

Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune

Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang



Pia Kürstein Kjellberg

*Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune –
Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-955-0

Arkivfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301822

Finansiering: Ikast-Brande Kommune og Sundhedsstyrelsen

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Ikast-Brande Kommune besluttede i 2019 at indgå et samarbejde med Lokalpleje Danmark om afprøvning af Buurtzorg-modellen for integreret hjemmepleje og hjemmesygepleje i en afgrænset del af kommunen (Bording og Engesvang). Formålet var at undersøge og afklare, om kommunen inden for en uændret ressourceramme kunne højne kvaliteten ved en anden organiseringsform.

VIVE har gennemført en midtvejsevaluering af forsøget. Evalueringen er gennemført på opdrag af Ikast-Brande Kommune og finansieret af midler fra Sundhedsstyrelsens pulje for øget nærvær og omsorg i ældreplejen samt af Ikast-Brande Kommune selv.

Stor tak til de medarbejdere og ledere, der har medvirket ved observation og interview! Tak til chefkonsulent Lisa Gramkow Østergaard, direktør Bjørn Kassøe Andersen og leder af Hjemmeplejen og Sygeplejen Dorthe Iversen for at hjælpe med at arrangere dataindsamlingen – og til økonomimedarbejder Henrik Fogh Jeppesen for at trække data ud af CURA. Det har krævet en stor og fælles indsats at etablere et solidt datagrundlag for evalueringen – og det samarbejde vil vi gerne takke for.

VIVEs midtvejsevaluering er designet og gennemført af projektchef, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg. Projektchef Martin Sandberg Buch har varetaget den indledende dialog med Lokalpleje Danmark og Ikast Brande Kommune om opgaven. Senioranalytiker, ph.d. Søren Foged har bidraget med sparring i forhold til analysen af økonomi-, aktivitets-, og kvalitetsdata. Rapporten har været i eksternt review og er kvalitetssikret hos to eksperter på området, som vi takker for gode input og kommentarer.

Vi håber, at rapporten kan inspirere det videre samarbejde om udvikling af ældreområdet i Ikast-Brande Kommune. Lokalpleje Danmark blev den 31. august 2021 begæret konkurs, og forsøgsprojektet er herefter indstillet.

Vi håber, at rapporten vil blive læst af de øvrige kommuner, der arbejder med at udvikle ældreplejen med inspiration fra den Hollandske Buurtzorg-model. Dette er den første evaluering af et dansk forsøg med implementering af Buurtzorg-modellen. Der er gjort væsentlige erfaringer, som andre kommuner med fordel kan drage nytte af i deres udviklingsarbejde.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2021

Indhold

Sammenfatning	5
1 Introduktion	10
1.1 Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune	10
1.2 Formål med og principper for afprøvningen	11
1.3 Formålet med VIVEs midtvejsevaluering	12
1.4 Evalueringsdesign, datagrundlag og analysestrategi	13
1.5 Læsevejledning	14
2 Forsøgsprojektets implementering	15
2.1 Historien bag forsøgsprojektet	15
2.2 Forsøgsprojektets overordnede design	16
2.3 Samarbejdet om udvikling	17
2.4 Læresætninger fra forsøgsprojektet	21
2.5 Opsummering	26
3 Lokalpleje i Bording og Engesvang	27
3.1 Forsøgsprojektets opstart (de første 10 måneder)	27
3.2 Det daglige arbejde i teamet	35
3.3 Oplevelser fra borgerne og samarbejdspartnere	37
3.4 Opsummering	38
4 Den kommunale hjemmepleje og sygepleje	40
4.1 Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast Brande Kommune	40
4.2 Det daglige arbejde i Hjemmeplejen og Sygeplejen	43
4.3 Oplevelser fra borgerne og samarbejdspartnere	46
4.4 Opsummering	47
5 Sammenlignelige data	49
5.1 Aktivitet og økonomi	49
5.2 Organisation og kvalitet	55
5.3 Opsummering	61
6 Diskussion, konklusion og læresætninger	63
6.1 Diskussion	63
6.2 Konklusion	64
6.3 Læresætninger	64
Litteratur	66
Bilag 1 Datagrundlag og metode	68

Sammenfatning

Baggrund og formål

Ikast-Brande Kommune besluttede i 2019 at indgå et samarbejde med Lokalpleje Danmark om afprøvning af Buurtzorg-modellen for integreret hjemme- og sygepleje i en afgrænset del af kommunen (postnumrene Bording og Engesvang). Formålet med forsøget var at blive klogere på, om kommunen inden for en uændret ressourceramme kunne højne kvaliteten ved en anden organiseringsform.

VIVE har gennemført en midtvejsevaluering af forsøgsprojektet ca. 10 måneder efter forsøgsopstart. Formålet med midtvejsevalueringen er jf. aftale med Ikast-Brande Kommune:

1. at undersøge og dokumentere, hvordan og hvorvidt Ikast-Brande Kommune via samarbejdet med Lokalpleje Danmark har realiseret målsætningen om at levere en forbedret kvalitet inden for en uændret ressourceramme
2. at undersøge og afklare, hvilke elementer fra forsøget med Buurtzorg-modellen i Bording-Engesvang, der kan anvendes til at udvikle en mere værdig ældrepleje generelt og specifikt i forhold til puljeprojektet "Selvbestemmelse og involvering – en vej til mere omsorg og nærvær – Buurtzorg som løftestang" i Ikast-Brande Kommune.

VIVE er ligesom Ikast-Brande Kommune opmærksom på, at det er tidligt i projektforsløbet, vi stiller spørgsmålet, om forsøgsprojektet har indfriet sit endelige formål jf. punkt 1 ovenfor. I lyset af de økonomiske vanskeligheder, som der har været i Lokalpleje Danmark, og som ultimativt har ført til, at ledelsen den 31. august 2021 begærede selskabet konkurs, har vi imidlertid ønsket at trække "mest mulig viden" ud af forsøgsprojektet på tidspunktet for midtvejsevalueringen.

Evalueringsdesign og datagrundlag

Midtvejsevalueringen er designet som et komparativt casestudie med to analytiske snit:

For det første undersøges det, hvordan og hvorvidt Ikast-Brande Kommune – via forsøgsprojektet i Bording og Engesvang – er lykkedes med at realisere ambitionen om at afprøve Buurtzorg-modellen i en afgrænset del af kommunens optageområde.

For det andet undersøges det, hvordan og hvorvidt der kan ses forskel på indsatsen i forsøgsprojektet (Lokalpleje Danmark) og den kommunale hjemme- og sygepleje, generelt og specifikt ift. relevante kvalitetsmål (organisatorisk samt borgeroplevet kvalitet).

Midtvejsevalueringen er baseret på a) skriftligt materiale fra Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune, b) interview med centrale aktører i Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune, c) interview med projektets styregruppe, d) observation af det daglige arbejde i Lokalpleje Danmark, e) observation af det daglige arbejde i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune, f) interview med borgere, medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere til henholdsvis Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast Brande Kommune samt g) sammenlignelige aktivitets-, økonomi- og kvalitetsdata fra henholdsvis Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune.

Forsøgsprojektets design og implementering

Forsøgsprojektet er implementeret i en konstruktion, hvor Lokalpleje Danmark har kontrakt med Ikast-Brande Kommune om levering af sygepleje efter Buurtzorg-modellen i Bording og Engesvang efter en tildelingsmodel. Kontrakten forudsætter, at Lokalpleje Danmark samtidig godkendes og indgår kontrakt som fritvalgsleverandør af hjemmepleje i Distrikt Nord, der foruden Bording og Engesvang også omfatter borgerne i Ikast.

Lokalpleje Danmark afregnes som fritvalgsleverandør på fritvalgsområdet og på baggrund af beregnede timepriser på sygeplejeområdet (idet den kommunale sygepleje er rammestyrret). Lokalpleje Danmark gik ud med et korrigeret underskud på knap 1,75 mio. kroner mod forventet 1,2 mio. kroner i sommeren 2021 – og er pr. 31. august 2021 begæret konkurs.

VIVE udpeger otte væsentlige læresætninger på baggrund af projektet. Der er tale om områder, hvor der – i forbindelse med forsøgsprojektet – har været udfordringer i samarbejdet og/eller projektdesignet. De vedrører: afgrænsningen af optageområdet, tildelingen på sygeplejeområdet, borgere, der ”deles på midten”, BUM-modellen på sygeplejeområdet, teamets kompetencer (og mulighed for at trække på kommunale specialistfunktioner), dialogen i opstartsfasen, styregruppens manglende strategiske forankring samt projektets økonomi.

Læresætningerne var i første ombæring specifikt udviklet til Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark, idet det var forventet, at de kunne danne basis for deres videre samarbejde om forsøgsprojektet. I lyset af Lokalpleje Danmarks konkurs og indstillingen af forsøgsprojektet bliver der tale om mere overordnede læresætninger til brug for Ikast-Brande Kommune (i arbejdet med øvrige udviklingsprojekter) samt andre kommuner, der overvejer at a) udvikle ældreområdet efter inspiration fra Buurtzorg-modellen og/eller b) indgå partnerskab med private aktører om udvikling og drift af hjemmepleje og/eller sygepleje.

Forsøgsprojektets opstart (de første 10 måneder)

Lokalpleje Danmark startede op med ét team i Bording-Engesvang bestående af fire sygeplejersker og to social- og sundhedsassistenter. På tidspunktet for midtvejsevalueringen havde Lokalpleje Danmark i alt seks sygeplejersker og seks social- og sundhedsassistenter ansat, og der var fire nye medarbejdere på vej (tre social- og sundhedsassistenter og én social- og sundhedshjælper). Teamet var klar til opsplitning med ét team i Bording, og ét i Engesvang – en opsplitning, der forventedes gennemført hen over foråret og sommeren 2021.

Opstarten for Lokalpleje Danmark har været udfordret af covid-19, vækst, travlhed, opsigelser og et knirkende samarbejde med Ikast-Brande Kommune. Det har været en udfordring, at medarbejderne ikke på forhånd var vant til at arbejde i kommunens elektroniske omsorgssystem – CURA – og at de fik flere borgere tildelt end forventet. Sygemeldinger og opsigelser satte teamet under pres, og det har været en vedvarende udfordring for teamet at rekruttere og indkøre nye teammedlemmer. Først på tidspunktet for midtvejsevalueringen oplevede Lokalpleje Danmark, at de var ved at få så meget styr på den daglige drift, at de var klar til at arbejde med den mere overordnede organisationsudvikling.

Borgerne tilkendegiver stor tilfredshed med den indsats, de får fra Lokalpleje Danmark, og vælger dem i stigende omfang til som fritvalgsleverandør. Samarbejdspartnerne på sygeplejeområdet anerkender teamets sygeplejefaglige kompetencer og den overordnede vision om at levere helhedspleje og reducere antallet af medarbejdere i borgerens hjem. De påpeger, at der er (for) mange administrative ting, som teamet ikke har styr på, og rejser samtidig spørgsmål, om hvorvidt teamet reelt lever op til de erklærede målsætninger, om at det er de samme få

medarbejdere, der kommer i hjemmet, og at der sker en stor inddragelse af nabolaget. Det håber de blandt andet, at denne midtvejsevaluering kan bidrage med viden om.

Samarbejdspartnerne på fritvalgsområdet anser det for at være en fordel, at Lokalpleje Danmark kan levere integreret hjemme- og sygepleje, samt at hjælpen (generelt set) leveres af højtuddannet personale. De bemærker, at stadigt flere borgere vælger Lokalpleje Danmark til, samtidig med at der (indtil videre) ikke er nogen, der har valgt dem fra igen. Dette er – som de ser det – en indikator på, at borgerne generelt set er tilfredse med det tilbud, de får hos Lokalpleje Danmark.

Den kommunale hjemmepleje og sygepleje

Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune er opdelt i to forskellige distrikter (Distrikt Nord og Distrikt Syd), hvoraf Bording og Engesvang ligger i det ene (Distrikt Nord). Sygeplejen er økonomisk rammestyret, mens Hjemmeplejen er ydelseshonoreret.

Sygeplejen fremstår som fagligt og økonomisk velfungerende, men de har over tid haft udfordringer med sygefravær. De har arbejdet målrettet med rehabilitering efter devisen om, at borgerne skal klare mest muligt selv, og har blandt andet etableret fem sygeplejeklinikker, hvor borgerne kan møde op og få leveret forskellige sygeplejeydelser (fx medicindosering).

Hjemmeplejen har over en årrække været udfordret af sygdommeldinger og opsigelser. Det er en generel udfordring at rekruttere kvalificeret arbejdskraft, og men de har gode erfaringer med virksomhedspraktikanter, der senere fortsætter som elever. Lederne i hjemmeplejen arbejder målrettet med at udvikle organisationen efter inspiration fra Buurtzorg-modellen, fx har de etableret geogrupper, der kobler medarbejdere og borgere i et begrænset geografisk område, og etableret "stjernevagter" med ansvar for at facilitere omfordeling af dagens opgaver.¹ I Distrikt Nord har lederne inddraget social- og sundhedsassistenterne fra aftenvagten i arbejdet med udvikling af bedre arbejdsforhold for dem som (fag-)gruppe. De har på denne baggrund udviklet særlige "assistenttruter" med flere delegerede sygeplejeydelser.

Det fremgår ved interview med borgere, medarbejdere og samarbejdspartnere, at det er en udfordring i forhold til kvaliteten af indsatsen i hjemmeplejen, at der kommer så mange forskellige medarbejdere i borgerens hjem. Borgerne tilkendegiver, at de ønsker en fast kontaktperson og en fast gruppe af medarbejdere, der kommer i hjemmet. De oplever det samtidig som en udfordring, at der er så stor en andel af medarbejderne, der ikke behersker dansk. Det er en særlig udfordring, når borgerne og de pårørende skal instruere personalet i opgavernes udførelse, fordi de ikke har været i hjemmet før.

Sygeplejerskerne oplever det som en udfordring, at de har så begrænset dialog og samarbejde med social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenterne i dagtiden. Det tætte samarbejde er vigtigt, fordi det er medarbejderne i hjemmeplejen, der kommer i hjemmene – leverer den daglige pleje – og kender borgerne godt. Et tæt samarbejde er forudsætning for, at der kan ske en større delegering af opgaver, og at social- og sundhedsassistenterne (og social- og sundhedshjælperne) kan levere en mere kvalificeret indsats og få mere interessante opgaver. De nye "assistenttruter" medvirker til at fragmentere indsatsen i hjemmet, fordi de giver flere medarbejdere i hjemmet – og ikke færre.

¹ Lokalpleje Danmark opfatter ikke dette som udtryk for Buurtzorg-modellen. Men det gør Ikast-Brande Kommune, og derfor har vi valgt at gengive det her.

Sammenlignelige aktivitets-, økonomi- og kvalitetsdata

VIVE har indhentet en række sammenlignelige data vedrørende aktivitet, økonomi og kvalitet i indsatsen hos henholdsvis Lokalpleje Danmark og i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune. Data er specificeret af VIVE og genereret af Ikast-Brande Kommune til brug for evalueringen.

Analysen af aktivitets- og økonomidata viser, at aktiviteten i Lokalpleje Danmark er stigende, både på sygepleje- og hjemmeplejeområdet. Hjemmeplejeområdet udgør – på tidspunktet for midtvejsevalueringen – lidt under to tredjedele af forsøgsprojektets økonomi. Der kan ikke ses forskel mellem Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark på antallet af visiterede ydelser eller ekstraaftaler pr. borger, og heller ikke på forholdet mellem visiteret og disponeret tid.

Analysen af organisations- og kvalitetsdata viser, at Lokalpleje Danmark relativt set har flere sygeplejeopgaver (96 vs. 81 %) og færre hjemmeplejeopgaver (38 % vs. 59 %) end Ikast-Brande Kommune. Ikast-Brande Kommune har relativt set flere borgere, der både får hjemmepleje og sygepleje, end Lokalpleje Danmark (40 vs. 34 %).

Medarbejderne i Lokalpleje Danmark er samlet set bedre uddannet end medarbejderne i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune. Medarbejdersammensætningen i Lokalpleje Danmark består af 50 % sygeplejersker og 50 % social- og sundhedsassistenter, mens der i Ikast-Brande Kommune er 21 % sygeplejersker, 16 % social- og sundhedsassistenter, 47 % social- og sundhedshjælpere, 3 % sygehjælpere/hjemmehjælpere og 13 % ufaglærte.

Sygefraværet i Lokalpleje Danmark er lavt, både når man sammenligner med Ikast-Brande Kommune og landet som helhed. Sygefraværet i Ikast-Brande Kommune er højt, når man sammenligner med data på landsplan. Medarbejderomsætningen i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune er mere end dobbelt så høj som på landsplan. Lokalpleje Danmark havde en stor medarbejderomsætning til at starte med, men det syntes stabiliseret på tidspunktet for midtvejsevalueringen.

Kontinuitet er en vigtig kvalitetsparameter, både når man taler organisatorisk og brugeroplevet kvalitet. VIVE har opgjort kontinuiteten som antallet af unikke personaler, der leverer sygepleje- og/eller hjemmeplejeydelser til den enkelte borger i løbet af et døgn, en uge, en måned og et kvartal. Opgørelsen viser, at der generelt set kommer flere medarbejdere i borgerens hjem i Ikast-Brande Kommune, end der gør i Lokalpleje Danmark. Forskellene er forholdsvis små på døgn og ugebasis, men bliver tydelige på måneds- og kvartalsbasis. En borger i den kommunale hjemme- og sygepleje møder i gennemsnit op til 17 forskellige medarbejdere i hjemmet i kvartalet (mod 8 i Lokalpleje Danmark) – og antallet øges for de borgere, som Ikast-Brande Kommune deler med andre leverandører (24 forskellige medarbejdere i kvartalet mod 6 i Lokalpleje Danmark).

Borgernes frie valg af leverandør på hjemmeplejeområdet kan ses som indikator på, hvilken leverandør af hjemmepleje de foretrækker. Her ses en stigning i antallet af borgere, der tilvælger Lokalpleje Danmark, og et fald i antallet af borgere, der tilvælger den kommunale hjemmepleje i Bording og Engesvang.

Konklusion

VIVEs midtvejsevaluering finder, at der foreløbigt er gode erfaringer med den organiseringsform, der er afprøvet i forbindelse med forsøgsprojektet. Det selvorganiserende team i Bording og Engesvang har bedre kontinuitet, en bedre tværfaglig indsats med afsæt i borgerens behov, en bedre borgeroplevet kvalitet samt et reduceret sygefravær. Dette når man sammenligner

med Ikast- Brande Kommunes organisatorisk adskilte kommunale hjemmepleje og sygepleje, der over en årrække har været kendetegnet ved et højt sygefravær og en stor medarbejderomsætning – og hvor der (blandt andet af denne årsag) ses et u hensigtsmæssigt stort antal medarbejdere i borgerens hjem.

Forsøgsmodellen består i, at et selvorganiserende team bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og (på sigt også) social- og sundhedshjælpere leverer integreret hjemme- og sygepleje med afsæt i Buurtzorg-modellen. Forsøgsprojektet var på tidspunktet for midtvejsevalueringen nået dertil, at de havde etableret et velfungerende team, der var klar til opsplitning i to teams – men de var endnu ikke nået til den mere overordnede udbygning af servicekontoret.

Forsøgsmodellen har ikke vist sig rentabel i den aktuelle modelkonstruktion, hvor Lokalpleje Danmark har haft underskud og efterfølgende er begæret konkurs. Lokalpleje Danmark anfører, at det hænger sammen med kontraktmæssige vilkår og begrænsninger, samt med kommunens prissætning og visitationspraksis. Ikast-Brande Kommune fastholder, at prissætningen i forsøgsprojektet har været korrekt, og at Lokalpleje Danmark har fået det samme som de øvrige leverandører på området.

Læresætninger

Der er mange væsentlige læresætninger at drage på baggrund af forsøgsprojektet, herunder om betydningen af tværfaglighed og kontinuitet, hvis ønsket er at skabe en høj borgeroplevet kvalitet på ældreområdet – og om betydningen af god planlægning, teamstørrelse, faglig autonomi, et velfungerende servicekontor og muligheden for at kunne trække på specialistfunktioner for de små selvorganiserende teams, der også i andre kommuner etableres efter inspiration efter Buurtzorg-modellen. Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark havde ikke gode erfaringer med introduktion af BUM-modellen på sygeplejeområdet, hvilket også er en væsentlig læresætning til brug for andre kommuner.

1 Introduktion

Ikast-Brande Kommune besluttede i 2019 at indgå et samarbejde med Lokalpleje Danmark om at afprøve "Buurtzorg-modellen" for integreret hjemme- og sygepleje i en afgrænset del af kommunen (Bording og Engesvang). Formålet med forsøget var at blive klogere på, om kommunen inden for en uændret ressourceramme kunne øge kvaliteten ved en anden organiseringsform.

VIVE har gennemført en midtvejsevaluering af forsøget i foråret 2021 – cirka 10 måneder efter projektopstart. Formålet med midtvejsevalueringen er at undersøge og afklare, om forsøget lever op til sit formål, samt hvad der på nuværende tidspunkt kan læres på baggrund af afprøvningen.

I dette kapitel introduceres a) forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune, b) de grundlæggende principper, som kommunen har lagt til grund for afprøvningen, samt c) formålet med VIVEs midtvejsevaluering.

1.1 Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune

"Buurtzorg" er navnet på en hollandsk leverandør af hjemmepleje og hjemmesygepleje, der med koncepter som "kaffe først" og "mennesket før bureaukrati" har revolutioneret det hollandske marked og tiltrukket sig international opmærksomhed (Buch 2020).

Buurtzorg-modellen er iht. Buurtzorgs hjemmeside kendetegnet ved: selvledelse, kontinuitet, opbygning af tillidsrelationer samt opbygning af netværk i lokalsamfundet (Figur 1.1). Selve Buurtzorg-organisationen består af et forholdsvis mindre servicekontor samt en række selvorganiserende teams på op til 12 medarbejdere. Hvert team har tilknyttet en coach (fra servicekontoret) og fødes løbende med information om teamets performance. Fx er der krav om 61 % direkte borgertid 3 måneder efter teamopstart, og der monitoreres systematisk på borgertid, borgertilfredshed, ferie og andet fravær samt forekomsten af utilsigtede hændelser.

Figur 1.1 Buurtzorg-modellen



Kilde: VIVE med inspiration fra <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>

En række danske kommuner arbejder i disse år på at udvikle ældreområdet med inspiration fra den hollandske Buurtzorg-model.² Arbejdet understøttes blandt andet af Sundhedsstyrelsens pulje til at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen (Sundhedsstyrelsen 2020), og af KL og FOA's fremfærdsprojekt "nærvær i omsorg" (Fremfærd 2020).

Forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune er etableret i samarbejde med Lokalpleje Danmark. Lokalpleje Danmark er en selvejende almennyttig organisation, der har partnerskabsaftale med Buurtzorg om "fuld implementering af Buurtzorg-modellen" inden for rammerne af dansk lovgivning. Herved adskiller forsøget i Ikast-Brande Kommune sig fra de

² Eksempler på kommuner, der arbejder med at udvikle ældreområdet efter inspiration fra den hollandske Buurtzorg-model omfatter: København, Rudersdal, Hedensted, Haderslev, Syddjurs, Kolding og Ikast-Brande.

øvrige danske forsøg, der gennemføres med *inspiration* fra den hollandske Buurtzorg-model, og som typisk tager afsæt i den offentlige hjemme- og sygepleje.

1.2 Formål med og principper for afprøvningen

Aftalen mellem Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark blev etableret i perioden fra foråret 2019 til foråret 2020. (se også kapitel 2: "Forsøgsprojektets implementering"). Formålet og de grundlæggende principper, som der lægges til grund for afprøvningen, er beskrevet i en overordnet projektbeskrivelse fra oktober 2019 (Ikast-Brande Kommune 2019a).

Af projektbeskrivelsen (Ikast-Brande Kommune 2019a) fremgår det, at **pilotprojektets overordnede formål** er: "... at afprøve Buurtzorg-modellen for integreret hjemmepleje og hjemmesygepleje i Ikast-Brande Kommune" (s. 1), samt at afprøvningen sker "... med henblik på at blive klogere på, om det er muligt med samme ressourceforbrug at levere bedre kvalitet i en anden organiseringsform" (ibid.). Det er: "... desuden et formål med afprøvningen at blive klogere på, hvordan erfaringer og resultater kan anvendes efter pilotprojektets afslutning" (s. 2).

Den organiseringsform, der skal afprøves, er kendetegnet ved:

- "tværfaglig organisering af hjemmesygepleje og hjemmepleje",
- "selvstyrende lokale teams på typisk 7-8 og højst 12 medarbejdere uden brug af mellemledere",
- "færrest mulige ansatte på besøg i hjemmet",
- "fast kontaktperson, som vil være den, der kommer mest i borgerens hjem"
- "medarbejdere med stort kendskab til lokalområdet" (Ikast-Brande Kommune 2019a).

De **grundlæggende principper**, der lægges til grund for afprøvningen, består blandt andet i, at borgernes frie valg af leverandør på hjemmeplejeområdet fastholdes – mens borgere med behov for hjemmesygepleje tildeles den private leverandør (Lokalpleje Danmark), medmindre de aktivt frasiger sig dette (Ikast-Brande Kommune 2019a).

Det betyder jf. projektbeskrivelsen blandt andet, at:

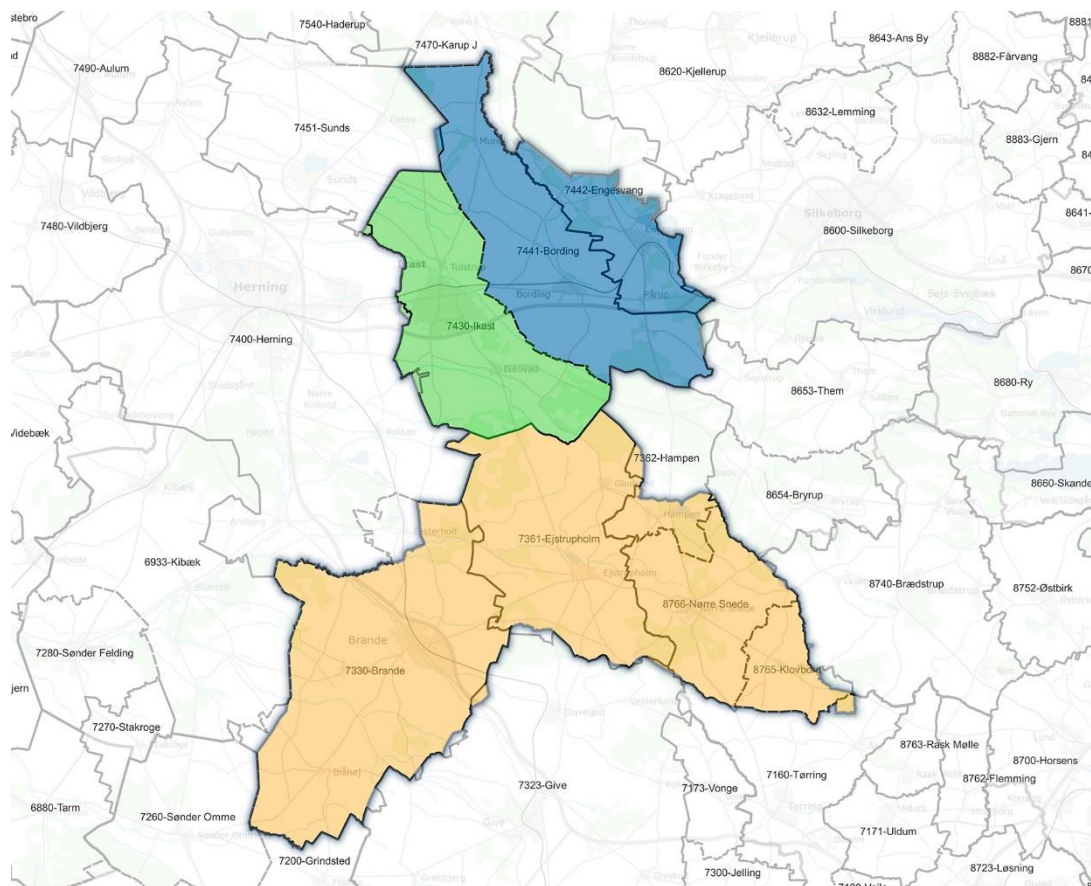
Den private leverandør [Lokalpleje Danmark] leverer som udgangspunkt sygepleje døgnet rundt til alle borgere i eget hjem i det nærmere definerede opstartsområde. Borgere der ikke ønsker dette kan dog aktivt vælge den kommunale leverandør (Ikast-Brande Kommune 2019a).

Den private leverandør [Lokalpleje Danmark] leverer desuden personlig pleje og praktisk bistand til de borgere i opstartsområdet og den resterende del af Distrikt Nord, der vælger dem. Dette sker på baggrund af Ikast-Brande Kommunes eksisterende fritvalgsmodel (godkendelsesmodellen). (Ikast-Brande Kommune 2019a)

Forsøgets **opstartsområde** afgrænses i henhold til projektbeskrivelsen til postnumrene Bording og Engesvang, hvad angår sygeplejedelen. Hvad angår hjemmeplejen stilles det som krav, at leverandøren godkendes og er villig til at påtage sig opgaver i hele Distrikt Nord (Ikast-Brande Kommune 2019a).

Figur 1.2 visualiserer forskellene i geografisk opstartsområde, hvad angår sygepleje (blå) og hjemmeplejedelen (blå og grøn). Den gule markering viser det kommunale hjemme- og sygeplejedistrikt (Distrikt Syd), der er upåvirket af afprøvningen.

Figur 1.2 Kort over Ikast-Brande Kommunes geografiske område med angivelse af Distrikt Nord (blå og grøn), Distrikt Syd (gul) samt postnumrene Bording og Engesvang (blå)



Kilde: VIVEs egen tilvirkning på baggrund af www.sdfekort.dk

Tidsmæssigt afgrænses forsøgsprojektet jf. den oprindelige projektbeskrivelse til 2 år og 9 måneder (Ikast-Brande Kommune 2019a). Dette blev efterfølgende kortet ned til 2 år og 6 måneder – og med Lokalpleje Danmarks konkurs endte forsøgsprojektet med at vare i alt 1 år og 3 måneder (fraset enkelte dage).

Der skulle jf. den oprindelige projektbeskrivelse (Ikast-Brande Kommune 2019a) gennemføres en midtvejsevaluering efter cirka 1 år, hvorefter det ville det være muligt politisk at tage stilling til en evt. udvidelse af optageområdet. Efter cirka 2 år skulle der gennemføres en slutevaluering, på baggrund af hvilken det politisk ville være muligt at tage stilling til, hvad der skulle ske efter pilotprojektets afslutning.

1.3 Formålet med VIVEs midtvejsevaluering

Ikast-Brande Kommune har ønsket en midtvejsevaluering af forsøget med Buurtzorg-modellen i Bording-Engesvang jf. den aftale om gennemførelse af forsøgsprojektet, der er beskrevet

ovenfor – samt de efterfølgende aftaler, der er indgået med Lokalpleje Danmark (Ikast-Brande Kommune 2020a). Midtvejsevalueringen blev gennemført i foråret 2021, cirka 10 måneder efter forsøgsprojektets opstart.

Formålet med VIVEs midtvejsevaluering er jf. aftale med Ikast-Brande Kommune:

1. at undersøge og dokumentere, hvordan og hvorvidt Ikast-Brande Kommune via samarbejdet med Lokalpleje Danmark har realiseret målsætningen om at levere en forbedret kvalitet inden for en uændret ressourceramme
2. at undersøge og afklare, hvilke elementer fra forsøget med Buurtzorg-modellen i Bording-Engesvang, der kan anvendes til at udvikle en mere værdig ældrepleje generelt og specifikt i forhold til puljeprojektet "Selvbestemmelse og involvering – en vej til mere omsorg og nærvær – Buurtzorg som løftestang" i Ikast-Brande Kommune.

Den første del af formålsformuleringen (1) henviser direkte tilbage til formålet med forsøgsprojektet og spørger, hvordan og hvorvidt det har levet op til det, der var den oprindelige målsætning – nemlig en forbedret kvalitet inden for en uændret ressourceramme ved en anden organiseringsform.

Den anden del af formålsformuleringen (2) henviser til "ældreplejen generelt" samt det konkrete puljeprojekt, som Ikast-Brande Kommune fik midler fra Sundhedsstyrelsen til at gennemføre i slutningen af 2020 (Ikast-Brande Kommune 2020b). Her vil den kommunale hjemme- og sygepleje i Ikast-Brande Kommune "styrke nærvær og omsorg" i ældreplejen via "selvbestemmelse og involvering" og med "Buurtzorg som løftestang" (s. 2)³.

VIVEs midtvejsevaluering er delvist finansieret af puljeprojektet (Ikast-Brande Kommune 2020b), delvist finansieret direkte af Ikast-Brande Kommune. I forhold til puljeprojektet skal evalueringen bruges til at give en "midtvejsfeedback" om erfaringerne fra Bording og Engesvang på projektets midtvejskonference (Ikast-Brande Kommune 2020b). I forhold til Ikast-Brande Kommune skal midtvejsevalueringen anvendes til at gøre status på forsøgsprojektet jf. de formål, der er beskrevet i den oprindelige projektbeskrivelse (Ikast-Brande Kommune 2019a).

1.4 Evalueringsdesign, datagrundlag og analysestrategi

VIVEs midtvejsevaluering er designet som et komparativt casestudie med to analytiske snit.

For det første undersøges det, hvordan og hvorvidt Ikast-Brande Kommune – med forsøget i Bording-Engesvang – er lykkedes med at realisere den politiske ambition om at afprøve Buurtzorg-modellen i en afgrænset del af Ikast-Brande Kommune (postnumrene Bording og Engesvang).

For det andet undersøges det, hvordan og hvorvidt der kan ses en forskel mellem forsøgsprojektet og den kommunale hjemmepleje og sygepleje i Ikast-Brande Kommune. Vi undersøger, hvad forskellen er for borgere, ledere og medarbejdere for derved at blive klogere på, hvad der er styrker og svagheder ved de to forskellige organiseringsformer.

³ Dette projekt omtales senere i denne rapport som "Erantisprojektet".

Det samlede datamateriale, der ligger til grund for evalueringen, omfatter: a) skriftligt materiale fra Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune, b) interview med centrale aktører i Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune, c) interview med projektets styregruppe, d) observation af det daglige arbejde i Lokalpleje Danmark, e) observation af det daglige arbejde i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune, f) interview med borgere, medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere til henholdsvis Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast Brande Kommune samt g) sammenlignelige aktivitets-, økonomi- og kvalitetsdata fra henholdsvis Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune.

Endvidere trækker VIVE på vores generelle viden om Buurtzorg-modellen (Buch 2020) samt på de foreløbige erfaringer med udvikling af ældreplejen efter inspiration fra Buurtzorg-modellen i andre kommuner.⁴

Dataindsamlingen er planlagt og gennemført i samarbejde mellem VIVE, Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark. VIVE har defineret det nødvendige datagrundlag, mens Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark har hjulpet med at tilvejebringe data og arrangere dataindsamlingen i henhold til VIVEs projektbeskrivelse.

Se bilag 1 for en nærmere beskrivelse af evalueringens datagrundlag og metode.

1.5 Læsevejledning

Rapporten er disponeret i følgende kapitler.

Kapitel 2 beskriver forsøgsprojektets design og implementering i samarbejdet mellem Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune. Hvordan er forsøgsprojektet designet? Hvorfor er det designet, som det er? Hvilke læresætninger kan drages om det overordnede projektdesign på tidspunktet for midtvejsevalueringen?

Kapitel 3 beskriver det daglige arbejde i Lokalpleje Danmark. Hvordan er arbejdet organiseret, hvad virker godt og mindre godt, og hvordan opleves forsøgsprojektet af borgere, medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere?

Kapitel 4 beskriver det daglige arbejde i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast Brande Kommune. Hvordan er arbejdet organiseret, hvad virker godt og mindre godt, og hvordan opleves det af borgere, medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere?

Kapitel 5 fremlægger de kvantitative aktivitets-, økonomi og kvalitetsdata, der er genereret i forbindelse med midtvejsevalueringen.

Kapitel 6 diskuterer, hvad der samlet set kan konkluderes og læres på baggrund af forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune.

⁴ VIVE rådgiver Haderslev, Syddjurs og Ikast-Brande Kommune om deres udviklingsprojekter. Endvidere deltager vi som evaluator i fremfærdsprojektet "Nærhed i Omsorg", der omfatter: Haderslev, Ringsted, København, Hedensted, Rudersdal og Faxe.

2 Forsøgsprojektets implementering

I dette kapitel beskrives historien bag forsøgsprojektet, forsøgsprojektets overordnede modelkonstruktion og de politisk/administrative processer, der førte til, at forsøgsprojektet blev designet, som det gjorde. Endelig redegøres der for parternes erfaringer og de foreløbige læresætninger, der kan drages på baggrund af forsøgsprojektet på tidspunktet for midtvejsevalueringen.

2.1 Historien bag forsøgsprojektet

Historien bag forsøgsprojektet er den, at byrådet den 13.-16. marts 2016 var på studietur til Holland. Her blev de – blandt meget andet – introduceret for den hollandske Buurtzorg-model. De formulerede i umiddelbar forlængelse af studieturen et ønske om at udvikle ældreområdet efter inspiration fra Holland. Den kommunale hjemme- og sygepleje udarbejdede et notat med 9 indsatser – "... bl.a. inspireret af besøg i Holland" (Ikast-Brande Kommune 2016), der fortsat danner afsæt for tilrettelæggelsen af arbejdet i Hjemmeplejen og Sygeplejen.

Den ene af Lokalpleje Danmarks fem stiftere, (der senere blev selskabets direktør) fortæller, at han læste om studieturen i Lokalavisen. Han var på det tidspunkt almindelig borger i kommunen: journalist af faglig baggrund og forlægger til bogen "Fremtidens organisationer" (Laloux 2017). Han og hans kone, som er social- og sundhedsassistent, drøftede hyppigt de udfordringer, som hun oplevede, at der er i hjemmeplejen. I november 2017 besluttede de – for egen regning – at tage til Holland for at "... se om der var hold i historierne". Sideløbende søgte (og fik) han penge fra kommunens "mental frikommune"-pulje til at skrive en rapport om forskelle og ligheder på sygepleje og hjemmepleje hos Buurtzorg og i Ikast-Brande Kommune (Andersen 2018).

Projektet var i henhold til direktøren for Lokalpleje Danmark ikke blevet til mere, hvis ikke det havde været for de fire øvrige stiftere af Lokalpleje Danmark.⁵ Tre af de øvrige stiftere kom fra en anden kommune, kendte hinanden privat, og var optaget af den forråelse, som de oplevede, kendetegnede hjemme- og sygeplejen i Danmark. De kontaktede på eget initiativ Buurtzorg International – holdt et telefonmøde på 1½ time – og blev i denne forbindelse gjort opmærksomme på, at der var andre interesserede i lokalområdet. De kontaktede rapportens forfatter (Andersen 2018) og udviklede i fællesskab ideen om at finde en kommune, der ville iværksætte et pilotprojekt, hvor Buurtzorg-modellen kunne afprøves i Danmark i regi af en selvejende og almennyttig organisation, etableret med den hollandske Buurtzorg-organisation som forbillede.

Stifterne af Lokalpleje Danmark rettede en uformel henvendelse til borgmesteren fra Ikast-Brande Kommune i december 2018, og i januar 2019 arrangerede borgmesteren et dialogmøde i byrådet, hvor stifterne fik mulighed for at fremlægge deres ideer. På dialogmødet deltog foruden stifterne og byrådet en repræsentant for Buurtzorg International. Blandt byrådsmedlemmerne var der jf. interview med stifteren "både nogle, der var kritiske, og nogle, der var skeptiske". Men "man kunne mærke, at der var en stor gruppe af byrådets medlemmer, der havde været med på studieturen til Holland i 2016, og som godt kunne tænke sig, at der skete noget mere på det her område".

⁵ De fire øvrige stiftere består af a) to sygeplejersker b) en mand med erfaring inden for ledelse og organisation, samt c) en mand med faglig baggrund som it-specialist og -projektleder inden for udvikling af offentlige sundhedssystemer.

I foråret 2019 besluttede et politisk flertal i byrådet at indgå et samarbejde med Lokalpleje Danmark om et pilotprojekt, der både omfattede praktisk bistand, personlig pleje og sygepleje i det omfang, det var muligt inden for rammerne af dansk lovgivning. På denne baggrund gik administrationen i gang med at forberede den projektbeskrivelse, der danner rammen for for- søget, og som tidligere er beskrevet i kapitel 1.1. (Ikast-Brande Kommune 2019a). Projektbe- skrivelsen blev fremlagt og godkendt på et byrådsmøde i oktober 2019, og i december 2019 offentliggjorde Ikast-Brande Kommune det udbud vedrørende ”levering af sygeplejeydelser i en Buurtzorg-lignende model til Ikast-Brande Kommune” (Ikast-Brande Kommune 2019b), der efterfølgende dannede afsæt for de to kontrakter, der blev indgået med Lokalpleje Danmark i forbindelse med forsøgsprojektet (Ikast-Brande Kommune 2020a).

Lokalpleje Danmark afleverede sit indledende tilbud den 31. januar 2020, hvorefter der blev afholdt forskellige møder mellem administrationen og Lokalpleje Danmark.⁶ Det reviderede til- bud blev indleveret den 1. marts 2020, og de to kontrakter blev underskrevet den 10. marts 2020 med planlagt driftsstart den 15. april 2020. Dagen efter blev landet lukket ned som følge af den verdensomspændende epidemi med covid-19, og forsøgsprojektets opstart blev af denne årsag udskudt til starten af juni (driftsopstart 2.6.2020).⁷

2.2 Forsøgsprojektets overordnede design

Forsøgsprojektet er implementeret i en modelkonstruktion, hvor:

- Borgerne i Bording og Engesvang tildeles Lokalpleje Danmark på sygeplejeområdet, medmindre de aktivt frasiger sig dette, eller der er andre forhold, der taler imod.⁸
- Lokalpleje Danmark leverer principielt set (men med enkelte undtagelser) de samme sygeplejeydelser som den kommunale sygepleje.⁹
- Lokalpleje Danmark afregnes for de leverede sygeplejeydelser med afsæt i en beregnet timepris (idet sygeplejen i Ikast-Brande Kommune er rammestyret).¹⁰
- Ikast-Brande Kommune har aftale med en privat leverandør om at gennemføre tilsyn på sygeplejeområdet. Tilsynet gennemføres efter samme principper og standarder som det tilsyn, der gennemføres af Styrelsen for Patientsikkerhed.¹¹
- Lokalpleje Danmark er godkendt som fritvalgsleverandør i Distrikt Nord, der foruden Bording og Engesvang omfatter borgerne i Ikast.
- Lokalpleje Danmark afregnes som fritvalgsleverandør på linje med den kommunale hjemmepleje samt de øvrige fritvalgsleverandører, der er i kommunen.¹²

⁶ I februar, kort efter at Lokalpleje Danmark havde afleveret sit tilbud, var stiftergruppe og virksomhedens bestyrelse på studiebesøg hos Buurtzorg i Holland.

⁷ Lokalpleje Danmarks medarbejdere var delvist hjemsendt i perioden. De søgte, men fik afslag på kompensation, fordi virksomheden var nystartet.

⁸ Eksempelvis har Lokalpleje Danmark en aftale med Ikast-Brande Kommune, om at de ikke leverer IV, samt om at kom- munen dækker borgernes nødkald om natten. Lokalpleje Danmark har endvidere ikke adgang til pleje.net samt de borgere, der modtager telemedicinsk behandling i samarbejde med regionens sårbehandlingsklinik.

⁹ Se note 8.

¹⁰ Prisen er udregnet af BDO (BDO 2019).

¹¹ Tilsynet er gennemført af Hjortshøj & Møller Care (Hjortshøj & Møller Care 2021).

¹² Der er én privat leverandør af personlig pleje ud over Lokalpleje Danmark i Ikast-Brande Kommune. Hertil kommer en række forskellige leverandører af praktisk bistand.

Visitationen til sygepleje foretages af Ikast-Brande Kommunes Sygeplejevisitation, der er organisatorisk placeret under Sygeplejen, hvor den varetages af to erfarne sygeplejersker i delt stilling som henholdsvis koordinator (halv tid) og udekørende sygeplejerske (halv tid).

Visitationen til hjemmepleje foretages af Ikast-Brande Kommunes afdeling for Visitation og Myndighed, der er placeret under på tværs-direktøren for handicap og psykiatri, sundhed og ældre, borgerservice og arbejdsmarked samt visitation og myndighed. De har udpeget to visitatorer til at varetage kontakten med Lokalpleje Danmark¹³.

Der er etableret a) et samarbejdsforum, hvor sygeplejevisitationen mødes med Lokalpleje Danmark for at drøfte evt. relevante problemstillinger, samt b) en styregruppe bestående af sundheds- og ældrechefen, lederen af Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune samt direktøren for Lokalpleje Danmark. Myndighedsfunktionen på fritvalgsområdet er ikke del af den etablerede samarbejdskonstruktion.

Strategisk er forsøgsprojektet forankret ved kommunaldirektøren samt på tværs-direktøren for sundhed og ældre, psykiatri og handicap, borger og arbejdsmarked.

Politisk er der etableret et § 17,4-udvalg, der følger projektet tæt. § 17,4-udvalget ledes af borgmesteren og har repræsentation fra samtlige partier. Kommunaldirektøren og på tværs-direktøren deltager fast ved møderne i § 17,4-udvalget.

2.3 Samarbejdet om udvikling

Det fremgår af denne midtvejsevaluering, at samarbejdet mellem Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje om forsøgsprojektet langt fra har været let.

På strategisk niveau har det været en udfordring at finde en forsøgsmodel, der virker, og som på meningsfuld måde giver mulighed for at realisere den politiske flertalsbeslutning om at afprøve Buurtzorg-modellen i partnerskab med Lokalpleje Danmark.

På fagligt driftsniveau har det været svært at se meningen med et projekt, der – hvis det lykkes – vil gøre den kommunale hjemme- og sygepleje overflødig. Samtidig har der været en manglende forståelse af, hvorfor der politisk var ønske om at ændre på organiseringen af den vel-fungerende kommunale sygepleje – og hvorfor det ikke var ”godt nok”, at den kommunale hjemmepleje igennem en længere årrække havde arbejdet med udvikling af organisationen efter inspiration fra Buurtzorg-modellen.

I dette afsnit beskriver vi de politisk/administrative processer, der førte til beslutningen om at gennemføre forsøgsprojektet i den aktuelle modelkonstruktion. Processerne giver indblik i de valg og fravalg, der blev taget undervejs i processen – og i de spændinger og udfordringer, som der fortsat var i forsøgsprojektet på tidspunktet for midtvejsevalueringen.

Afsnittet er delt op i fire dele. Først beskrives fasen frem til beslutningen om at igangsætte et pilotprojekt med Lokalpleje Danmark, der indebærer ”fuld implementering” og således inkluderede et udbud på sygeplejeområdet. Herefter beskrives fasen frem til beslutningen om at gennemføre forsøgsprojektet i den nuværende modelkonstruktion. Endelig beskrives den politiske flertalsbeslutning om at etablere et § 17,4-udvalg til at følge projektet, samt de efterfølgende aftaler der blev (og ikke blev) indgået i projektperioden.

¹³ Dette skete i henhold til Lokalpleje Danmark først i løbet af forsøgsperioden.

2.3.1 Beslutning om fuld implementering

Vi har tidligere beskrevet, hvordan samarbejdet mellem Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune kom i stand som følge af en uformel henvendelse fra stifterne til borgmesteren om muligheden for et samarbejde – samt hvordan dette førte til, at der i januar 2019 blev afholdt et dialogmøde i byrådet om pilotprojektet. I den periode, der fulgte efter dialogmødet, tog administrationen kontakt til Lokalpleje Danmark for uformelt at drøfte, hvordan et evt. samarbejde kunne se ud. De drøftede sagen internt og forberedte på denne baggrund den første sagsfremstilling om et muligt samarbejde om forsøgsprojektet.

Administrationen indstillede ved den første sagsbehandling, at Lokalpleje Danmark blev godkendt som fritvalgsleverandør, samtidig med at der blev indgået en partnerskabsaftale med henblik på fælles læring. De frarådede, at Lokalpleje Danmark skulle levere sygeplejeydelser i borgerens hjem, idet det – jf. sagsfremstillingen – ville kræve udbud, hvilket der var begrænsede erfaringer med på landsplan. Et udbud ville i henhold til sagsfremstillingen betyde: omlægning af hjemmesygeplejen i kommunen med oprettelse af en central visitation, opdeling i to distrikter svarende til fritvalgsdistrikterne, prissætning af ydelserne i hjemmesygeplejen som i dag er rammestyrret. Virksomhedsoverdragelse ville gælde ved et udbud, og MED-udvalget skulle inddrages ”i det øjeblik”, det blev besluttet at arbejde videre med et udbud.

Et politisk flertal bestående af medlemmerne af Venstre, Dansk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Fælleslisten (17 medlemmer ud af 23) besluttede at gå videre med projektet, der omfattede levering af praktisk bistand, personlig pleje og sygepleje i det omfang, det kunne lade sig gøre inden for rammerne af dansk lovgivning. Og administrationen gennemførte på denne baggrund en proces med høring i MED-systemet, samtidig med at de indhentede juridisk afklaring på en række spørgsmål fra KL¹⁴.

MED-udvalget gav udtryk for deres holdning i et to siders høringssvar. Her udtrykte de både, at de var utilfredse med beslutningsprocessen (de ville gerne have været inddraget tidligere), samt at de havde svært ved at se, hvad projektet skulle gøre godt for, når de allerede arbejdede med geogrupper, rehabilitering, medarbejderindflydelse på planlægning og arbejdstilrettelæggelse samt et tværgående borgerperspektiv. De gav endvidere udtryk for bekymring vedrørende medarbejdernes arbejdsvilkår i projektet – den faglige kvalitet i små teams – samt at den kommunale sygepleje skulle tage ansvar for uddelegering af komplekse sygeplejeopgaver til en privat leverandør (det kunne de ikke). Specifikt vedrørende den økonomiske styringsmodel fremførte MED-ældre endvidere, at: ”MED-ældre gør opmærksom på, at hjemmesygeplejen er rammestyrret, hvilket betyder, at bureaukratiet er forholdsvis lille. Det har stor betydning for de ansattes trivsel, at der er så meget tid til rådighed for kerneopgaven og fleksibilitet i hverdagen. Med et udbud og dermed styring på visiterede timer ser MED-ældre, at tiden til kerneopgaven bliver mindre, og der vil blive forkerte incitamentter til, at borgerne kommer til at klare sig selv” (s. 2).

KL's notat¹⁵ redegjorde for mulighederne for at gennemføre et udbud under tærskelværdien samt for reglerne vedrørende virksomhedsoverdragelse (der som udgangspunkt ikke finder sted, hvis der sker en løbende overdragelse som led i et frit valg fra borgerne). De anførte også, at ansvaret for tildeling af hjemmesygepleje påhviler kommunalbestyrelsen, og at det ikke kan overdrages til private leverandører. Det indebærer i henhold til notatet, at ”en ansat hos en privat leverandør, som kommunen har valgt til udførelse af den faktiske sygepleje ikke (som kommunen spørger om), vil kunne mer-visitere” (s. 14).

¹⁴ KL udarbejdede et notat til Ikast-Brande Kommune, som VIVE har fået udleveret i forbindelse med dataindsamlingen.

¹⁵ Se note 13.

Administrationen indstillede, at byrådet drøftede sagen, samt at et evt. videre arbejde med pilotprojektet blev forankret i sundheds- og omsorgsudvalget, hvor der ville blive udarbejdet en tids- og handleplan for det videre projekt. Indstillingen blev godkendt af det samme politiske flertal, der havde godkendt den tidligere beslutning.

2.3.2 Udvikling af forsøgsmodellen

Administrationen udarbejdede i perioden fra juni 2019 til oktober 2020 den projektbeskrivelse, der fastsætter de overordnede principper for forsøgsprojektets gennemførelse, og som tidligere er beskrevet i kapitel 1. Projektbeskrivelsen blev udarbejdet i dialog med Lokalpleje Danmark, men med mulighed for, at andre leverandører kan have mulighed for at byde på opgaven på lige vilkår (hvilket er centralt jf. udbudsloven).

Projektbeskrivelsen foreslår følgende principper for sammenhængen mellem sygepleje og hjemmepleje i forsøgsprojektet:

1. Den private leverandør leverer som udgangspunkt sygepleje døgnet rundt til alle borgere i eget hjem i det nærmere definerede opstartsområde. Borgere, der ikke ønsker dette, kan dog aktivt vælge den kommunale leverandør.
2. Den private leverandør leverer desuden personlig pleje og praktisk hjælp til de borgere i opstartsområdet og den resterende del af Distrikt Nord, der vælger dem. Dette sker på baggrund af Ikast-Brande Kommunes eksisterende fritvalgsmodel.

Administrationen gør tydeligt opmærksom på, at dette vil indebære a) at optageområdet for fritvalgsområdet er større end optageområdet for sygeplejedelen, samt b) at det giver mulighed for (endnu) flere leverandørkonstruktioner, end der allerede kendes på området. Til gengæld er det administrationens vurdering, at forsøgsprojektet vil kunne gennemføres, uden at der er tale om virksomhedsoverdragelse, idet tildelingen sker trinvist, og der ikke er en én til én sammenhæng mellem de opgaver, der overføres, og de medarbejdere, der evt. vil blive berørt af omlægningen.

MED-ældre, MED-lokal for sygeplejeområdet og Ældrerådet afgav hvert deres høringssvar til den politiske sagsfremstilling.

- MED-ældre fremhævede blandt andet, at de havde vanskeligt ved at gennemskue opgavefordelingen mellem den kommunale sygepleje og den private leverandør af sygepleje, samt at en evt. ny BUM-model på den kommunale del af sygeplejen ville medføre betydelige driftsudgifter til funktionen som visitator af sygeplejeydelser. Som følge af den manglende virksomhedsoverdragelse frygtede de afskedigelser og/eller flytninger som følge af projektet.
- MED-lokal for Sygeplejeområdet opfordrede til, at valget af hjemmepleje ikke automatisk medførte et valg af sygepleje, idet der godt kunne være borgere, der ønskede en privat leverandør på hjemmeplejeområdet, men som samtidig aktivt ønskede at frasige sig den private leverandør af sygepleje.
- Ældrerådet fremførte, at Buurtzorgs teorier om selvorganiserende grupper havde været kendt i Ikast-Brande Kommune i flere år, og at den kommunale hjemmepleje allerede arbejdede med tænkningen. Den kommunale hjemmesygepleje befandt sig fagligt og kompetencemæssigt på et meget højt plan, der både blev anerkendt internt og eksternt, hvorfor det var svært at forstå, at man ønskede at oprette en ny og ukendt organisering

med hensyn til dialog, opfølgning, kontrol og afregning. Ældrerådet var endvidere bekymrede for princippet om, at borgerne automatisk ville blive tilmeldt den private sygepleje, medmindre de aktivt meldte fra – og ”såede tvivl om lovligheden af dette princip”.

Det førte til, at administrationen – i det endelige projektdesign – fraveg beslutningen om at lade tildelingen på sygeplejeområdet følge borgerens frie leverandørvalg – og at man (i den endelige projektmodel) besluttede at fastholde den økonomiske rammestyring af den kommunale sygepleje i forbindelse med forsøgsprojektet. Medarbejderne i den kommunale sygepleje fik ”jobgaranti” og blev således sikret mod afskedigelser som følge af projektet.

2.3.3 Forankringen i § 17,4-udvalget

I december 2020 fremlagde på tværs-direktøren en sag til byrådet med henblik på at træffe de fornødne beslutninger for at kunne gennemføre en markedsafdækning jf. den tids- og handleplan, som byrådet havde godkendt. Det fremgik her, a) at timeprisen (for sygeplejeydelser) skulle være 669,- kr. jf. beregning i et lukket bilag, b) at afregningen skulle ske med en acontoafregning i en opstartsperiode, samtidig med at der skete en efterberegning ud fra det aktuelle regnskabsår, c) at der i forbindelse med pilotprojektet skulle udvikles en model, der tager afsæt i sygeplejens budget, hvorunder en opdeling af, hvad der er myndighedsopgaver, og hvad der er borgerrettede opgaver, samt d) at markedsafdækningen skulle tilrettelægges som et omvendt udbud, hvor leverandøren skulle beskrive, hvad de kunne levere til den godkendte timepris.

Sagen blev behandlet af henholdsvis sundheds- og omsorgsudvalget og økonomi- og planudvalget, før den blev fremlagt for byrådet. Et flertal i sundheds- og omsorgsudvalget indstillede, at forsøgsperioden blev afkortet til 2 år og 6 måneder, samt at annonceringen blev udskudt med 3 dage – men tiltrådte i øvrigt indstillingen. Et flertal i økonomi- og planudvalget fandt projektet fremsynet og spændende. De anbefalede, at der blev etableret et § 17,4-udvalg til at følge projektet, samt at det fremadrettede arbejde blev forankret i økonomi- og planudvalget ”på grund af de juridiske og økonomiske aspekter”. Et flertal i byrådet tiltrådte indstillingen fra økonomi- og planudvalget – og i der blev på denne baggrund etableret et § 17,4-udvalg til at følge og varetage den politiske styring af forsøgsprojektet i projektperioden.

2.3.4 De efterfølgende aftaler

I de efterfølgende måneder blev der gennemført et udbud og underskrevet kontrakt med Lokalpleje Danmark (Ikast-Brande Kommune 2020a).

Lokalpleje Danmark ønskede og fremsendte et udkast til partnerskabsaftale for (på denne baggrund) at danne en overordnet ramme om de to kontrakter. Partnerskabsaftalen blev aldrig indgået, og det er således de to kontrakter på henholdsvis sygepleje- og fritvalgsområdet, der har dannet afsæt for samarbejdet i forsøgsperioden.

Ikast-Brande Kommune fik foretaget en udregning af timepriser på sygeplejeområdet af BDO (BDO 2019), og de fik senere også BDO til at udarbejde en tids- og opgaveregistrering i den kommunale sygepleje (BDO 2021). Tids- og opgaveregistreringen (BDO 2021) fandt, at Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune var økonomisk veldreven, både når man sammenligner med andre kommuner og med BDO’s måltal for en veldreven kommune. Den fandt også, at de to sygeplejersker, der varetager funktionen som visitatorer ift. Lokalpleje Danmark, bruger i alt

9 % af deres arbejdstid på at varetage funktionen og dialogen med Lokalpleje Danmark i forbindelse med forsøgsprojektet.

Lokalpleje Danmark tegnede overenskomst med FOA, men ikke med DSR, i forbindelse med forsøgsprojektet. Lokalpleje Danmark ønskede ét fast fleksibilitetstillæg frem for de eksisterende arbejdstidsaftaler – men kunne ikke opnå enighed med DSR om en aftale.

Ikast-Brande Kommune søgte og fik penge fra Sundhedsstyrelsen til et udviklingsprojekt i den kommunale hjemmepleje og sygepleje, der ville "styrke nærvær og omsorg" via "selvbestemmelse og involvering" og med "Buurtzorg som løftestang".

VIVEs midtvejsevaluering af forsøget med Buurtzorg-modellen i Bording og Engesvang er delvist finansieret af denne puljebevilling, og det er en del af formålet med midtvejsevalueringen, at den skal bidrage med viden fra forsøgsprojektet ind i det kommunale udviklingsprojekt (se også formålsbeskrivelsen i kapitel 1.3).

2.4 Læresætninger fra forsøgsprojektet

VIVE udpeger otte væsentlige læresætninger på baggrund af forsøgsprojektet. Der er tale om områder, hvor der – i forbindelse med forsøgsprojektet – har været udfordringer i samarbejdet og/eller projektdesignet. De vedrører: afgrænsningen af optageområdet, tildelingen på sygeplejeområdet, borgere der "deles på midten", BUM-modellen på sygeplejeområdet, teamets kompetencer (og mulighed for at trække på kommunale specialistfunktioner), dialogen i opstartsfasen, projektets manglende strategiske forankring i Ikast-Brande Kommune samt projektets økonomi.

Læresætningerne er i første omgang udviklet til Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark, idet det var forventet, at de skulle kunne danne basis for parternes videre samarbejde om forsøgsprojektet. I lyset af Lokalpleje Danmarks konkursbegæring og indstillingen af forsøgsprojektet bliver der tale om mere overordnede læresætninger til brug for Ikast-Brande Kommune (i arbejdet med øvrige udviklingsprojekter) samt andre kommuner, der overvejer at a) udvikle ældreområdet efter inspiration fra Buurtzorg-modellen og/eller b) indgå partnerskab med private aktører om udvikling og drift af hjemmepleje og/eller sygepleje.

2.4.1 Afgrænsning af optageområdet

Et første opmærksomhedspunkt vedrører afgrænsningen af optageområdet. Buurtzorg-modellen går i al sin enkelthed ud på, at et mindre tværfagligt team leverer integreret hjemme- og sygepleje til borgerne i et afgrænset geografisk område, hvor de har et godt kendskab til – og tæt samarbejde med nabolaget (Buch 2020). Det giver god mening i Bording og Engesvang, der hver for sig er små bysamfund, og hvor Lokalpleje Danmark har mulighed for at levere helhedspleje til den gruppe af borgere, der a) tilvælger dem på fritvalgsområdet, og b) samtidig tildeles dem på sygeplejeområdet. Det giver ikke mening i forhold til de borgerne i Ikast, der evt. skulle ønske at tilvælge Lokalpleje Danmark som leverandør af hjemmepleje, men som ikke har mulighed for at blive tildelt Lokalpleje Danmark som leverandør på sygeplejeområdet (idet udbuddet kun dækkede Bording og Engesvang i opstartsfasen).

Parterne er for så vidt enige om, at det havde været mere hensigtsmæssigt med et éns optageområde for sygepleje- og hjemmeplejedelen. Når Ikast-Brande Kommune valgte at designe forsøgsprojektet, som de gjorde, skyldtes det Lokalpleje Danmarks ønske om kun at starte ud

i et mindre hjørne af kommunen (Bording og Engesvang) samt et ønske om ikke at lave alting om på grund af forsøgsprojektet/et hensyn til de øvrige fritvalgsleverandører.

Lokalpleje Danmark har efterspurgt en "fælles forståelse" af, at de har deres primære virke i Bording og Engesvang, samt at det (hvis ambitionen er at levere helhedspleje) er mest hensigtsmæssigt, at borgerne i Ikast vælger den kommunale hjemmepleje. De løser i praksis problemet kommunikativt ved at gøre tydeligt opmærksom på, at de er etableret i og virker i Bording og Engesvang, og at borgerne i Ikast – hvis de ønsker samme leverandør af hjemme- og sygepleje – skal vælge den kommunale leverandør. Det har ikke været muligt for Lokalpleje Danmark at opnå en fælles forståelse med kommunen om dette i forbindelse med forsøgsprojektet.

2.4.2 Tildeling på sygeplejeområdet

Et andet opmærksomhedspunkt vedrører tildelingen af borgere på sygeplejeområdet. Her er der i løbet af forsøgsprojektet kommet en række undtagelser, der gør, at det ikke (som anført i den oprindelige projektbeskrivelse) er alle borgere med behov for sygepleje i eget hjem, der tildeles Lokalpleje Danmark, medmindre de aktivt frasiger sig dette. Her findes både eksempler, hvor Lokalpleje Danmark har indgået aftale med kommunen om, at der er tale om en ydelse, der skal leveres af den kommunale hjemme- og sygepleje (fx anlæggelse af IV samt borgerens nødkald om natten), og eksempler på, at Ikast-Brande Kommune har valgt ikke at lade Lokalpleje Danmark få adgang til pleje.net¹⁶ og borgere der får telemedicinsk behandling i samarbejde med regionens sårklinik.

- I det første tilfælde er der ledere og medarbejdere i kommunen, der fremhæver det som eksempler på, at Lokalpleje Danmark ikke leverer helhedspleje, forstået som at de ikke tilbyder at løse alle opgaver omkring borgerne (som de ellers havde stillet i udsigt).
- I det andet tilfælde er der stiftere og teammedlemmer i Lokalpleje Danmark, der fremhæver det som eksempel på, at kommunen "holder på" borgerne og ikke vil overføre dem til forsøgsprojektet/tager dem tilbage, fordi der er opstået nye forhold i hjemmet.

VIVE vil ikke gå ind i, hvad der er mere eller mindre rationelt i forbindelse med denne midtvejs-evaluering. Det fremgår imidlertid, a) at uoverensstemmelserne fylder og belaster samarbejdet, samt b) at det medfører, at der er en række borgere, der "fanges i midten" mellem to leverandører, der ikke er enige, eller har en fælles forståelse af, hvem der legitimt skal gøre hvad.

Det har været en udfordring for forsøgsprojektet, at der ikke var en fælles forståelse af, hvilke borgere der skulle tildeles forsøgsprojektet – og hvilke der ikke skulle – samt hvad den konkrete faglige og/eller organisatoriske begrundelse var for dette valg. VIVE ville – hvis ikke forsøgsprojektet havde måttet lukke før tid – have anbefalet Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune at udvikle en fælles forståelse og sikre, at medarbejderne i begge organisationer kommunikerede denne entydigt til borgerne.

2.4.3 Borgere, der deles på midten

Et tredje opmærksomhedspunkt vedrører de borgere, der – som følge af forsøgsprojektets overordnede modelkonstruktion og den måde det, jf. afsnit 2.4.2, praktiseres i samarbejdet på sygeplejeområdet – kan få flere forskellige leverandører af såvel sygepleje som hjemme-

¹⁶ Lokalpleje Danmark mener, at de har kompetencerne – det mener kommunen ikke.

pleje. Borgerne i Bording og Engesvang kan på én og samme tid have to leverandører af sygepleje og to leverandører af hjemmepleje (hvis borgeren vælger forskellig leverandør af henholdsvis personlig pleje og praktisk bistand). De store udfordringer opstår imidlertid – som vi forstår det på baggrund af interview – for de borgere, som Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune deler på den måde, at den ene part leverer sygepleje, mens den anden part leverer hjemmepleje. De udfordrer samarbejdet på nye og anderledes måder, end kommunen ellers har været vant til, fordi Lokalpleje Danmark (i modsætning til de andre fritvalgsleverandører) kan og efter egen opfattelse også bør levere sygepleje (medmindre borgeren aktivt modsætter sig dette) – og fordi kommunen valgte ikke at lade tildelingen på sygeplejeområdet følge borgerens frie valg på hjemmeplejeområdet (idet de skulle have mulighed for aktivt at fravælge Lokalpleje Danmark). Det bringer det politiske spørgsmål op om, hvem der skal levere (og er mest kvalificeret til at levere) sygepleje til borgerne i Bording og Engesvang ud i borgerens hjem, og medvirker til at skabe usikkerhed og tvivl (hos borgerne) om kvaliteten af den indsats, de får hos kommunens to leverandører (den offentlige og den private).

Læresætningen for andre kommuner er, at det er u hensigtsmæssigt at lade borgere "dele på midten" af to konkurrerende leverandører. Det har givet anledning til spændinger, som kunne være undgået, hvis leverandørvalget på hjemme- og sygeplejen havde fulgtes ad.

2.4.4 BUM-modellen på sygeplejeområdet

Et fjerde opmærksomhedspunkt vedrører BUM-modellen på sygeplejeområdet. Teammedlemmerne i Lokalpleje Danmark oplever, at de bliver kigget særdeles grundigt efter i sømmene, og at de skal argumentere godt for samtlige de ydelser (samt ændringer i ydelser), som de ønsker at gennemføre. BUM-modellen på fritvalgsområdet er mere fleksibel end BUM-modellen på sygeplejeområdet, idet der her visiteres i overordnede pakker, inden for hvilke teamet selv kan tilrettelægge sine ydelser. På sygeplejeområdet er der implementeret en model, hvor alle ydelser skal godkendes (inklusive den tid, der visiteres til dem), ligesom alle ændringer af ydelser skal godkendes (inklusive den tid, der visiteres til dem). Modellen håndhæves med stor omhyggelighed og samvittighedsfuldhed af de to kommunale sygeplejersker, der varetager funktionen som visitatorer ift. Lokalpleje Danmark. VIVEs midtvejsevaluering viser, hvad konsekvensen af en meget stram styring på sygeplejeområdet er i forhold til medarbejdernes trivsel og mulighed for at bruge deres faglighed i arbejdet. Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune argumenterede igennem flere høringssvar imod, at de selv skulle underkastes en BUM-model, idet det faktum, at de er selvvisiterende, i høj grad er med til at skabe mening i deres arbejde. Sygeplejerskerne i Lokalpleje Danmark beskriver samarbejdet med sygeplejevisitationen i Ikast-Brande Kommune som opslidende og medvirkende årsag til, at flere af medarbejderne i forsøgsprojektet har valgt at sige op. Det er vigtige læresætninger til brug for andre kommuner om, hvad stram faglig og økonomisk styring kan gøre ved fagprofessionelle på sygeplejeområdet.

2.4.5 Kompetencerne i teamet

Et femte opmærksomhedspunkt vedrører kompetencerne i Lokalpleje Danmark. Lokalpleje Danmark er – som tidligere beskrevet – opstået ud af et ønske om at gøre det bedre og skabe en større værdighed og menneskelighed i hjemme- og sygeplejen, både for medarbejdere og borgere. De har samtidig – så vidt VIVE kan bedømme – haft held til at rekruttere dygtige medarbejdere, hvis faglige kompetencer anerkendes af deres samarbejdspartnere, både på hjemmepleje- og sygeplejeområdet. Teamet har et udmærket kendskab til lokalområdet – for-

stået således, at mange af dem er bosat i og/eller lokalt kendt i dette mindre geografiske område, som de virker i – svarende til principperne i Buurtzorg (Buch 2020). Set i forhold til samarbejdet med Ikast-Brande Kommune, har det imidlertid været en udfordring, at der a) ikke er nogen af stifterne, der har erfaring (på ledelsesniveau) fra det kommunale sundheds- og ældreområde, og b) at der ikke er nogen af teammedlemmerne, der har erfaring med de IT- og dokumentationssystemer, som der anvendes i Ikast-Brande Kommune.

Ad a. Der er klare *innovationsfordele* ved, at stiftergruppen er sammensat af mennesker med sygeplejefaglig kompetence, samt mennesker med erfaring fra det private erhvervsliv. Det giver innovationskraft og evne til at stille spørgsmål ved, om det nødvendigvis altid er rationelt at gøre, hvad man plejer, og/eller om man med fordel kan organisere og tilrettelægge sig på nye måder. Men det skaber også udfordringer – set fra den kommunale forvaltnings perspektiv – fordi der er en så begrænset forståelse af fx eksisterende lovgivning, strukturer og systemer på det kommunale ældre- og sundhedsområde. I det videre projektsamarbejde ville det have været en fordel, hvis der havde kunnet arbejdes med afsæt i en større gensidig anerkendelse – både fra den kommunale forvaltning (i forhold til den lille selvejende og almennyttige organisation) og fra den lille selvejende og almennyttige organisation (i forhold til den kommunale forvaltning). Med Lokalpleje Danmarks konkurs bliver dette en læresætning til brug for andre kommuner, der evt. skulle ønske at samarbejde og ultimativt indgå partnerskab med en lille entreprenant organisation.

Ad b. På teamniveau har det desuden været en udfordring, at teammedlemmerne ikke har kendskab til de IT-tekniske og administrative systemer, der bruges i Ikast-Brande Kommune. Teamet har skullet lære alting forfra – og det har været med til at bestyrke en opfattelse (i kommunen) af, at de ikke har styr på tingene – og ikke ved, hvordan tingene fungerer. Teammedlemmerne har erfaring fra andre kommuner, men det har krævet tid for dem at lære systemet i Ikast-Brande Kommune, og her havde det været en (tempo) fordel, hvis nogle af teammedlemmerne havde haft en fortid som medarbejdere i kommunen.¹⁷ Dette er relevant som viden for andre kommuner, der har et lokalt team under opstart.¹⁸ I det omfang der også i andre kommuner vil være udfordringer med at rekruttere sygeplejersker fra kommunen til et tilsvarende udviklingsprojekt, så må der forventes en oplæringsperiode konkret i forhold til de administrative systemer, der bruges i kommunen.

Fra Ikast-Brande Kommunes side har der samtidig været en bekymring for at overlade sygeplejeopgaven til en alt andet lige mindre gruppe af sygeplejersker, der trods enkeltpersonens faglige kompetencer ikke – som samlet gruppe – kan opnå den samme specialisering som den større mængde af sygeplejersker i Ikast-Brande Kommune. Sygeplejerskerne i Lokalpleje Danmark har – ligesom social- og sundhedsassistenterne – hver deres faglige specialisering og erfaring, som de bringer i spil i arbejdet med borgerne. Men der er områder, hvor de kommer til kort, og hvor det derfor er en fordel, at de kan trække på kommunens akutteam samt evt. også øvrige specialistfunktioner.

Det fremgår ved interview, at teamet har oplevet begrænset mulighed for at kunne trække på akutteamet¹⁹, samt at det aldrig har været på tale, at de skulle kunne få adgang til kommunens øvrige specialistfunktioner. I det omfang der er ønske om at skabe de bedst mulige rammer for, at et lille selvorganiserende team kan levere den ønskede kvalitet, vil det imidlertid være

¹⁷ Lokalpleje Danmark har på tidspunktet for midtvejsevalueringen kun en enkelt medarbejder, der tidligere har været ansat i Ikast-Brande Kommune, og denne ansættelse ligger flere år tilbage.

¹⁸ Det er også relevant for andre private leverandører, der ønsker at starte op og etablere sig på ældreområdet.

¹⁹ Lokalpleje Danmark har haft adgang til kommunens akutteam i forbindelse med forsøgsprojektet, men ikke i samme omfang, som de havde ønsket og været vant til fra andre kommuner.

en fordel at drøfte, hvordan og i hvilket omfang de skal have adgang til kommunens akutteam og øvrige specialistfunktioner.²⁰

2.4.6 Dialog i opstartsfasen

Der var – af mange årsager – kun begrænset dialog mellem Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune i forbindelse med forsøgsprojektets opstartsfasen. Det medførte, at der blev truffet nogle uhensigtsmæssige beslutninger (i Lokalpleje Danmark) om indkøb af IT-udstyr, ligesom der ikke var en ordentlig forventningsafstemning om, hvor mange borgere der fra starten skulle tilknyttes projektet – og hvilke borgere der evt. (ikke) skulle undtages, se også afsnit 2.4.2 ovenfor. Styregruppens medlemmer er på tidspunktet for midtvejsevalueringen enige om, at det havde været en fordel for deres gensidige samarbejde om forsøgsprojektet, hvis de på et tidligere tidspunkt var begyndt at snakke sammen, direkte, på det faglige niveau. På denne baggrund kunne en del af de udføringer, som forsøgsprojektet oplevede, måske være undgået.

2.4.7 Styregruppens sammensætning

Styregruppen for forsøgsprojektet er samtidig uhensigtsmæssigt sammensat i forhold til at kunne gennemføre de justeringer, som der løbende er behov for i et udviklingsprojekt. Sundheds- og ældrechefen anfører i forbindelse med interview, at det er en af de helt store forskelle mellem på den ene side forsøgsprojektet (hvor kommunen samarbejder med Lokalpleje Danmark) og Erantisprojektet (hvor kommunen selv arbejder med udvikling af ældreområdet), at der er så lille forståelse for fejl. I forsøgsprojektet er der kun begrænset forståelse af, at det er en naturlig del af et udviklingsprojekt, at man bliver klogere undervejs – og derfor tilretter projektet herefter. I Erantisprojektet er hele udviklingsprojektet defineret ud fra et princip med læringscirkler, hvor man forsøger sig med noget, og ændrer det, hvis det ikke virker.

VIVE påpeger i forbindelse med denne midtvejsevaluering, at styregruppen er uhensigtsmæssigt sammensat i forhold til at foretage de ændringer, som er nødvendige, idet den fx ikke har deltagelse af lederen af fritvalgsområdet, og idet den ikke er strategisk forankret hos fx på tværs-direktøren og/eller kommunaldirektøren. Der er et "gab" mellem på den ene side den politiske ledelse af projektet, som varetages via §17,4-udvalget, og på den anden side projektets styregruppe, der – i henhold til på tværs-direktøren – følger af, at kommunen har tilgået forsøgsprojektet som et driftsprojekt med fokus på efterlevelse af de kontraktmæssige rammer samtidig med, at implementeringen og opstarten har fyldt meget for begge parter.²¹

I forhold til den kompleksitet, der er i forsøgsprojektet, ville det imidlertid have været en fordel vedvarende at betragte det som et innovationsprojekt – med mulighed for at lære af sine fejl undervejs – og med en anden strategisk sammensætning af styregruppen.

2.4.8 Forsøgsprojektets økonomi

Det sidste opmærksomhedspunkt vedrører forsøgsprojektets økonomi. Lokalpleje Danmark er gået ud med et korrigeret underskud på knap 1,75 mio. kroner mod forventet 1.2 mio. kroner i sommeren 2021, og er pr. 31. august 2021 begæret konkurs. Lokalpleje Danmark anfører i sin pressemeddelelse, at: "De lokale og nationale rammevilkår og den form for minut-tænkning, som virksomheden var underlagt, har betydet, at medarbejderne for måske 60-70 procents vedkommende har kunnet følge Buurtzorg-modellen – mens resten af deres arbejde stadig

²⁰ Det vil svare til, hvad Buurtzorg i Holland gør i praksis, ved at teammedlemmer med specialistkompetencer stiller sig virtuelt til rådighed for flere teams.

²¹ Den gensidige læring blev lagt ind i midtvejsevalueringen samt i det kommunale projekt "Erantis".

skulle foregå på vanlig vis. Virksomheden har derfor ikke kunnet hente den økonomiske gevinst ved lettere og mere smidig organisering, som skulle være med til at finansiere de ansattes højere kompetenceniveau. Vi må også konstatere, at det undervejs i forløbet ikke har været muligt at få tilpasset Ikast-Brande Kommunes visitations- og afregningsmodeller, så de kunne understøtte at arbejde efter Buurtzorg-modellen.”

Der har fra start til slut i forsøgsprojektet været drøftelser vedrørende forsøgsprojektets økonomi og herunder både om prisfastsættelsen på hjemme- og sygeplejeområdet. Ikast-Brande Kommune har fået BDO til at udregne timepriserne på sygeplejeområdet (Ikast-Brande Kommune 2020a), og på fritvalgsområdet får Lokalpleje Danmark det samme som de øvrige leverandører. Lokalpleje Danmark er af den opfattelse, at timepriserne ikke afspejler de reelle timepriser i den kommunale hjemmepleje og sygepleje, blandt andet fordi beregningerne tager udgangspunkt i disponeret (ikke leveret) tid. Ikast-Brande Kommune har fastholdt, at timepriserne er fastsat korrekt, og at Lokalpleje Danmark får det samme som de øvrige leverandører på området.

2.5 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at forsøgsprojektet er implementeret i en modelkonstruktion, hvor Lokalpleje Danmark har ansvaret for at levere sygepleje til borgerne i Bording og Engesvang efter en tildelingsmodel, samtidig med at borgerne kan vælge dem som leverandør af personlig og/eller praktisk bistand jf. kommunens fritvalgsmodel.

Lokalpleje Danmark honoreres på timebasis ud fra et grundprincip om, at de skal have samme betaling som den kommunale leverandør. På fritvalgsområdet afregnes de som fritvalgsleverandør, og på sygeplejeområdet afregnes de på baggrund af en beregnet timepris, idet sygeplejen i kommunen er rammestyret. Der er, og har vedvarende været, drøftelser mellem Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark om a) hvilke borgere og ydelser, der skal tildeles projektet, og b) forsøgsprojektets økonomi. På tidspunktet for midtvejsevalueringen er Lokalpleje Danmark gået ud med et korrigeret underskud på små 1,75 mio. kroner mod forventet 1,2 mio. kroner – og den 31. august 2021 indleverede selskabet sin konkursbegæring.

VIVE udpeger otte opmærksomhedspunkter vedrørende forsøgsprojektets overordnede modelkonstruktion, som har givet anledning til spændinger i samarbejdet, og som derfor kan være relevante at observere for andre, der ønsker at forsøge sig med lignende samarbejdsprojekter. Dette vedrører: afgrænsningen af optageområdet, tildelingen på sygeplejeområdet, borgere, der ”deles på midten”, BUM-modellen på sygeplejeområdet, teamets kompetencer, dialogen i opstartsfasen, styregruppens sammensætning samt (endelig) forsøgsprojektets økonomi.

3 Lokalpleje i Bording og Engesvang

I dette kapitel redegøres for erfaringerne fra Lokalpleje Danmark med etablering af et "selvorganiserende team" der ved brug af Buurtzorg-modellen og i formaliseret partnerskab med Buurtzorg²² leverer hjemme- og sygepleje til de borgere, der er tildelt/har valgt Lokalpleje Danmark som leverandør jf. beskrivelsen af den overordnede forsøgsmodel i kapitel 2.

Kapitlet beskriver både de udfordringer, som Lokalpleje Danmark har oplevet i opstartsfasen, og hvordan det daglige arbejde i teamet fungerer på tidspunktet for midtvejsevalueringen. Sidstnævnte er vigtigt for at forstå forskellen til den kommunale hjemmepleje og sygepleje – og dermed, hvad der ligger bag de positive resultater, der jf. kapitel 5 kan ses på baggrund af forsøgsprojektet.

Fremstillingen er baseret på skriftligt materiale, interview og observation (se bilag 1 for en nærmere beskrivelse af det metodiske grundlag for analysen). Den er gennemlæst og valideret af Lokalpleje Danmark i forbindelse med midtvejsevalueringen.

3.1 Forsøgsprojektets opstart (de første 10 måneder)

3.1.1 Etablering af teamet

Lokalpleje-teamet i Bording-Engesvang blev etableret i forbindelse med forsøgsprojektets opstart og ansættelse af medarbejdere i foråret 2020.

Stifterne rekrutterede i første omgang fire sygeplejersker og to social- og sundhedsassistenter. De gik efter teammedlemmer: der "brændte for sygeplejen" – "helhedsplejen" – og "arbejdet ude ved borgerne (frem for på kontoret)". De brugte deres kollegiale netværk og ansatte teammedlemmer, som var "fleksibelt indstillede" – "gerne med erfaring med selvstændigt erhverv", og som "af den ene eller anden årsag ønskede et alternativ til den eksisterende hjemme- og sygepleje".

Lokalerne fandt stifterne i den gamle stationsbygning i Bording. Indretningen blev (som det anbefales af Buurtzorg) varetaget af teammedlemmerne selv. Kontoret fremstår professionelt med skriveborde, reoler, opslagstavler og et mødebord. Reposarealet fremstår hjemligt med sofaområde og spisebord – svarende til "hjemligheden" i de hollandske teams.

Antallet af teammedlemmer var ligesom den faglige sammensætning (fire sygeplejersker og to social- og sundhedsassistenter) overvejet grundigt og baseret på bedste skøn og beregninger. Uddannelsesniveauerne (sygeplejerske og social- og sundhedsassistent) svarer til det, der findes i Holland, hvor de dels bruger sygeplejersker på bachelor- og masterniveau (uddannelsesniveau 4 og 5, ca. 40 %), dels bruger praksisuddannede sygeplejersker (uddannelsesniveau 4, ca. 30 %), dels bruger ikke-autoriserede "assistenter" (uddannelsesniveau 3, ca. 30 %).

Baggrunden for at starte ud med flere sygeplejersker end social- og sundhedsassistenter afspejlede forsøgsprojektets design, hvor der fra start leveredes 100 % sygepleje, mens andelen af hjemmeplejeopgaver først ville vokse, i takt med at borgerne valgte Lokalpleje Danmark til på fritvalgsområdet – se også kapitel 1-2.

²² På datoen for driftsstart, 2.6.2020, indgik Lokalpleje Danmark en formelt gensidigt forpligtende partnerskabs- og licensaftale med Buurtzorg, som frem til da havde bistået virksomheden pro bono.

Antallet af teammedlemmer afspejlede beregninger ud fra data oplyst af Ikast-Brande Kommune i tids- og handleplanen, der efterfølgende var valideret via opkald til Ikast-Brande Kommune (Ikast-Brande Kommune 2019a). Det viste sig imidlertid hen over de første måneders drift, at Lokalpleje Danmark havde ansat for få medarbejdere, til at de uden mer- og overarbejde kunne levere det, de havde forpligtet sig til jf. kontrakten, og som omfattede:

- sygepleje til de i alt cirka 50 borgere, de fik overført fra driftsstart
- rådighedsvagter alle nætter
- hjemmepleje til de borgere, der valgte Lokalpleje Danmark til som fritvalgsleverandør.

I tillæg hertil kom opgaverne med at opnå stabil drift i forbindelse med etableringen af en ny virksomhed, som efter Buurtzorg-modellen normalt sikres i løbet af de første 3 måneder, samtidig med at et nyt team gradvist skalerer sit antal af borgere.

Set i bakspejlet skulle der – med direktørens ord – ”selvfølgelig have været ansat nogle flere fra start”. Han estimerer, at 8-10 frem for 6 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter havde været det rigtige antal at starte ud med – og at forskellen i forhold til Holland, hvor der rutinemæssigt startes ud med 6 medarbejdere, skyldes de anderledes forhold i Danmark (generelt) og forsøgsprojektet specifikt (se også kapitel 2.4 om de udfordringer, der har været i samarbejdet).

3.1.2 Selvorganisering og planlægning

Direktøren for Lokalpleje Danmark anså sig under opstarten for at være en ”del af teamet”, men blandede sig ikke i arbejdsplanlægningen, der jf. Buurtzorg-modellen skal varetages af teamet selv. Han og den sygeplejefagligt ansvarlige stifter tog udgangspunkt i deres indhentede viden om Buurtzorg-organisering i Holland, og havde på denne baggrund en forståelse af, a) at den enkelte udekørende medarbejder i stort omfang selv planlægger sin arbejdsdag, b) bruger mindst mulig tid på kontoret, og c) bruger mest mulig tid ude i borgerens hjem.

Direktøren havde på denne baggrund sørget for, at alle medarbejdere fik individuelt IT-udstyr, individuelle fysiske nøgler til nøgleboksene hos borgerne, og individuelle sygeplejetasker. Det individuelle IT-udstyr modsvarede medarbejdernes ønsker om ”noget småt og let” (mobiltelefoner) samt ”noget større med ordentlig skærm og tastatur” (bærbare PC'er) – og svarede i øvrigt til, hvad de havde set i Holland. I praksis viste der sig at være udfordringer, både i forhold til anvendeligheden af det indkøbte IT-udstyr og i forhold til stifternes indledende forestillinger om, hvordan arbejdsplanlægningen skulle foregå.

Det IT-udstyr, der var indkøbt, viste sig ikke at kunne tilgå alle dele af Ikast-Brande Kommunes dokumentationssystem (CURA Care) – og det blev direktøren først gjort opmærksom på 8 dage inden driftsopstart.²³ På dette tidspunkt var der ikke tid til at indkøbe og opsætte nye tablets til teamet, og derfor kom det (på dette tidspunkt) som en stor hjælp, at lederen fra Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune stillede nogle af kommunens gamle tablets til rådighed for forsøgsprojektet i opstartsfasen.

Det IT-system, som Ikast-Brande Kommune bruger til planlægning af kørelister (CURA Plan), har samtidig ikke en brugerflade, der gør det muligt at betjene via mobiltelefoner og tablets. Det kræver en stationær PC med stor skærm og god rutine i at bruge systemet. Det kom bag på stifterne, fordi de ikke selv havde erfaringer med CURA (de havde i stedet erfaring med

²³ Direktøren anfører – som forklaring fra hans side – at der ikke var nogen IT kravspecifikation vedlagt udbudet.

Nexus, som blandt andet giver mulighed for, at de udekørende medarbejderne selv kan ændre i kørelisterne).

De teammedlemmer, der var del af forsøgsprojektet, fandt hurtigt ud af, at det krævede kontortid at betjene CURA Plan, og de indrettede sig på denne baggrund med faste tidspunkter, hvor de i løbet af formiddagen kunne arbejde på kontoret. Den sygeplejefagligt ansvarlige medstifter blev ”provokeret”, da hun hørte, at teamet (på denne måde) var ved at arrangere sig med kontortid og planlæggerfunktioner. Hun frygtede, at teamet ”ville styre mod kommunale roller” og væk fra Buurtzorg-tankegangen. Teammedlemmerne fastholdt, at det var nødvendigt, at to af sygeplejerskerne på skift brugte en del af deres dag på kontoret for at varetage funktionen som planlægger – når det nu ikke var muligt for teamet at planlægge ”fra vejen”.²⁴

Da den sygeplejefagligt ansvarlige medstifter efter cirka et par måneders drift blev i stand til at indtræde på fuld tid i teamet, og da én af de to planlæggere valgte at stoppe, meldte hun personligt ind på at varetage opgaven. Hun anser det retrospektivt som nødvendigt, at teamet har en velfungerende planlæggerfunktion – og forklarer, at dette var en vigtig lærdom for hende i arbejdet med etablering af et selvorganiserende team (at alle ikke skulle det samme/at der var behov for en planlægger), og at det under selvorganisering er muligt at lade dette være en rolle, uden at det automatisk bindes sammen med at være leder på konventionel vis.

Rollen som planlægger er ifølge den sygeplejefagligt ansvarlige medstifter nødvendig, fordi den giver overblik og arbejdsro for teammedlemmerne, da planlæggeren også er den primære telefonpasser. Hun forklarer det sådan her:

Det giver en god ro i teamet, at der er styr på planlægningen. [Hvorfor?] Det giver fremsynethed. God kontinuitet hos borgerne. Gode arbejdsforhold for medarbejderne, fordi der er noget, der stemmer overens med den tid, jeg er her. Der er også planlagt med, at jeg kan nå at gå hjem til tiden. Der bliver holdt et overblik. Og det giver arbejdsro for den enkelte, at man ikke skal forholde sig til støj udefra. Planlæggeren fungerer lidt som et filter.

Den sygeplejefagligt ansvarlige medstifter fortæller, at det efterfølgende viste sig, at de også har planlæggere i Holland. Formidlingen af dette var bare ikke kommet tydeligt igennem under stifternes studiebesøg og den indledende virtuelle kontakt. Fordi de havde så forholdsvis travlt under opstart, var det først sent, at hun for alvor fik etableret en relation til deres coach i Buurtzorg International (som hun nu taler med hver 14. dag). Den sygeplejefagligt ansvarlige medstifter fortæller, at direktøren vedvarende var blevet ved med at sætte ”kontakt til Holland” på som punkt på de første teammøder – men at tiden ikke rakte, og at det først var, da hun fik fuldtidsansættelse, at det kom til at ske.²⁵

3.1.3 Travlhed, knirkende samarbejde og opsigelser

Den første tid i teamet blev præget af, at der hurtigt kom flere borgere, end stifterne havde planlagt efter og dimensioneret teamet til. Samtidig fik de allerede efter få måneder en opsigelse fra den ene af de to social- og sundhedsassistenter, de havde ansat.

²⁴ De to, som påtog sig planlægningsopgaven, var fortsat delvist udekørende.

²⁵ Planlæggerrollen fylder mindre i Holland, end den har gjort i forsøgsprojektet, hvilket iht. direktøren både skyldes interaktionen med den bevilgende instans og de forskellige IT-systemer, der anvendes. I Holland går funktionen almindeligvis på skift hver 9. måned, hvilket er muligt, fordi den ikke i nær samme grad som i forsøgsprojektet kræver særlig oplæring og rutine i brug af planlægningssystemet.

Social- og sundhedsassistenten kom ifølge den sygeplejefagligt ansvarlige stifter med sin opsigelse "til den første" og havde "svært ved at sætte ord på". Hun forklarer:

Det handlede både om sikkerheden ved, at det her er et projekt, og at der var meget fokus på assistenterne i starten. (...) Ikast-Brande Kommune var ikke vant til at bruge assistenter til så meget. Og lige så snart assistenterne havde gjort noget, så blev der slået ned på det. Husk nu at godkende FMK! Jeg tror XX syntes, det var hårdt at blive underkendt fagligt. XX har ved gud hældt medicin op før, bare ikke i CURA.

Den sygeplejefagligt ansvarlige medstifters beskrivelse af samarbejdet med sygeplejen i Ikast-Brande Kommune er sigende for den måde, hun oplever, at samarbejdet har fungeret på. Hun fortæller, at samarbejdet med Ikast-Brande Kommune har været "op ad bakke", men også, at det er "forbedret hen ad vejen". Hun oplever (ikke desto mindre), at teamet fortsat og vedvarende på tidspunktet for midtvejsevalueringen kigges efter i sømmene og overvåges af det kommunale system, og at det stresser medarbejderne.

Sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne i Lokalpleje Bording-Engesvang befandt sig som nævnt i den situation, at de ikke tidligere havde brugt CURA. De kom fra en anden kommune, hvor de brugte et andet dokumentationssystem (NEXUS). Set fra deres perspektiv var det som udgangspunkt del af visionen for Lokalpleje Danmark, at teamet skulle bruge mindst mulig tid på dokumentation – og mest mulig tid ude ved borgerne – jf. idealet om at sætte mennesket over bureaukratiet. Det medførte både indledningsvis en mangel på teknisk kompetence ift. betjening af CURA og en generel og latent modvilje mod at bruge tid i systemet frem for at bruge den hos borgerne.

Dokumentationsarbejdet – oplever medarbejderne i Lokalpleje Danmark – er kommet til at fylde uforholdsmæssigt meget, fordi de minutøst skal gøre rede for den faglige begrundelse for, at de fx skal bruge 10 minutter ekstra på at installere en bækkenstol hos den enkelte borger. Det var ikke det regime, de havde ambitioner med at arbejde indenfor, men den virkelighed, de fik. Og i denne virkelighed, var de nødt til at prioritere dokumentationen, fordi de også var klar over, at der var en direkte sammenhæng mellem det, som de skrev (og ikke skrev) i dokumentationssystemet og virksomhedens økonomi og overlevelse.

3.1.4 Det grænseoverskridende arbejde

I de første måneder, fortæller den sygeplejefagligt ansvarlige stifter, var teamet voldsomt belastet af (på den ene side) det stigende antal borgere – og (på den anden side) det knirkende samarbejde med kommunen og den store mediemæssige opmærksomhed på især de politiske uenigheder i de lokale medier. Det var samtidig en belastning, at de – før der var opnået en vis stabilitet i driften – hele tiden skulle rekruttere og indkøre nye teammedlemmer. Arbejdet var "grænseoverskridende", og "der var ingen, der satte grænser for én". Mange teammedlemmer valgte at sætte deres sommerferie på hold, og på det tidspunkt i efteråret, hvor det var aller værst, fortæller den sygeplejefagligt ansvarlige medstifter, at hun "overnattede på kontoret, med nattelefonen under hovedpuden".

Det kom som en stor lettelse for teamet, da virksomheden efter 8 måneder fik en aftale med Ikast-Brande Kommune om, at de kunne ophøre med at stå for de natlige nødkald. Den sidste af de to nødvendige aftaler trådte i kraft den 1. marts 2021 og medførte, at teamet kunne fokusere på arbejdet i dagtiden, aftenarbejdet og det planlagte natarbejde (fx i forhold til terminale

borgere). På det tidspunkt havde teamet fået endnu en opsigelse, fra én af de to sygeplejersker, der havde været med fra start, og som havde en af de vigtige organisatoriske roller som vagtplanlægger/driftsansvarlig. Hun havde iht. direktøren: "... døjet med det vanskelige samarbejdsklima med Ikast-Brande Kommune, de natlige rådighedsvagter og de jævnlige tilkald igennem hele opstartsfasen", og nu "ønskede hun at prioritere en anden jobmulighed". I løbet af foråret sagde endnu to medarbejdere op – den ene, fordi hun fik mulighed for at få en stilling med bedre løn, og uden weekend og aftenvagter – og den anden, fordi hun troede, hun havde fået drømmejobbet. Begge havde aftale om at fortsætte i Lokalpleje Danmark som vikarer – og den ene af de to vendte tilbage igen som fastansat efter 3 måneder.

På tidspunktet for midtvejsevalueringen har direktøren forud for dataindsamlingen informeret om, at teamet er presset, dels på grund af forårets opsigelser, og dels på grund af nogle langtidssygemeldinger, herunder stressrelaterede sygemeldinger. Der er hverken tvivl hos direktøren eller teammedlemmerne om, at opstarten i Lokalpleje Danmark har været hård – og at det har været med til at præge nogle af teammedlemmernes beslutning om at prioritere deres andet arbejde frem for at fortsætte i Lokalpleje Danmark.²⁶

Det fremgår ved interview og observation, at arbejdet i teamet det første halve til hele år har krævet en ekstraordinær indsats, og særligt fra de teammedlemmer, der har været med fra start. Der har været rigtig mange organisatoriske ting, som der ikke var styr på – og som de ikke havde tiden til at få styr på, fordi de hele tiden var bagud. Det blev bemærket af de nye teammedlemmer, som oplevede, at de kom ind på en arbejdsplads, hvor der ikke var styr på det organisatoriske – og (i et eller andet omfang også), at hvis de ville have problemerne løst, så måtte de selv tage affære (hvilket de så også gjorde).

På tidspunktet for midtvejsevalueringen oplever teammedlemmerne, at der langt om længe er begyndt at komme styr på de basale organisatoriske ting: Planlægningen, ferieplanerne, (til dels også) indkøringen af nye medarbejdere. Men det har taget tid at nå derhen, og det har krævet en stor indsats at skulle drifte, samtidig med at de har skullet udvikle. Modsat den modne organisation i Holland tager de ikke afsæt i en prædefineret, velafprøvet og opskaleret model, og et servicekontor med standardiserede arbejdsgange og coaches, der er klar til at supervisere i en kendt kultur med kendte rammevilkår. De skal selv opfinde det hele fra bunden, og der er på tidspunktet for midtvejsevalueringen fortsat utydelige grænser mellem, hvem der er "team", hvem der er "servicekontor", og hvordan der skal ske en hensigtsmæssig monitorering i samarbejde med Ikast-Brande Kommune. På denne baggrund er det ikke kun teammedlemmerne, der skal lære at være et team – men også servicefunktionerne, der skal defineres og udvikles – og en del af disse rutiner er ikke på plads på tidspunktet for midtvejsevalueringen.

På teamniveau er det en væsentlig lærdom, at arbejdet i sig selv er grænseoverskridende, og at der i princippet ikke er nogen ende på, hvor meget godt man kan gøre – både for borgerne – og for kollegerne i teamet. Hvis man som person har svært ved at sætte grænser og sige nej, så risikerer arbejdet at blive altopslugende – og fylde så meget, for meget – at det både går ud over privatlivet og kræfterne på den længere bane. Derfor er der brug for god planlægning – og derfor er der brug for ferieplaner – og for (på alle mulige andre områder), at der kommer "styr på det organisatoriske". Teamet kom for sent i gang med at bruge den vejleder (coach),

²⁶ Ifølge direktøren viser opgørelser af det udbetalte merarbejde, at der under de første 9 driftsmåneder generelt har været "en 30 timers ansat" for lidt til at sikre leverancekapaciteten og derudover også for lidt tid til de nødvendige læreprocesser og udfordringer, som teamet blev mødt med. Han tilføjer, at covid-19 har været en ekstra belastning i perioden fra driftsstart og frem til midtvejsevalueringen.

de har fået tilknyttet fra Holland – men det var været en stor hjælp fra det tidspunkt, hvor de er begyndt at gøre det.

3.1.5 Det sygeplejefaglige tilsyn

Det er en del af kontrakten med Ikast-Brande Kommune (Ikast-Brande Kommune 2020a), at Ikast-Brande Kommune skal gennemføre tilsyn på sygeplejedelen – svarende til det tilsyn, som Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører i kommunen som helhed.

Tilsynet blev varslet og gennemført i marts 2021 af Ikast-Brande Kommune i samarbejde med det eksterne konsulentfirma Hjortshøj & Møller Care (Hjortshøj & Møller Care 2021).

Tilsynet fandt "betydende mangler" (forhold, der kræver handling) af følgende årsager:

- Manglende navn og cpr-nummer på flere doseringsæsker hos to ud af tre borgere.
- Fund af løst liggende medicin sammen med øvrig medicin. Medicinen var seponeret, hvormed det ikke findes på borgerens Fælles Medicin Kort.
- Fund af medicin med overskreden holdbarhedsdato på seponeret og selvadministreret medicin hos to ud af tre undersøgte borgere.
- Hos en borger med insulinkrævende diabetes fandt man:
 - at der ikke fandtes en glucagon-pen i hjemmet
 - at der ikke forelå en beskrivelse af symptomer ved hypo- og hyperglykæmi
 - at der ikke var udarbejdet en instruks for/beskrivelse af tiltag ved hypo- og hyperglykæmi
 - at der ikke forelå et lægenotat omkring blodsukkerafhængig insulin dosis
- At samarbejdet med den kommunale hjemmepleje bør udbygges og forbedres, så kontinuitet og overgange mellem leverandørerne sikres (Hjortshøj & Møller Care 2021).

Lokalpleje Danmark skulle tilbagesende handleplaner på de identificerede mangler inden den 26 marts 2021. Handleplanerne blev fremsendt inden for få dage – og godkendt på alle områder bortset fra samarbejdet med den kommunale hjemmepleje – hvor en ny mere detaljeret handleplan ønskedes udarbejdet inden den 26. april 2021 (Ikast-Brande Kommune 2021).

Den sygeplejefagligt ansvarlige stifter fortæller, at især sygeplejerskerne i teamet var dybt ulykkelige over tilsynet – og at de aktivt havde spurgt, om den/de tilsynsførende slet ikke kunne se, at de gjorde noget godt? Den tilsynsførende svarede, at selvfølgelig kunne de se det – men de fejl, der var fundet, var fejl, som selvfølgelig skulle rettes – og det var helt legitimt, at de blev påtalt med krav om kortsigtede såvel som langsigtede handlingsanvisninger.

På landsplan er det cirka 18 % af de risikobaserede tilsyn, der udløser et påbud, svarende til det påbud, som Lokalpleje Danmark fik, jf. ovenfor. Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune har også tidligere modtaget påbud fra Styrelsen for Patientsikkerhed²⁷.

3.1.6 Fra ét til to lokale teams

Teamet består på tidspunktet for midtvejsevalueringen af 12 teammedlemmer, og teamet er ved at få ansat yderligere tre. Samtidig er det tidligere teammedlem, der for en kort periode

²⁷ Vi har medtaget denne oplysning, fordi vi er blevet bedt om at lave en sammenlignende analyse af de to organisationer, og fordi det således har været centralt at afklare, om Lokalpleje Danmark adskiller sig fra Ikast-Brande på dette (væsentlige) område.

forsøgte sig med det andet job, på vej tilbage. De bliver i alt 16 teammedlemmer (plus time-lønsansatte vikarer) den 1. maj 2021 – og spørgsmålet er på denne baggrund, om teamet er klar til en opsplitning – og (mere overordnet) hvordan og hvorfor man bliver klar til det.

Beslutningen om at opsplitte teamet formes på samme tidspunkt, som midtvejsevalueringen foretages, og rummer en række forskellige overvejelser fra såvel stifternes som de øvrige teammedlemmers side.

Stifterne er som udgangspunkt tøvende, fordi den ene planlægger lige har været igennem en længere sygdomsperiode – og den anden planlægger (som følge heraf) er træt og trænger til ferie – og fordi teamet står over for en ny sommerferieperiode, hvor de (i modsætning til sidste år) har brug for, at *alle* kan holde ferie. Direktøren og nogle af teammedlemmerne overvejer på denne baggrund, om det kunne være en mulig løsning at leje kontorlokalet i den anden ende af førstesalen i den bygning, de bor i, og på den måde få to teams under samme tag og med et tæt samarbejde om centrale funktioner (læs: planlæggerfunktionen).

Fjorten dage senere fremgår det ved interview med teammedlemmerne, at de har besluttet at opdele sig i to teams, hvoraf det ene forbliver i Bording og bruge de eksisterende lokaler – mens det andet team skal etablere sig for sig selv i nye lokaler i Engesvang. Teamet er på under 14 dage klar med planer for, hvem der skal køre hvor, og hvordan opsplitningen i store træk skal gennemføres. Det fremgår, at beslutningen udspringer af, at de teammedlemmer, der igennem længere tid har kørt Engesvang, opfatter det som både logisk og naturligt, at de skiller sig ud og etablerer sig for sig selv i Engesvang. Undervejs i forløbet har direktøren drøftet problemstillingen med sin mentor i Holland (Buurtzorgs stifter, Jos de Blok), som havde sagt, at "højst 12 i et team" i en opstartsproces ikke skal tages alt for bogstaveligt, men at det som regel naturligt viser sig, hvad et team under de givne vilkår selv finder bedst, og derfor beslutter.

Ved observation og interview med teammedlemmerne fortæller de, at de konkret, og i forbindelse med deres daglige arbejde oplever, at teamet er blevet for stort, hvorfor det er helt nødvendigt med en opsplitning. Opsplitningen er således ikke noget, der kommer, fordi de har nået et mekanisk tal på 12, som jf. en manual fra Holland udgør den formelle numeriske grænse for, at "nu skal der ske en opsplitning". De fortæller *for det første*, at de allerede har tilrettelagt arbejdet således, at der er nogle, der kører i Bording, og andre, der kører i Engesvang. Det er praktisk, fordi der på den måde er mindre køreafstand for medarbejderne, når de er på arbejde. *For det andet* fortæller de, at de – på grund af teamstørrelsen – både oplever, at de mister overblikket over borgerne og det nære kendskab til hinanden som medarbejdere.

I forhold til borgerne ligger der en faglig værdi i, at alle i teamet kender alle borgere, for så kan de snakke om dem – forholde sig til dem – have dem som et "fælles projekt", som de alle kender og er engageret i at hjælpe. Det gør det let for dem at skifte ind for hinanden, og de oplever ikke i løbet af en dagligdag, at de kommer hos borgere, som de ikke kender på forhånd.

I forhold til kollegerne er det let at sparre om de borgere, som de i fællesskab kender og kommer hos. Og det er naturligt og selvfølgelig at hjælpe hinanden, når der er behov for det – fx ved at blive en ekstra time på en tirsdag, hvor der er en kollega, der skal holde børnefødselsdag.

Det praktiske i at kunne klare sig og dække ind for hinanden i løbet af sommeren har teamet løst på den måde, at der følger en planlægger med hvert team, og at de to planlæggere har aftalt at arbejde tæt sammen og dække ind for hinanden, så begge kan holde fri. Og det samme

princip vil kunne anvendes, hvis der er en uge, hvor det ene team mangler mandskab, og det andet har nok at give af.

3.1.7 Roller, funktioner og andre indspark fra Holland

Teamet i Bording-Engesvang har defineret en række roller og funktioner, som de på forskellig vis forsøger at anvende som afsæt for samarbejdet i dagligdagen. Rollerne har på tidspunktet for midtvejsevalueringen stort fokus hos direktøren, der anser det for at være det aktuelt vigtigste udviklingspunkt for at få selvorganiseringen i en stabil gænge. For teammedlemmerne er det driften, som fylder mest: At få borgerne, vagtplanerne og ferieplanerne til at fungere.

Tabel 3.1 giver et overblik over de roller og funktioner, som p.t. er defineret – og en angivelse af, om de varetages af direktøren (D), den sygeplejefagligt ansvarlige stifter (S), ét af de øvrige teammedlemmer (T), eller "alle" (A).

Tabel 3.1 Roller og Funktioner i Teamet i Bording-Engesvang. Foråret 2021.

Roller	Ansvarlig
Sygeplejefagligt ansvarlig	S
Koordinator/planlægger	T, S
Arbejds miljøansvarlig + repræsentant	T
Lokalpleje tøj	T
Nøgleansvarlig	T
IT-ansvarlig	D
Visionsholder	D
Lokaleansvarlig (Bording)	T
Hygiejneansvarlig	T
Økonomiansvarlig	D
Indkøbsansvarlig/depot	T
Vagtplanansvarlig	T
UTH-indberetter	S
CURA superbruger	T
Undervisningsansvarlig	T, S
Forflytningsvejleder	T
<i>Funktioner</i>	
Kontaktperson	A
Mentor for nye medarbejdere	A

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af et skema udleveret af Lokalpleje Danmark.

Arbejdet med definition af roller og funktioner er fortsat et udviklingsområde for teamet. Ved interview har VIVE spurgt, om teamet har kunnet bruge de roller og funktioner, som Buurtzorg i Holland har defineret, til noget (Buch 2020). Det oplever teamet ikke, at de har. De angiver eksplicit, at der her er tale om et område, hvor de har brug for en anden form for hjælp, end den de får via de prædefinerede hollandske rolle- og funktionsskabeloner.²⁸

²⁸ Buurtzorg i Holland har et standardiseret sæt af roller og funktioner, som de nyetablerede teams kan tage afsæt i, når de sammen skal finde ud af, hvordan de vil samarbejde om opgaveløsningen. Det danske team i Bording-Engesvang oplever

Det de til gengæld kan bruge fra Holland er ifølge den sygeplejefagligt ansvarlige medstifter de indspark, de har fået omkring arbejdet med on-boarding af nye medarbejdere. Her fylder det værdimæssige meget – og det giver både noget til de nye medlemmer og til de teammedlemmer, der har været der igennem længere tid. De er begyndt at afspille et kort klip med stifteren fra Buurtzorg i Holland, når de introducerer nye medarbejdere, som de anvender som afsæt for en snak om, hvorfor det er, de er der, og hvad det er, de gerne vil med deres arbejde. De taler om det, der oprindeligt var drivkraft for etablering af forsøgsprojektet, nemlig ambitionen om at yde en bedre ældrepleje – tage afsæt i borgerens behov – og være gode ved borgerne og hinanden, baseret på en tillidsbaseret tilgang. Via disse samtaler aktiveres det, der er brændstoffet i teamet, og basis for deres fortsatte vilje til at ville lykkes med projektet. Det er en stor hjælp i en situation, hvor de samtidig oplever, at det er og har været hårdt, og at de i lidt for stort omfang er blevet mødt af modstand og modvilje.

3.2 Det daglige arbejde i teamet

Det daglige arbejde i teamet fungerer som udgangspunkt på den måde, at teammedlemmerne møder ind ude ved borgerne, hvor de *som udgangspunkt* leverer helhedspleje – dvs. at de løser de opgaver, der skal løses, uagtet om der er tale om sygepleje, personlig pleje eller praktisk bistand. Kørelisterne er tilrettelagt, så der tages hensyn til graden af kompleksitet hos en given borger ift. om borgerens kontaktperson, og dermed primære kontakt, er en social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske. De forsøger desuden at tilrettelægge plejen med udgangspunkt i borgerens behov generelt og specifikt på den pågældende dag – uden uhenigtsmæssig skelen til hverken minutter eller ydelser, så længe der samlet set er balance mellem det visiterede og leverede.

Et konkret eksempel på, hvordan dette udspiller sig i praksis, observerer jeg, da jeg går med som føl hos én af social- og sundhedsassistenterne på arbejde. Vi besøger en ældre mand om morgenen. Hun har sin sygeplejetaske med og forklarer på vej ind til manden, at vi lige skal have tilset et sår (et plaster) – og at det er derfor, hun har tasken med. Da vi er derinde, mener manden imidlertid ikke, at det er nødvendigt at kigge på såret (tage plasteret af). Social- og sundhedsassistenten kigger på såret (med plasteret på) og vurderer, at der ikke er faglig begrundelse til at gøre det med det samme (det ser pænt ud), så hun lader manden få sin vilje og gennemfører den personlige pleje uden at tilse såret yderligere (tage plasteret af). Da vi kommer igen til frokost, spørger manden imidlertid, om hun har mulighed for at se på såret, for han synes, det er begyndt at klø. Social- og sundhedsassistenten er ikke forberedt på det, men henter tasken i bilen, og de går ud på badeværelset for at se på såret (skifte plaster, påsmøre salve). Det tager måske fem minutter ekstra og er ikke noget, der betyder noget ift. den tid, der bruges hos borgeren. Men det indebærer en fleksibilitet i forhold til ydelsen, der ikke kan planlægges i fortrykte kørelister.

Kørelisterne (og dermed fordelingen af opgaver) er lavet af planlæggerne med afsæt i dialog med teammedlemmerne om, hvem der hensigtsmæssigt kommer ved de forskellige borgere. Det handler både om, hvem der har tid, og hvem der har de relevante faglige kompetencer. Fx har en af sygeplejerskerne uddannelse inden for palliation, og en af social- og sundhedsassi-

som anført ikke, at de giver mening i dansk kontekst – men det er ikke noget, som det har været muligt at gå i dybere detalje med i forbindelse med denne midtvejsevaluering.

stenterne erfaring fra demensområdet. De forsøger at sammensætte opgaverne, så det matcher teammedlemmernes forskellige kompetencer, og så det som udgangspunkt er den samme mindre gruppe af teammedlemmer, der kommer i hjemmet hos den enkelte borger.

Sygeplejerskerne i teamet udfører i overensstemmelse med Buurtzorg-modellen, som den praktiseres i Holland, en række opgaver i borgerens hjem, der ikke falder under kategorien sygeplejeydelser. De leverer helhedspleje – tager borgeren op om morgenen – hjælper borgeren i bad om morgenen eller om eftermiddagen – og gør i nogle tilfælde også rent (hvis det er den ydelse, der er visiteret, og hvis det er deres eneste mulighed for at få den samtale med borgeren, som de vurderer er vigtig for borgerens mentale sundhed og hverdagsmestring).

Sygeplejerskerne i teamet oplever i en række tilfælde, at det er svært at få ydelserne til at række i forhold til det, som de vurderer er godt og rigtigt for den enkelte borger. I dette tilfælde har de haft en tendens til at "betale selv" – dvs. til selv at finde tiden til det – og det oplever de også er ok, i nogle situationer. I andre situationer – og på den lange bane – er teammedlemmerne dog enige om, at der er nødt til at være en sammenhæng – også økonomisk i forhold til det de leverer (som team), og det de får betaling for (som team).²⁹ Her er det dels et indsatsområde, at de bliver bedre til at dokumentere, og således til at retfærdiggøre – ud fra et fagligt perspektiv – hvorfor der er brug for 10 minutter mere i hjemmet til dette eller hint – og hvorfor det var nødvendigt, at de på den konkrete dag brugte en halv time ekstra til at levere/yde noget andet end det, der var specificeret i den foruddefinerede ydelse. Det er tydeligt, at denne skriftlige retfærdiggørelse virker som ren spildtid for sygeplejerskerne i teamet – og at det derfor bliver et indsatsområde (for direktøren, stifterne) at opmuntre til – fordi det ud fra et helhedsperspektiv er nødvendigt for at få virksomhedens drift til at hænge sammen.

Social- og sundhedsassistenterne i teamet oplever, at de får mere ansvar – og går mere alene – end de er vant til fra deres tidligere ansættelser. De fortæller, at det "kræver sin mand (m/k)" at være alene på en vagt – kun med en sygeplejerske i bagvagt, på telefonen.³⁰ I de tilfælde, hvor de ydermere ved, at denne sygeplejerske (om nogen) trænger til at holde fri, fordi hun over en alt for lang periode har lagt en al for stor arbejdsindsats, så er der situationer, hvor de har taget beslutninger, som de ikke ville have truffet uden først at drøfte dem med en sygeplejerske, hvis ellers sygeplejerskerne havde været lettere tilgængelige, og de fx havde vidst, at den sygeplejerske, der kendte borgeren, også var på arbejde, og bare lige var rundt om hjørnet hos en anden borger. Der er altid en sygeplejerske til rådighed for sparring i teamet. Men social- og sundhedsassistenterne får – og tager ansvar – og de vokser (ligesom for sygeplejerskerne i teamet) vedvarende med opgaven.

Koordinationen mellem medarbejderne i det daglige arbejde foregår som udgangspunkt elektronisk via en Siilo (en messenger app særligt udviklet til sikker kommunikation inden for sundhedsområdet, hvor beskeder automatisk slettes efter 30 dage), og hertil ved behov på telefon. Mail benyttes som "langsom kanal", hvis noget godt kan være et par dage undervejs, eller hvis det er noget, der skal kunne genfindes/arkiveres. Der er hverken morgenmøder eller fast planlagte frokostmøder – medarbejderne møder direkte ind ude ved borgeren – og kontoret står

²⁹ Dette har på teammøder vedvarende været bragt op som opmærksomhedspunkt fra den økonomiansvarlige (direktøren), når han som "servicekontor" har præsenteret udviklingen i teamets faktureringsprocent uge for uge, svarende til hvordan dette rapporteringstal indgår som fast element i Buurtzorg-modellen.

³⁰ Da Lokalpleje Danmark er kontraktligt forpligtet til altid at have en sygeplejerske til rådighed, har målet for vagtplanlægningen iht. direktøren været, at der i alle vagtlag er en sygeplejerske på arbejde. I praksis har dette ikke været muligt med det arbejdspress og de opsigelser, som teamet har haft i opstartsfasen. Det er blevet løst ad hoc, ved at sygeplejersker har været i bagvagt med køretid under 30 minutter jf. kontraktkrav. Direktøren for Lokalpleje Danmark betragter denne løsning som uhensigtsmæssig og har undervejs lavet stikprøve af omfanget. Teamet har over tid reduceret brug af tilkald af bagvagter, hvilket ifølge direktøren hænger sammen med a) bedre planlægning, b) bedre rutiner ude hos borgerne, og c) at teamet er blevet bedre til at dygtiggøre social- og sundhedsassistenterne og bruge deres kompetencer fuldt ud.

ofte tomt (medmindre planlæggeren er der). Der arrangeres frokostmøder ad hoc efter behov, og der har i opstartsperioden været afholdt et teammøde af to timers varighed over frokost én gang om ugen – på det tidspunkt, hvor der er mindst pres på fra det direkte borgerrelaterede arbejde. Undervisning og andre møder forsøges også planlagt over frokost. Ideen er, at minimere spildtid – og at bruge tiden ude hos borgerne.

Teamet har udviklet sig fra at have en overvægt af sygeplejersker til nu at være cirka lige mange sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Samtidig vil de pr. 1. maj ansætte en social- og sundhedshjælper i (Bording-) teamet. Dette afspejler udviklingen, at teamet får flere og flere servicelovsopgaver – samt at social- og sundhedshjælpere er billigere end social- og sundhedsassistenter (som igen er billigere end sygeplejersker). Det afspejler i henhold til den sygeplejefagligt ansvarlige stifter også, at teamet har nået en robusthed i den faglige sammensætning, så der både er plads til og brug for det, som social- og sundhedshjælperne kan.

Teamets forsøg med ansættelse af en rengøringsassistent skal ses i samme lys³¹. Hjemme- og sygeplejen i Danmark er karakteriseret af, at sygepleje henhører under sundhedsloven, mens personlig pleje og praktisk bistand hører under serviceloven. I praksis oplever teammedlemmerne, at det ville give større mening at se personlig pleje og sygepleje som én samlet leverance og at udskille praktisk bistand. Det er på denne baggrund, at teamet forsøgte sig med ansættelse af en rengøringsassistent. I Holland, fortæller direktøren, er rengøring udskilt fra plejeopgaverne. Et vækstscenarie i Danmark vil indebære etablering af "Lokalhjælp" som supplement til "Lokalpleje" – svarende til opdelingen i Buurtzorg og Buurtdiensten i Holland.

3.3 Oplevelser fra borgerne og samarbejdspartnere

Borgerne tilkendegiver stor tilfredshed med den hjemme- (syge-)pleje, de får fra teamet. Ved interview har de intet andet end ros at give – og de fortæller at de oplever en forskel i forhold til den kommunale hjemmepleje, hvor det er alle mulige forskellige, der kommer.

Samarbejdspartnerne fra Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune anerkender, at sygeplejerskerne i Lokalpleje Danmark er "dygtige", og at "borgerne er glade for dem". De fremhæver samtidig, at de oplever, at der er en modsætning mellem det, som teamet oprindeligt stillede i udsigt, og som lød som om, at det var den samme medarbejder, der ville komme døgnet rundt – og så det, der er blevet virkeligheden i forsøget. De fremhæver, at Lokalpleje Danmark ikke dækker borgerens nødkald om natten, og at der selv inden for en dagvagt kan være en række forskellige personer, der kommer i det enkelte hjem. Da Lokalpleje Danmark først fortalte om forsøget, lød det desuden som om, at de næsten ville gøre sig selv overflødige, fordi naboerne ville gøre det hele – og det tror de ikke er blevet til så meget i praksis.³²

De samarbejdspartnere, der kender til fritvalgsområdet, fortæller, at der indtil videre ikke er nogen af de borgere, der har valgt Lokalpleje Danmark, der har skiftet væk igen. Normalt er det sådan, at når borgerne (af den ene eller anden årsag) fravælger den kommunale hjemmepleje – så er der hurtigt nogle, der vender tilbage igen, fordi "græsset alligevel ikke er grønnere på den anden side". Det har de endnu ikke oplevet med Lokalpleje Danmark – i modsætning til de andre fritvalgsleverandører i kommunen.

³¹ Teamet forsøgte sig med ansættelse af en rengøringsassistent, men havde ikke succes med det, idet vedkommende ophørte i arbejdet efter kun få dage.

³² Lokalpleje Danmark arbejder aktivt med at udvikle politikker og processer for inddragelse af nabolaget, men dette er fortsat et udviklingspunkt, og det vides også fra andre kommuner, der er – måske – ikke er lige så stor basis for inddragelse af nabolaget i Danmark, som der er i Holland.

Nogle af lederne fremhæver, at de oplever, at Lokalpleje Danmark har en (uretfærdig) konkurrencefordel i forhold til de øvrige fritvalgsleverandører, idet de – som de eneste – kan levere integreret sygepleje og hjemmepleje i Bording og Engesvang. Denne konkurrencefordel adskiller sig ikke fra den konkurrencefordel, som den kommunale hjemmepleje *principielt set* har i resten af kommunen. Men fordi hjemme- og sygepleje er adskilt (se også næste kapitel) bliver det set fra lederne af hjemmeplejens stol en (uretfærdig) konkurrencefordel – eller i hvert fald et område, hvor Lokalpleje Danmark kan noget (på fritvalgsområdet), som de (i kommunen) ikke kan (på fritvalgsområdet).

Samarbejdspartnerne fra den øvrige del af organisationen fortæller, at de generelt set kun har et meget begrænset samarbejde med Lokalpleje Danmark – men når de har, så har de oplevet, at der var ”rod i det administrative”, og at ”man kan mærke det, hver gang der kommer en ny medarbejder”. Den øvrige del af organisationen har samtidig ikke tilbudt Lokalpleje Danmark den samme hjælp og støtte (fx i form af undervisning), som de har tilbudt medarbejderne i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune. Medarbejderne i Lokalpleje Danmark har på denne måde fungeret mere isoleret – og på andre vilkår – end medarbejderne i den kommunale Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune.

Konkret i forhold til arbejdet med inddragelse af nabolaget fremhæver samarbejdspartnerne, at de gerne havde set, at Lokalpleje Danmark var kommet længere på dette område – set i forhold til de oprindelige fremstillinger af, hvordan de ville tilrettelægge hjælpen. Dette er og skulle have været et vigtigt opmærksomhedsområde for Lokalpleje Danmark i forhold til det fremadrettede arbejde i forsøgsprojektet.

3.4 Opsummering

Det fremgår af dette afsnit, at forsøget med implementering af Buurtzorg-modellen i Bording Engesvang har haft en hård opstart med flere udskiftninger i medarbejdergruppen og en oplevelse af ikke at have styr på driften samt at være bagud. Forsøgsprojektet har endvidere været belastet af opstart under covid-19. På tidspunktet for midtvejsevalueringen befinder forsøget sig på et stadie, hvor medarbejdere og ledere oplever, at de har fået styr på driften, og nu er klar til at arbejde videre med de roller og funktioner, der ikke er direkte driftsrelaterede – men som fortsat er nødvendige for at få teamet til at fungere i dagligdagen.

Teamet står over for en opdeling fra ét til to teams, der logisk følger af, at nogle medarbejdere kører i Bording – og andre i Engesvang – og at teamet har opnået en sådan størrelse, at medarbejderne begynder at miste overblikket over den samlede borgergruppe. De er på denne baggrund klar til opsplittning – og de forventer, at det vil komme til at gå let, fordi de nu (og i modsætning til det tidspunkt, hvor de etablerede det første team), ved, hvordan de kan få det daglige arbejde til at fungere i praksis – blandt andet fordi de har accepteret og etableret en planlæggerfunktion.

Teamet består alt overvejende af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. De har haft udfordringer med udskiftning i opstartsperioden, og er først fra juni 2020 parat til at ansætte en social- og sundhedshjælper. I et videre vækstperspektiv overvejer direktøren efter hollandsk forbillede at udskille praktisk bistand og organisere dette i en særlig søjle, adskilt fra sygepleje (sundhedsloven) og personlig hjælp (serviceloven), der til gengæld tænkes (tæt) sammen.

Borgerne tilkendegiver stor tilfredshed med den indsats, de får fra Lokalpleje Danmark. De medarbejdere, der er i teamet, er også tilfredse med deres arbejde – men det fremgår, at det

kræver en særlig støbning, og en stærk faglighed, at være del af teamet – og at det har været hårdt at være del af opstartsholdet. Flere har, både på grund af det store arbejdspress og den kontekst, de skulle arbejde i, valgt teamet fra. De nuværende medarbejdere er imidlertid glade for deres arbejde og betoner den menneskelighed, der er i Lokalpleje Danmark – både i forhold til borgerne og i forhold til dem som medarbejdere.

Samarbejdspartnerne medgiver, at borgerne er glade for indsatsen i forsøget. Der har været administrativt bøvl, særligt i forhold til introduktionen af nye medarbejdere. De har samtidig ikke som samarbejdspartnere givet medarbejderne i Lokalpleje Danmark den samme hjælp og støtte, som de normalt ville give medarbejderne i den kommunale hjemmepleje og sygepleje. På den måde fremstår forsøget som mere isoleret, end det ellers kunne have været.

4 Den kommunale hjemmepleje og sygepleje

I dette kapitel beskrives og analyseres arbejdstilrettelæggelsen i den kommunale hjemme- og sygepleje i Ikast-Brande Kommune som sammenligningsgrundlag for Lokalpleje Danmark. Datagrundlaget for analysen er observation af det daglige arbejde – interview med borgere, medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere – samt skriftligt materiale udleveret af Ikast-Brande Kommune.

4.1 Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast Brande Kommune

Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune er opdelt i to distrikter: Distrikt Syd, og Distrikt Nord. I Distrikt Nord har Hjemmeplejen og Sygeplejen lokaler i samme bygning som (bl.a.) Genoptræning, Forebyggelse og Sundhedsfremme. I stueetagen findes Hjemmeplejen med deres ledere og møderum. På førstesalen findes Sygeplejen med deres ledere og møderum. Der er fælles kantine, men på grund af covid-19 spiser Hjemmeplejen, Sygeplejen og de øvrige organisatoriske enheder hver for sig. Ligeledes bruger Hjemmeplejen midlertidigt ikke deres egne grupperum. I stedet møder de ind i kantinen henholdsvis et lokale på overetagen, hvor de kan overholde de nødvendige afstandskrav.

Hjemmeplejen i Distrikt Nord er opdelt i to hjemmeplejegrupper med fælles budget. De har to ledere – en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent – der samarbejder om ledelsesopgaven i Hjemmepleje Nord, men som samtidig har fordelt arbejdet mellem sig på en sådan måde, at den ene er primær ansvarlig for det ene team, mens den anden er primær ansvarlig for det andet team. De deles om arbejdet med at sikre de nødvendige kompetencer til at levere de ydelser, som borgerne er visiteret til. De arbejder i udpræget grad på at understøtte selvplanlægning blandt medarbejderne ("at gøre sig selv overflødige").

Der er på tidspunktet for midtvejsevalueringen 85 medarbejdere i Distrikt Nord fordelt på 23 social og sundhedsassistenter, 58 social- og sundhedshjælpere og 4 ufaglærte. Hertil kommer et ikke præciseret antal elever og virksomhedspraktikanter. Ledere og medarbejdere fortæller, at der over årene har været en del udskiftning, særligt i gruppen af social- og sundhedsassistenter og særligt om aftenen. Lederne oplever imidlertid, at de har fået vendt udviklingen, blandt andet som følge af, at de har defineret særlige "assistentruiter" og ansvarsområder for social- og sundhedsassistenterne i aftenvagten. For hvad angår medarbejdere i jobrotation, fortæller lederne, at de har rigtig gode erfaringer med ordningen. Både i forhold til at sikre det fornødne antal medarbejdere (afløser) hen over sommeren, og i forhold til at sikre medarbejdere til videre uddannelse som social- og sundhedshjælper/social- og sundhedsassistent.

Hjemmeplejen er organiseret med dag-, aften- og nattevagter. Der er tættere samarbejde med sygeplejen om natten, end der er om dagen og om aftenen. Dette følger blandt andet af, at der kun er få medarbejdere på arbejde om natten – og at de sygeplejersker, der arbejder om natten, opnår et tæt kendskab til de social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, der også arbejder nat. Konkret er der kun én sygeplejerske på arbejde om natten – fordelt på hele kommunen (dvs. både Distrikt Syd og Distrikt Nord).

Sygeplejen i Distrikt Nord er (ligesom hjemmeplejen) opdelt i to sygeplejegrupper, og de er på tidspunktet for midtvejsevalueringen midt i et lederskifte. Ledelsen af Sygeplejen i Distrikt Nord varetages midlertidigt af den overordnede leder af Hjemmeplejen og Sygeplejen, samt med løbende faglig sparring fra lederen af Sygeplejen i Distrikt Syd.

Det fremgår ved interview, at der tidligere har været et tættere samarbejde mellem Hjemmeplejen og Sygeplejen, end der er i dag. I 2015 blev de to grupper splittet op med henblik på at styrke fagligheden i sygeplejen. Det fremgår ved interview og observation, at medarbejderne i sygeplejen opsøger medarbejderne i hjemmeplejen uformelt – og uden at de ved, om det er ok med deres ledere, at de bruger tiden på det, fordi de oplever, at det er nødvendigt, og fordi det giver et meget bedre samarbejde omkring borgerne, når de gør det, end når de ikke gør det.

4.1.1 Planlægger- og koordinatorroller

Planlæggerfunktionen i hjemmeplejen varetages på skift af tre social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, der samtidig fungerer som udekørende medarbejdere. Hertil er der en "SD-planlægger" – hvilket vil sige den medarbejder, der sørger for, at der er det tilstrækkelige antal medarbejdere på arbejde fra dag til dag til at bemande de kørelister, som der er.

Planlæggerne "pakker pakker ud" fra visitationen og sætter dem på kørelisterne ud fra et princip om at fordele opgaverne rimeligt (så arbejdsplanerne hænger sammen) og med afsæt i de geogrupper, som de selv har været med til at definere.³³ SD-planlæggeren sørger for, at der er mennesker nok på arbejde til at bemande kørelisterne, og "stjernevagten" faciliterer, at gruppen af kolleger aftaler og fordeler dagens opgaver om morgenen/på den enkelte dag.

Planlægningsarbejdet understøttes af et farvekodesystem, der fortæller, hvornår en pakke er over henholdsvis underudnyttet: Hvis planlæggeren har disponeret alle de minutter, der er i pakken, til medarbejdernes kørelister, så fremtræder pakken som grøn i systemet. Hvis der er overskydende tid – dvs. hvis de ikke har planlagt at bruge al den tid, der er i pakken – så fremtræder den som gul i systemet. Hvis der er et overforbrug af tid – dvs. hvis der er planlagt mere tid, end der er i pakken – så fremtræder den som rød. Dette gør det let for planlæggerne at afgøre, hvornår de fortsat har tid at fordele, og hvornår det er nødvendigt at gå i dialog med visitationen for at få mere tid. Dette er vigtigt, fordi hjemmeplejen (modsat hjemmesygeplejen) er aktivitetsfinansieret: De får deres penge for den tid, de disponerer og efterfølgende bekræfter, at de har leveret hos borgerne. Konkret ved at medarbejderne swiper "leveret" på deres smartphone, når de har gennemført et besøg (og indrapporterer evt. afvigelser, fx hvis de har brugt mere eller mindre tid hos borgeren, og hvad der i givet fald er årsag til det).

Koordinatorfunktionen i hjemmesygeplejen har både ligheder med og forskelle for planlæggerfunktionen i hjemmeplejen. Den største forskel består i, at hjemmesygeplejen er selvvisiterende. De har et rammebudget, som de på det overordnede niveau skal levere deres ydelser indenfor. Ydelserne findes beskrevet – inklusive standardiserede tidsangivelser – i kommunens indsatskatalog. Når der kommer en borger – fra hjemmeplejen, almen praksis eller sygehuset – så opretter de udekørende medarbejdere dem selv i systemet og estimerer, hvor meget tid der skal bruges (inden for rammen af ydelseskataloget). Bagefter leverer de ydelserne – swiper "leveret" på deres smartphone – og tilretter personligt, om der er brug for mere eller mindre tid. Koordinatorerne tager imod henvendelserne fra sygehuset og almen praksis og sætter dem ind i en køreliste, hvor de oplever, at det giver fagligt mening, og hvor der er tid. Herefter foretager de udekørende medarbejdere den sygeplejefaglige udredning og bestiller de ydelser fra ydelseskataloget, som der er brug for.

³³ Der er ikke faste kontaktpersoner for borgerne i Hjemmeplejen i Ikast-Brande Kommune.

4.1.2 Visitatorfunktionen versus koordinatorfunktionen

Der er i forbindelse med forsøget med Lokalpleje i Bording og Engesvang etableret en myndighedsfunktion på sygeplejeområdet, der har til formål at træffe afgørelse, om en borger med behov for sygepleje skal overgå til Lokalpleje Danmark eller ej – samt at tildele de ydelser, som der gives til borgeren.

Myndighedsfunktionen varetages af de samme to sygeplejersker, der skiftes til at varetage koordinatorfunktionen i Distrikt Nord. De fungerer som udekørende sygeplejersker på halvtid, og som koordinatore/visitatorer på halvtid. På den måde kan de dække ind for hinanden ved sygdom, og sparre med hinanden om arbejdets udførelse.

De to koordinatore/visitatorer beskriver deres rolle som visitatorer for Lokalpleje Danmark som "stik modsat" rollen som koordinator.

- Som koordinatore skal de sørge for, at de ydelser, som deres kolleger selv har visiteret bliver fordelt på en køreliste. Det er de udekørende sygeplejersker selv, der træffer afgørelse om, hvilke ydelser der skal gives, og hvor meget tid der skal bruges på den enkelte ydelse (inden for rammerne af ydelseskataloget).
- Som visitatorer skal de sikre, at de ydelser, som sygeplejerskerne i Lokalpleje Danmark anmoder om, er fagligt velbegrundede – både i forhold til tid og indhold. Det er ikke deres opgave at fordele dem på en køreliste (det gør Lokalpleje Danmark selv), men det er deres opgave at tjekke den faglige begrundelse og godkende de ydelser og tider, som der er sat på.

Forskellen følger logisk af, at Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune er selvvisiterende – og det er Lokalpleje Danmark ikke. I forbindelse med forsøgsprojektets planlægning blev det, som beskrevet i kapitel 2, overvejet, om Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune også skulle overgå fra rammestyrt til ydelsesstyring. MED-ældre argumenterede mod dette, idet de både påpegede, at det ville være fordyrende, resultere i unødigt bureaukrati, mindske medarbejdernes trivsel og fjerne tiden fra kerneopgaven.³⁴

Ved interview med sygeplejerskerne i Ikast-Brande Kommune genfindes disse synspunkter. De to sygeplejersker, der varetager koordinator/visitatorfunktionen anfører, at de ikke selv ville arbejde under det "kontrolregime", som de underkaster deres kolleger i Lokalpleje Danmark. De øvrige sygeplejersker forklarer, at det at være selvvisiterende – selv at kunne træffe faglig afgørelse af, hvad der skal ske ved den enkelte borger – uden at der er nogen, der skal kontrollere, hvad de gør – er en vigtig del af årsagen til, at de trives i arbejdet som (hjemme-) sygeplejerske i Ikast-Brande Kommune. Når vi drøfter "de store forskelle" mellem arbejdet i Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark, er det dette (samt at sygeplejersker i Lokalpleje Danmark også skal udføre hjemmeplejeopgaver), der fylder som de mest væsentlige begrundelser for, at sygeplejerskerne i Ikast-Brande Kommune foretrækker at være ansat, hvor de er.

³⁴ Denne problemstilling er iht. interview ekstra udtalt i forhold til sygeplejeopgaverne, som typisk er korterevarende og af mindre omfang end ydelserne på fritvalgsområdet.

4.2 Det daglige arbejde i Hjemmeplejen og Sygeplejen

4.2.1 Sygeplejerskernes arbejde

Sygeplejerskerne i den kommunale sygepleje i Ikast-Brande Kommune leverer udelukkende sygeplejeydelser. De har igennem en periode på nogle år haft særligt fokus på rehabilitering – at borgerne mest muligt skal kunne varetage opgaverne selv – og de har etableret i alt fire sygeplejeklinikker, hvoraf de to klinikker i Nord har fokus på hhv. sårpleje og medicinadministration. Sygeplejeklinikkerne fungerer som integreret del af sygeplejen, og sygeplejerskerne bemander dem på skift (og som integreret del af arbejdsdagen). De er hele tiden opmærksomme på, hvilke borgere der har brug for ydelser i hjemmet – og hvilke borgere, der har brug for at komme i klinikken.

Sygeplejerskerne i Distrikt Nord møder ind i to grupper hver morgen. Deres tablets ligger til opladning i grupperummet, og når de møder ind, bruger de den første halve time på at orientere sig i, hvad der er sket i løbet af natten – om der er ændringer i forhold til de borgere, de skal ud til – og om der er fællesopgaver i relation til deres eller andre borgere, som de fornuftigt kan løse i forbindelse med arbejdsdagen. De sidder sammen i grupperummet og har mulighed for at drøfte borgerne med hinanden³⁵. De har en planlagt køreliste, der er sammensat af de to koordinatore, der er hovedansvarlige for dialogen med borgerne og med sygehuset om nye borgere/samt borgere, der indlægges og/eller udskrives.

Arbejdsdagen som sygeplejerske er struktureret på den måde, at de møder ind sammen om morgenen, hvorefter de kører ud til borgerne, inden de vender retur til et stort fælles grupperum ved frokosttid. Inden frokost skal de melde ind til koordinatoren, om de er "rød, gul eller grøn" – med andre ord: om de er godt med, klarer den, eller har for mange opgaver til selv at kunne nå det. Efter frokosten faciliterer koordinatorene, at de medarbejdere, der har for meget at lave, bliver aflastet af dem, der har bedst mulighed/kender borgerne på forhånd. Herefter kører sygeplejerskerne igen ud til borgerne, og/eller har opgaver i sygeplejeklinikken.

Der er ikke en én til én-sammenhæng mellem den tid og de tidspunkter, der figurerer i medarbejdernes kørelister, og den tid, de de facto er hos borgerne. Sygeplejerskerne bruger kørelisten som en række stikord, der husker dem på, hvad de skal nå i løbet af en arbejdsdag – og de gør meget ud af at fortælle deres samarbejdspartnere, at de ikke kan /skal bruge kørelisten til at fortælle borgerne, hvornår de kommer – for så bliver de bare skuffede/får forkerte forventninger.

Den sygeplejerske, der deltager i observationsstudiet, har både kendte og ikke kendte borgere på sin liste. Hun forklarer, at det gør en stor forskel, om det er borgere, hun kender, eller borgere, hun ikke kender, når hun besøger dem. Det spiller en rolle i forhold til, om man ved, hvor man har tingene, og i forhold til hvordan hun skal tolke de tilbagemeldinger, som hun får fra borgeren om fx smertepåvirkning og angst i forbindelse med medicinskifte. I de tilfælde, hvor

³⁵ Her adskiller de sig fra Lokalpleje Danmark, hvor sygeplejerskerne typisk forbereder sig derhjemme og møder direkte ind ude ved borgerne.

det ikke er hendes egen borger³⁶, forhører hun sig ved kollegaen (der kender borgeren) før hun træffer endelig beslutning.

Det fremgår ved interview, at sygeplejerskerne har et tættere samarbejde med Hjemmeplejen om natten, hvor de sidder tæt sammen, og deler nattens opgaver mellem sig. De oplever, at de social- og sundhedsassistenter, som de arbejder med om natten, er glade for det øgede ansvar, de får, og at det har været medvirkende forklaring på, at de fastholdes i jobbet.

4.2.2 Social- og sundhedsassistenternes arbejde

Social- og sundhedsassistenterne i Hjemmeplejen i Ikast-Brande Kommune løser både service- og sundhedslovsopgaver. Der er en helt formaliseret arbejdsdeling mellem Hjemmeplejen og Sygeplejen, hvor Sygeplejen løser de komplicerede opgaver og uddelegerer til Hjemmeplejen, når borgerne er stabile – situationen er afklaret – og opgaven derfor kan uddelegeres. Det fremgår, at Sygeplejen i perioden efter opdelingen i 2015 var tilbageholdende med uddelegering af opgaver – også med henblik på at sikre en tilstrækkelig økonomi (til Sygeplejen). Nu arbejdes der overordnet ledelsesmæssigt på at understøtte uddelegering, fordi det *samlet set* er mere rentabelt (idet social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere er billigere end sygeplejersker, red.). De to ledere i Hjemmeplejen i Distrikt Nord har samtidig oplevet succes med at definere egentlige assistentlister, hvor social- og sundhedsassistenterne enten udelukkende løser sygeplejeopgaver *eller* løser sygeplejeopgaver, samtidig med at de har akuttefonen. Det har skabt en ny faglig stolthed blandt social- og sundhedsassistenterne i aftenvagten og løst de udfordringer, der ellers var med (langtids-) sygemeldinger i dette vagtlag.

Social- og sundhedsassistenterne i Hjemmeplejen møder ind om morgenen sammen med social- og sundhedshjælperne. De har deres tablets stående til opladning og tjekker dem, samtidig med at dagens "stjernevagt" gennemgår dagsprogrammet og forsøger at få medarbejderne til at tage de fællesopgaver, som der er på listen. Funktionen med stjernevagter er en funktion, der går på skift blandt de medarbejdere, der gerne vil have den. Den går ud på, at medarbejderen tager mødeledelsen om morgenen og hermed ansvaret for fordeling af de opgaver, der skal fordeles på dagen.³⁷

Arbejdsdagen som social- og sundhedsassistent er herefter struktureret på den måde, at social- og sundhedsassistenten kører rundt til de borgere, der er på listen, og løser de opgaver, som der er. Der er forskel på de kørelister, som de har om dagen henholdsvis om aftenen. Om dagen er der delegeret færre SUL-ydelser, end der er om aftenen, og SUL-ydelserne lægges så vidt muligt på kørelisten sammen med en plejepakke for at reducere antallet af medarbejdere i borgerens hjem. Om aftenen er der delegeret flere SUL-ydelser, og social- og sundhedsassistenterne har typisk flere borgere på deres køreliste end social- og sundhedshjælperne, fordi SUL-ydelserne tager kortere tid. For den social- og sundhedsassistent, der deltager i observationsstudiet, gør det stadig en stor forskel, om der er tale om borgere, hun kender, eller "ukendte borgere" på listen. Der er genkendelse, sjov og god kemi med de borgere, hun kender – og hun ved nøjagtig, hvilken opgave der skal løses. Når der er tale om en borger, som hun

³⁶ Hermed forstås en borger, som sygeplejersken har på den køreliste, som hun sædvanligvis kører, når hun er på arbejde. Sygeplejerskerne kender flere borgere end dem, der er på deres standardkøreliste, fordi de løbende skifter ud for hinanden for at få arbejdsdagen til at gå op. Der kan således godt være tale om en "kendt borger", uden at den enkelte sygeplejerske betragter borgeren som sin egen. Helt generelt skelner sygeplejerskerne ligesom personalet i hjemmeplejen mellem (mindst) tre forskellige borgerkategorier, nemlig: a) de borgere, som de normalt har på deres køreliste, og som de derfor kender godt; b) de borgere, som de har været hos tidligere, og derfor ved, hvem er/har hvilke problemstillinger; og c) de borgere, som de ikke kender/har været hos før, og hvor de derfor skal "starte forfra" i forhold til opgaveløsningen.

³⁷ Denne beskrivelse gælder alle medarbejdere i Hjemmeplejen, og ikke kun social- og sundhedsassistenterne.

ikke tidligere har været inde hos, læser hun kort op (på sin tablet), inden hun går ind og orienterer sig i rummet.

Der er ikke lagt faste tværfaglige møder ind i mødekalenderen i den kommunale hjemmepleje og sygepleje. I stedet er aftalen, at medarbejderne bruger "observationer" i CURA til eventuelle afklaringer.³⁸ Men ved vagtskiftet fra dag til aften er det daglig praksis, at social- og sundhedsassistenten lige mødes med de sygeplejersker, der skal i nat, for at drøfte evt. usikkerheder eller fælles patienter. Mødet er kort og målrettet. Det er kun social- og sundhedsassistenten, der mødes med sygeplejerskerne – ikke resten af gruppen.

4.2.3 Social- og sundhedshjælpernes arbejde

Social- og sundhedshjælperne i den kommunale hjemmepleje løser ligesom social- og sundhedsassistenterne både servicelovs- og sundhedslovsopgaver – men de sundhedslovsopgaver, de løser, er mere simple, og består fx i at overvære, at borgerne tager deres medicin (samtidig med at de løser de plejeopgaver, der er omkring borgerne).

Der er både personlig og praktisk hjælp på listen over arbejdsopgaverne som social- og sundhedshjælper i den kommunale hjemmepleje. Social- og sundhedshjælperne har desuden ansvaret for projektet "digi rehab", hvor borgerne har mulighed for at deltage i et digitalt rehabiliteringsforløb, som superviseres af social- og sundhedshjælperne. Lederne i Hjemmeplejen i Distrikt Nord lægger vægt på, at der også er projekter (her, digi rehab), som social- og sundhedshjælperne står i spidsen for. Det er en kerneværdi for dem, at der også kan og skal være ansvar i social- og sundhedshjælperrollen for de social- og sundhedshjælperne, der har kompetencerne – og modet til det.

Social- og sundhedshjælperne i den kommunale hjemmepleje i Ikast-Brande Kommune møder ind sammen med social- og sundhedsassistenterne. Deres tablets ligger til opladning, og til hver tablet hører en bestemt rute.³⁹ De arbejder med udvikling af et planlægningsprincip, hvor social- og sundhedshjælperne opdeles i geogrupper, der igen har et antal kørelister, som så skal bemandes på den enkelte dag. Det er som udgangspunkt den samme mindre gruppe social- og sundhedshjælperne, der kører den samme liste – og social- og sundhedshjælperne kører som udgangspunkt i samme (mindre) geoområde, hvor de kender borgerne. Samtidig er der hele tiden ændringer, og det er dels nødvendigt at flytte grænserne på geogrupperne – dels nødvendigt at ændre i listerne/finde plads til nye opgaver/særlige opgaver, der skal løses på den enkelte dag.

Det er en mindre gruppe af (faste) social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenter, der løser planlægningsopgaven. De social- og sundhedshjælperne, der løfter planlægningsopgaven, kører samtidig som almindelige social- og sundhedshjælperne. Det har den fordel, at de kender borgerne – hjemmene – og dermed bedre kan sætte sig ind i, hvad behovet er, det enkelte sted. Omvendt betyder det også, at de går til og fra opgaven som planlægger, og ikke sidder med den hver dag – med den specialiseringsmulighed, der ligger i det.

Den social- og sundhedshjælper, der deltager i observationsstudiet, kommer normalt fast hos én bestemt borger med omfattende hjælpebehov. Der er tale om en "særlig" borger, hvor det kun er et lille antal forskellige medarbejdere, der kan få det til at fungere i hjemmet. De har

³⁸ De kan "i enkelte tilfælde" ringe til hinanden i løbet af dagen – og ved særlige komplikationer kan/skal relationel koordinering eller borgerkonference aftales.

³⁹ Der er som tidligere nævnt ikke faste kontaktpersoner i Hjemmeplejen i Ikast-Brande Kommune. Men medarbejderne kører som udgangspunkt den samme rute, når de er på arbejde.

prioriteret, at det kun er få faste medarbejdere, der kommer hos hende – og heraf den samme social- og sundhedshjælper, der deltager i observationsstudiet. Den dag observationsstudiet gennemføres er der – af hensyn til observationsstudiet – sat nogle andre borgere på listen. Nogle af dem kender social- og sundhedshjælperen på forhånd, og de kender hende. Andre er nye, og hun må spørge sig frem i forhold til, hvor hun finder tingene, og hvad det er, der skal gøres i hjemmet.

4.2.4 Andre faggrupper

Social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker er ikke de eneste medarbejdere i den kommunale hjemmepleje og sygepleje. Der er også ufaglærte, elever og virksomhedspraktikanter.⁴⁰ På tidspunktet for midtvejsevalueringen er de ved at afslutte et større hold elever, og kørelisterne re-planlægges i lyset af det. Samtidig er de ved at køre et hold virksomhedspraktikanter ind med henblik på at afprøve, om der er nogle af dem, der er relevante som sommerferieaflødere – og evt. efterfølgende som elever. Lederne i Hjemmeplejen fortæller, at der ligger et stort og vedvarende arbejde i rekruttering, og at deres ambition er, at enhver, der går forbi udenfor, tænker: "Bare det var mig, der var så dygtig, at jeg kunne arbejde derinde".

4.3 Oplevelser fra borgerne og samarbejdspartnere⁴¹

Borgere, medarbejdere og samarbejdspartnere giver udtryk for, at borgene i Ikast-Brande Kommune generelt set får den hjælp, de har brug for.⁴² I modsætning til andre kommuner er det ikke indtrykket, at det er svært at få hjælp. Der ligger selvfølgelig nogle kvalitetsstandarder, der definerer, at man kun kan få hjælp til rengøring hver tredje uge – og at det fx ikke er muligt at få hjælp til vinduespudsning. Men inden for disse rammer, så er borgere, medarbejdere og samarbejdspartnere enige om, at borgerne får den hjælp, de skal have.

Det, der udfordrer de borgere, der får hjemmepleje fra Hjemmeplejen i Ikast-Brande Kommune, er den manglende kontinuitet i opgaveløsningen. Borgerne er generelt set glade for den hjælp, de får, og for flertallet af de mennesker, der kommer i deres hjem. Det der udfordrer dem, er, at der kommer så mange forskellige – og at nogle af dem har så store sproglige vanskeligheder, at det er svært for dem – som borgere – at forklare, hvad det er, der skal ske i hjemmet.

Midtvejsevalueringen rummer talrige empiriske eksempler på, hvorfor det gør en forskel – for borgerne – at det er kendte medarbejdere, der kommer i hjemmet. Det gør det, fordi de ellers skal forklare, hvad det er, der skal laves – anvise, hvor man kan finde tingene osv. Medarbejderne inddrager helt naturligt borgerne og de pårørende i dette, når de kommer i et nyt hjem. Det foregår typisk i et smidigt samarbejde, der *ikke desto mindre* afbryder de pårørende i det, de i øvrigt måtte være i gang med, og/eller stiller krav til borgeren om, at han eller hun kan forklare, hvad det er, der skal foregå. Hermed bliver besøget *en fælles opgave* (der inkluderer de pårørende) frem for en opgave, som medarbejderen selvstændigt løser i et allerede indstuderet samarbejde med borgeren.

⁴⁰ Hertil kommer et mindre antal sygehjælper og hjemmehjælper, se også kapitel 5 om medarbejdersammensætningen i Hjemmeplejen og Sygeplejen.

⁴¹ Dette afsnit handler alt overvejende om hjemmeplejen og om betydningen af et tæt tværfagligt samarbejde mellem (på den ene side) sygeplejersker og (på den anden side) social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper samt andre fagpersoner i hjemmeplejen. De borgere, der medvirkede ved interview, forholdt sig alt overvejende til hjemmeplejedelen – og det samme gjorde de samarbejdspartnere, der medvirkede ved interview.

⁴² Dette gælder alle borgere, der får hjemmepleje i Ikast-Brande Kommune – dvs. både borgere, der får hjemmepleje fra den kommunale hjemmepleje og de private leverandører, der er i kommunen (herunder Lokalpleje Danmark).

I forholdet mellem borger og medarbejder sker der det samme – med nogen frustration fra borgernes side – når de ikke kan forklare medarbejderen, hvad det er, der skal ske – fx hvis borgeren selv har begrænsede sproglige færdigheder – eller hvis medarbejderen fra kommunen har det. På dette punkt fremhæver flere af borgerne – og samarbejdspartnerne – at det er en udfordring, når der er så relativt mange ansatte, der ikke kender sproget godt nok. De fremhæver og understreger, at det ikke er de faglige og personlige kvalifikationer ved disse medarbejdere, som de stiller spørgsmål ved. Det er alene det sproglige, der er – og bliver – en udfordring – og særligt i de situationer, hvor det (endnu engang) er nye medarbejdere, der kommer i borgerens hjem.

Hjemmeplejens manglende kontinuitet fremstår som en stor udfordring, og de nye tiltag, der er etableret med faste "assistentlister" bidrager i henhold til samarbejdspartnerne til at skabe yderligere diskontinuitet, idet der nu bliver tale om endnu en ekstra funktion, der kommer hurtigt ind – og hurtigt ud, hos borgerne. Samtidig opleves det som en udfordring, at der er så begrænset tværfagligt samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Sygeplejerskerne har brug for den faglige viden, som hjemmeplejens personale har om borgerne og hjemmene – og de har samtidig brug for, at hjemmeplejen tager afsæt i den (faglige) viden, som de som sygeplejersker har. De oplever, at de kan opnå gode løsninger sammen, når de samarbejder om tingene i de forskellige hjem – men at dette samtidig er noget, som de skal gøre "under radaren" i det eksisterende system.

Samarbejdspartnerne har generelt set kun godt at sige om Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune. De udfordringer, som Lokalpleje Danmark oplever i forhold til myndighedsfunktionen, er beskrevet i kapitel 2.

4.4 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at den kommunale hjemmepleje og sygepleje i Ikast-Brande Kommune er organiseret adskilt med faggrupper, der arbejder parallelt med de samme borgere – og hvor de formelle rammer for koordination mellem (på den ene side) sygeplejersker og (på den anden side) social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælper ikke understøtter det tætte tværfaglige samarbejde, der igen er en forudsætning for at optimere den faglige indsats i hjemmet – og uddelegere flere opgaver.

Samtidig er der kontinuitetsudfordringer i forhold til hjemmene, hvor der i henhold til borgerne kommer et u hensigtsmæssigt stort antal medarbejdere – primært fra hjemmeplejen (i sig selv). Borgerne efterspørger en fast kontaktperson – samt at der mindre hyppigt kommer nye medarbejdere i hjemmene, og herunder medarbejdere, der har vanskeligt ved at forstå sproget (og dermed lade sig guide i opgaveløsningen).

Kontinuitet og tværfagligt samarbejde fremstår som afgørende for at sikre en god kvalitet i opgaveløsningen, men understøttes ikke af den nuværende organisering og de vanskeligheder, som der helt generelt er med rekruttering af medarbejdere til hjemmeplejen.

Der er en tæt sammenhæng mellem planlæggernes arbejde og Hjemmeplejens økonomi, idet planlæggerne "pakker pakkerne ud" og er ansvarlige for at rette henvendelse til visitationen, hvis der er behov for mere tid i det enkelte hjem. Det er generelt opfattelsen, at borgerne i Ikast-Brande Kommune får den hjælp, de har brug for.

Sygeplejen fungerer anderledes, idet de har en rammebevilling, inden for hvilken de skal levere ydelserne til borgerne. De har oprettet en sygeplejeklinik og har stort fokus på, at borgerne videst muligt skal komme til dem (frem for at de kommer ud til borgerne). Da de blev udskilt fra hjemmeplejen tog de stort set alle sygeplejeydelserne hjem for at sikre økonomi til faglig udvikling. Nu ligger der en overordnet ledelsesbeslutning om – om muligt – at uddelegere noget mere – da det samlet set er billigere, at opgaverne varetages af hjemmeplejen.

De to koordinatore, der er ansvarlige for at lægge opgaver ind på kørelisterne i Sygeplejen, har fået dobbeltfunktion som myndighed og visitatorer ift. Lokalpleje Danmark. De fortæller, at det de gør ift. medarbejderne i Lokalpleje Danmark er det stik modsatte af det, de gør ift. deres kolleger i den kommunale sygepleje. I det første tilfælde skal de godkende dokumentationen for de tildelte ydelser, hvorimod det er op til sygeplejerskerne i Lokalpleje Danmark at fordele dem på en køreliste. I det andet tilfælde skal de ikke godkende dokumentationen, men (til gengæld) fordele ydelserne på en køreliste.

Forskellen mellem de to funktioner følger logisk af, at sygeplejerskerne i Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune, er selvvisiterende – det er sygeplejerskerne i Lokalpleje Danmark ikke. Sygeplejerskerne i Ikast-Brande Kommune angiver, at de ikke selv ville arbejde inden for det kontrolregime, som de (via varetagelse af myndighedsfunktionen i henhold til de rammer og retningslinjer, der er for denne) underkaster deres kolleger i Lokalpleje Danmark.

5 Sammenlignelige data

Der er, som det fremgår af de forrige kapitler, store forskelle mellem hjemme- og sygeplejen i Lokalpleje Danmark henholdsvis den kommunale hjemme- og sygepleje i Ikast-Brande Kommune. Helt overordnet er der tale om en henholdsvis stor og en lille organisation – og henholdsvis en organisation, der leverer integreret hjemme- og sygepleje, og en organisation, der ikke gør det.

I dette kapitel har vi indhentet forskellige former for kvantitative data, der kan belyse forskellene mellem de to organisationer.

- Det første sæt af data vedrører aktivitet og økonomi. Her bruger vi eksisterende data fra Ikast-Brande Kommune til at belyse, hvordan aktiviteten har udviklet sig i forsøgsprojektet, og hvilke forskelle der er til Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande (generelt og specifikt i Bording og Engesvang).
- Det andet sæt af data vedrører de to forskellige organiseringsformer, der er beskrevet kvalitativt i kapitel 3 og 4. Vi har trukket data vedrørende a) ydelsessammensætningen, b) medarbejdersammensætningen, c) sygefraværet, d) medarbejderomsætningen, e) kontinuitet samt f) borgernes frie valg på hjemmeplejeområdet.

De kvalitetsindikatorer, som det har været muligt at trække data omkring, vedrører organisatorisk og borgeroplevet kvalitet.

- En organisation med højt uddannelsesniveau, lavt sygefravær og lav medarbejderomsætning har *alt andet lige* bedre forudsætninger for at levere en høj kvalitet end en organisation med lavt uddannelsesniveau, højt sygefravær og høj medarbejderomsætning.
- Kontinuitet er på én og samme tid en forudsætning for, at personalet kan levere en høj kvalitet i hjemmet og noget af det, der set fra et borgerperspektiv, er allermest væsentlig, når man taler kvalitet i ydelserne på ældreområdet. Det fremgår både af denne og tidligere undersøgelser (Vinge, Topholm 2021, Martin, Ballegaard 2021, Wentzer 2020).
- Borgernes frie leverandørvalg på hjemmeplejeområdet kan ses som udtryk for borgernes præferencer – og dermed for, hvem der set fra et borgersynspunkt leverer den bedste kvalitet.

Indikatorerne er valgt i samråd mellem Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark. Vi havde også ønske om at inkludere data vedrørende antallet af nødkald, antallet af aflyste besøg, samt de mere specifikke fritvalgsbevægelser (hvor man kan se borgernes til- og fravalg). Disse data var det desværre ikke muligt at tilvejebringe i forbindelse med denne midtvejsevaluering.

5.1 Aktivitet og økonomi

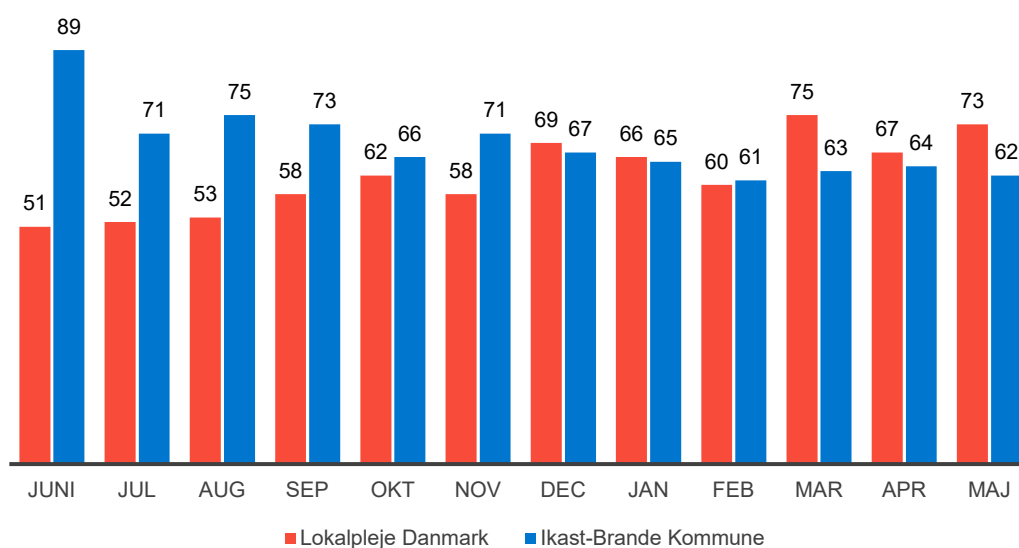
Ikast-Brande Kommune udarbejder løbende statistik til det § 17,4-udvalg, der er nedsat til at følge forsøgsprojektet. Det fremgår heraf, at Lokalpleje Danmark på tidspunktet for midtvejs-evalueringen er blevet tildelt cirka halvdelen af borgerne med behov for sygepleje i Bording og Engesvang, og at godt en tredjedel af borgerne har valgt dem til på fritvalgsområdet. Den visiterede og leverede tid er større for de borgere, der får hjemmepleje, end den er for de borgere,

der får sygepleje – og hjemmeplejeområdet udgør således (på tidspunktet for midtvejsevalueringen) knap to tredjedele af forsøgsprojektets økonomi.

5.1.1 Udviklingen på sygeplejeområdet

Figur 5.1 giver et overblik over antallet af borgere i Bording-Engesvang, der får sygeplejeydelser fra henholdsvis kommunen og Lokalpleje Danmark i perioden fra forsøgsprojektets opstart (juni 2020) til tidspunktet for midtvejsevalueringen (maj 2021).

Figur 5.1 Antal af borgere, der får sygeplejeydelser fra henholdsvis Lokalpleje Danmark og den kommunale sygepleje i Bording-Engesvang. Juni 2020 til maj 2021.



Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

Det fremgår af figuren, at Lokalpleje Danmark startede ud med 51 borgere i juni 2020, samt at antallet efterfølgende er øget til 69 i december 2020 og 73 i maj 2021. Antallet af borgere, der får sygepleje fra den kommunale sygepleje i Bording-Engesvang er 89 i juni 2020, 67 i december 2020 og 62 i maj 2021. De to leverandører har således cirka lige mange borgere i Bording og Engesvang, der får sygepleje på tidspunktet for midtvejsevalueringen – men tildelingen er forskellig, idet Lokalpleje Danmark leverer langt det største antal timer, se også tabel 5.1 nedenfor.

Tabel 5.1 viser udviklingen i antallet af disponerede timer, antallet af ekstraftaler i timer, antallet af disponerede timer pr. borger samt antallet af ekstraydelser i timer pr. borger i Lokalpleje Danmark sammenlignet med henholdsvis a) den kommunale sygepleje i Bording-Engesvang, og b) den kommunale sygepleje i resten af kommunen.

Tabel 5.1 Statistik vedr. sygeplejeydelser leveret af Lokalpleje Danmark sammenlignet med den kommunale sygepleje i Bording-Engesvang henholdsvis resten af kommunen. Juni 2020, december 2020 og maj 2021.

ID	Lokalpleje Danmark			Ikast-Brande Kommune (Bording-Engesvang)			Ikast-Brande Kommune (øvrige postnumre)		
	Jun 2020	Dec. 2020	Maj 2021	Jun 2020	Dec. 2020	Maj 2021	Jun 2020	Dec. 2020	Maj 2021
1. Antal disponerede borgere	51	69	73	89	67	62	705	778	780
2. Antal disponerede timer*	139	298	259	217	192	206	3131	3.203	3.043
3. Antal ekstraaftaler i timer	19	32	36	28	12	23	358	399	411
4. Antal disponerede timer* pr. borger	2,73	4,32	3,55	2,44	2,87	3,21	4,44	4,12	3,9
5. Antal ekstra ydelser i timer pr. borger	0,36	0,47	0,49	0,44	0,27	0,37	0,51	0,51	0,53

Note: Antallet af disponerede timer i Ikast-Brande Kommune inkluderer *ikke* uddelegerede timer.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

Det fremgår af tabel 5.1, at Lokalpleje Danmark har flere *timer* end Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune i Bording og Engesvang – men at forskellen er forholdsvis lille (259 versus 206 timer i maj 2021). Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune har – trods nedgangen i antallet af borgere i Bording og Engesvang i forbindelse med forsøgsprojektet – ikke færre timer i kommunen som helhed (dette følger af en stigning i antallet af timer i de øvrige områder).

Tabellen indeholder en række mere specifikke data vedrørende ydelsesforbruget på sygeplejeområdet. Fx fremgår det, at antallet af timer til borgerne i Lokalpleje Danmark stiger forholdsvis mere end antallet af borgere i perioden fra juni (2020) til december (2020) og maj (2021), men at det gennemsnitlige timeforbrug i Lokalpleje Danmark fortsat ikke adskiller sig afgørende fra det gennemsnitlige timeforbrug i den kommunale sygepleje i kommunen som helhed.⁴³ Det samme forhold gør sig gældende, hvad angår ekstraaftaler til borgerne i Lokalpleje Danmark. De er også stigende i perioden fra juni (2020) til december (2020) og maj (2021) – men adskiller sig ikke afgørende fra kommunen som helhed.

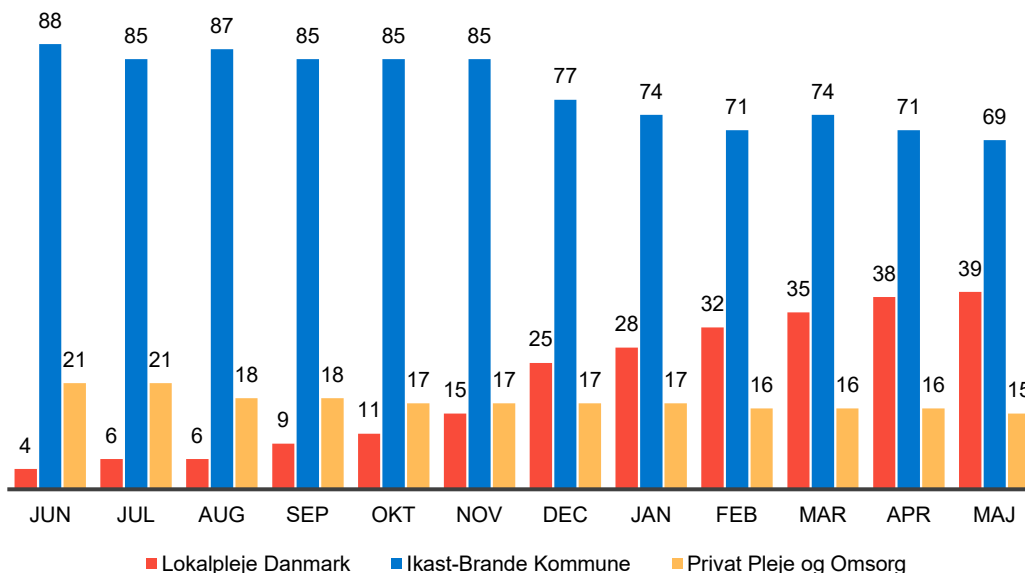
Lokalpleje Danmark anfører, at de bruger ekstraaftaler på en anden måde end den kommunale sygepleje, fordi de er nødt til at sætte ekstraftaler på, mens de venter på, at sygeplejevisitationen skal godkende deres forslag om ændringer i ydelser. Det skal Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune ikke, fordi de er selvvisiterende og umiddelbart kan foretage de ændringer, som de vurderer, at der er brug for. Set fra dette perspektiv bruger Lokalpleje Danmark *færre* ekstraftaler end Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune.

5.1.2 Udviklingen på hjemmeplejeområdet

Figur 5.2 giver et overblik over antallet af borgere i postnumrene Bording og Engesvang, der har valgt henholdsvis Lokalpleje Danmark, Ikast-Brande Kommune og den anden fritvalgsleverandør i lokalområdet (Privat Pleje og Omsorg).

⁴³ Disse data skal tolkes med forbehold, idet sygeplejeydelserne i Ikast-Brande Kommune ikke inkluderer delegerede ydelser.

Figur 5.2 Antal borgere, som modtager servicelovsydelser fra henholdsvis Lokalpleje Danmark, Ikast Brande Kommune og Privat Pleje og Omsorg i Bording-Engesvang. Juni 2020-maj 2021.



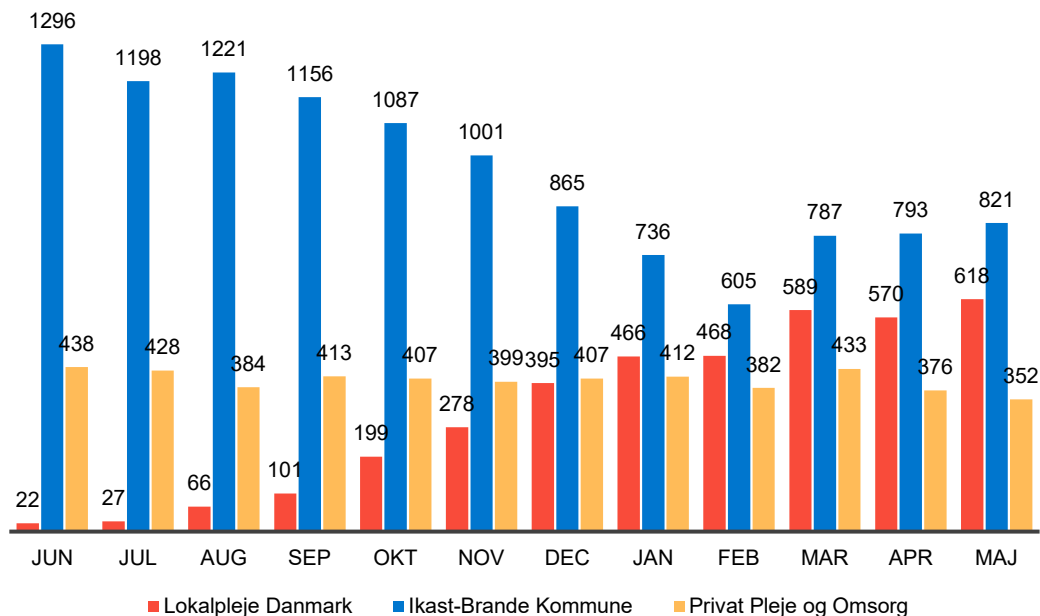
Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

Det fremgår af figuren, at antallet af borgere, der modtager servicelovsydelser fra Lokalpleje Danmark er stigende fra 4 borgere i juni 2020 til 25 i december 2020 og 39 i maj 2021. Der er samtidig færre borgere, der vælger den kommunale hjemmepleje og den anden private leverandør i lokalområdet.⁴⁴

Figur 5.3 viser antallet af timer fordelt på leverandører. Det fremgår af figuren, at det disponerede antal timer til Lokalpleje Danmark er stigende fra 22 timer i juni 2020 til 395 i december 2020 og 618 i juni 2021. Det disponerede antal timer til den kommunale hjemmepleje er samtidig faldende fra 1.296 timer i juni 2020 til 865 i december 2020 og 821 i juni 2021. Timeantallet til den anden private leverandør i lokalområdet falder også, men ikke i samme omfang som timeantallet til den kommunale hjemmepleje.

⁴⁴ Der er i alt tre leverandører af personlig og praktisk bistand i Bording og Engesvang: Lokalpleje Danmark, Ikast-Brande Kommune og Personlig Pleje og Omsorg. Før forsøgsprojektets opstart var der kun de to sidstnævnte.

Figur 5.3 Antal disponerede timer til borgere, der modtager servicelovsydelser fra henholdsvis Lokalpleje Danmark, Ikast-Brande Kommune og Privat Pleje og Omsorg i Bording og Engesvang. Juni 2020-maj 2020.

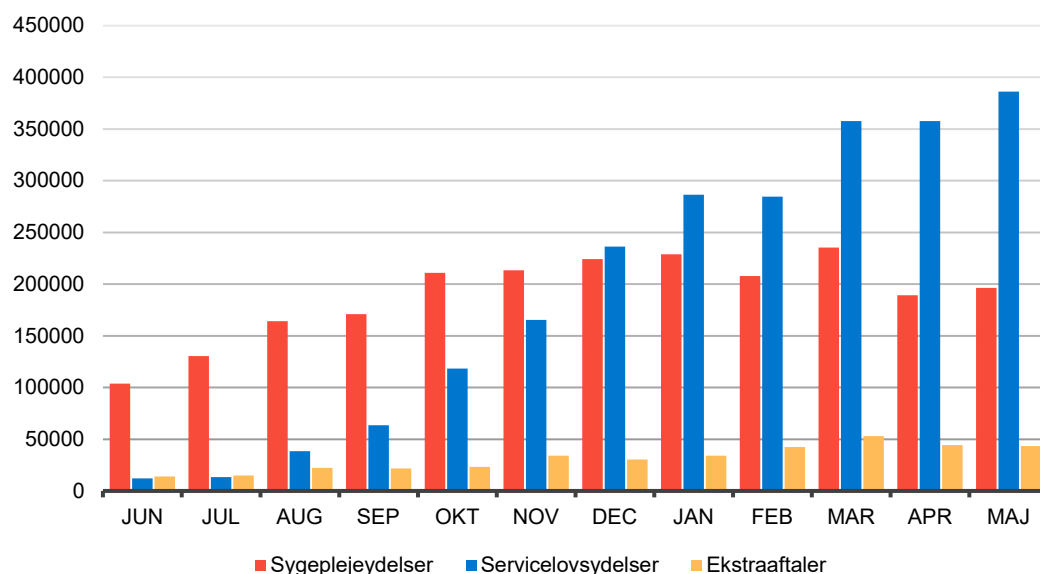


Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

5.1.3 Afregningen til Lokalpleje Danmark

Figur 5.4 viser afregningen til Lokalpleje Danmark fordelt på henholdsvis sygelejeysdelser, hjemmeplejeysdelser og ekstraaftaler (sygepleje og hjemmepleje). Det fremgår, at afregningen for sygeplejeysdelser er stagnerende, mens afregningen for servicelovsydelser fortsat er stigende. På tidspunktet for midtvejsevalueringen udgør afregningen på hjemmeplejeområdet lige under to tredjedele af projektets økonomi. Det lægger naturligt pres på Lokalpleje Danmark til at ansætte en større andel af social- og sundhedspersonale set i forhold til andelen af sygeplejersker – hvilket også ses i forårets ansættelsesrunde, hvor Lokalpleje Danmark har ansat 3 social- og sundhedsassistenter og 1 social- og sundhedshjælper (den første social- og sundhedshjælper i teamet).

Figur 5.4 Afregning til Lokalpleje Danmark for sygeplejeydelser, servicelovsydelser og ekstraaftaler (sygeplejeydelser og servicelovsydelser). Juni 2020 til maj 2021.



Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

5.1.4 Visiteret og disponeret tid

VIVE har fået gennemført en analyse af visiteret og disponeret tid, idet Lokalpleje Danmark honoreres på disponeret tid (ikke visiteret), og der generelt er et incitament til at ”bruge tiden” på servicelovsområdet (se også fremstillingen i kapitel 4).

Tabel 5.2 viser visiteret og disponeret tid i henholdsvis Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune på service- og sundhedslovsdelen. Det fremgår, at disponeret tid er højere end visiteret tid på sundhedslovsdelen – men ikke på servicelovsdelen, hvor disponeret tid er lavere end visiteret tid.

Tabel 5.2 Visiteret og disponeret tid til henholdsvis servicelovsydelser og sundhedslovsydelser i Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune. Antal og andele.

	Lokalpleje Danmark		Ikast-Brande Kommune	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Visiteret tid – servicelov	1.616		31.073	
Disponeret tid – servicelov	1.524	94%	29.770	96%
<i>Difference</i>	92	6%	1.303	4%
Visiteret tid – sundhedslov	723		7.670	
Disponeret tid – sundhedslov	887	123%	9.311	121%
<i>Difference</i>	-164	-23%	-1.641	-21%

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

Der er ikke betydelige forskelle i andelen mellem henholdsvis Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark – hverken i forhold til differencen på service- eller sundhedslovsområdet.

5.2 Organisation og kvalitet

I det følgende præsenteres de data, som VIVE har fået trukket angående organisation og kvalitet. De følger det rationale, der har været med etablering af forsøgsprojektet, idet vi først ser på antallet af hele og delte borgere – og dermed på hver enkelt organisations *mulighed* og *begrundelse* for at levere en sammenhængende indsats på tværs af sygepleje og hjemmeplejeområdet. Derefter ses på medarbejdernes uddannelsesniveau, sygefraværet og medarbejderomsætningen, der både siger noget om organisationernes mulighed for at levere en høj kvalitet (det er alt andet lige lettere ved et højt uddannelsesniveau, et lavt sygefravær og en lav medarbejderomsætning), og om der er tale om en organisation, som medarbejderne trives med at arbejde i (her er lavt sygefravær og lav medarbejderomsætning indikator på, at medarbejderne trives i deres arbejde, mens højt sygefravær og høj medarbejderomsætning alt andet lige indikerer, at der er udfordringer). Kontinuitet er det kvalitetsmål, som begge organisationer er enige om at stræbe efter, og som jf. denne og andre undersøgelser (Wentzer 2020, Martin, Ballegaard 2021, Vinge, Topholm 2021) er a) en forudsætning for, at medarbejderne kan levere en høj kvalitet, samt b) det som borgerne vægter højest, når de skal sætte ord på, hvad der betyder noget for dem som modtagere af ydelser på ældreområdet.

5.2.1 Ydelsessammensætning

Tabel 5.3 opgør det samlede antal af borgere, der har modtaget hjemmepleje eller sygepleje fra Ikast-Brande Kommune eller Lokalpleje Danmark i første kvartal 2021 fordelt på, om borgeren har modtaget sygeplejeydelser, hjemmeplejeydelser eller en kombination af hjemmepleje og sygeplejeydelser.⁴⁵

Det fremgår af tabellen, at 96 % af de borgere, der får ydelser fra Lokalpleje Danmark, får sygeplejeydelser, mens 38 % modtager hjemmepleje. 34 % får både hjemmepleje og sygepleje. I Ikast-Brande Kommune får 81 % sygepleje, 59 % hjemmepleje og 40 % begge dele. Således er andelen af borgere, der både får hjemmepleje og sygepleje (og som det således giver mening at levere integreret hjemme- og sygepleje til) højere i Ikast-Brande Kommune, end den er i Lokalpleje Danmark.

⁴⁵ I den oprindelige tabel, som VIVE specificerede i dialog med Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune, indgik også data vedr. antallet og andelen af borgere, som hhv. Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune *dele*r med andre leverandører (enten med hinanden eller med Privat Pleje og Omsorg). Disse data har det imidlertid ikke været muligt at levere i forbindelse med midtvejsevalueringen.

Tabel 5.3 Antal borgere, der modtager sygepleje, hjemmepleje samt både sygepleje og hjemmepleje i Ikast-Brande Kommune henholdsvis Lokalpleje Danmark. 1. kvartal 2021.

	Ikast-Brande Kommune		Lokalpleje Danmark	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Borgere, der modtager sygepleje eller hjemmepleje	1.299	100%	106	100%
Borgere, der modtager sygepleje	1.055	81%	102	96%
Heraf delegerede ydelser	348			
Borgere, der modtager hjemmepleje	768	59%	40	38%
Heraf praktisk bistand	593		28	
Heraf personlig pleje	541		33	
Borgere, der både modtager sygepleje og hjemmepleje	524	40%	36	34%

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

5.2.2 Medarbejdersammensætning

Tabel 5.4 viser medarbejdersammensætningen i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune sammenlignet med Lokalpleje Danmark. I Lokalpleje Danmark er der (som beskrevet i de kvalitative kapitler) cirka 50 % sygeplejersker og cirka 50 % social- og sundhedsassistenter. I Ikast-Brande Kommune er der 21 % sygeplejersker, 16 % social- og sundhedsassistenter, 47 % social- og sundhedshjælpere, 13 % ufaglærte og 3 % andre.

Tabel 5.4 Antal månedslønnede og timelønnede medarbejdere i Ikast-Brande Kommune sammenlignet med Lokalpleje Danmark. Marts 2021.

	Ikast-Brande Kommune				Lokalpleje Danmark			
	Månedslønnede		Timelønnede		Månedslønnede		Timelønnede	
Sygeplejersker	51	21%	2	17%	6	50%	0	0%
Social- og sundhedsassistenter	39	16%	2	17%	6	50%	1	50%
Social- og sundhedshjælpere	114	47%	2	17%	0	0%	0	0%
Andre*	7	3%	0	0%	0	0%	0	0%
Ufaglærte	31	13%	6	50%	0	0%	1	50%
Total	242	100%	12	100%	12	100%	2	100%

Note: *hjemmehjælpere, sygehjælpere.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

5.2.3 Sygefravær

Sygefravær anses for at være en indikator på personalets trivsel også selv om sygefraværsdata skal tolkes med omhu – særligt hvis der er tale om en lille organisation. En organisation med lavt sygefravær har samtidig bedre forudsætninger for at levere en høj kontinuitet end en organisation med højt sygefravær, da det ikke i samme omfang er nødvendigt at skifte ind med afløsere og vikarer i det daglige.

VIVE har indhentet sygefraværsdata fra Lokalpleje Danmark sammenlignet med Ikast-Brande Kommune og landet som helhed i perioderne 4. kvartal 2020 og 1. kvartal 2021. Data er indhentet for de forskellige faggrupper, der er ansat i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande

Kommune samt Lokalpleje Danmark⁴⁶. Tabel 5.5 viser, at sygefraværet i Lokalpleje Danmark ligger væsentligt lavere end såvel Ikast-Brande Kommune som landsgennemsnittet. Sygefraværet i Ikast-Brande Kommune er højt, når man sammenligner med landsgennemsnittet, både for hvad angår social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og (til dels også) social- og sundhedsassistenter.

Tabel 5.5 Sygefravær i Ikast-Brande Kommunes hjemme- og sygepleje sammenlignet med Lokalpleje Danmark og landet som helhed. 4. kvartal 2020 og 1. kvartal 2021. Procent.

	Ikast-Brande Kommune		Lokalpleje Danmark		Hele landet	
	Q4-20	Q1-21	Q4-20	Q1-21	Q4-20	Q1-21
Sygeplejersker	6,81	4,15	1,9	2	6,6	6,56
Social- og sundhedsassistenter	11,98	9,21	1,6	4,5	8,81	8,68
Social- og sundhedshjælpere	18,75	19,33			8,8	8,84
Andre*	0	0			9,34	9,31
Ufaglærte	18,03	4,3			6,79	6,19

Note: *hjemmehjælpere og sygehjælpere

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

5.2.4 Medarbejderomsætning

Medarbejderomsætning er ligesom sygefravær en indikator på, om personalet trives i deres arbejde (eller søger et andet sted hen). Det er samtidig en forudsætning for at kunne drive en effektiv organisation, at der ikke er for stor medarbejderomsætning, og (dermed) behov for hele tiden at skulle oplære nye medarbejdere i arbejdet. En organisation med lav medarbejderomsætning har herudover også bedre forudsætninger for at skabe kontinuitet i borgerforløb over tid, idet det mindre hyppigt er nødvendigt at udskifte det personale, der kommer i hjemmet, med andre/nye medarbejdere.

Tabel 5.6 viser medarbejderomsætningen blandt medarbejderne i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen fordelt på faggruppe og sammenlignet med data for landet som helhed. Det fremgår af tabellen, at medarbejderomsætningen i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune er høj, når man sammenligner med data på landsplan, og at dette både gælder sygeplejersker (18,9 vs. 10,8 %), social- og sundhedsassistenter (29,3 % vs. 11,2 %), social- og sundhedshjælpere (18 % vs. 11,2 % procent), andet uddannet personale (25 % vs. 14 %) og uudannet personale (71,4 % vs. 51,0 %).

Tabellen indeholder også tal for Lokalpleje Danmark, men det er ikke muligt at konkludere noget meningsfuldt på baggrund af så små tal. De kvalitative studier, der er gennemført, peger imidlertid på, at det i høj grad belaster det lille team, hver gang, der er en medarbejder, der siger op, og der således er behov for at (bruge tid på) at oplære nye. Lokalpleje Danmark oplever selv, at de har haft en høj medarbejderomsætning i løbet af de første 10 måneder, men de håber, at det skyldes de udfordringer, der var i forsøgsprojektet i forbindelse med opstart.

⁴⁶ Vi har ikke indhentet samlede sygefraværsdata i forbindelse med denne midtvejsevaluering, men kun data, der viser sygefraværet for de enkelte faggrupper.

Tabel 5.6 Tabel 5.4.2. Medarbejderomsætning i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune fordelt på faggrupper og sammenlignet med data på landsplan. Juni 2020-marts 2021.

	Antal juni	Afgang	Tilgang	Antal marts
<i>Sygeplejersker</i>				
Ikast-Brande Kommune	53	18,9%	13,2%	50
Lokalpleje Danmark	3	67%	167%	6
Landet som helhed	29.997	10,8%	12,1%	30.397
<i>Social- og sundhedsassistenter</i>				
Ikast-Brande Kommune	41	29,3%	26,8%	40
Lokalpleje Danmark	3	33%	133%	6
Landet som helhed	27.752	11,2%	10,7%	27.619
<i>Social- og sundhedshjælpere</i>				
Ikast-Brande Kommune	122	18,0%	9,8%	112
Landet som helhed	32.715	11,2%	9,0%	31.987
<i>Andet uddannet personale*</i>				
Ikast-Brande Kommune	8	25,0%	0,0%	6
Landet som helhed	3.134	14,0%	2,2%	2.766
<i>Uddannet personale</i>				
Ikast-Brande Kommune	42	71,4%	45,2%	31
Landet som helhed	7.573	51,0%	52,0%	7.648

Note: *Hjemmehjælper, sygehjælper mv.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

5.2.5 Kontinuitet

Kontinuitet er i henhold til denne samt tidligere undersøgelser en afgørende forudsætning for at skabe kvalitet i indsatsen, idet personalet ikke skal orientere sig i hjemmet og i sagen fra gang til gang – med de udfordringer og muligheder for kvalitetsbrist, der er i denne forbindelse (Martin, Ballegaard 2021, Vinge, Topholm 2021, Wentzer 2020). Det er noget af det, borgere og samarbejdspartnere lægger mest vægt på – og en fælles anerkendt målsætning for Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune.

Tabel 5.7 sammenligner antallet af medarbejdere i borgerens hjem pr. døgn, pr. uge, pr. måned og kvartal for henholdsvis Lokalpleje Danmark (LPDK) og Ikast-Brande Kommune (IBK). Tabellen er genereret på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommunes aktivitets- og økonomistyringssystem. Hvert personale har et unikt ID, og det registreres i systemet, hvilket unikt personale-ID, der har leveret hver enkelt ydelse. Det giver mulighed for at opgøre, hvor mange forskellige personaler, der har leveret hjemme- eller sygeplejeydelser til en given borger i et givent tidsrum, fx i døgnet/ugen/måned/kvartalet. Herudover kan der komme øvrige personaler, fx fra træningsenheden, men de er ikke inkluderet i denne opgørelse, som udelukkende fokuserer på Hjemmeplejen og Sygeplejen i kommunen.⁴⁷

⁴⁷ VIVEs tidligere undersøgelser på området peger samtidig på, at det der betyder noget for borgeren er, at det er den samme mindre gruppe, der håndterer opgaverne på hjemmeplejeområdet. Det har mindre betydning, at der også kommer en terapeut eller en diabetesspecialist, eller andre i hjemmet (Martin, Ballegaard 2021).

Det fremgår af tabel 5.7, at der er forholdsvis små forskelle mellem Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune, når man ser på, hvor mange personaler der i gennemsnit kommer i borgerens hjem på et enkelt døgn (1,84 i Lokalpleje Danmark versus 2,08 i Ikast-Brande Kommune) og til dels også i den enkelte uge (4,63 ved Lokalpleje Danmark versus 5,38 ved Ikast-Brande Kommune). I det længere perspektiv – på en måned og på et kvartal – bliver forskellene større. Her er kommer der i gennemsnit 6-8 forskellige medarbejdere fra Lokalpleje Danmark i borgernes hjem – mod 10-17 forskellige medarbejdere i Ikast-Brande Kommune.

Tabel 5.7 Antal personaler i borgernes hjem (sygepleje og hjemmepleje, 1. kvartal 2021)

	Lokalpleje Danmark		Ikast-Brande Kommune	
	Egne borgere	Delte borgere*	Egne borgere	Delte borgere*
Pr. døgn	1,84	1,69	2,08	2,49
Pr. uge	4,63	2,77	5,38	6,25
Pr. måned	6,26	3,70	10,17	13,38
Pr. kvartal	7,60	5,41	16,97	24,25

Note: *Delte borgere omfatter også borgere, der deles med PPO.

Kilde: VIVE på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

Tabel 5.7 indeholder data om de borgere, som henholdsvis Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune *de/er* med hinanden og/eller den anden fritvalgsleverandør på området for personlig pleje. Det er interessant, fordi der iht. de kvalitative interview er større udfordringer med at skabe kontinuitet i disse hjem – samtidig med at de to organisationer (Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune) i mindre omfang er herre over, hvad der foregår, idet borgeren har valgt og/eller er blevet tildelt en anden leverandør på dele af hjemmepleje/sygeplejeområdet.

Her viser tabellen, at der kommer betydeligt *færre* forskellige medarbejdere i borgerens hjem hos de borgere, som Lokalpleje Danmark deler med en anden leverandør – både når man opgør det på døgn, uge, måned og kvartalsbasis. I Ikast-Brande Kommune kommer der forholdsvis markant flere (op til 24 i kvartalet). Det er ikke muligt på baggrund af denne evaluering at sige noget mere specifikt om, hvad der ligger bag disse forskelle (mellem de to organisationer). Men andelen af medarbejdere i borgerens hjem ser ud til at stige med antallet af leverandører, hvis man som borger modtager hjemme eller sygepleje fra Ikast-Brande Kommune (hvilket ikke gør sig gældende for Lokalpleje Danmark).

Tabel 5.8 nedenfor viser antallet af personaler i borgerens hjem fordelt på borgertype. Det er en tabel, VIVE har specificeret efter dialog med Lokalpleje Danmark og lederen af Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune, og som skal give mulighed for at opnå større forståelse for, hvordan evt. kontinuitetsudfordringer fordeler sig på forskellige borgertyper. Det vi har gjort i tabellen er, at vi har opdelt borgerne efter tyngde på baggrund af de "pakker", de modtager på servicelovsområdet. Hermed er det muligt at skelne mellem borgere, der:

- kun får praktisk bistand
- kun får personlig pleje (samt evt. praktisk bistand)
- får en kombination af personlig pleje og sundhedslovsydelse (in- eller eksklusive rengøring) i pakker af forskellige tyngder (dagspakke 2 og 3)⁴⁸
- kun får sundhedslovsydelse.

⁴⁸ Det var desværre ikke muligt at trække data på samtlige dagspakker i forbindelse med denne midtvejsevaluering.

Tabellen viser, at de store forskelle mellem Ikast-Brande Kommune og Lokalpleje Danmark både er udbredte for borgere, der kun får sygepleje, borgere der kun får hjemmepleje og borgere der både får hjemme- og sygepleje. Den viser samtidig, at de borgere, der kun får hjemmepleje, mødes af et større antal personaler end de borgere, der kun får sygepleje – og også af et større antal end de borgere, der både får hjemme- og sygepleje.

Tabel 5.8 Antal personaler i borgerens hjem fordelt på "borgertype".
1. kvartal 2021. Kun egne borgere.

Borgertype:	Døgn		Uge		Måned		Kvartal	
	LPDK*	IBK**	LPDK*	IBK**	LPDK*	IBK**	LPDK*	IBK**
Dagspakke 2	1,00	1,03	3,00	3,08	7,36	7,60	9,14	11,25
Dagspakke 3	1,04	1,15	3,0	3,88	5,0	9,38	6,0	13,99
Kun sygepleje-ydelser	1,56	1,75	3,85	4,20	5,15	7,56	6,42	11,87
Kun servicelovs-ydelser	1,95	2,04	4,94	5,54	8,40	11,64	10,25	19,3

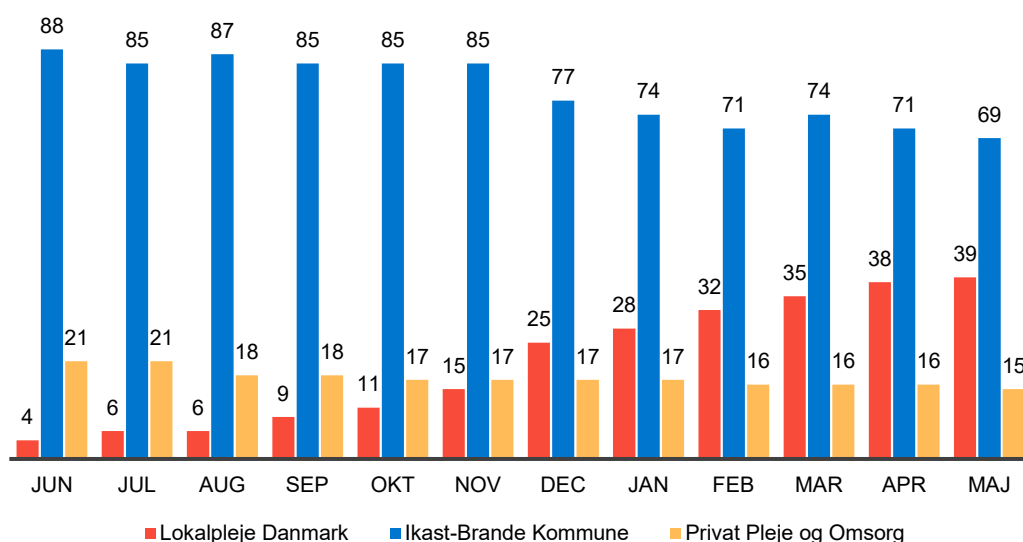
Note: *Lokalpleje Danmark, **Ikast-Brande Kommune

Kilde: VIVE på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

5.2.6 Frit valg

Borgerens frie valg af leverandør på hjemmeplejeområdet kan ses som udtryk for deres præferencer. Vi har indhentet data vedrørende antallet af borgere, der får ydelser fra henholdsvis Lokalpleje Danmark, Ikast-Brande Kommune og Privat Pleje og Omsorg i Bording og Engesvang. Vi har også hentet data vedrørende antallet af borgere, der får ydelser fra henholdsvis Ikast-Brande Kommune og Privat Pleje og Omsorg i hele kommunen (Figur 5.5).

Figur 5.5 Antal borgere, som modtager servicelovsydelser fra henholdsvis Lokalpleje Danmark, Ikast Brande Kommune og Privat Pleje og Omsorg i Bording-Engesvang. Juni 2020-maj 2021



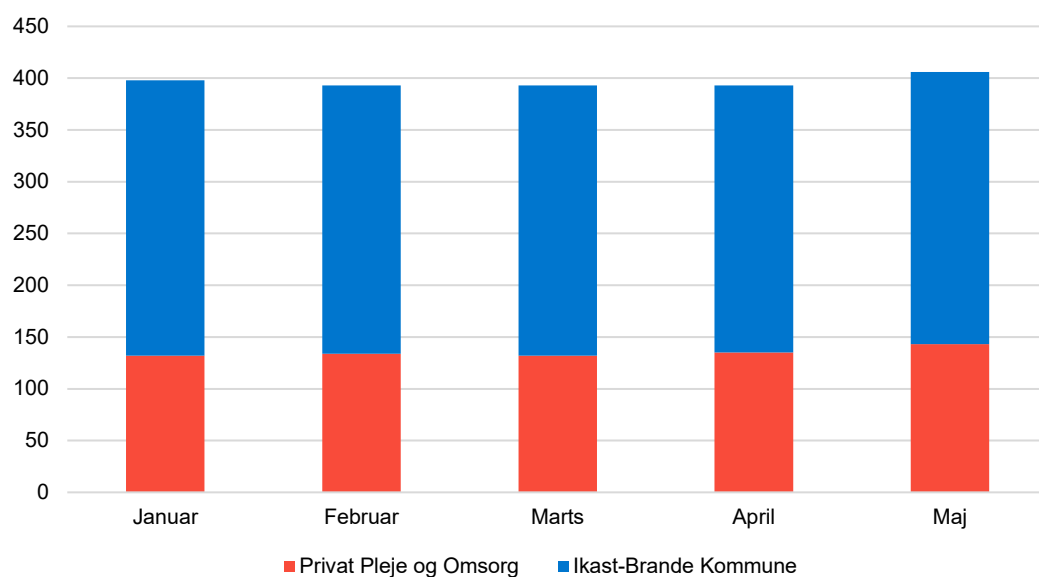
Anm.: Figuren svarer til den tabel, der tidligere er gengivet i afsnit 5.1.2 vedr. udviklingen på hjemmeplejeområdet.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Ikast-Brande Kommune.

Figur 5.6 viser, at der er stadig flere borgere, der vælger Lokalpleje Danmark som leverandør i Bording og Engesvang. Samtidig er der færre, der tilvælger kommunen – og til dels også Privat Pleje og Omsorg. I Kommunen som helhed er kommunens andel uændret set i forhold til den anden private leverandør. Fritvalgsbevægelserne i Bording og Engesvang kan således ses som udtryk for et *tilvalg* af Lokalpleje Danmark som leverandør, snarere end som et eksplicit *fravalg* af den kommunale hjemmepleje.

VIVE ville gerne have haft til- og fravalgsdata i forbindelse med denne midtvejsevaluering, men det var desværre ikke muligt at tilvejebringe inden for den forholdsvis korte tidsperiode, vi havde til rådighed at indhente data i.

Figur 5.6 Antal borgere, som modtager hjemmepleje i Ikast-Brande Kommune, eksklusive Bording og Engesvang fordelt på leverandør



Kilde: Tabel udviklet og udleveret af Ikast-Brande Kommune.

5.3 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at Lokalpleje Danmark er tildelt cirka halvdelen af borgerne i Bording og Engesvang på sygeplejeområdet, samtidig med at lige godt en tredjedel har valgt dem til på fritvalgsområdet. Da der bruges mere tid på hjemmepleje, end der bruges på sygepleje, udgør hjemmeplejeområdet på tidspunktet for midtvejsevalueringen størstedelen (knap to tredjedele) af forsøgsprojektets økonomi.

Der kan ikke ses forskel mellem Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune i forhold til andelen af visiteret tid pr. borger samt brugen af ekstraaftaler. Da Lokalpleje Danmark bruger ekstraaftaler i den periode, hvor de venter på at få ændringer i ydelser godkendt kan det ses som udtryk for, at Ikast-Brande Kommune *i øvrigt* gør større brug af ekstraaftaler.

De to organisationer har forholdsvis sammenlignelige andele af borgere, der kun modtager sygeplejeydelser, kun modtager hjemmeplejeydelser og både modtager hjemmepleje- og sy-

geplejeydelser. Lokalpleje Danmark har en lidt større andel af borgere, der kun modtager sygepleje – og en lidt lavere andel af borgere, der kun modtager hjemmepleje – og/men det er Ikast-Brande Kommune, der har den største andel af borgere, der både modtager hjemmepleje og sygepleje (40 vs. 34 %).

Sygefravær og medarbejderomsætning kan ses som udtryk for medarbejdernes trivsel og giver samtidig organisationerne udfordringer med at sikre kontinuitet og (dermed) kvalitet i indsatsen til borgerne. Ikast-Brande Kommune har et højt sygefravær og en høj medarbejderomsætning, når man sammenligner med data på landsplan. Lokalpleje Danmark har et lavt sygefravær, både når man sammenligner med Ikast-Brande Kommune og landet som helhed. Det har ikke desto mindre udfordret arbejdstilrettelæggelsen i det lille team. Medarbejderomsætningen i Lokalpleje Danmark var stor til at starte med, men stabiliseret på tidspunktet for midtvejsevalueringen.

Medarbejderne i Lokalpleje Danmark har en højere uddannelse end medarbejderne i Ikast-Brande Kommune og således bedre forudsætninger for at skabe en bedre kvalitet i indsatsen – særligt på hjemmeplejeområdet. Samtidig er det en udfordring for projektets økonomi, at der anvendes medarbejdere med højere kompetenceniveau (konkret, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) til at løse opgaver på hjemmeplejeområdet (hvor kommunen bruger social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte).

Kontinuiteten er bedre i Lokalpleje Danmark, end den er i Ikast-Brande Kommune. Der kommer over dobbelt så mange medarbejdere i borgerens hjem i Ikast-Brande Kommune, som der gør i Lokalpleje Danmark. Samtidig stiger antallet af medarbejdere, der kommer i borgerens hjem, med antallet af forskellige leverandører i Ikast-Brande Kommune. Det modsatte gør sig gældende i Lokalpleje Danmark, hvor antallet af medarbejdere, der kommer i borgerens hjem falder med antallet af forskellige leverandører.

Borgernes fritvalgsbevægelser afspejler deres præference for leverandør på hjemmeplejeområdet. Her ses en stigning i antallet af borgere, der tilvælger Lokalpleje Danmark frem for den kommunale hjemmepleje samt til dels også den anden fritvalgsleverandør på området for personlig pleje.

6 Diskussion, konklusion og læresætninger

I dette kapitel diskuterer vi, hvad der samlet set kan konkluderes og læres på baggrund af forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune.

6.1 Diskussion

VIVEs evaluering er designet som et komparativ casestudie med to analytiske snit. Dels undersøger vi, hvordan og hvorvidt Ikast-Brande Kommune – via samarbejdet med Lokalpleje Danmark – er lykkedes med ambitionen om at afprøve Buurtzorg-modellen i en afgrænset del af kommunen. Dels undersøger vi, hvordan og hvorvidt der kan ses forskelle mellem den kommunale hjemme- og sygepleje og Lokalpleje Danmark ift. relevante kvalitetsindikatorer (organisatorisk samt borgeroplevet kvalitet).

Det fremgår af den første delanalyse, at kommunen på tidspunktet for midtvejsevalueringen er på vej til at realisere målsætningen om at afprøve Buurtzorg-modellen i en afgrænset del af kommunen. Lokalpleje Danmark har på tidspunktet for midtvejsevalueringen etableret et medarbejder- og borgergrundlag på såvel sygepleje- som hjemmeplejedelen, der giver dem mulighed for at praktisere Buurtzorg-modellen i foreløbigt ét team. Borgerne er tilfredse og vælger i stigende omfang Lokalpleje Danmark til – og der er etableret en fungerende teamorganisering, som medarbejderne trives med at arbejde i. Udfordringen for Lokalpleje Danmark er økonomien. De har – på trods af høj produktivitet og lavt sygefravær – vanskeligt ved at få økonomien til at hænge sammen. En del af forklaringen kan være medarbejdersammensætningen, idet Lokalpleje Danmark (sammenlignet med Ikast-Brande Kommune) har en højere andel af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Lokalpleje Danmark har dog samtidig været ude med en kritik af prisfastsættelsen fra Ikast-Brande Kommunes side, som de oplever er utilstrækkelig lav.

Den anden del af VIVEs analyse er designet med henblik på at belyse forskelle og ligheder i organiseringen samt det tilbud, som borgerne får i henholdsvis den kommunale hjemme- og sygepleje og Lokalpleje Danmark. Det fremgår her, at der er store forskelle. På den ene side står en stor og stærkt faggruppeopdelt organisation, hvor borgerne over tid møder mange forskellige medarbejdere i hjemmet, og hvor der kun er et begrænset tværfagligt samarbejde mellem (på den ene side) sygeplejen og (på den anden side) den kommunale hjemmepleje. Lokalpleje Danmark formår via de små teams på maks. 12 medarbejdere, der kører i et lokalområde, at holde antallet af medarbejdere i borgerens hjem nede på et niveau, hvor borgerne er tilfredse, og hvor alle i teamet kender hinanden og borgerne så godt, at der sker en naturlig og løbende faglig udveksling, der igen er med til at sikre høj faglighed med afsæt i borgerens behov. Det er en organiseringsfordel som i princippet kan kopieres af Ikast-Brande Kommunes hjemme- og sygepleje, men som (i givet fald) vil kræve et opgør med den kultur og struktur, der i dag er i kommunen⁴⁹.

Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune har samtidig nogle fordele, som Lokalpleje Danmark ikke har, både i form af sin mulighed for specialisering, og i form af et bedre og mere tæt samarbejde med de øvrige aktører på det kommunale sundhedsområde. Ikast-Brande Kommune har specialister fx inden for demensområdet, som kommunens sygeplejersker kan trække på, og der er et tættere samarbejde mellem den kommunale hjemme- og

⁴⁹ Evt. vil det også være nødvendigt med tilpasninger ift. overenskomsten jf. de erfaringer, der har været i Lokalpleje Danmark med mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse.

sygepleje og fx akutteamet, rehabiliteringsenheden og hjælpemidler, end der er med Lokalpleje Danmark.

I et videre arbejde med udviklingen af Buurtzorg-modellen vil det være relevant at afklare, hvordan og hvorvidt de selvorganiserende teams vil kunne få mulighed for at trække på kommunale specialistfunktioner.

6.2 Konklusion

VIVEs midtvejsevaluering finder, at der foreløbig er gode erfaringer med den organiseringsform, der er afprøvet i forbindelse med forsøgsprojektet. Det selvorganiserende team i Bording og Engesvang har bedre kontinuitet, en bedre tværfaglig indsats med afsæt i borgerens behov, en bedre borgeroplevet kvalitet samt et reduceret sygefravær. Dette når man sammenligner med Ikast- Brande Kommunes organisatorisk adskilte kommunale hjemmepleje og sygepleje, der over en årrække har været kendetegnet ved et højt sygefravær og en stor medarbejderomsætning – og hvor der (blandt andet af denne årsag) ses et u hensigtsmæssigt stort antal medarbejdere i borgerens hjem.

Forsøgsmodellen består i, at et selvorganiserende team bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og (på sigt også) social- og sundhedshjælpere leverer integreret hjemme- og sygepleje i henhold til Buurtzorg-modellen. Forsøgsprojektet var på tidspunktet for midtvejsevalueringen nået dertil, at de havde etableret et velfungerende team, der var klar til opsplitning i to teams – men de var endnu ikke nået videre med den mere overordnede udbygning af servicekontoret.

Forsøgsmodellen har ikke vist sig rentabel i den aktuelle modelkonstruktion, hvor Lokalpleje Danmark har haft underskud og efterfølgende er blevet begæret konkurs. Lokalpleje Danmark anfører, at det hænger sammen med kontraktmæssige vilkår og begrænsninger samt med kommunens prissætning og visitationspraksis. Ikast-Brande Kommune fastholder, at prissætningen i forsøgsprojektet har været korrekt, og at Lokalpleje Danmark har fået det samme som de øvrige leverandører på området.

6.3 Læresætninger

Der kan udvindes mange forskellige læresætninger på baggrund af VIVEs midtvejsevaluering, herunder:

- a) *Betydningen af kontinuitet.* Midtvejsevalueringen viser, hvorfor kontinuitet er afgørende for at styrke kvaliteten i opgaveløsningen – dels i det direkte samarbejde mellem borger og medarbejder, hvor borger ikke skal forklare medarbejderen, hvad der skal ske – dels i den løbende dialog mellem medarbejdere med forskellige fagligheder om, hvad der er den hensigtsmæssige tilgang i hjemmet.
- b) *Betydningen af tværfaglighed.* Midtvejsevalueringen viser, hvorfor tværfaglighed er afgørende for at styrke kvaliteten i opgaveløsningen – ikke ved at forskellige medarbejdere kommer i borgerens hjem på forskellige tidspunkter – men ved at medarbejdere med forskellig faglighed taler sammen om og drøfter, hvad der foregår og skal foregå i hjemmet.

- c) *Betydningen af god planlægning.* Midtvejsevalueringen viser, hvorfor god planlægning er altafgørende for, at medarbejderne kan fokusere på kerneopgaven og opleve sammenhæng i opgaveløsningen. Der er *ingen* modsætning mellem god planlægning og selvstyrende/selvorganiserende teams – tværtimod.
- d) *Betydningen af teamstørrelse.* Midtvejsevalueringen viser, hvordan teamstørrelsen bliver afgørende, idet medarbejderne taber overblikket over såvel borgerne som kollegerne, når teamstørrelsen overstiger 12. Hermed mistes de fordele, der fagligt og organisatorisk er ved mindre (selvstyrende) teams.
- e) *Betydningen af servicekontoret.* Midtvejsevalueringen viser, hvordan et velfungerende servicekontor – med en velfungerende coachfunktion – er afgørende for, at teamene hurtigt kan komme til at fungere og indrette sig på dagligdagen. Selvstyrende teams er selvstyrende inden for en ramme – ikke uden retning, og ikke uden støtte.
- f) *Betydningen af samarbejde.* Midtvejsevalueringen viser, hvordan samarbejde med specialfunktioner i kommunen er afgørende for, at teamet kan levere så god en kvalitet som muligt. Det giver ikke mening at tænke et team på 8-12 medarbejdere som isoleret fra den øvrige organisation – men gerne som en selvstyrende enhed, der *samarbejder* med organisationen som helhed.
- g) *Betydningen af BUM-modellen.* Sygeplejerskerne er uddannet (og vant til) selv at visitere til og afgøre, hvad der er den rette faglige indsats – og det udfordrer deres faglighed, når de udsættes for så detaljeret kontrol, som det sker i forsøgsprojektet i Ikast-Brande Kommune. I det omfang der kan udvikles en mere tillidsbaseret visitationsmodel – og i det omfang, der kan monitoreres på resultater frem for enkeltydelser, vil det være en fordel for fremtidige projekter på området.

Vi ville have anbefalet Lokalpleje Danmark at udvikle en mere klar grænse mellem på den ene side hovedkvarteret og på den anden side de selvorganiserende teams i deres videre arbejde. Endvidere at arbejde systematisk med arbejdsdelingerne mellem a) planlæggeren, d) sygeplejerskerne, e) social- og sundhedsassistenterne og f) social- og sundhedshjælperen samt evt. øvrige faggrupper i teamet. Det er ikke fordi, alt skal være stift og faggruppeopdelt. Men fordi forskellige medarbejdere kan forskellige ting, og at det deraf følger, at de (med fordel kan) varetage forskellige opgaver i hverdagen.

Selve servicekontorets understøttelse af teamene via løbende monitoreringer og en veludviklet coachfunktion var også et udviklingspunkt for Lokalpleje Danmark, når man sammenligner med Buurtzorg i Holland. Selvorganisering sker ikke uden retning – men med tydelig retning og konsekvens i opfølgningen fra et ikke integreret servicekontor.

Parterne ville vi have anbefalet et fremadrettet godt samarbejde med afsæt i de otte læresætninger, der er etableret i forbindelse med denne midtvejsevaluering. I forbindelse med slutevalueringen ville vi endvidere have anbefalet en analyse af forløbsdata for på denne baggrund at afklare, om Lokalpleje Danmark var mere (eller mindre) effektiv til at tilrettelægge indsatsen omkring borgerne – og således var mere rentabel i et større økonomisk perspektiv.

Det er en vigtig pointe, at det i princippet lige så godt kunne være den kommunale hjemme- og sygepleje, der etablerede små selvstyrende teams med klare monitoreringer, som det kunne være Lokalpleje Danmark. VIVE følger med interesse alle de forsøg, der søger at udvikle ældreområdet med inspiration fra Buurtzorg-modellen, og herunder både Erantisprojektet i Ikast-Brande Kommune og andre kommuners udviklingsprojekter.

Litteratur

- Andersen, B.K. 2018, *Helhedsorienteret hjemmepleje og hjemmesygepleje i Ikast-Brande Kommune. En "mental frikommune" rapport udarbejdet med bevilling fra Ikast-Brande Kommune*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- BDO 2021, *Tids- og opgaveregistrering for hjemmesygeplejen. Ikast-Brande Kommune*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- BDO 2019, *Beregning af timepris sygepleje. Ikast-Brande Kommune 2020*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- Buch, M.S. 2020, *Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmeplejen. Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvninger i en dansk kontekst*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Fremfærd 2020, 17-12-2020-last update, *Fremfærd sundhed og ældre styrker nytænkning på ældreområdet* [Homepage of VPT - Viden på Tværs], [Online]. Available: <https://vpt.dk/sundhed/fremfaerd-sundhed-og-aeldre-styrker-nyttaenkning-paa-aeldreomraadet> [2021, 14-6-2021].
- Hjortshøj & Møller Care 2021, *Tilsynsrapport. Leverandørtilsyn 2020. Lokalpleje Danmark. Ikast Brande Kommune. Tilsynsdato: 23.3.2021*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- Ikast-Brande Kommune 2021, *Sagsfremstilling til 17.4. udvalget vedr. tilsynsrapporten. Bilag til dagsorden for møde den 3.5.2021*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- Ikast-Brande Kommune 2020a, *Kontrakt. Levering af sygeplejeydelser i et pilotprojekt vedr. en Buurtzorg-lignende model. Marts 2020. 2. udgave*. Ikast-Brande Kommune.
- Ikast-Brande Kommune 2020b, *Selvbestemmelse og involvering - en vej til mere omsorg og nærvær - med Buurtzorg som løftestang. Ansøgning til Sundhedsstyrelsens pulje til at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen den 19.10.2020*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- Ikast-Brande Kommune 2019a, *Pilotprojekt om Buurtzorg-modellen. Notat af 24-10-2019*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- Ikast-Brande Kommune 2019b, *Tilbudsbetingelser. Tilbudsinhentning under tærskelværdi. På indkøb og levering af sygeplejeydelser i en Buurtzorg-lignende model til Ikast-Brande Kommune. December 2019*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- Ikast-Brande Kommune 2016, *Notat - indsætter hjemmepleje/sygepleje bl.a. inspireret af besøg i Holland. Udleveret i forbindelse med feltarbejde*, Ikast-Brande Kommune, Ikast.
- Laloux, F. 2017, *Fremtidens organisation. En illustreret vejledning til meningsfulde former for samarbejde*. Direction Books, Nørre Snede.
- Martin, H.M. & Ballegaard, S.A. 2021, *Oplevelse af sammenhæng i den kommunale pleje og hjælp. En kvalitativ undersøgelse blandt hjemmeboende ældre*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Sundhedsstyrelsen 2020, 21-12-2020-last update, *Pulje til at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen*. Available: <https://www.sst.dk/da/Puljer/Pulje-til-at-styrke-omsorg-og-naervaer-i-aeldreplejen> [2021, 14-6-2021].

Vinge, S. & Topholm, E.H. 2021, *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne. En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Wentzer, H.S. 2020, *Fra hospital til hjem. Skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Bilag 1 Datagrundlag og metode

I dette bilag beskrives midtvejsevalueringens samlede datagrundlag og metode. Først redegøres for det skriftlige materiale, der er udleveret i forbindelse med midtvejsevalueringen. Herefter for observations- og interviewstudierne og processen med tilvejebringelse af sammenlignelige kvantitative data fra kommunens administrative databaser. Endelig beskrives det, hvordan der er arbejdet med anonymitet og validering i forbindelse med rapportskrivningen.

Skriftligt materiale

Skriftligt materiale vedrørende forsøgsprojektet omfatter: referater fra byrådsmøderne, referater fra § 17,4-udvalget, det samlede kontraktgrundlag, referater fra styregruppemøderne samt referater fra møderne mellem sygeplejemyndigheden og Lokalpleje Danmark. Herunder indgår en række relevante bilag, fx kommunens statusrapporter til § 17,4-udvalget om forsøgsprojektets aktivitet og økonomi *sammenlignet* med Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune, i Bording-Engesvang og i resten af kommunen.

Skriftligt materiale vedrørende det daglige arbejde i hver af de to organisationer omfatter: arbejdsgangsbeskrivelser, beskrivelser af myndighedsfunktionerne, beskrivelser af funktioner og arbejdsplanlægningsværktøjer m.m. Noget er tilsendt forud for observation, andet er udleveret under observation eller tilsendt herefter. Sidstnævnte gælder fx de tilsynsrapporter, der er udarbejdet for henholdsvis forsøgsprojektet (i forsøgsperioden) og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune (årene forinden), og som giver indblik i hvad det er for forhold, der påtales af tilsynet i hver af de to organisationer.

Observation og interview

Observation af det daglige arbejde i hver af de to organisationer (i alt 6 dage, 3 dage hvert sted). Observationerne er planlagt således, at de begge steder omfatter a) en introduktion til det daglige arbejde ved relevante ledere/stiftere, b) en arbejdsdag med en sygeplejerske, c) en arbejdsdag med en social- og sundhedsassistent samt (om muligt) d) en arbejdsdag med en social- og sundhedshjælper. Endvidere en introduktion til myndighedsfunktionen på sygepleje henholdsvis hjemmeplejedelen. Ikast-Brande Kommune blev bedt om at udpege en velfungerende gruppe/et velfungerende distrikt til observationsstudiet – for at udfordre tesen om at Lokalpleje Danmark jf. formålet med forsøgsprojektet skulle kunne medføre en bedre kvalitet ved en anden organisationsmodel inden for en uændret ressourceramme.

Fokusgruppeinterview med ledere, medarbejdere, borgere og samarbejdspartnere til hele den kommunale hjemmepleje og sygepleje (altså ikke bare de grupper/det distrikt, der medvirkede ved observationsstudiet jf. ovenfor). Hertil: interview med i) styregruppen for forsøgsprojektet, ii) teamet i Bording og Engesvang (eksklusive stifterne) samt deres borgere og samarbejdspartnere. Fokusgruppeinterviewene blev afholdt 1-2 uger efter observationsstudierne med henblik på at validere og kvalificere de indtryk, der var gjort under observation – samt at afgøre generaliserbarheden fra den enkelte dag og den enkelte medarbejder til organisationen/medarbejdergruppen som helhed.

Følgende fokusgruppeinterview blev afholdt: a) forsøgsprojektets styregruppe (3 deltagere), b) lederne i den kommunale hjemmepleje og sygepleje (8-10 deltagere), c) sygeplejerskerne i Sygeplejen i Brande Kommune (6-8 deltagere), d) social- og sundhedspersonalet i Hjemmeplejen i Ikast-Brande Kommune (6-8 deltagere), e) teammedlemmerne i Lokalpleje Danmark i Bording og Engesvang (6-8 deltagere), f) borgerne i Ikast-Brande Kommunes hjemmepleje og

sygepleje (6-8 deltagere), g) borgerne i Lokalpleje Danmark (6-8 deltagere), h) visitationen på servicelovsområdet (3-4 deltagere), i) visitationen på sygeplejeområdet (2 deltagere), j) øvrige samarbejdspartnere (hjælpe midler, akutteamet, inkontinenssygeplejersken og træning, i alt 5 deltagere).

Det er en vigtig pointe, at midtvejsevalueringen bruger data fra *samtlig*e interview til at indhente viden om, hvordan "samarbejdspartnere" opfatter henholdsvis Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune. "Samarbejdspartnere" til Lokalpleje Danmark er således alle andre end Lokalpleje Danmark selv, mens "samarbejdspartnere" til den kommunale hjemmepleje er alle andre end den kommunale hjemmepleje selv (inklusive den kommunale sygepleje), og "samarbejdspartnere" til den kommunale sygepleje er alle andre end den kommunale sygepleje selv (inklusive den kommunale hjemmepleje).

Der blev *ikke* afholdt interview med pårørende, men i forbindelse med observation blev der gennemført samtaler med flere pårørende, der spontant fortalte om deres oplevelse af hjælpen og deres/den pårørende/hjemmets situation. Det skete både i forbindelse med observationsstudierne i Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune, og i forbindelse med observationsstudierne i Lokalpleje Danmark.

Der er *heller ikke* afholdt interview med almen praksis eller samarbejdspartnere på sygehuse i forbindelse med denne midtvejsevaluering. Almen praksis blev inviteret men takkede nej med den begrundelse, at de ikke kunne se forskel på Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune.

Sammenlignelige kvantitative data

VIVE har på baggrund af observation og interview opstillet en analyseplan, hvor data fra kommunens administrative systemer anvendes til at teste og kvantificere foreløbige analyseresultater – og på denne baggrund spille ind i den samlede analyse. Analyseplanen er kvalificeret i dialog med direktøren for Lokalpleje Danmark, lederen af Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune, økonomimedarbejder Henrik samt senioranalytiker, ph.d. Søren Foged, VIVE.

VIVE ønskede (og fik) data om: ydelsessammensætning, medarbejdersammensætning, sygefravær, medarbejderomsætning, kontinuitet, frit valg (akkumuleret niveau) samt visiteret og leveret tid. De første to tabeller giver indblik i forskelle og ligheder mellem de to organisationer, hvad angår ydelser og personale. De næste to tabeller giver indblik i forskelle og ligheder mellem de to organisationer, hvad angår medarbejderomsætning og sygefravær. De to "næstsidste" indeholder kvalitetsindikatorer set fra et borger- (og medarbejder-) perspektiv. Den sidste er et supplement til den forholdsvis længere liste af sammenlignelige økonomi- og aktivitetsdata, der allerede bliver opgjort af Ikast-Brande Kommune.

VIVE ønskede, men fik ikke data om: nødkald, aflyste besøg og fritvalgsbevægelser på mikroniveau. Lokalpleje Danmark og Ikast-Brande Kommune var enige om, at såvel nødkald som aflyste besøg kunne ses som relevante kvalitetsindikatorer, men det var desværre ikke administrativt muligt at tilvejebringe data om det i forbindelse med denne midtvejsevaluering. Fritvalgsbevægelserne på mikroniveau er interessante, fordi de giver indblik i, hvilke leverandører der tilvælges henholdsvis fravælges – men disse data var det desværre heller ikke muligt at skaffe.

Samlet analyse

VIVEs evaluering er designet som et komparativt casestudie med to analytiske snit. Det første rejser spørgsmålet, om kommunen (på tidspunktet for midtvejsevalueringen) er lykkedes med at realisere målsætningen om at implementere Buurtzorg-modellen i en afgrænset del af kommunen, samt hvad der videre kan gøres for at realisere dette formål. Det andet rejser spørgsmålet, om der kan ses forskelle mellem (på den ene side) Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune og (på den anden side) Lokalpleje Danmark på relevante kvalitetsmål – herunder organisatorisk og brugeroplevet kvalitet. Spørgsmålene besvares på baggrund af det samlede empiriske datagrundlag, dvs. både kvalitative og kvantitative data. Det samme gør den samlede analyse.

Anonymitet og validering

Alle interviewpersonerne er lovet anonymitet *eller* mulighed for at læse de passager igennem, der vedrører dem/deres arbejde/deres oplevelser vedrørende forsøgsprojektet. I det omfang, interviewpersonerne ikke har haft ønske om at blive citeret for dette eller hint, er dette ønske imødekommet, og fremstillingen er (i stedet) baseret på skriftligt materiale.

Fremstillingerne af forsøgsprojektets implementering (kapitel 2-3) samt det daglige arbejde i henholdsvis Lokalpleje Danmark og Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast Brande Kommune (kapitel 3-4) er læst igennem og rettet for faktuelle fejl og misforståelser af a) projektets styregruppe (kapitel 2), b) direktøren for Lokalpleje Danmark (kapitel 3), samt c) lederen af Hjemmeplejen og Sygeplejen i Ikast-Brande Kommune (kapitel 4). Den samlede evalueringsrapport er læst igennem og rettet for faktuelle fejl og misforståelser af Ikast-Brande Kommune (kommunaldirektøren og på tværs direktøren) samt Lokalpleje Danmark (direktøren).

**VIDEN I H
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD