse af Buurtzorg-modellen og de forskellige roller, som der er i modellen, er både vigtigt for teammedlemmerne, de decentrale ledere, de medarbejdere, der bliver udpeget som coaches, og de konsulenter, chefer og direktører, der arbejder med udvikling af organisationen.

Vigtige opmærksomhedspunkter til Haderslev Kommune i forhold til den videre afprøvning handler om, hvordan inspirationen fra Buurtzorg fastholdes på et tidspunkt, hvor i) aftalen med den eksterne coach ophører, ii) teamene bliver større end anbefalet, og iii) ansvaret for at varetage rollen som "coach" overdrages til ny-rekrutterede coaches uden Buurtzorg-erfaring.

I det omfang, det er muligt, anbefaler VIVE kompetenceudvikling vedrørende Buurtzorg-modellen til samtlige de medarbejdere, ledere og coaches, der fremadrettet er del af udviklingsprojektet.

Fakta om undersøgelsen

VIVE har været tilknyttet projektet som rådgiver og evaluator

- Som **rådgiver** har vi deltaget i partnern møder, følgegruppemøder og udvalgte arbejdsgruppemøder vedr. økonomi og styring. Vi har bidraget med oplæg på temadage og deltaget i møder, masterclasses og studieture til Buurtzorg i Nederlandene.
- Som **evaluator** har vi taget udførlige noter af alle de møder, vi har deltaget i, og indhentet dagsordener, referater, PowerPoint-præsentationer og diverse skriftlige projektdokumenter fra projektstart (efteråret 2020) til tidspunktet for denne evaluering (efteråret 2022).
- Vi har gennemført to empiriske nedslag med **observation og interview** i de to tværfaglige og selvstyrende teams, der er etableret i forbindelse med projektet, samt alle relevante projektparter.
- Det første empiriske nedslag blev gennemført i **januar/februar 2022** (cirka 3-4 måneder efter projektstart), og det andet empiriske nedslag blev gennemført i **august/september 2022** (cirka 10-11 måneder efter projektstart).
- I forbindelse med det andet empiriske nedslag er der herudover indhentet **kvantitative data** om aktivitet, sygefravær og kontinuitet sammenlignet med hhv. det omkringliggende hjemmeplejedistrikt (kontinuitetsdata) og tilsvarende faggrupper i hele organisationen (sygefraværdata).

1 Indledning

1.1 Nye organiseringsformer på ældreområdet

Der har igennem de seneste år været fokus på udvikling af nye organiseringsformer på ældreområdet, herunder på de muligheder og udfordringer, der er knyttet til den nederlandske Buurtzorg-model (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2020, 2021, 2022).

Arbejdet er bl.a. støttet af Sundhedsstyrelsens pulje for omsorg og nærvær (Sundhedsstyrelsen, 2021), Socialstyrelsens pulje for faste og selvstyreende teams i ældreplejen (Socialstyrelsen, 2021), Socialstyrelsens pulje for forsøg med selvvisitation (Socialstyrelsen, 2022), og Fremfærd Sundhed og Ældres udviklingsrum, "Nærhed i Omsorg" (Fremfærd, 2020).

VIVE har udgivet en række rapporter, notater og debatindlæg om den nederlandske Buurtzorg-model og de foreløbige forsøg med modellen i Danmark (Buch, 2020; Kjellberg, 2021; Bech et al., 2021; Kjellberg & Buch, 2022; Kjellberg et al., 2022)¹.

Forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune viste foreløbige gode resultater, idet der sås en bedre kontinuitet, et bedre tværfagligt samarbejde med afsæt i borgerens behov, en bedre borgeroplevet kvalitet og et lavere sygefravær (Kjellberg, 2021). Lokalpleje Danmark, der leverede integreret hjemme- og sygepleje efter Buurtzorg-modellen, gik imidlertid konkurs, og der mangler fortsat viden, om modellen kan overføres til offentlig drevet dansk ældrepleje – og om den er økonomisk rentabel (ibid.)².

Haderslev Kommune er en ud af flere kommuner, der har fået midler til at udvikle ældreområdet *efter inspiration* fra Buurtzorg-modellen.

Haderslev Kommune har fået 9.175.851 kr. fra Sundhedsstyrelsen til at udvikle en dansk inspireret udgave af Buurtzorg-modellen og 9.984.846 kr. fra Socialstyrelsen til at videreudvikle konceptet og udbrede det til et helt plejedistrikt.

¹ Vi orienterer os sideløbende i øvrige danske og internationale studier (se fx Bøgeskov et al., 2022; Hansen, 2022 samt Hegedüs et al., 2022).

² Internationalt har der også vist sig udfordringer. De Buurtzorg-inspirerede udviklingsprojekter, der igangsættes i andre lande, lykkes i nogle tilfælde med implementering af en mere personcentreret tilgang, samt evt. også med en øget inddragelse af netværk og civilsamfund. Det, der udfordrer, er det selvstyreende element, hvor teamene særligt har brug for opkvalificering angående rekruttering (Hegedüs et al, 2022). Det, der anbefales, er skræddersyede tilgange og solid konceptuel forberedelse – svarende til de anbefalinger, der gives i denne rapport om kompetenceudvikling af alle de ledere og medarbejdere, som fremadrettet skal arbejde med udvikling af organisationen med afsæt i Buurtzorg-modellen.

VIVE er tilknyttet begge projekter som rådgiver og evaluator. Denne evaluering vedrører den del af projektet, der er finansieret af Sundhedsstyrelsen.

1.2 "Kaffe først – mennesket før bureaukratiet"

Formålet med projekt "Kaffe først – mennesket før bureaukratiet" er i henhold til puljeansøgningen (Haderslev Kommune, 2020a) at:

- "... udvikle en dansk inspireret udgave af Buurtzorg-modellen, der på få år har revolutioneret den nederlandske hjemme- og sygepleje" (ibid., s. 3)
- "... udvikle en prototype for ældrepleje, der er bæredygtig i en dansk kontekst, og som er båret af få gennemgående relationer" (ibid.)
- "... udvikle en ældrepleje", hvor "plejen tilrettelægges med afsæt i medarbejdernes faglighed og borgerens behov" (ibid.).

Projektet er gennemført i partnerskab mellem Haderslev Kommune, VIVE og Public Rebels.

Buurtzorg International har været tilknyttet som sparringspartner og underviser for Haderslev Kommune.

1.2.1 Investering i oversættelsesarbejdet

Den nederlandske Buurtzorg-model fremstår i henhold til puljeansøgningen som "... et succesfuldt, fuldt udbygget og velkonsolideret koncept for integreret hjemme- og sygepleje" (Haderslev Kommune, 2020a, s. 3).

Samtidig har der "... vist sig udfordringer med at overføre modellen til andre lande", fordi "... oversættelsesarbejdet ikke har været tilstrækkeligt prioriteret" (ibid.)³.

Parterne vil på denne baggrund "... investere i oversættelsesarbejdet" og "... finde de tilpasninger, der skal til, for at Buurtzorgs kerneelementer kan fungere i kontekst af den offentlige danske ældrepleje" (ibid.).

Buurtzorgs kerneelementer består i henhold til Buch (2021) af: 1) organisering i små selvstyrende teams kombineret med en kraftig reduktion i ledelse og administration, 2) kaffe først og så pleje og omsorg – personkontinuitet, lokal-

³ Se også Hegedüs et al, 2022 for en beskrivelse af de udfordringer, der har været med Buurtzorg-inspirerede udviklingsprojekter i andre lande, og herunder i behovet for at investere i solid konceptuel forberedelse.

kendskab og mobilisering af ressourcer i lokalmiljøet, samt 3) en organisationsmodel, der kombinerer det decentrale og autonome med effektiv styring af kvalitet og økonomi (Boks 1.1).

Parterne har fokus på alle tre kerneelementer i projektet "Kaffe først – mennesket før bureaukratiet" (Haderslev Kommune, 2020a, s. 3-5).

Boks 1.1 Buurtzorgs kerneelementer

Buurtzorgs kerneelementer

1. 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
3. Organisationsmodel, der kombinerer det decentrale og autonome med effektiv styring af kvalitet og økonomi.

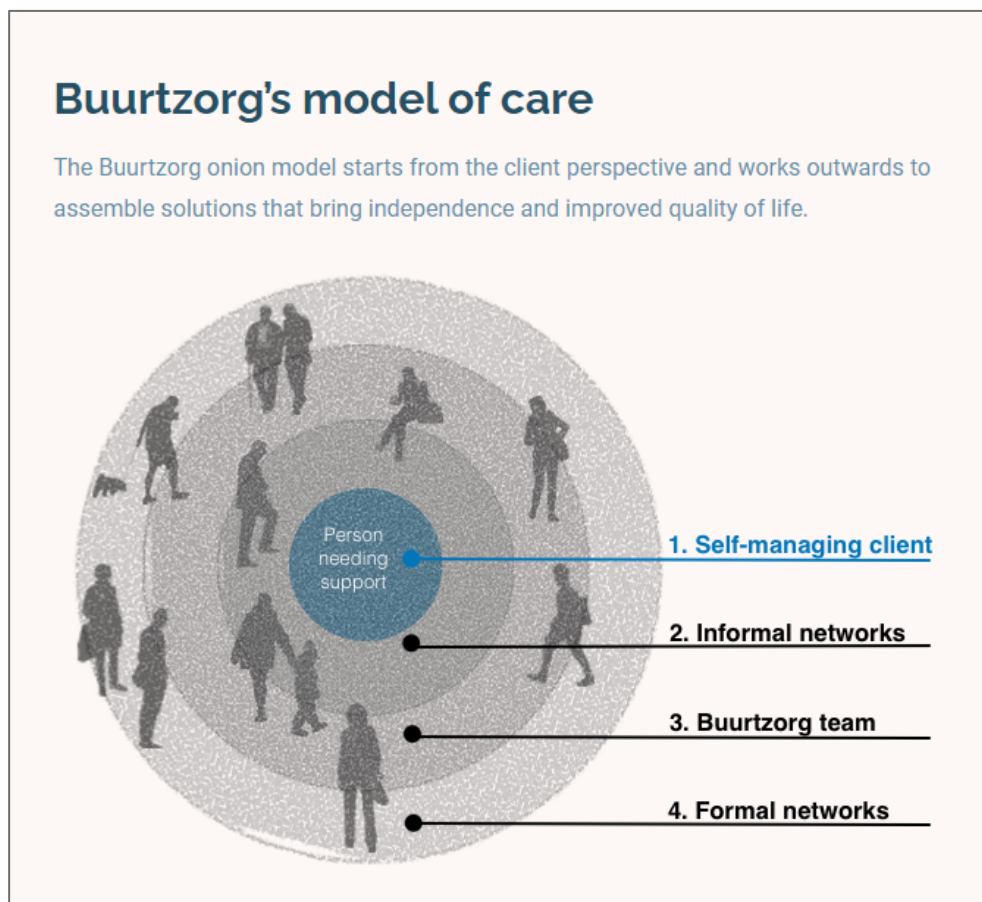
Kilde: Buch, 2021.

1.2.2 Mennesket før bureaukratiet

"Mennesket før bureaukratiet" er, jf. puljeansøgningen, den bærende værdi i Buurtzorg og den værdi, som projektet tager med ind i projektet "... som afsæt for, at de involverede medarbejdere får tid til at lytte til borgeren, lave en daglig mikro-udredning og møde borgeren dér, hvor vedkommende er netop denne dag" (Haderslev Kommune, 2020a, s. 3).

Figur 1.1 viser Buurtzorgs "løgmodel".

Figur 1.1 Buurtzorgs løgmodel



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

Puljeansøgningen gengiver løgmodellen og forklarer, at Buurtzorg-modellen starter "... fra borgerens perspektiv og arbejder udad for at finde en samlet løsning, der giver borgeren uafhængighed og forbedret livskvalitet" (Haderslev Kommune, 2020a, s. 4).

Medarbejderne spiller "... en afgørende rolle, som består i at: "... at arbejde med faglige løsninger, der involverer borgeren og dens formelle og uformelle netværk" (ibid., s. 3).

Arbejdet organiseres i "... mindre teams, der har professionel frihed til selv at organisere arbejdet, fordele ansvar og opgaver samt træffe beslutninger" (ibid.).

Moderorganisationen "... yder systemunderstøttelse og hjælper med at stille viden om kvalitet, økonomi, brugertilfredshed m.m. til rådighed for de enkelte teams" (ibid.).

Projektet kan ikke "... på samme måde reducere ledelse og administration, som det har været tilfældet i Nederlandene", fordi det "... udvikler (...) en prototype i en i forvejen hierarkisk organisation" (ibid., s. 5).

Projektet vil imidlertid undersøge: "... hvordan øget selvledelse med udstrakt, decentral visitation, helhedstænkning og fokus på meningsfuld dokumentation kan være med til at reducere unødige arbejdsgange, fragmenterede ydelser og deraf følgende uhensigtsmæssige dokumentationskrav, som tager tid fra borgerne" (ibid.).

Tanken med projektet er, at medarbejdernes faglighed "... kommer i fokus og får mere plads i forhold til kravene om dokumentation og stram tidsstyring", og Haderslev Kommune kalder på denne baggrund projektet for "Kaffe først – mennesket før bureaukratiet" (ibid., s. 3).

1.2.3 Projektets faser

Projektet er organiseret i fire faser, hvor:

- Fase 1-2 skaber en stærk fortælling om visionen og værdien bag projektet (fase 1), opbygger viden og skaber ejerskab hos ledere og fagprofessionelle (fase 2).
- Fase 3 etablerer og træner et selvledende team i Buurtzorg-modellen (spor 1), oversætter, afprøver og tilpasser Buurtzorg-modellens kernelementer (spor 2) og skaber en mere smidig systemunderstøttelse, hvor teamene får den nødvendige systemunderstøttelse, samtidig med at der tilvejebringes den nødvendige ledelsesinformation.
- Fase 4 samler erfaringerne til en egentlig prototype, der er klar til anvendelse i Haderslev (lokal spredning) og andre kommuner (national spredning).

1.3 VIVEs rolle i projektet

VIVE er både tilknyttet projektet som rådgiver og evaluator.

Som **rådgiver** har vi deltaget i partnergruppemøder, følgegruppemøder og udvalgte arbejdsgruppemøder vedr. hhv. i) systemunderstøttelse og ii) økonomistyring. Vi har endvidere bistået med interview af Buurtzorg (Sverige), ved et

seminar for ledere og tillidsrepræsentanter i maj 2021, og deltaget i en studietur til Buurtzorg i Nederlandene i november 2021.⁴

Som **evaluator** har vi taget udførlige noter fra alle de møder, vi har deltaget i, og gennemført observation og interview med medarbejdere og ledere i og omkring de to "Kaffe først-teams", der er etableret i forbindelse med projektet. Vi gennemførte en første devaluering i januar/februar 2022 (cirka 3-4 måneder efter projektstart) og en anden i august/september 2022 (cirka 10-11 måneder efter projektstart).

VIVEs evaluering er teoretisk inspireret af i) sociologisk nyinstitutionel teori om, hvordan ideer, rejser og praksis institutionaliseres i moderne organisationer (Røvik, 1998; Scott, 1995), ii) bottom-up implementeringsteori med fokus på frontlinjemedarbejdere og multiorganisatoriske implementeringsstrukturer (Lipsky, 2010; Hjern & Porter; 1981), samt iii) realistisk evaluering med fokus på hvad der virker for hvem og under hvilke omstændigheder (Pawson & Tilley, 1997).

Resultatet af VIVEs **første devaluering** (Kjellberg, 2022) blev præsenteret mundtligt for projektgruppen, følgegruppen og projektdeltagerne i marts 2022. Den blev også præsenteret for og drøftet med afdelingslederne i senior og rehabilitering på et afdelingsseminar⁵.

Resultatet af VIVEs **anden devaluering** formidles i denne rapport.

VIVE vil gennemføre en **tredje devaluering** samt en **økonomisk effektevaluering**, når konceptet er færdigudviklet og udbredt til hele distrikt Vojens (forventeligt i efteråret og hen over vinteren 2023/2024).

1.4 Evalueringens formål

Formålet med denne evaluering er at undersøge og dokumentere, hvordan og hvorvidt Haderslev Kommune med projektet "Kaffe først – mennesket før bureaukratiet" er lykkedes med at udvikle en dansk inspireret udgave af Buurtzorg-modellen, som jf. puljeansøgningen er i) bæredygtig i en dansk kontekst, ii) båret af få gennemgående relationer og iii) kendetegnet ved, at plejen tilrettelægges med afsæt i medarbejdernes faglighed og borgerens behov.

⁴ Rådgivningen er givet af projektchef, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg, projektchef Martin Sandberg Buch, professor Jakob Kjellberg og professor Mickael Bech. Pia har deltaget i partnergruppemøder, følgegruppemøder, arbejdsgruppemøder og studieturen til Nederlandene. Martin har deltaget i partnergruppemøder, interviewet Buurtzorg og deltaget i studieturen til Nederlandene. Jakob og Mickael har deltaget i studieturen til Nederlandene og de arbejdsgruppemøder, der har omhandlet økonomistyring.

⁵ Her blev der også redegjort for indholdet af de notater, der er udviklet i forbindelse med projektet.

1.5 Datagrundlag og metode

Evalueringen er inspireret af realistisk evalueringsteori, som sætter fokus på, hvad der virker, for hvem og under hvilke omstændigheder (Pawson & Tilley, 1997).

Den er baseret på kvalitative såvel som kvantitative data.

Kvalitative data omfatter observations- og interviewdata samt skriftligt materiale om projektet:

- Vi har deltaget i partnermøder, følgegruppemøder og udvalgte arbejdsgruppemøder vedr. systemunderstøttelse og økonomistyring.
- Vi har afholdt og deltaget i møder med Buurtzorg, været med på en masterclass om Buurtzorg i København, og deltaget i en studietur med Haderslev Kommune hos Buurtzorg i Nederlandene.
- Vi har observeret arbejdet i de to tværfaglige Kaffe først- teams i hhv. januar/februar 2021 (3 dage i hvert team) og august/september 2022 (3 dage i hvert team).
- Vi har interviewet alle relevante parter i og omkring projektet i januar/februar 2021 og igen i august/september 2022 (se Bilag 1 for en oversigt).
- Vi har modtaget og gennemgået dagsordener, referater og præsentationer fra møder, temadage og seminarer i projektet.
- Vi har modtaget og gennemgået diverse projektdokumenter, herunder puljeansøgningen og diverse udkast til prøvehandlinger mv.

Kvantitative data består af data om aktivitet, sygefravær og kontinuitet i de to Kaffe først-teams sammenlignet med hhv. de tre store faggrupper i den almindelige hjemme- og sygepleje (sygefraværdata) samt det omkringliggende hjemmeplejedistrikt (kontinuitetsdata).

Data er **analyseret** ved, at vi først har rekonstrueret oversættelses- og implementeringsprocessen med afsæt i i) interview, og ii) gennemgang af skriftligt materiale (kapitel 2).

Herefter har vi beskrevet i) det daglige arbejde i de to tværfaglige teams, der er etableret i forbindelse med projektet, samt ii) de ændringer, som projektet har betydet for medarbejdere og ledere i og omkring projektet (kapitel 3).

De kvantitative data er analyseret ved i) at sammenligne aktivitetsdata i projektet over tid, samt ved ii) at sammenligne sygefraværdata for de tre store medarbejdergrupper i projektet med sygefraværdata for tilsvarende medarbejdergrupper i den almindelige hjemme- og sygepleje (kapitel 4).

Kontinuitetsdata (kapitel 4) er opgjort og udleveret af Haderslev Kommune, som i perioden fra projektstart og frem til denne evaluering har opgjort kontinuiteten som antallet af medarbejdere i borgerens hjem over en 14-dages periode, og sammenlignet kontinuiteten i de to Kaffe først-teams med kontinuiteten i den almindelige hjemmepleje.

Haderslev Kommune vil fremadrettet sammenligne kontinuiteten i projektet med kontinuiteten i den samlede hjemme- og sygepleje, og herudover anbefaler VIVE også, at der både anvendes et kort- og længerevarende opfølgelses- og sigte, da tidligere studier har vist, at kontinuitetsforskellene først viser sig over tid (Kjellberg, 2021).

I denne evalueringsrapport har vi valgt at gengive og diskutere de kontinuitetsdata, som Haderslev Kommune har opgjort, da de *alt andet lige* giver viden om kontinuiteten i Kaffe først sammenlignet med den almindelige hjemmepleje i kommunen.

1.6 Læsevejledning

Rapporten er struktureret i følgende fire kapitler:

Kapitel 1 (dette kapitel) redegør for projektets formål og metode samt VIVEs engagement og involvering.

Kapitel 2 beskriver arbejdet med udvikling af en dansk prototype for Buurtzorg-inspireret ældrepleje i Haderslev Kommune.

Kapitel 3 beskriver det daglige arbejde og de foreløbige erfaringer fra de to Buurtzorg-inspirerede teams, der er etableret i forbindelse med projektet.

Kapitel 4 beskriver de kvantitative data vedr. aktivitet, sygefravær og kontinuitet, der er indhentet som led i projektet.

Kapitel 5 diskuterer, hvordan og hvorvidt Haderslev Kommune er lykkedes med at udvikle en prototype for Buurtzorg-modellen i dansk offentlig ældrepleje – og hvilke vigtige fokuspunkter der er i det videre udviklingsarbejde.

2 Udvikling af en prototype

I dette kapitel beskrives arbejdet med oversættelse, implementering, afprøvning og videre udvikling af en dansk prototype for Buurtzorg-inspireret ældrepleje i Haderslev Kommune.

Vi beskriver:

- Strategien Værdifuld Hverdag – Hver dag, som danner basis for Haderslev Kommunes arbejde med projektet ”Kaffe først – mennesket før bureaukratiet” (Haderslev Kommune, 2020b).
- Den første grove prototype, der blev skitseret af parterne i foråret 2021 (perioden fra februar til marts 2021).
- Arbejdet med forberedelse af afprøvningen med de to første ”Kaffe først-teams” (perioden fra marts til september 2021).
- Afprøvningens opstart i oktober 2021.
- VIVEs første devaluering og beslutningen om at give teamene en ny start i januar/februar 2022.
- Det videre arbejde med udvikling af prototypen i foråret og efteråret 2022.

Kapitlet er baseret på VIVEs noter fra de møder, vi har deltaget i, dagsordener og referater, power point præsentationer, internt projektmateriale (arbejdsplaner m.m.) samt oplysninger fra observation og interview i januar/februar 2022 samt august/september 2022.

For en beskrivelse af VIVEs fokus i analysearbejdet henvises til kapitel 1.

2.1 Værdifuld Hverdag – Hver dag

Haderslev Kommune vedtog i efteråret 2020 en strategi for hele voksen og sundhed ved navn: Værdifuld Hverdag – Hver dag (Haderslev Kommune, 2020b).

Strategien består af:

- **et løfte** om at hjælpe borgeren med det, der er mest værdifuldt i borgers hverdag (Haderslev Kommune, 2020b, s. 3)

- **en trædesti** bestående af tre trædesten, i henhold til hvilke kommunen for at indfri løftet vil ”møde mennesket med respekt og nysgerrighed”, ”gøre det, vi finder ud af sammen”, og ”gøre det, der virker” (ibid.)
- **et aftryk**, der sættes lokalt, og som både handler om, at borgerne oplever, at medarbejderne har god tid (også selv om de ikke har det), at medarbejderne bruger et sprog, som borgerne forstår, og at medarbejderne tager ansvar for ”alt inden for en meter” (ibid.).

”Kaffe før bureaukrati” er indskrevet i strategien som del af det aftryk, som kommunen ønsker at sætte lokalt (ibid.).

Figur 2.1 viser Haderslev Kommunes strategi: Værdifuld Hverdag – Hver dag.

Figur 2.1 Værdifuld Hverdag – Hver dag



Kilde: Haderslev Kommune 2020b

2.2 Den første grove prototype

Haderslev Kommune samarbejdede i de tidlige vintermåneder af 2021 med VIVE og Public Rebels om at udvikle en tentativ prototype til afprøvning i forbindelse med projektet⁶.

⁶ Hensigten var, at prototypen skulle udvikles, afprøves og tilpasses – bl.a. på baggrund af VIVEs første devaluering – samt at det hele skulle foregå inden for rammerne af et år (2021). Dette fremgår både af den oprindelige puljeansøgning og de første projektplaner, der blev udarbejdet og drøftet af parterne på de indledende partnergruppemøder.

Den prototype, der blev udviklet, miksede den viden, som parterne havde om hhv. Buurtzorg-modellen (Buch, 2020) og rehabilitering på ældreområdet (Kjellberg et al., 2011).

På det første partnermøde (den 3. marts 2020) traf parterne beslutning om at gennemføre en afprøvning med

- to teams
- 6-8 medarbejdere pr. team
- en tværfaglig teamsammensætning med 1-2 sygeplejersker, 1 terapeut og cirka lige mange social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i hvert team.

Forestillingen var, at teamet skulle dække dag, aften og weekend, men ikke nat, jf. erfaringerne fra Ikast-Brande Kommune (Kjellberg, 2021).

Forestillingen var også, at teamet skulle levere ydelser inden for servicelovens § 83 (hjemmepleje), § 83a (rehabiliteringsforløb) og § 86 (træning) samt sundhedslovens § 138 (hjemmesygepleje) og § 140 (genoptræningsforløb), da det var de paragraffer, der umiddelbart fremstod som relevante for de inkluderede faggrupper⁷.

Baggrunden for beslutningen om at arbejde med **to teams** var i henhold til VIVEs noter fra det første møde i partnergruppen, i) at to teams ville give mulighed for benchmarking, samt ii) at to teams ville give teamene mulighed for at hjælpe hinanden og samarbejde indbyrdes.

Baggrunden for beslutningen om at starte med **6-8 medarbejdere** pr. team var, ligeledes på baggrund af VIVEs skriftlige noter fra det første møde i partnergruppen, at "... Buurtzorg havde dårlige erfaringer med at starte for stort"⁸.

Baggrunden for at arbejde med en **tværfaglig teamsammensætning** bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere var, i) at sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og hjælpere er de faggrupper, der indgår i de nederlandske teams, og samtidig er de store personalegrupper på det danske ældreområde (Vinge & Topholm, 2021; Kjellberg & Buch, 2022). Baggrunden for at inkludere terapeuter i de tværfaglige teams var, at det er nødvendigt for at sikre fokus på rehabilitering (Kjellberg et al., 2011, 2013).

⁷ Man kan drøfte, om fx SEL § 85 som socialpædagogisk støtte og SUL § 139 om forebyggelse også er relevante – det var dog ikke med i parternes indledende drøftelser, jf. VIVEs noter, mødereferater og skriftlige præsentationer af projektet fra denne periode.

⁸ Dette er interessant i forhold til kommunens senere beslutning om at starte direkte med teams af 14-16 medarbejdere plus terapeuter og elever i forbindelse med udrulningen til et helt plejedistrikt. Se også afsnit 2.6.1.

Parterne traf en vigtig **principbeslutning** om, at de – i forbindelse med projektet – som udgangspunkt skulle gøre det samme som Buurtzorg: Alle beslutninger om at afvige fra forlægget skulle trækkes frem og gøres til en strategisk beslutning ved projektejeren, på samme måde som det var sket i forhold til beslutningen om at inkludere terapeuter i teamet.

Dette har været en vigtig designbeslutning i projektet, som i høj grad har været bestemmende for den efterfølgende udformning af konceptet.

2.3 Forberedelse af afprøvningen

Parterne vedtog en stram **tidsplan** for projektet, i henhold til hvilken der skulle formuleres stillingsopslag i maj, afholdes ansættelsessamtaler i juni og træffes beslutning om ansættelse inden sommer.

Det var nødvendigt for, at projektet, jf. puljeansøgningen, ville lykkes med at afprøve, evaluere og tilpasse projektet inden for rammen af et projekt år (2021)⁹.

I perioden fra marts 2021-september 2021 arbejdede Haderslev Kommune i samarbejde med Public Rebels og VIVE på at forberede projektet:

- Der blev etableret en **projektorganisation** med projektleder, en projektgruppe, en styregruppe (afdelingslederne), en ekstern følgegruppe (FOA, KL, Ældresagen, DSR, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter og VIVE), to interne følgegrupper (TR-gruppen og seniorrådet) og etableret en struktur for månedlige møder med partnergruppen.
- Der blev lagt en **projektplan** for udvikling af et narrativ om projektet – håndtering af forventede udfordringer i forbindelse med adaptering – samarbejde med Buurtzorg – interne møder og temadage – deltagelse i eksterne netværk og projektaktiviteter – kick-off for ledere og TR/FTR i maj – rekruttering og ansættelse af medarbejdere til projektet – samt (endelig) kick-off for beslutningstagere og medarbejdere i oktober 2021.
- Der blev igangsat et arbejde i **dokumentationssporet**, hvor to medarbejdere med speciale i Nexus fik til opgave i) at undersøge og afklare, hvad der var hensigtsmæssig hhv. uhensigtsmæssig dokumentation, og – på denne baggrund – at komme med et bud på, hvordan der skulle dokumenteres som led i afprøvningen¹⁰.
- Der blev igangsat et arbejde med at afklare, hvilken mere specifik **ledelsesinformation** Buurtzorg stiller til rådighed for de tværfaglige og selvstyrende teams, og der blev tilknyttet en **konsulent fra økonomi** med

⁹ Haderslev Kommune fik senere tilsagn om at udvide projektperioden med et halvt år.

¹⁰ De to medarbejdere delte en fuldtidsstilling i projektet.

henblik på at etablere lignende ledelsesinformation i Haderslev Kommune.

- Der blev truffet beslutning om at tilknytte en **ekstern coach** til projektet frem for at uddanne lokale ledere som coaches¹¹. Den eksterne coach havde erfaring som sygeplejefaglig stifter, teammedlem og planlægger fra forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune (Kjellberg, 2021)¹².
- Det blev besluttet så vidt muligt at modellere den organisatoriske overbygning for afprøvningen efter Buurtzorg-modellen, dvs. at der foruden coachfunktionen skulle etableres et "**backoffice**" og identificeres de parter, der repræsenterede hhv. "forsikringsselskabet" og "den centrale værdibærer"^{13, 14}.
- Det blev også besluttet at etablere en funktion som **skjold** mellem de tværfaglige og selvstyrende teams og backoffice – samt forsøgsvis at lade teamene arbejde med de samme **roller**, som Buurtzorg bruger i deres model (se Figur 2.2 for en nærmere beskrivelse)¹⁵.
- Der blev igangsat et arbejde med at afklare, hvilke opgaver og funktioner der ligger i backoffice, og hvordan der arbejdes med økonomi og styring i Buurtzorg-modellen. I denne forbindelse blev der gennemført en **studietur** til Nederlandene med deltagelse af chefen for senior og rehabilitering, økonomichefen og to projektledere fra Haderslev Kommune samt fire medarbejdere fra VIVE¹⁶.

¹¹ Tanken var oprindeligt, at de to distriktsledere for hhv. hjemmeplejen og sygeplejen i Vojens skulle uddannes som coaches i Nederlandene.

¹² Den eksterne coach blev tilknyttet i september 2022, umiddelbart inden opstart af de to afprøvninger.

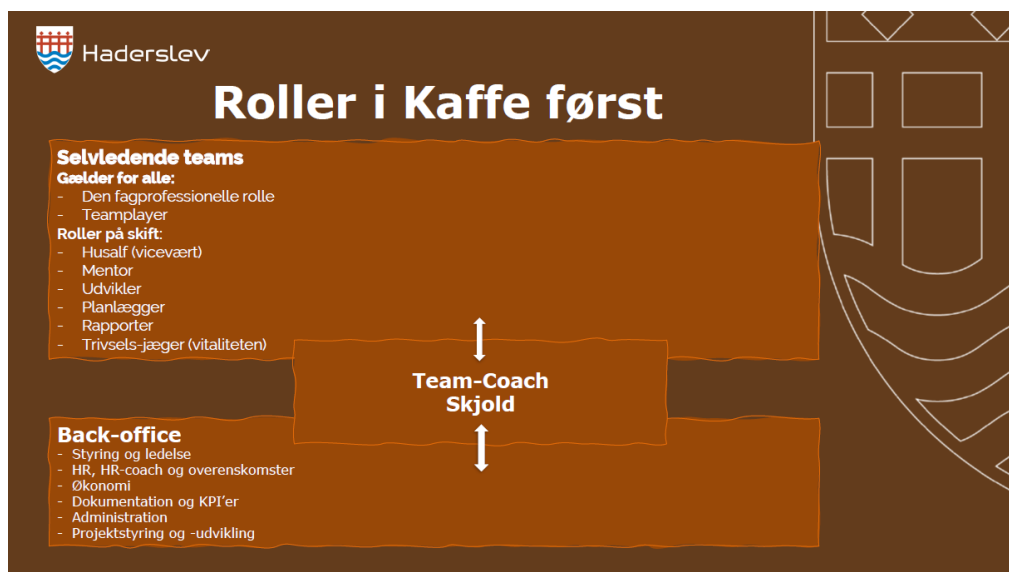
¹³ Se Kjellberg et al. (2023) for en beskrivelse af Buurtzorgs organisatoriske grundmodel.

¹⁴ Chefen for senior og rehabilitering har rollen som den centrale værdibærer, mens økonomichefen har rollen som forsikringsselskabet. Backoffice har haft forskellige udformninger på forskellige tidspunkter i udviklingsforløbet. Det har endnu ikke på tidspunktet for denne evaluering fundet sin endelige form.

¹⁵ Baggrunden for dette var, i) at Buurtzorg havde gode erfaringer med skjoldfunktioner fra England (Buch, 2020), samt ii) at de standardiserede roller anses for at være afgørende for, at de selvstyrende Buurtzorg-teams kan fungere i dagligdagen (ibid.).

¹⁶ Fra VIVE deltog forsknings- og analysechef, professor Mickael Bech, professor Jakob Kjellberg, projektchef Martin Sandberg Buch og projektchef, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg.

Figur 2.2 Roller i Kaffe først – jf. inspiration fra Buurtzorg-modellen



Kilde: Haderslev Kommune, PowerPoint-præsentation brugt ved kick-off for medarbejdere i oktober 2021.

2.3.1 Faglig og økonomisk styring

Det blev forholdsvis tidligt i projektet besluttet ikke at ændre på **den eksisterende tildelingsmodel**, hvor de borgere, der vurderes at være berettiget til hjælp efter servicelovens § 83 om personlig og/eller praktisk bistand, tildeles en **ydelsepakke**, inden for rammen af hvilken leverandørerne selv kan bestemme, hvilke mere konkrete ydelser borgeren skal have.

Baggrunden for denne beslutning var: i) at Buurtzorg i Sverige fungerer inden for rammen af en faglig og økonomisk styringsmodel, der på mange måder ligner den danske, samt ii) at Buurtzorg også arbejder med prædefinerede ydelser. Parterne havde desuden iii) et ønske om, ikke at komplicere unødigt, samt iv) en antagelse om, at tildeling i pakker giver det fornødne faglige frirum, idet det er op til leverandørerne selv at beslutte, hvilke ydelser de vil levere (inden for rammen af pakken).

Den sidste af disse antagelser er senere blevet udfordret som del af projektet, og Haderslev Kommune har igangsat et arbejde med at afklare, hvordan der kan udvikles en ny faglig og økonomisk styringsmodel som ramme for projektet.

2.4 Afprøvningens opstart

Som afsæt for den indledende afprøvning udarbejdede Haderslev Kommune en **konceptskitse**, i henhold til hvilken Kaffe først består af fem elementer:

1. "Din værdifulde hverdag", hvor udgangspunktet for indsatsen er borgerens mål, ønsker og drømme
2. "Netværk og frivillige som del af indsatsen" – hvis borgeren ønsker det
3. "Meningsfuld dokumentation", hvor dokumentationspraksis ændres, så den er meningsfuld for borgeren og i tråd med lovgivningen
4. "Støtte fra coach og backoffice" med "beskyttelse fra skjold"
5. "Arbejde i tværfaglige selvledende teams med faste roller og ansvar".

Figur 2.3 visualiserer de fem elementer i Kaffe først.

Figur 2.3 Konceptskitsen for Kaffe først



Kilde: Haderslev Kommune

2.4.1 Teamdefinition

De to teams, der blev etableret i forbindelse med projektopstart, blev dels afgrænset ved et fast antal medarbejdere, dels afgrænset ved et fast antal veje, hvor teamet var ansvarlig for opgaveløsningen (Tabel 2.1).

Afgrænsningen var baseret på detaljerede udregninger af plejetyngden på forskellige veje i Vojens, samt overvejelser om den mere konkrete medarbejdersammensætning i de to første Kaffe først-teams¹⁷.

Haderslev Kommune besluttede at starte op med 8 medarbejdere i hvert team fordelt på 1-2 social- og sundhedsassistenter, 2 social- og sundhedshjælpere, 1 social- og sundhedsassistent (aften), en pædagog/pædagogisk assistent og 0-1 terapeut¹⁸ (Tabel 2.1).

Hvert team havde ansvar for et antal veje, hvor de både skulle levere hjemme- og sygepleje (men ikke rehabiliteringsforløb, da disse varetages af kommunens specialiserede rehabiliteringsafdeling).

Herudover havde sygeplejerskerne i teamet yderligere ansvar for et antal veje, hvor de skulle levere sygepleje, men hvor det øvrige personale hverken skulle levere hjemmepleje eller delegeret sygepleje, idet denne opgave blev varetaget af det almindelige hjemmeplejedistrikt i Vojens.

Tabel 2.1 Kaffe først, team 1 og 2, 1. oktober 2021

	Team 1	Team 2
Assistent	2	1
Hjælper	2	2
Assistent, aften	1	1
Pædagog/pædagogisk assistent	1	1
Sygeplejerske	2	2
Terapeut	-	1*
I alt	8	8
Antal navngivne veje (hjemmepleje og sygepleje)	5	6
Antal navngivne veje (kun sygepleje)	1	6

Note: Terapeuten "har tilhørsforhold i team 2, selv om hun kører en plan, der går på tværs af team 1 og 2"

Kilde: Frit efter Haderslev Kommune.

¹⁷ Det var et eksplicit hensyn at vælge veje, der over år havde haft en stabil plejetyngde.

¹⁸ Planen var oprindeligt at ansætte to terapeuter, en fysioterapeut og en ergoterapeut. Fysioterapeuten sprang imidlertid fra i sidste øjeblik, og det blev derfor besluttet at fortsætte afprøvningen med kun én terapeut (en ergoterapeut).

Udfordringer med teamdefinitionen

Det fremgår af de interview og observationer, som VIVE har gennemført i forbindelse med den første og anden dataindsamling, at der hurtigt opstod udfordringer med den faste afgrænsning af medarbejdere og veje til teamet.

Udfordringerne opstod, fordi borgernes behov forholdsvis hurtigt ændrede sig, og der således både var eksempler på nye borgere, der kom til, og eksisterende borgere, der fik markant øget plejebehov¹⁹. Teamene fik på denne baggrund en større arbejdsbelastning end forventet.

Samtidig opstod der udfordringer som følge af en langtidssygemelding i sygeplejegruppen, der ikke blev fulgt op med tilknytning/ansættelse af en ny sygeplejerske – delvist fordi det var uafklaret, om det var teamets eller den decentrale ledelses ansvar at sikre, at der var personale nok i de nye selvstyrende teams, som kommunen havde etableret efter inspiration fra Buurtzorg-modellen. Det satte den resterende gruppe af sygeplejersker i teamet under pres og medvirkede til, at der på tidspunktet for VIVEs første devaluering var yderligere én sygemelding og udtalt tvivl, om de sidste to sygeplejersker ville og kunne blive i projektet.

I forhold til aftenvagten blev der forholdsvis hurtigt efter projektstart truffet beslutning om at knytte yderligere to medarbejdere til projektet, fordi der var for meget arbejde for én medarbejder i aftenvagt, og fordi der ikke på dette tidspunkt af projektet var en organisatorisk parathed til, at teamet som helhed kunne sikre opgaveløsningen på tværs af dag og aften.

Ambivalensen i forhold til aftenvagten var efterfølgende, at der var for lidt arbejde til to mand på vagt, og de aftenvagter, der var tilknyttet projektet, i starten derfor brugte megen tid på at opdatere døgnrytmeplaner og sikre, at dokumentationen levede op til den nye og forbedrede dokumentationspraksis, der var udviklet som del af projektet²⁰.

2.4.2 Hurtig opstart

De to første Kaffe først-teams fik **to arbejdsdage** til at etablere sig som team, før de startede med fuldt ansvar for de borgere, som de var blevet tilknyttet²¹.

¹⁹ Dette er særligt interessant, eftersom de veje og ruter, der var valgt til teamet, var valgt som eksempler på veje og ruter med et stabilt aktivitetsniveau.

²⁰ Se også afsnit 2.6.5 for en beskrivelse af dette.

²¹ Det var i henhold til Haderslev Kommune en del af overvejselen, at de to teams selv skulle have opgaven med at finde deres egen vej.

Fredag den 1. oktober 2021 var der kick-off med velkomst, introduktion, træning i den nye dokumentationsmodel og øvelser i teamsamarbejde.

Mandag den 4. oktober 2021 var der morgenkaffe i distriktet, træning i den nye dokumentationsmodel, øvelser i teamsamarbejde og planlægning af arbejdsgangene vedr. borgerne i projektet.

Tirsdag den 5. oktober 2021 startede afprøvningen af "din værdifulde hverdag", "meningsfuld dokumentation", "støtte af coach og backoffice" samt "arbejde i tværfaglige, selvledende teams med faste roller og ansvar" (Figur 2.4).

Figur 2.4 Plan for afprøvning af enkeltelementer



Kilde: Haderslev Kommune.

"Netværk og frivillige som del af løsningen" skulle ligesom "Fordeling af roller" først ske fra november. Planlæggeren skulle dog "findes med det samme", og det samme skulle de medarbejdere, der varetager den primære dialog med visitationen, telefonpassere og borgerens to primære kontaktpersoner.

Vagtplanlægningen skulle teamet også først gå i gang med efter en uge.

2.5 VIVEs første devaluering

VIVEs første devaluering var oprindeligt planlagt til november 2021, men den blev udskudt til januar, fordi teamene ikke var klar.

I januar 2022 gennemførte VIVE sine første observationsstudier af arbejdet i de to Kaffe først-teams, der var etableret i forbindelse med afprøvningen.

Dataindsamlingen var planlagt med henblik på at afklare, hvordan forsøgsmodellen virkede i praksis, og hvad der kunne gøres med henblik på videre udvikling af en dansk model for Buurtzorg-inspireret ældrepleje, jf. de oprindelige formål med puljeansøgningen.

Vi afholdt i alt tre dages observation i hvert team og gennemførte herudover interview med alle relevante parter i og omkring projektet.²²

2.5.1 Hovedindtryk fra dataindsamlingen

VIVEs hovedindtryk fra dataindsamlingen var, at det hverken var muligt at skelne klart mellem de to teams, der var etableret i forbindelse med afprøvningen, eller mellem de to teams og den almindelige hjemmepleje.

Dette gav sig bl.a. til udtryk ved, at:

- teamlokalerne for de to Kaffe først-teams var direkte sammenhængende, og medarbejderne mødte nogle dage ind i det ene og nogle dage i det andet team
- omsorgssystemet skelnede ikke mellem, hvilke borgere og medarbejdere der tilhørte team 1 og team 2 – de havde én kategori ved navn Kaffe først, som borgere og medarbejdere tilhørte
- den ledelsesinformation, som Haderslev Kommune tentativt havde udviklet efter inspiration fra Buurtzorg, monitorerede på projektet som helhed og ikke på det enkelte team.

De lokale ledere var samtidig meget tydelige og tæt involveret i teamenes hverdag:

- Teamlokalerne var placeret i samme bygning som hjemmeplejen, og distriktslederen for hjemmeplejen havde adgang til sit kontor *via* teamenes lokaler (hun gik således ind og ud af teamlokalerne, hver gang hun skulle ind på sit kontor).

²² Se bilag 1 for en oversigt.

- Kopimaskinen tilhørende hjemmeplejen var placeret i teamlokalerne, hvor den hyppigt blev brugt – både af distriktslederen og teamlederen – når de ønskede uformelt at kigge forbi og høre, hvordan det gik.
- Teamlederen kom ind på det første morgenmøde, hvor VIVE deltog, hvor han overtog planlægningen af dagens arbejde og bestemte, hvilke borgere der skulle fordeles på hvilke kørelister (helt tæt, uden mellemrum og uden dialog).
- Planlægningen blev i kortere og længere perioder overtaget af planlæggerne i hjemmeplejen, fordi de teammedlemmer, der havde fået rollen som planlæggere, ikke kunne overskue opgaven.
- Medarbejderne fra hjemmeplejen dækkede ind for teamet, i de tilfælde hvor teamet ikke selv kunne dække vagterne²³.

Udfordringer med sygemeldinger og mistrivsel

VIVEs evaluering fandt samtidig, at der var udfordringer med sygemeldinger og mistrivsel, og at flere medarbejdere var i dialog med TR og de lokale ledere om, hvordan de kunne forlade projektet.

Coachen og de decentrale ledere var samtidig uenige om, hvorvidt teamet havde for meget eller for lidt at lave:

- Coachen argumenterede for, at teamet var (for) hårdt presset, og at det kun er 61 % af tiden, der jf. Buurtzorg skal bruges på borgerne (resten skal bruges på udvikling).
- Lederne fra hjemmeplejen argumenterede for, at der var mere luft i planerne i teamet, end der var i den almindelige hjemmepleje.

Skjoldet kom i teamene, hvor hun bl.a. forsøgte at understøtte arbejdet med den nye og forbedrede dokumentationspraksis, men såvel teamet som hun selv havde vanskeligt ved at se, hvad de skulle kunne bruge hende til – og hvad hun skulle kunne bidrage til i funktionen som skjold.

Tvivl om projektets fremtid

Der var udpræget tvivl om projektets fremtid, og herunder om det skulle fortsætte som et rent hjemmeplejeprojekt med små teams i hjemmeplejen frem for et projekt, der integrerede hjemme- og sygeplejen, som igennem en længere årrække havde arbejdet organisatorisk adskilt – i hver deres bygning, under hver deres ledelse.

²³ På denne måde var det også svært at se forskel på teamene og den almindelige hjemmepleje.

De lokale ledere i hjemmeplejen var godt i gang med at forberede en udrulning af teamkonceptet i distrikt Vojens ved etablering af teams og øget inddragelse af medarbejderne i den daglige arbejdstilrettelæggelse.

De lokale ledere i sygeplejen gav udtryk for, at de oplevede, at der var tale om et hjemmeplejeprojekt, både fordi projektet var fysisk forankret i hjemmeplejens bygninger, og fordi det fra starten havde været hjemmeplejen og deres medarbejdere, der var i fokus for arbejdet med og ideen om at etablere små teams med henblik på at sikre en mere værdig pleje.

Selvom sygeplejersker i Buurtzorg-modellen er helt centrale, og at det – set fra et Buurtzorg-perspektiv – er svært at forestille sig Buurtzorg-teams uden sygeplejersker, så var det ikke på dette tidspunkt klart for sygeplejen i Haderslev Kommune, hvorfor de skulle være del af projektet.

2.5.2 Beslutningen om at give teamene en ny start

Samtidig med, at VIVE gennemførte sine observationsstudier i januar/februar 2022, besluttede projektejereren at gribe ind med en beslutning om at give teamene en ny start med fokus på værdi og udvikling.

Hun besluttede:

- at stoppe for tilgangen af nye borgere
- at give teamene mulighed for at vælge udvalgte borgere fra
- at knytte den eksterne coach fast til teamene for en periode med henblik på at varetage og oplære teamene i planlægningsfunktionen
- at lade coachen og Public Rebels gennemføre en række nye teamudviklingsaktiviteter for teamene
- at distancere teamene fra de lokale ledere
- at give coachen direkte reference til projektejereren²⁴.

Beslutningen blev meldt ud, mens VIVE var der, og blev positivt modtaget af teamene. Selvom de fik mulighed for at vælge borgere fra, havde de svært ved at finde nogen, de reelt ville af med, men det var en lettelse for dem, at de fik vished for, at der over en periode ikke ville komme flere til, dvs. at de kunne overskue den arbejdsopgave, som de var stillet.

²⁴ Frem til dette tidspunkt var aftalen, at den eksterne coach var del af backoffice, der samtidig var uden klar ledelse, idet backoffice som udgangspunkt samlede de decentrale ledere og projektgruppen fra kommunen, uden at det klart var defineret, hvem der havde ledelsesretten.

2.5.3 VIVEs konklusioner og anbefalinger

VIVE konkluderede i sine mundlige fremlæggelser af resultaterne fra den første devaluering (Kjellberg, 2022), at "ideen er god", men "den praktiske implementering har haltet", og at der "fortsat er rum for forbedring" – bl.a. i forhold til at give medarbejderne større fagligt råderum inden for rammen af servicelovens § 83 (hjemmepleje), § 83a (rehabiliteringsforløb) og § 86 (træning)²⁵.

I det omfang Haderslev Kommune ønskede at arbejde videre med udvikling af en struktur med flere tværfaglige og selvstyrende teams, jf. Buurtzorg-modellen, anbefalede VIVE endvidere at:

- fastholde de beslutninger, der var truffet af projektejeren
- rydde op i den styrings- og ledelsesmæssige signalforvirring, der var i projektet
- give teamet større fagligt råderum
- formulere klare målsætninger for teamets performance, gerne med afsæt i Buurtzorg-modellen.

VIVE forklarede, at Buurtzorg bruger en anden metode til at måle brugertidsprocent på, end vi gør i Danmark (Kjellberg et al., 2022), og at det er en vigtig pointe i Buurtzorg, at hvert borgerteam skal levere en borgertid på 61 %, men heller ikke mere end det, idet der også skal være tid til udvikling.

Tabel 2.2 Forskellige metoder til måling af brugertidsprocent. Brugertidsprocenter, jf. BTP-modellen (Danmark) og BO-modellen (Holland)

	BTP	BO
Tæller	Direkte brugertid	Direkte og indirekte brugertid*
Nævner	Arbejdstid ekskl. fravær	Arbejdstid inkl. fravær

Note: * Den indirekte brugertid opgøres ekskl. transport over 5 minutter.

VIVE forklarede også, hvordan Buurtzorg arbejder med at skabe fleksibilitet i opgaveløsningen ved at lade flere teams samarbejde om opgaveløsningen til borgerne i et givent lokalområde, og ved at lade det være op til det enkelte team, om de har kapacitet til at tage imod en given borger (Kjellberg et al., 2023).

²⁵ Det var en udfordring for terapeuten i teamet, at hun kun kunne levere ydelser inden for rammen af servicelovens § 83, da de ikke tillod hende at bruge tid nok til at løfte de trænings- og rehabiliteringsopgaver, som hun vurderede var relevante for borgerne i teamet.

Spørgsmålet er, om det samme er muligt i regi af den offentligt drevne danske hjemmepleje, hvor kommunen har ansvar for at levere hjælp til alle de borgere, der har ret til det jf. serviceloven.

Haderslev Kommune har efterfølgende udviklet en reguleringsmekanisme, der tilstræber at muliggøre dette i dansk kontekst. Se afsnit 2.6.2 for en beskrivelse af dette.

2.6 Prototypen videreudvikles

Haderslev Kommune har i foråret og efteråret 2022 arbejdet videre med udvikling af konceptet for dansk ældrepleje efter Buurtzorg-modellen.

De har:

- udarbejdet en plan udbredelse af selvstyrende teams til et helt plejedistrikt
- udarbejdet en reguleringsmekanisme, der giver det enkelte team mulighed for at sige nej til at tage imod en borger, hvis de ikke har kapacitet – samtidig med at det sikres, at distriktet som helhed tager imod borgeren
- udarbejdet et teamoverblik der bl.a. måler borgertid, jf. Buurtzorg-modellen
- udviklet tre konkrete prøvehandlinger i myndighedssporet
- afviklet de oprindelige planer i dokumentationssporet
- implementeret en smallere og mere entydig ledelse.

I dette afsnit beskrives den videre udvikling af prototypen på baggrund af de formelle projektdokumenter, som VIVE har fået tilsendt fra kommunen, samt oplysninger fra interview.

2.6.1 Udbredelse til et helt plejedistrikt

Haderslev Kommune har i samarbejde med Karlsson Konsult udarbejdet en plan for udbredelse af teamkonceptet til et helt plejedistrikt.

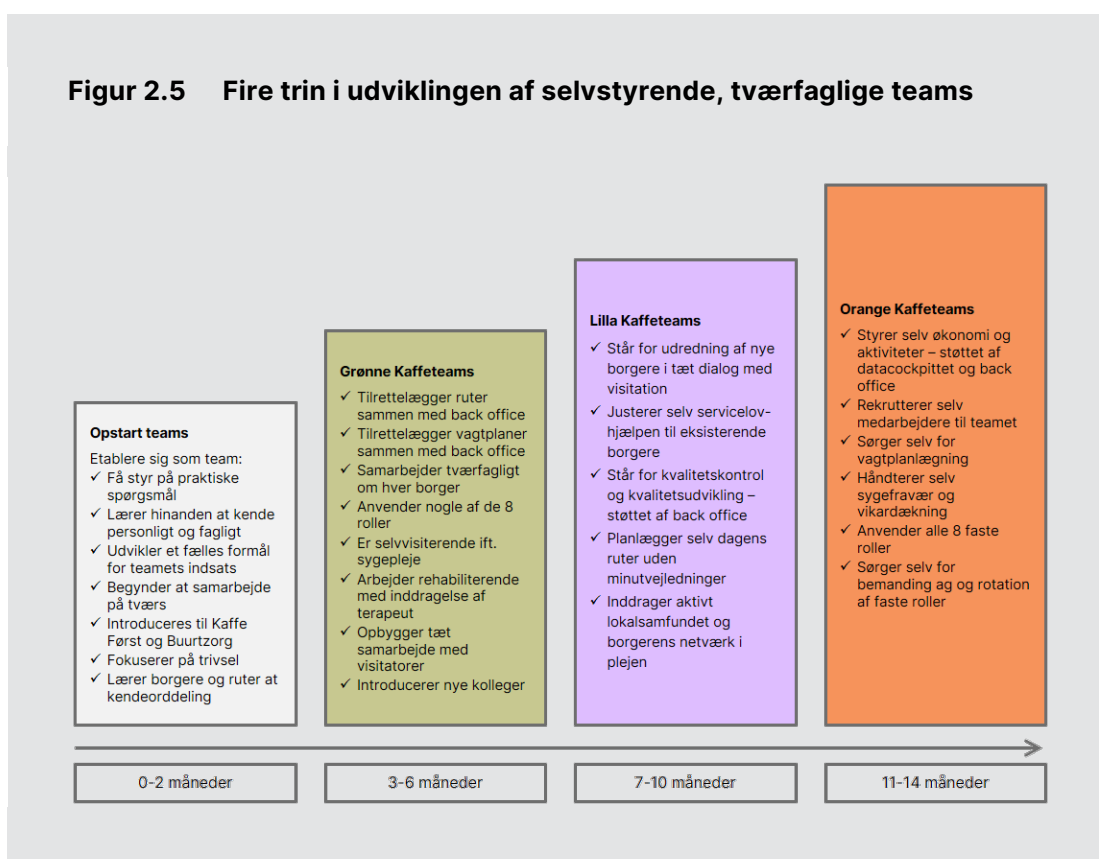
De tværfaglige teams sammensættes – som i den første afprøvning – af sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere med én tværgående terapeut til to teams.

De tværfaglige teams har – som i den første afprøvning – ansvaret for at levere sygepleje (SUL 138) og hjemmepleje (SEL 83). Hertil kommer de terapeutfaglige

opgaver (SUL 140, SEL 86), som de nye terapeuter i projektet tager med fra deres tidligere arbejde, samt evt. nye opgaver vedr. hjælpemiddelområdet (SEL 112, 113)²⁶.

Der er lagt en plan for trinvis udvikling, hvor hvert team får 2-3 måneder til at etablere sig som team, inden de langsomt overtager ansvaret for ruteplanlægningen, justeringen af ydelser og på sigt også vagtplanlægningen og ansvaret for håndtering af rekruttering, sygefravær og vikarer (se Figur 2.5).

Det er en vigtig læresætning på baggrund af den første afprøvning, at et team ikke kan overtage det fulde ansvar for arbejdsplanlægningen efter et introduktionsprogram på to dage. Samtidig er det en stor omvæltning for hjemme- og sygeplejen, at de skal organiseres sammen – i små teams – idet de tidligere har arbejdet organisatorisk adskilt i en anden og mere traditionel organisering med større grupper og traditionel hierarkisk ledelse.



Kilde: Haderslev Kommune

²⁶ Rehabiliteringsforløb (SEL 83a) er – så vidt VIVE forstår – fortsat en opgave for den specialiserede rehabiliteringsenhed, og de terapeuter, der er del af projektet, har – så vidt VIVE forstår – fortsat ikke mulighed for at levere ydelser på dette område.

De nye teams, der skal etableres i forbindelse med udrulningen vil få en teamstørrelse på 14-16 medlemmer plus elever og terapeuter²⁷, hvilket er næsten dobbelt så meget, som de oprindelige to Kaffe først-teams startede med (Tabel 2.3).

Tabel 2.3 Kaffe først, team 1-6, 1. oktober 2023

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	Gns.
Social- og sundhedshjælpere	8	8	6	8	6	9	7,5
Social- og sundhedsassistenter	3	3	4	2	3	2	3
Sygeplejersker	4	2	4	4	4	4	4
Ergoterapeuter	1	0	0	0	0	0	0
Andre	0	2	1	0	1	1	1
I alt	16	15	15	14	14	16	15
Elever	1	2	0	1	1	1	1

Kilde: Haderslev Kommune.

Beslutningen om at etablere teams med en størrelse på 14-16 plus elever og terapeuter er truffet af Haderslev Kommune, bl.a. ud fra et hensyn om, at der ikke må være for få sygeplejersker i et team²⁸.

Den afviger fra Buurtzorgs meget klare anvisning om, at der maks. må være 12 faste medlemmer af et team (Buch, 2020)²⁹, samt eksisterende forskning i, hvad der udgør den optimale teamstørrelse (Katzenbach et al., 2006; Kjellberg, 2021).

I den videre udbredelse er det derfor et vigtigt fokus område, om de teams, der er etableret, er blevet for store i forhold til at kunne fungere som teams – og dermed i forhold til i) selvstændigt at varetage arbejdsplanlægningen, og ii) realisere de smådriftsfordele, der er forbundet med arbejde i mindre teams – og som bl.a. handler om, at alle teammedlemmer kender og tager del i de faglige drøftelser om alle borgere, samt at alle teammedlemmer kender og tager del i den inter-kollegiale omsorg, som bl.a. muliggør et godt arbejdsmiljø og en mere fleksibel vagtplanlægning (Kjellberg, 2021).

²⁷ De to nye terapeuter, der skal tilknyttes forsøgsdistriktet, fremgår ikke af oversigten.

²⁸ Kommunen anfører som baggrund for sin beslutning, at det p.t. er sådan, kabalen er gået op i Vojens. Når teamene bliver dygtigere sammen, og der løbende opstår ledige stillinger, vil kommunen tage stilling til, om eller hvordan den ledige stilling skal besættes, og om der skal ske kompetencerul, fx hen imod flere sygeplejersker og terapeuter i de tværfaglige teams, der er etableret som del af projektet.

²⁹ Se også Kjellberg et al., 2023 samt diverse interview med Jos de Blok, fx <https://medium.com/unfollow-journal/leaderless-leadership-167f0f21cd74>.

2.6.2 Reguleringsmekanisme

Haderslev Kommune har etableret en reguleringsmekanisme, der skal give hvert team mulighed for at vælge nye borgere fra – eller afgive eksisterende borgere – i det tilfælde, de ikke har kapacitet.

Reguleringsmekanismen består i, at hvert team har et **venskabsteam**, som de samarbejder med om opgaveløsningen, jf. de gode erfaringer med samarbejde på tværs af de to første Kaffe først-teams.

Ved **nye borgere** skal teamet, jf. reguleringsmekanismen, undersøge alle muligheder for at tage imod en ny borger (og herunder afsøge muligheden for at omlægge opgaverne til andre borgere, eller at en eller flere medarbejdere for en periode kan gå op i tid). Hvis de fortsat ikke har mulighed for at tage imod den nye borger, kan de kontakte planlægger i venskabsteamet, som herefter tager borgeren, der herefter som udgangspunkt bliver i venskabsteamet, medmindre der er særlige årsager til at flytte borgeren tilbage igen.

Ved **eksisterende borgere**, som udvikler et markant øget plejebehov, skal teamet gøre alt for at tage imod denne borger, da borgeren og de pårørende må antages at stå i en særlig sårbar situation. Hvis teamet ikke desto mindre ønsker at overføre borgeren til et andet team, skal coachen ind over, og der skal gøres det yderste for at sikre en god overgang med relevant overdragelse af viden mellem de to teams.

Haderslev Kommune har også indføjet en passus om, at teamene i tilfælde af **ufyldte kørelister** "med det samme" skal kontakte coach eller backoffice, der herefter vil være behjælpelige med at sikre, at arbejdstiden fyldes ud.

Sidstnævnte giver coach og backoffice en rolle ind i den direkte afgørelse af, hvad det enkelte teammedlem bruger sin tid på, som ikke kendes fra Buurtzorg, hvor det er helt afgørende, at det er teamet selv, der bestemmer, hvordan arbejdstiden bruges – inden for rammen af den overordnede aftale, de har med Buurtzorg om, at alle borgerteams skal levere en borgertid på 61 %.

I takt med at teamene bliver stadigt mere selvstyrende og får forelagt information om deres borgertid, som de kan styre efter, vil det blive muligt for coach og backoffice at trække sig mere tilbage og dermed overlade ansvaret for den daglige arbejdstilrettelæggelse til teammedlemmerne selv.

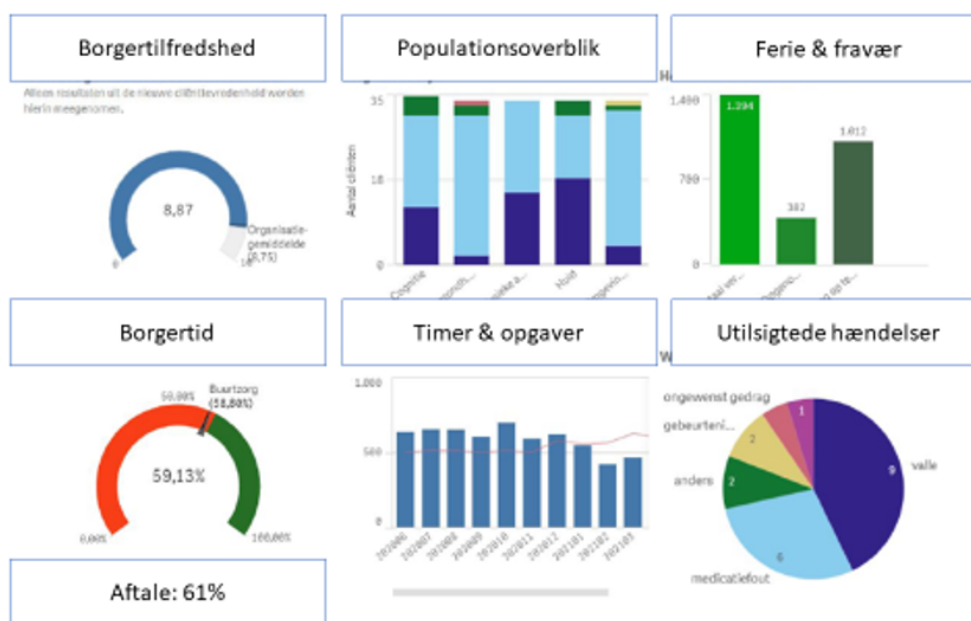
2.6.3 Teamoverblik med måling af borgertid

Buurtzorg-aftalen om, at hvert borgerteam skal levere en borgertid på 61 %, står stærkt som styringsmekanisme i Buurtzorg-modellen (Buch, 2020).

Det samme gør det "teamoverblik", som Buurtzorg tilbyder teamene som afsæt for deres arbejde med selvstyring (Figur 2.6).

Teamoverblikket i Buurtzorg indeholder seks felter med information om teamets brugertilfredshed, patientpopulation, planlagte og realiserede fravær, borgertid, planlagte timer og opgaver samt art og omfang af utilsigtede hændelser.

Figur 2.6 Buurtzorgs teamoverblik

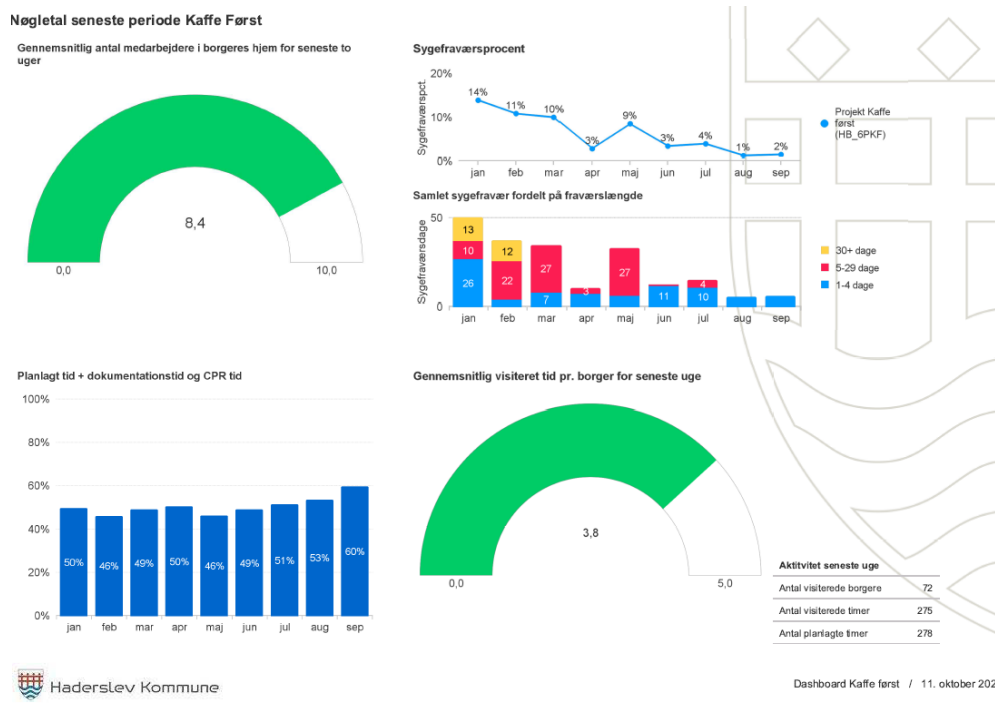


Kilde: Frit efter Buurtzorg.

Haderslev Kommune har – på baggrund af studieturen til Nederlandene og efterfølgende møder med VIVE om den økonomiske styring i projektet – udviklet et teamoverblik, der er *inspireret af*, men ikke en direkte kopi af teamoverblikket i Buurtzorg.

De fire emner, der er omfattet af Haderslev Kommunes teamoverblik, er kontinuitet, borgertid, sygefravær og rehabilitering (Figur 2.7).

Figur 2.7 Haderslev Kommunes teamoverblik



Kilde: Haderslev Kommune.

Kontinuitet er valgt, fordi det er en vigtig politisk målsætning, og fordi det samtidig er det, som borgerne efterspørger. Kommunen måler det som antallet af unikke medarbejdere i borgerens hjem over en 14 dages periode, hvilket – jf. interview med VIVEs økonomer – "... sikrer rettidig og relevant information i en situation, hvor der er nogle borgere, der kun får hjælp hver 14. dag"³⁰.

Borgertid er den helt centrale styringsparameter, jf. Buurtzorg-modellen, og Haderslev Kommune har valgt at være fuldstændig Buurtzorg-nær i sin oversættelse, dvs. at borgertid måles ved at sætte den direkte og indirekte borgertid i relation til medarbejdernes samlede arbejdstid³¹. Haderslev Kommune ved endnu ikke, hvad der er et realistisk måltal i dansk kontekst, men forventer, at

³⁰ Buurtzorg måler ikke kontinuitet, idet kontinuitet naturligt vil følge af en teamstørrelse med mindre end 12 medarbejdere i et team, og idet ønsket er at sikre teamkontinuitet på den længere bane – og ikke personkontinuitet på den korte bane.

³¹ Se beskrivelsen i afsnit 2.5.3.

det vil ligge et sted omkring 64 %. Dette skal dog afklares som led i den videre udvikling og afprøvning af teamoverblikket.

Sygefraværdata havde kommunen på forhånd – det nye er, at de er opdelt på teams, samt at teamene får informationen stillet til rådighed. Det gør de også i Buurtzorg, hvor den del af teamoverblikket, der indeholder information om medarbejdernes sygefravær, imidlertid også indeholder information om ferie. Buurtzorg har således et lidt andet greb på fravær end Haderslev Kommune. I Buurtzorg-modellen er fravær noget, et team skal forvente og lære at planlægge med – hvor det i Haderslev fremstår som et mere direkte udtryk for noget, der skal reduceres/fastholdes på et realistisk lavt niveau som udtryk for såvel god medarbejdertrivsel som effektiv ressourceudnyttelse.

Rehabilitering er indarbejdet som målsætning efter dialog med Buurtzorg og forsikringsselskaberne i Nederlandene om, hvordan de arbejder med økonomisk styring inden for rammerne af Buurtzorg-modellen. Her er det en væsentlig pointe, at Buurtzorg (på leverandørniveau) har en aftale med forsikringsselskabet om, at det gennemsnitlige antal timer pr. borger pr. år skal reduceres med en given procentsats. På tidspunktet for VIVEs evaluering har Buurtzorg ikke indarbejdet rehabiliteringsmålsætningen i teamoverblikket, men fortæller i forbindelse med VIVEs studiebesøg, at de arbejder på i) at stille informationen til rådighed for teamene, samt ii) at gennemføre nogle faglige kampagner med fokus på rehabilitering. Haderslev Kommune har efter dialog med VIVE besluttet at indarbejde rehabilitering i teamoverblikket, konkret – og i første omgang – ved at måle det gennemsnitlige antal timer pr. borger pr. uge.

Teamoverblikket var netop udviklet på tidspunktet for VIVEs evaluering i august/september 2022. Her var det indtrykket, at teamene i høj grad var interesserede i at vide, hvad det var, de blev målt på, så de selv kunne tage ansvar for og arbejde hen imod målopfyldelse.

I de videre studier er det vigtigt at følge og observere, hvordan og hvilken betydning teamoverblikket har og spiller for de teams, der bliver etableret efter inspiration fra Buurtzorg-modellen.

Det bliver også vigtigt at følge og forholde sig til, i) om det er hensigtsmæssigt kun at måle kontinuitet på 14 dages basis, når tidligere studier viser, at udfordringerne typisk først opstår på måneds- og kvartalsbasis (Kjellberg, 2021), samt ii) om teamene mangler/også har brug for information om fx borgertilfredshed, borgergrundlag, ferie og andet fravær, planlagte timer og opgaver samt utilsigtede hændelser.

Teamoverblikket i Buurtzorg-modellen har flere forskellige formål og spiller både en rolle i forhold til i) resultatmåling og ii) arbejdsplanlægning (med henblik på resultatmåling). Dette kan være et fokuspunkt for det videre arbejde i regi af udviklingsprojektet.

2.6.4 Tre prøvehandlinger i myndighedssporet

Haderslev Kommune har i foråret og efteråret 2022 arbejdet med udvikling af tre konkrete prøvehandlinger på myndighedsområdet med henblik på at skabe større fagligt råderum for teammedlemmerne og skabe en ny indgang til hhv. kommunens specialiserede rehabiliteringsenhed og de tværfaglige borgerteam, der etableres efter inspiration fra Buurtzorg-modellen.

Lære hinanden at kende

Den første prøvehandling (som startede i foråret 2022) består i at bringe visitationen tættere på praksis ved at koble faste visitatorer til teamet, lade dem deltage i teamets møder og have faste arbejdsdage i teamet. Det svarer til, hvad mange andre kommuner gør i forbindelse med deres arbejde med etablering af faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Det fungerer, jf. interview i august/september 2022, godt og giver bedre kendskab til hinanden og bedre grundlag for at tilpasse ydelserne til borgerne. Det har samtidig skabt et godt afsæt for den videre dialog om, hvad der reelt skal til for at skabe større faglig frihed for de udførende medarbejdere – samtidig med at det sikres, at borgerne får det tilbud, som de har ret til efter loven.

Fjern minutstyringen

Den anden prøvehandling består i at afskaffe de minutter, som Nexus automatisk sætter på de enkelte ydelser, når visitator bevilger en pakke.

Det har, jf. interview, været en stor øjenåbner for teammedlemmerne og visitatorerne, at det ikke er visitator, der bestemmer, at der (kun) kan bruges 5 eller 7 minutter på en ydelse – det er systemet, Nexus, der definerer disse minuttal på baggrund af gennemsnitsberegninger, som *i princippet* gør det lettere for planlægger at løse sin opgave (idet der allerede er sat minutter på).

Visitatorer og medarbejdere i Kaffe først er på denne baggrund blevet enige om at gennemføre en prøvehandling, hvor de sletter minutterne i Nexus, så planlægger og team kun har visitators funktionsevnevurdering som baggrund for deres faglige beslutning om, hvilke ydelser de vil give til borgeren, og hvor lang tid de vil bruge på at levere ydelsen i det enkelte borgerhjem.

Teamet og visitator vil forsøge sig med en ny model, hvor:

- teamet udarbejder opdaterede døgnrytmeplaner, der skrålæses af visitator med henblik på at sikre et hensigtsmæssigt serviceniveau
- teamet anvender de opdaterede døgnrytmeplaner som afsæt for udvikling af nye og forbedrede grundplaner
- teamet planlægger i besøg frem for ydelser for derved at sikre bedre overensstemmelse mellem planerne (det markeres, hvis en given ydelse – fx medicin – skal gives på et fast tidspunkt)
- det ene team gennemfører et forsøg, hvor de swiper komme/gå tider som alternativ til at swipe "leveret", når de har gennemført et besøg.

Forsøget er godkendt med det forbehold, at der skal findes en løsning på, hvordan teamet kan registrere indirekte borgertid, jf. Buurtzorg-modellen.

Det skal gennemføres i første kvartal 2023.

Nye måder at modtage og udrede nye borgere

Den tredje prøvehandling består i at designe en ny indgang for borgerne, hvor nye borgere, der henvender sig med anmodning om hjælp og støtte efter servicelovens § 83, mødes af i) et samarbejde mellem kommune og frivillige, og evt./ved behov får ii) et 8 ugers rehabiliteringsforløb ved kommunens specialiserede rehabiliteringsenhed, hvorefter der træffes myndighedsbeslutning, om der skal gives en bevilling til varig hjælp (SEL 83).

I det omfang borgeren vælger kommunen som leverandør af personlig og/eller praktisk bistand, leveres hjælpen af det tværfaglige borgerteam, der fremadrettet både vil have mulighed for at levere ydelser inden for SEL 83, SEL 83a, SEL 86, SUL 138 og SUL 140 – og måske også SEL 112 og SEL 113 (det skal afklares).

Med et fast interval på fx 3 eller 4 måneder skal der foretages en revurdering af behovet for hjælp ved sygeplejerskerne eller terapeuterne i det tværfaglige team, jf. inspiration fra Buurtzorg (Bech et al., 2021; Kjellberg & Buch, 2022), erfaringerne med trænende hjemmehjælp i Fredericia Kommune (Kjellberg et al., 2013) og Haderslev Kommunes aktive ønske om at fastholde fokus på rehabilitering som del af projektet³².

³² Se også afsnit 2.2 om den første grove prototype samt afsnit 2.6.3 om teamoverblikket for en understregning og dokumentation af, hvordan Haderslev Kommune fra starten har haft ønske og ambition om at fastholde fokus på rehabilitering som del af projektet.

Den tredje prøvehandling er endnu i støbeskeen, og der er endnu ikke lagt en fast tidsplan for implementering. Forventningen er imidlertid, at forsøget kan indledes i løbet af 2023 som del af det videre arbejde med projektet.

2.6.5 Afslutning af arbejdet i dokumentationssporet

Arbejdet i det oprindelige dokumentationsspør er afsluttet, idet den arbejdsgruppe, der blev nedsat, konkluderede, at det ikke var muligt at skabe en lettere dokumentation, hvis og såfremt ledelsen fastholdt beslutningen om, at de ikke måtte afvige fra Fællessprog III³³. I dette tilfælde kunne der udvikles en *bedre, men ikke mindre omstændelig* dokumentationspraksis, der understøttede fokus på rehabilitering i de tværfaglige teams.

Arbejdet med at implementere den nye og forbedrede dokumentationspraksis i efteråret 2021 viste, i) at teamet ikke var et sted, hvor de var klar til at prioritere tid på at forbedre deres dokumentationspraksis, idet de havde mere end rigeligt at se til med at finde ud af, hvordan de håndterede de borgere, der var blevet tilknyttet projektet. Det viste også, ii) at det var et udviklingspunkt for teamet at dokumentere i henhold til eksisterende retningslinjer, dvs. at den nye og forbedrede dokumentationspraksis var alt for ambitiøs set i forhold til teamets aktuelle kompetenceniveau, der på alle måder matcher kompetenceniveauet i resten af organisationen og i de øvrige kommuner, VIVE har været til stede i.

2.6.6 Ny, smal og mere entydig ledelse

Haderslev Kommune har trinvist i perioden fra foråret til efteråret 2022 implementeret en ny, smal og mere entydig ledelse af i) hjemme- og sygeplejen og ii) de tværfaglige og selvstyrende teams, der etableres efter inspiration fra Buurtzorg-modellen.

På **kommuneniveau** er hjemme- og sygeplejen samlet under én leder frem for som tidligere én leder af hjemmeplejen og én leder af sygeplejen³⁴. Der er endvidere truffet beslutning om at opdele myndigheden i tre samt at lægge myndigheden på ældreområdet ind under chefen for Senior og Rehabilitering, således at den nye myndighedschef, der skal ansættes til ældreområdet, bliver sideordnet med lederen af hjemme- og sygeplejen.

I **forsøgsdistriktet** (Vojens) er backoffice samlet under én leder (den tidligere distriktsleder for sygeplejen). Den tidligere distriktsleder for hjemmeplejen vil

³³ Dette fastholder ledelsen, fordi det er udmeldingen fra KL. (<https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/sundhed/data-dokumentation-og-digitalisering/faelles-sprog-iii/>)

³⁴ Dette er sket i naturlig forlængelse af, at lederen af sygeplejen valgte at sige sin stilling op, og innovations- og rehabiliteringschefen efterfølgende besluttede at samle hjemme- og sygeplejen under fælles ledelse af den tidligere leder af hjemmeplejen.

fremadrettet fokusere på distriktsledelsen i Gram, og den tidligere teamleder for hjemmeplejen tiltræder pr. 1. november 2022 en ny stilling som distriktsleder et andet sted i kommunen.

Backoffice samlede i perioden fra afprøvningens opstart til efteråret 2022 en forholdsvis stor mængde af decentrale ledere, afdelingsledere og konsulenter fra kommunen. Fra efteråret 2022 er antallet af ledere og konsulenter i backoffice reduceret, idet backoffice fremadrettet kun vil bestå af: 1 leder (den tidligere distriktsleder for sygeplejen), 1 teamleder (den tidligere teamleder fra sygeplejen), to ny-rekrutterede coaches samt 1 projektleder³⁵.

Skjold-funktionen blev nedlagt i foråret 2022, umiddelbart efter VIVEs første dataindsamling.

Aftalen med **den eksterne coach** ophører, og der er planlagt en proces for trinvis overdragelse til de to ny-rekrutterede coaches, der fremadrettet skal varetage coachfunktionen i projektet.

Projektgruppen er udvidet med en ressourceperson fra myndighedsområdet, således at projektgruppen fremadrettet vil bestå af: en projektleder, to ressourcepersoner fra økonomi, en ressourceperson fra Nexus-gruppen og én ressourceperson fra myndigheden.

Det er afgørende i forhold til den videre udvikling af myndighedsfunktionen, jf. afsnit 2.6.4 ovenfor.

2.7 Opsamling

Det fremgår af dette kapitel, at Haderslev Kommune er i fuld gang med at udvikle en dansk prototype for Buurtzorg-inspireret ældrepleje, samt at dette arbejde omfatter alle dele af organisationen – både drift (hjemmepleje, sygepleje, rehabilitering), myndighed, økonomi og it-understøttelse.

Der er tale om en stor og omfattende forandringsproces, som kræver megen ledelse – og som samtidig kræver, at de ledere, der skal lede forandringsprocessen, skrifter lederrolle og leder på en anden måde, end de er vant til.

³⁵ Dette afspejlede sammensætningen af backoffice i november 2022. Fra december 2022 er det besluttet at ansætte en ny ressourceleder til backoffice, der skal arbejde på tværs af hele hjemme- og sygeplejeområdet i Haderslev Kommune.

Haderslev Kommune har en stærk projektorganisation, der går på tværs af relevante afdelinger i kommunen. De er lykkedes med udvikling af et koncept, der på nogle måder ligner Buurtzorg meget, og på andre punkter adskiller sig.

Ligheden findes ved etablering af mindre tværfaglige teams, der gives udstrakt frihed til selv at tilrettelægge arbejdet inden for rammen af en (ny) økonomisk styringsmodel, der på sigt vil indeholde en klar og tydelig aftale om, hvor meget borgertid hvert team skal levere, og som skaber basis for benchmark og sammenligningskonkurrence på såvel kontinuitet som borgertid, sygefravær og rehabiliteringseffekt.

Ligheden findes også ved etablering af et nyt samarbejde mellem myndighed og leverandør, hvor myndigheden spiller en væsentlig rolle som gatekeeper i forbindelse med borgerens adgang til hjælp og støtte fra teamet, men hvor det i større omfang bliver op til de udførende medarbejdere at vurdere, hvilke indsatser borgeren skal have.

Forskelle findes fx ved tilgangen til teamdefinition, hvor det er kommunen, der strategisk sammensætter teamene med relevante fagligheder (i stedet for at lade teammedlemmerne vælge hinanden), og hvor der fx er truffet bevidst beslutning om at inkludere terapeuter i de teams, der etableres efter inspiration fra Buurtzorg-modellen.

Forskelle, også i forhold til i) teamstørrelse, hvor teamene med den nye plan for udrulning bliver større end anbefalet af Buurtzorg, samt ii) ved at teamoverblikket primært har fokus på at skabe grundlag for benchmark og sammenligningskonkurrence frem for at understøtte teamene i deres daglige arbejdsplanlægning med oplysninger om fx planlagt fravær samt planlagte timer og opgaver.

Dette bør være et fokusområde for det videre arbejde med udbredelse af teammodellen i Haderslev Kommune, særligt hvis tanken er, at teamene på sigt også skal overtage ansvaret for den daglige arbejdsplanlægning.

3 Erfaringer fra de to første afprøvninger

I dette kapitel beskrives erfaringerne fra de to første Kaffe først-teams i Haderslev Kommune.

Først gives en overordnet beskrivelse af den tværfaglige teamsammensætning og borgergrundlaget på tidspunktet for VIVEs anden devaluering. Derefter beskrives lokalerne, indretningen af lokalerne og dagligdagens strukturering via dag- og aftenvagter, ydelsespakker og kørelister. Det beskrives, hvordan samarbejdet i teamene er under fortsat udvikling, og hvordan teamene i høj grad tager ansvar for egen udvikling på tidspunktet for VIVEs anden devaluering. Endelig beskrives det, hvordan teamene fortsat og vedvarende vil have brug for støtte fra en erfaren coach – og de bekymringer, der er for udrulning af et koncept, der endnu ikke er afprøvet under fuld arbejdsbelastning.

Kapitlet er baseret på VIVEs observationer og interview i Haderslev Kommune i januar/februar 2022 og august/september 2022.

3.1 Teamsammensætning

Vi har tidligere beskrevet, hvordan de to teams startede med en tværfaglig teamsammensætning bestående af 2 sygeplejersker, 1-2 assistenter, 2 hjælpere, 1 assistent aften, 1 pædagog/pædagogisk assistent og 0,5 terapeut pr. team.

Forholdsvis hurtigt herefter blev der truffet beslutning om at ansætte yderligere to aftenvagter. Pædagogen sagde op; der var en langtidssygemelding i sygeplejegruppen; én af social- og sundhedsassistenterne fik lov til at vende tilbage til sit gamle arbejde i distriktet, og én af sygeplejerskerne indgik aftale med sin leder om at stoppe i projektet.

Sideløbende blev der rekrutteret nye – først på hjemmeplejeområdet, og siden også på sygeplejeområdet. Endvidere besluttede sygeplejerskerne i teamene at tage en elev – og teamene bestod således, på tidspunktet for VIVEs anden devaluering, af henholdsvis 7 og 11 teammedlemmer (Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Medarbejdersammensætningen i de to Kaffe først-teams på tidspunktet for VIVEs anden devaluering, august/september 2022

	Team 1	Team 2
Sygeplejersker	3	2
Social- og sundhedsassistenter	2	2
Social- og sundhedshjælpere*	5	3
Ergoterapeuter	1	
I alt	11	7

Anm.: Opgørelsen er ekskl. elever.

Note: * Inkl. den pædagogiske assistent.

Kilde: Haderslev Kommune.

3.2 Borgergrundlag

Det fremgår ved interview og observation i august/september 2022, at teamene har haft stop for tilgang af nye borgere i hele perioden fra januar/februar 2022 (hvor projektejeren besluttede at gribe ind med henblik på at give teamene en ny start) til tidspunktet for VIVEs anden devaluering.

Det fremgår også ved interview og observation i august/september 2022, at sygeplejerskerne i de to teams har været fritaget for weekendvagter i sommerferieperioden, dvs. det først er i august/september, at de tager fra i weekenden og skal opnå erfaringer med, hvordan de får det til at fungere – både indbyrdes mellem de to teams, hvor de deles om at tage vagterne i weekenderne – og indbyrdes mellem faggrupper, hvor de skal finde ud af, hvem der tager hvilke opgaver hos hvilke borgere.

På det tidspunkt, hvor VIVE foretog sine observationer, fik teamet overdraget borgerne uden nogen mulighed for selv at sige til eller fra. Teamlederen fra hjemmeplejen meddelte, at de ville overføre den og den borger, og selvom teamet fagligt set syntes, at det var en dårlig ide (idet de fik at vide, at borgeren skulle overdrages med henblik på afslutning inden for et par uger, efter at borgeren havde været igennem et længere forløb i den almindelige hjemme- og sygepleje), så var der ikke basis for dialog, idet planlæggeren i distriktet allerede havde overført borgeren i systemet – dvs. at teamet hverken fandt det muligt eller systemteknisk smart, at de tog dialogen.

Teamene var i øvrigt positive over for at tage imod nye borgere, idet de erkendte, at de havde plads i planerne – i hvert fald i det ene team. De to teams skulle desuden nok hjælpe hinanden; det gjorde de allerede i dagligdagen.

VIVE bemærkede ved sine observationer, hvordan det var samtlige ruter på tværs af de to teams, der fremgik af storskærmen ved morgenmødet. Selvom der var to teams, og de to teams havde hvert deres teamlokale med hver sin storskærm, så kiggede de på det samme, fælles borgergrundlag og forholdt sig til, hvordan de i fællesskab kunne løfte opgaverne.

Selvom en medarbejder var ansat i det ene team, kunne hun nogle dage godt møde ind og tage opgaver i det andet – og vice versa.

3.3 Lokaler

De to Kaffe først-teams har haft lokaler to forskellige steder i løbet af det første år af implementeringsperioden.

Det første halve år havde de lokaler i tilknytning til et plejecenter. De havde to sammenhængende grupperum med et køkken i det ene og knager med jakker og telefoner i det andet. De to grupperum kunne adskilles med en foldedør, men også anvendes samlet. Fra det ene grupperum (det med knagerne) var der adgang til et lille kontor, som teamet brugte til planlægning. Fra det andet grupperum (det med køkkenet) var der adgang til et andet lille kontor, som tilhørte distriktslederen. Kopimaskinen tilhørende det lokale hjemmeplejedistrikt var samtidig placeret i det ene af de to lokaler. Den blev hyppigt brugt af såvel distrikts- som teamlederen, når de ønskede at stikke hovedet forbi for at fornemme, hvordan det gik i projektet.

Det andet halve år har Kaffe først-teamene haft lokaler i den nye bygning, hvor det er planen, at hele Distrikt Vojens skal samles i forbindelse med udrulningen. De har hvert deres grupperum med udgang til et stort og ubenyttet fælleslokale, hvorfra der er adgang til køkken, toilet, omklædning m.m. Distriktslederens kontor har (ligesom teamenes) dør ud til fællesarealerne, hvilken giver hende – og teamet – bedre mulighed for at vælge hinanden til og fra. Hjemmeplejen har lokaler i den anden ende af bygningen og herunder adgang til egen kopimaskine. Teamlederen for hjemmeplejen kigger dog fortsat hyppigt forbi for at sikre, at alting i projektet er, som det skal være.

De to Kaffe først-teams ønskede som udgangspunkt hverken at flytte med over til de nye lokaler *eller* at skilles som teams. De ville gerne være blevet i deres egne lokaler (adskilt fra den øvrige hjemme- og sygepleje), og de ville gerne

være blevet samlet som to teams i ét projekt. I de nye lokaler er det ene grupperum meget stort, og det andet meget lille. De har døre, der kan lukkes ud til fællesarealerne, men dørene står for det meste åbne, og der er hyppige drøftelser mellem fx sygeplejerskerne på tværs af teams. Teamlederen fra hjemmeplejen er desuden fortsat meget synlig i projektet.

I den kommende afprøvning er planen, at der skal indrettes gruppelokaler til de nye teams, der skal etableres i forbindelse med udrulningen til hele distrikt Vojens. På tidspunktet for VIVEs dataindsamling var det endnu uafklaret, om der skulle etableres seks eller otte teams. Teammedlemmerne fra Kaffe først havde som udgangspunkt ikke nogen holdninger ud over, at de gerne ville fortsætte samarbejdet indbyrdes og med den eksterne coach. Personalet fra hjemmeplejen var mest optaget af, hvilke områder og hvilke kolleger de fik – ikke så meget af teamstørrelse. For personalet fra sygeplejen spillede det imidlertid en rolle, hvor store teamene blev. De foretrak større teams, da de hellere ville være flere end færre sygeplejersker i de nye tværfaglige teams, som de (efter nogle måneder med udtrykt utilfredshed og frustration over at skulle fusioneres) nu havde valgt at gå positivt ind i arbejdet med (idet der også er fordele ved at arbejde tæt sammen med hjemmeplejen, fx i forhold til tidlig opsporing og i forhold til koordination i komplekse forløb).

Forventningen er, at de nye teamlokaler vil komme til at understøtte samarbejdet mellem de nye teams, således at det alt andet lige bliver lettere at skabe et bæredygtigt fagligt miljø med flere sygeplejersker samlet, end det vil være i en fuldstændig decentral organisering, hvor hvert team har sine egne lokaler (som det kendes fra Buurtzorg samt fra forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande (Buch, 2020; Kjellberg, 2021).

De fælles lokaler kompenserer på denne måde potentielt for nogle af de svagheder, der er ved en tværfaglig organisering i små, faste og selvstyrende teams. Samtidig udnytter de ikke de muligheder, der er for, at teamene selv vælger og indretter deres lokaler, samt at teamene bliver større del af lokalmiljøet det sted i kommunen, hvor de vælger at etablere sig. Køreafstandene er også større, når alle teams kører ud fra samme sted og vender tilbage til samme sted morgen, formiddag, eftermiddag og aften.

3.4 Indretning

Lokalerne er indrettet efter samme skabelon, dvs. at der er i) en storskærm, ii) et gruppebord samt iii) to computere.

Storskærmen gør det muligt for teamene at samles om drøftelsen af borgerne, idet alle kan se, hvad der står, og hvad der dermed diskuteres.

Grupperbordet fungerer som samlingssted, men primært for social- og sundhedspersonalet, idet sygeplejersker og terapeuter i en forholdsvis stor del af tiden sætter sig ved en computer.

Computerne bruges af hhv. sygeplejerskerne, terapeuten og den social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper eller pædagogiske assistent, der har rollen som planlægger.

Det er kun i aftenvagten (hvor de ikke er på arbejde), at VIVE har observeret, at de social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælperne, der ikke har funktion som planlægger, sætter sig ved computeren.

I perioden fra første til anden devaluering ses det i lokalerne, i) at der er små sten med værdibaserede udsagn svarende til det, der kendes i Buurtzorg (Figur 3.1), samt ii) mødereferater, der vidner om, at rollerne bliver taget og brugt, samt at teamene selvstændigt tager ansvar for deres udvikling.

Figur 3.1 Billede fra teamlokalerne i Kaffe først



Kilde: Foto taget under VIVEs observationsstudier i august/september 2022.

3.5 Dagligdag

Dagligdagen i teamet er fast struktureret på den måde, at de medarbejdere, der er i dagvagt, møder ind kl. 07.00, hvor de tænder skærmene (både den store, de to stationære pc'er og de enkelte social- og sundhedsmedarbejders pda'er for at tjekke dagens planer og de evt. ændringer, der er eller har været siden i går). Samtidig åbner de telefonen, så de medarbejdere, der er syge på dagen, har mulighed for at ringe ind).

I én af grupperne har én af hjælperne for vane at møde ind kl. 06.30 for at åbne skærmen og danne sig et overblik, inden de øvrige medarbejdere møder ind kl. 07.00. Hjælperen oplever, at det er for sent først at få oplysninger om evt. ændringer og sygemeldinger kl. 07.00, hvis de skal være klar til at køre ud kl. 07.15 – og en lignende opfattelse findes hos de sygeplejersker, der efter planen skal starte i efteråret 2022, og som også oplever, at det er hensigtsmæssigt at møde ind tidligere.

Det sker flere gange under VIVEs observationer, at en medarbejder ringer sig syg ind på dagen. I flere tilfælde hæver de øvrige teammedlemmer et øjenbryn, og én tilkendegiver over for VIVE, at hun ikke kan forstå, hvordan man kan melde sig syg i dag og samtidig sige, at man kommer i morgen. Teammedlemmerne dækker – uagtet deres opfattelser – positivt ind for den person, der er sygemeldt, ved at fordele opgaverne på de øvrige kørelister. Terapeuten fungerer i flere tilfælde som joker, fordi hun ikke i samme omfang som social- og sundhedsmedarbejderne er planlagt med opgaver og derfor i større omfang har mulighed for at tage en ekstra opgave i løbet af dagen.

Der er i begge teams gode og reflekterede faglige drøftelser om morgenen med afsæt i de seneste ændringer i borgernes tilstand og de borgere, der skal besøges/de opgaver, der skal løses i løbet af dagen. Alle faggrupper byder ind, og der bliver – som udgangspunkt – lyttet til, hvad samtlige teammedlemmer kommer med af observationer. Mundtligheden og det fælles fremmøde om morgenen fremstår som én af de helt afgørende virkningsmekanismer i forhold til at sikre en bedre tværfaglig indsats med afsæt i borgerens behov i mindre, tværfaglige og mere eller mindre selvstyrende teams, hvilket også er set i andre kommuner³⁶.

Teammedlemmerne bruger samtidig noget tid ved morgenmøderne på at diskutere, hvordan de – skriftligt – skal kommunikere med henholdsvis aftenvagten (som de er uenige med, hvilken hjælp borgeren skal have) og myndigheden (som de gerne vil have til at forstå, at borgeren har brug for anden og mere

³⁶ VIVE er involveret i studier af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams i en bred række af kommuner i Danmark. Se <https://www.vive.dk/da/temaer/faste-tvaerfaglige-og-selvstyrende-teams-paa-aeldreomraadet/> for et overblik.

hjælp om dagen end om aftenen). De medarbejdere, der har svært ved at udtrykke sig skriftligt, har fordelene ved, at fx terapeuten er god til at udtrykke sig skriftligt, dvs. de kan sige det, de mener – og så udtrykker terapeuten det på en måde, som giver mening for visitatorerne, hvilket letter arbejdsgangene og reducerer antallet af korrespondancer frem og tilbage.

Efter en kortere periode kører social- og sundhedspersonalet ud, mens sygeplejerskerne, terapeuten og planlæggeren bliver siddende tilbage. De kører efterfølgende ud og evt. tilbage, idet de bruger en markant større del af deres arbejdstid på at læse, søge, skrive og ringe end social- og sundhedspersonalet³⁷.

Social- og sundhedspersonalet afslutter som udgangspunkt deres formiddagsrute, inden de kommer ind i grupperummet for at holde pause. Pausen kan være kortere og længere, alt efter hvor travlt de har haft. Efter at have spist kører de ud på deres frokostbesøg, inden de (igen) kommer tilbage til grupperummet for at aflevere deres pda og skifte tøj, når de har fri kl. 13.00.

De social- og sundhedsmedarbejdere, der har eftermiddagsvagt kl. 13.00-15.00, bruger ofte lidt tid i gruppelokalet, inden de kører ud på deres eftermiddagsbesøg. De timer deres afgang, således at de ved, de kan nå de besøg, som de skal gennemføre, inden de kan være tilbage i gruppelokalet kl. 15.00 (hvor de har fri).

Klokken 15.00 har såvel sygeplejersker som terapeuter og social- og sundhedspersonale i dagvagt fri, og de hilser kort på aftenvagten, idet de møder ind.

Der er intet overlap, dvs. al kommunikation foregår skriftligt, hvilket bl.a. har været med til at udfordre samarbejdet mellem de to grupper.

På tidspunktet for VIVEs anden devaluering er der to medarbejdere i aftenvagt, der har sagt deres stilling op, og teamene har bedt om coachens og den decentrale ledelses hjælp til at håndtere problemet.

Hvem bruger computeren?

Det er tydeligt, at der er forskel på hvem, der bruger de stationære computere i gruppelokalet, og hvem der ikke gør. I hvert gruppelokale er der – som tidligere beskrevet – to stationære computere, en storskærm og et større mødebord. Terapeuten, den sygeplejerske der er i dagvagt og planlæggeren aftaler indbyrdes, hvem der skal have computeren og flytter sig for hinanden, så alle kan komme til. De øvrige medarbejdere har ikke adgang til en computer og sætter sig (også derfor) ved mødebordet i midten, når de kommer ind for at holde pause. Der er (kun) undtagelser fra dette om aftenen og nogle gange også i

³⁷ Dette understøttes teknologisk af, at der kun er to stationære computere til rådighed i gruppelokalet.

weekenden, hvor computerne er fri, og nogle af social- og sundhedshjælperne (også derfor) sætter sig ved computerne og påbegynder arbejdet med opdatering af døgnrytmeplaner mv.

I forsøget med Lokalpleje Danmark i Ikast-Brande Kommune havde stifteren indkøbt bærbare computere til samtlige teammedlemmer for at gøre det let for alle at arbejde ved computer – når som helst og hvor som helst – og herunder også i) i borgerens hjem eller ii) hjemme i medarbejdernes private bolig – svarende til, hvad det kendes fra Buurtzorg i Nederlandene.

VIVE har ikke som sådan nogen holdninger til, hvilket it-udstyr personalet i Kaffe først med fordel kan få stillet til rådighed, men vi vil gerne pege på, at adgangen til relevant it-udstyr ligesom indretningen af gruppelokalerne er med til at strukturere medarbejdernes dagligdag og (dermed også til at) fastholde eksisterende arbejdskulturer.

3.6 Ydelsespakker

VIVE har gennem længere tid interesseret sig for det system, hvormed de borgere, der er bevilget hjælp efter serviceloven, tildeles en ydelsespakke, inden for rammerne af hvilken leverandørerne (her, teamet) selv kan fastsætte de mere specifikke ydelser, som borgeren skal have.

En **ydelsespakke** består af en samlet af mængde af tid, som leverandøren kan bruge på at levere en række mere eller mindre specificerede ydelser, fx hjælp til toiletbesøg eller personlig hygiejne. De enkelte ydelser er foruddefineret i systemet, og der er regler (i systemet), der specificerer, hvilke ydelser der kan leveres inden for rammen af en given pakke. Planlægger pakker pakken ud, hvilket konkret sker ved, at planlægger vælger de ydelser, der skal leveres, og placerer dem på en eller flere ruteplaner. Systemet regner selv ud, hvor mange minutter der kan bruges på hver enkelt dag på hver enkelt ydelse, men planlægger har mulighed for manuelt at ændre på minuttallet, hvis planlægger ønsker det.

Haderslev Kommune bruger – på linje med mange andre kommuner – en model, hvor borgerne bliver tildelt en ydelsespakke, som leverandørerne kan levere ydelser indenfor, og leverandørerne bliver herefter enten afregnet i visiteret tid, planlagt tid eller leveret tid. Der kan fint være eksempler på borgere, der har behov for, at leverandøren bruger mere tid på at levere ydelsen, end der er i pakken – og det kan de bare gøre – for der er **gynger og karusseller**, og den tid, som leverandøren bruger mere på en given borger, bruger leverandøren mindre på en anden. Det vigtige er, at det samlet set går op, og at leverandøren ikke bruger mere tid end visiteret på den samlede mængde af borgere, de har i teamet.

Denne model genfortælles af myndighedsafdelingen ved interview og kendes også af de medarbejdere med kompetence inden for økonomi og styring, der arbejder i kommunen.

På teamniveau kendes den imidlertid ikke: Den ene planlægger spørger nærmest forskrækket: "Men må jeg det?", da VIVE foreslår at sætte tiden op på en konkret ydelse, som planlægger vurderer, at det er fuldstændig umuligt at nå at levere inden for det specificerede antal minutter. Den anden fortæller om en ruteplan, der overhovedet **ikke hænger sammen**, fordi én af de borgere, der er på listen, tager flere timer – og myndigheden ikke vil give mere tid, fordi det i givet fald ville kræve, at borgeren skulle visiteres til en større pakke, og det er der ikke grundlag for med afsæt i borgerens funktionsniveau.

Ved interview med coachen fremgår det, at hun – på baggrund af de meldinger, hun har fået, og den virkelighed teamet står over for – har besluttet, at "så er der kun karusseller". Med andre ord, at hun – i sit arbejde som planlægger – tør sætte tiden for den enkelte borger op, også selvom den planlagte tid herefter overskrider den visiterede – og også selvom hun evt. fremadrettet vil få udfordringer med det.

Økonomimedarbejderne fortæller, at teamene – på baggrund af deres viden – generelt har masser af visiteret tid, som de kan trække på. Den planlagte tid når ikke op på samme niveau som den visiterede, men det ved teamet selvfølgelig ikke. Generelt er der **mangel på viden** om dette i hjemmeplejen i kommunen som helhed. Her er det – også blandt lederne – en udbredt opfattelse, at den visiterede tid ikke må overskrides på individuelt niveau.

I Kaffe først har der været konkrete eksempler, hvor teamet (jf. anvisningerne fra coachen ovenfor) har valgt at sætte tiden op for udvalgte borgere, som de ikke oplever, at de har kunnet levere den fornødne hjælp til inden for det visiterede antal timer. I disse tilfælde har de dog også oplevet, at timerne er blevet fjernet igen. Antagelsen er på tværs af interview, at det er teamledelsen i hjemmeplejen, der har gjort det, for på denne måde at tage ansvar og sikre, at der ikke bruges mere tid end visiteret på den enkelte borger.

Ovenstående illustrerer samlet set, hvordan den pakkemodel, der principielt set er rummelig og giver det tværfaglige team mulighed for selv at bestemme, hvor meget tid der skal bruges på den enkelte borger, ikke er implementeret i bund på en måde, så den frit kan anvendes af teamet i dagligdagen.

Dette på trods af, at Haderslev Kommune har haft ordningen med ydelsespakker i mange år.

3.7 Kørelister

Medarbejdernes kørelister sammensættes som udgangspunkt ved at tage de ydelser, som planlægger, jf. ovenfor, har hentet ind på de forskellige ruteplaner, og flytte dem rundt. Det gøres helt lavpraktisk og let på storskærmen ved at trække en ydelse fra en ruteplan til en anden. Planlægger har som afsæt taget stilling til, hvem af de fremmødte medarbejdere der skal køre hvilke planer (de kører typisk de planer, som de plejer at køre). Hvis en medarbejder er syg, fordeles dennes opgaver (= ydelser) på de øvrige medarbejders kørelister.

De uformelle regler siger, at ydelserne ikke må overlappe – og at der meget gerne må være lidt rum mellem ydelserne, da der principielt set også skal være plads til køretid. Det gælder både ved udarbejdelse af grundplaner og ved den daglige tilpasning af planerne i lyset af i) dagens ændringer og ii) evt. sygemeldinger på dagen. Pakkes planerne for tæt, vil den medarbejder, der skal køre ruten, give udtryk for sin utilfredshed. Er de for åbne, vil de øvrige medarbejdere (og planlæggeren) have incitament til at lægge opgaver over (forudsat at der er opgaver nok).

Dagligdagen for den enkelte medarbejder følger sjældent den stramme struktur, der defineres af ydelserne i køreplanerne. Den enkelte medarbejder danner sig typisk overblik over den samlede mængde af opgaver, der jf. køreplanen skal løses – og så går medarbejderen i gang i den rækkefølge, som passer bedst. I nogle tilfælde kan flere ydelser leveres parallelt, idet medarbejderen kan besøge én borger, mens en anden borger får tid til at sidde alene og nyde sin morgenmad (dette fungerer fint og i fuld samdrægtighed med borgeren). I andre tilfælde kan en (senere) opgave lige passes ind på et (tidligere) tidspunkt i planen, således at denne opgave er løst, når medarbejderen er færdig med de (andre) opgaver, der er på listen.

Denne smidige re-disponering af opgaver er helt nødvendig for, at medarbejdernes dagligdag hænger sammen. Det er den, fordi nogle borgere nogle dage tager længere tid, og fordi medarbejderen i et vist omfang har mulighed for at tage sig bedre tid – eller skynde sig mere – på det enkelte besøg. Det vigtige er, at medarbejderens samlede køreliste hænger sammen, dvs. at den samlede mængde af opgaver ikke er større end det, som medarbejderen kan levere på den enkelte dag – ikke at den enkelte ydelser gør det³⁸.

I mange tilfælde samarbejder medarbejderne også med hinanden. Det gør de ved at ringe rundt og hjælpe hinanden i de tilfælde, hvor de enten har ekstra tid (og kan hjælpe deres kolleger) eller er bagud (og har brug for hjælp). Nogle kolleger er bedre til at hjælpe hinanden end andre. Der er generelt set anerkendelse og værdsættelse til de kolleger, der er gode til at hjælpe, og ledig tid på

³⁸ Medarbejderne arbejder på denne måde med gynger og karusseller på individuelt niveau.

dagen er dermed god at have, både fordi man kan hjælpe kollegerne, og fordi det ikke er nødvendigt at skynde sig lige så meget i det enkelte hjem – og fordi man evt. lige har tid til overs, som kan bruges på at kigge ind til en borger, der egentlig ikke er på ens liste, men som man ved lige er blevet udskrevet fra sygehus, og som man derfor gerne vil hilse på hos.

Det fleksible arbejde og samarbejdet om opgaveløsningen er helt nødvendig for, at medarbejdernes dagligdag kan hænge sammen, og derfor er det også med god grund, at de tider, der fremgår af medarbejdernes kørelister, ikke hænger sammen med den tid, de rent faktisk er hos og bruger på den enkelte borger på den enkelte dag.

VIVE har både set eksempler, hvor

- medarbejderne kommer for sent ind og ikke har haft tid til at spise frokost, fordi borgerne på kørelisten har taget længere tid end forventet, og det fx har været nødvendigt at gøre rent og vaske sengetøj, før medarbejderen samvittighedsfuldt kunne forlade hjemmet – også selvom der kun var planlagt med et 10 minutters besøg
- medarbejderne kommer ind i god tid og bruger tiden på at holde pause og drille hinanden i gruppe-lokalet³⁹.

Minutstyringen i hjemmeplejen slår således igennem, men ikke så direkte, at man kan aflæse den tid, som medarbejderne reelt har til rådighed og bruger på opgaveløsningen af deres kørelister.

Kørelisterne er snarere udtryk for forhandlede produkter, der danner ramme for medarbejdernes egenhændige og forholdsvis fleksible tilrettelæggelse af egen arbejdsdag.

3.8 Samarbejde

VIVE finder store ændringer fra sin første til sin anden dataindsamling i den måde, medarbejderne i de tværfaglige teams samarbejder og tilgår arbejdet med borgerne.

I den første dataindsamling bar arbejdet i høj grad præg af, at sygeplejerskerne forsøgte at løse de opgaver, som de traditionelt ville løse i sygeplejen, mens social- og sundhedspersonalet forsøgte at løse de opgaver, som de traditionelt ville løse i hjemmeplejen. Begge parter oplevede at være bagud, og at der ikke

³⁹ Der er klare kulturforskelle mellem hjemme- og sygeplejen, idet personalet fra sygeplejen ville bruge evt. overskydende tid på at dokumentere, hvilket ikke ligger naturligt blandt medarbejderne i hjemmeplejen. Vi har beskrevet dette tidligere under afsnit 3.5.

var tilstrækkeligt med personale til at løse de opgaver, som de hver især havde. De var skuffede og frustrerede over, at projektet ikke havde holdt det, som det lovede – hverken i forhold til relationen til borgerne eller i forhold til deres indbyrdes samarbejde.

I anden dataindsamling ses der flere eksempler på, at sygeplejerskerne finder værdi i at overtage nogle af hjælpernes og assistenternes opgaver med henblik på at bruge den tid, de har hos borgeren, på at sætte sig fagligt ind i borgerens relation og skabe de relationer til borgeren, som de vurderer er nødvendige for at gøre en faglig forskel.

Samtidig pågår der en dialog om det mere eller mindre hensigtsmæssige i, at sygeplejerskerne overtager især assistenternes opgaver, når de fx er på arbejde i weekenden. Her kom sygeplejerskerne efter en længere og principiel drøftelse af, hvorvidt de som sygeplejersker var "hænder eller hoved" frem til, at deres opgave i weekenden ikke skulle være at overtage assistenternes opgaver – men at køre ud til de fem borgere, der var blevet udskrevet i løbet af ugen, og som det ellers ville være hjælperens opgave at varetage plejeopgaven hos. Her kunne de bruge den situation, hvor de selv varetog plejeopgaven, til at tale med borgeren og sætte sig ind i dennes situation, således at de relevante indsatser kunne blive sat i gang i ugen, der følger.

Samarbejdet om teamudvikling har også ændret sig i perioden fra VIVEs første til anden dataindsamling. Hvor de to teams oplevede at være bagud og ikke have tid til udvikling ved den første dataindsamling, så oplever de to teams at være kommet foran, og at det giver mening for dem at tage ansvar for egen udvikling ved anden dataindsamling.

Konkrete eksempler på dette er, at sygeplejerskerne har taget en elev – at de holder ad hoc-teammøder med henblik på at planlægge, hvordan Kaffe først får etableret deres eget netværk af frivillige, som de kan samarbejde med om relevante indsatser til borgerne, samt at sygeplejerskerne er begyndt at mødes på tværs af teams for at drøfte, hvordan de lykkes med teamudviklingen.

Et andet eksempel handler om, at teamet selv forventer at dække ind for aftenvagten i den periode, hvor stillingerne endnu ikke er besat – samt at de fremadrettet har drøftet perspektivet i delte vagter på tværs af dag og aften, da de oplever, at det er u hensigtsmæssigt og en udfordring for dem som team, at aftenvagten reelt fungerer som deres egen gruppe.

3.9 Oplevelser

Der er generelt blandt teammedlemmerne og de tilknyttede coaches og øvrige projektparter en udpræget tilfredshed med projektet og den måde, det har udviklet sig på i perioden fra VIVEs første til anden dataindsamling.

Teammedlemmerne er – særligt i det ene team – stolte over de resultater, de har skabt, og den måde de har udviklet sig på som team efter inspiration fra Buurtzorg.

Nogle af hjælperne og assistenterne møder spontant op for at fortælle, hvor glade de er for deres arbejde i teamet, og for den måde, de som teammedlemmer støtter op om og har overskud til hinanden på – både når der er gode og dårlige dage.

De fortæller også om, hvordan det er lettere at møde ind om morgenen og hjælpe, mens der er mest travlt på en dag, hvor de har sygt barn derhjemme, men hvor ægtefællen kan tage barnet et par timer om morgenen, mens de arbejder – og så kan de tage hjem, når den værste travlhed er overstået, og på den måde lade ægtefællen tage på arbejde.

Der er andre teammedlemmer, der oplever, at det er ok at arbejde i teams, men at der ikke er så store forskelle til den almindelige hjemmepleje – bortset fra, selvfølgelig, at de har fået sygeplejerskerne og terapeuterne tættere på.

Alle sygeplejersker oplever på tværs af teams, at det er en fordel at arbejde tæt sammen med social- og sundhedspersonalet, fordi de på denne måde kan drage fordel af hinandens viden og tilrettelægge indsatsen så godt som muligt over for borgeren. Det gælder fagligt, hvor de via de mange daglige møder løbende drøfter indsatsen i det enkelte hjem. Og det gælder i forhold til samarbejdet og arbejdsdelingen, hvor sygeplejerskerne oplever værdien af at kunne anvende de konkrete plejeopgaver (fx vask og toilette) som afsæt for dialog og opfølgning med borgeren om dennes tilstand og behov for yderligere indsatser.

Assistenterne har haft nogen utilfredshed med, at de ikke oplever, at deres arbejde er blevet udfordrende, og at de har fået flere og anderledes og mere komplekse opgaver. Der er en dialog i projektet om, hvad en assistentopgave er, og at det ikke kun handler om de ydelser, der leveres, men om hele dialogen med og tilgangen til borgeren. Endvidere er der i en Buurtzorg-organisering mange andre opgaver, der skal løses, og som også kan være relevante for assistenterne – jf. de roller, der er formuleret i Buurtzorg-konceptet.

Ergoterapeuten er tilfreds med sit arbejde i teamene og oplever, at hun kan noget med sin faglighed, der hjælper og understøtter de andre, fx i forhold til

dialogen med visitationen (generelt og specifikt på området for hjælpemidler) samt i forhold til at inddrage lokalsamfundet og tænke nye og anderledes løsninger for borgerne, der involverer netværket (fx har hun arrangeret, at en af teamets borgere skal have besøg af en mand med en hund – fordi han er meget alene, og fordi han godt kan lide hunde, og det dermed kan være et afsæt for at få ham engageret og måske på sigt også komme udenfor). Det der udfordrer hende, er, at teamet fortsat på tidspunktet for VIVEs anden delevæurering kun kan levere ydelser inden for servicelovens § 83 og sundhedslovens § 138, hvilket gør det svært for hende at registrere sin tid og målrette/retfærdiggøre sit arbejde ind i de konkrete borgerforløb⁴⁰.

De eksterne samarbejdspartnere (træningsområdet) oplever, at teamet er mere interesseret i at skabe gode overgange for de borgere, de modtager fra hhv. den fremskudte rehabiliteringsenhed og træningsområdet end den almindelige hjemmepleje. De er mere interesserede i at tage møder om borgerne og sikre, at de arbejder videre på det, som er igangsat, end den almindelige hjemme- og sygepleje.

TR ser positivt på projektet og de muligheder, der ligger i det, både for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. De påpeger dog samtidig, at kommunen skal i dialog med TR vedr. betaling for den fleksibilitet, som teammedlemmerne i Kaffe først påtager sig, når de fx frivilligt vælger at påtage sig aftenvagter.

Visitorerne er stærkt påvirkede af, at de skal skilles i tre mindre grupper omfattende hhv. ældreområdet, handicap og psykiatri samt børn og unge. De oplever, at det udfordrer dem i forhold til at anlægge det helhedsblik på borgeren, som netop er deres opgave. Det tætte samarbejde, de har etableret med leverandørerne, og hvor hver visitor er knyttet til en eller flere grupper, oplever de, fungerer godt, fordi det skaber en bedre dialog og et bedre kendskab til hinanden. De ønsker dog ikke at sidde ude hele tiden, da det også er vigtigt, at de koordinerer indbyrdes, således at de opretholder en ensartethed i vurderingerne, og der ikke opstår ubegrundede lokale forskelle i kommunen.

Det er en vigtig pointe, at visitorerne ikke er udfordrede af de forsøg med at fjerne minutstyringen, der foregår i Haderslev Kommune. Det vigtige for dem er, at der bliver foretaget en grundig sagsbehandling, og at de afgørelser, der bliver truffet, er saglige og velbegrundede. Det er ikke deres ønske at definere de enkelte ydelser – det er nok for dem at træffe afgørelse, om en borger er berettiget til hjælp eller ej, samt at medvirke til at sikre/holde øje med, at leverandøren leverer den hjælp, der er aftalt. Dette kan fint lade sig gøre inden for en gatekeepermodel (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2022), hvor det i

⁴⁰ Her vil det være oplagt fremadrettet at tænke i rehabiliteringsforløb hhv. hjælp med rehabiliterende sigte til alle borgere, jf. de tidligere erfaringer med hhv. hverdagsrehabilitering og trænende hjemmehjælp i Fredericia Kommune (Kjellberg et al., 2011; Kjellberg et al., 2013).

princippet er frit op til teamet, hvilken hjælp de ønsker at levere. Det kan også lade sig gøre inden for rammen af en pakkemodel, hvor der planlægges i besøg frem for ydelser – som det er sigtet fremadrettet at afprøve i Haderslev⁴¹.

De lokale ledere er fuldt engagerede i den forestående udrulning, og herunder både i de udfordringer og muligheder, der er forbundet med at integrere hjemme- og sygeplejen under én fælles ledelse samt at etablere en ny organisering bestående af tværfaglige teams. De er fortsat tøvende over for de roller og ideer, der ligger i Buurtzorg-modellen. På den ene side anser de dem for at være spændende; på den anden side har de haft konflikter med den eksterne coach, der har været tilknyttet projektet, og hvis ideer og forslag de ikke altid har oplevet som relevante set fra et driftsperspektiv.

Sygeplejerskerne fra distriktet anfører ved interview, at de har været frustrerede over udmeldingen om at skulle samles med hjemmeplejen i mindre teams, men at de – efter den første periode med frustration har lagt sig – har valgt at gå positivt ind i arbejdet med de nye afprøvninger. Sygeplejerskerne ser både frem til det tætte samarbejde med hjælperne og assistenterne om borgerne, og til at de selv skal tage ansvaret for arbejdstilrettelæggelsen i de små selvstyrende teams, der skal etableres i forbindelse med projektet. De vil gerne have, at de praktiske forhold er i orden, når de flytter ind i de nye lokaler. Men de er også allerede i gang med at tænke nyt – også i forhold til de eksisterende teams. Konkret overvejer nogle af sygeplejerskerne fx, om det giver mening, at de først møder ind kl. 07.00 – samtidig med plejen, eller om der er brug for, at én eller to mand møder tidligere ind for at danne sig et overblik over borgerne, inden resten møder ind. Det svarer til, hvad én af hjælperne gør i det ene Kaffe først-team (fordi hjælperen tilsvarende ser et behov), og hvad der fx er praksis i Syddjurs Kommune.

Hjælperne og assistenterne fra distriktet er primært optaget af grupperne, rutterne og borgerne. Det betyder meget for dem, at de kan blive ved med at køre i de områder, som de er vant til, med de borgere og kolleger, de kender og værdsætter. På denne måde er organiseringen i mindre teams og mindre områder på alle måder meningsfuld set fra hjælperne og assistenternes perspektiv.

⁴¹ Se afsnit 2.6.4 for en beskrivelse.

3.10 Støttebehov

De to teams har været meget tilfredse med den hjælp og støtte, de har fået fra den eksterne coach, og de er usikre i den situation, hvor de ved, at coachens kontrakt vil udløbe, uden at der er fundet en sikker løsning på, hvad der skal ske med dem som teams, når de nye teams starter op.

De påpeger, at de fortsat som gamle teams har brug for støtte og udvikling, samt at de – på ingen måde – er færdige med deres udvikling som team efter 10-11 måneders udviklingsperiode. Det handler både om de situationer, hvor de – som med aftenvagten ovenfor – har brug for hjælp til at håndtere en konflikt mellem dag og aften i teamet, og i forhold til at sikre, at de – som Buurtzorg-inspireret team i midten af den danske offentlige ældrepleje – holder fokus i en forholdsvis traditionel og driftsnær organisation.

På dette område er der i henhold til interview både brug for støtte til teamudvikling og for kompetenceudvikling i forhold til dem som individuelle teammedlemmer med afsæt i deres respektive roller.

I det omfang der ønskes en vedvarende inspiration fra Buurtzorg, vil det også være relevant at sikre, at de nye coaches – og de decentrale ledere, der skal opbygge backoffice – får den relevante kompetenceudvikling.

De to Kaffe først-teams oplever ikke, at de kan fungere som fuldbyrdede rollemodeller, da de endnu ikke er færdige med deres udvikling – kun godt i gang.

Det er samtidig først på tidspunktet for VIVEs anden dataindsamling, at der er lukket op for tilgang af nye borgere til projektet, dvs. at teamene endnu ikke har prøvet at arbejde med fuld arbejdsbelastning.

De har heller ikke erfaringer med at fungere som selvstyrende team med en forventet teamstørrelse på 14-16 plus elever og terapeuter, som det er planlagt i forbindelse med udrulningen.

3.11 Opsummering

Det fremgår af dette afsnit, at Haderslev Kommune har gode erfaringer med de to første Kaffe først-teams, der er etableret i kommunen. Efter en hård opstart, hvor personalet oplevede at være bagud med opgaverne, og de ikke kunne give borgerne den gode og mere værdige pleje, som de var blevet stillet i udsigt, oplever teamet nu, at de har fået styr på det og leverer en god og

professionel indsigt som team, samtidig med at de tager hånd om egen udvikling og fx er gået i gang med at etablere kontakt til de frivillige.

Samtidig er det klart, at der er tale om en omfattende forandringsproces, og at teammedlemmerne i de to teams, der er etableret, fortsat på mange måder reproducerer de arbejdsformer og arbejdsgange, som de kender og har praktiseret som del af deres tidligere arbejde.

Dagligdagen i de to teams er stærkt standardiseret omkring det dagsprogram, hvor social- og sundhedsmedarbejderne møder ind kl. 07.00 – kommer ind til pause igen omkring kl. 11.00 – kører ud igen over frokost – og vender tilbage for at aflevere deres pda'er.

De mundtlige drøftelser om morgenen samt igen over frokost skaber et forbedret tværfagligt samarbejde om borgerne, og her er det afgørende, at sygeplejerskerne og terapeuten møder ind sammen med social- og sundhedspersonalet.

Kørelisterne, der opdeler dagsprogrammet i ydelser, strukturer dagligdagen på den måde, at medarbejderne ved, hvilke borgere de skal køre ud til, men i øvrigt er der ikke en direkte sammenhæng mellem den tid, som medarbejderne bruger hos borgerne, og den tid der fremgår af systemet.

Der er et godt tværfagligt samarbejde, og sygeplejersker, assistenter og hjælpere eksperimenterer med nye måder at fordele arbejdet på indbyrdes, hvor især sygeplejerskerne ser muligheder ved at kunne levere helhedspleje, se borgeren på forskellige tidspunkter af døgnet – og ved at være kommet tæt på social- og sundhedspersonalet.

De værdsætter den frihed og det ansvar, de har fået i de selvstyrende teams, men fremhæver samtidig, at de fortsat har brug for udvikling, og at det derfor er vigtigt, at der fortsat er mulighed for støtte ved en kompetent Buurtzorg-coach, når aftalen med den eksterne coach ophører.

Det stop for tilgang af nye borgere, er blev indført i januar, har sammen med den massive støtte fra den eksterne coach muliggjort den udvikling, hvor teamene over en periode på 10-11 måneder i vid udstrækning tager ansvar for egen arbejdsplanlægning og teamudvikling.

Det er dog en væsentlig pointe i forhold til den nye udrulning, at de endnu ikke har fungeret under fuld arbejdsbelastning.

De har heller ikke afprøvet en teamstørrelse svarende til den, der planlægges udrullet i hele Distrikt Vojens.

4 Aktivitet, sygefravær og kontinuitet

I dette kapitel beskrives de kvantitative data, som VIVE har indhentet i forbindelse med evalueringen.

Vi beskriver:

- Aktiviteten i Kaffe først i perioden fra oktober 2021 til september 2022 (det første projektår)
- Sygefraværet i Kaffe først sammenlignet med tilsvarende medarbejdergrupper i hele hjemme- og sygeplejen i Haderslev Kommune
- Haderslev Kommunes kontinuitetsopgørelser i perioden fra april 2022 til efteråret 2022.

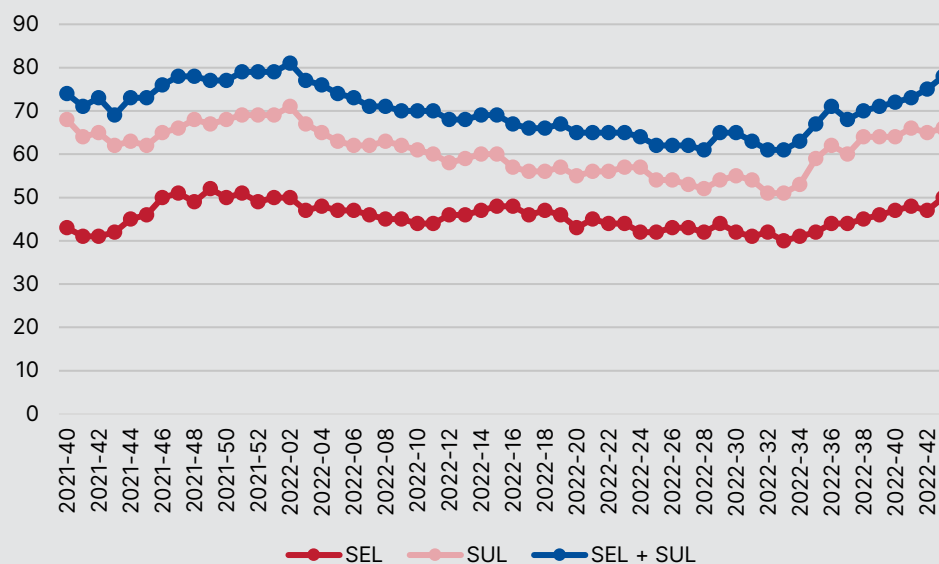
4.1 Aktivitet

VIVE har indhentet data om aktiviteten i perioden fra projektopstart og ét år frem for derved at kunne belyse og opnå yderligere viden om de stigninger og efterfølgende fald i aktiviteten, der omtales i forbindelse med VIVEs kvalitative studier.

Figur 4.1 viser antallet af borgere i projektet fordelt på, om borgerne modtager ydelser efter serviceloven (SEL83), sundhedsloven (SUL138) eller begge dele (SEL83 og SUL138).

Figur 4.1 Antal borgere i Kaffe først

Antal borgere i Kaffe først fordelt på borgere, der modtager servicelovsydelser (SEL), sundhedslovsydelser (SUL) eller en kombination af servicelovsydelser og sundhedslovsydelser (SEL og SUL).



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

Det fremgår af Figur 4.1, at de to teams starter op med lige godt 70 borgere, samt at antallet stiger op til 80 i december 2021 og januar 2022 (hvor der blev sat stop for tilgang), hvorefter det falder til 70 i februar og helt ned mod 60 i perioden omkring sommerferien. Herefter stiger det først til cirka 70 (på tidspunktet for VIVEs anden dataindsamling) og derefter til cirka 80 i oktober.

Antallet af borgere, der modtager ydelser efter serviceloven, svinger fra 40 (når det er lavest) til 50 (når det er højest).

Antallet af borgere, der modtager ydelser efter sundhedsloven, svinger fra 50 (når det er lavest) til lige godt 70 (når det er højest).

Der er således størst udsving i antallet af borgere, der modtager ydelser efter sundhedsloven.

Antal timer

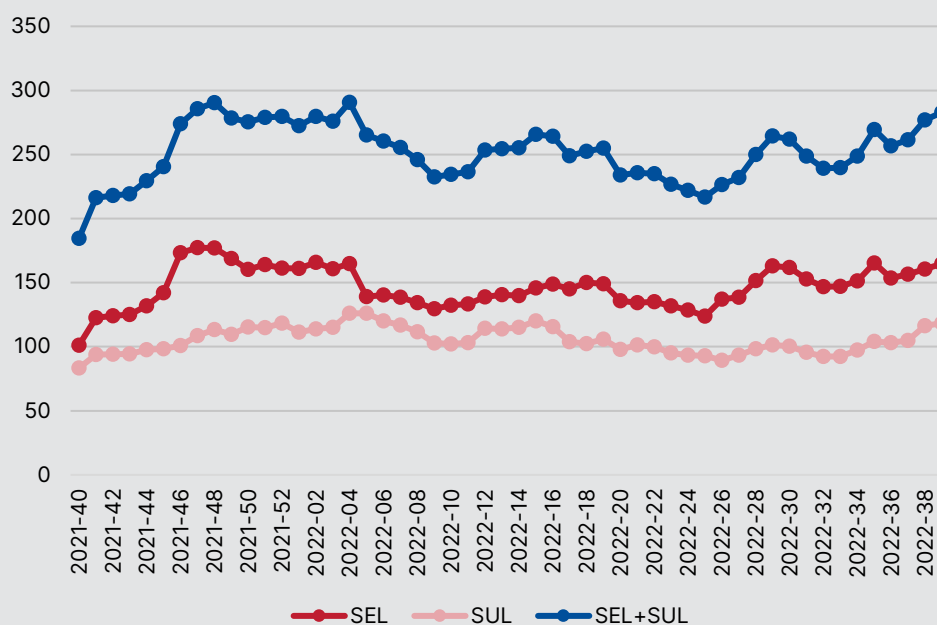
Figur 4.2 viser antallet af timer i Kaffe først. Det fremgår af figuren, at antallet af timer varierer fra cirka 200 ved start til op mod 300 i perioden omkring december 2021 til januar 2022. Herefter falder det til cirka 250 – og helt ned mod 200 i sommerferieperioden, hvorefter det stiger til omkring 375 i efteråret 2021.

Antallet af timer på servicelovsydelser er umiddelbart mere stabilt, idet det varierer fra ca. 100 ved start og i sommerferieperioden til cirka 125 i perioderne omkring påske og i efteråret 2022.

Det er sygeplejeydelserne, der især stiger i perioden fra start til december/januar (fra 100 til 175) – modsvarende den arbejdsbelastning, som sygeplejerskerne også oplevede på dette tidspunkt i projektet.

Figur 4.2 Antal timer i Kaffe først

Antal timer i Kaffe først fordelt på borgere, der modtager servicelovsydelser (SEL), sundhedslovsydelser (SUL) eller en kombination af servicelovsydelser og sundhedslovsydelser (SEL og SUL).



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

4.2 Sygefravær

VIVE har indhentet data om sygefraværet blandt de tre store medarbejdergrupper i Kaffe først og sammenlignet det med sygefraværdata for samme medarbejdergrupper i den almindelige hjemme- og sygepleje.

Tabel 4.1 viser sygefraværet for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere sammenlignet med henholdsvis i) det omkringliggende hjemme- og sygeplejedistrikt og ii) hjemme- og sygeplejen i hele Haderslev Kommune.

Det fremgår af tabellen, at det gennemsnitlige sygefravær for sygeplejerskerne i Kaffe først er lavt sammenlignet med både sygeplejedistrikt Vojens og Gram – og sammenlignet med hele kommunen. Dette på trods af de udfordringer, der har været i projektet, som tidligere er beskrevet i denne rapport.

Det gennemsnitlige sygefravær for social- og sundhedsassistenterne er højere end i hjemmeplejedistrikt Vojens og i kommunen som helhed, hvilket indikerer, at der er og har været nogle udfordringer særligt relateret til denne gruppe.

Social- og sundhedshjælpernes sygefravær er på samme niveau som distriktet – og lidt lavere end i kommunen som helhed.

Tabel 4.1 Sygefraværet i kaffe først fordelt på faggrupper og sammenlignet med hhv. distrikt Vojens/Gram og hele Haderslev Kommune. Procent.

	Kaffe først			Distrikt Vojens/Gram*			Haderslev Kommune		
	SPL	ASS	SSH	SPL	ASS	SSH	SPL	ASS	SSH
Januar	7	27	8	10	1	6	11	16	10
Februar	4	18	10	16	9	9	16	13	14
Marts	11	11	9	7	4	6	12	9	9
April	0	2	4	4	5	5	9	9	8
Maj	0	10	11	5	3	7	9	6	7
Juni	0	3	5	5	7	6	8	3	8
Juli	0	8	3	8	11	3	8	4	6
August	0	8	1	1	0	4	5	4	8
I alt	2	11	6	7	5	6	10	8	9

Note: * Hjemmeplejedata er fra hjemmeplejedistrikt Vojens, sygeplejedata er fra sygeplejedistrikt Vojens og Gram.

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

4.3 Kontinuitet

Haderslev Kommune har løbende igennem projektet målt kontinuiteten i de to Kaffe først-teams og sammenlignet det med kontinuiteten i hjemmeplejedistrikt Vojens.

Kontinuiteten er målt som antallet af unikke medarbejdere, der enten har leveret hjemme- eller sygepleje til borgeren over en 14 dages periode.

Tabel 4.2 viser kontinuiteten ved den første måling i hver måned for perioden fra april 2022 til oktober 2022. Haderslev Kommune har ikke gemt de opgørelser, der er foretaget tidligere i projektperioden, og derfor har vi heller ikke haft mulighed for at gengive dem i forbindelse med denne evalueringsrapport.

Tabel 4.2 Kontinuitetsmåling i Kaffe først. Kaffe først sammenlignet med hjemmeplejedistrikt Vojens, april til oktober 2022

	Kaffe først	Hjemmeplejedistrikt Vojens
April	5,4	5,6
Maj	5,9	6,0
Juni	8,5	9,4
Juli	7,8	9,5
August	6,6	8,8
September	8,4	9,1
Oktober	7,4	8,8
Gennemsnit	7,1	8,2

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

Tabellen viser, at der i gennemsnit kommer lidt færre forskellige medarbejdere i borgerens hjem i Kaffe først, end der gør i Hjemmeplejedistrikt Vojens (samlet gennemsnit på 7,1 versus 8,2).

Det er flot set i lyset af, at Kaffe først har flere forskellige faggrupper ansat og leverer flere forskellige former for ydelser end den almindelige hjemmepleje. Det ville umiddelbart ville tilsige, at der ville komme flere forskellige medarbejdere i borgerens hjem – og ikke færre.

Det havde været interessant at have opgørelser over kontinuiteten på måneds- og kvartalsbasis, da tidligere studier har vist, at kontinuiteten i små Buurtzorg-

teams med maks. 12 medarbejdere er vedblivende lav over tid, mens den stiger ved en traditionel siloopdelt organisering, også selvom hjemmeplejen arbejder med geogrupper (Kjellberg, 2021).⁴²

Det peger på, at kontinuitetsforskellene ved en anden opgørelsesmetode havde været større end det, vi kan måle i denne evaluering.

4.4 Opsummering

Det fremgår af dette afsnit, at aktiviteten i projektet har været stærkt stigende i perioden fra start og frem til årsskiftet 2021/2022, og at dette særligt har været udslagsgivende for sygeplejeydelserne.

Sygefraværet i teamet er højest i vintermånederne 2022 og lavest i sommermånederne 2022, svarende til udviklingen i den almindelige hjemme- og sygepleje. I sommeren 2022 er sygefraværet lavere i teamene, hvad angår sygeplejersker og hjælpere, men ikke assistenter, som har et højere sygefravær end i sammenligningsdistriktet og kommunen som helhed.

Kontinuiteten i borgerteams ligger stabilt omkring 5-8 forskellige medarbejdere i borgerens hjem over en 14 dages periode. Den er lidt lavere, men ikke for alvor forskellig fra den almindelige hjemmepleje (gennemsnit på 7,1 versus 8,1), hvilket er bemærkelsesværdigt, eftersom der er flere forskellige faggrupper i teamet, og eftersom teamet leverer flere forskellige former for ydelser, hvilket umiddelbart ville tilsige, at der ville komme flere og ikke færre forskellige medarbejdere i borgerens hjem, når man sammenligner med den almindelige hjemmepleje.

Fremtidige evalueringer kan med fordel opgøre kontinuitet på måneds- og kvartalsbasis for derved at teste, om der er større forskelle, når der anlægges et længere tidsperspektiv.

⁴² Forskellene i forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune var således på 6,26 hhv. 10,17 på månedsbasis og på 7,6 og 16,97 på kvartalsbasis (Kjellberg 2021).

5 Konklusion

Haderslev Kommune har etableret et forsøg med Buurtzorg-modellen i regi af offentlig drevent dansk ældrepleje, der efter en svær opstart er ved at få momentum.

Teamene tager ansvar for egen udvikling, de har et lavt sygefravær i sygepleje- og hjælpergruppen, og de har en vedvarende pæn kontinuitet, når man måler dem på 14 dages basis.

De har stort engagement i den videre udvikling af konceptet og imødeser med interesse de dashboards⁴³, der skal udvikles, samtidig med at de er i fuld gang med at udvikle strategier for samarbejde om vagtdækningen (også om aftenen) og for samarbejde med lokalsamfundet.

Det koncept for udbredelse, som Haderslev Kommune har udviklet, bryder på nogle måder med det koncept, som de selv har udviklet, idet teamene er større end i det oprindelige projekt, og de samtidig er større, end det anbefales af Buurtzorg.

De sårbarheder, som blev set i sygeplejegruppen som følge af i) stigende aktivitet i kombination med ii) en langtidssygemelding, som ikke blev fulgt op af en beslutning om at tilknyttet en ny medarbejder til teamet, kan imødegås i en struktur med flere tværfaglige teams, der fleksibelt hjælper hinanden – enten ved en reguleringsmekanisme svarende til den, som Haderslev Kommune har udviklet, eller ved brug af nogle af de fleksibilitetsmekanismer, der ligger i Buurtzorg-modellen, og som bl.a. lægger vægt på brug af 0-timers-kontrakter, hvor det udmærket kan være en sygeplejerske fra det ene team, der tager timer i et andet team, når der er behov for det.

Haderslev Kommune understreger, at det er et omfattende forandringsarbejde at omstille en organisation til at arbejde efter inspiration fra Buurtzorg-modellen, og at det kræver ændringer af en række forskellige systemer og etablerede organiseringsformer. Ledelsen skal lede på nye måder, samtidig med at de skal lede omstillingsarbejdet – og det er i sig selv også en udfordring.

Haderslev Kommune har lært af den bratte opstart i oktober, hvor teamet forventedes at kunne arbejde som selvstyrende med ansvar for dag-til-dag-planlægning og ruteplanlægning efter et opstartsforløb på to arbejdsdage. I den nye plan for udrulning er der givet tid til, at teamene kan etablere sig, *før* de langsomt overtager planlægningen i dagligdagen – og på længere sigt.

⁴³ Dashboard bruges som et andet udtryk for det, vi i denne rapport omtaler som et teamoverblik.

Haderslev Kommune har udviklet nogle spændende redskaber og prøvehandlinger, der danner basis for nytænkning af den måde, vi bedriver ældre- og sygepleje på i Danmark. Det gælder først og fremmest det dashboard, der er udviklet, og som giver mulighed for afprøvning af "Buurtzorg-aftalen" om, at hvert borgerteam skal levere en borgertid på 61/64 % - og/men i øvrigt har ansvaret for egen arbejdstilrettelæggelse under supervision af en coach og med administrativ og juridisk støtte fra et "servicekontor" (backoffice).

Haderslev Kommune har også arbejdet med og brugt væsentlige roller og funktioner fra Buurtzorg-universet som afsæt for deres udvikling. Det gælder ikke kun de roller, som teammedlemmerne arbejder med på teamniveau, men også rollerne som "coach" (frem for leder) og som hhv. "den centrale værdibærer" og "forsikringsselskabet", der kombinerer borger- og styringsperspektivet. "Systemdesigneren" kunne være en rolle fra Buurtzorg-universet, der endnu ikke er placeret og udviklet, men som ikke desto mindre forekommer meget central i lyset af de udfordringer, som kommunen oplever med at få forskellige, mere eller mindre bruger- og borgervenlige it-systemer til at spille sammen og understøtte det faglige arbejde i teamet.

De tre prøvehandlinger, der er udviklet på myndighedsområdet, er interessante i kombination med den strategi for tværfaglige borgerteams, der fortsat er under udvikling som del af projektet. Her er både perspektiver i at tænke en ny indgang med øget frivilliginddragelse, et specialiseret og målrettet rehabiliteringsforløb til de borgere, der forventes at kunne have fordel af det, og rehabilitering ind i alle ydelser – konkret ved tilføjelse af terapeuter til alle teams, krav om tværfaglig udredning hver tredje måned, planlægning i besøg frem for ydelser, samt måling af rehabiliteringseffekt via det nyudviklede dashboard.

Fremtiden vil vise, om de nye teams, der er etableret, er blevet for store til, at det er realistisk, at de kan komme til at fungere som teams, der selvstændigt tager ansvar for egen arbejdsplanlægning og udvikling, og som har et tæt tværfagligt samarbejde, hvor alle kender alle borgere, og hvor alle – som kolleger – bidrager ind i fællesskabet og tager hånd om hverandre.

Dette vil – sammen med borgernes oplevelser og forløb, arbejdet med inddragelse af pårørende og netværk og den økonomiske effekt af projektet – være fokus for VIVEs næste evaluering.

Litteratur

- Bech, M., Buch, M.S., Kürstein, P.K., & Kjellberg, J. (2021). *Buurtzorg behøver ikke være økonomichefens værste mareridt*. Debatindlæg i Altinget, d. 16. 12. 2021.
- Buch, M.S. (2020). *Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje. Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvninger i dansk kontekst*. København: VIVE- Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M.S. (2021). *Introduktion til den hollandske Buurtzorg-model*. PowerPoint-præsentation for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, d. 8.11.2021.
- Bøgeskov, B.M.O., Hillersdal, L., & Segoli, G. (2022). *"En organiseret fleksibilitet" – Erfaringer fra kompetenceudvikling for pilotprojektet om implementering af dynamiske teams i Rudersdal kommune*. København: Københavns Professionshøjskole.
- Fremfærd (2020). Fremfærd, Sundhed og Ældre styrker nytænkning på ældreområdet. Tilgået d. 5. 1. 2023: <https://vpt.dk/sundhed/fremfaerd-sundhed-og-aeldre-styrker-nytaenkning-paa-aeldreområdet>.
- Haderslev Kommune (2020a). *Ansøgning til puljen for omsorg og nærvær i ældreplejen. Haderslev Kommune, november 2020*. Internt projektdokument udleveret til VIVE i forbindelse med denne evaluering [Ikke udgivet].
- Haderslev Kommune (2020b). *Værdifuld Hverdag – Hver dag*. Tilgået d. 5. 1. 2023: <https://www.haderslev.dk/media/93331/vaerdifuld-hverdag-haderslev-kommune.pdf>.
- Hansen, H.C. (2022). Fra tillitspolicy til praksis: Styringsrelasjoner i hjemmetjenestens førstelinje. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 6(4), 1-3.
- 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(100061), 1-13.
- Hjern, B., & Porter, D.O. (1981). Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis. *Organization Studies*, 2(3), 211-304.
- Katzenbach, J.R., & Smith, D.K. (2006). *The Wisdom of Teams – Creating the High Performance Organization*. New York: HarperCollins.

- Kjellberg, P.K., Ibsen R., & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune*. København: DSI - Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P.K., Kjellberg J., Navne, L.E., & Ibsen, R. (2013). *Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune. Organisations- og økonomievaluering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Kjellberg, P.K. (2021). *Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune. Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K. (2022). *Kaffe først. Første devaluering – februar 2022*. Power-Point-præsentation udarbejdet til Haderslev Kommune [Ikke udgivet].
- Kjellberg, P.K., Bech, M., Buch, M.S. & Kjellberg, J. (2022). *Brugertidsprocenter i ældreplejen: Notat om forskelle og ligheder mellem BTP-modellen (Danmark) og Buurtzorg-modellen (Holland)*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K., & Buch, M.S. (2022). *Medarbejdersammensætning i Buurtzorg sammenlignet med den danske ældrepleje*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K., Buch, M.S., Kjellberg, J., & Bech, M. (Forventes udgivet januar 2023). *Buurtzorg – den organisatoriske grundmodel*. Forventes udgivet i januar 2023. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Lipsky, M. (2010). *Street Level Bureaucracy – Dilemmas of the Individual in Public Service*. 2. rev. edition. New York: Russell Sage Foundation.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London, Sage.
- Røvik, K.A. (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenknin-gen ved tusindskiftet*. Bergen: Fagboklaget.
- Scott, W.R. (1995). *Institutions and Organizations. Ideas, Interests and Identities*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2020). *Ældretopmødet 2020*. Tilgået d. 5. 1. 2023: <https://sm.dk/arbejdsomraader/aeldreomraadet/aeldretopmoedet-2020>.

- Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2021). *Ældretopmødet 2021*. Tilgået d. 5. 1. 2023: <https://sm.dk/arbejdsomraader/aeldreomraadet/aeldretopmoedet-2021>.
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2022). *En ældrepleje med tid til omsorg. Afrapportering fra det rådgivende panel, ekspertgrupper og borgermøder*. København: Social- og Ældreministeriet. Tilgået d. 5. 1. 2023: <https://sm.dk/publikationer/2022/sep/afrapportering-en-aeldrepleje-med-tid-til-omsorg>.
- Socialstyrelsen (2021). Pulje: *Faste teams i ældreplejen*. Tilgået d. 5. 1. 2023: <https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2021/pulje-faste-teams-i-aeldreplejen>.
- Socialstyrelsen (2022). Pulje: *Forsøg med selvvisitation i ældreplejen*. Tilgået d. 5. 1. 2023. <https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2022/pulje-forsog-med-selvvisitation-i-aeldreplejen>.
- Sundhedsstyrelsen (2021). Pulje: *Styrke omsorg og nærvær i ældreplejen*. Tilgået d. 5. 1. 2023. <https://www.sst.dk/da/Puljer/Pulje-til-at-styrke-omsorg-og-naervaer-i-aeldreplejen>.
- Vinge, S., & Topholm, E.H.E. (2021). *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne. En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Bilag 1 Observation og interview, 2022

Bilagstabel 1.1 giver et overblik over de observations- og interviewstudier, der er foretaget i forbindelse med projektet.

Der deltog desværre kun enkelte borgere og pårørende i de gruppeinterview, der blev planlagt og arrangeret som del af VIVEs anden dataindsamling. Vi har derfor vurderet, at datamaterialet ikke er tilstrækkeligt solidt til at præsentere borgere og pårørendes perspektiv i denne evalueringsrapport.

Borgerperspektivet vil blive inkluderet og fyldestgørende behandlet ved VIVEs næste evaluering (forventet ultimo 2023/primo 2024).

Bilagstabel 1.1 Observation og interview vedr. Kaffe først, januar/februar 2022 samt august/september 2022

	Januar/februar 2021	August/september 2022
KF team 1	3 dages observation af arbejdet som SSH, SSA, SPL, ERGO og planlægger i teamet Samtaler og deltagelse i udvalgte møder og besøg ½ aftenvag (kl. 15.00-19.30)	3 dages observation af arbejdet som SSH, SSA, SPL, ERGO og planlægger i teamet samtaler og deltagelse i udvalgte møder og besøg
KF team 2	3 dages observation af arbejdet som SSH, SSA, SPL, ERGO og planlægger i teamet Samtaler og deltagelse i udvalgte møder og besøg	3 dages observation af arbejdet som SSH, SSA, SPL, ERGO og planlægger i teamet Samtaler og deltagelse i udvalgte møder og besøg ½ aftenvag (kl. 15.00-19.30)
KF SPL	Gruppeinterview	Gruppeinterview
KF SSA	Gruppeinterview	Gruppeinterview
KF SSH	Gruppeinterview	Gruppeinterview
KF ERGO	Individuelt interview	Individuelt interview
KF planlægger	Gruppeinterview	Gruppeinterview
KF aften	Individuelle samtaler	Individuelle samtaler
KF borgere	-	Gruppeinterview
KF pårørende	-	Gruppeinterview
D-lederne	Individuelle interview	Gruppeinterview
Teamlederne	Individuelle interview	Gruppeinterview
SPL, SSH, SSA	Gruppeinterview	Individuelle interview
Projektlederen	Individuelt interview	Individuelt interview
Økonomi-gruppen	Gruppeinterview	Gruppeinterview
Nexus-gruppen	Gruppeinterview	Individuelt interview

	Januar/februar 2021	August/september 2022
Skjoldet	Individuelt interview	Individuelt interview
Den eksterne coach	Individuelt interview	Individuelt interview
Projektejeren	-	Gruppeinterview*
Økonomichefen	-	Gruppeinterview**
Ledelsesgruppen	Individuelle interview	Individuelle interview/gruppeinterview
Myndigheden	Gruppeinterview	Gruppeinterview
Træning/rehab.	Individuelt interview	Gruppeinterview
FTR (FOA, DSR)	Gruppeinterview	Gruppeinterview
Public Rebels	Individuelt interview	Individuelt interview
Buurtzorg	Individuelt interview	Individuelt interview
Karlsson Konsult	-	Individuelt interview
VIVE	-	-

Anm.: Gruppeinterview har omfattet 2-4 interviewpersoner.

* Projektejeren er interviewet sammen med lederen af hjemme- og sygeplejen.

** Økonomichefen er interviewet sammen med økonomigruppen.

Individuelle samtaler med medarbejdere og ledere i Haderslev Kommune samt øvrige organisationer fremgår ikke af tabellen.

VIVÉ