

# Mere værdig pleje 5 år efter projektopstart

Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Syddjurs Kommune



*Mere værdig pleje 5 år efter projektopstart  
– Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Syddjurs Kommune*

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-421-2

Arkivfoto: Mathilde Bech; Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 302223

Finansiering: Puljemidler fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



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



## Forord

Syddjurs Kommune har fået puljemidler fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen til at udvikle ældreområdet efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model.

VIVEs første evaluering af projektet dækkede perioden fra 2019-2021. Her havde kommunen etableret faste, tværfaglige og selvstyrende borgerteams i tre geografiske områder.

Denne anden evaluering dækker perioden fra 2022-2024. Her har kommunen videreudviklet deres model for faste, tværfaglige og selvstyrende borgerteams til en kommunedækkende struktur med i alt 12 teams fordelt på 3 distrikter og 6 fysiske indmødesteder. De har også udviklet en model for helhedspleje og rehabilitering, der gør klar til implementering af den nye ældrelov.

VIVEs evaluering gør status på udviklingsprojektet i efteråret 2024 5 år efter projektopstart. Den er finansieret af puljemidler fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen og baseret på en kombination af kvalitative og kvantitative data.

Tak til Syddjurs Kommune for at invitere os med ind som evaluator af projektet. Tak til Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen for puljemidler. Tak til alle, der har medvirket ved indsamling af data. Tak til de to eksterne reviewere for gode kommentarer til tidlige rapportudkast.

*Sanne Haase*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

---

Hovedresultater	6
-----------------	---

---

Afrapportering	11
----------------	----

---

1	Introduktion	12
1.1	Ældreområdet i udvikling	12
1.2	Mere værdig pleje i Syddjurs Kommune	16
1.3	VIVEs evaluering	18
1.4	Læsevejledning	21

---

2	Projektets udvikling (2019-2024)	22
2.1	Fra hjemmepleje til hjemme- og sygepleje	23
2.2	Fra tre teams til en kommunedækkende klyngestruktur	25
2.3	Fra grøn mark og Buurtzorg til mere traditionel hierarkisk ledelse	28
2.4	Fra enkelttydelser til helhedspleje og inklusion af de private leverandører	31
2.5	Opsummering	36

---

3	Projektet i praksis (2024)	38
3.1	Geografi	38
3.2	Team	40
3.3	Teamlokale	43
3.4	Dagligdag	44
3.5	Arbejdsdeling	48
3.6	Planlægning	49
3.7	Tværfaglige borgermøder	51
3.8	Helhedspleje	53
3.9	Ledelse	54
3.10	Dataunderstøttelse	55
3.11	Tilbagemeldinger fra interview	56
3.12	Opsummering	59

---

4	Projektets målopfyldelse	61
4.1	Spørgeskemaundersøgelse: Borgere	61
4.2	Spørgeskemaundersøgelse: Medarbejdere	67
4.3	Produktivitet (BTP)	71
4.4	Kontinuitet	73
4.5	Sygefravær	79
4.6	Opsummering	80

---

5	Tværgående analyse og konklusion	82
5.1	Tværfaglige borgerteams i hele kommunen	82
5.2	Inklusion af ydertimer, akut- og specialistfunktioner	84
5.3	Inklusion af private leverandører	85
5.4	Den tredelte målsætning	85
5.5	Det bedste fra Buurtzorg?	87
5.6	Klar til helhedspleje	88

---

	Dokumentation	90
--	---------------	----

---

6	Datagrundlag og metode	91
---	------------------------	----

---

	Bilag 1 Bilagstabeller vedrørende kontinuitet	97
--	---	----

---

	Litteratur	100
--	------------	-----

# Hovedresultater

## Behov for nye løsninger i ældreplejen

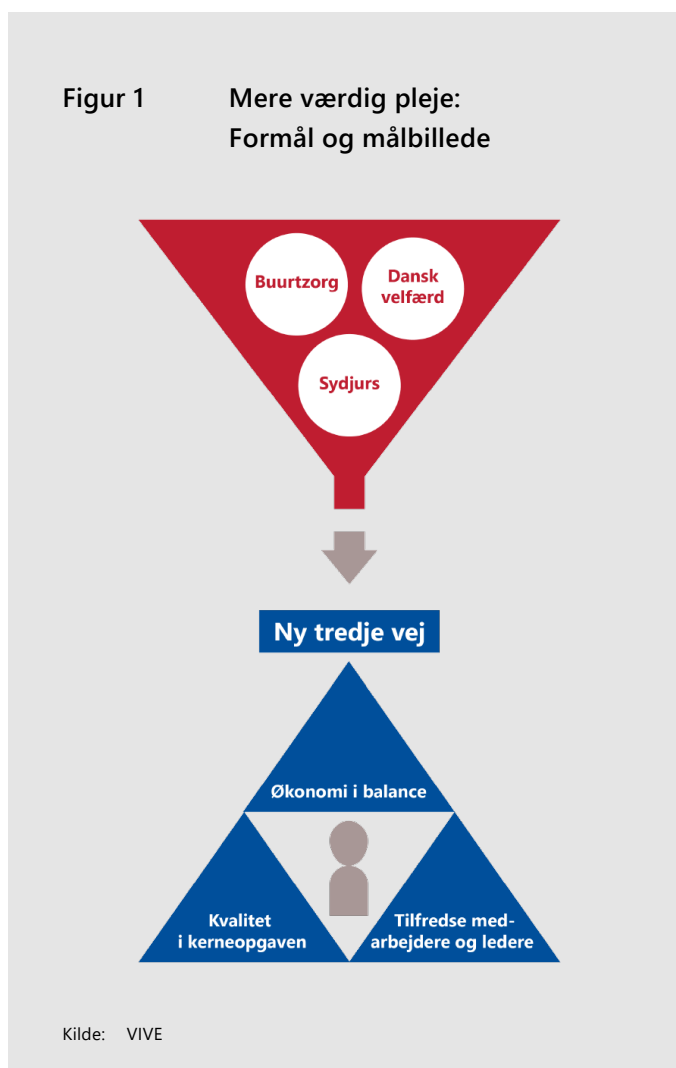
Ældreplejen er udfordret af et stigende antal ældre og et mindsket antal personer i den erhvervsaktive alder, og der er brug for nye løsninger, der kan hjælpe til at sikre en velfungerende ældreomsorg, også i fremtiden.

Tre statslige puljer har støttet arbejdet med nye organiseringsformer, bl.a. – men ikke kun – efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model. Syddjurs Kommune er én af de kommuner, der både har fået midler fra Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg og Socialstyrelsens pulje for faste teams til at udvikle ældreområdet efter inspiration fra Buurtzorg.

Formålet med Syddjurs Kommunes udviklingsprojekt er jf. ansøgningen til Socialstyrelsen at udvikle en ny, tredje vej i ældreplejen, hvor "... det bedste fra Buurtzorg fusioneres med det bedste fra den danske velfærdsmodel og det bedste fra Syddjurs Kommunes lokale praksis".

Dette ses i forhold til et tredelt målbillede (Figur 1), i henhold til hvilket kommunen ønsker at sikre:

1. kvalitet i kerneopgaven
2. tilfredse medarbejdere og ledere
3. en økonomi i balance.



## **Tværfaglige og selvstyrende borgerteams i hele kommunen**

Syddjurs Kommune har siden foråret 2022 implementeret faste, tværfaglige og selvstyrende borgerteams i en kommunedækkende struktur bestående af tolv borgerteams fordelt på tre geografiske klynger samt en kommunedækkende sundhedsfaglig klynge med akutteam, aften/nat, klinik- og specialistfunktioner.

De har udarbejdet en ny planlægningsmodel, arbejdet med dataunderstøttelse på teamniveau og forsøgt sig med en ny ledelsesmodel bestående af Buurtzorg-inspirerede coaches i kombination med klyngeledere (hver klyngeleder har ansvaret for fire teams).

### **Stor opbakning til konceptet**

VIVEs evaluering finder overordnet set stor opbakning blandt samtlige de borgere og medarbejdere, der har medvirket i projektet, til det koncept for faste, tværfaglige og selvstyrende borgerteams, som Syddjurs Kommune har udviklet.

Det enkelte borgerteam er tværfagligt sammensat af cirka 20 årsværk sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og tilknyttede terapeuter og visitatorer. De leverer personlig pleje, sygepleje og udvalgte træningsydelser i dagtid samt personlig pleje om aftenen.

VIVEs evaluering finder, at teamene har et tæt og på mange måder velfungerende tværfagligt samarbejde om borgerne, hvor sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte møder fælles ind om morgenen og lægger en fælles plan for, hvad der skal ske i løbet af dagen. Én gang om ugen er der tværfagligt møde med deltagelse af terapeuter og visitatorer, hvor konkrete borgersager tages op, og hvor der evt. justeres i hjælpen.

De i alt 12 borgerteams er fordelt på 6 forskellige matrikler, hvor de møder ind to og to som "søsterteams", der forventes at samarbejde om opgaveløsningen. Hvert team har deres eget teamlokale med whiteboard og storskærm, og evalueringen viser, at teamlokalerne og IT-løsningerne i høj grad medvirker til at understøtte teamene i det daglige samarbejde om borgerne.

Kommunen har samtidig haft gode erfaringer med coaches til at understøtte implementeringen af det koncept for faste, tværfaglige og selvstyrende teams, som kommunen har udviklet. Medarbejderne har dog vedvarende efterspurgt en mere synlig og nærværende ledelse, end de har fået i konstruktionen med coaches og klyngeledere, og det er bl.a. på denne baggrund besluttet at udfase coachfunktionen og indføre teamledere med fysisk fremmøde på hver matrikel i forbindelse med projektafslutning. Her er det dog et vigtigt opmærksomhedspunkt, at de nye ledere understøttes i at indtage en mere faciliterende ledelsesstil.

## **Økonomi versus kontinuitet og medarbejdertilfredshed**

Syddjurs Kommunes spørgeskemaundersøgelser finder hverken ændringer i borgerenes generelle tilfredshed med den hjælp, de får fra kommunen, eller i medarbejdernes generelle tilfredshed med deres arbejde efter indførelse af borgerteams.

Borgerne svarer mere positivt på de spørgsmål, der handler om deres oplevelse af, i) om det er de samme medarbejdere, der kommer i deres hjem, ii) om hjælpen lever op til deres ønsker og behov, samt iii) om de ved, hvem af de medarbejdere, der kommer i hjemmet, der er deres primære kontaktperson. De svarer mindre positivt på de spørgsmål, der handler om, i) hvorvidt hjælpen er lige god, lige meget hvem der kommer, og ii) om det er deres indtryk, at medarbejderne er gode til at snakke sammen om hjælpen.

Medarbejderne oplever, at de er blevet bedre til at samarbejde indbyrdes om borgerne, og at de har fået mere indflydelse på deres arbejde. De efterspørger mere ledelsesmæssig støtte, end de har oplevet at få ved kombinationen af coaches og klyngeledere. Syddjurs Kommune har sideløbende med etableringen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams i en kommunedækkende struktur arbejdet med og opnået en stigende produktivitet, et faldende sygefravær og et øget brug af interne frem for eksterne vikarer. De har – modsat Buurtzorg og de indledende intentioner med projektet – ikke nogen maksimumsgrænse for, hvor produktivt det enkelte team kan være.

De udførende medarbejdere oplever, at det er en udfordring, at de i for stort omfang bliver disponeret på tværs af teams, og at der bare ikke må være udisponeret tid ("hvid tid") i planerne. I henhold til interview forhindrer det, at de kan fokusere energien på deres eget team og deres egne borgere og kan være med til at forklare, at medarbejderne ikke oplever en større tilfredshed efter etableringen af borgerteams.

Borgere, medarbejdere og ledere er samtidig alle enige om, at det er en fordel for kvaliteten i kerneopgaven, at det som udgangspunkt er den samme mindre gruppe af medarbejdere, der kommer i borgerens hjem. Derfor bliver det også set som en udfordring, når der i stort omfang gøres brug af vikarer, og når medarbejderne i for stort omfang disponeres på tværs af teams.



## Hvordan måles kontinuitet?

Syddjurs Kommune måler kontinuitet ud fra mængden af samtlige de medarbejdere fra borgerteams og den sundhedsfaglige klynge, der kommer i borgerens hjem. De inkluderer alle de medarbejdere, der kommer i hjemmet for at levere personlig pleje eller sygepleje, døgnet rundt, men ekskluderer medarbejdere i funktion som anden hjælper (dvs. de tilfælde, hvor det er nødvendigt med to hjælpere i hjemmet for at løse en given opgave). Rengøring og træning/rehabilitering indgår ikke i opgørelsen, fordi de leveres af specialiserede rengørings- og trænings/rehabiliteringsenheder, og ambitionen har været at måle kontinuiteten i borgerteams og den sundhedsfaglige klynge. Reelt kommer der således flere medarbejdere i borgerens hjem for at levere helhedspleje jf. ældreloven og den kommende sundhedsreform, end det fremgår af Syddjurs Kommunes opgørelser.

VIVEs evaluering finder, at borgerne i borgerteams i gennemsnit får besøg af 7 forskellige medarbejdere om ugen, 14 forskellige medarbejdere om måneden og 22 forskellige medarbejdere i kvartalet. Det afspejler en underliggende fordeling, hvor de borgere, der får mere end 10 ugentlige besøg om ugen, i gennemsnit får besøg af 31 forskellige medarbejdere på et kvartal.

VIVE finder på denne baggrund ikke, at Syddjurs Kommune er nået fuldt i mål med sin tredelte målsætning om i) en økonomi i balance, ii) kvalitet i kerneopgaven og iii) tilfredse ledere og medarbejdere.

Vi rejser samtidig spørgsmål om, hvorvidt der er fundet den rette balance i forhold til det tredelte målbillede, eller om arbejdet med at sikre en økonomi i

balance i for stort omfang har overskygget de samtidige målsætninger om kvalitet i kerneopgaven og tilfredse ledere og medarbejdere.

For borgere og medarbejdere ville det betyde meget, hvis medarbejderne i større omfang kunne bruge tiden på eget team og egne borgere, og hvis der i større omfang kunne anvendes for borgerne kendte afløsere og vikarer.

### Klar til helhedspleje?

På tidspunktet for VIVEs evaluering fremstår kommunen som godt klædt på til implementering af sundheds- og ældreloven samt den nye ældrelov.

Kommunen har etableret faste, tværfaglige og selvstyrende teams med relevante fagligheder, og de har udviklet en konkret model for rehabilitering og helhedspleje, der præciserer hver medarbejdergruppes rolle og funktion inden for tre overordnede pleje- og omsorgsforløb.

Samarbejdet med de private leverandører er kun lige indledt, men den private leverandør er meget positiv over såvel de tværfaglige møder med myndighed, terapeuter og sygeplejersker, som de data, den private leverandør fremadrettet kan forvente at få stillet til rådighed om bl.a. produktivitet, kontinuitet og sygefravær.

I det videre udviklingsarbejde kan det overvejes at lade sig inspirere af Buurtzorg i forhold til i) at indføre en klar aftale om, hvor høj produktiviteten skal være i hvert af de enkelte team, ii) at gøre teamene selvdækkende.

Det kan også overvejes både at opgøre kontinuitet på måneds- og kvartalsbasis, da det jf. denne og tidligere evalueringer først er her, udfordringerne med et stort antal skiftende medarbejdere i hjemmet for alvor begynder at vise sig, og da der samtidig kan ses store forskelle mellem teams, der kan anvendes som afsæt for læring.

## Fakta om undersøgelsen

### Evalueringens datagrundlag

VIVEs evaluering er baseret på et omfattende datagrundlag med **observation og interview** fire gange i udviklingsforløbet:

- I **december 2021** er der afholdt tre dages observation og gennemført 18 interview (gruppinterview og individuelle interview).
- I **maj/juni 2022** er der afholdt fire dages observation og gennemført 19 interview (gruppinterview og individuelle interview).
- I **maj/juni 2023** er der afholdt tre dages observation og gennemført 18 interview (gruppinterview og individuelle interview).
- I **oktober 2024** er der afholdt fire dages observation og gennemført 17 interview (gruppinterview og individuelle interview).

Samtidig har Syddjurs Kommune gennemført **to spørgeskemaundersøgelser** med hhv. borgere og medarbejderne ved projektopstart (efteråret 2021) efter afslutning af de første tre forsøg (foråret 2022) samt efter udbredelse af tværfaglige og selvstyrende borgerteams til hele kommunen (efteråret 2024).

Endelig har VIVE fået adgang til **skriftligt materiale** samt **beskrivende kvantitative data** om projektet. Herunder er der indhentet data om produktivitet, kontinuitet og sygefravær i projektperioden.

# > **Afrapportering**

# 1 Introduktion

I dette kapitel redegøres for rapportens baggrund og formål. Først beskrives ældreområdet udfordringer, interessen for den nederlandske Buurtzorg-model og de foreløbige danske erfaringer med faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet. Derefter beskrives projektet "Mere værdig pleje" i Syddjurs Kommune og VIVEs evaluering. Endelig findes en læsevejledning til rapporten som helhed.

## 1.1 Ældreområdet i udvikling

Danmark er udfordret af et stigende antal ældre og et mindsket antal borgere i den erhvervsaktive alder. Finansministeriet estimerer, at der i 2030 vil mangle cirka 15.000 social- og sundhedsmedarbejdere (Finansministeriet, 2023). Der er bl.a. på denne baggrund interesse i nye løsninger, der kan bidrage til at sikre en velfungerende ældreomsorg, også i fremtiden.

**Den nederlandske Buurtzorg-model** er italesat som en mulig løsning på ældreområdets udfordringer, fordi den i nederlandsk kontekst er forbundet med en række fordele i form af en høj brugertilfredshed, en høj medarbejdertilfredshed og et minimalt brug af ressourcer på ledelse og administration (Buch, 2020). I Buurtzorg er sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere organiseret i små, selvstyrende teams bestående af maks.12 fastansatte teammedlemmer (Kjellberg & Buch, 2022), og det er de udførende medarbejdere selv, der sammen med borgerne finder ud af, hvordan hjælpen skal tilrettelægges i hjemmet (Bech et al., 2021). Der er ingen ledere, ingen BUM model<sup>1</sup> og ingen visitatorer, men nye roller (Topholm, 2023), klare produktivitetskrav (Kjellberg et al., 2023), "coaches" (ibid.) og en faglig og økonomisk styring baseret på bl.a. fokus på dataunderstøttelse, stikprøveaudit samt krav om sygeplejefaglig udredning hver tredje måned (Bech et al., 2021; Kjellberg & Topholm, 2023).

**Den nye ældrelov** (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024a) er i høj grad inspireret af den nederlandske Buurtzorg-model, og konceptet "helhedspleje" er, sammen med kravet om, at hver kommune skal indføre en styring med 3-5 forløbspakker, tænkt til at skabe rammerne for, at de udførende medarbejdere sammen med borgerne kan tilrettelægge indsatsen med afsæt i borgerens ønsker og behov. Der ønskes jf. den brede politiske aftale om ældrereformen (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2024b) en organisering i "faste teams", men det bliver jf. den nye ældrelov

---

<sup>1</sup> BUM-modellen er den almene betegnelse for den bestiller-udfører-model, der anvendes på ældreområdet. B står for bestiller. U står for udfører. M står for model. For en nærmere beskrivelse af BUM-modellen på ældreområdet henvises til Kjellberg & Topholm (2023).

(Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2024a) op til kommunerne selv at afgøre, hvordan de vil organisere indsatsen, og herunder hvordan de vil arbejde med at sikre kontinuitet, tværfaglighed og selvbestemmelse.

I perioden fra 2020-2025 har **tre statslige puljer** støttet arbejdet med udvikling af ældreområdet, bl.a. – men ikke kun – efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model (Boks 1.1).

### Boks 1.1 Tre statslige puljer har støttet arbejdet med udvikling af ældreområdet (2020-2025)

#### Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg (2020-2022)

Formålet med puljen var at afprøve nye innovative veje til at styrke omsorg og nærvær for borgere i ældreplejen og herunder se på veje til at reducere unødvendige dokumentationskrav.

Puljen var på 245 mio. kroner, som blev fordelt på 30 projekter i 29 kommuner.

#### Socialstyrelsens pulje for faste teams (2021-2023)

Formålet med puljen var at yde tilskud til at udvikle og afprøve nye veje til at sikre mere stabilitet og kontinuitet i ældreplejen gennem etablering af faste, selvstyrende og tværfaglige teams.

Puljen var på 169,5 mio. kroner, som blev fordelt på 25 projekter i 25 kommuner.

#### Socialstyrelsens pulje for forsøg med nærvisitation (2022-2025)

Formålet med puljen var at yde tilskud til at afprøve modeller for, hvordan ældre borgeres ønsker og behov i højere grad inddrages ved visitation og udførelse af hjemmehjælp og herunder understøtte samarbejdet mellem visitation, medarbejder og borger.

Puljen var på 14 mio. kroner, som blev fordelt på 7 projekter i 7 kommuner.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2023; Social- og Boligstyrelsen, 2022a, 2022b.

**Eksisterende forskning og analyse** finder overordnet set, at det er svært at udvikle ældreområdet efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model, fordi Buurtzorg-modellen i høj grad bryder med og udfordrer eksisterende styring, organisering

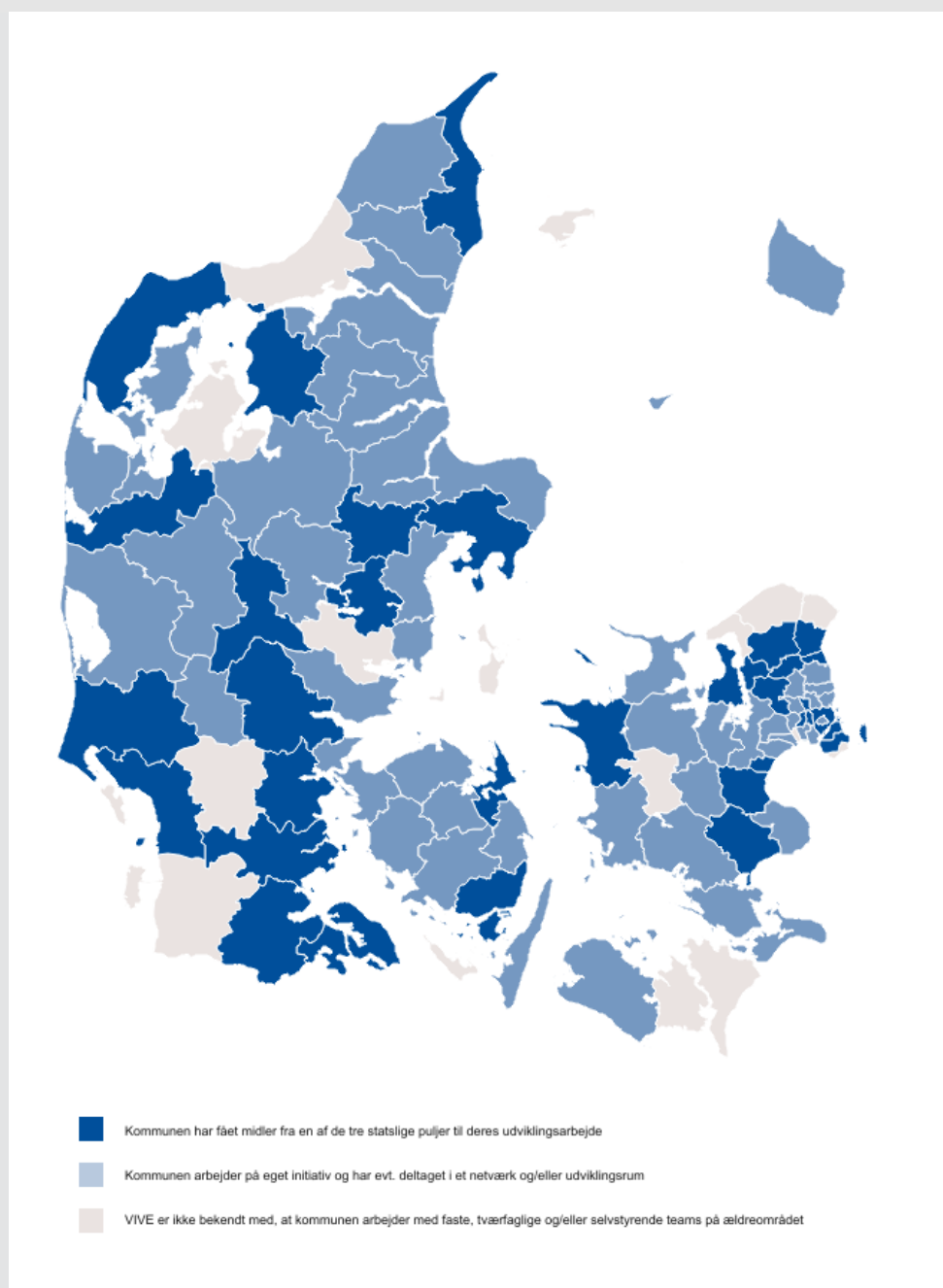
ring og ledelse i en dansk kontekst (Kjellberg, 2021a, 2023a, 2023b; Buch & Topholm, 2022; 2023; Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023; Buch, Topholm & Christensen, 2024; Buch & Foged, 2024; Foged & Kjellberg, 2024; Pedersen, 2024; Bøgeskov & Segoli, 2024; Hjort-Enemark et al, 2025; Aarhus & Fisher, 2025). Trods udfordringer og betydelige forskelle på kommunernes udviklingsprojekter meldes der imidlertid gennemgående om positive resultater i form af i) en bedre kontinuitet, ii) en bedre tværfaglig indsats med afsæt i borgerens behov, iii) et større fokus på rehabilitering samt iv) i nogle tilfælde også et lavere sygefravær (Kjellberg, 2021a, 2023a, 2023b; Buch & Topholm, 2022, 2023; Kjellberg, Buch & Anderberg, 2023; Buch, Topholm & Christensen, 2024; Buch & Foged, 2024; Foged & Kjellberg, 2024; Pedersen, 2024; Bøgeskov & Segoli, 2024; Hjort-Enemark et al, 2025; Aarhus & Fisher, 2025).

Figur 1.1 nedenfor giver et overblik over i) kommuner, der har fået midler fra én af de tre statslige puljer (32 kommuner), ii) kommuner, der arbejder med faste, tværfaglige og selvstyrende teams på eget initiativ og/eller har deltaget i Fremfærd Sundhed og Ældre eller Sundhedsstyrelsens netværk for nye organiseringsformer på ældreområdet (49 kommuner), samt iii) kommuner, der, så vidt VIVE er bekendt med, ikke arbejder med faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet i efteråret 2024 (17 kommuner).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> De netværk, der indgår i VIVEs optælling, er hhv. Fremfærd Sundhed og Ældres udviklingsrum for nærhed i omsorg og Sundhedsstyrelsens netværk for faste teams.

Figur 1.1 Danmarkskort med kommuner, der arbejder med faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet



Kilde: <https://www.vive.dk/da/temaer/faste-tvaerfaglige-og-selvstyrende-teams-paa-aeldreomraadet/>

Anm.: \*Kortet opdateres løbende, og der er tale om et øjebliksbillede fra februar 2025.

\*\*På VIVEs hjemmeside fremgår navnene på de enkelte kommuner, samt hvilke puljer de har fået midler fra.

## 1.2 Mere værdig pleje i Syddjurs Kommune

Syddjurs Kommune er én af de få kommuner, der både har fået midler fra Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær i omsorg (2020-2022) og Socialstyrelsens pulje for faste teams (2021-2023) til udvikling på ældreområdet.<sup>3</sup>

Bevillingen fra **Sundhedsstyrelsens pulje for nærvær og omsorg** var på i alt 11.014.260 kr.<sup>4</sup> og blev givet til at "... udvikle en hjemmepleje, hvor den enkelte borger med et behov for hjælp føler sig set og oplever at blive mødt med nærvær og modtager den omsorg, som han eller hun har brug for" (Syddjurs Kommune, 2020, s. 2).

Projektet Mere Værdig Pleje ville i henhold til Puljeansøgningen "nytænke rammerne for hjemmeplejen" og bringe "medarbejdernes faglighed mere i spil" (Syddjurs Kommune 2020, s. 2). Projektet ville tage udgangspunkt i den "... model for hjemmepleje, som nederlandske Buurtzorg har udviklet" (ibid.) og:

- "Virkeliggøre værdighedspolitikens mål og værdier ved at **genopfinde hjemmeplejen** ud fra et udefra og ind-borgerperspektiv (...).
- **Implementere selvstyrende teams** i hjemmeplejen, der skaber mere medindflydelse i anvendelse af tid og kompetencer, som bedst afspejler borgernes behov.
- **Udvikle og tilpasse et planlægningssystem** der understøtte de selvstyrende teams.
- **Styrke det sundhedsfaglige fokus** i hjemmeplejen ved i langt højere grad at koble plejeopgaven sammen med et sundhedsfagligt fokus.
- **Reducere dokumentationstiden** ved at styrke medarbejdernes kompetencer i forhold til at lave faglige vurderinger, som visitationen kan anvende i vurderingen af borgerens behov" (Syddjurs Kommune, 2020, s. 2).

Samarbejdspartnere i projektet var i forhold til puljeansøgningen henholdsvis Buurtzorg, Systematic, Sidsel Vinge og Type2Dialog (Syddjurs Kommune, 2020, s. 2).<sup>5</sup> VIVE blev tilknyttet efter projektopstart, fordi Syddjurs Kommune ønskede en ekstern evaluator, der kunne medvirke til at undersøge og dokumentere, hvordan og hvorvidt

---

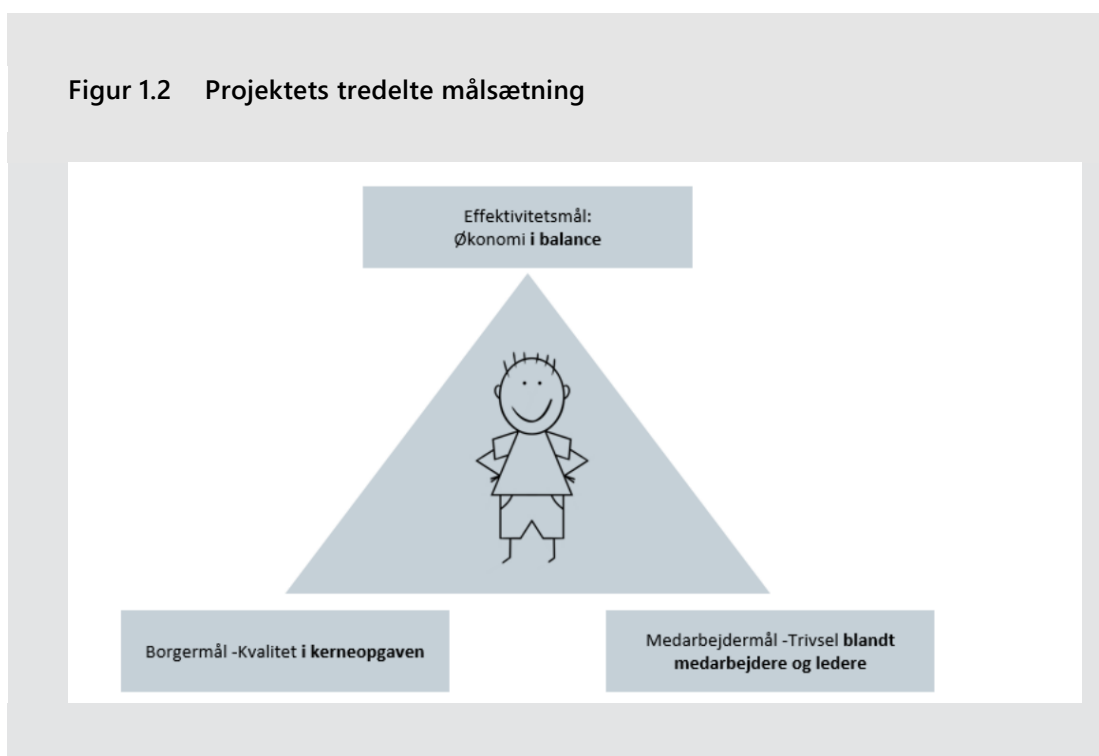
<sup>3</sup> Øvrige kommuner, der har fået midler fra begge puljer, omfatter: Ikast-Brande, Haderslev og Kolding.

<sup>4</sup> <https://www.ism.dk/Media/A/7/udmoentning-af-pulje-%20fordelt-paa-kommuner.pdf>

<sup>5</sup> Buurtzorg skulle bidrage til at overføre erfaringerne fra Buurtzorg til danske rammevilkår. Systematic havde en IT-løsning fra hospitalsverdenen, der gav medarbejderne indflydelse på planlægningen, og som de ville tilpasse og afprøve i kommunalt regi. Sidsel Vinge skulle fungere som rådgiver ift. organisations- og adfærdsdesign, og Type2Dialog ville bistå med ekstern projektledelse, organisationsdesign, adfærdsdesign, kompetenceudvikling og dataindsamling (Syddjurs Kommune, 2020, s. 2).



projektet levede op til sin tredelte målsætning om 1) kvalitet i kerneopgaven, 2) trivsel blandt medarbejdere og ledere samt 3) en økonomi i balance (Figur 1.2).



Kilde: Syddjurs Kommune, 2020, bilag 5.

Bevillingen fra **Socialstyrelsens pulje for faste teams** var på i alt 7.955.085 kr.<sup>6</sup> og blev givet til at udvikle "... en ny, 'tredje vej' i ældreplejen", hvor "... det bedste fra Buurtzorg fusioneres med det bedste fra den danske velfærdsmodel og det bedste fra Syddjurs Kommunes lokale praksis" (Syddjurs Kommune, 2021a, s. 2).

Syddjurs Kommune var i henhold til puljeansøgningen "... ved at afprøve tværfaglige og selvstyrende teams med ansvar for hjemme- og sygepleje i **tre geografiske områder**" (Syddjurs Kommune, 2021a), og Syddjurs Kommune ville i løbet af 2022 "... være en af de første kommuner, som har implementeret **selvstyrende teams i hele kommunen** – i tæt samarbejde med Buurtzorg" (ibid.).

Puljemidlerne fra Socialstyrelsen ønskede Syddjurs Kommune at bruge til at implementere den nye model for ældrepleje, som de var i gang med at udvikle, i bund. Endvidere til at fortsætte udviklingen, så kontinuitet og stabilitet ikke kun vedrører dagtid, men "... også omfatter ydertimer, akutfunktioner, specialistfunktioner, træning og private leverandører" (Syddjurs Kommune, 2021a, s. 2). Endelig ønskede de i forbindelse med projektet, at "... videreudvikle backoffice-funktionen, så et stort

<sup>6</sup> <https://www.sbst.dk/media/18096/15856520-fordelte-tilskud.pdf>

fokus på kontinuitet forenes med nye metoder til at styre efter tydelige effektmål, så høj kontinuitet og kvalitet forenes med sund økonomi" (ibid.).

Samarbejdspartnere i projektet er i henhold til puljeansøgningen Karlsson Konsult og Adm Design<sup>7</sup>, Buurtzorg, Systematic, Svanepleje og VIVE. VIVEs opgave er iht. puljeansøgningen at sikre løbende rådgivning af projekt- og styregruppe samt at sikre valide dataindsamlinger undervejs og til sidst i processen (Syddjurs Kommune, 2021a, s. 10).

## 1.3 VIVEs evaluering

Formålet med denne evaluering er på baggrund af ovenstående:

- At undersøge, hvordan og hvorvidt Syddjurs Kommune er lykkedes med udvikling af en ny tredje vej i ældreplejen, hvor "... det bedste fra Buurtzorg fusioneres med det bedste fra den danske velfærdsmodel og det bedste fra Syddjurs Kommunes lokale praksis".

Herunder vil vi undersøge:

- Hvordan og hvorvidt Syddjurs Kommune er lykkedes med udvikling og udbredelse af en velfungerende model for faste, tværfaglige og selvstyrende teams i en kommunedækkende struktur.
- Hvordan og hvorvidt Syddjurs Kommune er lykkedes med ambitionen om udbredelse af konceptet til ydertimer, akutfunktioner, specialistfunktioner, træning og private leverandører.
- Hvordan og hvorvidt Syddjurs Kommune lever op til den oprindelige tredelte målsætning om kvalitet i kerneopgaven, tilfredse ledere og medarbejdere samt en økonomi i balance.

### 1.3.1 Teoretisk inspiration

Evalueringen er teoretisk inspireret af en kombination af sociologisk nyinstitutionel teori (Røvik, 2007; Czarniawska & Sevón, 1996), bottom-up implementeringsforskning (Hjern & Porter, 1981) og virkningsevaluering (Pawson & Tilley, 1997):

---

<sup>7</sup> Reelt de samme medarbejdere, der tidligere var i Type2Dialog.

- Sociologisk nyinstitutionel teori anvendes til at sætte fokus på de oversættelser, der sker, når koncepter løftes ud af én kontekst (her, Buurtzorg i Nederlandene) og ind i en anden (her, Syddjurs Kommune).
- Bottom up-implementeringsteori anvendes til at anskue projektet nedefra, fra borgernes og de udførende medarbejderes perspektiv, og vurdere det ud fra dets evne til at løse de problemer, som de står med i dagligdagen.
- Virkningsevaluering anvendes til at sætte fokus på de virkninger, der kan observeres og ikke observeres på baggrund af projektet, og at koble disse virkninger (eller mangel på samme) til de indsats (eller mangel på samme), der er gjort i forbindelse med projektet.

Den teoretiske inspiration medfører en opmærksomhed på, at projektets oversættelse af Buurtzorg-modellen betyder noget for den nye organisering, der skabes, og dermed for, i) hvordan og hvorvidt den nye organisering opleves som et meningsfuldt bidrag til at løse de problemer, som borgere og medarbejdere står med i dagligdagen, og ii) hvordan og hvorvidt den nye organisering i kommunen bidrager til at realisere projektets tredelte målsætning om kvalitet i kerneopgaven, tilfredse medarbejdere og ledere, samt en økonomi i balance.

Det er samtidig en væsentlig pointe, at Syddjurs Kommune aldrig har haft til hensigt at *kopiere* Buurtzorg, men at "... fusionere det bedste fra Buurtzorg med det bedste fra den danske velfærdsmodel og Syddjurs Kommunes lokale praksis" (Syddjurs Kommune, 2021a, s. 2).

Spørgsmålet, der stilles i denne evaluering, er således ikke, om der er foretaget en oversættelse, men om den oversættelse, der er foretaget, er hensigtsmæssig i forhold til i) at løse de problemer, som borgere og medarbejdere står med i dagligdagen, og ii) realisere projektets tredelte målsætning om kvalitet i kerneopgaven, tilfredse medarbejdere og ledere samt en økonomi i balance.

### 1.3.2 Datagrundlag og mundtlig/skriftlig afrapportering

VIVEs evaluering er baseret på et forholdsvis omfattende empirisk datamateriale bestående af:

- Observation og interview med alle relevante aktører i og omkring projektet fire gange i projektperioden (efteråret 2021, foråret 2022, foråret 2023 og efteråret 2024).
- To spørgeskemaundersøgelser, som Syddjurs Kommune har gennemført ved projektopstart (efteråret 2021), efter afslutning af forsøget med de første tre teams (foråret 2022) og efter udbredelsen til hele kommunen

(efteråret 2024) for at belyse projektets målopfyldelse for hhv. borgernes og medarbejdernes perspektiv.

- Beskrivende kvantitative data om bl.a. teamstørrelse, produktivitet, kontinuitet og sygefravær – hvor produktivitet ses som indikator i forhold til målsætningen om at skabe en økonomi i balance, mens kontinuitet ses som indikator i forhold til målsætningen om kvalitet i kerneopgaven, og sygefravær ses som indikator i forhold til målsætningen om trivsel blandt medarbejderne.
- Diverse former for skriftligt materiale om projektet, fx i form af projektbeskrivelser, drejebøger og undervisningsmateriale.

Tabel 1.1 giver et overblik over evalueringens samlede datagrundlag og de mundtlige hhv. skriftlige afrapporteringer, VIVE løbende har givet til Syddjurs Kommune i løbet af projektperioden.

**Tabel 1.1 VIVEs dataindsamling og afrapportering**

	Efteråret 2021	Foråret 2022	Foråret 2023	Efteråret 2024
Kvalitative data	3 dages observation (de tre første teams) Interview med alle relevante aktører i og omkring projektet (16 interview) Div. skriftligt materiale	4 dages observation (de tre første teams) Interview med alle relevante aktører i og omkring projektet (19 interview) Div. skriftligt materiale	3 dages observation (nye og gamle teams) Interview med alle relevante aktører i og omkring projektet (18 interview) Div. skriftligt materiale	4 dages observation (nye og gamle teams) Interview med alle relevante aktører i og omkring projektet (17 interview) Div. skriftligt materiale
Borger- og medarbejder-surveys gennemført af Syddjurs Kommune	Borger-survey (3 teams) Medarbejder-survey (3 teams)	Borger-survey (3 teams) Medarbejder-survey (3 teams)	-	Borger-survey (hele kommunen) Medarbejder-survey (hele kommunen)
Kvantitative data	-	Beskrivende data om bl.a. teamsammensætning, produktivitet, kontinuitet og sygefravær	-	Beskrivende data om bl.a. teamsammensætning, produktivitet, kontinuitet og sygefravær
Mundtlig/skriftlig afrapportering	Mundtlig afrapportering til Syddjurs Kommune	Mundtlig afrapportering til Syddjurs Kommune Skriftlig evalueringsrapport, der er offentlig tilgængelig på VIVEs hjemmeside (Kjellberg, 2023a)	Mundtlig afrapportering til Syddjurs Kommune	Mundtlig afrapportering til Syddjurs Kommune Skriftlig evalueringsrapport, der er offentlig tilgængelig på VIVEs hjemmeside (denne rapport)

Der henvises til kapitel 6 for en nærmere beskrivelse af rapportens datagrundlag og metode.

## 1.4 Læsevejledning

Rapporten er disponeret i syv kapitler:

- **Kapitel 2** indeholder en beskrivelse af projektets indhold og udvikling i den samlede projektperiode (2019-2024).
- **Kapitel 3** indeholder en beskrivelse af "projektet i praksis" på tidspunktet for VIVEs afsluttende evaluering (dataindsamlingen fra september/oktober 2024).
- **Kapitel 4** indeholder en beskrivelse af resultatet af de spørgeskemaundersøgelser, der er gennemført af Syddjurs Kommune, samt af de beskrivende kvantitative data, som VIVE har indhentet i forbindelse med denne evalueringsrapport.
- **Kapitel 5** indeholder en tværgående analyse af, hvordan og hvorvidt projektet lever op til sine overordnede målsætninger, og hvad der videre kan gøres for at opnå dette formål.
- **Kapitel 6** indeholder en nærmere beskrivelse af evalueringens datagrundlag og metode.
- **Kapitel 7** indeholder tre bilagstabeller, der uddyber kontinuitetsdata og viser spredningen på tværs af teams.

## 2 Projektets udvikling (2019-2024)

I dette kapitel gives et indledende overblik over udviklingen i projekt Mere Værdig Pleje i perioden fra 2019 (tidspunktet for udarbejdelse af ansøgningen til Sundhedsstyrelsen) til 2024 (tidspunktet for VIVEs afsluttende dataindsamling).

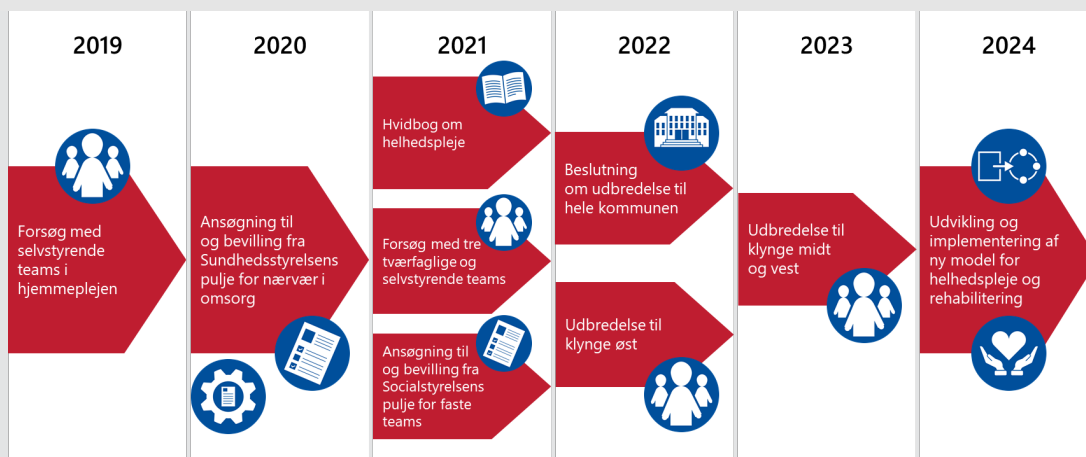
Vi beskriver projektets udvikling fra:

- Et hjemmeplejeprojekt til et hjemme- og sygeplejeprojekt
- Tre borgerteams til en kommunedækkende klyngestruktur
- "Grøn mark" og Buurtzorg til mere traditionel hierarkisk ledelse
- Enkeltydelser til helhedspleje – og inklusion af de private leverandører.

Fremstillingen er baseret på VIVEs løbende dataindsamling og analyse af udviklingsprojektet. Endvidere på de interview, der er gennemført i forbindelse med VIVEs sidste dataindsamling i efteråret 2024 (se kapitel 6 for en nærmere beskrivelse).

Figur 2.1 giver et overblik over projektets overordnede tidslinje.

Figur 2.1 Tidslinje



Kilde: VIVE

## 2.1 Fra hjemmepleje til hjemme- og sygepleje

Projekt Mere værdig pleje startede, jf. VIVEs interview i efteråret 2024, ud som et hjemmeplejeprojekt, der efterfølgende blev "kapret af sygeplejen".

I en periode på 2 år forud for ansøgningen til Sundhedsstyrelsen (dvs. i perioden fra 2018-2020) havde kommunen i henhold til den oprindelige puljeansøgning brugt interne udviklingsmidler på at eksperimentere med nye måder at drive **hjemmepleje** på efter inspiration fra Buurtzorg (Syddjurs Kommune, 2020).

Ansøgningen til Sundhedsstyrelsen havde titlen "**Mere værdig hjemmepleje**", og af ansøgningen fremgik det bl.a., at kommunen ville bygge videre på deres oprindelige udviklingsprojekt, ved at "... øge kompetencerne i hjemmeplejen, så hjemmeplejen i højere grad kan levere udvalgte elementære sundhedslovsydelser i tæt samspil med servicelovsydelser" (Syddjurs Kommune, 2020, s. 40). Det fremgik også, at kommunen i den forbindelse ville "flytte" et "antal social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker til hjemmeplejen" for "at sikre rette kompetence i hjemmeplejen og hurtig adgang til sparring" (ibid.)

Da kommunen modtog bevillingen fra Sundhedsstyrelsen, opstod der en intern drøftelse i kommunen om strategi for sammenkobling af hjemme- og sygeplejen: Projektets titel blev ændret fra "Mere værdig **hjemmepleje**" til "Mere værdig **pleje**", med den begrundelse, at det "... ikke smager så sødt, for medarbejderne i sygeplejen, at det er formuleret som en proces, hvor de skal over 'over i hjemmeplejen'" (mail fra den oprindelige projektleder til VIVE, dateret den 17-02-21). Formuleringer som "integration af sygeplejen i de selvstyrende teams" blev ligeledes ændret til "en ny organisering mellem hjemme- og sygepleje", fordi "... den anden formulering falder meget uheldigt ud i samarbejdsfladerne – og det kommer til at blive italesat anderledes i processen" (ibid.).

Syddjurs Kommune besluttede samtidig, dvs. i det tidlige forår 2021, at de ville gennemføre forsøg med **tre tværfaglige og selvstyrende borgerteams** for at "genopfinde plejen nedefra" og opnå "erfaringer med forskellige måder at indrette plejen på" (Karlsson et al., 2021, s. 3).

- **Fælles for forsøgene var**, at kommunen ville "slå ring om borgerne" i et mindre geografisk område og nedsætte et team bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper/ufaglærte og terapeuter. Teamet skulle have ansvaret for "al hjælp i hjemmet" (ibid.) og "store frihedsgrader i forhold til at tilrettelægge og justere hjælpen ud fra, hvad borgeren kan, har brug for og ønsker inden for rammen af den bevilgede støtte" (ibid.).

- **Forsøgene adskilte sig samtidig** med hensyn til deres ledelsesmæssige ophæng og tilknytning til den eksisterende organisation: Det ene forsøg skulle ledes af en coach<sup>8</sup> og placeres på en "grøn mark"<sup>9</sup>, uden for rammen af den eksisterende organisation, for at sikre de bedste rammer for at bryde med eksisterende vaner og rutiner. Det andet forsøg skulle ledes af sygeplejen, men ligeledes placeres på en "grøn mark", uden for rammen af den eksisterende organisation. Det tredje forsøg skulle ledes af hjemmeplejen og holde sig inden for eksisterende organisatoriske rammer.<sup>10</sup>

Som led i arbejdet med forberedelse af disse forsøg blev der afholdt en række workshops, hvor alle relevante ledere og medarbejdere deltog, og hvor der også deltog en erfaren Buurtzorg-coach fra Buurtzorg i Nederlandene.<sup>11</sup> Det blev på baggrund af disse workshops besluttet, at terapeuterne skulle bevare deres ledelsesmæssige tilknytning til lederen af træningsafsnittet. Samtidig blev der udarbejdet konkrete arbejdsgange og mødestrukturer for såvel de sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte, der var faste medlemmer af teamene, som de planlæggere/koordinatorer, terapeuter, visitatorer og coaches, der var tilknyttede.

Forsøgene med tværfaglige og selvstyrende borgerteams startede op i efteråret 2021, og projektledelsen fortalte på samme tidspunkt VIVE, at Syddjurs Kommune havde brug for afklaring af, om Mere værdig pleje "kun var et projekt" eller udtryk for den fremadrettede, strategiske retning for udvikling af ældreområdet i kommunen, fordi de ikke kunne befinde sig i en situation, hvor dette var uafklaret i længere tid.

VIVE blev samtidig og på denne baggrund bedt om at lave en første devaluering af de tre forsøg i november/december 2021, 1-3 måneder efter projektopstart.<sup>12</sup> VIVEs evaluering (Kjellberg, 2021b) fandt, at der var stor opbakning til projektet blandt såvel social- og sundhedshjælpere/social- og sundhedsassistenter som sygeplejer-

---

<sup>8</sup> "Coaches" er et Buurtzorg-fænomen. Buurtzorg er bl.a. kendt for sine "selvledende teams" (self-managing teams) og for at være en "organisation uden ledere". I stedet findes "coaches" med ansvar for 40-45 teams pr. coach, se fx beskrivelsen hos Buch (2020) eller Topholm, Buch & Kjellberg (2025).

<sup>9</sup> "Grøn mark" er et begreb, som blev introduceret i Hvidbogen om helhedspleje, som kommunen og de tilknyttede konsulenter udarbejdede i forbindelse med projektopstart (Karlsson et al, 2021, se også note 10). Her fremgår det, at: "Teamet placeres uden for den eksisterende organisation – på det, vi kalder "grøn mark". Det skal sikre gode muligheder for at tænke nyt, fordi der er vandtætte skodder til eksisterende vaner, mønstre, hierarkier og uskrevne normer og regler" (s. 3). VIVE er ikke stødt på begrebet andre steder i forbindelse med vores dataindsamling, men vi har valgt at bruge det i dette kapitel, fordi det fremstår centralt i beskrivelsen af de intentioner, som kommunen og de tilknyttede konsulenter på dette tidspunkt havde om at genopfinde ældreplejen nedefra uden at lade sig binde af eksisterende vaner og rutiner.

<sup>10</sup> Der ligger en række dokumenter, der beskriver disse forsøg og kobler dem til den oversættelse af Buurtzorg-modellen, som Syddjurs Kommune og Type2Dialog havde udarbejdet under titlen: "Hvidbog: Helhedspleje i Danmark. En samlet opskrift på en oversættelse af den hollandske Buurtzorg-model". Her findes også overvejelser om styrker og svagheder ved forskellige ledelsesmodeller (Karlsson et al., 2021).

<sup>11</sup> Det var den samme coach, der var tilknyttet udviklingsarbejdet i bl.a. Ikast-Brande (Kjellberg, 2021a) og Haderslev (Kjellberg, 2023b).

<sup>12</sup> De tre første teams startede op primo september, ultimo september og primo november 2021.



sker og tilknyttede terapeuter og visitatorer. De gav i henhold til evalueringen udtryk for en "grundfølelse af projektets nødvendighed" i forhold til at skabe "kontinuitet, tværfaglighed og gode/mere værdige borgerforløb". Men de udtrykte samtidig bekymring for, om der ville være økonomiske og personalemæssige ressourcer nok til at indføre konceptet i hele kommunen (her tænkte de særligt på, om de ville være sygeplejersker nok til at bemane bæredygtige tværfaglige borgerteams i en kommunedækkende struktur). Der var på dette tidspunkt "stor vilje men begrænset kompetence" til selvstyring – hvilket også pegede på, at selvstyring var et ønsket fremtidsscenario for medarbejderne (ibid.).

Syddjurs Kommune besluttede bl.a. på baggrund af VIVEs evaluering, at de ville afslutte Mere Værdig Pleje som projekt og indføre tværfaglige og selvstyrende borgerteams i hele kommunen.<sup>13</sup> Den eksisterende organisering i "hjemmeplejen" og "sygeplejen" skulle nedlægges, og i stedet skulle der etableres en ny organisering baseret på tværfaglige og selvstyrende borgerteams under fælles ledelse af en ny "leder for udvikling af ældreomsorgen"<sup>14</sup> og med en kombination af "klyngeledere" og "coaches" (se også beskrivelsen i kapitel 2.2).

Beslutningen om organisationsomlægningen blev meldt ud i januar 2021, hvor det samtidig fremgik, at den tidligere leder af sygeplejen skulle have rollen som ny leder for udvikling af ældreomsorgen/leder af borgerteams, mens fremtiden i kommunen for den tidligere leder af hjemmeplejen var uvis.

Mere værdig pleje gik således fra at være et "hjemmeplejeprojekt" til at være en ny strategi for udvikling af hjemme- og sygeplejen med den oprindelige leder af sygeplejen som fremadrettet primus motor i løbet af et enkelt kalenderår.

## 2.2 Fra tre teams til en kommunedækkende klyngestruktur

Projekt Mere Værdig Pleje startede som beskrevet ovenfor med tre forsøg med tværfaglige og selvstyrende borgerteams, hvor der skulle "slås en ring" omkring borgerne i et mindre geografisk område og etableres tværfaglige teams bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere

---

<sup>13</sup> Projektet fortsatte stadig i den forstand, at kommunen stadig fik og brugte puljemidler fra først Sundhedsstyrelsen og derefter Socialstyrelsen på udvikling af ældreområdet. Forskellen var det signal, at der ikke længere var tale om et projekt, der skulle afsluttes og evalueres, hvorefter kommunen evt. ville gå tilbage til den praksis, der tidligere havde været. Nu var den strategiske retning klar.

<sup>14</sup> Denne centrale lederskikkelse, der senere fik titlen "leder af borgerteams" var direkte inspireret af Jos de Blok – stifteren af Buurtzorg – og hans centrale rolle som værdibærer i organisationen. Se fx beskrivelsen hos Kjellberg et al. (2023).

med tilknyttede visitatorer og terapeuter, der skulle "stå for al hjælp" til borgerne i hjemmet.

I forbindelse med de tre første forsøg blev det besluttet, at teamene skulle sammensættes af sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter i dagvagt fra sygeplejen, social- og sundhedsassistenter/social- og sundhedshjælper/ufaglærte fra hjemmeplejen i dag- og aftenvagt samt tilknyttede visitatorer og rehabiliteringsterapeuter, der også arbejder i dagvagt (Syddjurs Kommune, 2021b).

- Praktisk bistand, var ikke omfattet af projektet, fordi det leveres af en selvstændig rengøringsenhed eller private leverandører.
- Aftensygeplejen og akutsygeplejen var ikke del af projektet, fordi det leveres af specialiserede enheder i sygeplejen.
- Specialistfunktionerne i sygeplejen (sår, kontinens, farma) var ikke del af projektet, fordi det blev opfattet som mere hensigtsmæssigt at lade specialisterne udgå fra en tværgående specialistfunktion.
- Den fælles nat-funktion var ikke del af projektet, fordi der er så få opgaver om natten, at det vil være uhensigtsmæssigt at fordele på teams.<sup>15, 16</sup>

På det tidspunkt, hvor Syddjurs Kommune udarbejdede puljeansøgningen til Socialstyrelsen, dvs. i efteråret 2021, var det ambitionen at implementere "version 1" i bund, inklusive coaches og backoffice-funktioner<sup>17</sup>, samt at udbrede tankerne om kontinuitet og stabilitet til hele døgnet, private leverandører og forskellige former for specialistfunktioner i kommunen.

Med udbredelsen fra tre teams til en kommunedækkende struktur blev der imidlertid ikke som sådan taget nogen initiativer i denne retning. Det koncept, som blev udbredt, var nøjagtigt det samme koncept, som var afprøvet i de tre første forsøg, dvs. sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter fra sygeplejen i dagtid, social- og sundhedsassistenter/social- og sundhedshjælper/ufaglærte i dag- og aften (to forskellige vagthold) og tilknyttede rehabiliteringsterapeuter (dagtid) og visitatorer (dagtid).

For disse grupper blev der udarbejdet en tværfaglig teamorganisering ved at "slå ring om borgerne" i 12 geografiske områder og etablere 12 teams fordelt på tre

---

<sup>15</sup> Nattevagten i Syddjurs Kommune varetages fællesskab mellem hhv. hjemmeplejen (der har særlige medarbejdere ansat i nattevagt) og sygeplejerskerne (hvor alle sygeplejersker deles om nattevagten).

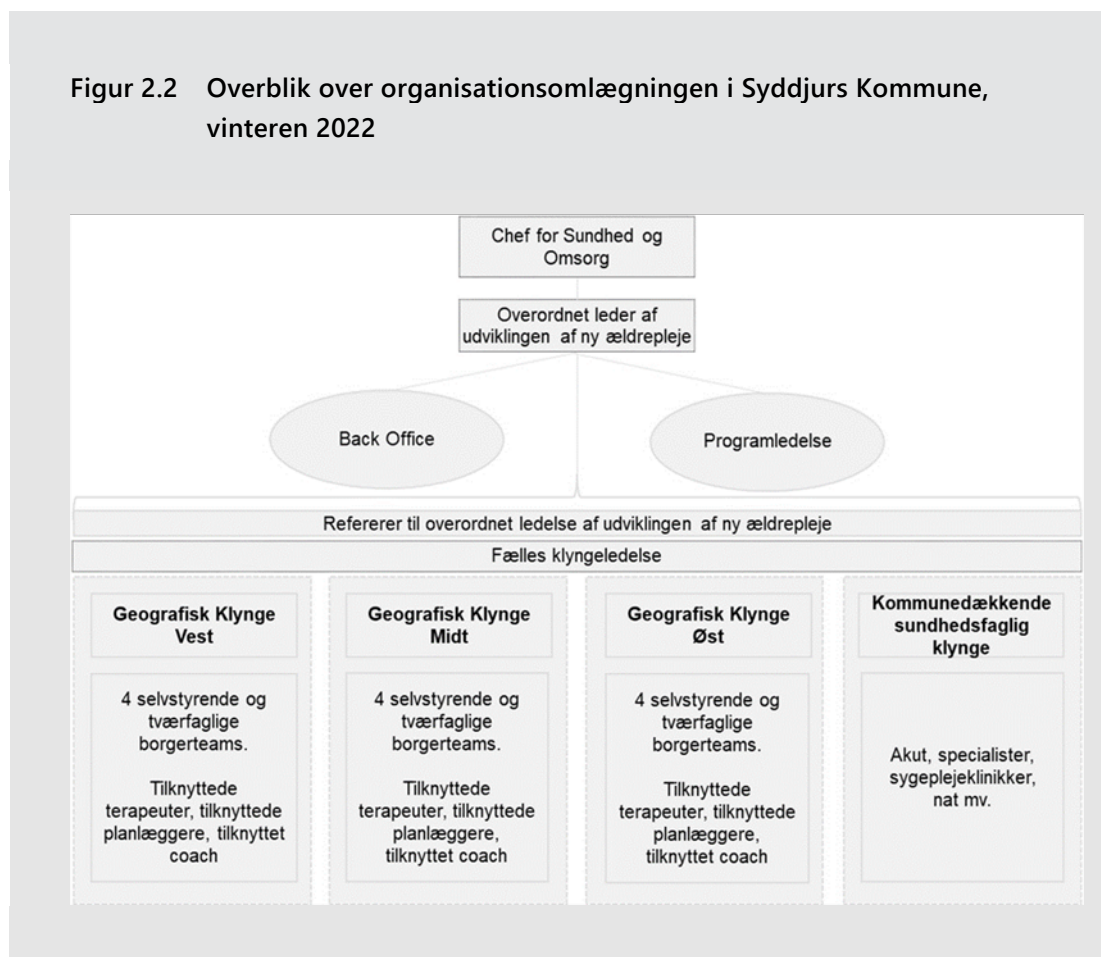
<sup>16</sup> I Buurtzorg samarbejder teamene også om dækning af natfunktionen, og det samme blev aftalt efter kort tid i forsøget med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande. Se Kjellberg (2021a), for en nærmere beskrivelse.

<sup>17</sup> Backoffice er et andet Buurtzorg-fænomen. Det beskriver egentlig bare de "backoffice" funktioner, der i Buurtzorg varetages af et nationalt servicekontor med et mindre antal faglige og administrative medarbejdere. Det vil sige, at Buurtzorgs organisatoriske grundmodel består af selvstyrende teams, coaches, en central værdibærer, et IT-system der muliggør datadreven ledelse og et backoffice, der bl.a. står for drift af IT-systemet. Se Kjellberg et al. (2023) for en nærmere beskrivelse.

geografiske klynger, der hver består af fire selvstyrende tværfaglige teams og tilknyttede terapeuter, planlæggere, visitatorer og coaches (Figur 2.2).

Ved siden af disse tre geografiske klynger ligger en kommunedækkende "sundhedsfaglig klynge" med akutteam, specialister, nat mv. (Figur 2.2).

**Figur 2.2** Overblik over organisationsomlægningen i Syddjurs Kommune, vinteren 2022



Kilde: Syddjurs Kommune.

Den sundhedsfaglige klynge blev oprettet i forbindelse med organisationsomlægningen i foråret 2022 og har stadig ikke ændret sig på tidspunktet for VIVEs evaluering.

Her er der gjort forsøg med at udbrede projektets koncepter om kontinuitet og stabilitet til de private leverandører (se beskrivelsen i afsnit 2.4), men ikke til aftensygeplejen og akut- og specialistfunktionerne i kommunen.

## 2.3 Fra grøn mark og Buurtzorg til mere traditionel hierarkisk ledelse

Buurtzorg har været en central inspirationskilde og samarbejdspartner tilknyttet projekt Mere Værdig Pleje. I foråret 2021 udgav Syddjurs Kommune og Type2Dialog en hvidbog om helhedspleje med oversættelse af Buurtzorg-modellen (Karlsson et al., 2021), hvor det bl.a. andet fremgik, at kommunen ville gennemføre det føromtalt forsøg med:

- at "slå ring om borgerne" i et mindre geografisk område
- sammensætte et team, der som udgangspunkt skulle stå for al hjælp i hjemmet – og havde udtalte faglige frihedsgrader
- opnå erfaringer med forskellige former for ledelse (coaches hhv. ledere fra hjemme- og sygeplejen) og organisatorisk tilknytning (grøn mark hhv. indenfor eksisterende organisatoriske rammer).

Syddjurs Kommune og Type2Dialog involverede i sommeren og efteråret 2021 medarbejderne og lederne i arbejdet med udvikling af en **drejebog** (Syddjurs Kommune, 2021b) der var stærkt inspireret af og udviklet i samarbejde med Buurtzorg – men som ikke desto mindre afveg fra Buurtzorg-modellen på en række centrale områder:

- Eksempler på områder, hvor de *lignede* Buurtzorg var i forsøget på at lægge mest mulig beslutningskompetence ud til teamene og introducere coaches, datadreven ledelse og et produktivitetskrav på maks. 61 % (Syddjurs Kommune, 2021b, 2022a og 2022b).
- Eksempler på områder, hvor de *afveg* fra Buurtzorg var i spørgsmålet om teamstørrelse (cirka 20 versus maks. 12) og i valget om at ville understøtte teamene med planlægning fra centralt niveau (bl.a. for at sikre effektiv resourceudnyttelse på tværs af teams).

I **efteråret 2021** uddannede de fire coaches i samarbejde med Buurtzorg, og de etablerede et backoffice under ledelse af én af de tidligere ledere fra sygeplejen, der fik ansvaret for i) coachene, og ii) et mindre antal medarbejdere med kompetence indenfor IT, dataunderstøttelse, økonomi og styring. På sigt var det endvidere tanken, at backoffice skulle overtage ansvaret for den samlede gruppe af planlæggere og koordinatorer fra hjemme- og sygeplejen, der jf. drejebogen skulle opbygge kompetencer indenfor såvel OPTIMA og CURA, så de fremadrettet ville kunne

udarbejde grundplaner med afsæt i såvel medarbejdernes ønsker til vagtplaner som de ydelser, der var planlagt hos borgerne.<sup>18</sup>

**I foråret 2022** fremgik det ved VIVEs interview, at coachene spillede en væsentlig rolle, idet de bl.a. understøttede teamene i at tage ansvar for at lede deres egne møder. Teamene var samtidig undervejs med at opbygge kendskab til de data, som de fik leveret fra det centrale datacockpit/backoffice, med henblik på, at de som teams kunne overtage ansvaret for styringen, herunder af teamenes produktivitet, som jf. inspirationen fra Buurtzorg maks. skulle ligge på 61 %. Medarbejderne i teamene var blevet uddannet til og varetog dag-til-dag-planlægningen med afsæt i de grundplaner, som planlæggerne i backoffice havde udarbejdet. Men selve backoffice fungerede ikke optimalt, og bl.a. var der mismatch mellem lederens primært sygeplejefaglige kompetencer og de kompetencer inden for IT-understøttelse, økonomi og styring, der også er centrale i Buurtzorg-modellen.

**I foråret 2023** traf den strategiske ledelse bl.a. på denne baggrund beslutning om at nedlægge backoffice og overføre de medarbejdere, der arbejdede med dataunderstøttelse, økonomi og styring til kommunens administrative stab. Forud for dette var der sket det, at der var blevet ansat en ny direktør (1.9.2022), og at kommunen som helhed var gået ud med et forholdsvis massivt underskud på i alt 60 millioner kroner. Da den tidligere ældre- og sundhedschef gik på pension, blev der ansat en ny med stærke kompetencer inden for datadreven ledelse, økonomi og styring (1.4.2023). Ved nedlæggelsen af backoffice overtog han ansvaret for økonomi og styring, mens planlæggerne blev flyttet ud i klyngerne. Lederen af borgerteams havde allerede forud for nedlæggelsen af backoffice overtaget ansvaret for coachene jf. inspirationen fra Buurtzorg.<sup>19</sup>

Ved interview med medarbejdere og ledere i foråret 2023 fremgik det samtidig, at det, der i de formelle projektpapirer blev italesat som en "fælles klyngeledelse" aldrig havde fungeret anderledes, end at der var én klyngeleder pr. klynge, som havde ansvaret for de borgerteams, der var tilknyttet klyngen. Der var på dette tidspunkt tilknyttet en kvalitetsansvarlig sygeplejerske samt evt. en enkelt administrativ medarbejder til hver klynge. Nu fik de tre klyngeledere også ansvaret for planlæggerne (1-3 planlæggere pr. klynge), og der sås således en tendens til genopbygning af noget af det gamle hierarki, der ellers havde været under nedrivning i forbindelse med etableringen af den nye organisationsstruktur.

Som følge af kommunens budgetunderskud skete der endvidere det, at direktøren og den nye ældre- og sundhedschef igangsatte en systematisk indsats med analyse af årsagerne til det store forbrug af vikarer, der også var dokumenteret i VIVEs

---

<sup>18</sup> I Buurtzorg er det et ufravigeligt krav, at hvert borgerteam skal have en produktivitet på 61 %, og dataunderstøttelsen er bl.a. indrettet på at monitorere dette.

<sup>19</sup> Coachene i Buurtzorg refererer til den centrale værdibærer.

første evaluering, og som både gik ud over borgerne og medarbejdere i borgerteams (Kjellberg, 2023a). De igangsatte bl.a. på denne baggrund i) en indsats med systematiske sygefraværssamtaler, ii) en indsats med etablering af et kommunedækkende afløserkorps som alternativ til eksterne vikarer, samt iii) en indsats med henblik på at sikre effektiv ressourceudnyttelse på tværs af teams.<sup>20</sup>

På tidspunktet for VIVEs tredje empiriske dataindsamling i foråret 2023 var direktøren og den nye ældre- og sundhedschef helt tæt involveret i den daglige drift, idet de afholdt ugentlige møder med klyngelederne og planlæggerne for at understøtte, at der skete en effektiv ressourceudnyttelse i og på tværs af teams. De havde ansat en ekstra, midlertidig klyngelederressource til at understøtte afholdelsen af sygefraværssamtaler og truffet beslutning om ansættelse af assisterende klyngeledere til at aflaste klyngelederne i dagligdagen.

Klyngerne bestod fra sommeren 2023 af en klyngeleder, en assisterende klyngeleder, en kvalitetssygeplejerske, 1-3 planlæggere samt evt. en yderligere administrativ funktion. Dette til udvikling og drift af 4 borgerteams med tilknyttede coachfunktioner.

**I februar 2024** blev der endvidere gennemført en større organisationsomlægning på det samlede ældre- og sundhedsområde. Den medførte i henhold til interview og tilsendt skriftligt materiale, at den nye ældre- og sundhedschef overtog ledelsen af klyngelederne fra lederen af borgerteams, der samtidig fik en ny stilling som souschef for det samlede ældreområde (hun bevarede ledelsen af coachene).

På tidspunktet for VIVEs seneste dataindsamling i efteråret 2024 var det lige netop blevet besluttet at ansætte teamledere på samtlige fysiske indmødesteder (de assisterende klyngeledere overgik til stillinger som teamledere). Det var også blevet besluttet at nedlægge coachfunktionen og opnormere antallet af kvalitetskonsulenter (coachene overgik til stillinger som kvalitetskonsulenter). Fremadrettet ville hver klynge i henhold til interview og tilsendt skriftligt materiale bestå af: en klyngeleder med ansvar for to gange to borgerteams fordelt på to fysiske indmødesteder – og for hvert fysisk indmødested for borgerteams: en teamleder, en ressourceplanlægger og en kvalitetssygeplejerske.

Der udtrykkes generelt set stor opbakning til beslutningen om ansættelsen af teamledere, nedlæggelse af coachfunktionen og opnormeringen af kvalitetskonsulenter, som også er taget i samråd med TR og AMR. Det understreges bl.a. i den forbindelse, at der kun var to coaches tilbage, at der var overlap mellem coachfunktionen og TR/AMR-funktionerne, at kvalitetskonsulenterne havde brug for aflastning, samt

---

<sup>20</sup> VIVE havde i sin evaluering anbefalet at afsøge de muligheder for etablering af selvdekkende teams, der ligger i den nederlandske Buurtzorg-model, men det var ikke en anbefaling, der blev fulgt i det videre projektarbejde.

at både coachene og kvalitetskonsulenterne arbejdede med kvalitetsudvikling, hvorfor det gav mening at fusionere de to funktioner.

Enkelte medarbejdere har dog reageret på udmeldingen med en opfattelse af, at det endegyldigt markerer afslutningen på det projekt, som blev igangsat i forbindelse med puljemidlerne for Sundhedsstyrelsen.

Set i forhold til det oprindelige eksperiment med tre forskellige former for ledelse og en placering på hhv. "grøn mark" versus eksisterende organisatoriske rammer, fremgår det af dette afsnit, at projektet er endt i den sidste kategori med noget, der ligner meget traditionel ledelse af hjemme- og sygepleje inden for meget traditionelle organisatoriske rammer, hvor det er op til planlæggerne på klyngniveau at sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse på tværs af teams, og hvor der i større omfang tænkes i stordrift frem for smådrift.

Der måles fortsat på produktivitet, og der udarbejdes også teamspecifikke oversigter over bl.a. produktivitet, sygefravær og kontinuitet, som de kendes fra Buurtzorg og nogle af de øvrige danske afprøvninger (ref. Haderslev, Tårnby). Selve Buurtzorg-aftalen om, at hvert team skal have en produktivitet på maks. 61 %, ser dog ikke ud til at være håndhævet i forbindelse med projektet.<sup>21</sup>

## 2.4 Fra enkeltydelser til helhedspleje og inklusion af de private leverandører

Syddjurs Kommune kommer fra et sted, hvor hjemmeplejen er aktivitetsstyret, og sygeplejen er rammestyret, samtidig med at der visiteres i enkeltydelser på service-lovsområdet og overdrages opgaver på sygeplejeområdet – svarende til praksis i rigtig mange af landets kommuner.

I forbindelse med de tre første afprøvninger blev der udviklet en ny faglig og økonomisk styringsmodel baseret på forløbstakster, der skulle give teamene faglig

---

<sup>21</sup> Projektlederen fortæller, at der i foråret 2024 er gennemført et undervisningsforløb i "hvid tid" (Syddjurs Kommune, 2024b), hvor det bl.a. fremgår, at hvid tid er del af kerneopgaven, og at der er plads til 33 % hvid tid i hjemmeplejen (fordi produktivitetskravet til hjemmeplejen er 66 %) og 55 % hvid tid i sygeplejen (fordi produktivitetskravet til sygeplejen er 55 %). Ressourceplanlæggerne bruger iht. projektlederen disse angivelser, når de på daglig basis skal træffe afgørelse om, hvor mange medarbejdere, der skal indkaldes på arbejde: Her er det vigtigt, at der også er hvid tid, dvs. udisponeret tid, da hvid tid bl.a. bruges på dokumentation og oplæring af nye kolleger. Projektlederen fortæller samtidig, at klyngelederne har haft mulighed for at stille forskellige krav til produktiviteten på tværs af teams for at tage højde for forskelle i køreafstand (kravet er, at produktivetsmålene opnås for klyngen som helhed, og ikke for det enkelte team), samt at økonomiteamet følger op én gang om måneden for at sikre, at produktivetsmålene nås. Der er dog ikke noget, der indikerer, at de i denne forbindelse har fokus på en evt. maksimumsgrænse for produktiviteten på teamniveau, idet der udmærket kan være teams, der vedvarende og over en længere periode har en produktivitet på 60-70 %. Se også afsnit 3.5 for en nærmere diskussion og beskrivelse af dette.

frihed til selv at tilrettelægge indsatsen i dialog med borgerne – samtidig med at den gav incitament til rehabilitering, idet teamene kunne beholde gevinsten, hvis de afsluttede borgerne før tid.

Den nye økonomiske styringsmodel var kun lige færdigudviklet på tidspunktet for VIVEs anden kvalitative dataindsamling, men to teams havde fået kompetenceudvikling i modellen, og særligt det ene team udviste jf. den eksterne konsulent "god forståelse" og var derfor blevet sluppet tidligere fri.<sup>22</sup>

VIVEs observationer og interview fandt på dette tidspunkt, at social- og sundhedsmedarbejderne var stærkt begejstrede for modellen, og deres nyerhvervede frihed til selv at skrue op og ned for tiden, sætte nye ydelser på og fjerne andre. Visitatorerne og terapeuterne oplevede imidlertid, at det nogle gange godt kunne gå lige hurtigt nok, hvilket VIVE også observerede i forbindelse med vores dataindsamling, hvor social- og sundhedspersonalet var ved at fjerne et middagsbesøg ved en ældre dement borger, fordi hun sagde, at hun godt selv kunne finde ud af at tage mad frem – uden at gå tilbage og sætte sig ind i, hvad der lige var baggrunden for, at denne ældre borger havde fået tildelt middagsbesøg (nemlig at hun var dement, og *ikke* selv kunne finde ud af at få spist til frokost).

Teamet havde selv løst problemet ved at indføre krav om, at social- og sundhedsmedarbejderne godt selv måtte sætte ydelser på, men at beslutninger om at fjerne ydelser skulle behandles på et teammøde, hvor visitatorerne og terapeuterne deltog. Terapeuterne anså sig på mange måder "overlappende" med visitatorerne, og hvis visitator ikke lige var der, tog de over i arbejdet med at sætte sig ind i borgersagen, og dermed medvirke til, at der kunne træffes kvalificeret beslutning om evt. afslutning af en given ydelse.

VIVE havde i forbindelse med vores første dataindsamling mange samtaler med myndighedsafdelingen om mulighederne for nærvisitation, og herunder for at de udførende sygeplejersker og terapeuter kunne oplæres i at varetage myndighedsfunktionen i forbindelse med deres arbejde svarende til, hvad de gør i Buurtzorg. Vi anbefalede konkret i vores mundtlige tilbagemelding, at kommunen arbejdede videre med en model, hvori der indgik et krav om sygeplejefaglig eller terapeutfaglig udredning hver tredje måned efter inspiration fra Buurtzorg og VIVEs tidligere studier af rehabilitering på ældreområdet (Kjellberg & Topholm, 2023).<sup>23</sup>

I forbindelse med udrulningen til borgerteams i hele kommunen blev den nye faglige og økonomiske styringsmodel med forløbstakster og databaseret styring

---

<sup>22</sup> Sideløbende med indførelse af forløbstaksten blev der indført et styringscockpit, hvor det var tanken, at backoffice løbende skulle følge med i indsatsen til borgerne og give gode råd, hvis der var noget, de på et databaseret grundlag fandt anledning til at stille spørgsmål ved.

<sup>23</sup> Se også beskrivelsen og begrundelsen hos Kjellberg og Topholm (2023).



trukket tilbage, bl.a. fordi beregningerne skulle tilpasses, og fordi fokus var på rent praktisk at få de nye teams til at fungere samt at sikre en hensigtsmæssig planlægning, reducere sygefraværet og mindske brugen af eksterne vikarer i og på tværs af teams.

Den almindelige faglige og økonomiske styring blev genintroduceret, og medarbejderne tilkendegav ved interview i foråret 2022, at projektet var blevet begrænset til kun at handle om tværfaglige borgerteams med integration af hjemme- og sygeplejen "uden alt flødeskummet". De tilskrev det kommunens budgetunderskud, og at kommunen ikke havde råd, for "nu handler alt om økonomi".

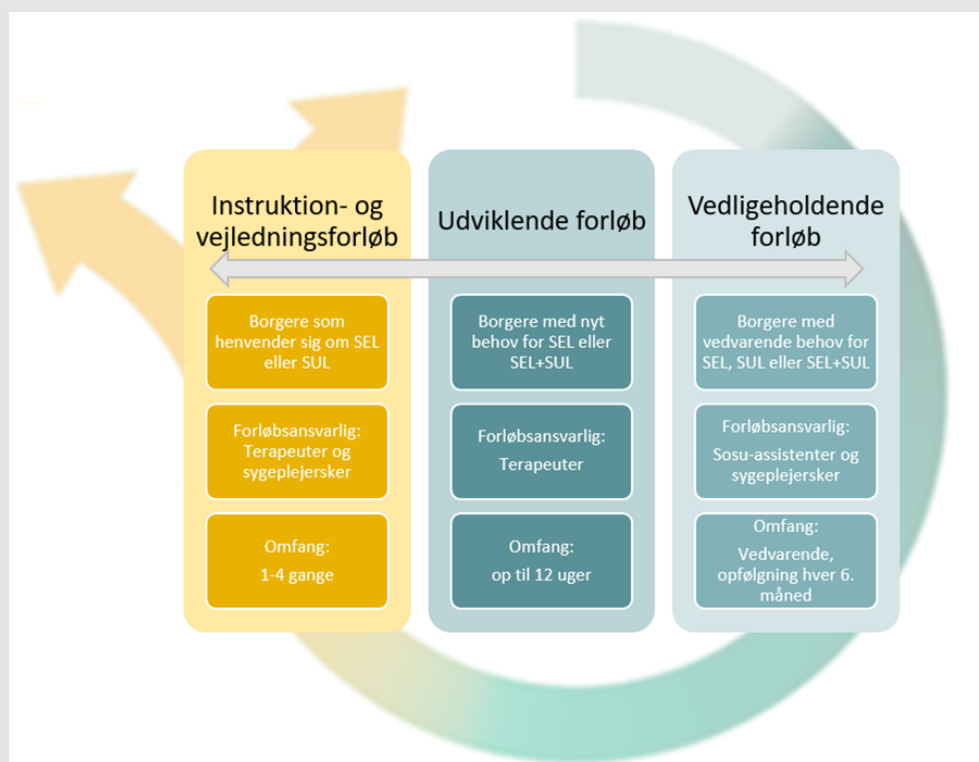
På tidspunktet for VIVEs sidste kvalitative dataindsamling fremgår det ved interview med projektlederen, at kommunen endnu ikke er nået i mål med udviklingen af **forløbstakster**, men at dette skyldes "almindelig langsommelighed"<sup>24</sup>, mere end noget andet. I perioden fra januar 2024 og frem til efteråret 2024 har det desuden været en udfordring, at helhedspleje jf. ældreloven ikke skulle inkludere sygepleje, hvilket gjorde det svært at beregne takster til de tværfaglige borgerteams.

I perioden fra januar 2024 og frem til efteråret 2024 har Syddjurs Kommune til gengæld udviklet en model for **rehabilitering og helhedspleje**, der forbereder kommunen til implementering af den nye ældrelov ved fastlæggelse af tre forløb med tilhørende fagroller, der sikrer systematisk målsætning og opfølgning for alle borgere, der henvender sig om (eller får) ydelser efter serviceloven (83, 83a) eller sundhedsloven (138).

---

<sup>24</sup> Hermed forstås i henhold til projektlederen, at det er komplekst, idet flere afdelinger skal arbejde sammen, og idet det samtidig har haft første prioritet at få styr på økonomien, udbredelsen til hele kommunen samt definitionen af fagroller til helhedspleje og rehabilitering, der er en nødvendig forudsætning for nærvistation.

Figur 2.3 Syddjurs Kommunes model for helhedspleje og rehabilitering



Kilde: Syddjurs Kommune, 2024.

I beskrivelsen af modellen (Syddjurs Kommune, 2024a) fremgår det, at "Sundhed og Ældre i Syddjurs Kommune har en vision om at forbedre plejeoplevelsen for borgerne i kommunen, ved at etablere tværfaglige, selvstyrende borgerteams, der leverer helhedspleje i mødet med borgeren. Helhedspleje betyder, at hjælpen skal tilbydes som et sammenhængende pleje- og omsorgsforløb, der gør det muligt at tilpasse hjælpen løbende ud fra borgerens aktuelle behov" (ibid., s. 2).

Modellen er udviklet med rehabilitering, relationel koordinering og fundamentals of care som referenceramme (Syddjurs Kommune, 2024a) og skelner mellem instruktions- og vejledningsforløb (1-4 uger), udviklende forløb (op til 12 uger) og vedligeholdende forløb (vedvarende, opfølgning hver 6. måned). Den tager fortsat udgangspunkt i de ydelser, der er specificeret på hhv. service- og sundhedslovsområdet, men indfører en ny praksis for udredning og målsætning i samarbejde med borgeren (indledende fase), iværksættelse af indsatser og løbende evaluering og justering (målrettet fase) samt evaluering af mål og forløb samt afslutning (afsluttende fase).

Sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsassistenter får som del af den nye model for rehabilitering og helhedspleje nye roller som *forløbsansvarlige* med ansvar for udredning og målsætning, iværksættelse af indsatser og løbende evaluering, samt evaluering af forløb og afslutning. Sygeplejersker og terapeuter er ansvarlige for de korte instruktions- og vejledningsforløb. Terapeuterne er ansvarlige for de udviklende forløb, og sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter er ansvarlige for de længerevarende forløb. Social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter får roller som kontaktpersoner, og der tænkes et tæt parløb mellem hhv. kontaktperson og forløbsansvarlig for alle borgere i borgerteams.<sup>25</sup>

Projektlederen fra Syddjurs Kommune oplyser i forbindelse med interview i efteråret 2024, at hun godt er klar over, at kravet om opfølgning hver sjette måned er lavt sat i forhold til det, som de gør i Buurtzorg, og som er anbefalet i VIVEs rapport om alternativer til BUM-modellen (Kjellberg & Topholm, 2023). Hun angiver samtidig, at det er styregruppen – ikke teamene – der har sat det så lavt, fordi styregruppen ønsker, at teamene skal komme i gang og vænne sig til de nye procedurer – inden de evt. stiller krav om en hyppigere opfølgning.

I forhold til de private leverandører er der endnu et stykke vej, før de (og kommunen) er klar til implementering af den nye ældrelov.<sup>26</sup> Svanepæleje er leverandør af personlig og praktisk bistand i Syddjurs Kommune, og de leverer her ud over overdragede sygeplejeydelser og ydelser efter servicelovens § 83a (rehabiliteringsforløb). De har et medarbejderkorps bestående af social- og sundhedshjælper og ufaglærte, hvilket svarer til, hvad kommunen havde, inden projekt Mere Værdig Pleje, og de er først lige blevet inddraget i projektet med tentativ adgang til data (styringsinformation) og møder med myndighed og sygeplejersker/terapeuter.

VIVE har afholdt interview med Svanepæleje i forbindelse med den sidste kvalitative dataindsamling i efteråret 2024. Her fremgik det, at Svanepæleje i høj grad var tilfredse med at få adgang til data og med at afholde møder med relevante fagpersoner fra kommunen. Data om kontinuitet kunne de bruge som basis for markedsføring, og møderne med sygeplejersker, terapeuter og visitatorer tjente til at højne fagligheden blandt medarbejderne, samtidig med at det gjorde det meget lettere at forstå hinanden, fx i spørgsmål om visitation af nye ydelser.

Interviewet med Svanepæleje blev afholdt kort tid efter, at regeringen havde lanceret sit udspil til sundhedsreformen, hvori det indgik, at sygepleje skulle integreres i helhedsplejen, hvormed borgerne fremadrettet skal gives frit valg mellem offentlige og private leverandører af helhedspleje *inklusive sygepleje*. De var ved at opnormere og

---

<sup>25</sup> Operationaliseringen ligger tæt op ad anvisningerne i VIVEs rapport om alternativer til BUM-modellen (Kjellberg & Topholm, 2023). Her fremgår det bl.a., at krav om 3-måneders vurderinger ved en terapeut eller sygeplejerske er en vigtig del af den faglige og økonomiske styring i en mere tillidsbaseret faglig og økonomisk styringsmodel efter inspiration fra Buurtzorg.

<sup>26</sup> Her skal borgerne have frit valg af helhedspleje mellem offentlige og private leverandører.

igangsætte et internt afklaringsarbejde om, hvordan de fremadrettet ville blive klar til at leve op til dette formål – men der er fortsat på interviewtidspunktet et godt stykke vej, inden de som privat leverandør er klar til helhedspleje i den forstand, som der lægges op til med ældre- og sundhedsreformen.

## 2.5 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at der over en periode på 5 år er sket en gennemgribende udvikling af ældreområdet i Syddjurs Kommune, hvor projektet – Mere Værdig Pleje – har spillet en væsentlig rolle.

Projektet, der oprindeligt var et "hjemmeplejeprojekt" med ambition om at "flytte" et uspecificeret antal social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker til hjemmeplejen med henblik på øget opdrageoverdragelse og sparring, har udviklet sig til et hjemme- og sygeplejeprojekt med nøglepersoner fra sygeplejen som centrale aktører i arbejdet med etablering af faste, tværfaglige og selvstyrende borgerteams i kommunen som helhed.

De tværfaglige borgerteams i Syddjurs Kommune består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte med fast tilknyttede terapeuter og visitatorer, der er koblet to og to som søsterteams med fælles indmødested. De er del af en klyngestruktur med stadig mere traditionel hierarkisk ledelse samt en sundhedsfaglig klynge med specialister, akutteam, aftensygepleje, den fælles nat-funktion og sygeplejeklinikker.

Projektet har udviklet sig fra et projekt, hvor der indledningsvist blev gjort forsøg med faglig frisættelse inden for rammen af forløbstakster, der skulle give teamene incitament til rehabilitering, til et projekt, der de seneste år har fungeret inden for rammen af den traditionelle faglige og økonomiske styringsmodel med visitation af enkeltydelser på servicelovsområdet og overdragelse af opgaver på sundhedslovsområdet.

Det seneste halvår er der imidlertid udviklet en ny model for rehabilitering og helhedspleje med tre forløb og konkrete arbejdsgangsbeskrivelser og fagroller, der skal sikre systematisk målsætning og opfølgning i borgerforløb. Den gør klar til, at kommunen kan slippe sin traditionelle faglige og økonomiske styring i forbindelse med implementeringen af den nye ældrelov og sundhedsreformen.

De private leverandører er indtil videre inddraget ved tentativt at give den private leverandør (Svanepæje) adgang til data og møder med visitatorer, sygeplejersker og terapeuter. Den private leverandør er i høj grad tilfreds med dette og tænker bl.a.,

at de kan bruge kommunens kontinuitetsdata som basis for markedsføring. De skal samtidig opnormere med relevante professioner for at være klar til implementering af den nye ældrelov og sundhedsreformen.

## 3 Projektet i praksis (2024)

I dette kapitel gives en beskrivelse af projekt Mere værdig pleje, som det fremstår på tidspunktet for VIVEs fjerde og sidste dataindsamling, dvs. i efteråret 2024. Vi har fokus på "projektet i praksis", dvs. hvordan ældreplejen udspiller sig for de borgere, medarbejdere og ledere, der er involveret, og hvad der – set fra deres perspektiv – virker godt og mindre godt. Dataindsamlingen er baseret på 2x2 dages observation, hvor VIVEs medarbejdere både har haft mulighed for at observere gamle og nye teams; teams, der er i gang med at implementere kommunens nye model for rehabilitering og helhedspleje; teams, der endnu ikke er i gang med at implementere kommunens nye model for rehabilitering og helhedspleje, arbejde om dagen og om aftenen, og arbejdet i den sundhedsfaglige klynge. Kapitlet er struktureret i 12 afsnit med fokus på områder, der i dataindsamlingen fremstod som centrale: geografi, team, teamlokale, dagligdag, arbejdsdeling, planlægning, tværfaglige borgermøder, helhedspleje, ledelse og dataunderstøttelse. Herefter følger en redegørelse for de mest væsentlige tilbagemeldinger fra interview med de involverede medarbejdere og ledere samt en kort opsummering. Tilsammen giver kapitlet et indblik i, hvordan projektet fungerer og opleves i praksis på tidspunktet for VIVEs fjerde kvalitative dataindsamling i 2024.

### 3.1 Geografi

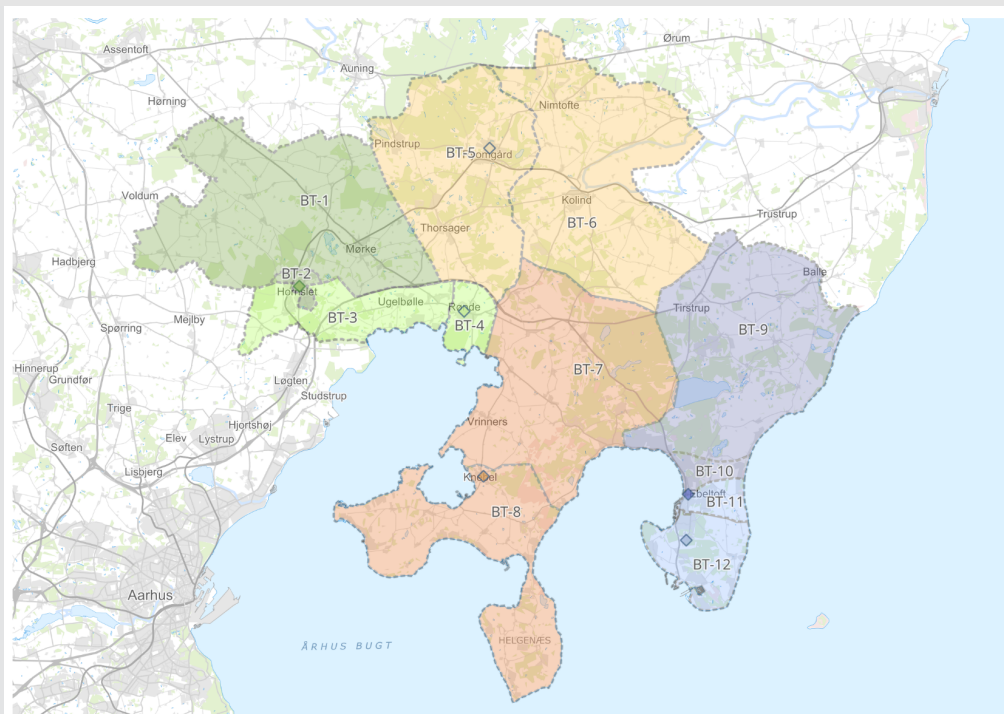
De 12 tværfaglige borgerteams i Syddjurs Kommune er etableret ved opdeling af kommunens geografi i 12 områder med tilnærmelsesvis ensartet borgergrundlag til et tværfagligt team bestående af cirka 20 årsværk sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte, når der tages højde for geografi (køreafstand).

Samtidig er der taget hensyn til et ønske om, at teamene skulle kunne bo sammen to og to på de enkelte lokationer. Årsagen hertil er, at det var en konkret erfaring fra de første tre forsøg, at et team blev for sårbart, hvis det skulle klare sig selv, og at der både i dag- og aftenvagter kunne være rigtig god synergi i, at to teams havde lokaler på samme matrikel. Der er også taget hensyn til, hvor det konkret var muligt at indrette teamlokaler, eller hvor man kunne tage afsæt i eksisterende lokaler.

Resultatet er en opdeling i 12 teams på 6 matrikler, som angivet på kortet nedenfor (Figur 3.1). Mens dette gav uro blandt medarbejderne, da opdelingen blev effektueret (Kjellberg, 2023a), virker det på tidspunktet for evalueringen til, at teamopdelingen er landet, selvom der ad hoc kan opstå situationer, hvor team-grænserne ikke er meningsfulde for medarbejderne i de enkelte teams.

Den sundhedsfaglige klynge er samlet i Thorsager.<sup>27</sup> Myndighed er placeret på rådhuset i Ebeltoft, og Syddjurs Træner er forankret på kommunens rehabiliteringscenter i Tirstrup.

**Figur 3.1** Geografisk placering af klynger og borgerteams i Syddjurs Kommune



Anm.: 1) Hver gruppe af to søsterteams har sin egen farve (mørkegrøn, lysegrøn, orange, rød, mørkeblå og lyseblå). De grønne teams hører under klynge vest. De orange og røde teams hører under klynge midt. De blå teams hører under klynge øst.

2) Teamenes fysiske indmødesteder i hhv. Hornslet, Rønde, Knebel, Ebeltoft (1) og Ebeltoft (2) er markeret med romber.

3) Den sundhedsfaglige klynge udgår fra Thorsager. Myndighed er placeret på rådhuset i Ebeltoft. Syddjurs Træner er samlet i Tirstrup.

Kilde: Kortet er udarbejdet af Syddjurs Kommune efter anmodning fra VIVE.

Som det ses på kortet, er der forskel på, hvor geografisk store de 12 områder er, som borgerteams dækker. Dataindsamlingen viser, at den geografiske forskel i praksis betyder, at nogle borgerteams oplever at have væsentligt mere køreafstand end andre. Denne forskel får en praktisk betydning for den enkelte medarbejder, idet det på tværs af teams opleves, at der ikke lægges tilstrækkelig køretid ind i planer. Forskellen får også en betydning, idet de to søsterteams forventes at hjælpe hinanden ved sygdom, dække ind ved møder, m.m. Når borgerbesøg fra et team flyttes

<sup>27</sup> Sygeplejeklinikkerne er spredt ud over hele kommunen og fremgår ikke af kortet.

midlertidig over i et andet, kan de geografiske afstande i praksis gøre det vanskeligt for teams at hjælpe hinanden.

## 3.2 Team

Teamene er sammensat af cirka 20 årsværk sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte med tilknyttede terapeuter og visitatorer (Syddjurs Kommune, 2022a).

En opgørelse over det faktiske antal teammedlemmer på tidspunktet for VIVEs fjerde kvalitative dataindsamling i efteråret 2024 (Tabel 2) viser, at der på dette tidspunkt var 16-28 månedslønnede medarbejdere i de 12 borgerteams.<sup>28</sup>

Fordelingen af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og uuddannede varierer fra team til team, men generelt er der mindst fire sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i et team, hvoraf mindst to er sygeplejersker. De fleste teams ligger i størrelsesordenen fra 19-23 medarbejdere (BT 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11 og 12). Tre teams er større (BT 1, 4 og 5), og et enkelt er mindre (BT 7).

**Tabel 3.1** Antal medarbejdere i borgerteams. Sygeplejersker (SPL), social- og sundhedsassistenter (ASS), social- og sundhedshjælpere (SSH), uuddannede (UUD) og timelønnede (TL)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	I alt	Gn sn
SPL	3	2	3	2	3	5	3	3	4	3	3	3	<b>37</b>	3
SSA	3	2	4	2	3	4	1	2	2	1	2	1	<b>27</b>	2
SSH*	14	12	7	16	19	13	12	13	11	12	12	12	<b>153</b>	13
UUD	7	4	7	6	3	0	0	5	5	3	3	3	<b>46</b>	4
I alt	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>263</b>	<b>22</b>
TL**	5	4	2	2	2	2	1	2	0	0	1	0	<b>21</b>	2

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

Noter: \*: SSH inkluderer både social- og sundhedshjælpere og sygehjælpere. \*\*: De timelønnede består primært af uuddannede, men også af enkelte social- og sundhedshjælpere.

<sup>28</sup> De tre første teams var på hhv. 16, 23 og 32 teammedlemmer på tidspunktet for VIVEs første evaluering af Mere Værdig Pleje (Kjellberg, 2023a). Her blev det fremhævet, at de to mindste teams umiddelbart havde de bedste resultater, og at det store team så ud til at være blevet for stort.



Generelt ses en stor tilfredshed med at være i et tværfagligt team, da det fagligt opleves at give rigtig god mening både i forhold til sparring og samarbejde om opgaver. Sygeplejerskerne oplever at have færre borgere at forholde sig til, men også at det er sårbart med få sygeplejersker i særligt nogle af teamene, og at det kan være vanskeligt at sikre den samme kvalitet på tværs af kommunen. Samtidig er der på tværs af interviews en oplevelse af, at der er travlt i borgerteamene, og at det kan være vanskeligt at nå de administrative opgaver relateret til borgeren og medarbejderens egen kompetenceudvikling, introduktion m.m. Teamets interne arbejdsdeling er beskrevet i punkt 3.5.

De enkelte borgerteams har en planlægger, en terapeut og en visitator tilknyttet, der også er tilknyttet andre teams/har andre opgaver. Terapeuter og visitatorer refererer ikke til klyngeledelsen, men til lederen af hhv. træningscenteret og kommunens myndighedsafdeling. Dette er ifølge de interviewede terapeuter vigtigt for at undgå, at de bliver trukket ind i at 'dække huller', når planer er pressede.

Interviews med forskellige faggrupper viser, at der generelt er tilfredshed med det tætte samarbejde mellem borgerteam, terapeut og visitator, men at kontinuitet og tydelige arbejdsgange også her er vigtige komponenter for at lykkes i samarbejdet. Flere af de medarbejdere i hjemmeplejen, der var med i den første afprøvning, hvor visitation i højere grad var lagt ud til teamet, oplever, at det, at servicelovsydelser skal visiteres gennem visitator, er "gammeldags" med øget krav om skriftlighed og et øget tidsforbrug, før en ydelse kan gives borgeren. Teamsamarbejdet med terapeut og visitator beskrives nærmere under punkt 3.7.

Teamsamhørigheden og samarbejdet på tværs af vagtlag (dag og aften) i teamene fremstår ikke som værende stærkt. Overlevering mellem dag og aften samt håndteringen af "fælles opgaver" beskrives i interviews som forbedringsområder.

Nogle teams har organiseret sig med faste flyvere (dvs. medarbejdere uden grundplan), i andre teams fordeles besøg på de øvrige, der er på arbejde, når en medarbejder fx har fri. Ved sygdom er praksis, at teamet skal dække den første sygemelding selv, og ved behov kan der trækkes på søsterteamet. Derudover kan teamene benytte kommunens interne afløserkorps (se også beskrivelsen i afsnit 2.3 og 4.4.3.). Sygdom og håndtering af sygdom opleves af de interviewede medarbejdere generelt som værende et stort problem med negativ indvirkning på arbejdspress, kvalitet, kontinuitet og arbejdsglæde.

I de tilfælde, hvor de to søsterteams har fået opbygget et tæt samarbejde, opleves det positivt og mere fleksibelt. Fordi medarbejdere i højere grad også kender søsterteamets borgere, bliver det lettere at hjælpe hinanden. Samtidig er en tværgående indsigt fra dataindsamlingen, at netop det, at søsterteams forventes at hjælpe hinanden, øger presset på det enkelte team og den enkelte medarbejder. Både

sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte oplever, at den tid og det overskud, der kunne give en følelse af at kunne gøre sit arbejde ordentligt, få klaret fx borgerrelaterede administrative opgaver (fx opdatering af besøgsplan) og sikre udvikling i teamet "bliver spist" af det at skulle hjælpe søsterteamet. Det opleves både frustrerende og demotiverende.

De 12 borgerteams samarbejder desuden med medarbejdere fra den sundhedsfaglige klynge, der er en fælles kommunal enhed med akutteam, specialister (fx sårsygeplejerske, farmakonom), nattevagt og sygeplejeklinikker (Tabel 3.2).

**Tabel 3.2** Antal medarbejdere i den sundhedsfaglige klynge. Sygeplejersker (SPL), social- og sundhedsassistenter (ASS), andet og timelønnede (TL)

	Akutteam	Specialistteam	Klinikteam	Aften/nat	I alt
SPL	7	6	9	2	24
SSA	-	-	3	6	9
Andet*	-	3	-	-	3
I alt	7	9	12	8	36
TL**	4	0	1	2	7

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

Noter: \*: Andet inkluderer en farmakonom, en servicemedarbejder og en social- og sundhedshjælper. \*\*: Timelønnede er alle uddannet som sygeplejersker.

Specialister har fast fremmøde på udvalgte dage i borgerteams, og medarbejdere i borgerteams oplever, at det giver en øget adgang til den viden, som specialisterne har. Desuden at det giver en øget forståelse fra specialisterne om, hvordan den specialiserede viden integreres bedst muligt i teamets mangeartede opgaver hos den enkelte borger og på tværs af borgere.

Syddjurs Kommune har udviklet en app (Teamcare), som medarbejdere benytter, og som udover at give den enkelte medarbejder overblik over sin egen rute også giver overblik over det samlede team. Observationer peger på, at appen er et velintegreret værktøj, som medarbejdere sætter pris på i forhold til egen opgaveløsning og teamsamarbejde.

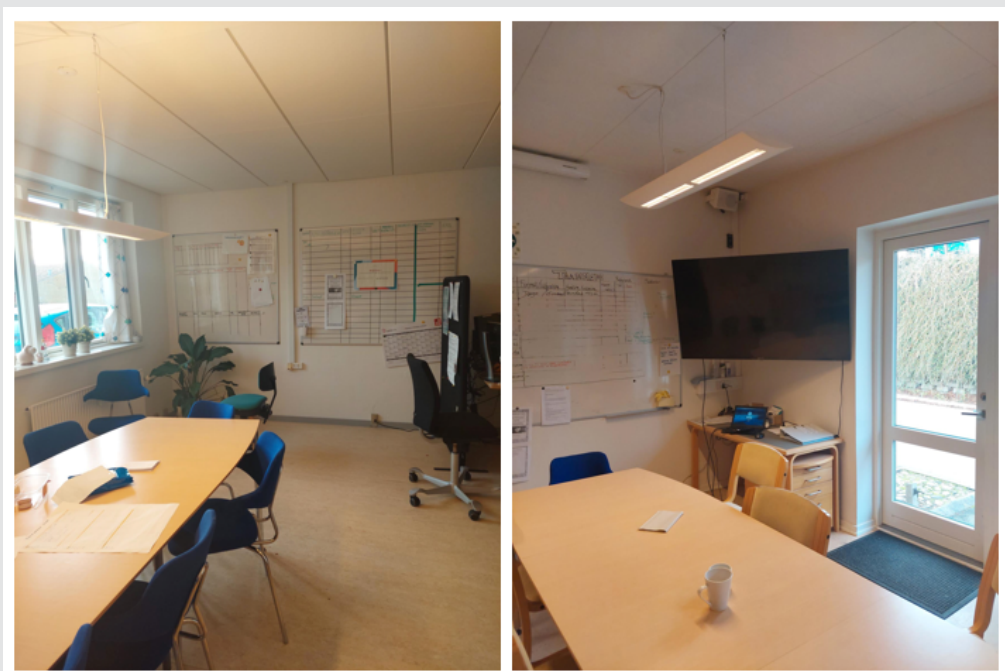
### 3.3 Teamlokale

Samtlige teams har adgang til deres eget teamlokale, som de bruger til at møde ind i, holde møder i, sidde og arbejde i, når de ikke er ude ved borgerne, og holde pause i, spise frokost o.l.

Teamlokalerne er udstyret med whiteboards og storskærm, og der er i tilknytning til alle lokaler adgang til køkken, toilet, bad og omklædning, depot m.m.

**Figur 3.2 Syddjurs Kommunes model for helhedspleje og rehabilitering**

Figuren viser et billede af et teamlokale (samme lokale fra to forskellige vinkler)



Kilde: Syddjurs Kommune.

De medarbejdere, der møder fast ind i teamlokalet hver dag, er sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte. Terapeuter og visitatorer møder kun ind, hvis der er møde, eller hvis de i øvrigt har et ærinde i teamet.

At teamet møder ind i samme lokale, hvor man fysisk kan se hinanden og tale sammen, og hvor man kan dele team-relevant viden via opslagstavler og whiteboards, oplever medarbejdere på tværs af fag, er med til at facilitere det tværfaglige team-

samarbejde. Gennem observationer var det tydeligt, at det var vigtigt, at det enkelte team havde sit eget teamlokale og ikke fx delte med søsterteamet. Selvom observationer viste, at der i visse tidsrum var en betydelig aktivitet i lokalet, så var det relateret til det enkelte teams arbejde, og der opstod lettere mulighed for både monofaglig og tværfaglig videndeling og sparring.

Det er forskelligt fra lokation til lokation, om de to søsterteams har deres teamlokale lige ved siden af hinanden eller fx er adskilt på forskellige etager i samme hus. Der er på alle lokationer kontorer til ressourceplanlæggere samt evt. øvrige administrative funktioner, men det er forskelligt, om de ligger i direkte tilknytning til det enkelte team eller fx er adskilt på forskellige etager. Der er i datamaterialet eksempler på, at to teams har en flydende brug af lokaler. Det kan fx være, at et monofagligt sygeplejemøde på tværs af teams afholdes i ét teams teamlokale, eller at aftenvagter i de to teams holder pause i samme lokale.

Klyngeledere, assisterende klyngeledere, kvalitetssygeplejersker og coaches cirkulerer mellem de matrikler, hvor teamene har teamlokaler. Med ansættelsen af teamledere forventes dog ændringer her, se også punkt 3.9 nedenfor.

## 3.4 Dagligdag

Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte, vikarer/afløsere og evt. øvrige møder ind i teamlokalet kl. 07.00, hvor de danner sig et fælles overblik over dagens opgaver på den storskærm, som alle teams har fået stillet til rådighed for opgaveløsningen.

Dag-til-dag-planlæggeren, som er en af team-medlemmerne, sidder typisk ved en PC, hvormed der kan laves rettelser på de planer, der ses på storskærmen. Der foregår en konstant vekselvirkning mellem, at medarbejderne sidder med deres egen plan på PC/smartphone, og at de orienterer sig mod storskærmen og den fælles drøftelse (se billede Figur 3.3). Social- og sundhedsassistenter, der kører helhedspleje, trækker sygeplejeopgaver over på deres plan på deres PC/smartphones, og fællesopgaver fordeles i plenum.

**Figur 3.3 Illustration af samarbejdet om fordeling af dagens opgaver.**

Billedet viser tre teammedlemmer samlet ved et mødebord i et teamlokale. De drøfter og tilretter en dagsplan for teamet som helhed ved brug af en bærbart computer, der er koblet til en storskærm.



Kilde: Syddjurs Kommune.

På morgenmødet håndteres også de ændringer i planer, der er opstået, og det er teamets ansvar at sikre, at opgaverne ved borgerne er fordelt mest muligt hensigtsmæssigt i forhold til de medarbejdere, der er på arbejde den pågældende dag. I praksis er dette nemmere sagt end gjort. Det skyldes bl.a., at sygemeldinger opleves at fylde meget i flere teams, at der ofte er mange fælles opgaver, der skal fordeles på i forvejen komprimerede planer, at borger- og medarbejderhensyn ikke altid er indtænkt i planen (fx at borger ikke vil have besøg af en mand, at en medarbejder ikke vil/kan løse en bestemt opgave), at kommunikation mellem fx aftenvagt og dagvagt ikke altid fungerer, og at eksempelvis praksis omkring tildeling af 2. hjælpefunktion opleves u hensigtsmæssigt, idet den i de første 14 dage ikke er indlagt i planen, men skal klares ad hoc.

Hvis biler og team-telefoner ikke allerede er fordelt, fordeles de. Teamet – evt. sammen med ressourceplanlægger – håndterer desuden sygemeldinger i teamet, forde-ler besøg, laver om på ruter og spørger evt. søsterteamet, om de kan hjælpe/bliver spurgt om hjælp af søsterteamet. Hvis der dagen før er indkaldt vikarer/afløsere, tager teamet også imod dem, og alt efter vikarens/afløserens kendskab til teamet

omfatter denne opgave diverse introduktioner, systemoprettelser og udlevering af smartphones.

Morgenmøderne vurderes overordnet at være relevante, og man værdsætter generelt at have fået indsigt i andres planer. Ligeledes værdsættes det, at det kan bidrage til, at opgaver fordeles mere hensigtsmæssigt i forhold til arbejdstyngde og på tværs af faggrupper, selvom som det ses under punkterne om arbejdsdeling (3.5) og planlægning (3.6), at det i praksis kan være vanskeligt at opnå en hensigtsmæssig fordeling.

Møderne er forholdsvis korte, og efter et kvarter til tyve minutter sker der typisk det, at social- og sundhedshjælperne og de ufaglærte tager ud for at løse dagens opgaver ved borgerne, mens social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerne bliver tilbage i teamlokalet eller går ind i et andet lokale for at danne sig overblik over deres egne opgaver samt evt. drøfte relevante borgersager med hinanden. Det er forskelligt fra team til team, om det kun er sygeplejerskerne/social- og sundhedsassistenterne i det enkelte team, der sætter sig sammen, eller om sygeplejerskerne/social- og sundhedsassistenterne mødes på tværs af søsterteams<sup>29</sup>, ligesom nogle social- og sundhedsassistenter også kører ud med social- og sundhedshjælperne/de ufaglærte. Efter en halv times tid kører sygeplejerskerne/social- og sundhedsassistenterne ud, og der er "stille" i teamlokalet.

"At køre ude" omfatter at besøge de borgere, man har på sin plan. Men planen kan ændres undervejs, fx hvis en borger har brug for hjælp tidligere end planlagt, eller hvis en kollega er blevet forsinket og har brug for at give besøg videre. Medarbejderne bruger deres smartphones via Teamcare-appen til at holde styr på deres egen plan og kan ude på ruten trække besøg fra andres plan over på egen plan. De noterer her, når de afslutter et besøg, og de kan gå ind og tjekke medicinlister osv. De kan desuden blive ringet op af fx den kollega, der har borger/teamtelefonen, de kan selv ringe til sygeplejersken med spørgsmål, aftale tidspunkt for fælles besøg hos en borger, eller de kan ringe til visitator eller en borgers læge. Der foregår således ofte en masse koordinering "on the fly". Nogle social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og social- og sundhedsassistenter ringer desuden til borgerne, hvis besøgstiden bliver væsentligt forsinket i forhold til det tidspunkt, borgeren vanligvis får sit besøg.

Ifølge kommunens regler kan morgenpleje foretages frem til kl. 11. Det bliver af flere social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og social- og sundhedsassistenter omtalt, som at kommunen tilbyder "brunch", idet morgenmad og frokost hos nogle borgere kommer til at ligge næsten oveni hinanden. Dette synes medarbejderne er

---

<sup>29</sup> Dette hænger jf. interview og observationer sammen med "afstanden" mellem teams, fx om de to teams har lokaler lige ved siden af hinanden på en fælles gang, eller om de har lokaler på hver sin etage i samme bygning. Det har også noget at gøre med, om der generelt opleves at være et samarbejde på tværs af de to søsterteams.

forkert ud fra et fagligt synspunkt, men forklarer, at morgenfremmødet i teamet er for lille til, at det kan være anderledes. Samtidig oplever flere, at de er nødt til at starte tidligt med frokostbesøg for at kunne nå sin plan.

En af teamets social- og sundhedshjælper eller ufaglærte har borger/teamtelefonen, som kan benyttes af fx borgere/pårørende, læger og hospitaler. At passe denne telefon ligger ud over at køre sin rute, og i interviews beskrives det, at opgaven kan opleves belastende. Nogle påpeger desuden, at den opgave ligger bedre hos planlæggeren (som den gjorde tidligere), der har det store overblik og ikke kører ude. Selvom der oprindeligt var fastsat telefontider, så bliver der ringet til telefonen på alle tidspunkter, og under en observation havde den ufaglærte, der havde telefonen, haft 12 opkald, der skulle håndteres, fra morgenmødet var slut til kl. 11.

Fra ca. kl. 10.30/11.00 begynder de forskellige teammedlemmer at vende retur til teamlokalet. Der spises, laves arbejde ved PC, gives besked videre til andre faggrupper, ringes til visitator, laves dag-til-dag planlægning, dokumenteres, holdes møder, m.m., inden der køres ud igen til frokostbesøg og øvrige besøg. I praksis er det ikke sikkert, at man når ind forbi, før frokostbesøgene er klaret, og der er således ikke et tidspunkt ud over morgenmødet og eventuelle borgermøder, hvor alle fremmødte teammedlemmer er samlet. Under observationer blev der observeret mange eksempler på fælles drøftelser og sparring på tværs af de social- og sundhedshjælper, ufaglærte, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og de planlæggere og kvalitetssygeplejersker, der evt. er på matriklen.

Efter frokostbesøg vender social- og sundhedshjælperne og de ufaglærte retur til lokalerne ved 13-tiden for at afslutte dagen eller deltage i eventuelle møder, inden der igen køres ud til eftermiddagsbesøg. Fra kl. 13-15 er der løbende en eller flere medarbejdere, der sidder og arbejder i lokalet, inden arbejdsdagen for de fleste slutter kl. 15, hvor aftenvagten (social- og sundhedshjælper/ufaglært) møder ind sammen med søsterteamet i ét af de to teams lokaler, mens aftenvagten (sygeplejerske/social- og sundhedsassistent) møder ind i den sundhedsfaglige klynge i Thorsager.

Personalet i den sundhedsfaglige klynge fortæller, at de "binder døgnnet sammen", idet de har akutsygeplejen (og specialisterne) om dagen, aftensygeplejen om aftenen og den fælles nat-funktion om natten. Hermed adskiller de sig fra borgerteams, der "kun" har borgerne dag og aften.

## 3.5 Arbejdsdeling

Syddjurs Kommune har traditionelt skelnet mellem "sygeplejeopgaver" og "hjelperopgaver", hvor der med sygeplejeopgaver forstås de opgaver, der varetages af sygeplejen og evt. overdrages til hjemmeplejen, mens der med hjælperopgaver forstås de opgaver, der varetages i hjemmeplejen.

**Sygeplejen** har været bemanded med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, og der blev ikke gjort forskel mellem de to grupper (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) i forbindelse med planlægningen. De løser opgaver efter sundhedslovens §138 og opgaveoverdrager opgaver til hjemmeplejen.

**Hjemmeplejen** har (svarende til andre kommuner) både været bemanded med social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og social- og sundhedsassistenter. Der har heller ikke været gjort forskel på disse tre grupper i forbindelse med planlægningen. De har løst opgaver efter servicelovens § 83 (personlig pleje, ikke praktisk bistand) samt opgaver efter sundhedslovens § 138, som sygeplejen har overdraget til dem.

På tidspunktet for VIVEs dataindsamling i efteråret 2024 planlægges der stadig med afsæt i "sygeplejeopgaver" (der som udgangspunkt løses af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) og "hjelperopgaver" (der som udgangspunkt løses af social- og sundhedshjælpere, ufaglærte eller social- og sundhedsassistenter ansat til plejen). Det er disse to forskellige typer af opgaver, der vises på den storskærm, som medarbejderne sidder og forholder sig til om morgenen. "Sygeplejen" har én farve. "Hjemmeplejen" har en anden farve.

Kommunen har i rekrutteringen af social- og sundhedsassistenter haft fokus på at ansætte social- og sundhedsassistenter til **helhedspleje** – forstået som en kombination af de opgaver, der traditionelt har været omtalt som hhv. "sygeplejeopgaver" og "hjelperopgaver" jf. ovenfor. De social- og sundhedsassistenter, der er ansat til helhedspleje, fortæller i forbindelse med observation og interview, at de typisk kører en "hjelperplan" – men trækker sygeplejeopgaverne over på planen om morgenen – fordi der ikke er helhedsplejeassistenter nok til, at det giver mening at oprette egentlige helhedsplejeassistent-ruter.<sup>30</sup>

VIVE observerer også andre eksempler på, at medarbejderne afviger fra den traditionelle arbejdsdeling mellem "sygeplejen" og "hjemmeplejen, jf. ovenfor. Det sker fx, når en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent giver støttestrømpe på, sætter mad frem eller tager skidt og skrald med ud, således at social- og sund-

---

<sup>30</sup> Dette ville de betragte som logisk, hvis der var helhedsplejeassistenter nok – og projektlederen fortæller således også, at det er planen, at kommunen med overgangen til helhedspleje vil lave egentlige assistent-ruter.



hedshjælperen/den ufaglærte kan undgå et besøg – eller når den "faste hjælper" er oplært i at varetage stomiplejen ved den borger, hun alligevel kommer hos.

Disse mere fleksible arbejdsdelinger understøttes af projektets værdisætning af arbejdet med at sikre borgeren "**færrest mulige hænder på håndtaget**".

Kommunen har samtidig igangsat et arbejde med udarbejdelse af funktionsbeskrivelser for alle medarbejdere i borgerteams. Her fremgår det bl.a., at det er social- og sundhedsassistentens opgave at varetage helhedspleje og fungere som forløbsansvarlig i vedvarende borgerforløb (se også beskrivelsen i kapitel 2.4).

Hermed ændres og manifesteres opgaven for social- og sundhedsassistenter som noget andet og mere end opgaven som hhv. sygeplejerske og social- og sundhedshjælper/ufaglært i Syddjurs Kommune.

## 3.6 Planlægning

Historisk kommer Syddjurs Kommune fra en situation, hvor sygeplejen og hjemmeplejen var planlagt hver for sig, svarende til den organisatoriske opbygning af hjemme- og sygeplejen i hhv. "sygeplejen" og "hjemmeplejen".

**Planlægningen i sygeplejen** blev varetaget af en lille gruppe bestående af 3-4 koordinatorer, hvis opgave det var at matche opgaver og medarbejdere. De havde både ansvaret for vagtplanen og arbejdsplanlægningen i kommunen som helhed, og de gjorde en dyd ud af og var stolte over, hvor godt og effektivt de løste opgaverne med minimal køretid og størst mulig kontinuitet i forhold til borgerne. Den eneste udfordring var – set fra deres perspektiv – at de udførende sygeplejersker ikke altid fulgte planerne, men tilpassede dem og flyttede rundt på opgaverne. Når de gjorde dette, var koordinatorernes store arbejde med planlæggerne spildt – til koordinatorernes store frustration og ærgrelse.

**Planlægning i hjemmeplejen** blev varetaget af en større gruppe planlæggere med tilknytning til hvert deres område og hjemmeplejegruppe. De havde kun ansvaret for ruteplanerne – vagtplanerne var lederen ansvarlig for – og vagtplanlægningen kørte desuden i et andet administrativt system (OPTIMA), som de ikke havde erfaring med at betjene. Planlægningen i hjemmeplejen lignede den planlægning, som VIVE har observeret i andre kommuner, og hvor hver planlægger bedst muligt forsøger at fordele opgaverne på medarbejdernes kørelister, med skelen til såvel individuelle kompetencer som præferencer og køretid. De vidste godt og var helt indforståede med, at medarbejderne efterfølgende flyttede rundt på opgaverne.

I forbindelse med de tre første forsøg blev ansvaret for planlægningen overdraget til teamet, hvor sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere/ufaglærte/social- og sundhedsassistenter fortsat planlagde hver for sig i hhv. "sygeplejerskeplaner" og "hjælperplaner".

VIVE observerede i forbindelse med de første dataindsamlinger, at der var udfordringer i nogle teams med at få planlægningen i gruppen af social- og sundhedshjælpere/ufaglærte til at fungere, fordi der var for mange kokke om det, og fordi det var svært for social- og sundhedshjælperne/de ufaglærte at prioritere tiden til planlægning i en travl arbejdsdag. Der blev både gjort forsøg med, at mange skiftende medarbejdere kunne varetage opgaven (hvilket fungerede mindre godt), og med at en mindre gruppe af medarbejdere deltes om den (hvilket fungerede bedre).

Det, der udfordrede såvel sygeplejerskerne/social- og sundhedsassistenter som social- og sundhedshjælperne/de ufaglærte i teamene, var samtidig, at vagtplanerne ikke matchede de opgaver, der skulle varetages hos borgerne. Nogle dage var der for mange på arbejde (og så var der hvid tid). Andre dage var der for få på arbejde, og så opstod der frustrationer og stress – hvilket kommunen i første omgang handlede på ved at lette på teamenes adgang til at bestille vikarer, samtidig med at de arbejdede på at bruge den hvide tid på relevante aktiviteter, fx dokumentation og teamudvikling. Vikarerne løste problemet på kort sigt, men det var ikke en holdbar løsning, hverken for borgerne (der oplevede mange skiftende medarbejdere i hjemmet), medarbejderne (der skulle bruge tid på at bestille vikarer og sætte vikarer ind i opgaverne), eller kommunens økonomi (der var underskud, bl.a. på grund af et højt vikarforbrug). Den strategiske ledelse valgte som beskrevet i kapitel 2.3 at reagere på budgetunderskuddet med vikarstop, etablering af et internt kommunalt afløserkorps, systematiske sygefraværssamtaler og en målrettet indsats med at sikre effektiv ressourceudnyttelse på tværs af teams, hvilket frustrerede teammedlemmerne, som også jf. punkt 3.2 fortrækker at kunne fokusere på arbejdstiden hos egne borgere og eget team.

På tidspunktet for VIVEs fjerde kvalitative dataindsamling i efteråret 2024 varetages planlægningen af ni ressourceplanlæggere, der har ansvaret for at sikre en effektiv arbejdstilrettelæggelse på tværs af teams, og som både har ansvaret for vagtplanlægningen og ruteplanlægningen.<sup>31</sup> Der er i henhold til interview med projektlederen lagt en stor indsats i at skabe sammenhæng mellem vagt- og ruteplanerne (dvs. at sikre, at der planlægges efter behov), og ressourceplanlæggerne har modtaget undervisning i, hvordan de skal differentiere i produktivitetskravene mellem faggrupper og sikre hvid tid i planerne (Syddjurs Kommune, 2024b).

---

<sup>31</sup> Ressourceplanlæggerne er fordelt, så der er én ressourceplanlægger pr. fysisk fremmødested i borgerteams, én ressourceplanlægger til den sundhedsfaglige klynge, og to ressourceplanlæggere som "flyvere" (dvs. afløser for den faste planlægger i tilfælde af sygdom eller andet fravær).

I hvert team er der derudover dag-til-dag planlæggere, hvis opgave det er at tilpasse opgaveløsningen på dagen. Det er ressourceplanlæggernes ansvar at sikre, at der er nok på arbejde til at bemane planerne, og hvis ikke der er, at løse problemet ved i) at fordele opgaver på tværs af teams eller ii) kalde ekstra personale ind. De planer, der lægges, lægges således samtidig både inden for og på tværs af de geografiske rammer. Det betyder, at en medarbejder i ét team godt kan få en liste, der både vedrører borgere i eget og søsterteamets opgaveområde.

Medarbejderne melder i interviews om udfordringer og frustration specifikt koblet til spørgsmålet om, hvorvidt der er medarbejdere nok, og hvorvidt det er en hensigtsmæssig strategi at disponere medarbejderne på tværs af teams, med de udfordringer det har for kontinuitet og arbejdsglæde. De rejser også spørgsmål ved det hensigtsmæssige i at minimere hvid tid, hvis det er tanken, at medarbejderne skal kunne holde til jobbet på sigt og tage ansvar for borgerforløb og teamudvikling.

Der berettes også om uhensigtsmæssig placering af "egen tid" og om mangel på køretid, som nævnt i punkt 3.1. Derudover opleves det fortsat, at der er for mange kokke rundt om planlægningen, og at der flyttes rundt på besøg uden øje for de forskellige hensyn, som de medarbejdere, der har brugt tid på at lægge planerne, har tænkt ind. I interviews fortælles der også om, at der er kommet (for) mange hensyn at tage i planlægningen (fx økonomi-, helhedspleje-, medarbejder- og borgerrettet), og at planlægningen af sygeplejeruter og hjemmeplejeruter er kommet for langt væk fra hinanden.<sup>32</sup>

### 3.7 Tværfaglige borgermøder

Teamene holder ugentlige tværfaglige borgermøder med deltagelse af visitator og terapeut. Det er så vidt muligt de samme visitatorer og terapeuter, der deltager, men der har i nogle teams været hyppig udskiftning på posterne. Ved møderne sker det også, at coaches, klyngeledere, kvalitetssygeplejersker eller andre deltager. Aftenvagten er ligeledes inviteret til de tværfaglige borgermøder, men det er forskelligt fra team til team og fra medarbejder til medarbejder, om denne deltager, og VIVE ser også et enkelt eksempel på, at et team har glemt at oplyse aftenvagten om tidspunktet for teammødet til alles synlige fortrydelse.

De møder, som VIVE observerer, vidner om, at samtlige mødedeltagere kender og er vant til at indgå i mødeformatet. Teamene har lokalt besluttet, hvem der er mødeleder; i nogle teams er det den samme medarbejder, i andre går det på skift. Mødelederen leder mødet ved at gennemgå borgere og øvrige emner, som skal behandles på mødet. Borgere og emner har teamet løbende kunne skrive på en

---

<sup>32</sup> Dette på trods af, at der fra starten har været gjort meget ud af, at de to ting skulle tænkes sammen.

liste/tavle, ligesom der også kan tilføjes på selve mødet. At borgerne, der skal drøftes, står på en fysisk liste/tavle, betyder, at terapeuter og visitator, der ikke har sin daglige gang i teamlokalet, ikke kan forberede sig på de enkelte borgere. På mødet tages en borger ad gangen, og de relevante mødedeltagere byder ind og medvirker til at belyse sagen. På mødet tages så vidt muligt beslutninger, som relevante medarbejdere efterfølgende kan handle på.

Der er generelt en oplevelse i teamet af, at borgermøderne er vigtige. Derfor opleves det også som frustrerende for fagpersonerne, når møder aflyses, ikke afholdes i ferieperioder, eller den enkeltes deltagelse ikke prioriteres i planlægningen. De tværfaglige borgermøder opleves som en mulighed for at sidde rundt om det samme bord – både de daglige teammedlemmer, visitator og terapeut og få belyst problematikker hos borgere fra flere sider samtidigt. Mens social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker har fast daglig adgang til hinanden, så er det på borgermødet, at visitator og terapeuter på fast basis møder teamet (de kan mødes ad hoc i løbet af ugen). I interviewet med visitatorerne fortæller de fx, at når borgermøderne kører godt, og de får vendt alle dimensioner af borgersagerne, så kan de "ikke få armene ned". I starten var de skeptiske – skulle de virkelig bruge tid på det – men nu oplever de klart samarbejdet med borgerteamene og terapeuterne som en fordel. Også terapeuterne er positive om deres deltagelse i teams. De oplever, at de får mulighed for at bidrage med deres specifikke viden, som både kan styrke kvaliteten i den enkelte borgers forløb, og fremme læring i teamet som helhed.

Selvom møderne generelt opleves positivt, viser dataindsamlingen også, at teamene i varierende grad oplever en række udfordringer. Der er fx ikke alle steder fundet en god løsning på, hvordan beslutninger taget på mødet formidles videre til de medarbejdere, der ikke er der (aftenvagter, der ikke møder ind og dagvagter, der har fri). Nogle steder skrives referater, andre steder skrives det direkte ind i CURA. Fordi de beslutninger, der træffes på borgermøderne er meget praksisnære, kan det få konkrete betydninger, når beslutningens vej bliver lang og usikker. Derudover er der også flere af teamene, der fortsat kan være udfordret af at få afgrænset møderne til borgerrelaterede punkter og med at nå alle relevante punkter på den afsatte tid. Særligt visitatorer og terapeuter, men også medlemmer af det daglige team, oplever, at møderne bliver irrelevante, når punkterne ikke er fokuseret på borgerne og det, teamet er fælles om, men i stedet bliver fokuseret på at løse konkrete udfordringer, som også fylder, som fx biler.

Det kan også være en udfordring, at det ikke altid er den faste terapeut eller den faste visitator, der har mulighed for at deltage i mødet – og så kræver det tid at arbejde sig ind på teammedlemmerne og opnå deres tillid. Det betyder også, at den pågældende terapeut/visitator ikke kan bidrage lige så godt, fordi denne ikke kender borgerne og dermed kan stå på eksisterende viden, når beslutninger skal

træffes. En anden udfordring, der opleves af de forskellige fagpersoner, ligger i den nye organisering, der er indført i myndighedsafdelingen, med en modtageafdeling, hvor visitatorerne skiftes til at "have vagten" som den, der tager telefonen, når der kommer henvendelser om nye borgere eller om justering af hjælpen ved eksisterende borgere. Konceptet er indført i bedste mening for at reducere visitatorernes arbejdspress, men i praksis bliver det imidlertid en udfordring for den enkelte visitator, når hun fx bliver præsenteret for en borgersag på et tværfagligt møde, som én af hendes kolleger har håndteret. Man kan ikke læse alt i CURA, fortæller visitatorerne i interview, og der er store forskelle på, hvordan de individuelle visitatorer går til borgersagerne bl.a. på grund af deres forskellige faglige baggrunde som hhv. sygeplejersker og terapeuter. Ændringerne i myndighedsafdelingen "stritter" i forhold til den vægtning af kontinuitet, der ellers er fundamentet i Mere Værdig Pleje. Ændringerne forbindes af visitatorerne med ansættelse af en ny myndighedschef, der vil medarbejderne det bedste, samtidig med at hun ikke har været del af projektet fra start.

Der er også bred enighed om, at de tværfaglige borgermøder ikke kan stå alene, men skal suppleres af øvrigt samarbejde. Det skyldes bl.a., at det kan opleves, at der ikke er tid til at gennemgå alle relevante borgere, og at borgerproblematikker ikke nødvendigvis kan vente til mødedagen. Også her får den nye organisering i myndighedsafdelingen konsekvenser, fordi social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter oplever at kontakte visitatorer, der ikke kender borgeren, og at det bliver op til medarbejdere at afkode, hvordan samarbejdet bedst fungerer med den enkelte visitator.

Syddjurs Kommune har som beskrevet i afsnit 2.4 også opstartet faste månedlige møder med den private leverandør. Her deltager den private leverandørs medarbejdere og ledere samt en kommunal visitator, sygeplejerske og terapeut fra Syddjurs Træner. Den private leverandør fortæller, at møderne er fysiske, af ca. 1 times varighed og centreret om borgerne. Den private leverandør beskriver i interviewet disse møder som givtige, bl.a. fordi de fremmer kendskab, dialog og samarbejde mellem den private leverandørs og kommunens medarbejdere.

## 3.8 Helhedspleje

Syddjurs Kommune har udviklet et koncept for helhedspleje, som kommunen er i gang med at implementere (se kapitel 2 for en nærmere beskrivelse).

På dataindsamlingsstidspunktet er der enkelte borgerteams, der er blevet undervist i helhedsplejekonceptet og i det små er begyndt at implementere det. Helhedsplejekonceptet er derfor langt fra at være automatiseret på samme niveau som det

daglige tværfaglige samarbejde og de tværfaglige møder i Mere Værdig Pleje. Det er fortsat tillært for de medarbejdere, som VIVE observerer, påtager sig rollen som forløbsansvarlige, og der pågår fortsat diskussioner om funktion og arbejdsgange.

Visitatorerne fortæller i interview, at det er en helt ny rolle, som sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og terapeuter skal varetage som forløbsansvarlige. Det er en rolle, der i henhold til én af visitatorerne, svarer til den, hun havde "i gamle dage", da hun var ansat som "almindelig sygeplejerske" i ældreplejen, og hvor de som sygeplejersker både havde ansvaret for at visitere til sig selv (som sygeplejersker) og at visitere opgaver på servicelovsområdet.

Social- og sundhedshjælpere og ufaglærte ser helhedspleje som en mulighed for, at de som gruppe kan aflaste sygeplejersker, der opleves at være pressede. Samtidig udtrykkes dog en bekymring for, hvordan det i praksis skal lykkes, fordi hjemmeplejeplanerne i forvejen er pressede.

Sygeplejerskerne ser også en mulighed i at kunne uddelegere flere opgaver, men har også praktiske erfaringer med, at der er grænser for, hvad der kan uddelegeres. For eksempel har man i et team prøvet at uddelegere insulinbehandling til den social- og sundhedshjælper, der kom hos borger, men har måttet rulle det tilbage, fordi opgaven var kompleks. Sygeplejerskerne har ligeledes en bekymring for, at de ufaglærte med deres korte oplæring ikke vil være i stand til at løfte sygeplejeopgaver. Samtidig fylder opgaven med at være forløbsansvarlig for sygeplejerskerne i forhold til at finde tid til de opgaver, der ligger deri.

Terapeuterne har en forventning om, at nogle arbejdsgange bliver lettere, fordi de får mulighed for selv at oprette en ydelse, hvis sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent beder terapeut om en mindre og afgrænset opgave. Terapeuter fortæller, at de oplever sygeplejersker, der bliver usikre på deres job i forbindelse med udrulning af helhedsplejen, fordi de opfatter det som et kommunalt ønske om flere social- og sundhedsassistenter og færre sygeplejersker.

### **3.9 Ledelse**

Teamene ledes af en klyngeleder med en assisterende klyngeleder, en kvalitetssygeplejerske og evt. øvrigt administrativt personale tilknyttet (se også beskrivelsen i afsnit 2.3). De er ikke nødvendigvis fysisk til stede, når teamene møder ind om morgenen, men de kan godt være det, hvis der er noget, der skal drøftes. VIVE observerer fx, at den kvalitetsansvarlige sygeplejerske kigger ind til ét af teamene om morgenen, fordi der er et konkret emne, hun gerne vil have dem til at sætte fokus på.

Til de tværfaglige borgermøder er klyngelederne og/eller de assisterende klyngeledere og kvalitetssygeplejerskerne ofte til stede, men det er ikke dem, der leder møderne – det gør medarbejderne selv – og klyngelederne/de assisterende klyngeledere og kvalitetssygeplejerskerne kan sætte emner på, ligesom alle andre.

VIVE hører i forbindelse med interview, at der har været et ønske om mere synlig ledelse. VIVE hører desuden klyngelederne fortælle, at det er og har været svært at være klyngeleder, fordi det har været uklart, hvad der har været deres rolle, og fordi de på nogle punkter har savnet et mere tydeligt mandat. Det er bl.a. det, der er med til at forklare, at der på tidspunktet for VIVEs kvalitative dataindsamling i efteråret 2024 er to vakante stillinger som klyngeledere – og at den strategiske ledelse bl.a. på denne baggrund har valgt at standse op – høre medarbejderne – og træffe beslutning om ansættelse af teamledere/nedlæggelse af coachfunktionen som beskrevet i kapitel 2.3.

De medarbejdere, VIVE har observeret og interviewet, fortæller, at de savner praksisnær og synlig ledelse i forhold til:

- borger/pårørende (arbejds miljøproblematik, samarbejde o.a.)
- diverse praktiske ting (biler, nøgler, indkøb (fx handsker til støttestrømper)
- teamet (uhensigtsmæssig planlægning, "lukke en snak ned", kendskab til teamets arbejde opleves som forudsætning for, at ledelsesbeslutninger bliver relevante, udpege retning)
- samarbejdet på tværs af vagtlag
- personaleledelse (anerkendelse, "læsse af" og opgaveprioritering)

På baggrund af dataindsamlingen fremstår det, at det primært er ledelse af teamet og ledelse af den enkelte, som efterspørges af medarbejdere. Behovet for faglig ledelse og sparring opleves langt hen ad vejen imødekommet gennem det tætte samarbejde i teamet.

## 3.10 Dataunderstøttelse

Syddjurs Kommune har som beskrevet i afsnit 2.3 haft en ambition om at levere data, som kan understøtte borgerteams i deres opgavevaretagelse, bl.a. efter inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model.

**Det oprindelige styringscockpit**, der blev udviklet, gav hvert team indblik i nøgletal vedrørende kontinuitet, indtægter og udgifter, BTP (brugertidsprocent),

belægningsprocent, vikarforbrug, sygefravær og visiterede timer.<sup>33</sup> Kontinuitet blev målt på ugebasis, og BTP blev opgjort som den tid, som teamet – inklusive timer brugt på vikarer – bruger ude ved borgeren, og det var en klar og tydelig målsætning, at brugertidsprocenten skulle ligge på 61 % for det enkelte borgerteam (Syddjurs Kommune, 2022b, s. 11).

**På tidspunktet for VIVEs fjerde kvalitative dataindsamling** anvendes der fortsat data til at understøtte teamenes drift, men der er ikke nogen "fast aftale" om, hvilken brugertid det enkelte team skal have (se også beskrivelsen i afsnit 2.3 og 4.3). De nøgletal, der stilles til rådighed, vedrører: tildelt og realiseret timepris, udvikling i visiteret og disponeret tid, leveringsprocent, BTP, kontinuitet (målt på månedsbasis), sygefravær, vikarforbrug, opgaveoverdragelse og rehabilitering.

Ressourceplanlæggerne oplever, at datafokuset har betydet et øget fokus på økonomi, der vanskeliggør deres arbejde med at få dækket borgeres besøg. Det opleves, at der ikke altid er sammenhæng mellem virkeligheden og de data/tal, de har adgang til. Omvendt oplever den strategiske ledelse, at man med den øgede adgang til data er lykkedes med at opnå en øget styringsmæssig bevidsthed lokalt.

Dataunderstøttelsen er ved at blive udrullet til den private leverandør, der har haft møder med Syddjurs Kommune, hvor de har set på, hvilke muligheder der ligger i det. I VIVEs interview med den private leverandør udtrykte interviewpersonerne begejstring og store forventninger til at få adgang til data, og herunder særligt kontinuitetsdata (se også beskrivelsen i kapitel 2.4).

### 3.11 Tilbage meldinger fra interview

Vi har i interviews systematisk spurgt ind til, hvad projektet – Mere værdig pleje – handler om, og hvad der er det nye i forhold til tidligere praksis. På trods af at det er mere end 3½ år siden, at der blev indført tværfaglige borgerteams i en kommunedækkende struktur i Syddjurs Kommune, så havde borgere, medarbejdere og ledelse tilnærmelsesvist enslydende svar på dette spørgsmål.

Sammenfattende opleves projektet at handle om, 1) at det var den samme mindre gruppe af medarbejdere, der kom i borgerens hjem, og 2) at plejen var organiseret i tværfaglige borgerteams med sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og tilknyttede terapeuter og visitatorer.

---

<sup>33</sup> Herudover indeholdt styringscockpittet en oversigt over fordelingen af borgere på de fire takster: udviklingsborgere, fastholdelsesborgere, borgere på individuel takst og borgere med let sygepleje.



Der var samtidig fuld opbakning til dette koncept, dvs. at såvel sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufraglærte, visitatorer, terapeuter, ledere og borgere var af den opfattelse, at det var den rigtige organisering. Eksempelvis var der ingen af borgerteams-sygeplejerskerne, som VIVE talte med under dataindsamlingen, der ønskede at vende tilbage til en monofaglig organisering, hvor de som sygeplejersker kørte ud fra én (monofaglig) sygeplejefaglig enhed til kommunen som helhed, og kun havde ansvaret for deres isolerede sygeplejefaglige opgaveløsning.

Samtidig med at der var fuld opbakning til konceptet, var der imidlertid også en opmærksomhed på konceptets skrøbelighed, særligt i forhold til de forholdsvis få sygeplejersker, som skulle bære hvert enkelt team. Her sås ved observation store forskelle mellem de erfarne sygeplejersker, der længe havde været i faget, og for hvem opgaven var lettere – og de yngre sygeplejersker, der var nye i faget, og som fra første dag fik et meget stort ansvar, hvilket bekymrede de mere erfarne sygeplejersker i kommunen (både de sygeplejersker, der var ansat i borgerteams og de sygeplejersker, der var ansat som kvalitetssygeplejersker, coaches, ledere og specialister i den sundhedsfaglige klynge).

Spørgsmålet om sygeplejefaglig stabilitet har fyldt meget ved interview, hvor det samtidig er koblet med den praksis, som såvel sygeplejerskerne som de øvrige teammedlemmer fortsat er kritiske overfor, og som handler om, at de flere gange ugentlig oplever at blive disponeret til opgaver uden for eget team – også selvom, de oplever, at det kan være svært nok, at få enderne til at mødes i eget team. Den vedvarende disponering af medarbejdere på tværs af teams og manglende forståelse for behovet for hvid tid medvirker i henhold til nogle af interviewpersonerne til at dræne teammedlemmerne for energi, hvilket igen har været medvirkende til, at nogle nøglepersoner har valgt, at de ikke længere vil arbejde i borgerteams.

Medarbejderne i den sundhedsfaglige klynge er glade for deres monofaglige organisering og ønsker at fastholde den med henblik på at sprede inspiration og viden til resten af organisationen. De fortæller, at fx gruppen af aftensygeplejersker ligesom akutteamet er fuldstændig selvplanlæggende og på alle måder fremstår som gode eksempler på, hvordan en lille gruppe medarbejdere i et lille team selvstændigt kan tage ansvar for opgaveløsningen. VIVEs forslag om at integrere dem i de tværfaglige borgerteams for dermed at sikre større faglig robusthed i sygeplejegruppen møder bekymring for arbejdstilfredsheden i medarbejdergruppen. Det samme gør forslaget fra regeringen om, at ansvaret for kommunens akutteam fremadrettet skal overføres til regionen, fordi akutteamet er så velfungerende og fx også rækker ud og tilbyder undervisning i det enkelte team.

Betragtes aftenvagten isoleret, fremgår det, at social- og sundhedshjælperne og de ufraglærte i aftenvagt oplever markant mindre udbytte af den tværfaglige team-

organisering end de øvrige medarbejdere, da de dels ikke er tværfagligt organiseret (sygeplejen udgår fra Thorsager), dels ikke oplever de store ændringer i deres arbejdsdag. Enkelte af dem prioriterer at komme ind på de tværfaglige møder, der ligger i dagtid, også selvom det ligger uden for deres arbejdstid. Aftenvagterne oplever det som en udfordring, at de kan risikere at blive glemt, fordi de – som del af andet vagtlag – og på trods af gode intentioner – ikke indgår som fuldt integrerede medlemmer af borgerteams.

Visitatorer og terapeuter fortæller på linje med de øvrige grupper, at der er betydelige fordele ved organiseringen i tværfaglige borgerteams, fordi det styrker kvaliteten af indsatsen til borgerne. Der er heller ikke nogen af dem, der ønsker at vende tilbage til en organisering, hvor de ikke var fast tilknyttet et team og ikke havde mulighed for at fokusere på de borgere, der var "deres" inden for et givent geografisk område. Visitatorerne var fuldt ud afklarede med, at de som visitatorer, afhængig af deres grundfaglighed, er forskellige og har hvert deres blik for, hvad der er det vigtige i en given borgersag. De så fordele i den fælles modtageafdeling i det omfang, det kunne aflaste dem individuelt på den korte bane på den enkelte arbejdsdag. Men de oplevede også, at den fælles modtageafdeling havde store omkostninger i) for den viden, de havde om borgerne og dermed for deres rolle som "teamets visitator", ii) for muligheden for at bygge videre på viden ved fremadrettede kontakter med borgeren og dennes pårørende og iii) for det langsigtede tidsforbrug, idet det både tager tid at sætte sig ind i ikke-kendte borgersager, ligesom der blev oplevet behov for at omgøre beslutninger truffet af kolleger.

Terapeuterne har vedvarende været udfordret af, om de er terapeuter nok i Syddjurs Træner til reelt at gå ind og understøtte teamene fast. De er glade for, at de ikke længere skal over visitationen for at få adgang til at igangsætte rehabiliteringsforløb. Men de har nogle gange for travlt til at prioritere deltagelse i de tværfaglige borgermøder, og det opleves af både terapeuter, visitatorer og teammedlemmer som en udfordring, da deres optik dermed ikke bliver medinddraget i drøftelsen af borgersagen.

Hvad angår coachfunktionen, fremhæves det i forbindelse med interview, at de har været nøglepersoner i forhold til implementering af den mødestruktur, hvor det er teamene selv, der tager ansvaret for og holder deres møder, og hvor medarbejderne i høj grad selv involveres i at finde løsninger på udfordringer i dagligdagen. Det er samtidig et vigtigt opmærksomhedspunkt ved nedlæggelsen af coachfunktionen og beslutningen om at tilbyde de resterende coaches ansættelse som kvalitetssygeplejersker, at de gode ting fra coachenes tilgang til kvalitetsudvikling bibeholdes.

Coachene forklarer i interview, hvordan deres tilgang til kvalitetsudvikling er markant anderledes end kvalitetssygeplejerskernes, idet...

- coachene tager afsæt i medarbejdernes egne oplevelser af udfordringer, og arbejder med at understøtte deres egen evne til problemløsning
- kvalitetssygeplejerskerne arbejder markant mere top-down-orienteret med dataanalyse og implementering af gældende retningslinjer.

Der er fordele og ulemper ved begge metoder, men risikoen er, at coachenes mere bottom-up-inspirerede tilgang drukner ved fusionen, også i betragtning af at der samtidig ansættes nye klynge- og teamledere, der ikke har samme kendskab til projektet som de ledere og medarbejdere, der har deltaget fra projektets start.

De interviewede borgere og medarbejdere beretter samlet set om, at mange vikarer og afløsere skaber usikkerhed hos borgeren, der skal hjælpe med oplæring, og som har en oplevelse af manglende kontinuitet. Der fortælles også om, at borgere ikke kan regne med tidspunkter for besøg, hvilket bl.a. kan have konsekvenser for medicin, der skal tages på bestemte tidspunkter. Borgerne værdsætter at kende de medarbejdere, der kommer, og oplever de kendte medarbejdere som flinke og kompetente, men oplever altså, at kommunen ikke fuldt ud er lykkedes i målet om færrest mulige hænder på håndtaget.

## 3.12 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at Syddjurs Kommune har udviklet og implementeret et på mange måder velfungerende koncept for faste, tværfaglige og delvist selvstyrende borgerteams, hvor sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte og tilknyttede visitatorer og terapeuter samarbejder om opgaveløsningen til borgerne i et mindre geografisk lokalområde.

Teamene har egne og egnede lokaler – herunder adgang til egen storskærm – hvilket understøtter det indbyrdes samarbejde mellem teammedlemmerne i dagligdagen. De har gode rutiner for daglige såvel som ugentlige møder, hvor alle relevante fagligheder og perspektiver kommer til orde.

Der er stor opbakning til organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams, men spørgsmålet, om der er sygeplejefaglige ressourcer nok, er fortsat en akilleshæl. Desuden oplever medarbejderne at det er en udfordring, at der vedvarende planlægges på tværs af teams, frem for med afsæt i det enkelte team, og at der på den måde investeres i stordrift frem for smådrift.

Der er på tidspunktet for VIVEs evaluering to vakante stillinger i klyngeledelsen, og medarbejderne har efterspurgt en mere synlig og nærværende ledelse, end de har oplevet at få ved kombinationen af klyngeledere og coaches. Ved nedlæggelse af

coachfunktionen er det et væsentligt opmærksomhedspunkt, at deres mere bottom-up-inspirerede tilgang til kvalitetsudvikling bevares som del af det samlede arbejde med kvalitetsudvikling i kommunen.

Borgere såvel som medarbejdere understreger betydningen af, at det er kendte medarbejdere, der deltager på møderne, og som kommer i hjemmet. Samtidig bruges der fortsat mange vikarer, og borgerne oplever ikke nødvendigvis, at kommunen er lykkedes med sin overordnede målsætning om at sikre kontinuitet i forhold til kerneopgaven.

## 4 Projektets målopfyldelse

I dette kapitel præsenteres de data vedrørende projektets målopfyldelse, som er indhentet af Syddjurs Kommune. Der er tale om to spørgeskemaundersøgelser vedrørende borgernes og medarbejdernes tilfredshed med og oplevelser af den nye organisering samt beskrivende kvantitative data om hhv. produktivitet (der ses som indikator i forhold til målsætningen om at sikre en økonomi i balance), kontinuitet (der ses som indikator i forhold til målsætningen om at sikre kvalitet i kerneopgaven) og sygefravær (der ses som indikator i forhold til målsætningen om tilfredse medarbejdere).

### 4.1 Spørgeskemaundersøgelse: Borgere

Syddjurs Kommune har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt borgerne i borgerteams tre gange i projektforløbet. Formålet har været at opnå viden om borgernes generelle tilfredshed med hjælpen samt evt. positive (evt. negative) virkninger af arbejdet med indførelse af borgerteams.

- *Den første spørgeskemaundersøgelse* blev gennemført i efteråret 2021, umiddelbart inden opstart af de tre første borgerteams.<sup>34</sup> Samtlige borgere blev inviteret til at deltage, og kommunen brugte en kombination af papir-spørgeskema og telefoninterview. De fik en svarprocent på 66 % (178 ud af 269 borgere).
- *Den anden spørgeskemaundersøgelse* blev gennemført i foråret 2022, cirka syv måneder efter opstart af de tre første borgerteams.<sup>35</sup> Samtlige borgere blev inviteret til at deltage, og kommunen brugte også i dette tilfælde en kombination af papir-spørgeskema og telefoninterview. De fik en svarprocent på 67 % (167 ud af 251 borgere).
- *Den tredje spørgeskemaundersøgelse* blev gennemført i efteråret 2024, cirka 3 år efter opstart af de første borgerteams, og cirka 1½-2 år efter opstart af de øvrige borgerteams i kommunen.<sup>36</sup> Her udsendte kommunen spørgeskemaet elektronisk via e-Boks, og der blev ikke afholdt telefoninterview med de borgere, der ikke responderede. Svarprocenten var 23 % (129 ud af 566 borgere), og de borgere, der er fritaget fra elektronisk post, har ikke haft mulighed for at deltage i undersøgelsen.

---

<sup>34</sup> Dette med henblik på etablering af en baseline.

<sup>35</sup> Dette med henblik på at kunne vurdere resultatet af forsøget med de tre første borgerteams, se også Kjellberg, 2023a for en nærmere beskrivelse.

<sup>36</sup> Teamene blev trinvist udrullet i perioden fra tredje kvartal 2022 til første kvartal 2023.

I det følgende gengives borgernes besvarelser i de tre spørgeskemaundersøgelser vedrørende 1) borgernes overordnede tilfredshed med hjælpen, 2) borgernes oplevelse af medarbejdernes venlighed, omsorg og respekt, 3) borgernes oplevelse af indflydelse, og om medarbejderne kommer som aftalt, samt 4) borgernes oplevelse af sammenhæng og kontinuitet. Afsnittet afsluttes med en kort opsamling.

#### 4.1.1 Overordnet tilfredshed

Tabel 4.1 viser borgernes besvarelser på de spørgsmål i Syddjurs Kommunes spørgeskemaundersøgelse, der vedrører borgernes overordnede tilfredshed med hjælpen. Tabellen viser, at borgernes besvarelser generelt ligger omkring 4 på en skala fra 1-5. De svarer mest positivt på de spørgsmål, der vedrører personlig pleje og (især) sygepleje, og mindst positivt på de spørgsmål, der vedrører praktisk bistand og "kontakten" til deres "kontaktperson i kommunen". Der kan ikke ses forskel på borgernes besvarelser før/efter etableringen af borgerteams, når der tages højde for det lave antal respondenter ved spørgeskemaundersøgelsen i 2024.

**Tabel 4.1 Borgernes tilfredshed med den hjælp, som de får fra borgerteams, august 2021, april 2022 og oktober 2024**

	Aug. 21	Apr. 22	Okt. 24	N 21/22/24
<b>Hvad synes du om den hjælp, du får til:</b>				
At gå i bad?	4,1 (0,7)	4,1 (0,8)	4,2 (1,1)	69/70/33
At blive vasket?	4,0 (0,8)	4,0 (0,8)	4,2 (0,9)	57/57/33
Af- og påklædning?	4,1 (0,7)	4,1 (0,8)	4,4 (0,8)	48/58/34
Toiletbesøg?	4,2 (0,7)	3,6 (0,9)	4,3 (0,8)	23/29/33
Den personlige pleje samlet set?	4,1 (0,7)	4,1 (0,8)	4,2 (0,9)	75/81/35
<b>Hvad synes du om den hjælp, du får til:</b>				
Rengøring*?	3,6 (1,0)	3,6 (1,0)	3,5 (1,5)	83/83/13
Tøjvask?	3,8 (1,2)	3,8 (1,0)	3,8 (1,3)	25/33/13
Indkøb?	3,7 (1,1)	3,5 (1,2)	3,8 (1,2)	9/10/13

	Aug. 21	Apr. 22	Okt. 24	N 21/22/24
Den praktiske hjælp samlet set?	3,6 (1,0)	3,8 (0,9)	3,5 (1,4)	70/64/13
Hvad synes du om hjælpen fra sygeplejen?	4,3 (0,8)	4,3 (0,7)	4,3 (0,9)	94/104/19
<b>Hvad synes du om medarbejdernes støtte til at gøre dig så selvhjulpne som mulig</b>				
I forhold til personlig pleje?	4,1 (0,7)	4,0 (0,7)	4,2 (0,8)	78/7936
I forhold til praktiske gøremål?	3,7 (1,0)	3,7 (0,9)	3,6 (1,2)	67/7236
Hvordan er kontakten til din kontaktperson i kommunen?	3,7 (1,2)	3,5 (1,2)	3,8 (1,3)	81/60/89
Hvad synes du samlet set om den hjælp, du modtager?	4,0 (0,7)	4,0 (0,8)	4,0 (0,9)	161/150/129

Anm.: Svar på udsagnet er omsat til en 1-5 skala på baggrund af følgende svarkategorier: 1 = Jeg er meget utilfreds; 2 = Jeg er utilfreds; 3 = Både og; 4 = Jeg er tilfreds; 5 = Jeg er meget tilfreds. Respondenter, der har svaret 'Ved ikke', er frasorterede. Standardafvigelse er angivet i parentes.

Rengøring leveres af den specialiserede rengøringsenhed, og borgernes besvarelser af dette spørgsmål kan derfor ikke henføres til deres oplevelser af indsatsen fra borgerteams.

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

## 4.1.2 Venlighed, omsorg og respekt

Tabel 4.2 viser borgernes besvarelser på de tre spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen, der handler om medarbejdernes venlighed, omsorg og respekt. Det fremgår, at langt størstedelen af borgerne har svaret ja til spørgsmålet, om medarbejderne er venlige (91-94 %), mens lidt færre har svaret ja til spørgsmålet, om medarbejderne er omsorgsfulde (76-84 %) og udviser respekt (81-87 %). Der kan ikke ses forskel på borgernes besvarelser før/efter etableringen af borgerteams, når der tages højde for den lave svarprocent ved spørgeskemaundersøgelsen i 2024.

**Tabel 4.2 Venlighed, omsorg og respekt**

Spørgsmål	År	Ja	Nej	Både/og	N
Er medarbejderne venlige overfor dig?	2021	94 %	0 %	6 %	172
	2022	91 %	0 %	9 %	157
	2024	93 %	0 %	7 %	132
Er medarbejderne omsorgsfulde overfor dig?	2021	84 %	1 %	15 %	165
	2022	76 %	1 %	23 %	153
	2024	83 %	2 %	15 %	132
Udviser medarbejderne respekt overfor dig?	2021	87 %	1 %	12 %	164
	2022	81 %	3 %	16 %	152
	2024	83 %	3 %	14 %	132

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

### 4.1.3 Indflydelse og aftaler

Tre spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen vedrører borgernes oplevelse af indflydelse, og om medarbejderne kommer på de aftalte tidspunkter (Tabel 4.3). Det fremgår af tabellen, at hovedparten af borgerne svarer ja til spørgsmålet, om hjælpen lever op til deres ønsker og behov (61-76 %), samt at der i forhold til dette spørgsmål kan ses en positiv udvikling fra før etableringen (61 %) af borgerteams til efter etableringen af borgerteams (74-76 %). I forhold til spørgsmålet, om borgerne har tilstrækkelig indflydelse på den hjælp, de får, svarer lidt over halvdelen ja (55-58 %), og her er der ingen udvikling fra før til efter. Det er der heller ikke på spørgsmålet, om medarbejderne kommer på de aftalte tidspunkter. Her er det imidlertid kun lidt over en tredjedel, der svarer ja (38-41 %) til spørgsmålet (16-25 % svarer nej, 37-43 % svarer både/og).



**Tabel 4.3 Indflydelse og aftalte tidspunkter**

Spørgsmål	År	Ja	Nej	Både/og	N
Oplever du, at medarbejderne tager hensyn til dine behov og ønsker om hvordan hjælpen skal udføres?	2021	61 %	5 %	34 %	146
	2022	76 %	1 %	23 %	154
	2024	74 %	4 %	22 %	74
Har du tilstrækkelig med indflydelse på indholdet af den hjælp, du modtager?	2021	55 %	16 %	29 %	144
	2022	58 %	14 %	28 %	125
	2024	57 %	14 %	29 %	99
Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter?	2021	41 %	22 %	37 %	156
	2022	38 %	25 %	37 %	144
	2024	40 %	16 %	43 %	99

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

#### 4.1.4 Sammenhæng og kontinuitet

Tabel 4.4 viser besvarelsene på de spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen, der vedrører sammenhæng og kvalitet. Det fremgår af tabellen, at over halvdelen af borgerne svarer, at det er deres indtryk, at medarbejderne er gode til at snakke sammen om hjælpen (50-58 %), men at det kun er lige godt en tredjedel, der svarer ja til spørgsmålet, om hjælpen er lige god, uanset hvilken medarbejder der kommer i hjemmet (33-40 %). I forhold til disse to spørgsmål ses en negativ udvikling fra før til efter (bevægelse fra 40-33 % på spørgsmålet, om hjælpen er lige god, og fra 58-51 % på spørgsmålet, om medarbejderne er gode til at snakke sammen om hjælpen). På spørgsmålet, om det oftest er de samme medarbejdere, der kommer hos dem (19-35 %), svarer under en tredjedel ja, men her ses en positiv udvikling fra perioden før til efter (25-35 %). I samme periode ses der også en positiv udvikling i andelen af medarbejdere, der svarer ja til spørgsmålet, om de ved, hvilken af de medarbejdere der kommer hos dem, der er deres primære kontaktperson (31-41 %).

**Tabel 4.4 Sammenhæng og kontinuitet**

Spørgsmål	År	Ja	Nej	Både/og	N
Er det dit indtryk, at de medarbejdere, der kommer i dit hjem, er gode til at tale sammen indbyrdes om hjælpen til dig?	2021	58 %	21 %	22 %	120
	2022	50 %	21 %	29 %	114
	2024	51 %	18 %	31 %	99
Er den hjælp, du modtager, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem?	2021	40 %	40 %	20 %	160
	2022	40 %	36 %	25 %	149
	2024	33 %	36 %	30 %	99
Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?	2021	25 %	46 %	29 %	168
	2022	19 %	42 %	39 %	153
	2024	35 %	23 %	41 %	99
Ved du, hvem af de medarbejdere, der kommer hos dig, der er din primære kontaktperson?	2021	31 %	63 %	5 %	134
	2022	24 %	64 %	13 %	127
	2024	41 %	46 %	12 %	99

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

#### 4.1.5 Opsummering

Borgertilfredshedsundersøgelsen er baseret på forskellige udsendelses- og opfølgingsmetoder og har en særlig lav svarprocent i 2024 som følge af udsendelse via e-Boks frem for på papir samt manglende telefonisk opfølgning. Det betyder, at data skal tolkes med forsigtighed – særligt vedrørende repræsentativiteten af den undersøgelse, der er gennemført i foråret 2024.

Spørgeskemaundersøgelserne tegner ikke desto mindre et billede af, at de borgere, der har besvaret skemaet, overordnet set er fint tilfredse med den hjælp, de får.

Der kan ikke ses forskel på borgernes generelle tilfredshed med hjælpen før/efter etableringen af borgerteams, men der kan ses en positiv udvikling på nogle af de parametre, som Syddjurs Kommune har spurgt ind til for – på denne baggrund – at kunne vurdere projektets målopfyldelse.

Konkret ses det i denne forbindelse, at en større andel af borgerne ved 2024-målingen oplever, at det er de samme medarbejdere, der kommer i hjemmet, at hjælpen lever op til deres ønsker og behov, samt at de ved, hvem der er deres primære kontaktperson.

Det ses samtidig, at en mindre andel af borgerne ved 2024-målingen oplever, at hjælpen er lige god, lige meget hvilken medarbejder der kommer i hjemmet, og at en mindre andel af borgerne oplever, at medarbejderne er gode til at tale sammen indbyrdes om hjælpen i hjemmet.

## 4.2 Spørgeskemaundersøgelse: Medarbejdere

Syddjurs Kommunes spørgeskemaundersøgelse til medarbejderne er gennemført på samme tidspunkt som spørgeskemaundersøgelsen til borgerne jf. ovenfor. Formålet har været at opnå viden om medarbejdernes generelle tilfredshed med deres arbejde, samt evt. positive (evt. negative) virkninger af arbejdet med indførelse af borgerteams.

- *Den første spørgeskemaundersøgelse* blev gennemført blandt medarbejderne i de tre første borgerteams i efteråret 2021. Samtlige sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte blev inviteret til at deltage, og spørgeskemaet blev udsendt elektronisk. Der var en svarprocent på 74 % (45 ud af 61).
- *Den anden spørgeskemaundersøgelse* blev gennemført blandt medarbejderne i de tre første borgerteams i foråret 2022. Samtlige sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte blev inviteret til at deltage, og spørgeskemaet blev udsendt elektronisk. Der var en svarprocent på 65 % (45 ud af 69).
- *Den tredje spørgeskemaundersøgelse* blev gennemført blandt samtlige medarbejdere i borgerteams samt medarbejderne i den sundhedsfaglige klynge i efteråret 2024, cirka 3 år efter opstart af de tre første borgerteams, og cirka 1½-2 år efter opstart af de øvrige borgerteams.<sup>37</sup> Den blev udsendt elektronisk, og der var en svarprocent på 40 % (124 ud af 309).

I det følgende gengives medarbejdernes besvarelser fra de tre spørgeskemaundersøgelser vedrørende 1) medarbejdernes overordnede tilfredshed med arbejdet, 2) samarbejdet i enheden samt 3) indsatsen til borgerne. Afsnittet afsluttes ligesom det forrige med en kort opsummering.

---

<sup>37</sup> Teamene blev trinvist udrullet i perioden fra tredje kvartal 2022 til første kvartal 2023.

## 4.2.1 Overordnet tilfredshed med arbejdet

Spørgeskemaundersøgelsen indeholder fem spørgsmål, der vedrører medarbejdernes generelle tilfredshed med arbejdet (Tabel 4.5). Besvarelsene ligger i intervallet fra 3,4-4,5 på en skala fra 1-5. De svarer mest positivt på spørgsmålene, om de har de kompetencer, der skal til for at udføre arbejdet godt (4,1-4,4), og om de er engagerede og motiverede i deres arbejde (4,2-4,5). De svarer mindst positivt på spørgsmålene, om de har en passende indflydelse på deres arbejde (3,4-4) og kan anbefale andre at søge job i Syddjurs Kommune (3,6-4,1). Det ser ud som om, at der er flere medarbejdere i borgerteams, der oplever at have en passende indflydelse på deres arbejde, når man sammenligner perioden efter etablering af borgerteams med perioden før etablering af borgerteams (udvikling fra 3,4-3,8), men data skal tolkes med varsomhed grundet det lave antal respondenter. Det ser også ud til, at der var flere medarbejdere i borgerteams, der ville anbefale andre at søge job i Syddjurs Kommune ved afslutningen af forsøget med de tre første borgerteams, end der er efter udbredelse til hele kommunen (udvikling fra 4,1-3,6), igen med forbehold for det lave antal respondenter. Medarbejderne i den sundhedsfaglige klynge ser ud til at svare mere positivt end medarbejderne i borgerteams, særligt på spørgsmålene om, hvor tilfredse de alt i alt er med deres arbejde (forskul på 0,3), og om de føler sig engagerede og motiverede i arbejdet (ditto) – men igen skal der tages forbehold for det lave antal respondenter i undersøgelsen i 2024.

**Tabel 4.5 Medarbejdernes generelle tilfredshed med arbejdet**

	Sept.-okt. 2021 (N=45-48)	Marts-juni 2022 (N=45)	Okt. 2024 (N = 97-103)	Sundheds- faglig klynge (N = 27)
Jeg har en passende indflydelse på mit arbejde	3,4 (1,2)	4 (0,8)	3,8 (1,0)	4 (1,3)
Jeg har de kompetencer, der skal til for at udføre mit arbejde godt	4,3 (0,8)	4,1 (0,8)	4,3 (0,7)	4,4 (0,6)
Hvor tilfreds er du med dit arbejde, alt taget i betragtning?	3,9 (0,9)	4 (0,7)	3,8 (1,0)	4,1 (1,0)
Jeg føler mig motiveret og engageret i mit arbejde	4,4 (0,5)	4,3 (0,6)	4,2 (0,7)	4,5 (0,7)
Jeg kan anbefale andre at søge job i Syddjurs Kommune	3,8 (0,9)	4,1 (0,8)	3,6 (1,0)	3,8 (0,9)

Anm.: Svar på udsagnet er omsat til en 1-5 skala på baggrund af følgende svarkategorier: 1 = Jeg er meget uenig; 2 = Jeg er uenig; 3 = Jeg er hverken enig eller uenig; 4 = Jeg er enig; 5 = Jeg er meget enig. Respondenter, der har svaret 'Ved ikke', er frasorterede. Standardafvigelse er angivet i parentes. Forskelle på 0,3 eller mere er omtalt i tekst.

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

## 4.2.2 Samarbejdet i enheden

Tabel 4.6 viser resultatet af spørgeskemaundersøgelsen på de spørgsmål, der vedrører det indbyrdes samarbejde i hhv. borgerteams og den sundhedsfaglige klynge. Her kan der generelt ikke ses forskelle på tværs af år i besvarelserne for medarbejderne i borgerteams givet det lave antal respondenter. På spørgsmålet, om medarbejderne har adgang til den nødvendige ledelsesstøtte, når der skal tages dagligdags beslutninger, ses der dog store forskelle, både til perioden før etablering af borgerteams (forskul fra 3,2 til 2,6) og til den sundhedsfaglige klynge (forskul fra 2,6 til 3,7). Den sundhedsfaglige klynge ser også i forhold til disse spørgsmål ud til at svare mere positivt end medarbejderne i borgerteams, fx ses der forskelle i spørgsmålet om, hvorvidt medarbejderne er gode til at respektere og anerkende hinanden (forskul fra 3,8 til 4,3), i spørgsmålet om medarbejderne er gode til at give hinanden feedback (forskul fra 3,7 til 4,0), og i spørgsmålet om medarbejderne er gode til at håndtere uenighed og konflikt på en god måde (forskul fra 3,4 til 3,8).

Tabel 4.6 Samarbejde i enheden

	2021 (N=45-48)	2022 (N=45)	2024 (N = 97-103)	Sundheds- faglig klynge (N = 27)
Mine nærmeste kolleger har et godt indblik i mine opgaver	3,8 (0,9)	4 (0,7)	3,9 (0,8)	4 (0,9)
Jeg har et godt indblik i mine nærmeste kollegers opgaver	3,8 (0,6)	4 (0,6)	4 (0,7)	4,2 (0,8)
I min enhed er vi gode til at respektere og anerkende hinanden	4 (0,8)	4,1 (0,9)	3,8 (0,9)	4,3 (0,9)
I min enhed er vi gode til at give hinanden faglig feedback	3,5 (0,9)	3,8 (0,9)	3,7 (1,0)	4 (1,1)
I min enhed håndterer vi uenigheder og konflikter på en god måde	3,4 (0,8)	3,6 (0,8)	3,4 (0,9)	3,8 (0,9)
I min enhed har vi adgang til den nødvendige ledelsesstøtte, når der skal træffes dagligdagsbeslutninger	3,2 (0,9)	3 (1,0)	2,6 (1,1)	3,7 (1,3)

Anm.: Svar på udsagnet er omsat til en 1-5 skala på baggrund af følgende svarkategorier: 1 = Meget uenig; 2 = Uenig; 3 = Hverken enig eller uenig; 4 = Enig; 5 = Meget enig. Respondenter, der har svaret 'Ved ikke', er frasorterede. Standardafvigelse er angivet i parentes. Forskelle på 0,3 eller mere er omtalt i tekst.

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

## 4.2.3 Samarbejdet om borgerne

I forhold til de spørgsmål, der vedrører medarbejdernes samarbejde om borgerne ses der generelt et mønster, hvor medarbejderne i borgerteams svarer mindst

positivt i 2021 (før etableringen af borgerteams), mest positivt i 2022 (efter afslutningen af de tre første forsøg) og lidt mindre positivt – men fortsat mere positivt end før etableringen af borgerteams – på tidspunktet for denne evaluering (se Tabel 4.7). Medarbejderne i den sundhedsfaglige klynge svarer generelt set mere positivt end medarbejderne i borgerteams, hvilket svarer til indtrykket på baggrund af de kvalitative data.

**Tabel 4.7 Samarbejde om borgerne**

	2021 (N=45)	2022 (N=45)	2024 (N = 97)	Sundheds- faglig klynge (N = 27)
I min enhed er vi gode til at sikre et godt samarbejde på tværs af faggrupper og personer om borgerne	3,6 (1,0)	4,4 (0,6)	3,8 (0,9)	4,2 (1,0)
I min enhed er vi gode til at finde løsninger på de problemer, der opstår omkring borgerne	3,8 (0,8)	4,2 (0,8)	4 (0,8)	4,3 (0,7)
Indsatsen i min enhed tilrettelægges med henblik på at give borgeren mest muligt selvbestemmelse	3,1 (1,0)	3,6 (0,8)	3,4 (1,0)	3,9 (1,0)
Indsatsen i min enhed tilrettelægges med henblik på at sikre sammenhæng i indsatsen overfor den enkelte borger	3,2 (1,1)	3,6 (0,9)	3,5 (0,9)	3,9 (1,1)

Anm.: Svar på udsagnet er omsat til en 1-5 skala på baggrund af følgende svarkategorier: 1 = Meget uenig; 2 = Uenig; 3 = Hverken enig eller uenig; 4 = Enig; 5 = Meget enig. Respondenter, der har svaret 'Ved ikke', er frasorterede. Standardafvigelse er angivet i parentes.

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

#### 4.2.4 Opsummering

Spørgeskemaundersøgelsen til medarbejderne peger samlet set på, at medarbejderne oplever, at de er blevet bedre til at samarbejde om borgerne efter etablering af borgerteams, men at de oplever en udfordring med ikke at have adgang til tilstrækkelig ledelsesstøtte i dagligdagen. Det ser samtidig ud til, at medarbejderne i større omfang oplever at have en passende indflydelse på deres arbejde efter etableringen af borgerteams, end de havde inden, men data skal tolkes med forbehold grundet det lave antal respondenter. På tidspunktet for afslutningen af de tre første forsøg var der flere medarbejdere i borgerteams, der ville anbefale andre at søge job i Syddjurs Kommune, end der er på tidspunktet for denne evaluering, hvilket bl.a. kan tilskrives det budgetoverholdelsesfokus, som medarbejderne jf. den kvalitative evaluering oplever kendetegner kommunen. Medarbejderne i den sundhedsfaglige klynge svarer helt generelt mere positivt end medarbejderne i borgerteams, hvilket understøtter oplevelsen fra de kvalitative data.

### 4.3 Produktivitet (BTP)

Syddjurs Kommune monitorerer løbende produktiviteten i borgerteams, og en høj produktivitet anses som central i forhold til at opnå projektets målsætning om en økonomi i balance.

Produktivitet og produktivetsmåling er også centrale i Buurtzorg, hvor teamene er selvstyrende inden for en klar ramme og aftale, hvormed de skal levere en produktivitet på 61 % – hverken mere eller mindre.

Buurtzorg stiller samtidig data om produktiviteten til rådighed for teamene, så de kan følge med i og sikre, at de lever op til Buurtzorg-aftalen. Det dashboard, der er udviklet, giver teamene viden om de forhold, der påvirker produktiviteten. Konkret om der er planlagt med det rigtige antal timer på arbejde for at matche opgaverne hos borgerne, og om fraværet er planlagt hensigtsmæssigt for at understøtte dette formål (se Kjellberg et al., 2023, for en nærmere beskrivelse).

Produktivitet i Buurtzorg måles anderledes end produktivitet i Danmark (Kjellberg et al., 2022), og man skal derfor være påpasselig med fx at foretage en direkte oversættelse af produktivetskravet på 61 % i Buurtzorg til et produktivetskrav på 61 % i dansk kontekst (ibid.). Det de gør i Buurtzorg, er, at de sætter den fakturerbare tid over medarbejdernes samlede arbejdstid (inklusive ferie og andet fravær) – og da de både kan fakturere *den direkte borgertid* ("ansigt-til-ansigt-tiden") og *den indirekte borgertid* (den tid, der bruges på koordination og dokumentation på den enkelte borgersag), så måler de begge dele. I Danmark sætter vi den fakturerbare tid over medarbejdernes fremmødetid (eksklusive ferie og andet fravær), og da vi kun kan fakturere den direkte borgertid ("ansigt-til-ansigt-tiden"), så er det kun den, vi måler. Tabel 4.8. viser forskellen i den måde, man opgør brugertidsprocenter på i hhv. Buurtzorg og Danmark, og som bl.a. betyder, at man ikke kan foretage en direkte sammenligning af en brugertidsprocent på 61 % i Buurtzorg og Danmark.

Tabel 4.8 Brugertidsprocenter jf. BTP-modellen (Danmark) og BO-modellen (Holland)

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

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

Kilde: Kjellberg et al., 2022.

I Syddjurs Kommune anvendes den almindelige praksis, hvormed den direkte borgertid (ansigt-til-ansigt-tiden), der sættes i forhold til medarbejdernes fremmødetid (eksklusive sygdom og andet fravær), og ressourceplanlæggerne tilskyndes til at sikre en tilstrækkelig mængde af ansigt-til-ansigt-tid blandt de fremmødte medarbejdere. De produktivetskrav, der stilles til borgerteams, følger den historiske opdeling i "hjemmepleje" og "sygepleje" (Syddjurs Kommune, 2024b). Produktivetskravet til hjemmeplejen er 66 %, og produktivetskravet til sygeplejen er 45 % (ibid.). Økonomiteamet følger månedligt op med klyngelederne for at sikre, at produktivetskravene overholdes på klyngeniveau. Klyngelederen kan jf. interview med projektlederen beslutte at sætte højere krav til teams med lave køreafstande, og lavere krav til teams med store køreafstande – bare klyngen som helhed lever op til det aftalte.

VIVE har bedt om og fået indblik i resultatet af de produktivetsmålinger, der er foretaget i borgerteams (Figur 4.1). Vi ville ideelt set gerne have haft produktivetsmålinger, der viste produktiviteten før etableringen af borgerteams for at kunne sammenligne den med produktivitet efter etableringen af borgerteams, men det har Syddjurs Kommune ikke kunnet levere, bl.a. fordi de er overgået til en ny måde at måle data på i forbindelse med projektet. Vi er imidlertid fortsat interesseret i produktiviteten i borgerteams, da produktivitet ses som indikator på en økonomi i balance, og da nogle af de positive resultater på fx sygefravær, der er set ved etablering af borgerteams i andre kommuner, evt. har kunnet tilskrives, at teamene har været fritaget fra de produktivetskrav, der stilles til den almindelige hjemme- og sygepleje (Kjellberg, 2023b).

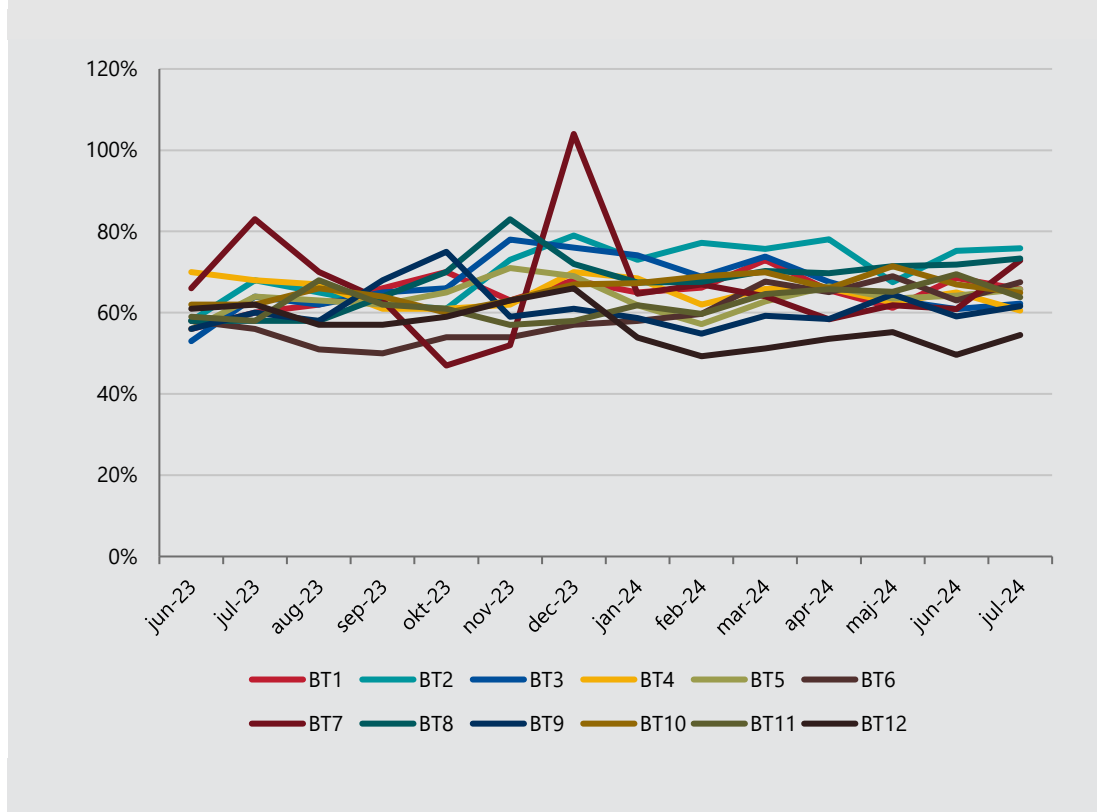
Figur 4.1 viser brugertidsprocenten (BTP) i borgerteams i perioden fra juli 2023 til juli 2024, hvilket er så langt tilbage i tid, Syddjurs Kommune har haft mulighed for at tilvejebringe data. Der måles på visiteret tid, hvilket både giver en skævhed i forhold til den planlagte tid, der fremgår af medarbejdernes kørelister, og den faktisk leverede tid ved borgerne, hvor der kan være mange forskellige former for afvigelser.

Figuren viser en udvikling, hvor stadig flere teams har en brugertidsprocent, der ligger over 60 % samt evt. også over 70 %. Det er både højere end i) det produktivetskrav på 61 %, som kommunen jf. sine første drejebøger ville indføre i en meget direkte oversættelse af Buurtzorg-aftalen, og ii) de produktivetskrav på hhv. 66 % og 45 %, som kommunen har sat for hhv. hjemmepleje og sygepleje.

De høje produktivitetstal kan være med til at forklare, at de medarbejdere, der er fremmødt på arbejde, oplever, at de i for stort omfang bliver disponeret på tværs af teams, og at det ikke i tilstrækkeligt omfang prioriteres, at de har udisponeret tid i køreplanerne. Det kan evt. også være en medspillende faktor i forhold til det fortsat høje sygefravær, der ses i gruppen af sygeplejersker efter indførelsen af borgerteams, se afsnit 4.5 for en nærmere beskrivelse.



Figur 4.1 Produktivitet over tid. Borgerteam 1-12.



Anm.: Brugertid er målt som 95 % af den visiterede tid til servicelovsydelser plus 60 % af den visiterede tid til overdragede sygeplejeydelser (samlet set, visiteret tid til pleje) og 40 % af den visiterede tid til ikke-overdragede sygeplejeydelser (samlet set, visiteret tid til sygepleje). Dette er sat i forhold til fremmødetiden for såvel fastansatte som vikarer.

Det bemærkes, at et enkelt team i en enkelt måned har en BTP på 104 (BT7 i marts 2024). VIVE har forespurgt Syddjurs Kommune, om der er tale om en fejl i opgørelsen, eller hvad der kan forklare dette tal. Vi har i den forbindelse fået oplyst, at der ikke er tale om en fejl, men at tallet kan forklares ved, at BTP opgøres med afsæt i visiteret tid, og at der i nogle tilfælde visiteres mere tid, end teamet er i stand til at levere, fordi der samtidig er enkelte ydelser, der leveres uden, at der er visiteret tid til det som del af kommunens afregningsmodel.

Kilde: Syddjurs Kommune.

## 4.4 Kontinuitet

Syddjurs Kommune monitorerer løbende kontinuiteten for borgerne i borgerteams og stiller data til rådighed for teamene. De tæller...

- alle medarbejdere, der kommer fra den tidligere organisering i hjemmepleje og sygepleje, dvs. borgerteams og sundhedsfaglig klynge<sup>38</sup>
- alle ydelser foruden 2. hjælper-ydelser.<sup>39</sup>

<sup>38</sup> Heri indgår interne og eksterne vikarer, men fx ikke praktisk bistand (der leveres af en specialiseret rengøringsenhed) og medarbejdere fra Syddjurs Træner (§ 83a).

<sup>39</sup> 2. hjælper-ydelser er ydelser, hvor der kommer to hjælpere i hjemmet, fx hvis der er brug for to hjælpere til at lifte en borger fra sengen og over i kørestolen, for at dette kan gøres arbejdsmiljømæssigt forsvarligt.

Der er ingen tidsmæssige grænser, dvs. at kontinuitet måles døgnet rundt. Men der er grænser for, hvilke medarbejdere og ydelser der tælles med: For eksempel indgår rengøring ikke i opgørelsen, fordi rengøring leveres af en specialiseret rengørings-enhed i Syddjurs Kommune. Ydelser, der leveres af Syddjurs Træner indgår heller ikke i opgørelsen, selvom terapeuterne er tilknyttet borgerteams.

Kontinuitetsdata opgøres på månedsbasis, og der skelnes mellem kontinuiteten til borgere med 1-5 besøg, borgere med 6-9 besøg og borgere med 10 eller flere be-søg om ugen.

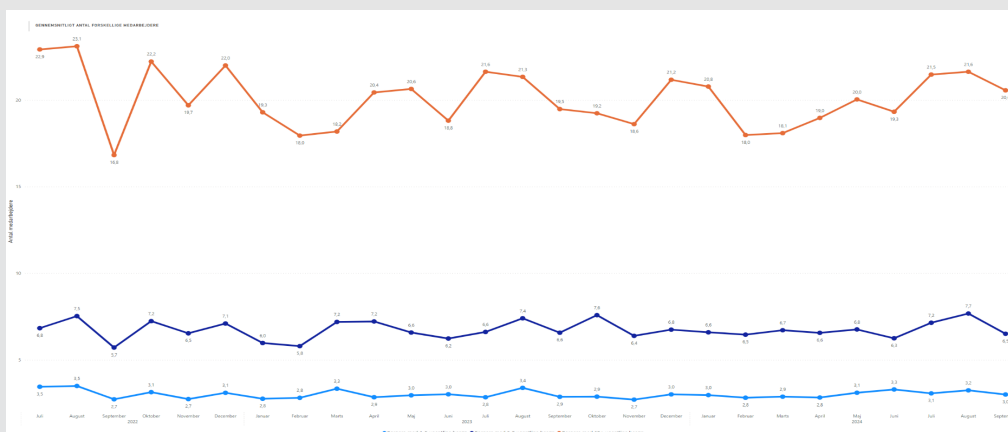
VIVE har bedt om adgang til data, der viser 1) udviklingen i kontinuitet over tid, 2) kontinuitet på uge-, måneds- og kvartalsbasis.

Vi har samtidig bedt om data, der illustrerer brugen af interne og eksterne vikarer, da dette jf. interview også kan være en udfordring for kontinuiteten og kvaliteten i indsatsen til borgerne.

#### **4.4.1 Udvikling i kontinuitet over tid**

Figur 4.2 viser udviklingen i Syddjurs Kommunes kontinuitetsdata for perioden fra juli 2022 til september 2024 (Syddjurs Kommune har desværre ikke kunnet tilveje-bringe sammenlignelige data før denne periode). Figuren viser, at borgere med 1-5 ugentlige besøg i gennemsnit får besøg af 2,7-3,4 forskellige medarbejdere på en måned (den lyseblå linje). Borgere med 6-9 ugentlige besøg får i gennemsnit besøg af 6,2-8,1 forskellige medarbejdere på en måned (den mørkeblå linje). Borgere med mere end 10 ugentlige besøg får i gennemsnit besøg af 16,2-24,2 forskellige medar-bejdere på en måned (den røde linje). Udviklingen er stabil over tid, dvs. der ikke som sådan ses udsving i projektperioden. Den svarer også til de kontinuitetsdata, som VIVE rapporterede i vores første evalueringsrapport (Kjellberg, 2023a), og hvor kontinuiteten i borgerteams lå på hhv. 2,4 (borgere med 1-5 ugentlige besøg), 6,5 (borgere med 6-9 ugentlige besøg) og 18,4 (borgere med mere end 10 ugentlige besøg).

**Figur 4.2** Gennemsnitligt antal medarbejdere fra borgerteams eller den sundhedsfaglige klynge, der leverer ydelser til borgere i borgerteams i løbet af en kalendermåned. Juli 2022-september 2024.



Anm.: Rød linje viser data for borgere, der får mere end 10 besøg om ugen. Mørkeblå linje viser data for borgere, der får 6-9 besøg om ugen. Lyseblå linje viser data for borgere, der får 1-5 besøg om ugen.

Kilde: Syddjurs Kommune.

#### 4.4.2 Kontinuitet om ugen, måneden og i kvartalet

VIVE har bedt om data, der – ud over ovenstående – viser, hvor mange medarbejdere der kommer i hjemmet på uge- og kvartalsbasis, da vi ved fra andre undersøgelser (Kjellberg, 2021a), at udfordringerne med et stort antal skiftende medarbejdere i hjemmet ofte først viser sig over tid.

Tabel 4.9 viser antallet af forskellige medarbejdere om ugen, måneden og kvartalet for samtlige borgere i borgerteams i perioden fra juli 2022 til september 2024 (samme periode som ovenfor). Det fremgår, at der i gennemsnit kommer 6,7 medarbejdere om ugen – 14,4 medarbejdere om måneden – og 23 medarbejdere i kvartalet. Det svarer til, hvad VIVE observerede i den almindelige hjemme- og sygepleje i Ikast-Brande Kommune i 2021 (Kjellberg, 2021a). Lokalpleje Danmark, som kopierede Buurtzorg og havde en klar regel om, at der maks. måtte være 12 medarbejdere i et team, lå til sammenligning på 4,6 medarbejdere om ugen – 6,26 medarbejdere om måneden – og 7,6 medarbejdere i kvartalet (ibid.).<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Det hører med til historien, at Lokalpleje gik konkurs efter en periode på 15 måneder (Kjellberg, 2021a).

**Tabel 4.9** Gennemsnitligt antal forskellige medarbejdere i borgerens hjem på uge, måneds- og kvartalsbasis. Borgerteam (BT) 1-12.

	Uge	Måned	Kvartal
	Gn sn	Gn sn	Gn sn
BT 1	7,2 (0,9)	15,3 (2,2)	24 (4,3)
BT 2	6,5 (0,7)	13,6 (1,6)	20,9 (1,4)
BT 3	6,8 (0,7)	14,8 (1,2)	22,7 (1,5)
BT 4	6,9 (0,8)	15,8 (2,0)	26,5 (2,5)
BT 5	6,5 (0,6)	13,6 (1,5)	21,7 (3,5)
BT 6	5,8 (0,7)	12 (1,8)	19,7 (2,7)
BT 7	6,6 (0,7)	14,5 (1,5)	22,7 (2,5)
BT 8	6,8 (0,7)	15,1 (1,6)	24,7 (2,9)
BT 9	6 (0,6)	12,5 (1,1)	19,9 (2,2)
BT 10	7,2 (0,9)	15,7 (2,1)	25,5 (4,4)
BT 11	6,5 (0,8)	13,2 (1,3)	20,7 (1,7)
BT 12	7,8 (0,9)	17 (1,6)	26,8 (2,6)
Gn sn	6,7 (0,9)	14,4 (2,2)	23,0 (3,7)

Anm. Kontinuitet er opgjort som det antal medarbejdere fra borgerteams eller den sundhedsfaglige klynge, der har leveret ydelser i borgerens hjem i den givne tidsperiode. Interne og eksterne vikarer er inkluderet. 2. hjælper er undtaget. Standardafvigelse er angivet i parentes. Minimums- og maksimumsværdier findes i bilagstabellerne i kapitel 7.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Syddjurs Kommune. Standardafvigelser i parentes.

Tabel 4.10 viser det gennemsnitlige antal forskellige medarbejdere i borgerens hjem for de tre grupper af borgere, der får hhv. 1-5 besøg, 6-9 besøg og mere end 10 besøg om ugen. Den viser, at det især er de borgere, der får mange ugentlige besøg, der også får besøg fra mange forskellige medarbejdere i kvartalet. I gennemsnit får

de borgere, der får mere end 10 besøg om ugen, således besøg af 31,1 forskellige medarbejdere i kvartalet.

**Tabel 4.10 Gennemsnitligt antal forskellige medarbejdere i borgerens hjem på uge, måneds- og kvartalsbasis. Borgerteam 1-12. Data for borgere, der får 1-5 besøg om ugen, 6-9 besøg om ugen og mere end 10 besøg om ugen.**

	1-5 besøg		6-9 besøg		10+ besøg	
	måned	kvartal	måned	kvartal	måned	kvartal
BT 1	2,7 (0,3)	4,1 (0,5)	7,2 (0,9)	9,5 (1,2)	22,3 (2,5)	34 (4,7)
BT 2	2,6 (0,2)	3,8 (0,4)	7,5 (1,2)	9,9 (1,2)	20,4 (2,8)	29,8 (2,3)
BT 3	3,5 (0,4)	5,1 (0,4)	7,4 (1,1)	10 (1,0)	20,7 (2,2)	31,2 (3,3)
BT 4	3,2 (0,4)	5 (0,3)	7,4 (0,9)	10,3 (1,2)	21,8 (3,0)	34,9 (4,3)
BT 5	2,8 (0,2)	4,3 (0,5)	7 (0,8)	9,3 (1,3)	20,1 (2,3)	31,1 (4,7)
BT 6	2,9 (0,4)	4,5 (0,5)	6,2 (0,6)	8,5 (0,5)	18,1 (3,1)	28,4 (4,5)
BT 7	3,4 (0,2)	5,1 (0,2)	7,8 (1,1)	10,5 (1,8)	20,7 (1,9)	30,7 (2,6)
BT 8	3 (0,2)	4,7 (0,3)	7,6 (0,8)	11 (1,1)	20,7 (2,3)	31,2 (3,8)
BT 9	2,9 (0,3)	4,2 (0,4)	6,9 (0,7)	9,9 (1,1)	18,2 (1,8)	27,4 (3,6)
BT 10	3,2 (0,3)	4,8 (0,5)	7,1 (1,2)	9,6 (1,9)	20,1 (2,5)	32,2 (5,7)
BT 11	2,7 (0,2)	4 (0,5)	6,4 (1,1)	8,6 (1,5)	18,7 (2,4)	28,3 (2,9)
BT 12	3,3 (0,2)	4,9 (0,5)	7 (0,9)	9,8 (0,8)	22,6 (1,9)	34,3 (2,9)
Gn sn	3,0 (0,4)	4,5 (0,6)	7,1 (0,4)	9,7 (1,4)	20,4 (2,8)	31,1 (4,5)

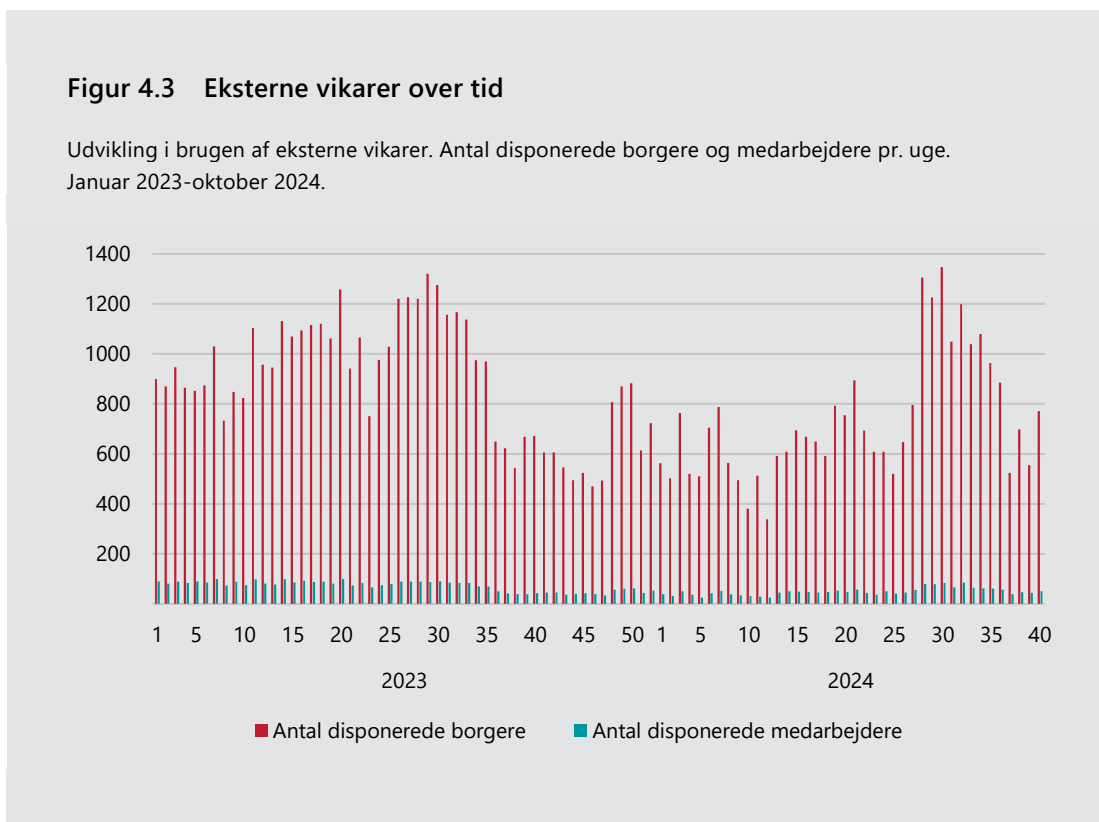
Anm. Kontinuitet er opgjort som det antal medarbejdere fra borgerteams eller den sundhedsfaglige klynge, der har leveret ydelser i borgerens hjem i den givne tidsperiode. Interne og eksterne vikarer er inkluderet. 2. hjælper er undtaget. Standardafvigelse er angivet i parentes. Minimums- og maksimumsværdier findes i bilagstaberne i kapitel 7.

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

### 4.4.3 Vikarer

Syddjurs Kommune har som beskrevet i afsnit 2.3 gjort en indsats for at reducere brugen af eksterne vikarer, bl.a. ved oprettelsen af et internt kommunalt afløserkorps. Det styrker ikke nødvendigvis kontinuiteten i det enkelte borgerhjem jf. beskrivelsen i afsnit 4.4 ovenfor, men det kan være med til at reducere de udgifter, der bruges på eksterne vikarer, da udgiften til interne vikarer typisk er lavere.

En opgørelse over brugen af **eksterne vikarer** (Figur 4.3) giver indblik i brugen af eksterne vikarer i 2023 og 2024. Den viser en udvikling, hvor der i starten af 2023 blev brugt i størrelsesordenen af 75-100 vikarer om ugen, hvilket falder til en størrelsesorden af 50-90 i efteråret 2024. Samtidig falder det ugentlige antal af borgere, der får besøg af eksterne vikarer, fra størrelsesordenen 800-1.300 i starten af 2023 til størrelsesordenen 350-900 i perioden fra sommeren 2023 til foråret 2024. I 2024 ses et peak hen over sommeren med helt op til 1.350 borgere, der får besøg af en ekstern vikar på en uge. Men det falder hurtigt igen til noget, der ligner den samme størrelsesorden, der kunne ses i løbet af foråret.



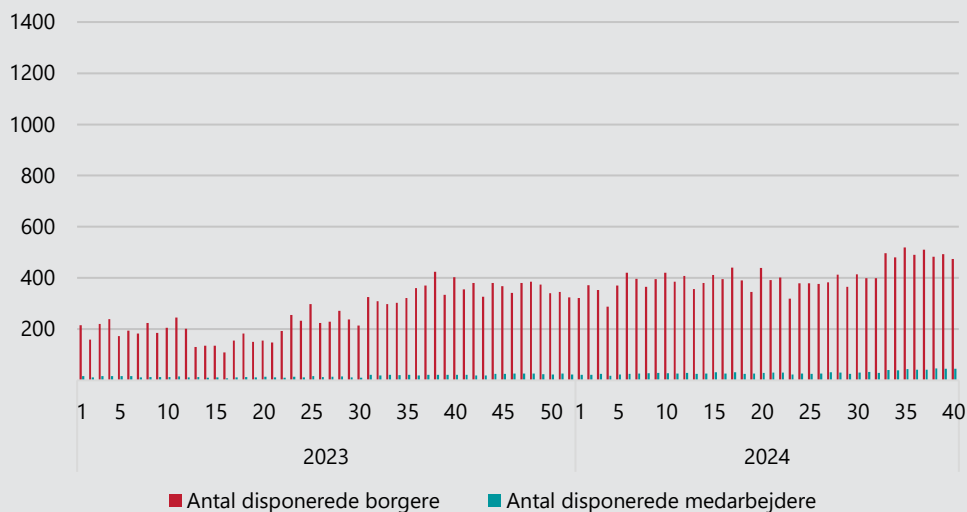
Kilde: Syddjurs Kommune.

En opgørelse over brugen af medarbejdere fra **kommunens interne afløserkorps** (Figur 4.4) viser en stigende tendens fra cirka 15-20 medarbejdere om ugen i starten af 2023 til cirka 40-50 medarbejdere om ugen i efteråret 2024. Der ses tilsvarende

en stigning i antallet af borgere, der modtager hjælp fra det interne ressourcekorps gående fra en størrelsesorden på cirka 100-150 i starten af 2023 til en størrelsesorden på cirka 350-500 i efteråret 2024.

**Figur 4.4 Kommunens interne afløserkorps over tid**

Udvikling i brugen af kommunens interne afløserkorps Antal disponerede borgere og medarbejdere pr. uge. Januar 2023-oktober 2024.



Kilde: Syddjurs Kommune.

## 4.5 Sygefravær

Syddjurs Kommune monitorerer løbende sygefravær og har, jf. kapitel 2.3, iværksat en systematisk indsats for at reducere sygefraværet med afholdelse af systematiske sygefraværssamtaler fra foråret 2023.

En opgørelse over det gennemsnitlige månedlige sygefravær pr. fuldtidsårsværk i 2022, 2023 og 204 viser, at sygefraværet for social- og sundhedshjælpere og (især) ufaglærte i borgerteams er faldet, mens sygefraværet for social- og sundhedsassistenter og (især) sygeplejersker er steget i perioden. Sygefraværet for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i den sundhedsfaglige klynge er generelt set lavere end sygefraværet for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i borgerteams. Sygefraværet for social- og sundhedshjælpere i den sundhedsfaglige klynge er højere end i borgerteams og stiger i perioden.

**Tabel 4.11 Gennemsnitligt månedligt sygefravær pr. fuldtidsårsværk. Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte i hhv. borgerteams og den sundhedsfaglige klynge. 2022, 2023 og 2024.**

<b>Borgerteams</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Sygeplejersker	2,1	3,4	4,5
Social- og sundhedsassistenter	3,3	4,2	3,9
Social- og sundhedshjælpere	3,2	3,4	2,9
Uuddannede	4,1	4,1	3,1
<b>Sundhedsfaglig klynge</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Sygeplejersker	2,2	3,1	2,0
Social- og sundhedsassistenter	2,1	1,7	1,4
Social- og sundhedshjælpere	2,8	2,5	3,5
Uuddannede	-	-	0,7

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

## 4.6 Opsummering

Det fremgår af dette kapitel, at borgerne og medarbejderne hverken ser ud til at være blevet mere eller mindre tilfredse efter etableringen af borgerteams.

For borgernes vedkommende ses en positiv udvikling på nogle af de resultatmål, som kommunen har ønsket at arbejde med, herunder om borgene oplever, at der kommer et mindre antal forskellige medarbejdere i hjemmet, at hjælpen lever op til borgerens ønsker og behov, at borgerne ved, hvem der er deres kontaktperson. Der ses dog samtidig en negativ udvikling i oplevelsen af, at hjælpen er lige god, lige meget hvilken medarbejder der kommer i hjemmet, samt om borgerne oplever, at medarbejderne er gode til at tale sammen indbyrdes om hjælpen i hjemmet.

For medarbejdernes vedkommende ses en positiv udvikling på de spørgsmål, der handler om deres indbyrdes samarbejde om indsatsen til borgeren i hjemmet og medarbejdernes indflydelse på deres arbejde. Der ses en negativ udvikling i deres oplevelse af, om de får den fornødne ledelsesstøtte i dagligdagen.

Produktiviteten i borgerteams er steget i perioden og ligger på tidspunktet for VI-VEs evaluering både højere end de produktivetskrav, der blev formuleret ved projektets opstart, og de produktivetskrav, der efterfølgende er sat i kommunen. På



baggrund af data ser det ikke ud til, at der har været nogen maksimumsgrænse for, hvor høj en produktivitet, der kan være i det enkelte borgerteam.

Kontinuiteten ligger stabilt over tid, men er ikke bedre, end det tidligere har været set i den almindelige hjemme- og sygepleje i andre kommuner. Det kan både tilskrives teamstørrelse, det fortsatte store brug af vikarer (interne og eksterne), samt den vedvarende disponering af personaleressourcer på tværs af teams.

Sygefraværet blandt social- og sundhedshjælperne og de ufaglærte medarbejdere er faldet sideløbende med etableringen af borgerteams, hvilket både skal ses i forhold til etableringen af borgerteams og den systematiske indsats med gennemførelse af sygefraværssamtaler, som kommunen har gjort i perioden.

Sygefraværet blandt social- og sundhedsassistenterne og (især) sygeplejerskerne er steget i perioden, hvilket på baggrund af interviewdata både kan tolkes i relation til etableringen af borgerteams og i forhold til den vedvarende praksis med disponering af personaleressourcer på tværs af teams, der jf. interview medvirker til at demotivere medarbejderne.

# 5 Tværgående analyse og konklusion

I dette kapitel findes en tværgående analyse og konklusion på, hvordan og hvorvidt Syddjurs Kommune er lykkedes med:

- udvikling og implementering af en velfungerende model for faste, tværfaglige og selvstyrende teams (afsnit 5.1)
- inklusion af ydertimer, akut- og specialistfunktioner (afsnit 5.2) samt private leverandører (afsnit 5.3)
- sin tredelte målsætning om en økonomi i balance, kvalitet i kerneopgaven samt tilfredse medarbejdere og ledere (afsnit 5.4)
- sin overordnede ambition om at tage det bedste fra Buurtzorg og forene det med det bedste fra den danske velfærdsmodel og Syddjurs Kommunes lokale praksis i en "ny tredje vej" for ældreomsorgen (afsnit 5.5).

Kapitlet er baseret på en læsning af det samlede empiriske materiale, der er præsenteret i kapitel 2-4, samt VIVEs generelle viden om faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet, Buurtzorg-modellen samt ældre- og sundhedsloven. For en beskrivelse af rapportens metode og datagrundlag henvises til kapitel 6.

## 5.1 Tværfaglige borgerteams i hele kommunen

VIVEs evaluering finder overordnet set, at Syddjurs Kommune har udviklet en velfungerende model for faste, tværfaglige og selvstyrende teams, der på mange måder kan inspirere andre kommuner i deres udviklingsarbejde.

Syddjurs Kommune har i perioden fra 2019-2024 omlagt ældreplejen fra en siloopdelt organisering i "hjemmepleje", "sygepleje", "træning" og "myndighed" til en ny organisering med tolv tværfaglige og delvist selvstyrende borgerteams bestående af cirka 20 årsværk sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte med tilknyttede terapeuter og visitatorer.

Teamene leverer alle ydelser vedrørende personlig pleje (SEL83), almen hjemmesygepleje (SUL138) og rehabilitering (83a) i dagtid samt personlig pleje og delegeret sygepleje om aftenen. Ambitioner om at inkludere ydertimer og akut- og specialist-

funktioner er ikke realiseret i forbindelse med projektet, men fremstår fortsat som et relevant indsatsområde (se også beskrivelsen i afsnit 5.2).

Samtlige de borgere og medarbejdere, VIVE har interviewet, udtrykker opbakning til projektet, og VIVE møder ikke nogen – heller ikke sygeplejersker – der ønsker at vende tilbage til den tidligere siloopdelte organisering.

De områder, hvor der udtrykkes utilfredshed, handler alle om, at projektet ikke lever op til sine egne målsætninger, dvs. at der udtrykkes utilfredshed, i) når borgerne oplever, at det ikke er den samme mindre gruppe af faste medarbejdere, der kommer i hjemmet, ii) når medarbejderne oplever, at de bliver disponeret på tværs af teams, og at der bare ikke må være udisponeret tid i planerne, samt iii) når de faste terapeuter og visitatorer enten ikke har mulighed for at deltage på de tværfaglige teammøder eller ikke er opdateret på borgersagen.

VIVEs analyse af projektet i praksis (kapitel 3) beskriver, hvordan der er et godt og velfungerende tværfagligt samarbejde mellem sygeplejersker, assistenter, hjælpere og ufaglærte. Der er også et godt og velfungerende tværfagligt samarbejde mellem teamene og de tilknyttede visitatorer og terapeuter.

Det tætte tværfaglige samarbejde i teamet understøttes i henhold til VIVEs analyse (kapitel 3) af, at hvert team har sit eget teamlokale med relevante IT-faciliteter, herunder en storskærm. Det understøttes også af det store arbejde, der i forbindelse med projektet har været gjort for at udvikle velfungerende møde- og arbejdsgange, samt for at styrke teamenes kompetencer inden for selvstændig mødeledelse.

Syddjurs Kommune uddannede ved projektets begyndelse seks medarbejdere til coaches, og de har spillet en væsentlig rolle ved implementering af de nye mødestrukturer og arbejdsgange, der blev introduceret i forbindelse med projektet. Kommunen har på tidspunktet for VIVEs evaluering i efteråret 2024 besluttet at ansætte teamledere for at imødekomme medarbejdernes ønske om en mere synlig og nærværende ledelse, men har stadig et arbejde foran sig med at sikre, at den nye ledelse fastholder den mere faciliterende ledelsesstil, der blev introduceret i forbindelse med projektet. De har endvidere etableret data, der monitorerer produktivitet, sygefravær og kontinuitet på teamniveau – og som giver basis for sammenligning og læring teamene imellem. På tidspunktet for VIVEs evaluering har kommunen udviklet en ny og lovende model for rehabilitering og helhedspleje, der danner afsæt for implementering af ældreloven og den kommende sundhedsstrukturreform. Modellen introducerer tre forløb, hvoraf to er tidafgrænsede, mens et tredje er varigt. Der er til hvert forløb knyttet klare roller og arbejdsgange, der bl.a. specificerer, hvilke faggrupper der har ansvaret som tovholder, og herunder kan sikre, at hjælpen løbende tilpasses borgerens behov. Modellen er kun lige implementeret i tre teams

på tidspunktet for VIVEs evaluering, og vi har derfor ikke haft mulighed for at vurdere, hvordan den virker i praksis.

VIVEs evaluering finder samlet set, at den model, der er udviklet, på mange måder fremstår som velfungerende. Der er dog også udviklingspunkter, hvilket vi vil drøfte i de følgende afsnit.

## **5.2 Inklusion af ydertimer, akut- og specialistfunktioner**

Intentioner i projektbeskrivelsen om at udvide princippet om kontinuitet for borgeren til at inkludere ydertimer, akut- og specialistfunktioner er ikke lykkedes. Således eksisterer der fortsat i forbindelse med projektafslutning en sundhedsfaglig klynge med ansvar for akutsygeplejen, sygeplejen aften, den fælles nat-funktion, sygeplejeklinikker og udvalgte specialistfunktioner.

Det betyder i henhold til denne evaluering, at aftenvagten fungerer som traditionelt opdelt hjemmepleje og sygepleje, og at kontinuiteten for borgeren brydes af tre forskellige vagtlag (dagvagt, aftenvagt, nattevagt) med hver deres gruppe af medarbejdere, hvoraf nogle refererer til klyngelederne for borgerteams (dagvagten, hjemmeplejedelen af aftenvagten), mens andre refererer til klyngelederen for den sundhedsfaglige klynge (sygeplejedelen af aftenvagten, den fælles nat-funktion).

Det betyder også, at kommunen står i den situation, hvor de på den ene side har udfordringer med at sikre en tilstrækkelig dækning af erfarne sygeplejersker i borgerteams, og på den anden side har en gruppe af erfarne sygeplejersker, der arbejder parallelt med – og fysisk adskilt fra – medarbejderne i borgerteams.

VIVEs evaluering peger på, at beslutningen om at bibeholde den sundhedsfaglige klynge i den eksisterende form, er forbundet med et stærkt ønske blandt medarbejderne i den sundhedsfaglige klynge om at bibeholde deres eksisterende arbejde og ansættelsesvilkår. De fortæller, at de har det godt, og at flere af grupperne (fx aften-sygeplejen og akutsygeplejen) fungerer som selvstyrende teams, hvor det er medarbejderne selv, der dækker ind for hinanden i tilfælde af sygefravær.

En evt. fremadrettet integration af medarbejderne og jobfunktionerne fra den sundhedsfaglige klynge i borgerteams vil således være forbundet med det dilemma, at det vil indebære et brud med noget, der fungerer godt i sig selv.

## 5.3 Inklusion af private leverandører

Den private leverandør (Svanepøje) er tentativt inddraget på den måde, at de har fået adgang til data og har møder med myndighed, sygeplejersker og terapeuter i kommunen. Den private leverandør er generelt set meget tilfreds, særligt for de kontinuitetsdata, de har fået stillet i udsigt, og som de tentativt tænker vil kunne bruges som basis for bl.a. markedsføring.

Den private leverandør var på tidspunktet for VIVEs evaluering i efteråret 2024 netop blevet informeret om, at der med sundhedsreformen skulle etableres en udvidet fritvalgsordning, hvormed sygeplejen blev del af helhedsplejen. Leverandøren var i gang med at afsøge, hvordan den fremadrettet ville kunne opnormere i forhold til dette.

Syddjurs Kommune var endnu kun i gang med udvikling af forløbstakster, svarende til de tre forløb for helhedspleje og rehabilitering, der samtidig var blevet udviklet. I den forbindelse havde det både været en barriere, at arbejdet med udvikling af forløbstakster involverer mange forskellige medarbejdere og afdelinger, samt at det i en periode var uklart, hvorvidt sygeplejen skulle være del af helhedsplejen (som det fremgår af sundhedsreformen), eller om helhedsplejen kun skulle inkludere personlig pleje, praktisk bistand og træning (som det fremgår af ældreloven).

## 5.4 Den tredelte målsætning

VIVEs evaluering finder ikke, at kommunen er nået fuldstændig i mål med sin tredelte målsætning om at sikre i) en økonomi i balance, ii) kvalitet og kerneopgaven og iii) tilfredse ledere og medarbejdere.

I forhold til målsætningen om at sikre en **økonomi i balance** har kommunen målrettet arbejdet med i) systematiske sygefraværssamtaler, ii) et internt vikarkorps, samt iii) effektiv ressourceudnyttelse på tværs af teams. Det har i henhold til samtaler med direktøren og sundheds- og ældrechefen medvirket til at styrke økonomien, men der er stadig på tidspunktet for VIVEs evaluering underskud på budgettet.

VIVEs evaluering finder, at sygefraværet blandt social- og sundhedsmedarbejderne i borgerteams er faldet i projektperioden, hvilket både kan tilskrives den nye organisering og de systematiske sygefraværssamtaler, der er gennemført. Samtidig gøres der i stigende omfang brug af interne frem for eksterne vikarer.

Produktiviteten i teamene er stigende og ligger på tidspunktet for denne evaluering over produktivitetskravene til hjemme- og sygeplejen, der i Syddjurs Kommune er

sat til hhv. 66 % (hjemmeplejen) og 45 % (sygeplejen). På baggrund af de data, som VIVE har fået, ser det ikke ud til, at der er nogen grænse for, hvor høj produktiviteten kan være i det enkelte team.

I forhold til målsætningen om **kvalitet i kerneopgaven** peger såvel borgere som medarbejdere på, at det er en fordel med en organisering i tværfaglige borgerteams frem for i traditionelle siloer. Såvel borgere som medarbejdere udtrykker samtidig opbakning til den grundlæggende tanke, at det er den samme mindre gruppe af medarbejdere, der skal komme i borgerens hjem. Projektet har i henhold til spørgeskemaundersøgelsen medført forbedringer i borgernes oplevelser af, at det er den samme mindre gruppe af medarbejdere, der kommer i hjemmet – men forringelser i borgernes oplevelse af, at kvaliteten er lige god, lige meget hvilken medarbejder der kommer, samt at medarbejderne er gode til at tale sammen om hjælpen. Det kan evt. forklares af de udfordringer, som borgere såvel som medarbejdere oplever, når medarbejderne bliver disponeret på tværs af teams, eller når der gøres brug af vikarer, der ikke kender hjemmet. VIVEs kontinuitetsopgørelser viser, at der fortsat kommer mange forskellige medarbejdere i hjemmet, særligt når man måler det på kvartalsniveau – hvilket peger på, at der på dette område fortsat er basis for forbedring.

I forhold til målsætningen om **tilfredse ledere og medarbejdere** har der været nogle udfordringer vedrørende udskiftning i ledelsen (klyngeledelsen) som igen forbindes med, at det har været svært for klyngelederne at gennemskue deres mandat. Overgangen til en mere traditionel hierarkisk ledelse gør det lettere for lederne at læse sig ind på dette, men indebærer samtidig en risiko for at forskybe balancen mellem det mere Buurtzorg-inspirerede og det mere traditionelle, der er etableret i forbindelse med projektet, da de nye ledere ikke kan forventes at have samme forståelse for konceptet som de ledere, der har været i organisationen igennem længere tid, dvs. at de må forventes at have en inklination i forhold til mere traditionel ledelsesstil – medmindre de aktivt tilskydes til andet.

Medarbejderne er hverken mere eller mindre tilfredse efter indførelsen af borgerteams, men de vil *ikke* tilbage til den tidligere organisering. De efterspørger en mere synlig og nærværende ledelse – men ikke nødvendigvis en mere dikterende og hierarkisk ledelse – og det fremgår tydeligt på baggrund af interview, at det ikke er ledelse i forhold til det faglige, der efterspørges (for det oplever medarbejderne selv, at de har styr på) – det er derimod ledelse i forhold til det praktiske (alt det der bøvl er, og som medarbejderne gerne vil have andre end dem selv til at løse).

Sygeplejerskerne, som er den mindste gruppe, og som dermed også er den gruppe, der er mest udsat for at blive disponeret på tværs af teams, har et stigende sygefravær, hvilket potentielt set skaber en ond cirkel, da et stort sygefravær er forbundet med en øget risiko for at blive disponeret på tværs af teams (medmindre der bruges

vikarer eller på anden måde hentes øvrige ressourcer ind). Det står i kontrast til sygefraværet i den sundhedsfaglige klynge, som ligger stabilt lavt, samtidig med at medarbejderne generelt set svarer mere positivt på samtlige de spørgsmål, der vedrører tilfredshed med arbejdet.

VIVE finder på denne baggrund ikke, at Syddjurs Kommune er nået fuldt i mål med sin tredelte målsætning om i) en økonomi i balance, ii) kvalitet i kerneopgaven, og iii) tilfredse ledere og medarbejdere.

Vi rejser samtidig spørgsmålet, om der er fundet den rette balance i forhold til det tredelte målbillede, eller om arbejdet med at sikre en økonomi i balance i for stort omfang har overskygget de samtidige målsætninger om kvalitet i kerneopgaven og tilfredse ledere og medarbejdere.

## 5.5 Det bedste fra Buurtzorg?

Syddjurs Kommune har ønsket at tage det bedste fra Buurtzorg og det bedste fra den danske velfærdsmodel og Syddjurs Kommunes lokale praksis og anvende det som afsæt for udvikling af en ny tredje vej i ældreplejen. De er startet ud med noget, der er meget Buurtzorg-inspireret og er endt med noget, der er mindre Buurtzorg-inspireret – og spørgsmålet er på baggrund af denne evaluering, om "lidt mere Buurtzorg" vil kunne være formålstjenligt i forhold til at nå i mål med projektets ambition om at finde en ny tredje vej i ældreplejen, der i større omfang lever op til projektets tredelte målsætning.

VIVEs evaluering peger på to områder, hvor kommunen evt. kan lade sig inspirere af Buurtzorg fremadrettet:

- Det ene vedrører ideen om at arbejde med tydeligere produktivitetskrav til det enkelte team, og at arbejde med en klar aftale om, at når teamet (som helhed) har nået den aftalte produktivitet, så skal de ikke producere mere, fordi det også er vigtigt, at der er tid til team- og kompetenceudvikling. Det ville potentielt kunne skabe en større medarbejdertilfredshed og måske også et lavere sygefravær. Det ville også kunne være med til at skabe en bedre kontinuitet, da færre medarbejdere ville blive disponeret på tværs af teams.
- Det andet vedrører ideen om at gøre teamene selvdækkende, dvs. at det er den samme mindre gruppe af medarbejdere, der dækker alle vagter, samtidig med at der gøres brug af faste vikarer eller afløsere. Det ville – ligesom aftalen om faste produktivitetskrav – potentielt kunne bidrage til at skabe en større medarbejdertilfredshed og måske også et lavere sygefravær. Det ville

også kunne være med til at skabe en bedre kontinuitet, da færre medarbejdere ville blive disponeret på tværs af teams.

En evt. aftale om klare produktivitetskrav og selvdækkende team vil skulle indgå mellem medarbejdere og ledere og kræver sandsynligvis mere fleksible overenskomster, da det samtidig er vigtigt, at teamene ikke bliver for store.

Teamene i Syddjurs Kommune ligger på cirka 20 årsværk, hvilket er meget set i forhold til det, der anbefales i Buurtzorg (Kjellberg et al, 2023), forskningslitteraturen (Katzenbach & Smith, 2006) og VIVEs evaluering af puljen til faste teams (Buch et al., 2024). VIVEs evaluering af de tre første forsøg med tværfaglige og selvstyrende teams i Syddjurs Kommune fandt tilsvarende, at der var udfordringer, når teamene blev for store (Kjellberg, 2023a). Denne evaluering finder, at medarbejdere og ledere i Syddjurs Kommune generelt set vurderer, at teamene har en passende størrelse (det, der udfordrer, er brugen af vikarer, samt at medarbejderne bliver disponeret på tværs af teams). Belært af erfaringerne fra tidligere samt den øvrige viden, der ligger på området, kan det imidlertid ikke anbefales at arbejde med større teams – dvs. at der hellere skal etableres flere, mindre teams – end der skal arbejdes med større teams i Syddjurs Kommune.

## 5.6 Klar til helhedspleje

Samlet set står Syddjurs Kommune i en situation, hvor de hen over en periode på 5 år har gennemført et omfattende udviklingsarbejde, så de på tidspunktet for VIVEs evaluering fremstår som godt forberedt til implementering af sundheds- og ældre-reformen samt den nye ældrelov.

Fortsatte opmærksomhedspunkter i udviklingsarbejdet vedrører først og fremmest arbejdet med at styrke kontinuiteten ved i større omfang at gøre teamene selvdækkende og undgå, i) at medarbejderne disponeres på tværs, og ii) at der bruges aflø-sere og vikarer uden tilknytning til borgerne i det enkelte team.

Hertil ligger der et opmærksomhedspunkt i at sikre, at tilknyttede medarbejdere ikke trækkes væk fra organiseringen i tværfaglige borgerteams, men fortsat knyttes til den samme mindre gruppe af borgere og medarbejdere, så de over tid kan opnå det kendskab, der er en forudsætning for et godt og smidigt samarbejde med afsæt i borgerens behov.

Arbejdet med helhedspleje og inklusion af de private leverandører fremstår som lovende, men der ligger fortsat et arbejde i færdigudvikling af konceptet, herunder med fastsættelse af forløbstakster, indgåelse af (nye) kontrakter.



Data kan videreudvikles, og det kan i denne forbindelse overvejes, om kontinuitet både skal opgøres på måneds- og kvartalsniveau, da det jf. denne og tidligere evalueringer først er på måneds- og kvartalsbasis, at udfordringerne med et stort antal skiftende medarbejdere i hjemmet for alvor begynder at vise sig.



# Dokumentation

# 6 Datagrundlag og metode

I dette kapitel beskrives den kvalitative og kvantitative dataindsamling, der er gennemført i forbindelse med projektet.

## **Dataindsamlingsstrategi**

VIVEs dataindsamlinger er gennemført på samme måde i 2021, 2022, 2023 og 2024. Fremgangsmåden har i alle tilfælde været den, at rapportens forfattere:

- a) har indhentet puljeansøgninger og evt. aktuelle statusbeskrivelser vedrørende projektet fra kommunen for derved at læse os ind på projektet
- b) har gennemført interview med projektlederen samt evt. øvrige projektmedarbejdere for at danne os et overblik over "aktuel status" i projektet
- c) har gennemført 2-4 dages observation af det daglige arbejde i et mindre antal enheder for derved at opnå en egen indsigt i, hvordan arbejdet udføres i praksis, og hvad der aktuelt optager de udførende medarbejdere
- d) har gennemført gruppeinterview med frontlinjemedarbejderne på tværs af borgerteams fra hele kommunen fordelt på faggruppe for at kvalificere og validere de indtryk, der er gjort ved observation
- e) har gennemført tværgående gruppeinterview med alle relevante samarbejdspartnere i og omkring projektet
- f) har indhentet evt. supplerende skriftligt materiale, der er nævnt i forbindelse med interview, eller som forekommer relevant på baggrund af vores analyse af interview og øvrigt skriftligt materiale
- g) har indhentet evt. supplerende oplysninger fra relevante projektparter, der forekommer relevante på baggrund af vores analyse af interview og øvrigt skriftligt materiale.

Dataindsamlingerne i 2021, 2022 og 2023 er foretaget af Pia Kürstein Kjellberg, mens dataindsamlingen i 2024 er foretaget i samarbejde mellem Pia Kürstein Kjellberg og Rikke Aarhus. Herved at der både sikret dyb indsigt i projektets udvikling over tid og et udefra blik i forbindelse med den afsluttende dataindsamling.

## **Skriftligt materiale og interview med projektlederen**

Det skriftlige materiale, der indledningsvist er indhentet, omfatter puljeansøgningerne samt evt. øvrigt materiale, der giver et overblik over projektets aktuelle status. Det har været op til projektlederen i Syddjurs Kommune at beslutte, hvilket materiale ud over puljeansøgningerne, VIVE skulle læse forud for observation og interview.

Interview med projektlederen samt evt. øvrige projektmedarbejdere er herefter gennemført som et fysisk interview af cirka halvanden times varighed, hvor projektlederen er blevet opfordret til at give en status på projektet, og hvor evt. øvrige projektmedarbejdere har suppleret i det omfang, det har været relevant.

Det har været op til projektlederen at afgøre, om der skulle medvirke øvrige projektmedarbejdere ved interviewet, og i givet fald hvilke. Ved de tre første interview (vinteren 2021, foråret 2022, foråret 2023) medvirkede projektlederen og den projektmedarbejder, der havde ansvaret for tilrettelæggelse af spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview. Ved det sidste interview (foråret 2024) medvirkede projektlederen og den projektmedarbejder, der havde været involveret i samarbejdet med de private leverandører.

### **Observation**

De observationer, der er foretaget, er tilrettelagt i samspil med projektlederen samt evt. yderligere projektmedarbejdere med henblik på at give VIVE størst muligt indblik i projektets forskellige facetter på det tidspunkt, hvor observationerne er gennemført.

- Ved den kvalitative dataindsamling i 2021 gennemførte vi observation i to borgerteams (Hornslet, Ebeltoft). Det tredje (Kolind) ønskede ikke at medvirke ved observation, fordi de var hårdt presset på tidspunktet for VIVEs kvalitative dataindsamling. Men vi besøgte teamlokalerne sammen med en af projektmedarbejderne og havde i den forbindelse også mulighed for at tale med et par af medarbejderne.
- Ved den kvalitative dataindsamling i 2022 gennemførte vi observation i samtlige tre borgerteams (Hornslet, Ebeltoft, Kolind), der var etableret i forbindelse med den første puljebevilling. Vi fordelte vores tid mellem forskellige medarbejdere, og forskellige tidspunkter af døgnet, for at få bedst muligt indblik i teamenes dagligdag. Vi besøgte også den centrale sygeplejeenhed, der endnu ikke var del af projektet, samt visitationen for at opnå indblik i deres arbejde.
- Ved den kvalitative dataindsamling i 2023 gennemførte vi observation i to nye og to gamle teams, og vi havde igen mulighed for at følges med forskellige medarbejdergrupper og gennemføre observation på forskellige tidspunkter af døgnet. Vi gennemførte endvidere observation i visitationen og den sundhedsfaglige klynge.
- Ved den kvalitative dataindsamling i 2024 gennemførte vi observation i et af de gamle og tre af de nye teams, hvoraf to havde erfaringer med det nye koncept for helhedspleje. Vi havde igen mulighed for at følges med forskellige medarbejdergrupper, gennemføre observation på forskellige tidspunkter af døgnet og besøge den sundhedsfaglige klynge. Visitationen

besøgte vi ikke i forbindelse med observationerne i 2024, men de medvirkede ved interview jf. nedenfor.

## Interview

Der er gennemført interview med alle relevante parter i og omkring projektet fire gange i projektforløbet. Valget af aktører er sket i samråd mellem VIVE og Syddjurs Kommune, og det er Syddjurs Kommune, der – efter anvisninger fra VIVE – har stået for at tilrettelægge interviewene (dvs. at indkalde borgere, medarbejdere og ledere, samt at stille lokaler til rådighed).

Der er i alt gennemført 70 interview i forbindelse med projektet (Tabel 6.1). Interview med social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, terapeuter, visitatorer, coaches, planlæggere, backoffice, distrikts/klyngeledere, samarbejdspartnere/den sundhedsfaglige klynge, Svanepøjle<sup>41</sup>, borgere og pårørende, projektledelsen og styregruppen er gennemført som gruppeinterview med 2-8 deltagere pr. interview<sup>42</sup>. Interview med ældre- og sundhedschefen, direktøren, lederen af borgerteam, Karlsson Konsult, Adm. Design, Buurtzorg og Systematic er gennemført som individuelle interview<sup>43, 44</sup>.

Alle interview har fokuseret på i) projektets indhold, ii) det nye i forhold til tidligere praksis, samt iii) hvad der virker godt og mindre godt. Alt efter hvilken gruppe der har været tale om, er vi gået i større eller mindre detaljeniveau med specifikke delelementer, fx planlægning eller terapeuternes rolle.

Interviewene har haft varigheder mellem 1-3 timer, og der er taget udførlige noter fra samtlige interview, der efterfølgende er anvendt som afsæt for analyse samt evt. citation i rapporten.

---

<sup>41</sup> Den private leverandør, der medvirker i projektet.

<sup>42</sup> Faggrupperne er holdt adskilt, og grupperne er sammensat med henblik på at sikre repræsentation på tværs af klynger og teams.

<sup>43</sup> Den eneste undtagelse fra denne generelle regel er interviewet med ældre- og sundhedschefen og lederen af borgerteam (der på dette tidspunkt havde skiftet stilling til souschef) i 2024. Interviewet med disse to nøglepersoner blev af helt lavpraktiske og kalendertekniske årsager gennemført som gruppeinterview, hvor lederen af træningsområdet også deltog.

<sup>44</sup> Karlsson Konsult, Adm. Design, Buurtzorg og Systematic er interviewet, fordi de har været centrale samarbejdspartnere i projektet, se også beskrivelsen i kapitel 1.

**Tabel 6.1**      **Antal gruppeinterview ved VIVEs kvalitative dataindsamling i 2021, 2022, 2023 og 2024**

	2021	2022	2023	2024	I alt
Social- og sundhedshjælpere	1	1	1	1	4
Social- og sundhedsassistenter	1	1	1	1	4
Sygeplejersker	1	1	1	1	4
Terapeuter (SDT)	1	1	1	1	4
Visitorer	1	1	1	1	4
Coaches	1	1	1	1	4
Planlæggere/ressourceplanlæggere	1	1	2	2	6
Backoffice		1			1
Distrikts/klyngeledere	1	1	1	1	4
Sygeplejen/Sundhedsfaglig klynge	1	1	1	1	4
Svanepleje				1	1
Borgere og pårørende	1	2	1	1	5
Projektledelse	1	1	1	1	4
Styregruppen	1	1	1	1	4
Ældre- og sundhedschefen	1	1	1	1	4
Direktøren			1	1	2
Lederen af borgerteams			1	1	2
Karlsson Konsult	1	1	1		3
Adm. Design	1	1	1		3
Buurtzorg	1	1			2
Systematic		1			1
<b>I alt</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>70</b>

Kilde: VIVE

### **Skriftligt materiale**

Skriftligt materiale om projektet omfatter alle former for projektdokumenter – fra de oprindelige projektbeskrivelser over de hvidbøger og drejebøger, der blev udarbejdet i projektets første fase – til små film og PowerPoint-præsentationer, der beskriver coachfunktionen og den nye app løsning. Vi har løbende, i forbindelse med observation og interview, spurgt til skriftligt materiale, som interviewpersonerne efterfølgende har fremsendt. I forbindelse med den skriftlige afrapportering har vi ligeledes indhen-

tet skriftlige dokumenter, der beskriver og underbygger de fortællinger, vi har fået fra interview, fx om beslutningen om at nedlægge coachfunktionen samt om at indføre en ny ledelsesstruktur.

### **Spørgeskema til borgere og medarbejdere**

Det er Syddjurs Kommune, der har udarbejdet og gennemført de spørgeskemaundersøgelser, som gengives i denne rapport. VIVE har været inddraget på den måde, at vi har haft indflydelse på valg af respondenter til trivselsundersøgelsen for medarbejdere (både borgerteams og sundhedsfaglig klynge), samt på den efterfølgende analyse (borgerteams 2024 versus borgerteams 2022 og borgerteams 2021 samt borgerteams 2024 versus den sundhedsfaglige klynge). Valget af spørgsmål er foretaget af Syddjurs Kommune, og det samme er svarkategorierne og den metodiske bearbejdning, som helt lavpraktisk er sket via SurveyXact.

VIVE har fået udleveret svarfordelingerne og på denne baggrund produceret de tabeller, der findes i denne rapport.

### **Beskrivende kvantitative data**

VIVE har indhentet beskrivende kvantitative data om teamstørrelse, produktivitet, kontinuitet og sygefravær til brug for analysen af målopfyldelse i kapitel 4. Her har der været tale om et samarbejde, hvor VIVE har forespurgt om muligheden for at få data om de nævnte spørgsmål, hvorefter der har været en drøftelse med Syddjurs Kommune om, hvad de har kunnet levere. De data, vi fremstiller, er på denne baggrund "det muliges kunst", og vi lægger derfor også vægt på at beskrive, hvad data siger – og ikke siger – noget om, som del af fremstillingen.

Tabellerne vedrørende kontinuitet er udarbejdet af VIVE med afsæt i de data, vi har fået fra Syddjurs Kommune. Det vil sige, at vi har haft adgang til data om det gennemsnitlige antal medarbejdere i borgerens hjem pr. borgerteam fordelt på teams, uger/måneder/kvartaler og subgrupper. Vi har ikke haft adgang til data om antallet af medarbejdere i borgerens hjem på borgerniveau.

### **Tværgående analyse**

Den tværgående analyse er baseret på en læsning af det samlede datagrundlag jf. ovenfor. Her bruger vi data fra observation og interview, de to spørgeskemaundersøgelser og Syddjurs kommune til at belyse analysens overordnede spørgsmål, om projektet har levet op til sin overordnede målsætning om at tage det bedste fra Buurtzorg og fusionere det med det bedste fra den danske velfærdsmodel og Syddjurs Kommunes lokale praksis, idet målet samtidig er at opnå en økonomi i balance – kvalitet i kerneopgaven og tilfredse ledere og medarbejdere.

Den teoretiske referenceramme følger os hele vejen igennem rapporten, dvs. at vi i samtlige kapitler lægger vægt på at beskrive i) den oversættelse af Buurtzorg-modellen, der er foretaget, ii) hvordan projektet fungerer i praksis, samt ii) hvilken relation der er mellem de beslutninger der er truffet (og ikke truffet) og de virkninger, der kan observeres på baggrund af projektet.

I vurderingen af hvordan og hvorvidt projektet lever op til sin tredelte målsætning om en økonomi i balance, tilfredse ledere og medarbejdere og kvalitet i kerneopgaven trækker vi på en læsning af det samlede materiale, dvs. både observation og interview, spørgeskema, beskrivende kvantitative data og skriftligt materiale.

### **Validering og kvalitetssikring**

Rapporten er sendt til validering ved Syddjurs Kommune med henblik på at sikre, at fremstillingen er faktisk korrekt, og/eller om der er vigtige nuancer, som vi har overset i fremstillingen. Denne fremgangsmåde er særlig vigtig for at sikre, at vores beskrivelser af praksis i kommunen er retvisende. Rapporten er samtidig kvalitetssikret ved eksternt review ved to eksperter på området.



## Bilag 1 Bilagstabeller vedrørende kontinuitet

I dette kapitel findes tre bilagstabeller, der uddyber spredningen i kontinuiteten mellem teams. Bilagstabellerne svarer til de tabeller, der er indsat i kapitel 4, men indeholder foruden oplysninger om gennemsnit og standardafvigelse også oplysninger om min maksimumsværdier. Disse er interessante at betragte, når man ønsker at forstå variationen i antallet af forskellige medarbejdere, der kommer i borgerens hjem, og særligt hvis man ønsker at dykke ned i og forstå, hvorfor der er forskelle teamene imellem.

**Bilagstabel 1.1** Antal forskellige medarbejdere i borgerens hjem på uge, måneds- og kvartalsbasis. Opgjort ved gennemsnit, maks. og min. Borgerteam (BT) 1-12.

	Uge			Måned			Kvartal		
	Gn sn	Maks.	Min..	Gn sn	Maks.	Min.	Gn sn	Maks.	Min.
BT 1	7,2 (0,9)	9,4	2,4	15,3 (2,2)	20,6	12,3	24 (4,3)	29,9	16,7
BT 2	6,5 (0,7)	8,2	2,8	13,6 (1,6)	16,9	11,3	20,9 (1,4)	23	18,2
BT 3	6,8 (0,7)	9,1	3,6	14,8 (1,2)	17,6	12,8	22,7 (1,5)	25,4	20,8
BT 4	6,9 (0,8)	9,3	3,5	15,8 (2,0)	19,2	12	26,5 (2,5)	29,8	23,3
BT 5	6,5 (0,6)	8,1	3,1	13,6 (1,5)	17,1	11,1	21,7 (3,5)	25,1	15,8
BT 6	5,8 (0,7)	7,5	2,5	12 (1,8)	15,8	9,3	20 (2,7)	23,1	16
BT 7	6,6 (0,7)	8,4	2,3	14,5 (1,5)	18	11,1	22,7 (2,5)	27,7	19,5
BT 8	6,8 (0,7)	8,1	2,8	15,1 (1,6)	18,2	12	24,7 (2,9)	29,1	21,5
BT 9	6 (0,6)	7,5	2,4	12,5 (1,1)	14,8	10,5	19,9 (2,2)	22,9	16,2
BT 10	7,2 (0,9)	9,4	3,1	15,7 (2,1)	21,6	13,4	25,5 (4,4)	33,3	19,5
BT 11	6,5 (0,8)	8,3	3	13,2 (1,3)	16,2	10,8	20,7 (1,7)	23,2	18,3
BT 12	7,8 (0,9)	10,1	3,9	17 (1,6)	19,3	13,1	26,8 (2,6)	31,8	23,7

Anm. Kontinuitet er opgjort som det antal medarbejdere fra borgerteams eller den sundhedsfaglige klynge, der har leveret ydelser i borgerens hjem i den givne tidsperiode. Interne og eksterne vikarer er inkluderet. 2. hjælper er undtaget. Standardafvigelse er angivet i parentes.

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

**Bilagstabel 1.2** Antal forskellige medarbejdere i borgerens hjem på månedsbasis. Opgjort ved gennemsnit, maks. og min. Borgerteam 1-12. Data for borgere, der får 1-5 besøg om ugen, 6-9 besøg om ugen og mere end 10 besøg om ugen.

	1-5 besøg			6-9 besøg			10+ besøg		
	Gns.	Maks.	Min.	Gns.	Maks.	Min.	Gns.	Maks.	Min.
BT 1	2,7 (0,3)	3,3	2,3	7,2 (0,9)	8,6	5,4	22,3 (2,5)	28,7	18,0
BT 2	2,6 (0,2)	3,1	2,1	7,5 (1,2)	10,4	6,0	20,4 (2,8)	25,5	16,2
BT 3	3,5 (0,4)	4,3	2,8	7,4 (1,1)	11,0	6,1	20,7 (2,2)	25,1	17,0
BT 4	3,2 (0,4)	4,2	2,6	7,4 (0,9)	9,2	6,0	21,8 (3,0)	27,0	16,1
BT 5	2,8 (0,2)	3,3	2,5	7 (0,8)	8,9	5,7	20,1 (2,3)	25,8	16,4
BT 6	2,9 (0,4)	3,8	2,3	6,2 (0,6)	7,8	5,3	18,1 (3,1)	22,7	12,9
BT 7	3,4 (0,2)	3,8	2,9	7,8 (1,1)	10,1	6,1	20,7 (1,9)	26,1	15,9
BT 8	3 (0,2)	3,5	2,5	7,6 (0,8)	9,3	5,9	20,7 (2,3)	24,6	16,9
BT 9	2,9 (0,3)	3,5	2,4	6,9 (0,7)	8,1	5,3	18,2 (1,8)	21,0	14,7
BT 10	3,2 (0,3)	3,7	2,6	7,1 (1,2)	10,1	5,4	20,1 (2,5)	25,9	16,8
BT 11	2,7 (0,2)	3,1	2,3	6,4 (1,1)	8,8	5,0	18,7 (2,4)	22,7	13,5
BT 12	3,3 (0,2)	3,6	2,8	7 (0,9)	9,4	5,7	22,6 (1,9)	25,6	18,2

Anm. Kontinuitet er opgjort som det antal medarbejdere fra borgerteams eller den sundhedsfaglige klynge, der har leveret ydelser i borgerens hjem i den givne tidsperiode. Interne og eksterne vikarer er inkluderet. 2. hjælper er undtaget. Standartafvigelse er angivet i parentes.

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

**Bilagstabel 1.3** Antal forskellige medarbejdere i borgerens hjem pr. kvartal. Opgjort ved gennemsnit, maks. og min. Borgerteam 1-12. Data for borgere, der får 1-5 besøg om ugen, 6-9 besøg om ugen og mere end 10 besøg om ugen.

	1-5 besøg			6-9 besøg			10+ besøg		
	Gns.	Maks.	Min.	Gns.	Maks.	Min.	Gns.	Maks.	Min.
BT 1	4,1 (0,5)	4,7	3	9,5 (1,2)	11	7,4	34 (4,7)	41,2	25,9
BT 2	3,8 (0,4)	4,4	3,3	9,9 (1,2)	11,5	8	29,8 (2,3)	32,3	25,1
BT 3	5,1 (0,4)	5,5	4,3	10 (1,0)	11,5	8,7	31,2 (3,3)	37,6	26,3
BT 4	5 (0,3)	5,5	4,4	10,3 (1,2)	12,8	9,1	34,9 (4,3)	40,2	29,5
BT 5	4,3 (0,5)	4,9	3,5	9,3 (1,3)	11,1	7,3	31,1 (4,7)	37,4	24,5
BT 6	4,5 (0,5)	5,2	3,8	8,5 (0,5)	9,1	7,5	28,4 (4,5)	34	22,1
BT 7	5,1 (0,2)	5,3	4,8	10,5 (1,8)	14,1	8,4	30,7 (2,6)	35,4	27,5
BT 8	4,7 (0,3)	5,2	4,3	11 (1,1)	37,9	9,5	31,2 (3,8)	37,9	26
BT 9	4,2 (0,4)	4,7	3,7	9,9 (1,1)	32,3	8,4	27,4 (3,6)	32,3	22
BT 10	4,8 (0,5)	5,7	3,8	9,6 (1,9)	12,6	6,4	32,2 (5,7)	40,6	23,5
BT 11	4 (0,5)	4,9	3,1	8,6 (1,5)	11	7,2	28,3 (2,9)	33,3	23,9
BT 12	4,9 (0,5)	5,8	4,2	9,8 (0,8)	11,5	8,9	34,3 (2,9)	39,3	30,7

Anm.: Kontinuitet er opgjort som det antal medarbejdere fra borgerteams eller den sundhedsfaglige klynge, der har leveret ydelser i borgerens hjem i den givne tidsperiode. Interne og eksterne vikarer er inkluderet. 2. hjælper er undtaget. Standartafvigelse er angivet i parentes.

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

# Litteratur

Aarhus, R. & Fischer, R.H. (2025). *Borgeres og pårørendes oplevelser af ældrepleje i faste, tværfaglige og selvstyrende teams*. København: VIVE.

Bech, M., Buch, M.S., Kjellberg, P.K. & Kjellberg, J. (2021). *Buurtzorg behøver ikke være økonomichefens værste mareridt* [Kronik, Altinget d. 16. dec. 2021], <https://www.vive.dk/da/nyheder-og-debat/buurtzorg-behoever-ikke-vaere-oekonomichefens-vaerste-mareridt-yvrnn4xb/>

Altinget: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/vive-buurtzorg-koncept-behoever-ikke-vaere-oekonomichefens-vaerste-mareridt>

Buch, M.S. (2020). *Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje: Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvninger i en dansk kontekst*. København: VIVE.

Buch, M.S. & Foged, S.K. (2024). *Fælles om opgaven, sammen om borgeren – etablering af selvstyrende teams i Allerød Hjemmepleje: Slutevaluering*. København: VIVE.

Buch, M.S. & Topholm, E.H.-E. (2022). *Ikast-Brande Kommunes "erantisprojekt": Opsamling af læring, oplevede resultater og opmærksomhedspunkter*. København: VIVE.

Buch, M.S. & Topholm, E.H.-E. (2023). *Evaluering af puljen til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen: Midtvejsrapport*. København: VIVE.

Buch, M.S., Topholm, E.H.-E. & Christensen, J. (2024). *Faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen – erfaringer fra 25 kommuner: Evaluering af Socialstyrelsens pulje til faste teams*. København: VIVE.

Bøgeskov, B.O. & Segoli, G. (2024). Implementing interdisciplinary Buurtzorg derived teams in Danish municipalities: *Qualitative descriptive study*. *Nordic Journal of Nursing Research*. 44, doi:10.1177/20571585241306175.

Czarniawska, B. & Sevón, G. (1996). *Translating Organizational Change*. New York, NY: De Gruyter.

Finansministeriet (2023). *Økonomisk Analyse: Rekruttering af velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden*. København: Finansministeriet.

- Foged, S.K. & Kjellberg, P.K. (2024). *Sammen med borgeren: Forsøg med faste teams tilpasset borgerens aktuelle situation: Evaluering af et udviklingsprojekt i Tårnby Kommune*. København: VIVE.
- Hjern, B. & Porter, D. (1981). Implementation structures: A new unit of administrative analysis. *Organization Studies*, 2(3), 211-227.
- Hjort-Enemark, E., Meier, N. & Hald, A.N. (2025). On the Interplay Between Boundary Work and Organizational Context. *Journal of Organizational Sociology*, published online February 3.: <https://doi.org/10.1515/joso-2024-0016>
- Karlsson, T., Braad, C., Jensen, R.H. & Sørensen, S.L. (2021). *Hvidbog: Helhedspleje i Danmark. En samlet opskrift på en oversættelse af den hollandske plejemodel Buurtzorg*. Ebeltoft: Syddjurs Kommune.
- Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (2006) *The Wisdom of Teams. Creating the high-performance organization*. New York: Harper Collins Publishers.
- Kjellberg, P.K. (2021a). *Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune: Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K. (2021b). *Mere Værdig Pleje i Syddjurs Kommune. Analyse og rådgivning, december 2021. PowerPoint-præsentation udarbejdet af Pia Kürstein Kjellberg*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K. (2023a). *Mere værdig pleje: Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Syddjurs Kommune*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K. (2023b). *Kaffe først – mennesket før bureaukratiet: Evaluering af et Buurtzorg-inspireret udviklingsprojekt i Haderslev Kommune*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K. & Buch, M.S. (2022). *Medarbejdersammensætning i Buurtzorg sammenlignet med den danske ældrepleje*. VIVE notat. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K., Bech, M., Kjellberg, J. & Buch, M.S. (2022). *Brugertidsprocenter i ældreplejen: Notat om forskelle og ligheder mellem BTP-modellen (Danmark) og Buurtzorg-modellen (Holland)*. VIVE notat. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K., Buch, M.S. & Anderberg, E.M. (2023). *Nærhed i omsorg: Evaluering af seks kommunale udviklingsprojekter*. København: VIVE.
- Kjellberg, P.K., Buch, M.S., Kjellberg, J. & Bech, M. (2023). *Buurtzorg – den organisatoriske grundmodel*. VIVE notat. København: VIVE.

- Kjellberg, P.K. & Topholm, E.H.-E. (2023). *Organisering af BUM-modellen på ældreområdet*. København: VIVE.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pedersen, M.H. (2024). *Implementering af selvstyrende teams i ældreplejen: Et studie af nye styringsformer og omsorgspraksisser*. Ph.d.-afhandling. Roskilde: Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet.
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2024a). *Udkast til forslag til ældrelov. Ældreudvalget 2023-24. ÆLU Alm. del – Bilag 62*. København: Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2024b). *Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre om en reform af ældreområdet*. 18. april, 2024. København: Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Social- og Boligstyrelsen (2022a). Ansøgningspuljen til faste teams i ældreplejen. Tilgået d. 7. 11. 2024: [https://www.sbst.dk/puljer-og-tilskud/social-og-aeldreomraadet/ansoegningspuljer/alle-puljer/15856520\\_teams-i-aeldreplejen](https://www.sbst.dk/puljer-og-tilskud/social-og-aeldreomraadet/ansoegningspuljer/alle-puljer/15856520_teams-i-aeldreplejen)
- Social- og Boligstyrelsen (2022b). Ansøgningspuljen til forsøg med selvvisitation i ældreplejen. Tilgået d. 7. 11. 2024: [https://www.sbst.dk/puljer-og-tilskud/social-og-aeldreomraadet/ansoegningspuljer/alle-puljer/15853810\\_selvvisitationaeldreplejen](https://www.sbst.dk/puljer-og-tilskud/social-og-aeldreomraadet/ansoegningspuljer/alle-puljer/15853810_selvvisitationaeldreplejen)
- Sundhedsstyrelsen (2023). Pulje til at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen. Tilgået d. 7. 11. 2024: <https://www.sst.dk/da/Puljer/Pulje-til-at-styrke-omsorg-og-naervaer-i-aeldreplejen>
- Syddjurs Kommune (2020). *Ansøgning til puljen for nærvær og omsorg i ældreplejen*. Internt projektdokument fra Syddjurs Kommune udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen. Ebeltoft: Syddjurs Kommune.
- Syddjurs Kommune (2021a). *Ansøgning til puljen til faste teams i ældreplejen, udateret*. Internt projektdokument fra Syddjurs Kommune udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen. Ebeltoft: Syddjurs Kommune.

- Syddjurs Kommune (2021b). *Projekt Mere Værdig Pleje Drejebog for afprøvning af Borgerteam Ebeltoft Nord-øst. Senest revideret: 14. september 2021. Internt projektdokument udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen.* Ebeltoft: Syddjurs Kommune.
- Syddjurs Kommune (2022a). *Drejebog del 1-3: Mere Værdig Pleje. Beskrivelse af roller, ansvar og arbejdsgange i Syddjurs Kommunes tværfaglige og selvstyrende borgerteams. Senest redigeret den 8-8-2022. Internt projektdokument udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen.* Ebeltoft: Syddjurs Kommune.
- Syddjurs Kommune (2022b). *Drejebog del 4: Ny ydelsesstruktur og afregningsmodel. MERE VÆRDIG PLEJE, version 1.5.2022. Udarbejdet af Christian Braad, PROFEKTO APS og Mette Marie Aarnholtz Meyer, Syddjurs Kommune. Internt projektdokument udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen.* Ebeltoft: Syddjurs Kommune.
- Syddjurs Kommune (2024a). *Model for rehabilitering og helhedspleje. Internt projektdokument udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen.* Ebeltoft: Syddjurs Kommune.
- Syddjurs Kommune (2024b). *Hvid tid i 2024. Internt projektdokument udleveret til VIVE i forbindelse med dataindsamlingen.* Ebeltoft: Syddjurs Kommune.
- Topholm, E.H.-E. (2023). *Teamroller i Buurtzorg og faste, tværfaglige og selvstyrende teams. VIVE notat.* København: VIVE.
- Topholm, E.H.-E., Buch, M.S. & Kjellberg (2025). *Kaffe først – fra to teams til et helt plejedistrikt: Status på og erfaringer med oversættelsen af Buurtzorg-modellen til offentlig dansk hjemme- og sygepleje i Haderslev Kommune. Efteråret 2023. Under udgivelse.* København: VIVE.

**VIVÉ**