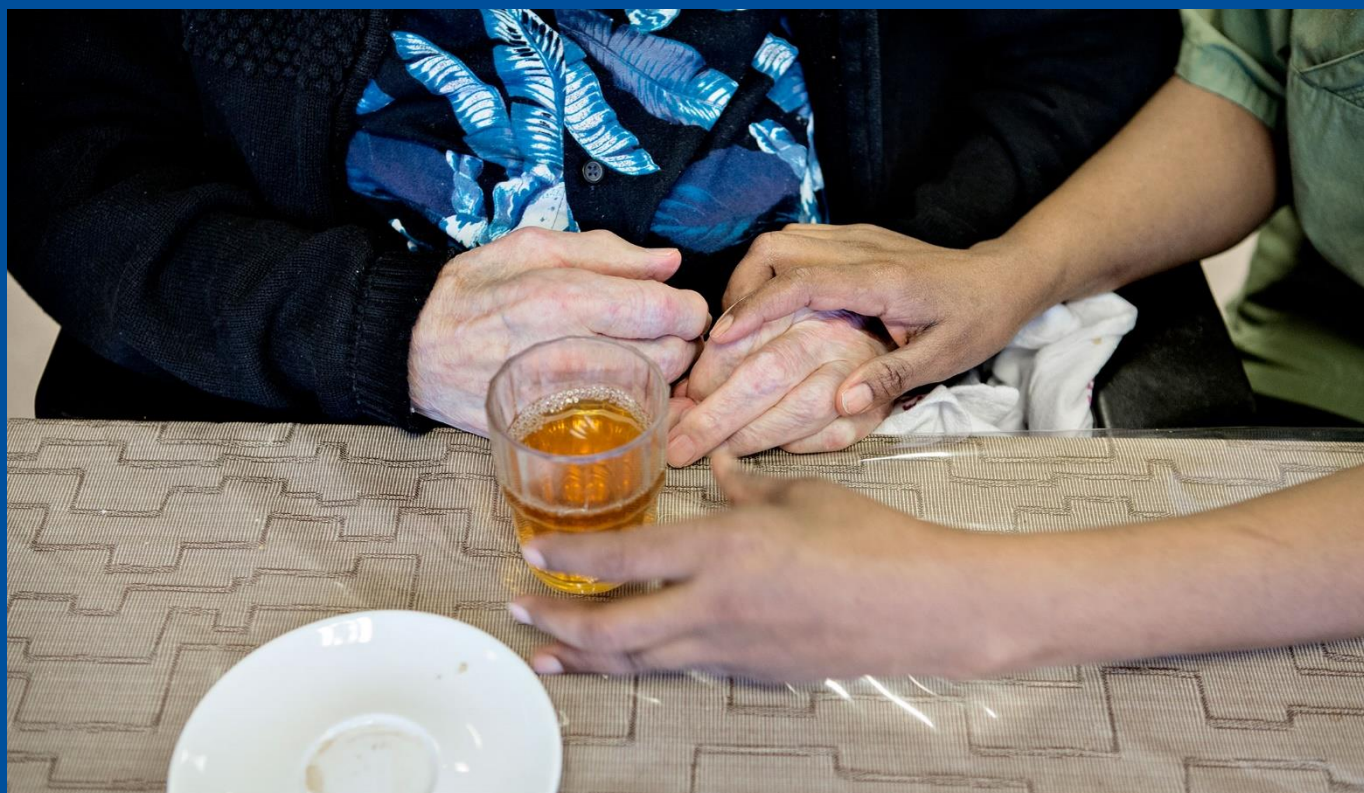


# Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen

Midtvejsrapport



*Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen  
– Midtvejsrapport*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-154-9

Modelfoto: Mathilde Bech/VIVE

Projekt: 302239

Finansiering: Social-, Bolig- og Ældreministeriet

**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.



## Forord

Den 17. december 2021 udloddede Socialstyrelsen 191,6 mio. kr. til forsøg i 25 kommuner med faste teams i ældreplejen fra 2022 til 2023. Formålet med puljen er at støtte projekter, der udvikler og afprøver nye veje til at sikre mere stabilitet og kontinuitet i ældreplejen, gennem etablering af faste, selvstyrende og tværfaglige teams.

VIVE har designet en evaluering, der følger udviklingsarbejdet i de 25 kommuner for at opsamle og udbrede læring og resultater. Evalueringen gennemføres i to faser, og nærværende rapport udgør midtvejsnedslaget.

Evalueringen er finansieret af Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE. Evalueringen er gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch og senioranalytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm. Den er internt kvalitetssikret ved tidligere forsknings- og analysechef Mickael Bech samt eksternt kvalitetssikret ved hhv. en forsker og en praktiker med særlig viden om evalueringens genstandsfelt og de anvendte metoder.

Vi vil gerne takke projektlederne fra de 25 kommuner for god hjælp med at tilrettelægge dataindsamlingen samt alle deltagere i kommunerne, der har stillet op til interview og delt deres erfaringer.

*Hans Hummelgaard*

Konstitueret forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

---

Hovedresultater	7
-----------------	---

---

1	Indledning	13
1.1	Læsevejledning	15

---

2	Projektorganisering og -aktiviteter	16
2.1	Projekternes formål og fremdrift	16
2.2	Projekternes tilgange til forandring	17
2.3	Projektorganisering og virkemidler for udvikling	22
2.4	Projekternes målgrupper og borgere	26
2.5	Opsamling	29

---

3	Teamorganisering	30
3.1	Det faste team	30
3.2	Det tværfaglige team	33
3.3	Det selvstyrende team	43
3.4	Opsamling	46

---

4	Involvering af borgere, pårørende og netværk	49
4.1	Organisatorisk borgerinddragelse i projekterne	50
4.2	Borgerinddragelse i det faglige arbejde	51
4.3	Opsamling	52

---

5	Ledelse og systemunderstøttelse	53
5.1	Ledelsesrollen og kompetencer	53
5.2	Data og administrativ understøttelse	56
5.3	Opsamling	60

---

6	Økonomistyring og visitation	62
---	------------------------------	----

6.1	Tildelingsmodeller og bevillingsstrukturer	62
6.2	Visitationsmodeller og samarbejde mellem visitation og teams	65
6.3	Opsamling	69
<hr/>		
7	Tværgående opsamling og analyse	70
7.1	Tilgange til forandring	70
7.2	Etablering af faste teams	71
7.3	Tilgange til tværfagligt samarbejde	72
7.4	Elementer af selvstyring	74
7.5	Borger- og pårørendeinvolvering	76
7.6	Ledelse og systemunderstøttelse	77
7.7	Visitationsmodeller og økonomistyring	78
<hr/>		
8	Konklusion	80
8.1	Anbefalinger	81
<hr/>		
	Litteratur	82
<hr/>		
	Bilag 1 Midtvejsrapportens metode og datagrundlag	84
	Dataindsamling	84
	Databehandling og -analyse	86
<hr/>		
	Bilag 2 25 casebeskrivelser	87
	Allerød Kommune: <i>Fælles om opgaven, sammen om borgeren – etablering af selvstyrende team i Allerød Hjemmepleje</i>	87
	Egedal Kommune: <i>Afprøvning af selvstyrende teams i Egedals hjemmepleje</i>	92
	Esbjerg Kommune: <i>Borgerens værdighed i centrum</i>	97
	Favrskov Kommune: <i>Teamorganisering: Vejen til sammenhængende forløb, tidlig opsporing og rehabilitering</i>	103
	Faxe Kommune: <i>Hjemmeplejen skaber vi sammen</i>	109
	Fredensborg Kommune: <i>Borgernære teams i Fredensborg Kommune</i>	114
	Frederikshavn Kommune: <i>Projekt faste teams i hjemme- og sygeplejen</i>	120

Frederikssund Kommune: <i>Teamorganisering i Døgnplejen</i>	127
Glostrup Kommune: <i>Integreret og tværfaglig hjemmepleje via faste teams</i>	132
Haderslev Kommune: <i>Videreudvikling, udbredelse og konsolidering af initiativet 'Kaffe først – mennesket før bureaukrati'</i>	137
Hillerød Kommune: <i>En hverdag med kvalitet, kontinuitet og genkendelighed</i>	145
Holstebro Kommune: <i>Helhed i plejen og borgeren i centrum. Afprøvning af faste teams med selvstyring i hjemme- og sygepleje i Holstebro Kommune</i>	150
Ikast-Brande Kommune: <i>Omsorg og nærvær i ældreplejen – med selvbestemmelse og involvering som løftestang</i>	156
Kerteminde Kommune: <i>Sammen om det gode liv i faste selvstyrende og tværfaglige teams</i>	162
Kolding Kommune: <i>Tættere på: Borgerens team</i>	169
Køge Kommune: <i>Sammen med borgeren om den nærværende ældrepleje</i>	175
Rødovre Kommune: <i>Når I skal ind i mit hjem</i>	181
Syddjurs Kommune: <i>Mere værdig pleje</i>	187
Sønderborg Kommune: <i>Nye veje til mere nærvær og omsorg</i>	193
Thisted Kommune: <i>Selvstyrende teams i Thisted Kommunes ældrepleje</i>	200
Tårnby Kommune: <i>Sammen med borgeren: Forsøg med faste teams tilpasset borgeres aktuelle situation.</i>	207
Vejle Kommune: <i>Vejle-modellen Tæt-på</i>	213
Ærø Kommune: <i>Borgeren først – gennem nærhed og stabilitet</i>	218
Aabenraa Kommune: <i>Faste teams i ældreplejen</i>	225
Aalborg Kommune: <i>Borgerens faste tværfaglige team</i>	232

# Hovedresultater

Socialstyrelsens pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams har medvirket til et omfattende udviklingsarbejde i de 25 puljekommuner. Midtvejsevalueringens interviewpersoner oplever, at de igangsatte udviklingsspor er fagligt meningsfulde og fortæller, at der generelt set er stor opbakning til retning og målsætninger blandt involverede medarbejdere og ledere.

Kommunernes primære målsætninger for arbejdet er stort set enslydende og knytter sig til:

- øget kontinuitet og stabilitet i borgernes forløb og derved en øget borgeroplevelt og faglig kvalitet
- styrket tværfagligt samarbejde, der tager afsæt i stabile faglige samarbejdsrelationer og adgang til sparring og videndeling, som understøtter en helhedsorienteret indsats
- øget fagligt ansvar og frihed i relation til at organisere og udføre det faglige arbejde og herunder en ændret rollefordeling mellem decentrale ledere og de teams, der etableres
- øget medarbejdertrivsel og arbejdsglæde og derigennem reduceret sygefravær og mere attraktive arbejdspladser.

De økonomiske målsætninger for projekterne handler først og fremmest om at sikre kvalitetsforbedringer og effektiv ressourceudnyttelse inden for eksisterende økonomiske rammer.

## **Erfaringer med projekternes tilgange til forandring**

18 kommuner arbejder med en tilgang præget af trinvis forandring inden for de eksisterende rammer med vægt på en høj grad af medarbejderinvolvering. Syv kommuner har valgt en tilgang, der i højere grad udforsker mulighederne for at bryde med den eksisterende praksis.

De projekter, der arbejder med trinvis forandring, kommer generelt set hurtigere i gang og er nemmere at rumme, fordi de ikke udfordrer medarbejdere og organisation i samme grad som de projekter, der undersøger muligheden for at bryde de eksisterende rammer. Til gengæld er der også flere kommuner, som har nedjusteret ambitionerne for, hvor vidtgående forandringerne skal være, i takt med at projekterne har mødt medarbejdere og ledere i den eksisterende organisering. Flere steder er der en forventning om, at yderligere forandringer bliver mulige i takt med, at den nye organisering falder på plads, og medarbejderne opnår fortrolighed med arbejdet i de nye teams mv.

De projekter, der arbejder med at bryde den eksisterende praksis, har et eksplicit afsæt i Buurtzorg-modellen og ambitioner om at afprøve et eller flere kernelementer. Projekterne er komplekse og kan være svære at rumme, fordi der sker udvikling på en række parametre, og i mangedele af organisationen på samme tid. Tilgangens fordel er, at den giver mulighed for at nå langt i udviklingen af et koncept inden for et typisk afgrænset setup, men der er endnu ikke reelle erfaringer med, hvorvidt det lykkes at udbrede udviklede løsninger til den øvrige organisation.

Bottom-up-udvikling, læringsagenter og anvendelse af forbedringsmetoden mv. fremstår som vigtige virkemidler i udviklingsarbejdet, uagtet hvilken tilgang kommunerne arbejder ud fra. Ligeledes fremstår det som et fælles træk, at arbejdet med forandring udfordrer eksisterende rutiner og kulturer, hvorfor det er komplekst og tager tid.

Det fremstår som en understøttende faktor for arbejdet, hvis der i udgangspunktet er truffet en strategisk beslutning om at omlægge organisationen til en teambaseret struktur. En sådan beslutning forbindes med fælles retning, hvor dialogen i højere grad kan handle om vejen mod målet, frem for dialog om, hvad målet skal være.

Tilsvarende fremstår tydelig opbakning fra politisk niveau og topledelse som et positivt element, såfremt dette følges af en forståelse for, at der er tale om en stor og kompleks forandring, der tager tid at realisere. Vedholdenhed og tålmodighed fremstår derfor som vigtige opmærksomhedspunkter for kommunerne på linje med en realistisk sammenhæng mellem forventede resultater og de virkemidler, der stilles til rådighed for arbejdet.

### **Erfaringer med borger- og pårørendeinvolvering**

21 kommuner anvender borger/pårørende-involvering på organisatorisk niveau til at kvalificere projekternes målsætninger, udvikling og oplevede resultater i forhold til borgertilfredshed. Inddragelsen sker via forskellige kombinationer af surveys, interview og følgegrupper.

I relation til det borgerrettede arbejder knap en tredjedel af kommunerne med en ambition om at involvere borgere og pårørende primært via tværfaglige opstartsmøder. Erfaringerne med disse aktiviteter er endnu foreløbige, men det forventes generelt, at der er skabt mere håndfaste erfaringer ved udgangen af 2023.

Det fremstår i den forbindelse som en klar tendens, at arbejdet med borgerinvolvering indtil videre er skubbet i baggrunden af de mange organisatoriske og faglige udviklingsaktiviteter, der følger med puljeprojekterne.



## Erfaringer med udmøntning af det faste, tværfaglige og selvstyrende team

### Buurtzorgs organisatoriske grundmodel

Kernen i Buurtzorg er lokale selvstyrende teams på maksimalt 12 medarbejdere, der leverer integreret hjemme- og sygepleje til de borgere, der er tilknyttet teamet dag og aften alle årets dage. Hvert team består af sundhedsprofessionelle svarende til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. De selvstyrende teams understøttes via:

- et skræddersyet it-system, der bl.a. tilbyder et teamoverblik med målrettet decentral ledelsesinformation
- regionale coaches, der hver har ansvar for at være sparringspartner for 40-45 teams
- et nationalt servicekontor (back-office) med ansvar for (bl.a.) HR, faglig juridisk rådgivning samt økonomi og administration.

(Kjellberg, P. K., Buch, Kjellberg et al. forthcoming)

Ansøgningspuljen og flertallet af kommunernes ansøgninger har et tydeligt Buurtzorg-inspireret afsæt. Arbejdet med at oversætte og tilpasse den nederlandske model til en dansk kontekst indgår derfor som et vigtigt element i udviklingsarbejdet såvel som i VIVEs evaluering.

Evalueringen viser i den forbindelse, at kommunernes forståelse og udfoldelse af de tre centrale elementer i *faste, tværfaglige og selvstyrende* teams varierer på tværs af kommuner. Samtidig afviger udmøntningen i dansk kontekst sig generelt set væsentligt fra den nederlandske inspirationskilde, som opsummeret nedenfor.

#### Det faste team

Størrelsen på de teams, der oprettes i de 25 kommuner, svinger fra 8-26 medarbejdere. Samtidig

svinger teamstørrelsen en del internt i de enkelte kommuner på grund af intern geografi:

- 6 kommuner arbejder med teamstørrelser på de maksimalt 12 personer, der anbefales i Buurtzorg og i gængs litteratur om teamorganisering.
- 11 kommuner opererer med teamstørrelser på +20 medarbejdere, til trods for at der flere steder er en oplevelse af, at det ikke er optimalt.
- 7 kommuner arbejder med teams, der som i Buurtzorg er integreret på tværs af dag- og aftenvagte, mens 8 kommuner arbejder med team i hhv. dag- og aftenvagt uden integration.
- 10 kommuner arbejder indtil videre kun med teams i dagvagt.

Der er oplevelser af, at teams kan være for små i forhold til at sikre robusthed over for fravær, udsving i borgetyngde mv., hvor strukturer med 'tvillingeteams' imødekommer dette, men også for store i forhold til at lykkes med team-

samarbejdet om fælles borgere. Det fremstår derfor som et opmærksomhedspunkt at finde en teamstørrelse, der matcher den enkelte kommunes forudsætninger.

### **Det tværfaglige team**

Tværfaglighed i det borgerrettede arbejde i de nye teams knytter sig primært til samarbejdet mellem hjemmepleje og hhv. sygepleje- og terapeutfaglighed.

- 13 kommuner arbejder som i Buurtzorg mod fuld tværfaglig integration af hjemmepleje og sygepleje på teamniveau, hvor det tværfaglige samarbejde søges realiseret ved, at faggrupperne er faste kolleger, der har hele hverdagen sammen.
- 12 kommuner bevarer en monofaglig organisering af hjemmepleje og sygepleje, hvor det tværfaglige samarbejde typisk søges understøttet bl.a. ved, at hjemmeplejens teams får 'egne' sygeplejersker at samarbejde med, samt ved at sygeplejersker deltager på daglige koordineringsmøder og tværfaglige møder.
- 21 kommuner arbejder med tilknytning af faste terapeuter, der deltager i tværfaglige møder i de nye teams, og dette udgør en væsentlig udvidelse i forhold til Buurtzorg, hvor terapeuter ikke indgår i teams.
- 15 kommuner arbejder også med, at terapeuterne har fast tilstedeværelse i teamet en eller flere dage ugentligt.

Ifølge interviewpersonerne er der foreløbig positive indikationer på, at disse organisatoriske virkemidler understøtter et tættere tværfagligt samarbejde. Som opmærksomhedspunkter berettes om udfordringer de steder, hvor ledelse, organisering, faciliteter og fysiske rammer ikke understøtter tværfaglige teams, samt et fortsat uafklaret behov for at sikre bæredygtig tilknytning af visitatorer, terapeuter og øvrige specialistfunktioner til teams.

### **Nye ledelsesroller og elementer af selvstyring**

Egentlig selvstyring, som det praktiseres i Buurtzorg, er det element, der mest – og bevidst – fravælges. De fleste kommuner ser i stedet udviklingsarbejdet som en anledning til at styrke den decentrale ledelse samt til at arbejde hen imod, at ledelsen skal have en mere faciliterende rolle i forhold til de nye teams. Det fremstår som en generel pointe, at de nye tilgange til ledelsesrollen udfordrer de involverede ledere, der typisk har været vant til at træffe beslutninger og skabe løsninger på de problemer, der opstår i driften. 21 af de 25 kommuner arbejder med det afsæt med formel kompetenceudvikling og supervision, der skal understøtte de involverede ledere.

Alle kommuner arbejder med elementer af selvplanlægning af det daglige arbejde primært i forhold til daglig besøgsplanlægning og i mindre omfang rute- og vagtplanlægning. Herudover er der syv kommuner som arbejder med elementer af selvstyring, hvor ambitionen fx er, at teamene overtager det samlede ansvar af rute- og vagtplanlægning og i varierende grad styring af ressourcer og opnåelse af teamets mål. Interviewpersonerne oplever positive resultater ved begge i form af øget anerkendelse og arbejdsglæde blandt medarbejderne samt bedre mulighed for at understøtte kontinuitet i borgerkontakten.

Det gælder for arbejdet med nye ledelsesformer og elementer af selvstyring, at der er kultur, vante arbejdsgange og metoder, som både medarbejdere og ledere skal lære og aflære. Satsninger på formel kompetenceudvikling såvel som vedvarende støtte til teambuilding fremstår derfor som vigtige virkemidler og opmærksomhedspunkter i udviklingsarbejdet.

### **Visitation, økonomistyring og dataunderstøttelse**

19 kommuner arbejder med at styrke samarbejde og dialog ved at tilknytte faste visitatorer, der deltager på tværfaglige møder i de etablerede teams. 10 kommuner arbejder også med, at visitatorerne har fast tilstedeværelse en eller flere dage i teamet. Erfaringerne er, at det understøtter dialog og samarbejde og dermed hurtigere og bedre tildeling og justering af borgernes indsatser.

I mange kommuner opleves også et behov for at udvikle nye modeller for tildeling og økonomistyring primært i form af rammestyring og pakke-/forløbsbaseret tildeling. Enkelte kommuner er i gang med konkret udvikling på disse områder, men der findes endnu ikke egentlige erfaringer, der kan anvendes som afsæt for fremadrettede beslutninger. Det samme gælder arbejdet med at udvikle nye former for dataunderstøttelse til det enkelte team. Arbejdet med disse elementer er komplekst både teknisk og i forhold til, hvordan teamet kan anvende data på en virknings- og meningsfuld måde i den faglige praksis.

### **Konklusion og anbefalinger**

Midtvejsevalueringen viser, at udviklingsarbejdet er godt på vej i de 25 kommuner, men det er samtidig klart, at der endnu er lang vej til målet, uagtet hvilke tilgange der arbejdes med i de enkelte kommuner. Det fremgår også, at centrale begreber relateret til især tværfaglighed og selvstyring omtales relativt ens, men praktiseres meget forskelligt. VIVE anbefaler, at begreberne fremadrettet udfoldes og anvendes mere præcist, så det for de involverede bliver tydeligt, om:

- det er et reelt tværfagligt integreret team, der arbejdes med, eller om der fortsat arbejdes med en monofaglig organisering, hvor tværfagligt samarbejde søges fremmet via traditionelle organisatoriske tiltag.
- der arbejdes med ambitioner om, at teamet 1) har indflydelse på den daglige planlægning, 2) er selvplanlæggende, 3) er helt eller delvist selvvisiterende og/eller, 4) om der reelt arbejdes ud fra en ambition om at realisere elementer af selvstyring, hvor teamet får det primære ansvar for egne arbejds-gange og indfrielsen af opstillede mål.

Evalueringen viser også, at målsætninger og forventede resultater for de 25 projekter generelt set er de samme, selvom tilgang til forandring og forståelse og udmøntning af centrale kerneelementer er meget forskellige. VIVE anbefaler, at kommunerne anvender midtvejsevalueringen og egne erfaringer som afsæt for en vurdering og drøftelse af:

- hvorvidt der er sammenhæng mellem forventede resultater og de konkrete udviklingsaktiviteter, der er igangsat.
- hvorvidt den støtte (fx team- og kompetenceudvikling), der gives til de igangsatte aktiviteter, er tilstrækkelig til at realisere de forventede resultater.

## **Boks 1      Midtvejsevalueringens data og metode**

I alle 25 kommuner er indsamlet følgende data:

- 30-60 minutters interview med projektlederne gennemført august-september 2022 (i alt 33 interviewpersoner)
- 1,5 times gruppeinterview med projektledere, projektejer, centrale ledere og andre nøglefunktioner gennemført i oktober-november 2022 (i alt 126 interviewpersoner)
- Projektansøgninger og øvrig tilsendt skriftligt materiale.

# 1 Indledning

Den 17. december 2021 udloddede Socialstyrelsen 191,6 mio. kr. til forsøg i 25 kommuner med faste teams i ældreplejen fra 2022-2023 (Social- og Ældreministeriet 2021). Formålet med puljen er "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" (Socialstyrelsen 2021). Sigtet er, at faste teams kan øge de ældres oplevelse af relationel kontinuitet med større stabilitet og tryghed i deres forløb. For medarbejderne er sigtet at forbedre trivsel og arbejdsmiljøet for medarbejderne, hvor der er forhåbninger om, at faste teams giver lavere sygefravær og kan bidrage til en mere attraktiv ældrepleje (Social- og Ældreministeriet 2021).

Inspirationen til udviklingen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams kommer fra den nederlandske hjemme- og sygeplejeorganisation Buurtzorg, som har haft succes med en radikal anderledes organisering (Buch 2020). De internationale og spirende danske erfaringer med Buurtzorg-inspireret ældrepleje viser på den ene side, at der er et stort potentiale forbundet med en organisering, der hviler på faste, tværfaglige og selvstyrende teams (Kjellberg, P. 2021).

På den anden side nødvendiggør en organisering baseret på helt eller delvist selvstyrende og tværfaglige teams grundlæggende ændringer af kommunernes organisering, styring og ledelse samt af faggruppernes samarbejde, faglighed og professionsforståelser. Samtidig har kommunerne forskellige grundlæggende forudsætninger for at gå i gang med disse forandringer mod etablering af en fagligt og økonomisk bæredygtig organisering.

Det er vigtigt at opsamle læring og resultater fra kommunernes arbejde samt at få viden om fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering af faste, tværfaglige og selvstyrende teams i en dansk kontekst. Social-, Bolig og Ældreministeriet har derfor givet VIVE til opgave at gennemføre en evaluering af 'Puljen til faste teams'.

Evalueringens formål er følgende:

- Opnå forståelse for, hvordan begrebet faste, tværfaglige og selvstyrende teams forstås og udfoldes på tværs af de 25 puljekommuner (evalueringens midtvejsnedslag)
- Give viden, der understøtter fremdrift, læring og opnåede resultater i de 25 puljekommuner, såvel som øvrige kommuner, der er gået i gang med at etablere faste teams i ældreplejen (midtvejsnedslag og slutevaluering)

- Opsamle og formidle, hvordan beslutningstagere på nationalt niveau kan understøtte den videre udvikling i retning af en fagligt og økonomisk bæredygtig ældrepleje, der står på et fundament af faste, selvstyrede og tværfaglige teams (slutevaluering).

Denne afrapportering af midtvejsnedslaget beskriver de modeller, der arbejdes med i de 25 projektkommuner samt begrundelserne for disse og de foreløbige erfaringer, der er gjort. Rapporten er baseret på skriftligt materiale fra projektkommunerne, interview med projektledelsen fra de 25 kommuner samt 25 gruppeinterview, der har samlet projektledelse, projektejer og relevante ledere.

Dataindsamling og analyse er struktureret efter dimensionerne i Figur 1.1 nedenfor. Dimensionerne er udviklet med afsæt i VIVEs eksisterende viden om arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrede teams i ældreplejen<sup>1</sup> samt kondensering af de gennemførte interviews (se Bilag 1 for udførlig beskrivelse af datagrundlag og anvendte metoder).



Kilde: Udarbejdet med afsæt i kondensering af de 25 puljekommuners ansøgninger, skriftligt materiale og interviews samt VIVEs eksisterende viden på området.

<sup>1</sup> <https://www.vive.dk/da/temaer/faste-tvaerfaglige-og-selvstyrende-teams-paa-aeldreomraadet/udviklingslaboratorium/>

## 1.1 Læsevejledning

Rapporten består af fem tværgående analysekapitler og to afsluttende kapitler, der diskuterer evalueringens fund og opstiller konklusionen:

Kapitel 2 gennemgår projekternes tilgange til forandring, formål og målgrupper.

Kapitel 3 omhandler de tre dimensioner organisering i faste teams, tværfaglighed, tilgang til selvstyring og herudover de behov for kompetenceudvikling, der er i relation til de nye teams.

Kapitel 4 gennemgår projekternes tilgange og erfaringer med borger- og pårørendeinvolvering, der er gjort på organisatorisk niveau og i relation til den daglige pleje.

Kapitel 5 formidler perspektiver og erfaringer på de ændringer, der sker for involverede lederes roller, og hvordan der arbejdes med at støtte lederne i forhold til ændringerne. Herefter beskrives, hvordan der arbejdes med systemunderstøttelse i relation til de nye teams.

Kapitel 6 sætter fokus på samarbejdet mellem de teams, der etableres og visitationen samt i hvilket omfang der arbejdes med nye tilgange til økonomistyring af teams.

Kapitel 7 indeholder en tværgående opsamling og analyse, mens kapitel 8 opstiller rapportens konklusioner.

## 2 Projektorganisering og -aktiviteter

I dette kapitel sætter vi fokus på, hvordan de 25 puljekommuner er gået til opgaven med at etablere faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet: hvilke strategier der er lagt for den ønskede forandring, og hvilke forskelle, begrundelser og oplevede styrker/svagheder der er ved de forskellige tilgange.

### 2.1 Projekternes formål og fremdrift

Det fremgår af interviews og projekternes puljeansøgninger, at de grundlæggende formål er sammenlignelige. Samtidig afspejler de puljens formål om, at en organisering baseret på faste, tværfaglige og selvstyrende teams skal:

- Øge kontinuitet og stabilitet i borgernes forløb og derved resultere i en øget borgeroplevelse og faglig kvalitet, herunder at plejen udføres med større grad af involvering og løbende hensyn til borgerens aktuelle situation og ønsker
- Medvirke til et styrket tværfagligt samarbejde, der tager afsæt i stabile faglige samarbejdsrelationer, herunder et øget personkendskab og lettere adgang til sparring og videndeling som understøtter en helhedsorienteret indsats
- Understøtte et øget fagligt ansvar og frihed i relation til at organisere og udføre det faglige arbejde og herunder en ændret rollefordeling mellem decentrale ledere og de teams, der etableres
- Øge medarbejdertrivsel og arbejdsglæde og derigennem reducere sygefravær og skabe mere attraktive arbejdspladser.

De økonomiske målsætninger for projekterne handler først og fremmest om at sikre kvalitetsforbedringer inden for den eksisterende økonomiske ramme. Herudover er der enkelte projekter, der har som ambition at udvikle nye modeller for økonomistyring og tildeling af ydelser, der skal understøtte 'sund' økonomi og 'effektiv' ressourceudnyttelse.

Oplevelsen er, at projekterne i de fleste kommuner repræsenterer grundlæggende organisationsændringer, der stiller krav om forandringsledelse og en høj grad af medarbejderinvolvering i udviklingsarbejdet. Af interviewene fremgår også, at næsten alle projekter holder den overordnede tidsplan samt at



retningen for udviklingsarbejdet fremstår fagligt meningsfuldt og relevant for de interviewede fagpersoner og ledere.

Enkelte projekter er blevet op til et halvt år forsinket. De større forsinkelser forklares for det første med projekter, der er faldet sammen med større igangværende organisationsforandringer, som har skullet falde på plads, før udviklingsarbejdet for alvor kan komme i gang. For det andet er enkelte organisationer så udfordrede af rekrutteringsudfordringer og eftervirkninger af perioden med covid-19, at de har været nødt til at gentænke udviklingsaktiviteterne.

## 2.2 Projekternes tilgange til forandring

De 25 puljeprojekter har til fælles, at de er inspireret af den nederlandske Burtzorg-model og dens kerneelementer vedr. tværfaglighed, kontinuitet og høj grad af medarbejderautonomi i forhold til organisering og udførelse af det faglige arbejde.

Projekterne har dog forskellige overordnede tilgange til forandring som angivet i de to første kolonner i Tabel 2.1 nedenfor<sup>2</sup>. Der er også forskel på, hvor stor en del af organisationen der aktuelt er omfattet af projektet, hvilket delvist hænger sammen med, om kommunen var i gang med udviklingsarbejdet,

---

<sup>2</sup> Kategoriseringen er inspireret af (Anderson, Anderson 2010). Kategorierne repræsenterer en overordnet kategorisering, og der er elementer af både radikal og inkrementel forandring i alle kommunerne.

## Syv andengenerationsprojekter

Favrskov Kommune arbejder med afsæt i en tidligere gennemført afprøvning på at etablere faste tværfagligt integrerede teams i hele kommunen.

Faxe Kommune har i perioden 2021-22 arbejdet på at forberede en ny organisationsstruktur med mindre faste teams i ældreplejen samt styrket tværfagligt samarbejde. Puljemidlerne anvendes til at implementere denne organisering.

Haderslev Kommune arbejder med afsæt i 'Kaffe-først-projektet' 2021-22 med at etablere faste, tværfaglige og selvstyrende teams i et samlet plejedistrikt.

Ikast-Brande kommune arbejder med afsæt i 'Erantisprojektet' 2021-22 med at udbrede en model for faste teams i hele kommunen.

Kerteminde Kommune arbejder med at videreudvikle og udbrede en model for faste og delvist selvstyrende teams i hjemme- og sygeplejen som helhed.

Syddjurs Kommune arbejder med afsæt i projektet 'Mere værdig pleje' 2021-22 på at udbrede en model for

Sønderborg Kommune omlagde i perioden 2021-22 hjemme- og sygeplejen til en organisering med faste teams i hjemmeplejen. Kommunen arbejder videre med at konsolidere denne organisering, samtidig med at der arbejdes med et Buurtzorgnært projekt i et distrikt.

inden puljen til faste teams blev meldt ud (jf. boksen med de syv andengenerationsprojekter, der generelt set er kommet en del længere end de projekter, der først er startet i 2022).

Det fremgår i den forbindelse også, at andengenerationsprojekterne endnu oplever at være langt fra at være i mål samt at udviklingsarbejdet fortsat opleves komplekst. Det understreger, at omlægning til en teambaseret og mere eller mindre selvplanlægende/selvstyrende organisering tager tid og fordrer ændringer mange steder i organisationen. Videre varierer det, om kommunerne på forhånd har truffet en strategisk beslutning om, at projektet skal lede til en ny organisering, eller om projektets resultater skal anvendes som input til, hvor-

dan den fremtidige organisation skal se ud.

I Tabel 2.1 nedenfor har vi indplaceret de 25 projekters tilgange til forandring i forhold til de fire ovennævnte parametre, og interviewpersonernes perspektiver på disse uddybes i de efterfølgende afsnit.

**Tabel 2.1 Projekternes tilgange til forandring**

Parametre	Tilgang, der forbedrer eksisterende praksis trinvis	Udforskende tilgang, der bryder med eksisterende praksis	Geografisk afgrænset projekt i projektperioden	Beslutning om at ændre samlet organisering er truffet
Allerød		x	x	
Egedal	x		x	
Esbjerg	x		x	x
Favrskov	x			x
Faxe <sup>2</sup>	x			x
Fredensborg	x			x
Frederikshavn	x		x	x
Frederikssund	x			x
Glostrup	x			x
Haderslev <sup>2</sup>		x	x	
Hillerød	x			x
Holstebro	x		x	
Ikast-Brandø <sup>2</sup>	x			x
Kerteminde	x			x
Kolding		x	x	x
Køge	x		x	x
Rødovre	x		x	
Syddjurs <sup>2</sup>		x		x
Sønderborg <sup>2</sup>	x	x <sup>1</sup>	x <sup>1</sup>	x
Thisted	x		x	x
Tårnby		x	x	x
Vejle	x		x	
Ærø	x			x
Aabenraa		x	x	
Aalborg		x	x	

Noter: <sup>1</sup> Sønderborg Kommune arbejder både med omlægning af organisationen som helhed og med et afgrænset 'Buurtzorg-inspireret pilotteam'.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser som kan ses i rapportens bilagsdel.

### 2.2.1 Trinvis vs. udforskende forbedring af eksisterende praksis

Det fremgår af Tabel 2.1, at 18 kommuner primært arbejder med afsæt i at forbedre den eksisterende praksis trinvist. Tilgangen til forandring knytter sig i dette perspektiv til, at der skal være tid til, at de berørte medarbejdere og decentrale ledere kan involveres og præge udviklingen. Det prioriteres således, at forandring skal tage afsæt i oplevede problemer samt at de ændringer, der sker, skal kunne rummes inden for de eksisterende strukturer for ledelse og organisering. Begrundelserne for dette afsæt handler generelt set om følgende:

- At hjemmeplejens medarbejdere ikke efterspørger selvstyring i hverdagen, men at der kan arbejdes med at give øget indflydelse på fx daglig ruteplanlægning
- At der er et oplevet behov for at bevare de monofaglige tilhørsforhold for sygepleje, visitatorer og terapeuter mv., men at der med fordel kan arbejdes med at etablere faste samarbejdsrelationer mellem hjemmeplejens teams og de øvrige faggrupper
- At den nye organisering skal kunne fungere inden for rammerne af de eksisterende arbejdstidsregler, økonomistyring og praksis for tildeling af ydelser
- At der løbende kan bygges på udviklingen i det omfang, der fx opstår efterspørgsel på øget selvstyring eller nye måder at styrke tværfagligt samarbejde på.

Syv kommuner er placeret i kategorien, der i større eller mindre omfang arbejder med radikal forandring. Det indebærer typisk et eksplicit afsæt i et eller flere kerneelementer fra Buurtzorg-modellen samt et fokus på at udforske muligheden for at bryde med eksisterende organisering, ledelsesstrukturer og tilgange til styring af økonomi og ressourcer. Argumenterne for denne tilgang til forandring knytter sig typisk til, at der:

- Opleves et grundlæggende behov for at gentænke elementer i den eksisterende organisering, ledelse, økonomistyring
- Er behov for på mindre skala at eksperimentere og teste nye løsninger der, hvis de virker, kan udbredes som ny praksis

Det fremgår ligeledes af interviews, at der opleves fordele og udfordringer forbundet med begge tilgange til forandring.

Den trinvise tilgang opleves generelt nemmere at rumme som organisation, sammenlignet med den udforskende. Til gengæld er det typisk sværere at tænke ud af boksen – og de ændringer, der laves, bryder ikke i samme grad med eksisterende praksis. Med dette afsæt er der flere projekter, som har

nedjusteret ambitionsniveauet med begrundelse i, at medarbejderne ikke har ønsket radikale forandringer i relation til fx tværfaglig integration eller øget selvstyring.

Fordelen ved den udforskende tilgang er, at den giver mulighed for at eksperimentere i et afgrænset setup. Til gengæld har flere projekter oplevet udfordringer med, at der er medarbejdere, som 'står uden for' projektet – især i de tilfælde, hvor et distrikt fx er delt i to, hvor kun en del af medarbejderne indgår i projektet. For nogle af andengenerationsprojekterne fremstår det derfor som et vigtigt opmærksomhedsområde at sikre tilstrækkelig medarbejderinvolvering, fordi der udviklet et koncept, som de nu står over for at udrulle.

### 2.2.2 Geografisk afgrænset projekt

Næsten alle kommuner<sup>3</sup> har startet udviklingsarbejdet i en afgrænset del af hjemmeplejen (og sygeplejen). Opstarten af projekterne sker typisk i et distrikt, der inddeles i et mindre antal teams eller et-to pilotteams, alt afhængig af om kommunen arbejder med at udvikle en ny prototype for hhv. en tværgående teamorganisering og/eller en prototype for et tværfagligt, fast og selvstyrende team.

Som afspejlet i Tabel 2.1 forventer 15 kommuner fortsat, at udviklingsarbejdet sker i et geografisk afgrænset område, også ved afslutningen af 2023, når den aktuelle projektperiode slutter. Målet for disse kommuner er generelt set at have udviklet modeller og erfaringer, der dels kan anvendes til at beslutte, hvordan den fremadrettede organisering skal se ud, og dels kan danne afsæt for arbejdet med at udbrede de udviklede løsninger, i det omfang disse fungerer efter hensigten. De resterende 10 kommuner forventer ved afslutningen af projektperioden at være nået dertil, hvor en ny teamorganisering og de grundlæggende elementer i denne er etableret som helhed, hvorefter det videre arbejde forventes at fokusere på konsolidering og videreudvikling af teamorganiseringen.

Det fremgår også som en læring, at det er kompliceret (særligt for de decentrale ledere) at køre pilotteam og drift samtidigt i samme distrikt, fordi der er både eksisterende og nye systemer og logikker, der skal holdes kørende samtidig i organisationen. Endvidere giver en organisering med få mindre teams udfordringer relateret til faglig, organisatorisk og ressourcemæssig bæredygtighed (fx sårbarhed over for sygdom og medarbejderudskiftning eller større udsving i de tilknyttede borgeres behov for indsatser).

---

<sup>3</sup> En del kommuner bygger videre på udviklingsarbejde og etablering af teamstrukturer, der var igangsat inden udmeldingen af puljen til faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

### 2.2.3 Projekternes strategiske afsæt for fremadrettet organisering

I sidste kolonne i Tabel 2.1 er angivet, hvorvidt kommunernes arbejde tager afsæt i en strategisk beslutning om at ældreområdet skal omorganiseres til en teamorganisering eller ej. Som det fremgår, er dette tilfældet i 16 af kommunerne, mens de resterende 9 har valgt en tilgang, hvor der med afsæt i de resultater der opnås, skal træffes beslutning om, hvordan den fremtidige organisation skal se ud.

Strategisk beslutning om ændring ses som en vigtig hjælp og støtte til udviklingsarbejdet, fordi det giver et fælles pejlemærke, der ikke kan stilles spørgsmålstegn ved på samme måde som, når udviklingsarbejdet gennemføres som afgrænset projekt. Det fremgår dog også som et opmærksomhedspunkt at sikre den rette balance i forhold til tålmodighed og vedholdenhed fra den politiske og øverste ledelse samt at der er en realistisk sammenhæng mellem forventede resultater og de virkemidler, der stilles til rådighed for arbejdet.

## 2.3 Projektorganisering og virkemidler for udvikling

Alle projekter er forankret i en tværgående styregruppe, der samler projektejer og involverede fagchefer og ansvarlig projektleder. Hertil kommer en række virkemidler (afdækket via interviews) i relation til at realisere de opstillede målsætninger. De gennemgående virkemidler angivet i Tabel 2.2 nedenfor og uddybes i de følgende afsnit.

**Tabel 2.2 Projektorganisering og primære virkemidler**

Parametre	Læringsagenter/coaches	PDSA/ bottom-up	Nedsatte følge-gruppe(r)	Tilknyttede eksterne konsulenter
Allerød	x		x	x
Egedal		x	x	x
Esbjerg	x	x	x	
Favrskov		x	x	x
Faxe	x	x	x	
Fredensborg	x	x	x	x
Frederikshavn		x	x	

Parametre	Læringsagenter/coaches	PDSA/ bottom-up	Nedsatte følge-gruppe(r)	Tilknyttede eksterne konsulenter
Frederikssund	x	x		x
Glostrup		x		x
Haderslev	x		x	x
Hillerød	x	x	x	x
Holstebro	x	x		x
Ikast-Brande	x	x	x	x
Kerteminde	x	x		x
Kolding	x	x	x	x
Køge		x		x
Rødovre		x		x
Syddjurs	x	x	x	x
Sønderborg	x	x	x	x
Thisted	x	x		x
Tårnby	x	x		x
Vejle		x		x
Ærø	x	x	x	x
Aalborg	x	x		
Aabenraa	x	x	x	x

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser der kan ses i rapportens bilagsdel.

### 2.3.1 Læringsagenter, coaches og involvering

Tabel 2.2 viser, at et klart flertal af kommunerne anvender læringsagenter/coaches til at støtte medarbejderne i arbejdet med prøvehandlinger og ny praksis eventuelt i samarbejde med projektledelsen. Deres baggrund er ofte sundhedsfaglige fx udviklingssygeplejersker eller lignende. Deres funktion er typisk at facilitere udviklingsworkshops og være helt tæt på driften og de involverede medarbejdere og for på den ene side stå til rådighed for sparring, identificere forbedringspotentialer og sikre fremdrift i projektet, fx facilitere og lede tværfaglige møder, og for på den anden side at levere input til projektledelsen og styregruppen.

## Eksempel på læringsagenter

I Faxe Kommunes projekt er der ansat tre projektsygeplejersker, der hver har rollen som læringsagent. Den rolle består i at sikre projektets fremdrift i driften ved at facilitere, følge op på og udbrede de prøvehandlinger, der arbejdes med fx tværfaglige mødeformer.

Af interviewene fremgår, at disse funktioner spiller en vigtig rolle med at understøtte udviklingsarbejdet samt nye rutiner og ny praksis i teamenes hverdag. Derfor er erfaringen også, at det er vigtigt med ressourcpersoner, der kan støtte op om udviklingsarbejdet samt de ændringer og nye rutiner, der skal testes og indarbejdes i daglig praksis i og omkring teamene.

### 2.3.2 Medarbejderinvolverende processer med afsæt i PDSA-metoden

Tabel 2.2 viser, at størstedelen af kommunerne har tilrettelagt projekterne med elementer af bottom-up-drevne processer, hvor udvikling, afprøvning og udbredelse af prøvehandlinger sker i regi af forskellige arbejdsgrupper med de involverede medarbejdere (på tværs af faggrupper) og ledere. Arbejdet er typisk rammesat med afsæt i de formulerede målsætninger/temaer for projekterne, og der gives mange eksempler på, hvordan denne tilgang positivt understøtter udviklingsarbejdet.

Oplevede fordele knytter sig til, at medarbejderinvolveringen i formuleringen af konkrete prøvehandlinger medfører en høj grad af opbakning og engagement. Som illustreret i erfaringerne fra Ikast-Brande Kommune i casen nedenfor fremstår det positivt og motiverende for medarbejderne, at de får indflydelse, og at deres faglighed og hverdagserfaringer kommer i spil i udviklingsarbejdet. Det skaber et godt fundament for at lykkes med forandringsprocesserne, når erfaringer skal implementeres.

Omvendt betyder den meget bottom-up-drevne tilgang ifølge interview, at udviklingsarbejdet er tidskrævende samt at det for medarbejderne rummer en del usikkerhed og utålmodighed, fordi der ikke er noget tydeligt outcome for processerne, hvilket de skal betrygges i og lære at agere i. Samtidig viser erfaringerne, at medarbejderne har brug for hjælp – og tid – hvor formålet med prøvehandlingerne er at bryde med den eksisterende praksis.



## Boks 2.1 Eksempel på bottom-up-tilgang: Ikast-Brande Kommunes 'Erantisprojekt'

Ikast-Brande Kommune gennemførte i perioden 2021-2022 en bottom-up-baseret udviklingsproces, hvor 45 medarbejdere og ledere arbejdede med at udvikle prøvehandlinger rettet mod:

- Tværfaglige og selvstyrende teams med fokus på at samarbejde på tværs af sygepleje og hjemmepleje
- Veje til øget involvering samt aktivering af borgernes ressourcer og netværk
- Øget borgeroplevet kontinuitet og professionel sammenhæng i borgerforløbet
- En borgercentreret visitationsproces med løbende tilpasning af ydelser til borgers ønsker og behov.

Arbejdet med prøvehandlinger var forbundet med en stor udvikling bredt i organisationens fokus og parathed til udvikling, som er omsat til det nuværende projekt, hvor kommunen arbejder med at færdigudvikle og udbrede en model med tværfaglige geoteams på tværs af hjemmeplejen og sygeplejen med øvrige tilknyttede faggrupper, i organisationen som helhed. (Buch, Topholm 2022)

### 2.3.3 Følgegrupper med borgere, professionelle og faglige organisationer

Som det fremgår af Tabel 2.2, har 17 af de 25 kommuner prioriteret at nedsætte følgegrupper. Følgegrupperne har typisk til formål at sikre involvering af relevante interessenter og få deres input til udviklingsarbejdet. De typiske interessenter er medarbejdere (TR og arbejdsmiljø) fra de involverede faggrupper og funktioner. Hertil kommer borgere og pårørende fx fra kommunens ældreråd, Ældresagen og øvrige civilsamfundsorganisationer.

Enkelte projekter har herudover en national forankring i forhold til faglige organisationer (fx KL, FOA, DSR, Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter) samt forskellige lokale forankringer til fx uddannelses- og vidensinstitutioner.

Følgegrupperne opleves generelt nyttige i forhold til at sikre projektets forankring i organisationen og i organisationens omverden samt for at få input fra

de forskellige perspektiver og sikre, omvendt at de centrale aktører holdes opdateret om udvikling, læring og erfaringer.

### 2.3.4 Eksterne konsulents bidrag til udviklingsarbejdet

Næsten alle kommuner har tilknyttet eksterne konsulenter til udviklingsarbejdet, jf. Tabel 2.2. Det afspejler dels, at udviklingsopgaverne opleves som komplekse, dels at projekterne samtidigt gennemføres med relativt stramme tidsplaner.

De eksterne konsulents mest almindelige bidrag til projekterne handler om kompetenceudvikling, rådgivning og støtte til opgaven med forandringsledelse. Hertil kommer bistand med at udvikle nye modeller/redskaber til ledelsesinformation og økonomistyring.

Enkelte kommuner har bevidst har fravalgt brugen af eksterne konsulenter ud fra et ønske om at fastholde kompetencer, erfaringer og læring internt i organisationen.

## 2.4 Projekternes målgrupper og borgere

Tabel 2.3 viser, hvilke borgermålgrupper kommunerne har for deres projekter, opdelt på service- og sundhedslovens paragraffer, og hvor mange borgere der forventes inkluderet i projekterne ved udgangen af 2023.

**Tabel 2.3 Projekternes primære målgrupper, særlige fokusområder og antal borgere**

Parametre	SEL § 83 og SUL § 138	SEL §83a	Andre paragraffer under SEL	Forventet antal borgere ved pro- jekt slut
Allerød	x	x		100
Egedal	x	x	§84	90
Esbjerg	x	x		1.731
Favrskov	x	x	§84	1.265 <sup>4</sup>
Faxe	x	x		1164 <sup>4</sup>
Fredensborg	x	x		1.200 <sup>4</sup>

Parametre	SEL § 83 og SUL § 138	SEL §83a	Andre paragraffer under SEL	Forventet antal borgere ved pro- jektslut
Frederikshavn	x	x		350
Frederikssund	x	x	§86	1.650 <sup>4</sup>
Glostrup	x	x		750 <sup>4</sup>
Haderslev	x			500
Hillerød	x	x		1.000 <sup>4</sup>
Holstebro	x	x		600
Ikast-Brande	x	x		1.250 <sup>4</sup>
Kerteminde	x			650 <sup>4</sup>
Kolding <sup>1</sup>	x			175
Køge	x	x		700
Rødovre	x			163
Syddjurs	x			3.000 <sup>4</sup>
Sønderborg <sup>2</sup>	x	x		3.500 <sup>4</sup>
Thisted	x	x		400
Tårnby <sup>3</sup>	x	x	§ 85 og § 99	120
Vejle	x	x		550
Ærø	x	x		295 <sup>4</sup>
Aabenraa <sup>3</sup>	x	x	§ 85 og § 86	90
Aalborg	x	x		270

Noter: <sup>1</sup> Koldings tre teams er målrettet borgere med demens. <sup>2</sup> Sønderborg arbejder dels med ældreområdet som helhed og dels med en Buurtzorgnær afprøvning, der inkluderer ca. 150 borgere, <sup>3</sup> Aabenraa og Tårnby har teams målrettet socialt og psykisk udsatte borgere. <sup>4</sup> I disse 11 kommuner forventes alle hjemme- og sygeplejens borgere at være omfattet af ny teamorganisering senest ved udgangen af 2023.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser der kan ses i rapportens bilagsdel.

## 2.4.1 Projekternes målgrupper

Som angivet i Tabel 2.3 ovenfor inkluderer alle projekter borgere, der modtager personlig og praktisk bistand (SEL § 83) samt hjemmesygepleje (SUL § 138) som primær borgermålgruppe. Tyve af de 25 kommuner fokuserer også på borgere, der er visiteret til hverdagsrehabilitering (SEL § 83a), mens en kommune også har valgt at inkludere borgere med behov for ikke-specialiseret genoptræning (§86).

Fire kommuner har valgt at inkludere øvrige paragraffer inden for Serviceloven relateret til aflastning af nære pårørende (§ 84), social og pædagogisk støtte (§ 85 og § 99). For to af de fire kommuner (Tårnby og Aabenraa) hænger dette fokus sammen med, at der er oprettet et særskilt team forbeholdt komplekse borgere med særlige behov for social og psykisk støtte. Det fremgår i den forbindelse, at arbejdet på tværs af lovgivninger og med medarbejdere fra socialområdet og socialpsykiatrien er komplekst og tager tid at udvikle.

## 2.4.2 Forventet antal berørte borgere

Tabel 2.3 viser, at det forventede antal berørte borgere varierer meget på tværs af projekterne, hvilket til dels afspejler, at der er store forskelle på kommunerne størrelse og borgergrundlag. Antallet af berørte borgere afspejler dog også en vis grad af sammenhæng med kommunernes tilgange til forandring, og hvor langt kommunerne er nået i udviklingsarbejdet.

For det første ses en vis (og forventet) sammenhæng (jf. Tabel 2.1) mellem kommunernes tilgang til forandring og antallet af berørte borgere. De kommuner, der arbejder med afsæt i en udforskende tilgang og afprøvninger i afgrænsede geografier, inkluderer generelt set færre borgere end de kommuner, der arbejder med trinvis forandring. Dette afspejler, at kommunerne, der arbejder med trinvis forandring, generelt set involverer en større del af organisationen i løbet af projektperioden, eksempelvis et samlet distrikt eller i nogle tilfælde alle distrikter.

For det andet hænger en strategisk beslutning om, at den fremadrettede organisation skal være teambaseret, sammen med forventning om, at flertallet af eller alle borgere (og medarbejderne) vil være omfattet af projektet ved udgangen af 2023.

For det tredje ses, at de kommuner, der har fået puljemidler til at støtte igangværende projekter, generelt set inkluderer flere borgere end de kommuner, der har modtaget støtte til at gå i gang med udviklingsarbejdet. Det gælder fx Haderslev, Syddjurs og Ikast-Brande, som alle har haft en forudgående projektperiode på ca. halvandet år, hvor der i et afgrænset setup er arbejdet med innovation og udvikling af prototyper, som nu er i gang med at blive udbredt og testet i større skala.

## 2.5 Opsamling

De 25 puljeprojekter har til fælles, at de i udgangspunktet er inspireret af den nederlandske Buurtzorg-model og dens kernelementer vedrørende tværfaglighed, kontinuitet og øget grad af medarbejderautonomi i forhold til organisering og udførelse af det faglige arbejde. Det afspejler sig i projekternes målsætninger, som gennemgående handler om øget kontinuitet, lavere sygefravær, bedre medarbejdertrivsel, fokus på borgernes ønsker og behov samt helhedsorienterede og rehabiliterende indsatser.

Otte kommuner har valgt en tilgang til forandring, der udforsker mulighederne for at bryde med eksisterende praksis, mens de resterende kommuner i højere grad arbejder med at forbedre praksis inden for eksisterende rammer og systemer.

Seksten af kommunerne har på nuværende tidspunkt truffet beslutning om udrulning af teamorganisering under eller efter projektperioden, mens de resterende har valgt en tilgang, hvor der med afsæt i de resultater, der opnås, skal træffes beslutning om, hvordan den fremtidige organisation skal se ud.

Næsten alle kommuner har startet udviklingsarbejdet i en afgrænset del af hjemmeplejen (og sygeplejen). Opstarten af projekterne sker typisk i et distrikt, der inddeles i et mindre antal teams, hvorefter der over tid arbejdes med at sprede udviklede løsninger til resten af kommunen.

Projekternes målgruppe er borgere, der modtager hjælp efter SEL § 83 og § 83a samt SUL § 138. Hertil kommer enkelte eksempler på kommuner, der arbejder med specialistteams og på den baggrund inkluderer SEL § 85 og § 86.

Antallet af berørte borgere varierer meget som følge af projekternes forskellige geografiske afgrænsninger samt forskelle på, hvor langt kommunerne er kommet i udviklingen. De kommuner, der arbejder med afsæt i en udforskende tilgang, gør det typisk med i et mindre afgrænset geografisk område og inkluderer derfor generelt set færre borgere end de kommuner, der arbejder med trinvis forandring og evt. i flere distrikter.

Størstedelen af kommunerne har tilrettelagt projekterne som bottom-up-drevne processer med en høj grad af medarbejderinvolvering. Kommunerne anvender både interne og eksterne læringsagenter/coaches til at støtte medarbejderne i arbejdet med prøvehandling og ny praksis, ligesom de fleste kommuner anvender ekstern konsulentbistand.

# 3 Teamorganisering

Dette kapitel sætter fokus på de grundlæggende elementer vedrørende etablering af nye teams inden for de tre kerneelementer *faste*, *tværfaglige* og *selvstyrende* teams, der arbejdes med i henhold til puljens titel og formål.

## 3.1 Det faste team

Tabel 3.1 nedenfor giver et overblik over fire centrale karakteristika, som projektkommunerne aktuelt arbejder efter i forhold til etableringen af de faste teams. Variation og mønstre for de enkelte dimensioner gennemgås i de følgende afsnit sammen med begrundelser og de erfaringer, kommunerne har gjort sig i arbejdet med disse.

**Tabel 3.1 Karakteristika for udvalgte elementer af teamorganisering**

Parametre	Teamstørrelse	Antal teams og dækning	Overbygning på enkeltteams inden for projektperioden	Egnede lokaler
Allerød	12	1 dag og aften		x
Egedal	14-19	2 dag og aften		x
Esbjerg	15-25	20 dag	x	
Favrskov	12-20	12 dag	x	
Faxe	11-25	8 dag	x	
Fredensborg	10-14	10 dag	x	x
Frederikshavn	20-21	2 dag	x	
Frederikssund	20-26	2 dag	x	
Glostrup	15-16	2 dag	x	x
Haderslev	12-14	6 dag og aften	x	x
Hillerød	9-11	12 dag	x	x
Holstebro	14-15	6 dag	x	
Ikast-Brande	15-25	8 dag	x	x <sup>1</sup>
Kerteminde	14-16	8 dag, 4 aften	x	x <sup>1</sup>

Parametre	Teamstørrelse	Antal teams og dækning	Overbygning på enkeltteams inden for projektperioden	Egnede lokaler
Kolding	12	2 dag og aften	x	X
Køge	11	6 dag	x	x
Rødovre	11	3 dag	x	x
Syddjurs	17-24	12 dag og aften	x	x <sup>1</sup>
Sønderborg	14-20	24 dag, 6 aften	x	x <sup>1</sup>
Thisted	14-20	3 dag, 1 aften	x	x
Tårnby	12-13	2 dag, 1 aften		x
Vejle	20	2. dag, 1 aften	x	x
Ærø	14	1 dag og aften	x	x
Aabenraa	15-20	2 dag og aften		x
Aalborg	8-10	3 dag, 1 aften	x	x

Anm: Teamstørrelse er defineret med afsæt i, hvad kommunerne betragter som 'teamet'. Det vil sige, at nogle steder indgår kun hjemmeplejens medarbejdere, mens de øvrige faggrupper er 'tilknyttet' teamet, og men man andre steder også betragter sygeplejersker og evt. også rehabiliteringsterapeuter og visitatorer som del af 'teamet'.

Krydsnerne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Note: <sup>1</sup> Nogle teams har egnede fysiske rammer, og der arbejdes på at sikre dette for alle teams.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i de casebeskrivelser, der kan ses i rapportens bilagsdel.

### 3.1.1 Teamstørrelse og dækning

Tabel 3.1 viser stor variation i teamstørrelse på tværs af de 25 kommuner såvel som internt i de enkelte kommuner. Femten kommuner opererer med teamstørrelser på 14-26 medarbejdere. Tre kommuner anvender teams på 12 medarbejdere (som det anbefales i Buurtzorg og i litteraturen (Buch 2020, Kjellberg, P. 2021, Katzenbach, Smith 2006). Et mindre antal kommuner har en teamstørrelse på færre end 12 personer. Tre kommuner har særligt store teams (over 20 medlemmer). Teamstørrelse har altså en tendens til at variere en del fra Buurtzorgs anbefalinger.

Begrundelserne for teamstørrelse på op til 12 personer er det Buurtzorg-nære afsæt, mens begrundelserne for større teams er overvejelser om økonomisk og faglig bæredygtighed i forhold til borgergrundlag, geografi og kompetencer i teamet samt dækning af dag-, aften- og weekendvagter. Fælles for de kommuner, der arbejder med store teams, er en forventning om, at mindre teams er for en for sårbar løsning i forhold til at sikre de nødvendige kompetencer – også ved fravær, udsving i borgertyngden, mv. I nogle tilfælde angives også ønsker fra medarbejderne om ikke at ændre i ruterne og borgerne. I langt de

fleste tilfælde er teaminddelingen dog sket, uden at medarbejdere har skullet skifte geografisk område eller reference til nærmeste leder.

Samtidig fortæller flere kommuner, at de er opmærksomme på teamstørrelse, og at store teams egentlig ikke opleves hensigtsmæssige. De største teams betragtes ikke som optimale i forhold til at understøtte et tæt teamsamarbejde, og flere kommuner arbejder med som afsæt at underopdele disse i to-tre mindre teams. De optegnede distriktsgrænser fremstår også ofte som flydende ud fra en forventning om, at der vil ske en løbende kvalificering og justering af teamstørrelse for at sikre organisatorisk bæredygtighed fremadrettet.

For at imødekomme forventningen om sårbarhed ved fravær og udsving i borgergrundlaget mv. vælger de fleste kommuner at etablere 'klyngestrukturer', hvor fx to teams i et distrikt er 'tvillingeteams' med ansvar for at dække ind for hinanden. Forankring på distriktsniveau – eller i klynge med flere teams – fremstår som et væsentligt element, der understøtter udviklingsarbejdet og giver mulighed for faglig og organisatorisk bæredygtighed. Enogtyve af de 25 projektkommuner har dette – eller arbejder på at opnå dette – inden for projektperioden, og de fire resterende projekter har som opdrag at kunne beskrive en model for dette ved udgangen af 2023.

Tabel 3.1 viser også, at projekterne primært foregår blandt medarbejderne i dagvagt – som typisk dækker hverdage og weekend. En del kommuner inkluderer også aftenvagten, men uden at denne er integreret i teams, der arbejder på tværs af dag og aften. Endelig er der syv kommuner, der arbejder med at realisere en organisering, hvor det enkelte team dækker på tværs af dag og aften alle ugens dage. Fire af disse syv kommuner opererer med teamstørrelser på 12-14 medarbejdere, mens de resterende tre kommuner opererer med teamstørrelser på 14-24 medarbejdere.

Dækning på tværs af dag/aften er et væsentligt parameter i forhold til kontinuitet på tværs af vagtlag. Der er ikke mange, som vælger denne løsning, på grund arbejdstidsregler og hensyn om ikke at belaste de ansatte med alt for mange vagter. De steder, hvor dagvagt og aftenvagt er inkluderet i projektet, pågår i nogle tilfælde nye tiltag for at sikre overlevering og videndeling mellem vagtlag.

### **3.1.2 Egnede lokaler og praktiske forhold**

Tabel 3.1 viser, at det ikke er alle kommuner, der aktuelt oplever at have fysiske rammer og faciliteter, der fuldt matcher teamorganiseringen – altså hvor man enten i forvejen har eller har haft mulighed for, at det enkelte team får



eget lokale (i nogle af de involverede distrikter). I de kommuner, hvor faggrupperne (for nuværende) ikke deler lokation og ikke har egne teamlokaler, er det nemlig en væsentlig erkendelse, at disse forhold er nødvendige for at lykkes med tværfaglig teamorganisering, samt at teamene får øget ansvar for hverdagens planlægning og organisering. Således er læringen, at geografisk nærhed og fælles fysiske rammer er vigtige strukturer, som understøtter teamorganisering – også de steder, hvor hjemmepleje og sygepleje organisatorisk er integreret.

På samme måde er det vigtigt, at der kommer styr på praktiske forhold, biler, cykler, IT, telefoner og praktisk planlægning, hvilket også er afdækket som centralt i andre sammenhænge (Karlsson 2021). Oplevelsen i kommunerne er, at ændringer i praktiske forhold, såsom nyt indmødested og nye lokaler samt praktik, der ikke fungerer, fylder meget for medarbejderne i disse forandringsprocesser og let kommer til at skygge for det faglige udviklingsarbejde. Derfor er det at forberede den øvrige organisation, hvad angår fysiske faciliteter, mv. også et opmærksomhedspunkt for de kommuner, der står over for udrulning af teamorganisering.

Enkelte har indtil videre valgt at koble sygeplejersker og lignende på via skærm i forhold til de daglige møder. Det begrundes dels med, at sygeplejerskerne har et andet indmødested end teamet i hjemmeplejen, dels fordi det forventes at være fremtiden i forhold til at sikre effektiv ressourceudnyttelse. Der er endnu ikke afdækket konkrete erfaringer med fordele og ulemper ved denne tilgang.

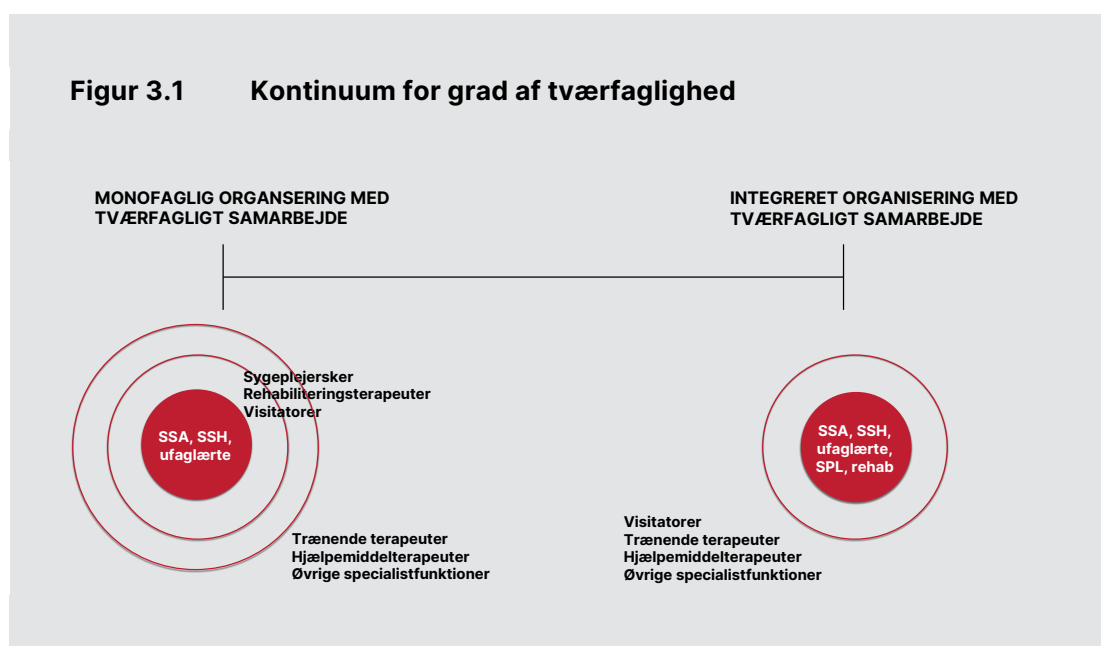
## 3.2 Det tværfaglige team

Dette afsnit omhandler udfoldelsen af det tværfaglige element i de faste, tværfaglige og selvstyrende teams samt de overvejelser og aktuelle erfaringer, der knytter sig til dette. Først beskrives de forskellige grader af integration, der arbejdes med, og de organisatoriske strukturer, der anvendes til at understøtte det tværfaglige samarbejde. Herefter gennemgås de mødestrukturer og faglige relationer, der arbejdes med at udvikle i dagligdagen. Endeligt fokuserer afsnittet specifikt på samarbejdet med terapeuter om rehabilitering og aktiverende pleje.

Det er fælles for kommunerne, at de arbejder med integration af eller tilknytning af sygeplejersker til at indgå i tværfaglige teams med hjemmeplejens medarbejdere. En del kommuner har også fokus på at tilknytte rehabiliterings-terapeuter og visitatorer til de tværfaglige teams, mens enkelte kommuner endvidere arbejder med fast tilknytning af trænende terapeuter og hjælpemid-

delterapeuter. Endelig er der tre kommuner, som har valgt at etablere specialistteams, som involverer fast tilknyttede demenskonsulenter og socialpædagogisk personale.

Figur 3.1 herunder illustrerer et kontinuum for graden af tværfaglighed, som går fra monofaglig og adskilt organisering til integreret organisering mellem hjemme- og sygeplejen (og eventuelle øvrige funktioner). Den monofaglige organisering er klart den mest almindelige i kommunerne (Topholm, Holm-Petersen 2022), og her søges det tværfaglige element typisk understøttet via koordinerende funktioner og formelle samarbejds møder. I den integrerede organisering indgår faggrupperne i en fælles hverdag, hvor de har fælles borgergrundlag og ofte fælles ledelse, hvilket muliggør et tættere og mere uformelt tværfagligt samarbejde båret af fælles viden og relationer faggrupperne imellem.



Note: Figuren er udviklet med afsæt i gennemførte interviews og VIVEs viden forudgående om organisering (Topholm, Holm-Petersen 2022).

I Tabel 3.2 har vi anvendt kontinuummet for tværfaglighed til at indplacere kommunerne i forhold til de organisatoriske virkemidler, som kommunerne anvender – eller planlægger at anvende – til at understøtte det tværfaglige samarbejde i en teambaseret organisering. De to første kategorier handler om, hvorvidt kommunerne arbejder med at matche sygeplejens organisering geografisk med hjemmeplejens (og derved fastholde en monofaglige organisering), eller om der arbejdes hen imod teams, der er fuldt tværfagligt integreret i en fælles hverdag. Herudover viser Tabel 3.2, i hvilket omfang kommunerne arbejder med at sikre fælles fysiske rammer og etablere fælles ledelse for sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere.

**Tabel 3.2 Organisatoriske virkemidler til at understøtte tværfaglighed mellem social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejen i teams**

Parametre	Sygeplejens organisering matcher hjemmeplejens	Fuld tværfaglig integration i dagligdagen	Samlokation	Ledelsesmæssig integration for teams
Allerød		x	x	
Egedal		x	x	x
Esbjerg	x			
Favrskov	x		x	
Faxe	x			
Fredensborg		x	x	x
Frederikshavn		x	x	x
Frederikssund		x	x	x
Glostrup	x		x	
Haderslev		x	x	x
Hillerød	x			
Holstebro	x		x	
Ikast-Brande	x			
Kerteminde	x			
Kolding		x	x	x
Køge	x		x	
Rødovre	x			
Syddjurs		x	x	x
Sønderborg	x	1	1	1
Thisted		x	x	x
Tårnby		x	x	x
Vejle		x	x	x
Ærø	x		x	
Aalborg		x	x	x
Aabenraa			x	

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Note: <sup>1</sup> Sønderborgs Buurtzorg-pilotteam er fuldt integreret på disse parametre.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser, som fremgår i rapportens bilagsdel.

### 3.2.1 **Opdelt organisering, hvor sygeplejen matches med hjemmeplejens faste teams**

Tabel 3.2 viser, at 12 kommuner arbejder med en ambition om at organisere sygeplejen i områder/ruter, der matcher den geografiske inddeling af mindre teams i hjemmeplejen. Det fremgår af interviews, at nogle af de 12 kommuner på sigt ønsker fuld integration mellem hjemme- og sygeplejen på sigt, mens andre forventer at bevare den adskilte organisering.

Begge grupper af kommuner begrundet bevarelsen af den monofaglige organisering med et behov for at tilgodese og understøtte sygeplejerskernes ønske om at indgå i et monofagligt sygeplejefællesskab samt behovet for at bevare de specialistfunktioner, der er etableret i sygeplejen. Det fremgår også, at tværfaglige teams/integration generelt møder stor modstand blandt sygeplejerskerne, der er bekymrede for, om de kan bevare det monofaglige miljø og fællesskab, som de trives med at indgå i på daglig basis. I de monofagligt organiserede kommuner arbejdes der derfor med tværfaglige strukturer i form af geografisk matchning og etablering af faste samarbejdsrelationer mellem udvalgte sygeplejersker og hjemmeplejens faste teams. Desuden arbejdes der med at etablere tværfaglige mødestrukturer (udbydes næste afsnit), som skal understøtte tværfaglig videndeling og koordinering faggrupperne imellem.

**Foreløbige erfaringer:** Erfaringen med ovenstående elementer er overordnet positiv, men også spæde. Det fremhæves som et stort fremskridt for både sygeplejersker samt social- og sundhedsmedarbejderne, at der etableres en struktur, som skaber mere entydige samarbejdsrelationer, der i et vist omfang tager afsæt i et fælles borgergrundlag. Det fremgår dog også, at etableringen af de tværfaglige strukturer ikke i sig selv sikrer det ønskede samarbejde. Blandt andet er der behov for at arbejde med udvikling af fælles mål for samarbejdet, relationer og fælles forståelse for værdien og tilgangen til det tværfaglige samarbejde der er under udvikling.

### 3.2.2 **Fuld tværfaglig integration på teamniveau**

Tabel 3.2 viser, at 13 kommuner arbejder hen imod at etablere en organisering, hvor sygeplejerskerne (og i enkelte tilfælde også tilknyttede terapeuter) er fuldt integreret i teamenes dagligdag sammen med social og sundhedsmedarbejderne. Tolv kommuner arbejder også med (eller havde allerede) etableret tværgående ledelse for de af syge- og hjemmeplejens medarbejdere, der aktuelt er omfattet af projektet på teamniveau. Der ses samtidig en næsten entydig sammenhæng mellem fuld faglig integration og tværgående ledelse.

Flertallet af del af de kommuner, der arbejder med faglig og ledelsesmæssig integration i de nye teams, har generelt set haft et tættere samarbejde mellem hjemme- og sygeplejen i udgangspunktet sammenlignet med de kommuner, der bevarer den monofaglige organisering. Det betyder, at faggrupperne i de integrerede kommuner ofte kender hinanden og har fælles ledelse og lokation fra starten. Her repræsenterer etableringen af tværfaglige teams således en anledning til at styrke og ensarte tværfaglig praksis og kultur inden for og på tværs af kommunernes distrikter. Trods en formel integreret organisering – og typisk også tilstedeværelsen af de nævnte mødestrukturer – er oplevelsen nemlig, at faggrupperne har en tendens til at arbejde monofagligt om 'egne opgaver og borgere'.

For en del af de kommuner, der arbejder med at etablere fuldt integrerede teams, er der tale om et radikalt brud med den eksisterende organisering. I disse kommuner involverer afprøvningsene generelt relativt få medarbejdere og er anlagt ud fra en strategi om, at der skal skabes gode erfaringer og løsninger, der kan stå som eksempel for værdien og give retning til arbejdet med at etablere fagligt integrerede teams.

På tværs af de kommuner, der arbejder med integrerede teams, anvendes en række tiltag, der skal imødekomme sygeplejens behov for monofaglighed. Det drejer sig særligt om følgende:

- Bevare en struktur med fagfaglige møder i sygeplejen (fx hver fjortende dag)
- Oprette adskilte kontorpladser, hvor sygeplejersker – typisk på tværs af teams – kan sidde, når der arbejdes med dokumentation og lignende
- Oprette delestillinger, så fx fire sygeplejersker deles om opgaver i de nye teams, der er normeret til to stillinger
- Etablere en klyngestruktur, hvor sygeplejersker – typisk i et distrikt – fortsat har et fagligt fællesskab parallelt med deres tilknytning til det enkelte tværfaglige team.

Etableringen af ovenstående tiltag er endnu på et indledende stade, hvor det ikke er muligt at vurdere fordele og ulemper med afsæt i de gennemførte interviews.

**Foreløbige erfaringer:** For de projekter, der er nået langt med konsolideringen af en tværfaglig og integreret hverdag, er erfaringerne, at tværfaglige teams skaber afsæt for tættere samarbejde og en højere grad af helhedspleje i borgerkontakten. Det skyldes forhold som fælles geografi og borgergrundlag samt adgang og relationer. Interviewene peger på, at når social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker er tæt på hinanden i hverdagen – fysisk og

relationelt – har de lettere ved at lade pleje- og sygeplejeopgaver glide imellem hinanden i borgerforløbene. Der ses derved foreløbige erfaringer med mere fleksible arbejdsdelinger, hvor sygeplejerskerne på den ene side overdrager flere sygeplejeopgaver, og på den anden side også tager del i plejeopgaverne fx som anden person på et besøg frem for en social- og sundhedshjælper.

Andre oplevelser er, at fleksibel arbejdsdeling understøtter kontinuitet i borgerkontakten, når flere opgaver løses på ét besøg. Interviewene og de foreløbige erfaringer indikerer herudover, at tværfaglige teams bidrager til, at medarbejderne får fokus på borgerens samlede behov frem for på, hvilke ydelser der skal leveres af hver enkelt faggruppe.

### 3.2.3 Formelle tværfaglige mødestrukturer

Tabel 3.3 herunder viser de formelle mødestrukturer, som kommunerne arbejder med i forhold til at strukturere det tværfaglige samarbejde i dagligdagen samt videndeling (som typisk inkluderer en bredere kreds af fagpersoner).

**Tabel 3.3 Formelle tværfaglige mødestrukturer i teams**

Parametre	Daglig tværfaglig koordinering (fysisk)	Tværfaglige møder	Teamudviklingsmøder
Allerød	x	x	x
Egedal	x	x	
Esbjerg		x	x
Favrskov	x	x	
Faxe	1	x	x
Fredensborg	x	x	
Frederikshavn	x	x	
Frederikssund	x	x	
Glostrup		x	
Haderslev	x	x	x
Hillerød	x	x	
Holstebro	x	x	x
Ikast-Brande	x	x	x
Kerteminde	2	x	

Parametre	Daglig tværfaglig koordinering (fysisk)	Tværfaglige møder	Teamudviklingsmøder
Kolding	x	x	x
Køge	x	x	
Rødovre		x	
Syddjurs	x	x	x
Sønderborg	x	x	<sup>3</sup>
Thisted	x	x	x
Tårnby	x	x	x
Vejle	x	x	x
Ærø	x	x	x
Aalborg	x	x	x
Aabenraa	x	x	x

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Note: <sup>1</sup> Faxe har igangsat en prøvehandling, hvor en sygeplejerske deltager virtuelt i hjemmeplejeteamets morgenmøde. <sup>2</sup> I Kerteminde ringer en sygeplejerske til teamene hver morgen for at drøfte dagens forløb med afsæt i borgernes triageringsstatus, <sup>3</sup> Sønderborgs Buurtzorg-pilotteam har teamudviklingsmøder.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser, som fremgår i rapportens bilagsdel.

### 3.2.4 Daglig tværfaglig koordinering og sparring

Tabel 3.3 viser, at næsten alle kommuner arbejder tværfagligt med korte daglige og længerevarende møder (typisk på ugebasis). Femten kommuner arbejder desuden med teamudviklingsmøder, som skal understøtte de faglige relationer medarbejderne imellem samt de målsætninger og arbejdsgange mv., der skal bære det daglige samarbejde.

De daglige møder holdes først og fremmest ved vagtstart om morgenen med henblik på, at social- og sundhedsmedarbejderne sammen med sygeplejen kan koordinere dagens besøg, sparre om opgaver og borgere samt 'pusle planerne på plads' ved akutte opgaver og fravær (se også afsnit 3.3.). I nogle få tilfælde deltager rehabiliteringsterapeuter også, men disse møder typisk ind senere end de andre faggrupper. I flere kommuner er triagering af ny-udskrevne/komplekse borgere også en fast del af de daglige møder.

Interviewene rummer mange eksempler på, hvordan korte tværfaglige møder fremstår som et positivt element for det daglige samarbejde og muligheden for at tilrettelægge det borgerrettede arbejde hensigtsmæssigt. Social- og sundhedsmedarbejderne er meget positive (de har generelt et stort ønske om

at få sygeplejerskerne tættere på), men der er også eksempler på sygeplejersker, der oplever stort positivt udbytte af de daglige møder. Herunder er der enkelte steder sygeplejersker, der selv har taget initiativ til at ændre på deres indmødetid for at kunne tilgodese ønsket om fælles morgenmøder.

Enkelte kommuner har endnu ikke planer om at indføre fysiske tværfaglige morgenmøder. Årsagerne er for eksempel, at det ikke er lykkedes at ændre sygeplejerskernes mødetidspunkt (de møder typisk en halv time senere end social- og sundhedsmedarbejderne), eller at adskilte lokationer og afstande står i vejen for sygeplejerskernes deltagelse. I den forbindelse har enkelte kommuner planlagt prøvehandlinger, som går ud på, at en sygeplejerske skal ringe – eller deltage virtuelt i morgenmøder – men der er endnu ikke erfaringer vedr. udbyttet af disse.

### **3.2.5 Tværfaglige møder med fokus på borgergennemgang**

Ved de længerevarende tværfaglige møder er formålet typisk at drøfte konkrete (komplekse) borgersager samt gennemgå borgernes triageringsstatus. Det varierer mellem kommuner, hvilke faggrupper ud over teamet der deltager. Det typiske billede er social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker, rehabiliteringsterapeuter og visitatorer. I enkelte kommuner deltager også funktioner som hjælpemiddeltherapeuter, trænende terapeuter, demenskonsulenter mv. enten systematisk eller ad hoc og på baggrund af problemstillingerne i de konkrete borgersager.

Indikationerne er overordnet set, at tværfaglige drøftelser skaber bedre borgerforløb samt at de bidrager til relationsdannelse mellem faggrupper, der nogle steder ikke har kendt hinanden eller været vant til at snakke sammen. En væsentlig læring blandt flere kommuner er i den sammenhæng også, at relationer (kendskab og tryghed) mellem medarbejderne er en grundlæggende forudsætning for tværfagligt samarbejde. Derfor er relationsdannelse i høj grad et fokus for udviklingsarbejdet – ikke mindst i de kommuner, hvor faggrupperne organisatorisk, fysisk og relationelt har været langt fra hinanden.

En udfordring, som følger af de styrkede tværfaglige mødestrukturer – og initiativer relateret til at øge terapeuter og visitatorers tilstedeværelse på teamniveau (uddybes i kapitel 4 og 5) – er at finde tid til disse opgaver. Det fremstår derfor som en vigtig og endnu uafklaret udviklingsopgave at finde en bæredygtig model for tilknytningen af øvrige funktioner til de teams, der etableres. I den forbindelse nævner flere en forventning om, at de formaliserede mødestrukturer, når faggrupperne er velintegrerede i hverdagen og har opbygget relationer og fælles viden, med tiden helt eller delvist kan konverteres til en mere organisk form for videndeling, der er forankret i det daglige arbejde.



### 3.2.6 Samarbejde med terapeuter om rehabilitering og aktiverende pleje

I dette afsnit fokuserer vi specifikt på samarbejdsstrukturerne mellem (rehabiliterings-) terapeuter og de teams, der arbejdes på at etablere i projekterne.

I Tabel 3.4 herunder er kommunerne indplaceret i forhold til de organisatoriske virkemidler, de anvender – eller planlægger at anvende – til at understøtte det tværfaglige samarbejde mellem social- og sundhedspersonalet, sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter. Det drejer som om, hvorvidt der er tilknyttet faste terapeuter til et eller flere teams, om terapeuterne møder ind og er til stede sammen med disse teams, og om terapeuterne deltager på tværfaglige møder i teamet.

**Tabel 3.4 Organisatoriske virkemidler til at understøtte samarbejde om rehabilitering og aktiverende pleje**

Parametre	Faste terapeuter tilknyttet	Terapeuter har en eller flere faste dage i teamet	Terapeuter deltager i tværfaglige møder
Allerød	x	x	x
Egedal	x	x	x
Esbjerg			
Favrskov	x		x
Faxe			x
Fredensborg	x	x	x
Frederikshavn	x	x	x
Frederikssund	x	x	x
Glostrup	x		x
Haderslev	x	x	x
Hillerød			
Holstebro	x	x	x
Ikast-Brande	x		x
Kerteminde	x	x	x
Kolding	x		x
Køge	x	x	x
Rødovre			x

Parametre	Faste terapeuter tilknyttet	Terapeuter har en eller flere faste dage i teamet	Terapeuter deltager i tværfaglige møder
Syddjurs	x	x	x
Sønderborg	x	x	x
Thisted	x	x	x
Tårnby	x	x	
Vejle	x	x	x
Ærø	x		x
Aabenraa	x	x	
Aalborg	x		x

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser, som fremgår i rapportens bilagsdel.

Tabel 3.4 viser, at 21 kommuner har – eller arbejder med at sikre – en fast tilknytning af terapeuter til teams, hvilket udgør et grundlæggende virkemiddel i henhold til at styrke samarbejdet via faste relationer mellem terapeuter og teamene. For størstedelen af kommunerne drejer det sig om rehabiliteringsterapeuter/-medarbejdere, som beskæftiger sig med 83a-indsatsen specifikt eller aktiverende pleje. Trænende terapeuter og hjælpemiddeltherapeuter er i relativt lille omfang tilknyttet de nye teams.

Hvordan og i hvilken grad terapeuterne er tilknyttet de enkelte teams, varierer. For det første varierer normeringen af terapeuter, hvor der i den ene ende er eksempler på, at én terapeut er tilknyttet ét team, og i den anden ende er eksempler på, at én terapeut er tilknyttet flere teams i distrikt. For det andet varierer graden af integration i hverdagen. Her viser tabellen, at i ca. halvdelen af kommunerne har terapeut (-erne) fast decentral tilstedeværelse i det team/distrikt, de er tilknyttet. Også graden af decentral tilstedeværelse varierer fra en til flere ugentlige arbejdsdage til fuld integration i hverdagen. For det tredje viser tabellen, at fast deltagelse i tværfaglige teammøder om konkrete borgersager, afprøves i 21 kommuner. I otte tilfælde sker den faste tilknytning i kombination med både faste dage i teamet og deltagelse i tværfaglige møder. Den typiske begrundelse for at vælge en tilknytning hvor terapeuterne ikke er integreret i teamets hverdag handler om at bevare et monofagligt op-hæng med træningsområdet/specialiserede rehabiliteringsteams.

Disse tiltag afspejler et gennemgående ønske om at arbejde mere målrettet med rehabilitering og aktiverende pleje for at øge borgernes selvhjulpethed både på servicelovs- og sundhedslovsområdet. Formålet er at udvikle og styrke samarbejdet mellem terapeuter og udførende personale i rehabiliteringsforløb. Det gælder for det første i forhold til overgangen fra midlertidige

til varige forløb og for det andet ved, at terapeuterne får større rolle som faste sparringspartnere, der har til opgave at vejlede og oplære (typisk via side-mandsoplæring på fælles besøg) social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker i at arbejde rehabiliterende og aktiverende.

Af Tabel 3.4 fremgår også, at enkelte kommuner (endnu) ikke har udviklingsprojekter på området. Begrundelser herfor er enten, at rehabiliteringsindsatsen er organiseret i et specialiseret rehabiliteringsteam, der ikke er tænkt ind i projektet, eller at der ikke er lagt konkrete planer for udviklingsarbejdet relateret til rehabilitering, herunder etableret de fremhævede samarbejdsstrukturer.

**Foreløbige erfaringer:** Der er foreløbig få og sporadiske, men positive, erfaringer med at få terapeutfaglige kompetencer tættere på de nye teams. Disse erfaringer indikerer, at der blandt de udførende medarbejdere er stor tilfredshed med at have bedre adgang til sparring ved terapeuterne, og at det understøtter helhedsorienterede og rehabiliterende indsatser – og i sidste ende afslutning af ydelser. Omvendt fremgår det også, at det kan være svært at finde tid til oplæring og udvikling i hverdagen samt at det er uafklaret, hvordan terapeuternes kompetencer bedst anvendes. Derfor er deres tilknytning til teams og roller under fortsat udvikling.

### 3.3 Det selvstyrende team

Dette afsnit beskriver projekternes forståelse og udfoldelse af det selvstyrende element. Det fremgår ved interview, at projekternes tilgange til selvstyring varierer meget samt at begrebet generelt anvendes upræcist. Det fremgår samtidig, at kun er enkelte kommuner har en ambition om at arbejde med elementer af selvstyring i en form, der minder om tilgangen i Buurtzorg.

Vi har i Tabel 3.5 herunder indplaceret projekternes tilgange til at give teamene øget ansvar, så der skelnes mellem:

- Selvplanlægning, dvs. det arbejde, der foregår med at give medarbejderne øget indflydelse på dag-til-dag-planlægning, ruteplanlægning og vagtplanlægning
- Elementer af selvstyring, dvs. det arbejde, der pågår med at give teamet udvidet ansvar for fx ansættelser, økonomi og ressourcestyring<sup>4</sup>, som det sker i Buurtzorg
- Om der arbejdes med at etablere formelle teamroller (planlægger, kontinuitetsansvarlig, økonomiansvarlig etc.)

---

<sup>4</sup> Disse elementer behandles særskilt i rapportens Kapitel 5.

- Hvorvidt der arbejdes med/er planlagt formaliseret kompetenceudvikling for at støtte overdragelsen af ansvar og opgaver til teams.

**Tabel 3.5 Projekternes tilgange til selvplanlægning, selvstyring og teamroller samt behov for kompetenceudvikling**

Parametre	Arbejder med selvplanlægning	Arbejder med elementer af selvstyring	Arbejder med formelle roller i teamet	Formaliseret kompetenceudvikling til teamet
Allerød	x	x	x	x
Egedal	x			x
Esbjerg	x			
Favrskov	x			
Faxe	x			x
Fredensborg	x			x
Frederikshavn	x			
Frederikssund	x			
Glostrup	x			x
Haderslev	x	x	x	x
Hillerød	x			
Holstebro	x			x
Ikast-Brande	x	x	x	x
Kerteminde	x			x
Kolding	x	x		x
Køge	x			x
Rødovre	x			x
Syddjurs	x	x	x	
Sønderborg	x <sup>1</sup>	x <sup>1</sup>	x <sup>1</sup>	x
Thisted	x			
Tårnby	x			x
Vejle	x			x
Ærø	x			
Aalborg	x			x
Aabenraa	x	x	x	x

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Note: <sup>1</sup>Med selvstyrende henvises til det arbejde der pågår med at give teamet udvidet ansvar for at nå de mere overordnede mål, der er formuleret for dets arbejde.

Note: <sup>1</sup>Gælder det Buurtzorg-inspirerede pilotteam

### 3.3.1 Ansvar for planlægningsopgaver

Tabel 3.5 viser, at samtlige kommuner arbejder med at introducere øget ansvar for forskellige typer af planlægningsopgaver i den nye teamorganisering.

Alle kommuner arbejder med/eller skal i gang med dag-til-dag-planlægningen i forhold til at håndtere sygdom blandt kolleger og akutte opgaver hos borgerne. Denne opgave omtales typisk som 'puslemøder', hvor de fremmødte medarbejdere om eftermiddagen og/eller morgenen 'pusler køreplanerne på plads'. De foreløbige erfaringer med 'puslemøder' er positive. Oplevelsen er, at medarbejderne kan overskue mere og er mere fleksible, når de selv styrer ændringer med afsæt i deres viden om borgerne. For det andet vurderes det, at tilgangen til planlægning positivt understøtter kontinuitet og stabilitet i borgerkontakten, som kommer både medarbejdere og borgere til gode.

For de fleste kommuner udgør 'puslemøder' indtil videre ambitionsniveauet for selvplanlægning, hvilket af de interviewede ledere begrundes med, at medarbejdere og planlæggere generelt er tøvende over for at give teamene ansvar for den grundlæggende rute- og vagtplanlægning, fx fordi de frygter konflikter i forbindelse med ferieplanlægning, og fordi der opstår usikkerhed omkring planlæggernes roller og fremtid i organisationen. De fleste kommuner har dog også en forventning om, at teamene på sigt kan varetage rute- og vagtplanlægning, i takt med at de nye teams konsolideres (hvis det viser sig, at medarbejdere og decentrale ledere ønsker dette).

Der er en håndfuld (særligt nogle af andengenerationsprojekterne), som aktuelt er kommet dertil, at planlægningsfunktionen er integreret på teamniveau, så teamet (stort set selv) selv løfter det samlede ansvar for rute- og vagtplanlægning. Foreløbig læring er, at teamene har brug for oplæring, sparring og støtte fra planlæggere og ledelse samt overdragelsen af ansvar skal ske trinvis og i et tempo, hvor teamet kan følge med. Det skyldes, at opgaverne og ansvaret kræver tilvænning og kulturforandringer, hvor tryghed og erfaring opbygges over tid. Derudover er en læring, at opgaverne kræver systemunderstøttelse, fx i form store fælles skærme der giver overblik. Der gives samtidig positive eksempler på, at det er lykkedes at klæde teamene på til at varetage den samlede planlægningsopgave samt at dette yderligere forstærker de positive resultater, der er gennemgået ovenfor under 'puslemøder'.

### 3.3.2 Elementer af selvstyring

Tabel 3.5 viser, at syv af de 25 kommuner arbejder med elementer af selvstyring. Her er erfaringerne, at planlæggerrollen i teamet er helt central for at få ruterne og ressourcerne til fungere effektivt samt at der er en række forhold

relateret til personaleledelse, løn, ansættelser, sygefravær og lignende, som ikke kan placeres i teamet. Erfaringen er at disse funktioner med fordel kan placeres i en back-office-funktion, hvorfra teamene kan få administrativ og ledelsesmæssig understøttelse. Det indebærer eksempelvis støtte til vagtplanlægning og kapacitetsstyring, når der sker større udsving i borgertyngden, når der er meget sygdom i teamet, eller når det er vanskeligt at få ferieplanlægningen til at gå op.

### **3.3.3 Etablering af roller og formel kompetenceudvikling**

Videre viser tabellen, at seks kommuner arbejder med formelle teamroller som et element der skal understøtte teamorganiseringen. Det fremgår samtidig at fem af de seks kommuner indgår i gruppen der arbejder eksplicit med elementer af selvstyring. Det er blandt andet roller som fx planlægger, mentor og praktisk ansvar, og det er typisk op til teamet selv at fordele rollerne imellem sig, herunder om de skal gå på skift mellem flere medarbejdere.

Endelig viser tabellen, at 17 af kommunerne har igangsat – eller er i gang med at forberede – formelle kompetenceudviklingsforløb målrettet medarbejderne i teamet. Typisk faciliteres disse forløb af læringsagenter/projektledere eller eksterne konsulenter.

De mest gennemgående temaer er 1) teamudvikling-, og samarbejde, herunder værdier, konflikthåndtering, psykologisk tryghed, mv., 2) mødeledelse, 3) teamroller inspireret af Buurtzorg, 4) tværfagligt samarbejde og dialog samt 5) forbedringsmetoden. Enkelte har fokuseret kompetenceudviklingen på faglig opkvalificering, fx i arbejdet med bestemte borgermålgrupper, opsporing af ensomhed, dokumentation i forbindelse med revisitation, mv.

I forhold til kompetenceudvikling er erfaringerne, at det er centralt for, at medarbejderne understøttes i at arbejde i en ny tværfaglig teamorganisering, ikke mindst at der er brug for udvikling af kompetencer til at deltage på og facilitere møder, som for mange indebærer nye roller og opgaver.

## **3.4 Opsamling**

Gennemgangen viser en stor variation i teamstørrelse, hvor næsten alle kommuner opererer med en teamstørrelse større end de 12, der anbefales af Buurtzorg og i litteraturen om teams (Buch 2020, Kjellberg, P. 2021, Katzenbach, Smith 2006). Teamene dækker langt overvejende alle årets dage i dagvagt i hverdage, hvortil særskilte aftenteams er involveret i seks projekter. Syv kommuner arbejder med teams, der er integreret på tværs af dag- og aftenvagten

(som det er tilfældet i Buurtzorg-modellen). Der ses ikke en systematisk sammenhæng mellem teamstørrelse, og hvorvidt dag og aften er integreret i teamet.

Begrundelserne for større teams er overvejelser om økonomisk og faglig bæredygtighed samt hensyn til borgergrundlag, geografi og kompetencer i teamet. For at understøtte bæredygtighed ved fravær mv. arbejder flere kommuner med at etablere 'klyngestrukturer', hvor to eller flere teams har ansvar for at hjælpe hinanden.

Tværfaglighed og graden af integration varierer ca. 50/50 fra fuld tværfaglig integration og fælles ledelse af social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker (og eventuelt ufaglærte og rehabiliteringsterapeuter) til monofaglig organisering af hjemmepleje og sygepleje. I sidstnævnte søges det tværfaglige samarbejde søges styrket, ved at sygeplejens organisering matcher hjemmeplejens, og hvor sygeplejerskerne (og øvrige funktioner) deltager på formaliserede møder med teamet i hjemmeplejen.

Kapitlet viser, at 21 kommuner aktuelt anvender projekterne som anledning til at styrke samarbejdet mellem de udekørende medarbejdere og de terapeuter der arbejder med rehabilitering. Der arbejder ud fra et relationelt perspektiv hvor fast tilknyttede terapeuter skal tættere på social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker. Det indebærer også at der i 21 kommuner er etableret/afprøves en praksis hvor de faste terapeuter deltager i tværfaglige møder med de nye teams. Endelig arbejder 16 kommuner i varierende grad med fast terapeuttilstedeværelse i teamenes hverdag, for at give mulighed for løbende sparring, sidemandsoplæring og et styrket fokus på aktiverende pleje.

De foreløbige erfaringer med terapeuttilknytning til de nye teams er positive, men også foreløbige. Der mangler således en del arbejde med at fastlægge rammer og indhold for terapeuternes tilstedeværelse, herunder også at finde en model for tilstedeværelsen der matcher antallet af terapeuter og hensynet til terapeuternes faglighed.

Udfoldelsen af det selvstyrende element varierer ligeledes. Fælles er, at de 25 kommuner arbejder med selvplanlægning. I de fleste tilfælde sker det, ved at teamet i første omgang har indflydelse på eller får oplæring i at varetage dag-til-dag-planlægningen og i få tilfælde at teamet på sigt skal varetage hele planlæggerfunktionen. Enkelte kommuner arbejder hen mod selvstyring i forhold til fagligt arbejde og hverdagens organisering. Disse kommuner arbejder også med formelle teamroller til at understøtte fordelingen af nye opgaver og ansvarsområder samt coach-funktioner der skal erstatte/supplere formel ledelse.

Et andet gennemgående træk er, at udviklingsarbejdet og teamorganiseringen kræver kompetenceudvikling af medarbejdere. Typiske temaer for medarbejderne handler om teamsamarbejde, mødeledelse og tværfagligt samarbejde.



## 4 Involvering af borgere, pårørende og netværk

Dette kapitel vedrører projekternes fokus på samarbejdet med borgere og pårørende. Kapitlet beskriver, hvordan projekterne søger at involvere borgere og pårørende og med hvilke formål. Kapitlet fokuserer på, hvordan kommunerne involverer borgere, deres pårørende og netværk i udviklingsarbejdet, og på begrundelserne for de anvendte tilgange.

Tabel 4.1 herunder placerer projekterne i forhold til de temaer, der er afdækket via interviews. Som det fremgår arbejdes der først og fremmest med forskellige former for organisatorisk inddragelse der skal kvalificere udviklingsarbejdet, mens der er et mindre antal kommuner, der arbejder med hhv. opstartsmøder hos borgerne og muligheder for at aktivere borgernes ressourcer/netværk med inspiration fra Buurtzorgs-løgmødel og kerneværdier (Buch, Kjellberg forthcoming, Buch 2020).

**Tabel 4.1 Inddragelse af borger og pårørende i projekterne**

Parametre	Organisatorisk borgerinddragelse	Opstartsmøder hos borger	Aktivering af borgers egne ressourcer/netværk
Allerød	x		
Egedal	x		
Esbjerg	x		
Favrskov	x		x
Faxe	x		
Fredensborg	x	x	
Frederikshavn	x		
Frederikssund	x		
Glostrup	x		
Haderslev	x		x
Hillerød		x	
Holstebro	x		
Ikast-Brande	x	x	x

Parametre	Organisatorisk borgerinddragelse	Opstartsmøder hos borger	Aktivering af borgers egne ressourcer/netværk
Kerteminde	x		
Kolding	x		
Køge	x	x	
Rødovre	x	x	
Syddjurs	x		
Sønderborg	x		
Thisted	x		
Tårnby		x	
Vejle			x
Ærø	x		
Aabenraa	x		
Aalborg		x	

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser, som fremgår i rapportens bilagsdel.

## 4.1 Organisatorisk borgerinddragelse i projekterne

Tabel 4.1 viser, at 21 kommuner arbejder med organisatorisk inddragelse af borgere. Formålet er typisk først at få borgernes input til eller kvalificering af fokusområder og prøvehandlinger, fx kontinuitet, og dernæst at måle projektets resultater i forhold til udvikling af borgernes oplevelser hen over projektperioden. Den organisatoriske borgerinddragelse sker via flere kvantitative og kvalitative metoder:

- Borgertilfredshedsmålinger via (kommunale eller projektspecifikke) surveys og/eller interview ved opstart af projektet, der også fungerer som baseline-måling, og som gentages midtvejs og ved afslutning af projektet
- Dialogmøder, workshops, følgegrupper og borger-/pårørendepaneller undervejs i projektperioden.

Kommunerne fortæller, at den organisatoriske inddragelse udgør et vigtigt element i at bekræfte og kvalificere projektets målsætninger og indhold. Erfaringerne er gennemgående, at borgernes oplevelse af kvalitet handler om graden af kontinuitet på to måder. For det første handler det om antallet af forskellige medarbejdere i borgerens hjem, og for det andet handler det om,

hvorvidt de medarbejdere, der kommer, har kendskab til borgeren, hjemmet og de opgaver, der skal udføres.

Der er endnu ikke resultater vedrørende udviklingen i borgertilfredshed at formidle, men interviewdeltagerne fortæller om enkelte foreløbige indikationer på øget kontinuitet i borgerkontakten, som opleves positivt af de berørte borgere.

## 4.2 Borgerinddragelse i det faglige arbejde

De øvrige to parametre for borgerinvolvering, som fremgår af tabellen, tager afsæt i det faglige arbejde omkring borgerne, herunder i borgerkontakten ved opstart af nye forløb. Som Tabel 4.1 viser, arbejder syv kommuner med opstartsmøder hos borgerne – enten som nyt tiltag eller ved at justere på eksisterende praksis. Formålet er for det første, at den bevilgede hjælp i højere grad tager afsæt i borgers ønsker og mål samt i tværfaglige vurderinger af borgerens behov for hjælp, herunder at alle muligheder for selvhjulpener er afdækket, inden borgeren bevilges (varig) hjælp. For det andet er der et element, som handler om forventningsafstemning og arbejdsdeling med borgerens nære pårørende. Og for det tredje har flere projekter en (endnu ikke realiseret) intention om at anvende opstartsmøderne til opfølgning undervejs i forløbet med henblik på at evaluere indsatsen med borger og pårørende.

### Eksempel på opstartsmøde i Aalborg Kommune

I projektet arbejdes der med tværfaglige opstartssamtaler hos nye borgere. Besøget forberedes ud fra et skema, som borgerne udfylder samt visitatorernes udredning af hjælpebehovet. Formålet er at få samarbejdet godt fra start via gensidig forventningsafstemning (herunder at der fra starten sættes fokus på det rehabiliterende arbejde) samt viden om borgerens ønsker og behov.

Opstartsmøderne hænger til dels sammen med samarbejdet til rehabiliteringsterapeuter. I flere tilfælde gennemføres opstartsmøderne som fælles besøg mellem eksempelvis visitator og rehabiliteringsterapeut eller social- og sundhedsmedarbejdere og rehabiliteringsterapeut. I andre tilfælde er opstartsmøderne fortsat monofaglige ved fx visitator, social- og sundhedsmedarbejder eller sygeplejerske. Der er ikke konkrete erfaringer på interviewtidspunktet med udbyttet af møderne, men et

opmærksomhedspunkt er at sammentænke opstartsmøder med lignende borgerbesøg, fx den sygeplejefaglige udredning samt at teamets medarbejdere ofte har brug for spørgeguides for at blive støttet i denne nye opgave.

Opsporing og aktivering af borgers netværk indgår som et centralt kerneelement – og en central værdi – for tilgangen til borgerne i Buurtzorg-modellen (Buch, Kjellberg forthcoming, Buch 2020). Her viser Tabel 4.1, at tre ud af de 25 kommuner har fokus og udviklingsaktiviteter på det område. Det lille antal kommuner, der arbejder med dette element hænger dels sammen med, at ikke ret mange har et Buurtzorg-nært afsæt for projektet (jf. kapitel 2), og dels med, at der er tale om svær opgave for medarbejderne. Det fremstår også som en erfaring i kommunerne, at de nye teams skal være velkonsoliderede i deres hverdag, inden de kan fokusere på dette.

### 4.3 Opsamling

I forhold til projekternes involvering af borger og pårørende viser analysen, at flertallet af kommunerne arbejder med borger- og pårørendeinddragelse på organisatorisk niveau. Det sker via interviews, workshops og tilfredshedsundersøgelser, der har til formål at kvalificere udviklingsarbejdet og herunder særligt udforske borgernes perspektiver på kontinuitet og involvering i plejen. Erfaringerne med disse former for inddragelse er positive, og en del kommuner gentager dataindsamlingen undervejs i projektet med henblik på at vurdere opnåede resultater.

Endvidere arbejder en mindre gruppe af kommuner, der arbejder med tiltag vedr. inddragelse i det borgerrettede arbejde i form af hhv. opstartsmøder og fokus på at afdække og aktivere borgernes ressourcer og ressourcer i deres netværk. Dette arbejde er forsat på et tidligt stadie, hvor der vil blive skabt yderligere erfaringer i den resterende del af projektperioden. Det fremstår samtidig som en væsentlig erfaring, at denne form for involvering tager tid at komme i gang med, fordi de nye teams har behov for at finde sig til rette i deres nye hverdag først.

# 5 Ledelse og systemunderstøttelse

Dette kapitel omhandler ledelse og understøttelse af teams. Først beskriver kapitlet de forandringer i ledelsesstruktur og ledelsesrollen, der arbejdes med i projekterne samt de iagttagede behov for til at understøtte forandringerne. Derudover beskriver kapitlet den del af udviklingsarbejdet, der handler om at understøtte teams med data og back-office-funktioner.

## 5.1 Ledelsesrollen og kompetencer

Tabel 5.1 herunder indplacrer projekterne i tre centrale temaer, som er identificeret i de gennemførte interviews, som omdrejningspunkter for udvikling af ledelsesrollen og oplevede behov for kompetenceudvikling, der kan støtte op om lederne i den fremadrettede organisering.

**Tabel 5.1 Udvikling af ledelsesstruktur, ledelsesroller og kompetencer**

Parametre	Styrke ledelsesstruktur	Formel kompetenceudvikling	Formel coachfunktion
Allerød		x	x
Egedal		x	
Esbjerg	x	x	
Favrskov	x	x	
Faxe	x	x	
Fredensborg	x	x	
Frederikshavn			
Frederikssund		x	
Glostrup		x	
Haderslev		x	x
Hillerød	x	x	
Holstebro		x	
Ikast-Brande		x	x

Parametre	Styrke ledelsesstruktur	Formel kompetenceudvikling	Formel coachfunktion
Kerteminde	x		
Kolding		x	
Køge			
Rødovre		x	
Syddjurs		x	x
Sønderborg		x	
Thisted		x	
Tårnby		x	
Vejle		x	
Ærø		x	
Aalborg			
Aabenraa		x	

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Note: <sup>1</sup> Sønderborgs Buurtzorg-inspirerede pilotteam har fælles ledelse.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser jf. rapportens bilagsdel.

### 5.1.1 Ændringer i ledelsesstruktur og ledelsens roller

Det gælder for alle kommuner, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyreende teams i udgangspunktet kalder på ledelse – og ikke mindst forandringsledelse.

Næsten alle kommuner fastholder et afsæt i de eksisterende ledelsesstrukturer og et fokus på, at der i – og omkring – de teams, der etableres, skal være nærværende og synlig ledelse. Som angivet i Tabel 5.1 er der også seks kommuner, som anvender projektet – og teamorganiseringen – som anledning til at styrke de eksisterende ledelsesstrukturer. Det sker ved at ansætte flere decentrale ledere, som skal mindske ledelsesspændet (der i de pågældende kommuner typisk er stort) og øge lederens tilstedeværelse og tilgængelighed i de teams, de er ansvarlige for. Dette begrundes også med, at der blandt hjemmeplejens ansatte generelt – og i de seks kommuner – er en stor efterspørgsel på tæt ledelse.

Interviewene viser også, at samtlige kommuner ser et behov for at ændre (på decentralt og i et vist omfang også på centralt niveau) lederrollen i retning af en mere coachende ledelsesstil, hvis målsætningerne om øget frihed og ansvar til medarbejderne skal kunne realiseres. Oplevelsen er gennemgående, at

førstelinjelederne har været vant til at 'fikse' ting og træffe beslutninger for medarbejderne, men at lederne nu i højere grad skal understøtte medarbejderne i selv at finde svar og løsninger på de udfordringer, de oplever.

Hensigten er, at lederens rolle redefineres fra en traditionel ledelsesrolle som den, der træffer beslutningen og sikrer dens implementering, til den, der sikrer rammerne for, at medarbejderne selv kan træffe de relevante beslutninger.

Derudover vil der i nogle kommuner også blive stillet krav om tværfaglig ledelse af de tværfaglige teams i de tilfælde, hvor social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker (og evt. også rehabiliteringsterapeuter) refererer til samme leder. Som tidligere gennemgået i Tabel 3.1 arbejder 12 kommuner aktuelt med at etablere en fælles ledelse på teamniveau for de medarbejdere, der er samlet i tværfaglige teams. I forhold til det tværfaglige element tænkes ledelsesrollen altså forskelligt mellem kommunerne. Mens nogle arbejder på at matche den tværfaglige teamorganisering med en tværfaglig ledelse, vælger andre at bevare en monofaglig ledelse – enten som adskilt ledelse i adskilte enheder eller som fælles duoledelse i integrerede enheder. I begge tilfælde har hjemmeplejens og sygeplejens respektive medarbejdere hver deres ledelsesophæng.

## **5.1.2 Tilbud om kompetenceudvikling og introduktion af coaches**

Det er en gennemgående oplevelse, at såvel forandringsledelse som tværfaglig og coachende ledelse indebærer forandringer i ledelsesrollen, der udfordrer lederne. Det er begrundelsen for, at størstedelen af kommunerne har iværksat kompetenceudvikling – i form af uddannelse og supervision – målrettet lederne.

Det fremgår i Tabel 5.1, at størstedelen af kommunerne har valgt at omsætte behovet for udvikling af lederrollen til formel uddannelse og løbende supervision målrettet lederne. Kompetenceudviklingen leveres ofte af eksterne konsulenter, men der er også flere eksempler på, at opgaven varetages internt i kommunen eller som en delt intern og ekstern opgave. Disse kompetenceudviklingsforløb har gennemgående fokus på coachende ledelse, men i nogle tilfælde også på forandringsledelse og tværfaglig ledelse.

Endeligt viser tabellen, at fire kommuner herudover arbejder med at udvikle formelle coach-funktioner, som tager afsæt i rollen, som denne fungerer i Buurtzorg (Nandram 2015). Arbejdet med coachfunktioner hænger i tre af de fire kommuner sammen med et ønske om, at teamene på sigt skal blive så selvstyrende som muligt i en dansk kontekst. Dette indebærer en ambition om, at

coachfunktionen på sigt skal erstatte behovet for en formel ledelse i relation til hverdagens organisering og planlægning<sup>5</sup>.

Uddannelse af coach-funktioner sker altså typisk ud fra et ønske om at sikre teams' adgang til støtte og sparring, samtidig med at de formelle ledere får en anden og mere strategisk ledelsesrolle, hvilket også skal ses i sammenhæng med, at de nogle steder placeres i en back-office-funktion.

## 5.2 Data og administrativ understøttelse

Dette afsnit omhandler projekternes udviklingsspor vedr. systemunderstøttelse af de faste, tværfaglige og selvstyrende teams med fokus på dataunderstøttelse samt etablering af back-office-funktion.

Tabel 5.2 herunder viser, om kommunerne arbejder med datatræk, og om det sker med afsæt i eksisterende systemer eller ved udvikling af nye supplerende systemer såsom dashboards og styringscockpits, herunder om der er behov for ekstern konsulentbistand til opgaven samt hvorvidt man er ved at etablere back-office-funktioner (som er der, hvor Buurtzorg har samlet den administrative support) (Nandram 2015).

**Tabel 5.2 Udvikling af data- og administrativ understøttelse**

Parametre	Datatræk og teamoverblik via eksisterende løsninger	Datatræk og teamoverblik via nye løsninger	Ekstern konsulentbistand til dataopgaven	Etablering af back-office
Allerød	x	x	x	x
Egedal		x		x
Esbjerg	x	x		
Favrskov		x	x	
Faxe				
Fredensborg	x			
Frederikshavn	x			
Frederikssund	x			
Glostrup				

<sup>5</sup> Opgaver relateret til personaleledelse i relation til bl.a. ansættelse/afskedigelse, sygefravær og løn mv. håndteres fortsat af en formel leder/back-office-funktion i de pågældende kommuner (uddybes i afsnit 5.2.2).



Parametre	Datatræk og teamoverblik via eksisterende løsninger	Datatræk og teamoverblik via nye løsninger	Ekstern konsulentbistand til dataopgaven	Etablering af back-office
Haderslev	x	x	x	x
Hillerød	x			
Holstebro	x			
Ikast-Brande		x		
Kerteminde	x			x
Kolding		x	x	
Køge	x			
Rødovre		x	x	
Syddjurs		x	x	x
Sønderborg		x		
Thisted		x		
Tårnby	x		x	
Vejle		x	x	
Ærø	x			
Aalborg	x			
Aabenraa		x	x	

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser, som fremgår i rapportens bilagsdel.

## 5.2.1 Dataunderstøttelse af teams

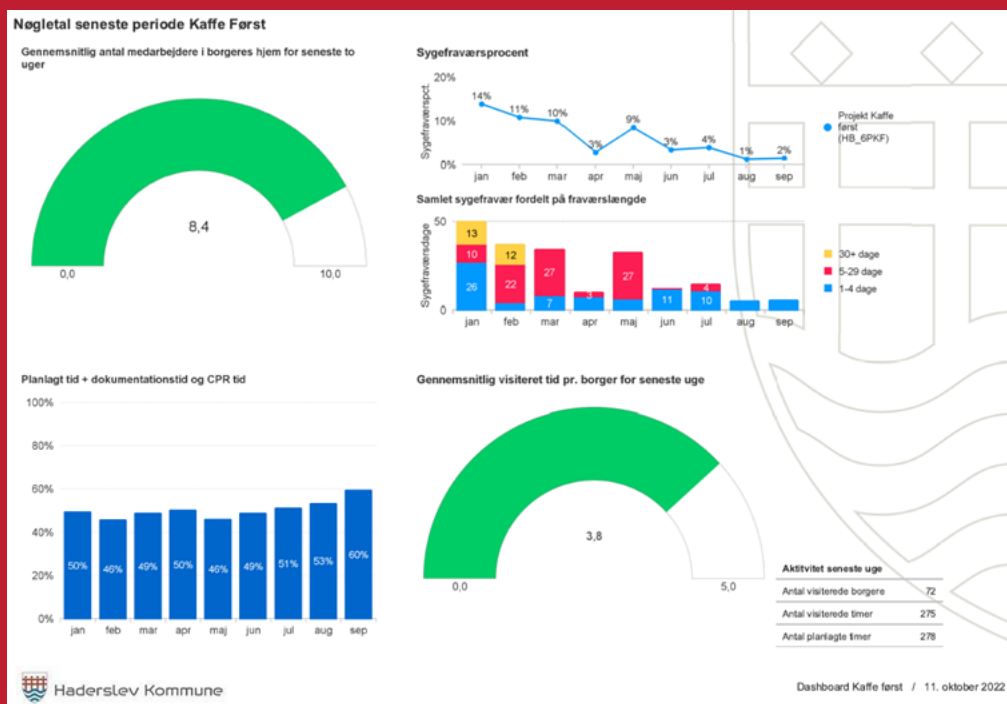
Tabel 5.2 viser, at 23 kommuner arbejder med dataunderstøttelse på indikatorer, der typisk tager afsæt i de opstillede målsætninger for projekterne. Cirka halvdelen af disse kommuner gør det via datatræk i omsorgssystemerne, mens den anden halvdel har planer om eller er i gang med måder at opføre og levere data på til de decentrale teams via dashboards eller styringscockpits som illustreret nedenfor:

Det varierer mellem kommuner, hvorvidt der er eksplicit fokus på at dataunderstøtte teams, eller om formålet snarere er at følge projektets resultater. Uagtet er der på tværs af kommuner stort sammenfald mellem de indikatorer, der måles på, hvilket typisk også afspejler projekternes formål (jf. kapitel 2). De gennemgående indikatorer er:

- Kontinuitet
- Sygefravær
- Borgertilfredshed
- Visiteret/disponeret versus leveret tid
- Medarbejdertrivsel
- Effekt af rehabilitering
- BTP (brugertidsprocent).

## Eksempel på dashboard

De fire emner, der er omfattet af Haderslev Kommunes teamoverblik, er: kontinuitet, borgertid, sygefravær og rehabilitering.



Det er endvidere et fællestræk at kommunerne på interviewtidspunktet er meget i proces på denne del. Dataopgaven har flere steder vist sig mere kompleks og dermed mere tids- og ressourcekrævende end først antaget, idet de ønskede data ikke altid er mulige at trække i de eksisterende systemer eller ikke vurderes at være valide. En gennemgående udfordring er, at systemerne ikke er designet/sat op til at levere tidstro data på teamniveau. Det betyder, at brugbar dataunderstøttelse kræver ændringer i praksis for dokumentation og registrering på udførerniveau eller mere eller mindre grundlæggende ændringer i systemerne. Derfor ser vi også, at flere kommuner er i dialog med systemleverandørerne om at foretage de nødvendige systemændringer.

Aktuelt sker dataunderstøttelsen i flere kommuner via håndholdte datatræk, fx manuelle optællinger, fx hvor kontinuitet (antal forskellige medarbejdere i borgers hjem) eller BTP måles via data indsamlet manuelt af medarbejderne i en periode. Ligeledes ser vi, at nogle kommuner anvender ekstern konsulentbistand til at lave særtræk fra omsorgssystemerne, mens andre har kompetencerne internt til dette.

I de kommuner, der er kommet længst, har man udviklet en prototype på et dashboard, der leverer data på teamniveau. Her er opgaven at afprøve prototypen i udvalgte teams for at justere og dernæst udbrede til øvrige teams. I disse kommuner er der stort fokus på, hvordan medarbejderne skal præsenteres for dataene samt på at kompetenceudvikle og støtte medarbejderne til at forstå og anvende dataene.

**Foreløbige erfaringer** er, at nogle teams efterspørger data for at blive mere selvstyrende og altså forholder sig positivt til det.

En udfordring synes at være, hvordan dataene på kontinuitet, sygefravær, BTP mv. skal fortolkes, fx hvor lang en periode der skal anvendes til at vurdere kontinuiteten, hvornår kontinuiteten er god nok, og om kravene til kontinuitet skal sættes forskelligt, alt efter hvor mange besøg den pågældende borger får. På samme måde skal hensynet til kontinuitet afvejes med hensynet til en stabil indsats, der leveres af personale, som kender hjemmet og har de rette kompetencer.

Arbejdet med dataunderstøttelse fremstår derfor som en fortsat udviklingsopgave, og arbejdet er kompliceret, fordi det fordrer grundlæggende ændringer i de eksisterende systemer og i kulturen blandt det udførende personale.

## 5.2.2 Etablering af back-office-funktioner

Tabel 5.2 viser, at fire kommuner arbejder eksplicit med at etablere en back-office-funktion (et 'servicekontor') med inspiration fra Buurtzorg (Kjellberg, P.

K., Buch, Kjellberg et al. forthcoming, Nandram 2015). Hensigten er at back-office varetager en række administrative og styringsmæssige funktioner, der skal bidrage til at understøtte decentral beslutningskraft i det enkelte team.

Det varierer dog, hvilke funktioner, der organiseres i back-office-funktionen i de fire projekter. I et eksempel består back-office af enkelte ledere, coaches og projektleder, mens det i andre eksempler samler ledelse, coaches, planlæggere, sygeplejekoordinatorer og visitation og eventuelt også administrative og understøttende funktioner inden for HR og IT.

Arbejdet med at etablere back-office-funktioner er – som arbejdet med nye former for dataunderstøttelse – en kompliceret og langsigtet udviklingsopgave, og interviewene har ikke afdækket eksempler på egentlige driftserfaringer med disse. For de projekter, hvor back-office samler planlæggerfunktionerne, udgør det en udfordring, at der samtidig er brug for deres kompetencer decentralt, idet teamene efterspørger støtte herfra i processen med at overtage (dele af) planlægningsopgaven (jf. også kapitel 3). Det fremgår også, at back-office (fx ledere og coaches) er mere direkte involveret i arbejdstilrettelæggelsen i det daglige, indtil teamene er veletablerede, og medlemmerne har tilstrækkelig erfaring med selv at varetage nye opgaver.

### 5.3 Opsamling

Kapitlet viser, at projekterne ikke indebærer reduktion i ledelse, idet kommunerne bevarer de eksisterende ledelsesstrukturer og et mindre antal kommuner øget antallet af ledere. Det skyldes et ønske om at sikre nærværende og synlig ledelse. Til gængæld fremgår det som et andet fællestræk, at den traditionelle lederrolle på ældreområdet forandres til en coachende leder, der skal støtte teamet i at træffe beslutninger og således understøtte en øget grad af autonomi blandt medarbejderne. Det rummer en udfordring for de involverede ledere, hvorfor flertallet af kommuner har igangsat kompetenceudviklingsaktiviteter og supervision målrettet lederne, så de klædes på til den nye coachende lederrolle. Kompetenceudviklingen har også fokus på ledelse af tværfaglighed, primært i de tilfælde, hvor forskellige faggrupper integreres i tværfaglige teams.

De etablerede teams søges også understøttet via data på indikatorer som kontinuitet, sygefravær, medarbejdertrivsel, borgertilfredshed, mv., der samtidig har til formål at følge projektets resultater. Datasporet er i de fleste kommuner under opstart og udvikling, idet det rummer en del udfordringer med at sikre valide data og data, der er målrettet det enkelte team. I flere tilfælde kræver ønsket om dataunderstøttelse ændringer i de eksisterende systemer og i den daglige registreringspraksis.

I enkelte projekter søges teams endvidere understøttet via coach-funktioner og back-office-funktioner kendt fra Buurtzorg-modellen. Her supplerer coach-funktionen de formelle ledelsesfunktioner, mens back-office typisk samler understøttende funktioner som ledere, visitatorer, planlæggere og koordinatorer.

Der er endnu ikke nogle konkrete erfaringer at formidle vedr. udbyttet af ledelse og systemunderstøttelse.

# 6 Økonomistyring og visitation

Dette kapitel beskriver de forandringer i relation til økonomistyring og visitation, som udviklingsprojekterne indebærer. Først beskriver afsnittet, hvorvidt kommunerne afprøver eller implementerer nye tildelingsmodeller og bevillingsstrukturer som led i projektet, og herefter undersøger afsnittet, om projekterne indebærer selvvisitation og forandringer i samarbejdet mellem visitation og de faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

## 6.1 Tildelingsmodeller og bevillingsstrukturer

Tabel 6.1 herunder indplacerer projekterne i forhold til, om de indebærer ændringer i tildelingsmodeller<sup>6</sup> i hjemmeplejen og/eller ændringer hen imod mere fleksible bevillingsstrukturer i pakker eller forløb, eller om der med projektet (i stedet) er fokus på, at teamene udnytter mulighederne i de eksisterende bevillinger.

**Tabel 6.1 Tildelingsmodeller, bevillingsstrukturer og fokus på at udnytte mulighederne i eksisterende modeller**

Parametre	Ændringer i tildelingsmodel til rammestyring	Ændringer af bevillingsstruktur til pakker/forløb	Fokus på at udnytte fleksibilitet i eksisterende bevillingsstrukturer
Allerød			
Egedal	x	x	
Esbjerg			x
Favrskov			
Faxe			
Fredensborg			x
Frederikshavn			x
Frederikssund			x
Glostrup			
Haderslev			x

<sup>6</sup> Tildelingsmodellen omhandler, hvorvidt tildelingen af ressourcer til de udførende enheder er baseret på aktivitets- eller rammestyring eller evt. en blanding (Dalsgaard et al. 2021).

Parametre	Ændringer i tildelingsmodel til rammestyring	Ændringer af bevillingsstruktur til pakker/forløb	Fokus på at udnytte fleksibilitet i eksisterende bevillingsstrukturer
Hillerød			x
Holstebro			
Ikast-Brande			
Kerteminde			
Kolding			
Køge			x
Rødovre			x
Syddjurs	x	x	
Sønderborg	x	x	
Thisted		x	x
Tårnby		x	
Vejle			
Ærø		x	
Aalborg		x	x
Aabenraa	x	x	

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser, som fremgår i rapportens bilagsdel.

### 6.1.1 Ændring af tildelingsmodel til rammestyring

Tabel 6.1 viser, at fire ud af 25 kommuner på interviewtidspunktet er gået i gang med at overgå til ny tildelingsmodel baseret på rammestyring frem for aktivitetsstyring, mens yderligere syv har overvejelser omkring dette. I de fire kommuner skal det afprøves, at hvert team får en fast budgetramme. Det betyder, at fremfor at hjemmeplejen afregnes for enkelte ydelser, får det tværfaglige team tildelt en fast ramme (i form af eget budget), inden for hvilken ydelserne leveres. I de fire kommuner ses endvidere en sammenhæng med ny bevillingsstruktur baseret på visitation i hhv. pakker og forløb frem for enkelt-ydelser. Der er dog ikke opnået konkrete erfaringer med den nye praksis i de fire kommuner, hvor arbejdet befinder sig på et tidligt udviklings- eller afprøvningsstadiet.

De typiske begrundelser for at overgå til eller overveje rammestyring er et ønske om at understøtte de tværfaglige teams med decentral beslutningskraft

og øget økonomisk handlerum. En yderligere forventning er, at rammestyring vil understøtte rehabiliterende og aktiverende pleje ved at give et økonomisk incitament til at afslutte ydelser. Incitamentet ligger i, at der gives større råderum til at frigive ressourcer til borgere med større behov for hjælp eller til det, som teamet finder meningsfuldt, fx opkvalificering eller kurser.

For de øvrige kommuner gælder, at de i forvejen anvender rammestyring og oplever det virksomt, eller at de ønsker at bevare den aktivitetsbaserede tilde-ling og afregning for at sikre tæt økonomisk styring og budgetansvar i myndig-hed.

### **6.1.2 Ændring til brede og fleksible bevillinger**

Tabel 6.1 viser, at samlet set otte kommuner arbejder med at udvikle og imple-mentere nye bevillingsstrukturer, hvor de overgår fra visitation i enkeltydelser til visitation i pakker eller forløb. Det fremgår af interview, at enkelte yderligere kommuner ligeledes overvejer lignende bevillingsstrukturer, men aktuelt ikke har konkrete planer på området.

Formålet er, at bevillingerne bliver bredere og dermed mere fleksible. Det skal sikre, at teamet har mulighed for at justere i indsatser og omfanget af indsat-serne (tiden) løbende til borgers aktuelle behov og uden at involvere visitator. Forventningen er endvidere, at bredere bevillinger vil medføre, at tidsforbru-get på (skriftlig) dialog mellem visitator og udførerled reduceres.

Fælles for kommunernes arbejde med nye bevillingsstrukturer er, at de befin-der sig på et tidligt stadie af udviklingsarbejdet, og der derfor ikke er konkrete erfaringer. En foreløbig læring er enkelte steder, at omsorgssystemerne ikke understøtter bredere bevillinger og derfor kræver implementering og udbre-delse ændringer i systemerne.

Interviewene giver udtryk for store forhåbninger til, at bredere bevillinger vil sikre mere retvisende hjælp og samtidig kan øge trivslen ved, at social- og sundhedspersonalet får mere indflydelse på den hjælp, de skal levere til bor-gerne. Omvendt er der også usikkerhed med hensyn til, om det vil udfordre økonomistyringen og således have negative økonomiske konsekvenser.



### **6.1.3 Fokus på at udnytte fleksibilitet i eksisterende bevillingsstrukturer**

Tabel 6.1 viser, at 10 kommuner, enten i sammenhæng med eller i stedet for ændringer i tildelings- og bevillingsmodeller, har fokus på at udnytte de muligheder for fleksibel tilpasning af bevillingerne, som findes i de eksisterende modeller.

Det skyldes en oplevelse, af, at den fleksibilitet, pakkerne indeholder, ikke anvendes, blandt andet fordi princippet om gynger og karruseller ikke slår igennem på udførerniveau. Med det menes, at nogle borgere har brug for mere tid, end der er i pakken, mens andre har brug for mindre tid, og at det samlet set vil gå op. Men i udførerledet er oplevelsen ikke tilsvarende, at de selv kan justere i omfanget af hjælpen uden først at involvere visitator, eller at disse justeringer ofte kan rummes inden for bevillingen og tildelingsmodellen. Det er enten, fordi de ikke er bevidste om mulighederne for at foretage justeringer inden for bevillingerne, eller fordi pakkerne 'pækkes ud' i tidsafgrænsede ydelser af planlæggerne eller af omsorgssystemerne.

I disse kommuner er fokus således på, at de udførende medarbejdere i hjemmeplejen får viden om deres muligheder og betrygges i at rammerne giver mulighed for at levere den hjælp, de fagligt vurderer, borgeren har behov for under de enkelte besøg, uden at involvere visitationen.

Tabel 6.1 viser videre, at enkelte kommuner ikke har udviklingsaktiviteter på området. Vurderingen blandt disse kommuner er, at nye bevillingsstrukturer enten ikke er hensigtsmæssigt eller ikke er nødvendige for det man gerne vil opnå. I interviewene udtrykker flere kommuner endvidere usikkerhed omkring, hvad der kan lade sig gøre i forhold til økonomistyring og visitation inden for gældende lovgivning, herunder betydningen af BUM-modellen og afregningen af private leverandører. Denne usikkerhed fremstår dermed også som begrundelse for at bevare eksisterende modeller.

## **6.2 Visitationsmodeller og samarbejde mellem visitation og teams**

Dette afsnit beskriver, hvorvidt og hvordan projekterne medfører ændringer i visitationsmodellen i form af decentralisering og selvvisitation og i samarbejdet mellem visitation og faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

Tabel 6.2 herunder placerer projekterne i forhold til, om de arbejder med selvvisitation, der ophæver skillelinjen mellem myndighed og leverandør (Kjellberg,

P. K., Buch et al. forthcoming) samt organisatoriske virkemidler til at understøtte samarbejde og faste relationer, der på baggrund af interview fremstår centrale. Det drejer sig om tilknytning af faste visitatorer, delvis decentral tilstedeværelse af visitatorer i teamet, og om visitator deltager på tværfaglige møder, såsom borgerkonferencer, i teamet.

**Tabel 6.2 Organisatoriske virkemidler til at styrke samarbejde mellem visitation og udførerled**

Parametre	Selvvisitation på SEL og SUL	Faste visitatorer	Visitator har en eller flere faste dage i teamet	Visitator deltager på tværfaglige møder
Allerød		x		x
Egedal		x	x	x
Esbjerg				
Favrskov		x	x	x
Faxe		x		x
Fredensborg		x		x
Frederikshavn		x	x	x
Frederikssund		x	x	
Glostrup		x		
Haderslev		x	x	x
Hillerød		x		x
Holstebro			x	x
Ikast-Brande		x		x
Kerteminde*	x	x		x
Kolding		x	x	x
Køge				x
Rødovre	x		x	x
Syddjurs				
Sønderborg	x*	x*	x*	x*
Thisted		x		x
Tårnby*	x	x		x
Vejle				
Ærø		x		

Parametre	Selvvisitation på SEL og SUL	Faste visitatorer	Visitator har en eller flere faste dage i teamet	Visitator deltager på tværfaglige møder
Aalborg		X		X
Aabenraa		X	X	X

Anm: Krydserne er sat ud fra et kriterium om, hvor kommunerne forventer at være ved udgangen af 2023.

Note: \*Gælder det Buurtzorg-inspirerede pilotteam i Sønderborg; gælder SEL § 83 a i Kerteminde; gælder sygeplejen i Tårnby; og gælder udvalgte SEL-ydelser i Rødovre.

Kilde: Udarbejdet med afsæt i casebeskrivelser, som fremgår i rapportens bilagsdel.

Som Tabel 6.2 viser, arbejder en enkelt af kommunerne med selvvisitation, mens to på sigt har selvvisitation som ambition. I den ene kommune er der dog ikke tale om fuld selvvisitation, men prøvehandling, hvor teamet kan visitere til madservice og indkøbsordning efter SEL § 83. I en anden kommune er sygeplejen ved at overgå til selvvisitation. En enkelt kommune fortæller, at de er ved at opkvalificere rehabiliteringsterapeuterne, der er integreret i hjemmeplejen, til at være selvvisiterende på § 83 a-forløb.

Det vil altså sige, at næsten alle kommuner bevarer den centrale visitationsmodel på servicelovsområdet, hvor visitationskompetencen til ydelser efter serviceloven er placeret ved myndighedsfunktionen. Visitationsmodellen på sundhedslovsområdet er typisk decentral, hvor visitationskompetencen enten er placeret ved en koordinator i sygeplejen eller ved den enkelte udførende sygeplejerske.

Til gengæld er det gældende for samtlige kommuner, at de er i gang med af afprøve nye modeller for samarbejdet mellem visitation og udførerled. Formålet er at 'bløde op for BUM-modellen' ved at reducere afstanden mellem visitatorerne og det udførende personale i hjemmeplejen igennem fælles borgergrundlag, adgang og mulighed for dialog samt relationsdannelse.

I den forbindelse viser Tabel 6.2, at 17 kommuner aktuelt har faste visitatorer tilknyttet de etablerede teams. For nogle kommuner har dette indebåret en omorganisering af visitationen, så de organiseret efter hjemmeplejens grupper og altså varetager borgersager i et afgrænset geografisk område. Det skaber grundlag i visitationen for eventuel udrulning af teamorganisering og samarbejdsstrukturerne. Andre har ansat projektvisitatorer, som indgår i udviklingsarbejdet, hvormed visitationsafdelingen som sådan ikke indgår i arbejdet. I disse projekter udgør det derfor et særligt opmærksomhedspunkt, hvorvidt de løsninger der udvikles er realistiske at udbrede i organisationen som helhed.

I 12 af de 17 kommuner deltager de faste visitatorer på tværfaglige møder med teamet, hvor konkrete borgersager drøftes, og hvor visitator kan justere bevilgingerne med afsæt i den tværfaglige dialog om borgerforløbene.

I 10 ud af de 17 kommuner har de faste visitatorer decentral tilstedeværelse i teamet i form af faste ugentlige arbejdsdage. Omfanget af den decentrale tilstedeværelse varierer mellem projekterne fra en halv arbejdsdag og op til fire arbejdsdage, hvor de står til rådighed for sparring og dialog med teamet.

I syv af disse kommuner er begge tiltag kombineret, hvormed de faste visitatorer både deltager på tværfaglige møder og har faste arbejdsdage i teamet.

Begrundelserne for at igangsætte disse initiativer er en oplevelse af ikke-vel-fungerende samarbejder, hvor dialogen om (justeringer af) den bevilgede hjælp er tidskrævende og foregår skriftligt via omsorgssystemerne imellem personer, der typisk ikke kender hinanden eller hinandens arbejdsvilkår særligt godt.

Enkelte kommuner har i forvejen haft visitatorer organiseret efter hjemmeplejegruppernes geografi og visitatorer med faste arbejdsdage i hjemmeplejen. I disse kommuner er fokus i højere grad på at strukturere og formalisere samarbejdet ved at tydeliggøre visitatorernes rolle på tværfaglige møder og i borgerforløbene.

## Visitation tæt på eksempel

I flere kommuner deltager visitator som noget nyt på tværfaglige møder i teamet, og de har også dage i løbet af ugen, hvor de arbejder fra hjemmeplejen. Det betyder, at det udførende personale nu har direkte adgang til at tale med visitatoren om justeringer af den hjælp, de skal levere til borgeren, fremfor at 'skrive frem og tilbage' via omsorgssystemerne.

**Foreløbige erfaringer:** Der er foreløbige erfaringer i flere af kommunerne, som indikerer, at tiltagene understøtter en bedre dialog og gensidig forståelse mellem visitatorer og udførere, som også påvirker den skriftlige kommunikation positivt. Oplevelsen er, at beslutninger træffes og effektueres hurtigere, samtidig med at visitatorerne er med til at kvalificere drøftelserne af de konkrete borgere og udvide mulighedsrummet i for-

hold til, hvilke indsatser der kan sættes ind med. Herudover er der en oplevelse af styrket samarbejde og tillid, som også smitter af i forhold til de udførende medarbejders villighed til at opsøge – og informere – visitatorerne om deres borgere – både når der er behov for mere og mindre tid. Det skaber grundlag for et tættere samarbejde og for mere effektive revisitationsprocesser.

En udfordring ved visitationens decentrale tilstedeværelse er dog, at den kræver flere ressourcer og øger visitatorernes opgavemængde, ifølge interview. Endvidere fremgår det ved interview, at forandringerne på visitationsområdet, herunder den nye mere decentrale rolle for visitatorerne, medfører en vis skepsis og modstand samt bekymringer i myndighedsafdelingerne. Ikke mindst stiller visitationen mange spørgsmål til om øget decentral tilstedeværelse er bæredygtigt efter projektafslutning, idet man oplever, at der er stort tidspres, øget opgavemængde og ressourceknaphed. Derudover går bekymringerne på, om den reducerede armlængde til det udførende personale og til borgerne vil have negative konsekvenser for borgers retssikkerhed. Det betragtes derfor bredt set som en fortsat udviklingsopgave at definere visitatorernes rolle, opgaver og tilknytning til de enkelte teams.

### **6.3 Opsamling**

Kapitlet viser, at et fåtal af kommunernes projekter involverer ændringer i til-delingsmodellen på servicelovsområdet i form af at overgå til rammestyring, mens det for lidt flere kommuner involverer nye bevillingsstrukturer baseret på pakker eller forløb. Dette arbejde er dog på et tidligt stadie. Tilsvarende har få kommuner en ambition om selvvisiterende teams. I stedet arbejder et flertal af kommunerne med at styrke samarbejdet mellem (fortsat centralt organiserede) visitatorer og teams, ved at faste visitatorer er til stede i teamet. Her peger de foreløbige erfaringer på, at adgang, mundtlig dialog og relationsdannelse understøtter effektive processer og mere ligeværdigt samarbejde. Der er imidlertid også bekymring for – og opmærksomhed på – om disse strukturer er bæredygtige og kan udbredes til hele visitationen efter endt projektperiode.

# 7 Tværgående opsamling og analyse

Dette kapitel analyserer de forskellige tilgange til etablering af faste, tværfaglige og selvstyrende teams, jf. ansøgningspuljens formål om:

*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. (Socialstyrelsen 2021).*

Ansøgningspuljen såvel som flertallet af kommunernes ansøgninger har et tydeligt Buurtzorg-inspireret afsæt. Endvidere indgår det som et væsentligt opmærksomhedspunkt og som en rød tråd i kommunernes ansøgninger, at der er behov for oversættelse og tilpasning, før den nederlandske model kan anvendes i en dansk kontekst (Social- og Ældreministeriet 2021, Buch, Topholm 2020). Kapitlet forholder derfor sig også til, i hvilket omfang og hvordan kommunerne arbejder med kerneelementer fra Buurtzorg-modellen i de 25 projekter.

## 7.1 Tilgange til forandring

Otte kommuner har valgt en tilgang til forandring, der udforsker mulighederne for at bryde med eksisterende praksis, mens de resterende kommuner i højere grad arbejder med trinvis forandring af praksis inden for eksisterende rammer og systemer.

I de kommuner, der arbejder med at bryde eksisterende praksis, er der typisk et eksplicit afsæt i Buurtzorg-modellen, og der arbejdes med flere af modellens kernelementer. Begrundelsen for denne tilgang er at undersøge mulighederne for at gentænke elementer i den eksisterende organisering, ledelse, økonomistyring, mv. Omvendt er begrundelsen for den trinvise tilgang, at forandring skal tage afsæt i oplevede problemer, særligt blandt medarbejderne, og at løsninger skal kunne rummes inden for de eksisterende strukturer – med mulighed for at bygge på udvikling med afsæt i efterspørgsel fra medarbejdere og ledere.

## 7.2 Etablering af faste teams

Analysen viser, at alle kommuner er ved at etablere faste teams, der arbejder med afsæt i et afgrænset område eller en udvalgt borgergruppe og dækker dagtiden alle ugens dage. Cirka en tredjedel af kommunerne arbejder også med aftenvagten – men uden integration på tværs af vagtlag i det enkelte team. Endelig arbejder syv kommuner med teams, der (som i Buurtzorg) integrerer medarbejderne på tværs af vagtlag.

Størrelsen på teams varierer meget på tværs af kommuner (fra 8 til 26 medarbejdere). Samtidig er der stor variation internt i de enkelte kommuner på grund af lokale geografiske forhold relateret til land- og byområder og udsving i borgertyngde. Seks kommuner opererer med teamstørrelser, der ligger på eller under de 12 medlemmer, der opereres med som øvre grænse i Buurtzorg (jf. caseboksen nedenfor) og i gængse anbefalinger vedr. teambaseret organisation (Katzenbach, Smith 2006). De resterende 19 kommuner opererer med teamstørrelser over 12 medlemmer, mens 11 kommuner opererer med teamstørrelser på +20 medlemmer, til trods for at dette i flere af de pågældende kommuner opleves u hensigtsmæssigt.

Begrundelserne for at etablere store teams og for valget om ikke at integrere teams på tværs af vagtlag handler om hensyn til robusthed over for sygdom,

fravær og udsving i borgernes hjælpebehov samt et hensyn til vagtbelastningen af medarbejderne.

### Det faste Buurtzorg-team

Buurtzorg-modellen er udviklet ud fra et ønske om at gøre plejen helhedsorienteret, hvor udførelsen af sygepleje og hjemmepleje leveres integreret af få gennemgående personer i et team af 10-12 faggrupper svarende til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

Organiseringen er begrundet i et ønske om personkontinuitet i plejen som afsæt for en løbende og helhedsorienteret stillingtagen til borgerens behov for hjælp.

Det enkelte team dækker dag og aften alle årets dage og har ansvar for en vagttelefon 24/7, mens planlagt natpleje udføres af natteams. Teams har mulighed for at ansætte egne vikarer samt mulighed for at trække på viden og medarbejdere fra andre teams, når det er nødvendigt (der afregnes for tid brugt teamene imellem).

Disse hensyn er også kendte i de kommuner, der arbejder med teamstørrelser inden for rammen af maksimalt 12 teammedlemmer – og især i de få teams, der samtidig dækker på tværs af dag og aften. Derfor udgør det også et særligt opmærksomhedspunkt i disse kommuner at finde en fremadrettet model, som er fagligt robust.

I forlængelse heraf er de fleste kommuner nået dertil, at de har etableret (eller arbejder på at) en struktur med 'tvillingeteams' eller en lignende mulighed for at hjælpe på tværs af

teams, når der er behov for det. Sådanne strukturer – samt rutiner, ledelse mv., der sikrer at de fungerer – fremstår som en grundforudsætning for at sikre faglig og organisatorisk bæredygtighed i en teamorganisering.

## **7.3 Tilgange til tværfagligt samarbejde**

De 25 kommuners udfoldelse af det tværfaglige element varierer meget mellem kommunerne og adskiller sig endvidere en del fra afsættet i Buurtzorg-modellen. Det gælder både, hvad angår valg af faggrupper/funktioner til at indgå i teams og graden af tværfaglig integration af disse faggrupper/funktioner.

### **7.3.1 Integreret vs. monofaglig organisering af syge- og hjemmepleje**

Vi ser overordnet, at der er to retninger i tilgangen til tværfaglighed i og omkring de nye teams. Tolv kommuner bevarer (indtil videre) en monofaglig organisering, hvor hjemmeplejen og sygeplejen udgør to adskilte enheder, mens 13 kommuner har – eller arbejder mod – fuld tværfaglig integration af hjemme- og sygeplejen på teamniveau.

Der er to typiske begrundelser for at bevare en monofaglig organisering. For det første er der bekymring for, at en decentral placering af sygeplejerskerne i mindre teams ikke vil være organisatorisk og fagligt bæredygtig sammenholdt med det begrænsede antal sygeplejersker og stigende krav om, at sygeplejen skal kunne løfte specialiserede opgaver. For det andet er der i sygeplejen generelt usikkerhed og modstand over for at indføre en integreret organisering, hvilket betyder, at den aktuelt er fravalgt.

Begrundelserne for at satse på en integreret organisering handler om, at det er nødvendigt for at sikre tæt tværfagligt samarbejde og høj sygeplejefaglig kvalitet på tværs af hjælpere, assistenter og sygeplejersker. Det fremstår samtidig som en vigtig erkendelse, at integreret organisering ikke i sig selv sikrer det ønskede tværfaglige samarbejde. Derfor ses etableringen af reelt tværfaglige teams mange steder som anledning til at styrke de relationer, mål og metoder til tværfaglig vidensdeling, der skal stå som fundament for det ønskede samarbejde.

I de monofaglige kommuner opstår det tværfaglige team på tværs af organisatoriske grænser igennem organisatoriske strukturer, der minder om den svenske Västervik-model (jf. caseboksen nedenfor). Her ser vi nemlig et gennemgående tiltag om at matche hjemmeplejens teamorganisering i sygeplejen, så der er faste sygeplejersker koblet på det enkelte team i hjemmeplejen, og så



faggrupperne har fælles borgergrundlag. Det udgør fundamentet for det tværfaglige samarbejde, der søges etableret ved at etablere en række formaliserede mødestrukturer, herunder primært morgenmøder og tværfaglige borgerkonferencer. På sidstnævnte deltager typisk også terapeuter og/eller visitatorer.

### Boks 7.1 Västervik-modellen i Sverige

Modellen har et fundament af små teams på fem til seks medarbejdere i hjemmeplejen, der samarbejder om rute- og vagtplanlægningen af indsatsen til borgerne i mindre geografiske områder. Hvert team har et tvillingeteam og understøttes af en gruppeleder i at samarbejde på tværs, når der er behov sikre ligelig fordeling af opgaver. Teamene er monofaglige, men har sygeplejersker tæt på, fordi sygeplejerskerne er organiseret parallelt i tilsvarende små grupper.

Arbejdet i hjemmeplejen sker inden for en faglig og økonomisk styringsmodel med visitation inden for rammerne af en ydelsesbaseret BUM-model. Inden for denne ramme er indført begrebet 'fri tid', der indebærer, at myndighed visiterer som vanligt, men uden af sætte individuel tid på borgernes ydelser. Tiden der er nødvendig for at hjælpe borgerne fastsættes i stedet af det personale, der udfører opgaverne.

Ifølge Västervik Kommunes egen evaluering minimerer modellen administrativt arbejde i forhold til justering af afsat tid til borgernes ydelser. Den samlede tidsanvendelse pr. borger er mindre, samtidig med at personale og borgere er mere tilfredse.

Kilde: <https://www.vastervik.se/Omsorg-stod-och-hjalp/Hjalp-i-hemmet/fri-tid/>

Der ses lignende strukturer i de kommuner, der arbejder på fuld tværfaglig integration. Forskellen her er, at faggrupperne i højere grad refererer til samme leder, og at de har flere muligheder for uformelle anledninger til at sparre og lære hinanden at kende de steder, hvor de møder ind samme sted og har fælles lokaler. Men der er altså også variation i udfoldelsen af tværfaglige teams inden for de integrerede organiseringer, fx relateret til, at der bevares mulighed for monofaglige møder mellem sygeplejerskerne, eller hvor sygeplejerskerne indtil videre deles om stillinger i 'deres' tværfaglige teams, så de halvdelen af tiden stadig arbejder i en monofaglig organisering.

### **7.3.2 Samarbejde om rehabilitering og tilknytning af terapeuter**

Analysen viser, at 21 kommuner arbejder med fast tilknytning af rehabiliteringsterapeuter til de enkelte teams, hvor de i flere tilfælde er integreret i hjemmeplejen og altså har deres daglige gang her samt deltager på tværfaglige møder. Den tættere relation til terapeuter bliver betragtet som nødvendig for at lykkes med målsætningen om en mere rehabiliterende og aktiverende pleje.

Her udgør det et opmærksomhedspunkt at finde bæredygtige modeller for terapeuternes tilknytning til og tilstedeværelse i teams og for anvendelsen af deres kompetencer.

I Buurtzorg er der endvidere stort fokus på at aktivere borgers ressourcer og netværk for at understøtte borgers selvhjulpethed. Det er der i meget lav grad fokus på i de 25 projekter, hvor det af analysen fremgår, at dette udviklingspunkt kommer, efter at teamet er veletableret – for det mindre antal kommuner, der arbejder med det.

## **7.4 Elementer af selvstyring**

Selvstyring er det kerneelement fra Buurtzorg, der mest konsekvent udmøntes anderledes – og i relativt stort omfang fravælges – i de 25 kommuner. Det er således få kommuner, der arbejder med elementer af selvstyring, som rækker ud over involvering i daglige planlægningsopgaver, og tilsvarende få arbejder med formaliserede teamroller, som rækker ud over opgaven som planlægger.

Der er samtidig udtryk for et bevidst fravalg idet de fleste kommuner foretrækker at anvende begreber som 'medbestemmende' og 'medplanlæggende' mv. fordi begrebet 'selvstyrende' (jf. de gennemførte interview) ikke matcher ledelsens og de involverede medarbejders ønsker.

## Selvstyring i Buurtzorg

I Buurtzorg er de enkelte teams selvstændige organisatoriske og økonomiske enheder, der er selvstyrende. Det betyder, at de er selvplanlæggende, selvledende (med administrativ støtte fra back-office) og også selvvisiterende (idet man i Nederlandene gik væk fra BUM-modellen i 2015).

Buurtzorg har defineret syv faste roller i teamet, og det er op til teamet selv at aftale og fordele rollerne, herunder også hvorvidt rollerne er faste hos en eller flere teammedlemmer, eller om de går på skift: husholderske og kasserer, informant, udvikler, planlægger, holdspiller og mentor.

Medarbejderne tilbydes guidelines i deres kompetenceudvikling af medarbejderne til at anvende rollerne i teamet, men rollerne stilles ikke som krav fra Buurtzorg-organisationen (Nandram 2015).

De 25 kommuner forstår og udfolder det selvstyrende element relativt ens, når det kommer til opgaver relateret til daglig ruteplanlægning og håndtering af sygdom blandt kolleger. Et mindre antal kommuner arbejder på, at medarbejderne igennem dialog med planlæggerfunktionerne kan opnå medbestemmelse over den grundlæggende rute- og vagtplanlægning, som fortsat foretages af en planlægger. Alle kommuner arbejder på, at teamet kan varetage ændringer i den daglige

besøgsplanlægning i form af at 'pusle køreplanerne på plads'. Et mindre antal kommuner arbejder på, at teamene på sigt skal overtage hele planlæggerfunktionen og således være fuld selvplanlæggende. Det opleves som udfordrende, men også givende for det udførende personale selv at kunne sikre kontinuitet og koordination af opgaver/besøg over til sygeplejerskerne.

En anden forskel omhandler, hvorvidt kommunerne arbejder med selvstyring, der her forstås sådan, at teamet får udvidet ansvar for fx ansættelser, økonomi og ressourcestyring, som det sker i Buurtzorg. I forbindelse med at understøtte teamenes selvstændighed arbejder seks kommuner med nye teamroller, som minder om Buurtzorgs syv teamroller (jf. caseboksen ovenfor). Også her ses en tendens til, at kommunerne oversætter disse til lokale roller.

Der er gennemgående iagttaget et behov for kompetenceudvikling af medarbejderne for at understøtte (tværfaglig) teamorganisering. Nogle steder er det dog ikke teamets medlemmer, men funktionerne rundt omkring, der deltager i kompetenceudviklingsaktiviteterne, fx planlæggere og visitatorer.

## 7.5 Borger- og pårørendeinvolvering

Kommunernes ambitioner om borger/pårørende-involvering knytter sig først og fremmest i involvering på organisatorisk niveau i forhold til at kvalificere projekternes målsætninger, udvikling og oplevede resultater i forhold til borgertilfredshed. Med det afsæt arbejder 21 kommuner med organisatorisk inddragelse af borgere fx via forskellige kombinationer af surveys, interview og følgegrupper.

### Involvering af borgers pårørende og øvrige netværk i Buurtzorg

I Nederlandene har borgerens familie en formel forpligtelse til at bistå med pleje og omsorg, i det omfang de er i stand til det. Lettere pleje- og omsorgsopgaver er kun dækket af det offentlige forsikringssystem, hvis borgerens pårørende ikke har mulighed for at udføre opgaven. Samtidig er det fast praksis, at borgerens pårørende deltager i opstartssamtaler og løbende dialog om, hvilke opgaver de kan stå for at udføre.

Buurtzorgs teams arbejder ud fra et værdibaseret ideal om, at det er den så vidt muligt selvhjulpne og involverede borger, der står i centrum for plejen. Det betyder, at medarbejderne prioriterer at lære den enkelte borgers ønsker, ressourcer og sociale situation at kende ved opstart af forløb.

Kontinuitet og et fokus på at udvikle nære og menneskelige relationer til borgeren spiller en vigtig rolle for at arbejdet med at understøtte borgernes selvhjulpne og social aktivitet, herunder også at de ansattes lokalkendskab om, hvilke muligheder der er for fx social aktivitet, kan bringes i spil over tid i samarbejde med borgeren og dennes netværk (Buch, Kjellberg forthcoming)

I relation til det borgerrettede arbejde er der syv kommuner, der (som i Buurtzorg – jf. caseboksen) arbejder med involvering af borger og pårørende via tværfaglige opstartsmøder med visitator eller rehabiliteringsterapeut og evt. sammen med det udførende personale. Erfaringerne med disse møder er endnu foreløbige, men det forventes generelt, at der er skabt mere håndfaste erfaringer ved udgangen af 2023.

Endelig er der tre kommuner, der har/planlægger udviklingsaktiviteter relateret til involvering af borgerens netværk og ressourcer, som er et centralt kerneelement i Buurtzorgs løgmodel, jf. boksen.

Det fremgår i den for-

bindelse dog også, at tilgangen til borgerne i de tre kommuner ikke er første skridt, ud fra hvilket teams, systemer og rammer skabes, som i Buurtzorg, men er et lag, der lægges på udviklingsarbejdet, når de nævnte forhold omkring teamorganiseringen er på plads.

## 7.6 Ledelse og systemunderstøttelse

Oplevelsen i alle 25 kommuner er, at arbejdet med en ny teamorganisering kalder på nærværende ledelse, forandringsledelse og vedvarende kommunikation. Næste alle kommuner fastholder med det afsæt de eksisterende ledelsesstrukturer, og seks kommuner anvender også projektet som anledning til at styrke den decentrale ledelse (mindske ledelsesspændet og øge den daglige tilstedeværelse).

Samtlige kommuner arbejder ud fra et ønske om at understøtte medarbejderautonomi og inddragelse i relation til de nye teams igennem mere coachende ledelsesstil. Med det menes, at lederne i højere grad forventes at understøtte teamet i selv at træffe beslutninger og tage fælles ansvar for det faglige arbejde. I en del kommuner bliver lederne også mødt med nye krav om tværgående og tværfaglig ledelse, i takt med at den faglige integration på tværs af faggrupper og funktioner øges. Tolv kommuner har/arbejder med som afsæt at etablere fælles ledelse for de faggrupper, der indgår i de nye teams.

Det fremstår som en generel pointe, at de nye tilgange til ledelsesrollen udfordrer de involverede ledere, der typisk har været vant til at træffe beslutninger og skabe løsninger på de problemer, der opstår i driften. Enogtyve af de 25 kommuner arbejder med dette afsæt med formel kompetenceudvikling og supervision, der skal understøtte de involverede ledere.

### Understøttelse af selvstyrende teams i Buurtzorg

Back-office med ca. 50 ansatte (HR, løn, mv.).

Samlet IT platform opbygget af og for de fagpersoner, der skal bruge den.

Teamdata på månedsbasis på borgertilfredshed, patientpopulation, planlagt og realiseret fravær, borgertid, planlagte timer og opgaver samt art og omfang af utilsigtede hændelser.

21 coaches til +1000 teams.

Fire kommuner arbejder med at etablere formelle coachfunktioner, der så vidt muligt skal erstatte behovet for formel ledelse i relation til hverdagens organisering og planlægning. Coachene skal fungere som teamets nærmeste sparringspartnere vedr. forhold som teamsamarbejde, konflikthåndtering, beslutninger om daglig arbejdstilrettelæggelse, osv., som det kendes fra Buurtzorg.

Blandt de andengenerationsprojekter, der har arbejdet i længere tid med coach-funktionen er erfaringen, at de spiller en væsentlig rolle i konsolideringen af det enkelte

team og medvirker til at øge medarbejdernes beslutningskraft.

Arbejdet med coaches hænger tæt sammen med et 'Buurtzorg-nært' afsæt (som illustreret i caseboksen ovenfor) for projekterne samt etablering af back-office-funktioner der skal støtte teamene med HR, sygefravær mv. Fem kommuner arbejder med dette element. Indholdet i back-office i en dansk kontekst er stadig under udvikling, og der ses variation imellem kommunerne. Analysen rummer et eksempel på et back-office bestående af en leder, en teamleder samt en projektleder, mens andre har samlet ledelse, planlæggere, koordinatører og visitatører, og andre igen også har administrative funktioner inden for fx HR og IT.

Det ses i øvrigt, at 23 kommuner arbejder med at understøtte de nye teams med datatræk og opfølgning på indikatorer, der flugter med projekternes formål og målsætninger, herunder kontinuitet, sygefravær trivsel, borgertilfredshed, visiteret/planlagt/leveret tid og lignende. Halvdelen af kommunerne arbejder med afsæt i eksisterende systemer og formater, mens den øvrige halvdel arbejder med nye løsninger og nye formater (fx teamoverblik), hvor data visuelt skal stilles til rådighed for teamene.

Et fællestræk for kommunerne er, at datasporet har vist sig udfordrende og komplekst både for dem, der udvikler og dem, der ikke udvikler nye løsninger.

## 7.7 Visitationsmodeller og økonomistyring

Økonomistyring og visitationsmodel er endnu en dimension, hvor der er stor variation på tilgang og erfaringer på tværs af de 25 kommuner. Samtidig er arbejdet med disse elementer på tidligt stade, hvor få kommuner aktuelt har igangsat konkret afprøvninger. Fælles er at ingen af kommunerne aktuelt arbejder hen imod fuldt selvvisiterende teams.

Fire kommuner vil inden for projektperioden lave forsøg med rammestyring i forbindelse med tildeling af ydelser, hvilket indebærer, at det enkelte team skal levere deres ydelser inden for en fast økonomisk ramme. Målsætningen er, at dette skal give teamene større frihed til at tilrettelægge hjælpen efter faglige hensyn og incitament til at arbejde med aktiverende pleje. Otte kommuner har igangsat/planer om at lave forsøg med bevilling af ydelser i pakker/forløb frem for enkelttydelser. Formålet er også her at give øget faglig frihed og fleksibilitet til at tilrettelægge de daglige indsatser med afsæt i borgernes aktuelle ønsker og behov.

Også på dette område mangler der endnu konkrete erfaringer, der kan anvendes til at kvalificere den fremadrettede organisering. Interviewene viser på den ene side, at der er store forhåbninger til de resultater, der kan opnås, men

på den anden side, at der er usikkerhed på, om frisættelsen vil have utilsigtede konsekvenser for økonomistyring og ressourceforbrug.

Fælles for næsten alle kommuner er et fokus på at styrke samarbejdet mellem visitatorer og de nye teams, hvilket kan ske inden for rammerne af den nuværende organisering og de nuværende styringsmodeller. Nitten kommuner arbejder med det afsæt, at de enkelte teams har fast tilknyttede visitatorer, der deltager i tværfaglige møder på linje med sygeplejersker og terapeuter. Endvidere afprøver 10 kommuner, at visitationen har en eller flere faste arbejdsdage i teamet.

Det fremgår af interview, at erfaringerne fra de kommuner, der er nået længst med arbejdet, er positive. Oplevelsen er, at de nye samarbejdsformer giver bedre dialog og gensidig forståelse samt at beslutninger i forhold til revisitation træffes og effektueres hurtigere. Til gengæld fremstår det også som en udfordring, at oplevelsen nogle steder er, at de nye samarbejdsformer giver et øget tidsforbrug for visitationsafdelingerne, som det vil være vanskeligt at honorere ved udbredelse i kommunen som helhed.

## 8 Konklusion

Med puljen til faste, tværfaglige og selvstyrende teams er der sat gang i meget forskellige udviklingsprojekter i de 25 modtagerkommuner. Samtidig er der få og foreløbige oplevelser af udbyttet på tidspunktet for midtvejsnedslaget.

Uagtet at der arbejdes med meget forskellige tilgange og virkemidler, er der opstillet ca. de samme forventninger og succeskriterier til projekterne. Målsætningerne er, at de teambaserede organiseringer på sigt vil styrke faglig stolthed og tværfagligt samarbejde såvel som kontinuitet og kvalitet i det borgerrettede arbejde.

Midtvejsnedslaget viser en tendens til, at forandring sker inden for eksisterende kommunale organisatoriske og styringsmæssige rammer og systemer, mens et mindre antal kommuner anlægger en tilgang, der i højere grad bryder med det eksisterende praksis.

I tråd hermed gælder det for næsten alle projekter, at de undervejs i arbejdet med at omsætte Buurtzorg-inspirationen til en dansk kontekst, har truffet en række valg, som samlet set betyder, at de organiseringer, der arbejdes med, er væsensforskellige fra den nederlandske inspirationskilde. Det nødvendige oversættelsesarbejde er altså godt i gang og sker i høj grad med afsæt i botom-up-drevne, medarbejderinvolverende processer.

Det betyder også, at de 25 kommuners forståelse og udfoldelse af begreberne om faste, tværfaglige og selvstyrende teams er meget forskellige samt at begreberne generelt set anvendes upræcist. Såvel teamstørrelse- og dækning, tværfaglighed og tolkningen af, hvad selvstyring indebærer, varierer, ligesom udviklingen af rammerne omkring teamet – dataunderstøttelse, systemer og styringsmodeller – varierer.

Trods variationen er de foreløbige indikationer på tværs af projekter, at de nye strukturer, der anvendes for at sikre adgang og kendskab medarbejderne imellem – social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker, terapeuter og visitatorer – muliggør tættere tværfagligt samarbejde, som har potentiale til at understøtte helhedsorienteret og rehabiliterende pleje, der tager afsæt i borgerens aktuelle behov og ønsker.

En anden læring er, at forandring, herunder øget autonomi og beslutningskompetence for medarbejderne, kræver nærværende ledelse og udvikling af nye ledelsesroller. Det fremstår videre som en vigtig pointe på tværs af kommunerne, at øget medarbejderansvar i det daglige, herunder arbejdet med selvplanlægning og ikke mindst selvstyring, tager tid og kræver nye ledelsesroller



på mange niveauer. Det væsentlige for ledelsen er at facilitere, at de rigtige beslutninger træffes – frem for at træffe beslutningerne selv.

## 8.1 anbefalinger

VIVE anbefaler, at omtalen af begreber relateret til særligt tværfaglighed og selvstyring fremadrettet anvendes mere præcist, så følgende for de involverede bliver tydeligt:

- Om det er et reelt tværfagligt integreret team, der arbejdes med, eller om der fortsat arbejdes med en monofaglig organisering, hvor tværfagligt samarbejde søges fremmet via traditionelle organisatoriske tiltag.
- Hvorvidt der arbejdes med en ambition om indflydelse på den daglige planlægning, eller om der reelt arbejdes ud fra en ambition om at realisere elementer af selvstyring, hvor de nye teams får et større ansvar for bestemme over egne arbejds gange og indfri opstillede mål.

Evalueringen viser også, at målsætninger og forventede resultater for de 25 projekter generelt set er de samme, selvom tilgang til forandring samt forståelse og udmøntning af centrale kerneelementer er meget forskellige. Med det afsæt anbefales de enkelte kommuner at anvende midtvejsevalueringen og egne erfaringer som afsæt for en vurdering og drøftelse af følgende:

- Hvorvidt der er sammenhæng mellem forventede målsætninger og måden, projektet italesættes på i forhold til de aktiviteter, der er igangsat.
- Hvorvidt den støtte (fx team- og kompetenceudvikling), der gives til de igangsatte aktiviteter, er tilstrækkelig til at realisere de forventede resultater.

# Litteratur

Anderson, D. & Anderson, L. 2010, *Beyond Change Management – How to Achieve Breakthrough Results Through Conscious Change Leadership*, John Wiley & Sons Inc, Hoboken NJ.

Buch, M.S. 2020, *Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje* Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvninger i en dansk kontekst, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Buch, M.S. & Kjellberg, P.K. forthcoming, *Borger-, pårørende- og netværksinddragelse i den Nederlandske Buurtzorg model*. Notat, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Buch, M.S. & Topholm, E.H.E. 2020, "Hvis vi gør det rigtigt, kan den hollandske Buurtzorg-model blive et afsæt for varig forbedring af ældreplejen i Danmark", *Kommunal Sundhed*, 26/11 2020.

Karlsson, T. 2021, "Buurtzorg anvendt i en dansk kontekst", *Kommunal Sundhed*, 25/11 2021.

Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. 2006, *The Wisdom of Teams. Creating the high-performance organization*, 1st edn, Harper Collins Publishers, New York.

Kjellberg, P.K., Buch, M.S. & Anderberg, E.M. forthcoming, *Nærhed i omsorg* Evaluering af seks udviklingsprojekter på ældreområdet, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Kjellberg, P.K., Buch, M.S., Kjellberg, J. & Bech, M. forthcoming, *Buurtzorg – den organisatoriske grundmodel*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Kjellberg, P.K. 2021, *Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune*. Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Nandram, S.S. 2015, *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland*, Springer International Publishing, Cham.

Social- og Ældreministeriet 2021, Faste teams med kendte medarbejdere i de ældres hjem på vej i 25 kommuner. Available: <https://sm.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2021/dec/faste-teams-med-kendte-medarbejdere-i-de-aeldres-hjem-paa-vej-i-25-kommuner> [2022]

Socialstyrelsen 2021, Vejledning om ansøgning om støtte fra ansøgningspuljen til faste teams i ældreplejen, Socialstyrelsen, Odense.

Topholm, E.H.E. & Holm-Petersen, C. 2022, Organisering af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Fordele og ulemper ved monofaglig og tværfaglig organisering, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

# Bilag 1 Midtvejsrapportens metode og datagrundlag

Dette bilag gennemgår midtvejsnedslaget metode og datagrundlag. Midtvejsnedslaget er designet som en kvalitativ evaluering af de 25 puljekommuners foreløbige projektarbejde og erfaringer baseret på interview og dokumenter.

## Dataindsamling

Dataindsamlingen er baseret på to interviewrunder suppleret med kommunernes projektansøgninger og eventuelle relevante dokumenter fra projekterne.

Første runde bestod af virtuelle interview med projektlederne i hver af de 25 kommuner i august og september måned 2022. Disse interview havde til formål at få forståelse for projekternes fremdrift og udformning, herunder eventuelle ændringer i forhold til projektansøgningerne. Interviewene fokuserede på følgende temaer, som tager afsæt i VIVEs forudgående viden om emnet samt puljens formål:

- Status på fremdrift og eventuelle ændringer
- Projektets udformning i relation til teamorganisering, tværfaglighed, kompetenceudvikling, administrativ understøttelse
- Læring og udfordringer.

I alt er der i første runde interviewet 33 personer fordelt på projektledere, konsulenter samt enkelte ledere jf. Bilagstabel 1.1. Hvert interview varede ca. 45 minutter, og der er taget et grundigt referat, som er anvendt til at kvalificere gennemførelsen af anden interviewrunde samt som forberedelse af de individuelle kommuneinterviews.

I anden runde er der gennemført et gruppeinterview i hver af de 25 kommuner i oktober og november måned. Her deltog projektejer, projektledelse, relevante ledere og andre nøglefunktioner i projekterne. I alt er der gennemført interview med 126 interviewpersoner, jf. Bilagstabel 1.1. Alle interview er gennemført virtuelt og med en varighed på ca. 1,5 time.

Interviewene havde fokus på at afdække kommunernes tilgange og begrundelser inden for følgende temaer:

- Projektaktiviteter, tilgang til udvikling, status på fremdrift og evt. ændringer i formål og indhold

- Borgermålgruppe, status og eventuelle ændringer i forhold til det forventede.
- Teamorganisering: størrelse, medarbejdersammensætning, vagtdækning og elementer af selvstyring
- Tværfaglighed: grad af integration, tværfaglighed i hverdagen, involverede faggrupper/funktioner og deres tilknytning til teams
- Ledelse: ledelsesrolle i projektet, forandringer i ledelsesrollen, og hvilke behov/tiltag der arbejdes med for at udvikle denne.
- Kompetenceudvikling til medarbejdere og ledere, og hvilke behov der søges fremmet
- Systemunderstøttelse og herunder, hvilke typer af ledelsesinformation der søges anvendt til at understøtte det faglige arbejde i teams
- Myndighed og visitation: myndighedsroller og -opgaver, tilknytning til teams og forandringer i styringsmodeller
- Rehabilitering og aktiverende pleje og herunder, hvilken rolle terapeuter tiltænkes i teamenes hverdag
- Involvering af borger og pårørende: organisatorisk brugerinddragelse og prøvehandlinger og ny praksis med afsæt i hverdagen
- Foreløbig læring, opbakning til projektet, forudsætninger og barrierer for at lykkes.

**Bilagstabel 1.1    Antal interviewpersoner fordelt på interviewrunder og kommuner**

Kommune	Projektlederinterview	Gruppeinterview
Allerød	1	6
Egedal	2	5
Esbjerg	1	11
Favrskov	1	4
Faxe	1	5
Fredensborg	2	6
Frederikshavn	1	8
Frederikssund	1	5
Glostrup	1	5
Haderslev	1	6
Hillerød	1	3
Holstebro	1	5
Ikast-Brande	2	5

Kommune	Projektlederinterview	Gruppeinterview
Kerteminde	1	3
Kolding	2	2
Køge	1	5
Rødovre	1	6
Syddjurs	1	4
Sønderborg	1	7
Thisted	1	4
Tårnby	1	6
Vejle	1	4
Ærø	1	3
Aabenraa	2	5
Aalborg	4	4
I alt	<b>33</b>	<b>126</b>

## Databehandling og -analyse

I anden interviewrunde er alle interviews (på nær et) gennemført af rapportens forfattere, der har skiftedes til at være hhv. interviewer og referent. Alle interview er optaget elektronisk, og der er taget udførligt referat undervejs, som efterfølgende er skrevet rent og kondenseret i henhold til de aktuelle undersøgelsestemaer.

Referaterne fra begge interviewrunder er sammen med kommunernes projektansøgninger anvendt som afsæt for:

- At udvikle en fast struktur for casebeskrivelser, som er testet og kvalificeret til en endelig udgave med afsæt i de første beskrivelser, vi lavede
- Rapportens forfattere har udarbejdet de 25 individuelle beskrivelse der indgår i Bilag 2
- Hver beskrivelse er først valideret på tværs af rapportens forfattere, og herefter har den været sendt til validering i forhold til faktuelle forhold i hver kommune.

Casebeskrivelserne danner grundlag for rapportens tværgående analyse. Inden for hvert af de afdækkede temaer – og undertemaer, der fremstod centrale på tværs af interview – er projekternes forskelle og ligheder analyseret. Disse forskelle og ligheder illustreres via tabeller, der indplacerer projekternes tilgang til hvert tema. Analysen af hvert tema beskriver denne variation mellem kommunerne samt begrundelser og eventuelle foreløbige erfaringer og læring.

## Bilag 2 25 casebeskrivelser

### 1

#### **Allerød Kommune: *Fælles om opgaven, sammen om borgeren – etablering af selvstyrende team i Allerød Hjemmepleje***

##### **Formål og målsætninger**

Projektets formål er at etablere et fast, tværfagligt og selvstyrende team (team 1) i et af kommunens tre distrikter, som er så tro mod den nederlandske Buurtzorg-model som muligt. Det ambitiøse afsæt skyldes en vurdering af, at udgangspunktet for Allerød Kommune er godt, fordi der er et tæt og velfungerende samarbejde i ældreplejen.

Projektet ses samtidig som en mulighed for at fremtidssikre ældreområdet, hvad angår rekruttering, fastholdelse og effektiv udnyttelse af personaleresourcerne. Det indgår som et væsentligt parameter, at der skal være et tættere samarbejde mellem sygeplejersker og øvrige faggrupper samt at flere opgaver fremadrettet skal kunne delegeres. De projektrelaterede målsætninger handler om følgende:

- Der udvikles og afprøves en 'Allerødmodel' for selvstyrende tværfaglige teams, der fungerer i den lokale kontekst, og som efterfølgende kan skaleres til ældreområdet som helhed, hvis der er politisk opbakning til dette
- De berørte borgere skal opleve en sammenhængende og aktiverende pleje med høj kvalitet og høj grad af kontinuitet.
- Der skal være tilfredse medarbejdere, der trives i et tæt tværfagligt samarbejde på tværs af eksisterende funktioner og faggrupper.

Opfyldelsen af de projektets mål vurderes via en kombination af ekstern evaluering udført af VIVE og interne opgørelser af medarbejder- og borgertilfredshed samt økonomi, ydelser og sygefravær mv.

Fra midten af 2023 skal arbejdet med at beskrive rammerne for en udrulning af organiseringen starte med henblik på, at der kan laves en indstilling til budgetforliget for 2024.

##### **Projektorganisering**

Til projektet er ansat en eksternt rekrutteret projektleder, en eksternt rekrutteret projekt- og datamedarbejder samt en internt rekrutteret udviklingssygeplejerske, der fungerer som coach.

## **Borgermålgruppe**

Cirka 100 borgere, som modtager personlig pleje og/eller sygepleje (serviceloven § 83, § 83a, og sundhedsloven § 138) i det geografiske område, der dækkes af projektteamet.

## **Teamorganisering**

Det selvstyrende team går i drift 1. november, og forud er gået en forberedelsesfase på ca. 4 måneder. Teamet er normeret til 12 medarbejdere, som dækker dagtiden hverdag og weekend. Aftenvagten møder ind i samme lokale som teamet, og der er mulighed for overlevering af viden, men indtil videre er der ikke planlagt ændringer i aftenvagtens organisering.

Teamet består i september 2022 af fire sygeplejersker, der deler to stillinger (dette for at tilgodese sygeplejerskernes mulighed for fortsat at indgå i et monofaglige miljø), fire SSA'er og otte SSH'er. Medarbejderne er taget fra et af hjemmeplejens eksisterende områder ud fra et ønske om, at afprøvningen skal være realistisk samt for at borgere og medarbejdere så vidt muligt kan holde fast i de eksisterende samarbejdsrelationer.

## **Selvstyring**

Jf. det Buurtzorg-nære afsæt arbejdes der på, at teamet på sigt skal være fuldt selvstyrende i hverdagen, hvad angår vagt- og ruteplanlægning samt hverdagens opgaver. Til teamet er knyttet en visitator og en ergoterapeut, som deltager i teamets faste møder. Formålet er understøtte en fleksibel og hurtig tilpasning af hjælpen i forhold til ændringer i borgernes behov, rehabiliterende indsatser, hjælpemidler mv.

Teamet skal på sigt have ansvar for at sikre kontinuitet, planlægning af den samlede indsats omkring borgerne, og de første måneder skal gå med at udvikle de konkrete rutiner og arbejdsgange for dette, bl.a. i samarbejde med den koordinator, der i dag står for rute- og vagtplanlægning.

Redskaber og en økonomimodel, der kan understøtte en organisering med selvstyrende teams, er under opstart. Målet er på sigt at kunne stille løbende data til rådighed for teamet omkring fravær, borgerrettet tid, vikarforbrug og omkostninger i relation til visiteret tid, med henblik på at team 1 får mulighed for at styre og tage ansvar for egen økonomi.

At introducere performancedata tæt på medarbejderne samt processen med at flytte ansvaret fra ledere til team 1 fremstår som en vigtig, men også svær opgave, der kommer til at tage tid. Det gælder både i forhold til teknik og i forhold til at finde løsninger, der er anvendelige, og som medarbejderne i team 1 er trygge ved.



## **Tværfaglighed**

Teamet – og ældreplejen som helhed – skal på sigt være fuldt tværfagligt integreret, hvad angår samarbejdet mellem sygeplejersker og SSA'er + SSH'er, hvilket indebærer, at sygeplejerskerne møder ind og indgår i teamet, samtidig med at der skal udvikles en model for de enkelte teams samarbejde med terapeuter, visitation, hjælpemidler mv.

Udgangspunktet vurderes at være godt, fordi de forskellige medarbejdergrupper i forvejen sidder fysisk tæt sammen, samtidig med at der er etableret et velfungerende samarbejde om tværfaglige triagemøder. For at sikre sygeplejerskernes mulighed for faglig sparring er der i projektfasen etableret en model, hvor fire sygeplejersker deler de to stillinger i teamet.

## **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

I løbet af de næste år er intentionen, at ældreområdet i Allerød skal være præget af en stor grad af selvstyring og en coachende tilgang til ledelse. De første skridt tages i forbindelse med projektet om selvstyrende tværfaglige teams, og man har bl.a. valgt at uddanne en intern coach, der erstatter funktionen som teamleder. Coachen skal sidde fysisk sammen med teamet med henblik på at støtte udviklingsarbejdet og hverdagen samt for at kunne agere bindeled mellem udviklingsarbejdet og den øvrige organisation.

Erfaringerne fra team 1 skal anvendes i det videre arbejde med at udvikle organisering og ledelsesroller. Beskrivelse af rammerne for, hvordan det skal ske, er en løbende udviklingsopgave hen over projektforløbet.

## **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der er planlagt kompetenceudvikling i forhold til at støtte medarbejderne i teamet samt de involverede ledere, og det indgår som et vigtigt parameter, at der er afsat ressourcer og beskyttet tid til dette. Erfaringerne fra arbejdet i team 1 skal indgå beskrivelsen af en model for skalering til ældreområdet som helhed ved afslutning af projektperioden.

For de 12 medarbejderne i team 1 er der gennemført fire workshops, som faciliteres af en ekstern konsulent i samarbejde med Allerøds udviklingssygeplejerske (der samtidig uddannes til 'Buurtzorg-coach' af den eksterne konsulent. Forløbet tager afsæt i Buurtzorg-modellen og de danske erfaringer med denne og fokuserer på:

- Forståelsen for, hvad et selvstyrende team er samt udvikling af relationer og spilleregler for samarbejdet i teamet
- Rollefordeling, rutiner og kompetencer i forhold til at få en tværfaglig hverdag til at fungere

- Kompetencer og rutiner til at tage ansvar for rute- og vagtplanlægning.

Efter teamets *go live* den 1. november modtager teamet løbende supervision af den eksterne konsulent og den nyuddannede interne coach.

Sideløbende med at team 1 kommer på plads i den nye hverdag, er det planen, at der etableres et kompetenceforløb for de relevante ledere. Videre er der i perioden op til *go live* afholdt med workshops med deltagelse af teamets vigtigste samarbejdspartnere (myndighed, rehabilitering, hjælpemidler mv.).

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Der er indgået samarbejde med firmaet Systematic om at implementere og teste en nyudviklet app, som gør det muligt at koordinere og justere i kørelister, mens medarbejderne er ude på ruten. Herudover anvendes de eksisterende redskaber, og den eksisterende planlægger samarbejder med team 1 om at udvikle den daglige planlægning. Det har indgået som et vigtigt opmærksomhedspunkt, at de fysiske rammer for teamet skal være velegnede og have det rette udstyr til at understøtte alle aspekter af det daglige arbejde.

### **Myndighed og visitation**

Visitationen skal have et tæt samarbejde med team 1, og projektet skal anvendes som afsæt for at udvikle en lokal 'Allerødmodel' for nærvistation. To visitatorer er tilknyttet team 1, men udviklingsarbejdet er endnu på et tidligt stadium, hvor der fokuseres på at indsamle erfaringer fra andre kommuner relateret til jura samt forskellige måder at visitere og udmønte ydelser på. Samtidig er der søgt om midler fra Sundhedsstyrelsens pulje til forsøg med selvvisitation.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Hverdagsrehabilitering (§ 83A) er allerede integreret i hjemmeplejen, hvor terapeuter med ansvar for opgaven er en fast del af hverdagen og samarbejdet med SsA'er og SSH'er i hjemmeplejen. Det giver et godt udgangspunkt for at udvikle på det i forvejen tætte samarbejde, og team 1 har tilknyttet en fast terapeut, som deltager i teamets workshops mv. Sideløbende indhentes viden og inspiration fra andre kommuner med henblik på at udvikle og styrke det daglige samarbejde om rehabilitering.

### **Involvering af borgere og pårørende**

I den oprindelige projektbeskrivelse indgik et udviklingsspor med fokus på at indhente viden fra borgere og pårørende via interviews og workshops, men i

lyset af projektets kompleksitet samt begrænsede ressourcer, er dette arbejde taget ud, og det er ikke afklaret, om det skal vælges til igen senere i processen.

Fokus er i stedet på borgerinvolvering i team 1s daglige møde med borgere og pårørende, herunder hvordan man kommunikerer, starter forløb, afdækker motivation og involverer borgere og pårørende i at gøre plejen rehabiliterende. Hertil kommer borgertilfredshedsmålinger, der gennemføres midtvejs i projektet og ved afslutningen for at vurdere resultater og muligheder for forbedring.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet holder tidsplanen, og det fremgår, at de involverede SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen er meget motiverede. Sygeplejen er fortsat tøvende over for tanken om mindre tværfaglige teams, hvilket bl.a. bundes i oplevelsen af, at der er et godt og attraktivt fagligt miljø i sygeplejen, som der bør værnes om. Samtidig er der bekymringer for, hvordan en decentral organisering på sigt vil påvirke sygeplejens faglige niveau. Det indgår derfor som et centralt opmærksomhedspunkt at styrke sygeplejens rolle og integration i team 1 i det videre udviklingsarbejde.

Der er gode erfaringer vedr. introduktion og udvikling af coachfunktion i relation til team 1, og kombinationen af ekstern og intern coach opleves velfungerende, og der ses gode perspektiver for, at interne coaches kan tage fuldt over på sigt. Oplevelsen er også, at coachfunktionen spiller en vigtig rolle i forhold til at støtte medarbejderne i team 1 og repræsentere medarbejdernes perspektiver i forhold til den omkringliggende organisation. Teamet opleves velfungerende og med stor vilje og evne til at udvikle de selvstyrende elementer i hverdagen.

Der er rekrutteringsudfordringer, og her opleves positivt, at medarbejderne i team 1 aktivt engagerer sig i at aktivere egne netværk i forhold til at tiltrække nye kolleger. Samtidig er teamet begyndt at arbejde med, hvordan de kan sikre de bedst mulige vilkår og rammer for de vikarer, der er tilknyttet teamet.

## 2

### **Egedal Kommune: Afprøvning af selvstyrende teams i Egedals hjemmepleje**

#### **Formål og målsætninger**

Formålet med projektet er at afprøve, hvad små selvstyrende og tværfaglige teams har af konsekvenser for borgernes og de pårørendes oplevelse af kontinuitet, nærvær og fleksibilitet i hjemmeplejen, men også hvilken betydning organiseringen har for medarbejderes trivsel og tilfredshed i arbejdshverdagen.

Igennem løbende evaluering og tilpasning er projektet rettet mod at udvikle Egedal-modellen 1.0 til version 2.0. og 3.0 i løbet af projektperioden. Sigtet er at udvikle 'Egedal-modellen'. På baggrund af en endelig evalueringsrapport med anbefaling af, hvorvidt og hvordan erfaringer fra afprøvningen kan implementeres i den øvrige organisation, vil der ved projektafslutning blive truffet beslutning om eventuel udrulning af organiseringsformen.

Som forberedelse til opstart af teams har der været nedsat tre arbejdsgrupper, der har udviklet en drejebog for 'Egedal-modellen 1.0'. Heri er beskrevet den ønskede tilgang til borgerne, formatet for borgerkonferencer, beslutningsprocesser, visitationspraksis, ny bevillingsstruktur, strukturer for hverdagen mv.

Hver tredje måned bliver der evalueret på temaerne kontinuitet, nærvær, fleksibilitet, trivsel og faglighed. Det sker ved, at der er opstillet standere i driften, hvor medarbejderne i projektet kan vurdere temaerne med brug af smileyer. Disse data sammenlignes med en kontrolgruppe. Projektledelsen afholder desuden månedlige evalueringsmøder med hhv. medarbejderne og de berørte ledere i projektet, der gør status over de igangsatte udviklingsaktiviteter.

#### **Projektorganisering**

Projektet er forankret for chefen for Sundhed og omsorg og ledes af en intern projektleder. Projektet organiseres med en styregruppe, en projektgruppe og en følgegruppe, som består af de berørte ledere. Der er ansat en intern evalueringsekspert til at evaluere projektet og understøtte løbende justeringer. Dertil er tilknyttet ekstern konsulentbistand ved Substans, som har varetaget kompetenceudvikling for medarbejderne inden teamopstart.

#### **Borgermålgruppe**

Målgruppen er borgere, der modtager hjælp i eget hjem efter serviceloven (§§ 83, 83a, § 84) og/eller sundhedsloven (§ 138) i de to geografiske områder, der er udvalgt til projektet, ca. 90 borgere i alt.

## **Teamorganisering**

I projektet indgår to teams fra hhv. et bydistrikt og et landdistrikt. Driftsopstart skete 3. oktober 2022. Begge teams dækker dagvagt, aftenvagt og weekend. Det ene team består af 14 medarbejdere ((1 rehabiliteringsterapeut, 1 sygeplejerske, 2 visitatorer, 5 SSH'er, 4 SSA'er og 1 ufaglært), mens det andet team består af 19 medarbejdere (1 rehabiliteringsterapeut, 1 sygeplejerske, 2 visitatorer, 7 SSH'er, 6 SSA'er og 2 ufaglærte).

Teamets social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersken er ansat i teamet og referer til samme teamleder. Dertil er der tilknyttet to faste visitatorer til hvert team, således at de kan indgå i et tæt samarbejde med medarbejderne i teamet og med deres faglighed og kompetence kan understøtte det arbejde, der sker i borgers hjem. Visitatorerne møder ind i de selvstyrede team én gang om ugen og arbejder derfra den dag, hvor der er borgerkonference.

Begge teams har koordineringsmøde kl. 12-12.15 hver dag, hvor en tilknyttet planlægger deltager og efterfølgende indarbejder eventuelle justeringer i næste dags besøgsplanlægning.

## **Selvstyring**

Projektet har fokus på faste og tværfaglige teams frem for selvstyrede teams. Dette afsæt bunder i, at medarbejderne i projektet aktuelt er bekymrede for at få ansvar for vagtplaner, og det er derfor valgt, at de ikke skal have ansvar for vagtplanlægning, medmindre teamet selv ønsker det. Men håbet er, at der vil ske en modning og udvikling i teamene til at påtage sig vagtplanlægningssopgaven. For nuværende er hvert team med til at håndtere ændringer i den daglige besøgsplanlægning.

## **Tværfaglighed**

Hjælpere, assistenter og sygeplejersker møder ind sammen kl. 7, mens den tilknyttede terapeut møder kl. 8. Der er borgerkonference en gang om ugen, hvor hele teamet og visitator deltager for at drøfte to-tre borgersager. Borgerkonferencerne betragtes som væsentlige i Egedal-modellen, fordi det er her, teamet træffer beslutninger om eventuelle justeringer af den hjælp, en borger er bevilget. Her træffer man sammen beslutning om eventuel ændring til anden pakke ud fra en samlet faglig vurdering.

Sygeplejerskerne har fortsat et fagligt tilhørsforhold i sygeplejen, hvor de deltager på et ugentligt møde med de øvrige sygeplejersker for at understøtte deres monofaglige sparring og behov for at være del af et sygeplejefagligt miljø.

## **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Der er ikke lagt op til at ændre i ledelsesstrukturerne, men intentionen er, at ledelsesrollen skal være mere coachende, end den traditionelt har været på ældreområdet. Oplevelsen er, at de involverede ledere i udgangspunktet oplever projektet og de ændringer, det indebærer for ledelsesrollen, som en stor udfordring. Derfor er også igangsat kompetenceudvikling som beskrevet nedenfor.

## **Behov/planer for kompetenceudvikling**

Som beskrevet er der udviklet en drejebog for teamorganiseringen (Egedalmodellen 1.0), som har dannet udgangspunkt for et kompetenceudviklingsforløb. Der er afholdt undervisning for medarbejderne i indholdet af drejebogen, eksempelvis rammer og procedurer for teamsamarbejde, borgerkonferencer, ny-visiterede borgere, nye bevillingsstrukturer og deres betydning for teamets muligheder for at være fleksible i forhold til borgers behov og ønsker, mv. Der til er afholdt kompetenceudviklingsforløb med fokus på teambuilding med fokus på værdier, aftaler og beslutningsprocesser i teamet. Løbende følger den evaluerende projektleder op på igangsatte udviklingsaktiviteter i driften for at sikre løbende justeringer og erfaringsopsamling.

For lederne er der endvidere igangsat aktiviteter i form af ledelsessupervision én gang om måneden for at understøtte lederne i forandringen mod en mere coachende ledelsesstil. Alle kompetenceudviklingsaktiviteterne varetages af Substans.

## **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

For at understøtte de to teams og udviklingen hen mod en central back-office-funktion arbejdes der på at udvikle et styringscockpit, der leverer ledelsesinformation på udvalgte indikatorer til de to teams, herunder personkontinuitet, medarbejdersygefravær, medarbejderomsætning, visiteret/leveret/disponeret tid, BTP, mv. I forbindelse med det arbejde er det erfaret, at det nuværende omsorgssystem ikke understøtter datatræk for mindre teams, som samtidig er del af en større hjemmeplejegruppe. Samtidig er behovet for ledelsesinformation ikke tydeligt nok på nuværende tidspunkt, hvorfor pågår et arbejde med først at definere behovet for dataunderstøttelse og dernæst undersøge, hvorvidt og hvordan systemerne kan levere de data. For nuværende sker datatræk således håndholdt.

## **Myndighed og visitation**

I projektet arbejdes på at udvikle samarbejdet mellem myndighed og hjemmepleje. Derfor er visitationen omorganiseret efter hjemmeplejens grupper, og

der er tilknyttet to faste visitatorer til hvert team. Det har til hensigt at mindske afstanden mellem visitator og hjemmepleje samt at skabe grundlag i visitationen for eventuel udrulning af teamorganiseringen.

Der er udviklet en ny bevillingsstruktur i form af en 'ugepakkemodel' for personlig pleje. Der er fire pakker, der gives efter både §§ 83 og 83 a. Hvilken pakke borgeren visiteres til, afhænger af funktionsevnetilstand. Ugepakkerne har et tidsspænd og afregnes ved gennemsnitstid.

Formålet med ugepakkemodellen er at skabe mere fleksibilitet decentralt til at justere indsatsen løbende efter ændringer i borgerens funktionsevne og behov og herigennem at reducere skriftlig dialog med visitationen om mindre justeringer. Der er store forhåbninger til afprøvningen af denne bevillingsstruktur, men også usikkerhed om økonomiske konsekvenser, særligt i kommunens økonomiafdeling, hvorfor udviklingen i økonomien i de to teams vil blive fulgt nøje via månedlige datatræk og budgetopfølgninger. I den forbindelse fremstår det som en udfordring, at omsorgssystemet for nuværende ikke understøtter den ønskede visitationsmodel. I systemet kan man kun se borgers maks.-tid i pakken. Hvis en borger fx er visiteret til en "ugepakke mellem", der har et tidsspænd fra 5-10 timer om ugen, så fremgår det inde i systemet, at borgeren er visiteret til 10 timer om ugen, der så skal fordeles ud på ydelser. Men i virkeligheden har borgeren måske kun behov for at få leveret 6 timer om ugen. Det kompliceres yderligere af, at hjemmeplejegruppen kun afregnes med gennemsnittet – altså 7,5 timer om ugen. Alt dette kræver stor forandring og opmærksomhed for planlægger, da farverne i omsorgssystemet angiver det direkte omvendte.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er flere tiltag i gang som har sigte på at øge den rehabiliterende indsats i de to teams. For det første bevilges alle pakker efter SEL § 83 a med henblik på, at der systematisk opstilles mål for borgerens selvhjulpenhed – og arbejdes med at understøtte opnåelsen af disse. For det er en del af Egedal-modellen, at teamets rehabiliteringsterapeut tager med visitator ud på fysiske borgerbesøg til borgere, der søger om praktisk hjælp. Det bidrager til at afdække alle muligheder for selvhjulpenhed – og altså at give bedre muligheder for at 'vende borgeren i døren'. For det tredje deltager rehabiliteringskonsulenten som noget nyt på de tværfaglige borgerkonferencer for at understøtte en helhedsorienteret og rehabiliterende indsats.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Perspektiver fra borgere og pårørende er indledningsvis indhentet via interview, der bl.a. har medvirket til at kvalificere og nuancere projektets forståelse af kontinuitet. Endvidere gennemføres brugertilfredshedsundersøgelser via survey til borgerne ved projektets start (som baselinemåling) samt midtvejs og

ved afslutningen. Der er overvejelser om at supplere spørgeskemaundersøgelserne med borgerinterview, da erfaringen er, at svarprocenten ikke er så høj som ønsket.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet følger overordnet tidsplanen, og der er nedsat to teams primo oktober. De to teams er så småt i gang med at få hverdagen til at køre. Valget af to teams i to distrikter er sket for at opnå positive erfaringer med tværfaglig organisering og samarbejde i det små – særligt blandt sygeplejerskerne og visitatorer – for at få et positivt afsæt for eventuel opskalering. Erfaringen er dog også, at det setup er mere komplekst samt at det medfører, at den resterende del af hjemmeplejen står uden for projektet og ikke føler sig involveret. Derfor vil man til en anden gang ikke lave pilotafprøvning i to distrikter men udvælge ét distrikt.

I forhold til teamorganiseringen fremstår det som en fortsat udviklingsopgave at finde den optimale teamstørrelse. Det er ikke økonomisk og fagligt bæredygtigt at have to små teams, der ikke er indlejret i en større organisering med mulighed for at få og give hjælp. Derudover er det en udfordring for projektets mål, at arbejdstidsregler står i vejen for ønsket fleksibilitet mellem aften- og dagvagt, og det har p.t. ikke været muligt at indgå lokalaftaler med FOA omkring disse elementer.

Der er få, men foreløbig positive erfaringer med et bedre samarbejde mellem de to teams, sygeplejerskerne og visitatorerne. Der er velfungerende strukturer for samarbejdet, og medarbejderne er kommet tættere på hinanden i hverdagene, hvilket bl.a. bidrager til mere effektive revisitationsprocesser. Såvel visitatorer som sygeplejersker har ønske om at være tættere på hjemmeplejens medarbejdere. Samtidig fremgår det, at samarbejdet og tilknytningen af disse faggrupper skal udvikles løbende. Eksempelvis har de tilknyttede sygeplejersker fortsat borgere uden for de to teams, fordi der ikke er nok opgaver ved teamets borgere, og der iagttages en sårbarhed for sygeplejerskerne ved at være én sygeplejerske til et team, fx ved fravær. Ligeledes er der en forventning om, at visitatorernes rolle vil ændre sig som følge af nye organisations- og samarbejdsstrukturer, hvilket har givet anledning til bekymring i visitationen. Oplevelsen er dog samtidig, at stemningen i visitationen vender, i takt med at deltagerne ser udbyttet af tættere dialog.



# 3

## Esbjerg Kommune: *Borgerens værdighed i centrum*

### Formål og målsætninger

Projektet er en organisationsomlægning, der skal etablere selvstyrende og tværfaglige teams i hjemmeplejen og sygeplejen. I første omgang er der udpeget to ud af kommunens fem geografiske hjemmeplejeområder (Esbjerg Nord og Ribe) i projektet, hvis struktur geografisk skal matches af tilsvarende struktur i sygeplejen. På sigt skal den nye organiseringsform implementeres i hele hjemmeplejen og sygeplejen.

Målsætningerne for den nye organisering er (jf. projektansøgningen):

1. At arbejdsmiljøet forbedres (målt på sygefravær, trivsel og medarbejderomsætning)
2. At kontinuitet øges samt at borgernes tilfredshed og oplevelse af at blive inddraget styrkes
3. At hjemmeplejen og sygeplejen leverer høj kvalitet (målt fx på UTH'er og forebyggelige indlæggelser)
4. At borgernes selvhjulpethed øges via ny ydelsesstruktur og øget fokus på rehabilitering (målt fx med WHO Disability Assessment Schedule)
5. At de to områder opnår en bæredygtig økonomi (målt på forbrug og produktivitet sammenlignet med andre teams).

Første del af projektperioden har fokuseret på at undersøge forandringsparathed samt at forberede organisationen på det forestående udviklingsarbejde. Erfaringen var, at organisationen ikke havde det nødvendige overskud til at gå i gang med det projekt, der var lagt op til i ansøgningen, som følge af en presset periode med covid-19 samt et højt sygefravær og rekrutteringsudfordringer. Derfor valgte man efter den indledende undersøgelse af parathed at holde igen med de planlagte udviklingsaktiviteter og tilrettelægge processen efter organisationens parathed. Første del har derfor handlet om at skabe interesse og overskud blandt medarbejderne, bl.a. ved at håndtere praktiske forhold, der udfordrer og fylder i hverdagen, ligesom der pågår et analysearbejde med at afdække medarbejdernes behov for støttefunktioner som beskrevet i ansøgningen. Anden del har handlet om at sikre reel involvering af medarbejdere og ledere i de to områder samt tilknyttede funktioner i sygeplejen og visitationen, bl.a. igennem orienteringsmøder. Sideløbende hermed er der gennemført en foranalyse for at kvalificere det organisatoriske struktur.

## **Projektorganisering**

Projektet er forankret ved direktøren for Fritid Sundhed og Omsorg (projekt-ejer) samt en styregruppe bestående af ledere fra de involverede områder og medarbejderrepræsentanter. Projektledelsen består af en intern projektleder. Dertil er der et team af tre 'leder aspiranter', der har en rolle som forandringsagenter i de to områder, hvor de understøtter udviklingsarbejdet og fremdriften mod projektets fem målsætninger. Det er også leder aspiranterne sammen med medarbejdere/ledere fra støttefunktionerne, som gennemfører analysen af medarbejdernes behov for støttefunktioner i det daglige.

Endelig er der nedsat en følgegruppe med deltagere fra faglige organisationer og lokale uddannelsesinstitutioner inden for social- og sundhedsområdet.

## **Borgermålgruppe**

Projektets målgruppe er borgere, der modtager kommunal hjemmepleje og sygepleje efter serviceloven (§§ 83 og 83a) og sundhedsloven (§ 138) i de to geografiske områder Ribe og Esbjerg Nord, svarende til i alt cirka 1.731 borgere.

## **Teamorganisering**

Organisationsændringen tager udgangspunkt i den nuværende organisering i geografiske teams i de to hjemmeplejeområder. Der er tre teams i Ribe og fire teams i Esbjerg Nord. I projektet deles disse teams op i mindre grupper, som kaldes zoner og er tilknyttet et mindre geografisk område. I de enkelte teams er der to til fire zoner, afhængigt af behov. I Esbjerg Kommune tages der udgangspunkt i zonerne, når konceptet om faste teams udvikles.

Zonestørrelsen afhænger af det geografiske område og borgertyngden, og derfor varierer størrelsen fra cirka 15-25 social- og sundhedsmedarbejdere. En zone har typisk omkring fire-syv ruter med en medarbejder pr. rute. Formålet med denne inddeling er at øge kontinuiteten i borgerkontakten og muligheden for koordinering tæt på borgeren. Inden for hvert team hjælper medarbejderne på tværs af zoner hinanden ved fravær, udsving i borgertyngden, mv.

Organiseringen af de to områder og teamstrukturen ligger fast, men forventningen er, at der vil ske løbende kvalificering og justeringer af inddelingen af zonerne for at sikre, at zonens ruteplanlægning fungerer, at der ikke er for store forskelle på borgertyngden, og at de rette kompetencer er til stede i hver zone i forhold til borgerne og opgaverne. Ændringerne i forbindelse med projektet har ikke betydet flytning af medarbejdere eller borgere.

Ligeledes vil der i sygeplejen, der fortsat er en selvstændig enhed, på sigt blive organiseret, så der er fast tilknyttede sygeplejersker til hvert hjemmeplejeteam. Sygeplejen er allerede organiseret i fem organisatoriske områder, som passer til hjemmeplejens områder.

Det er også vigtigt at notere, at terapeuterne er organiseret i egne teams under hjemmeplejen ved projektets start. Der er planer om at tilknytte terapeuter endnu tættere på zonerne i projektet – se senere afsnit om rehabilitering og aktiverende pleje.

### **Selvstyring**

Visionen er, at hjemmeplejen bliver så selvtilrettelæggende og selvvisiterende som muligt. Strategien er at teamenes grad af selvstyring skal udvikles gradvist og under hensyntagen til, at medarbejderne i hjemmeplejen og deres samarbejdspartnere kan følge med. På kort sigt arbejdes derfor med at give zonerne i hvert team øget ansvar for den daglige arbejdstilrettelæggelse. I området Esbjerg Nord er en af de mindre grupper begyndt at arbejde på den daglige besøgsplanlægning på interviewtidspunktet. Foreløbig indebærer det ikke ændringer i planlæggerfunktionerne i hjemmeplejen.

### **Tværfaglighed**

Den nuværende monofaglige organisering af hjemmepleje, sygepleje og visitation bibeholdes. Der arbejdes på at øge det tværfaglige samarbejde på flere måder. Sygeplejen skal organiseres efter hjemmeplejens områder, så der vil være to faste sygeplejersker fast tilknyttet hvert hjemmeplejeteam. Det skal styrke udbyttet af de tværfaglige møder, som der er strukturer for. Her deltager medarbejderne i de mindre grupper i hjemmeplejen samt en sygeplejerske. Omorganiseringen af sygeplejen samt mødeaktiviteter skal understøtte fælles borgerkendskab samt relationsdannelse igennem kendskab og tryghed mellem medarbejderne, hvilket betragtes som en forudsætning for samarbejdet. I projektet arbejder man på, at visitatorerne også skal kobles på disse møder. I de to områder er man på interviewtidspunktet ved at udvikle afprøvninger for triagemøder med virtuel deltagelse af sygeplejersker og visitatorer samt sparingsmøder mellem hjemmepleje og sygepleje.

Det skal også understøtte strategien om på sigt at omlægge til virtuel mødeaktivitet som følge af ressourceudfordringerne. Formålet er at sikre adgang faggrupperne imellem, samt reducere ressourceforbruget på kørsel m.m.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Med projektet er der ikke lagt op til ændringer i ledelsesstrukturen, men at styrke de eksisterende ledere. Sideløbende med projektet er der i kommunen

et ledelsesudviklingsspor med fokus på lyttende og faciliterende ledelse. Samtidig bliver projektet anvendt som løftestang for at styrke ledelsesgrundlaget i hjemmeplejen igennem ledertalentudvikling. Det sker ved, at lederaspiranterne, der i projektet fungerer som forandringsagenter i driften, er tænkt til at blive ansat som teamledere efter projektet.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der er planlagt samlet kompetenceudvikling til lederne på ældreområdet. I første omgang gælder det hjemmeplejen, hvor der er planlagt seminarer i starten af 2023. Kompetenceudviklingen skal understøtte retningen mod ny ledeskultur og ledelse af selvstyring.

For at understøtte udviklingen af det tværfaglige samarbejde er der planlagt workshops i form af arbejds møder på teamniveau for medarbejderne i de to hjemmeplejeområder samt de involverede sygeplejersker, terapeuter og visitatorer. Her skal medarbejderne komme med input til læringsloops i forhold til det, som kan fremme bedre samarbejde og fokus på borgerens værdighed i centrum.

For medarbejderne er tilgangen, at kompetenceudviklingen primært skal ske i driften og tage form som sidemandsoplæring eller oplæg/udvikling på eksisterende teammøder og zonemøder, således at det sker som en integreret del af det daglige arbejde af hensyn til de ressourceudfordringer, hjemmeplejen oplever. Ligeledes vil denne tilgang afspejle de behov, som medarbejderne aktuelt har for kompetenceudvikling, eksempelvis anvendelse af skærmt teknologi, som er et fokusområde på interviewtidspunktet.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Der er igangsat en udvikling af et dataredskab til løbende opfølgning på fremdriften i projektet, og som kan bruges i fremtidens styring og opfølgning i driften. Der bliver fulgt op på projektets målsætninger via datatræk på en række nøgletal, herunder arbejdsmiljø, kontinuitet, mv. I samarbejde med BDO er der gennemført en baselinemåling, som anvendes som sammenligningsgrundlag for de efterfølgende datatræk.

I forbindelse med at flere møder bliver holdt virtuelt i løbet af projektperioden, er man aktuelt ved at oplære alle medarbejdere i hjemmeplejen og sygeplejen til at anvende skærmt teknologi, sideløbende med at der sker den nødvendige relationsdannelse igennem de fysiske tværfaglige møder. Samtidig har ambitionen om virtuelle møder vist, at der er udfordringer med både hardware og software decentralt, hvilket også undersøges og der rettes op på i projektet.

## **Myndighed og visitation**

Det langsigtede mål er, at hjemmeplejen bliver så selvvisiterende som muligt inden for lovgivningens rammer. Det sker med inspiration fra sygeplejen, som for få år siden overgik til selvvisitation. For eksempel overvejes det, om hjemmeplejen selv kan visitere nogle indsatser eller mindre komplekse borgerforløb, men man er i gang med at undersøge, hvorvidt og hvordan det kan lade sig gøre. I den forbindelse er der overvejelser om, at hjemmeplejen skal overgå fra aktivitetsstyring til rammestyring, men i projektperioden betragtes det som nødvendigt at kunne følge økonomien tæt som hidtil.

I første omgang går overvejelserne derfor primært på at forbedre samarbejdet mellem visitation og hjemmepleje samt i højere grad at udnytte den fleksibilitet, som kommunens pakkevisitation indeholder. På kortere sigt skal visitatorerne derfor tilknyttes de enkelte teams, og der skal udvikles strukturer til at understøtte relationsdannelse og samarbejdet om borgerne. Dertil er der iagttaget et behov for, at de udførende medarbejdere i hjemmeplejen betrygges i og udvikles i, at rammerne er fleksible nok til, at de kan levere den hjælp, de fagligt vurderer, borgeren har behov for under de enkelte besøg, uden at involvere visitationen.

Derudover er der interviewtidspunktet et større arbejde i gang i visitationen med fysiske opfølgninger på borgerforløbene for at vurdere, om borgerne er selvhjulpne og dermed ikke har behov for hjælp som følge af det ressourcenes, kommunen oplever. Det bidrager samtidig til sidemandsoplæring for de udførende medarbejdere i visitationsarbejdet samt til relationsdannelse mellem visitatorer og udførere.

## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er et ønske om at udvikle en model for rehabiliteringsforløb samt at øge rehabiliteringsindsatsen for borgere, der modtager hjælp efter SEL § 83. Det ses i sammenhæng med overvejelser om at rammestyre hjemmeplejen, da forventningen er, at det vil skabe økonomiske incitamentsstrukturer for hjemmeplejen til at øge borgernes selvhjulpnehed. Samtidig er rehabiliteringsterapeuterne (som leverer § 83 a-forløbene) allerede organiseret decentralt i områderne og ansat under distriktslederne i hjemmeplejen, men der iagttages et potentiale for at forbedre samarbejdet mellem rehabiliteringsterapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker. På interviewtidspunktet er der dog ikke konkrete planer for udviklingsarbejdet relateret til rehabilitering.

## **Involvering af borgere og pårørende**

Strategien for borgerinvolvering i projektet er lagt an med afsæt i at indsamle borgernes individuelle oplevelser af og input til forbedringer på baggrund af borgerinterview i borgerens hjem. Særligt er der fokus på i højere grad end i

dag at undersøge, om borgerne får den hjælp, de ønsker, og som understøtter deres mål. Det var oprindeligt planen at nedsætte et borgerpanel, men erfaringen var, at de tilmeldte borgere ikke giver et repræsentativt billede for kommunens samlede borgermålgruppe.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Overordnet overholder projektet tidsplanen, hvad angår organisering af teams i de to udvalgte områder i hjemmeplejen, og der er fokus på at involvere ledere og medarbejdere i den øvrige organisation. Det har været en vigtig erkendelse i projektet at sikre parathed og frigøre ressourcer i organisationen, inden der igangsættes udviklingsaktiviteter. Dette arbejde er fortsat i gang og giver ro på driften og tid til udvikling, så medarbejderne er på vej til at kunne forholde sig til projektets indhold og målsætninger. Det har givet mulighed for at forberede mindre, men meningsfulde initiativer relateret til tværfaglige møder og oplæring i anvendelse af skærmteknologi som afsæt for at udvikle det tværfaglige samarbejde mellem hjemmepleje, sygepleje og visitation.

## 4

### **Favrskov Kommune: *Teamorganisering: Vejen til sammenhængende forløb, tidlig opsporing og rehabilitering***

#### **Formål og målsætninger**

Favrskov Kommune arbejder på at etablere faste, tværfaglige teams i kommunens to distrikter med i alt fire udkøreområder. Fokus er dels på at styrke samarbejdet mellem hjemme- og sygeplejen, dels at udvikle en model for de nye teams' relationer til øvrige faggrupper og funktioner (jf. projektansøgning). I projektet er også indbygget indsatser målrettet rehabilitering og aktiverende pleje samt forebyggelse af ensomhed, jf. projektets tre udviklingsspor:

- Spor 1: model for tværfaglig rehabilitering i faste teams – udvikle og afprøve en model for tværfaglig rehabilitering i faste teams og lykkes med rehabilitering for borgerne, når man øger kontinuitet og kendskabet blandt plejerne
- Spor 2: model for mindre ensomhed via faste teams – nedbringe ensomhed blandt de ældre via faste teams og kontinuitet samt ambition om at metodeudvikle på området
- Spor 3: kontinuitet og kompetenceudvikling – fokus på kontinuitet, metodeudvikling, og bedre arbejdsmiljø.

Projektet bygger videre på en prøvehandling i et af områderne i kommunen (Hinnerup), hvor hjemmepleje og sygepleje var integreret, hvilket har vist gode erfaringer med tværfaglighed, ruteplanlægning, kontinuitet og medarbejdertrivsel, som skal skaleres op via projektet.

Projektet arbejder med PDSA-metoden via prøvehandling for at øge medarbejdernes involvering og ejerskab til udviklingsarbejdet. Opfølgning på og beslutning om eventuel implementering af prøvehandling og organiseringsændringer sker ved udgangen af projektet ultimo 2023.

#### **Projektorganisering**

Projektet er forankret i Social- og sundhedsudvalget og ældrechefen er projektejer. Projektet er organiseret med en styregruppe, en arbejdsgruppe samt et panel med repræsentanter fra kommunens ældreråd, lokale foreninger, uddannelsesinstitutioner og faglige organisationer. Fra maj 2022 er der ansat en intern projektleder fra kommunen. Derudover er der afsat projektmidler til ekstern konsulentbistand fra BDO til at bistå med projektledelse, kompetenceudvikling, styringstavle og analyser.

## **Borgermålgruppe**

Projektets målgruppe er alle borgere i kommunen, som modtager hjælp efter servicelovens § 83, § 83a, § 84 stk. 1 og/eller sygepleje efter sundhedslovens § 138, og som bor i eget hjem. I uge 44 i 2022 drejede det sig om 1.165 borgere. I 2023 estimeres det at dreje sig om ca. 1.265 borgere.

## **Teamorganisering**

Fra juni 2022 er hele hjemme- og sygeplejen organiseret i 12 faste og tværfaglige teams, der dækker dagtid alle årets dage. Teamenes størrelse og borgergrundlag varierer grundet kommunens geografi, så teamene har mellem 12-20 medarbejdere og ca. 70- 100 tilknyttede borgere. Der arbejdes med at etablere kontaktpersonsordninger med en til to kontaktpersoner pr. borger (afhængigt af om borgeren får hjælp efter serviceloven og/eller sundhedsloven) med henblik på at understøtte øget kontinuitet. Og for at mindske forbruget af eksterne vikarer har enkelte medarbejdere i hvert team 'flyverfunktion', hvor de kan dække ruter på tværs af områdets teams. Antallet af medarbejdere i hvert team er større, end der var lagt op til i projektansøgningen, ud fra et hensyn om at gøre teamene robuste over for vagter, sygdom og ferie. Teamstørrelsen og eventuel opdeling i flere mindre teams vil derfor blive evalueret på løbende.

Hvert område har i dag planlægger (på servicelovsområdet) og koordinatore (på sundhedslovsområdet), som dækker tre teams i et udkøreområde.

Fra 1. december 2022 mødes hvert tværfaglige team (sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere) om morgenen for at koordinere dagens besøg. I nogle grupper er sygeplejerskers vagtplaner ændret, så de møder kl. 7 ligesom social- og sundhedsmedarbejderne. Der arbejdes med at finde en it-løsning til triagetavler, der kan understøtte triagering på morgenmøderne.

## **Selvstyring**

Der er i projektet lagt op til at styrke de eksisterende ledelsesstrukturer, men ikke at ændre grundlæggende i rutiner og ansvaret for vagtplanlægning. Det bunder i en oplevelse af, at medarbejderne ønsker en nærværende personaleleder samt at de i udgangspunktet ikke ønsker kollektivt ansvar for fx vagt- og ferieplanlægning.

Selvstyring handler derfor om, at hvert team skal kunne varetage (ændringer i) den daglige besøgsplanlægning. I andet halvår af 2022 er der afholdt tre workshops for planlæggere og ledere, hvor der er arbejdet med forbedringsideer, der skal sikre, at planlægningen bedst muligt understøtter kontinuitet, tværfagligt samarbejde og et godt arbejdsmiljø. Der arbejdes videre med at afprøve forbedringsideerne i 2023. Det varierer mellem teams, hvor langt de



er med at kunne varetage opgaven. På interviewtidspunktet besøger planlæggeren det enkelte team hver morgen for at samle ændringer ind og justere planerne herefter.

Derudover er ambitionen at integrere planlægning på servicelovs- og sundhedslovsområdet til en samlet funktion, der er tilknyttet ét team. Det indebærer en stor forandring for planlæggerne og koordinatorene, og derfor betragtes det som en langsigtet udviklingsopgave, hvor man i første omgang starter med at decentralisere funktionerne, så de bliver en integreret del af områderne.

### **Tværfaglighed**

Der arbejdes med at afprøve og udvikle strukturer for triagemøder og borgergennemgange. Målet er, at alle teams skal triagere som en fast del af de daglige morgenmøder. I den forbindelse skal der indføres triagetavler til at understøtte drøftelserne på morgenmøderne. Derudover søges det tværfaglige samarbejde fremmet via ugentlige borgergennemgange. Her deltager foruden teamet også en medarbejder fra rehabiliteringsteamet, visitator samt netværkskonsulent. Netværkskonsulenterne har særskilt fokus på opsporing af ensomhed og er tilknyttet alle 12 teams, hvorfor det for det enkelte team kun er hver fjerde gang, at vedkommende deltager. Der er desuden nedsat en arbejdsgruppe, der skal udvikle og justere på strukturen for borgergennemgangsmøderne samt udarbejde en drejebog for møderne.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Med den nye teamstruktur følger et ønske om at mindske ledesspændet og styrke den faglige ledelse af de enkelte teams. Vurderingen er, at det bl.a. er ledelse, der skal til for at sikre kontinuitet samt at der er behov for en gruppeleder til at lede samarbejde, mindset og kultur i opstarten af de faste teams. Derfor er antallet af gruppeledere øget. I hvert område er der fælles ledelse mellem to gruppeledere. En er leder for sygeplejerskerne og assistenterne med særligt fokus på dokumentation og kvalitet, og en er leder for social- og sundhedshjælperne med særligt fokus på ensomhed, rehabilitering og sikker drift. Forventningen er, at tværfaglige teams indebærer en forandring i ledelsesrollen, idet lederne skal kunne lede såvel monofaglighed og tværfaglighed.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

I november 2022 gennemføres en mindre interviewundersøgelse blandt 11 medarbejdere for at tage temperaturen på det nye teamsamarbejde. Undersøgelsen skal bl.a. bruges til at vurdere behovet for kompetenceudvikling i den nye teamorganisering.

Der er planer om kompetenceudvikling målrettet lederne for at understøtte dem i opgaven med at lede monofaglighed og tværfaglighed og for at sikre fælles retning på tværs af områder. Der er ligeledes fokus på at understøtte lederne i forandringsledelse. Dertil modtager alle gruppeledere løbende sparring og supervision for at understøtte dem i rollen med at skabe fremdrift i udviklingsaktiviteterne samtidig med håndtering af driftsudfordringer relateret til rekruttering, sygefravær mv. Erfaringerne med de nye mødeformer er, at det kræver nye kompetencer og roller blandt medarbejderne. Det er derfor planlagt, at BDO understøtter afprøvning og implementering af nye tavlemøder og styringstavler gennem introduktion og sparring til ledere og medarbejdere på de første møder. Der vil særligt være fokus på at understøtte mødeledelsen.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Som en del af projektet vil kommunen i samarbejde med BDO udvikle en styringstavle, som via interne data skal måle på de enkelte områders resultater (systemet er aktuelt ikke gearret til at trække data på teamniveau) i forhold til kontinuitet, sygefravær, arbejdsmiljø, ensomhed og rehabilitering. Styringstavlerne skal bruges på korte tavlemøder, der planlægges afholdt hver uge eller hver fjortende dag i både ledergrupperne og medarbejdergrupperne. Aktuelt arbejdes på at lave en prototype – og herunder på, hvordan data kan opsamles og præsenteres. Prototypen og den nye mødeform skal først afprøves i distriktsledergruppen, dernæst i et område og herefter udvikles færdig og udbreddes til de øvrige områder.

### **Myndighed og visitation**

Der er med projektet ikke lagt op til at ændre i økonomistyrings- og visitationsmodeller, idet der er ønske om at bevare den tætte økonomiske styring og centrale bestillerfunktion på servicelovsområdet. I stedet er det ambitionen at fremme det tværfaglige samarbejde mellem visitation og udførerled. Dette udviklingsarbejde tager afsæt i erfaringer fra pilotprojektet, hvor øget decentral tilstedeværelse medførte relationsdannelse, forståelse for hinandens arbejdsgange, opgaver og sprog omkring borgerne. I første omgang er puljemidler anvendt til at ansætte en ekstra visitator ind i projektet, hvilket giver mulighed for, at visitatorerne kan deltage på borgergennemgange og sidde en arbejdsdag om ugen i teamene i det område, de er tilknyttet. Derudover er der ønske om at forbedre arbejdsgangene mellem udskrivelseskoordinatorerne og koordinatorerne i sygeplejen.

Kommunen har søgt Sundhedsstyrelsens pulje til Forsøg med selvvisitation i ældreplejen til at understøtte dette udviklingsspor, hvilket kommunen har fået og vil arbejde ind i projektet.

## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Favrskov har organiseret rehabiliteringsforløbene (SEL § 83 a) i et specialiseret rehabiliteringsteam. Teamet består af 12 medarbejdere fordelt på terapeuter og assistenter samt en koordinator. Som led i projektet er medarbejderne fra rehabiliteringsteamet fast tilknyttet områderne, og der deltager som beskrevet en rehabiliteringsmedarbejder på borgergennemgangene. Formålet er at understøtte den aktiverende pleje samt at identificere borgere med rehabiliteringspotentiale. Det betyder en ny arbejdsform og rolle for rehabiliteringsteamet, og derfor er deres tilknytning til teams og deres eventuelle decentrale tilstedeværelse under fortsat udvikling. Sideløbende er der overvejelser om at ændre i bevillingerne af rehabiliteringsforløbene fra enkeltindsatser til pakke-baserede bevillinger, men det ligger ikke inden for projektets rammer.

## **Involvering af borgere og pårørende**

Der arbejdes med organisatorisk inddragelse af borgere og pårørendes perspektiver. I forberedelsesfasen er der foretaget en baselinemåling, hvori der er gennemført 49 borgerinterview. Disse borgerinterview bliver gentaget midtvejs og ved afslutning af projektet. Dertil er der nedsat et panel med repræsentanter fra bl.a. ældrerådet og lokale foreninger, som sammen med styregruppen, arbejdsgruppen og udførende medarbejdere mødes og drøfter projektets aktiviteter, erfaringer, problemstillinger, mv. med fokus på bl.a. rehabilitering og borgers netværk.

Projektet har samtidig et særskit fokus på ensomhed, som tager afsæt i et tidligere ensomhedsprojekt i kommunen. Der er derfor ansat to netværks- og frivillighedskonsulenter (svarende til en fuldtidsstilling) til at understøtte arbejdet med at aktivere borgernes netværk og borgernes brug af frivillige tilbud sammen med de tværfaglige teams. I første omgang arbejdes der med at opspore borgere med ensomhed via fælles faglig refleksion på borgergennemgange, hvor konsulenterne deltager hver fjerde uge. Konsulenterne har herefter til opgave at besøge borgeren og gå i dialog med borgerens kontaktperson med henblik på at vurdere, om borgeren har nytte af henvisning til aktivitetstilbud, ensomhedskoordinatorer eller motivationssamtaler samt om der er netværk rundt om borgeren, der kan aktiveres mere. Ligeledes har de til opgave på sigt at kapacitetsopbygge og kompetenceudvikle de enkelte teams til selv at kunne aktivere borgers netværk og hjælpe borgerne med at anvende lokale foreninger og tilbud drevet af frivillige. Til opsporing af ensomhed afprøves et redskab til fælles faglig refleksion over ensomhed. Dertil er der indgået partnerskabsaftale med frivillige foreninger, som også deltog i ensomhedsprojektet.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet holder overordnet tidsplanen, og fra juni 2022 er hele hjemme- og sygeplejen organiseret i tværfaglige teams. Hvor langt de enkelte teams er i forhold til at arbejde sammen som et team, blive mere selvtilrettelægende og arbejde med prøvehandling, varierer. Det skyldes forskellige udgangspunkter for teamsammensætning, forskellige fysiske rammer samt ansættelse af nye gruppeledere. Det gælder også i forhold til det tværfaglige samarbejde, hvor det fremgår, at faggrupperne og lederne i nogle områder har en tendens til fortsat at arbejde monofagligt, og hvor der har skulle tages hensyn til udfordringer med at rekruttere særligt assistenter. De foreløbige erfaringer er, at det at drive forandringsprocesser kræver en nærværende og tilstedeværende ledelse, og sigtet er at udvikle ledelse af tværfaglighed og øge samarbejdet – og dermed ensretning – på tværs af de fire områder.

# 5

## Faxe Kommune: *Hjemmeplejen skaber vi sammen*

### Formål og målsætninger

Formålet med projektet er at udrulle delvist selvstyrende og faste teams i hele kommunens hjemmepleje. Projektets aktiviteter er formuleret i tre spor:

- Spor 1: udvikle en inddragende implementeringsmodel, der anvendes som afsæt for at reorganisere hele hjemmeplejen
- Spor 2: udvikle og etablere en fungerende praksis for et tæt og dialogbaseret samarbejde mellem selvstyrende teams og myndighed
- Spor 3: udvikle en kvalitetsmodel med fokus på rehabilitering i selvstyrende teams.

Målsætningerne for projektet herudover er, at introduktionen af den nye teamstruktur skal medføre:

- Et bedre arbejdsmiljø defineret ved at sygefraværet skal falde 7 % samt at 85 % af medarbejderne trives i deres arbejde
- Kontinuitet defineret ved maksimalt fem forskellige plejere på en standarduge
- Høj tilfredshed defineret ved, at 90 % af borgere og pårørende er tilfredse med plejen
- Et fald i antallet af indberettede UTH'er på og et fald i klager på 50 % ved projektets afslutning
- En sund økonomi for hjemmeplejen.

Projektet er forankret i en strategi om en bred forankring og involvering af ældreområdet medarbejdere, fordi det i udgangspunktet er besluttet, at hjemmeplejen fremover skal være organiseret i delvist selvstyrende og faste teams.

Hvor kommunen i puljeansøgningen havde fokus på at arbejde nært efter principperne i Buurtzorg-modellen, har man erfaret tidligt, bl.a. fra andre kommuner, at det er svært at overføre Buurtzorg-modellen til en dansk kontekst. Kommunen arbejder derfor med andre teamstørrelser og teamsammensætning end i Buurtzorg Holland og har tilrettelagt udviklingsprojektet som en bottom-up-proces, hvor medarbejdere og ledere definerer, afprøver og justerer prøvehandling efter PDSA-metoden.

Forud for puljeprosjektet har der i ca. halvandet år været arbejdet med at forberede overgangen til ny organisationsstruktur i hele hjemmeplejen. Dels har

der været et pilotprojekt i 'Team Rønnede', dels har der været nedsat en arbejdsgruppe primo 2021 bestående af centerchef, leder fra hjemmepleje og sygepleje, planlæggere, tillidsmænd og involverede medarbejdere. Forarbejdet fremhæves som et vigtigt element, der betyder, at puljeprojektet er kommet hurtigt og godt fra start.

## **Projektorganisering**

Projektet er forankret i Social- og sundhedsudvalget, og chefen for hjemme- og sygepleje er projektejer. Projektet er organiseret med en styregruppe og en arbejdsgruppe samt et borger-pårørende-panel. Projektet har en intern projektleder. Derudover er der ansat tre projektsygeplejersker, som har til opgave at sikre projektets fremdrift i driften ved at facilitere, følge op på og udbrede de prøvehandlinger, der arbejdes med. Det gælder fx de to tværfaglige mødeformer, der på interviewtidspunktet er udviklet og afprøvet.

Puljemidlerne er endvidere anvendt til ekstern konsulentbistand fra BDO. Overordnet set skal denne konsulentbistand understøtte projektet gennem dataindsamling og vidensopsamling på prøvehandlinger, metodeudviklingen (jævnfør projektets formål) samt systemunderstøttelse. Det dækker bl.a. over opgørelse af medarbejdertrivsel (fire surveys, inkl. rapporter), bistand til implementeringsvurdering, tre borgerrejseanalyser og løbende rådgivning i forbindelse med udformningen af projektets tre spor.

## **Borgermålgruppe**

Projektet omfatter alle borgere i kommunen, som modtager kommunal hjemmehjælp efter hhv. serviceloven (§ 83) og sundhedsloven. I 2022 forventes ca. 1.069 borgere at være omfattet af projektet. I 2023 forventes borgermålgruppen at stige til ca. 1.164 borgere.

## **Teamorganisering**

For at forberede overgangen til en organisering baseret på faste teams har ældreområdet undergået en organisationsændring, hvor hjemmepleje og sygepleje er organiseret under samme leder, og hvor hjemmeplejen er blevet delt op i fire distrikter. Hvert distrikt har egen lokation og egen leder. Frem mod interviewtidspunktet er hvert distrikt (med undtagelse af et enkelt) delt op i to teams i dagvagt. Der er altså ikke rekrutteret nye medarbejdere til projektet. I hvert distrikt er oprettet to faste teams, så der otte i alt, og alle otte teams er trådt i kraft september 2022.

Størrelsen på de otte teams varierer alt efter plejetyngden i borgermålgruppen og geografiske forhold. Nogle teams er på 11-12 medarbejdere (ca. seks social- og sundhedsassistenter og fem social- og sundhedshjælpere) og en tilknyttet sygeplejerske, mens andre er på op til 20-25 medarbejdere (ca. seks

til otte social- og sundhedsassistenter og seks til 10 social- og sundhedshjælper) samt fire til seks tilknyttede sygeplejersker). Forventningen er, at der vil ske en løbende justering af teamstørrelse- og sammensætning undervejs i projektperioden. Intentionen er, at medarbejdere i aften- og weekendvagt på et tidspunkt skal være en del af den nye teamstruktur, mens nattevagten fortsætter med at være et selvstændigt team.

## **Selvstyring**

Med afsæt i opnåede erfaringer er Faxe gået fra at anvende begrebet 'selvstyrende teams' til at anvende 'selvorganiserende teams', der betragtes som et mere retvisende begreb for ambitionerne med projektet. Hjemmeplejens teams er 'selvorganiserende' på den måde, at de i første omgang selv skal kunne varetage den daglige ruteplanlægning. Meningen er, at medarbejderne skal have større fagligt blik på ruterne og borgerne. Det er målet, at alle teams skal kunne det ved udgangen af 2022. Når teamet selv skal kunne varetage ruteplanlægningen, ændrer det på planlæggerfunktionen i hjemmeplejen, men planlæggernes fremtidige rolle er ikke defineret. Der er på interviewtidspunktet ikke andre elementer i spil i forhold til selvstyring.

## **Tværfaglighed**

Teamene er tværfaglige på den måde, at hvert team har fast tilknyttet en eller flere sygeplejersker for at øge samarbejdet på tværs af hjemmepleje og sygepleje. Sygeplejen er fortsat organiseret som en selvstændig sygeplejeenhed med egen leder og egen lokation (det femte distrikt). Også sygeplejen er blevet organiseret i mindre teams med henblik på at matche hjemmeplejens teamorganisering, men det er endnu ikke lykkedes at matche sygeplejens ruter geografisk med de otte hjemmeplejeteams.

Det tværfaglige samarbejde søges fremmet igennem tværfaglige møder: triagemøder og teammøder, hvor sygeplejerskerne deltager sammen med terapeuter og visitatorer. Træningsenheden kobles på triagemøderne én gang månedligt. Formen for disse møder er blevet udviklet og afprøvet siden foråret 2022. Der er et ønske om, at sygeplejerskerne også deltager på morgenmøderne i hjemmeplejen, men også det rummer udfordringer, fordi sygeplejen har senere mødetid og andre indmødesteder end hjemmeplejen.

## **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Et af målene med at organisere hjemmeplejen i fire distrikter er at mindske ledesspændet og få ledelsen tættere på de udekørende medarbejdere. I projektet er der også fokus på, at lederne skal understøtte medarbejderne i selv at finde svar og løsninger på de udfordringer, de oplever. Det betragtes som en anden, men sund måde at bedrive ledelse på.

## **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Puljemidlerne er blevet anvendt til at frikøbe en erhvervspsykolog i kommunens HR-afdeling (et halvt årsværk). Erhvervspsykologen varetager kompetenceudvikling af både ledere og medarbejdere. Kompetenceudviklingen til lederne har fokus på coachende og tillidsbaseret ledelse. Kompetenceudviklingen af medarbejderne har fokus på teamorganisering, herunder konflikthåndtering, for at imødekomme eventuelle udfordringer. Det er valgt på baggrund af erfaringerne fra andre lande, der har introduceret Buurtzorg, hvor denne nye måde at arbejde på i visse situationer kan udfordre samarbejde i de nye teams.

## **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

I puljeansøgningen er der fokus på at sikre de nye hjemmeplejeteams nem og uhindret adgang til administrative ressourcer og systemer, hvilket der er afsat midler til i form af, at hvert team får én fast kontaktperson hos myndighed samt en fast kvalitets-/projektsygeplejerske, som deler to distrikter. Derudover arbejder lederne med selvvalgte mål for deres team inden for følgende temaer: afprøvningsoverblik, kerneopgaven, vedvarende læring, planlægning af eget arbejde, koordinering imellem teams, problemløsning, teammøder, håndtering af konflikter, beslutningstagning, mission og mål, præstationsstyring og borgertilfredshed og pårørendetilfredshed.

Ligeledes arbejdes der med at undersøge muligheden for at lægge mere budgetansvar ud i det enkelte distrikt, så lederne får større indflydelse på økonomistyringen. De foreløbige erkendelser er, at det vil kræve, at der udvikles en ny økonomistyringsmodel og nye understøttende systemer. På interviewtidspunktet er der ikke truffet beslutninger om, hvorvidt det skal ske, og det forventes under alle omstændigheder at være et udviklingspunkt, der rækker ud over projektets tidshorisont.

## **Myndighed og visitation**

I projektet arbejder man at navngivne visitatorer er tilknyttet hvert af hjemmeplejens distrikter, hvor de deltager i triagemøder og teammøder. De foreløbige erfaringer er, at mødestrukturen skaber større gensidig forståelse for hinandens opgaver og blik på borgerforløbene samt reduceret tidsforbrug, når skriftlig dialog via omsorgssystemerne i stedet foregår ansigt til ansigt.

Der iagttages et behov for undervisning til medarbejderne i FSIII-metoden for at understøtte samarbejdet på tværs af faggrupper ikke mindst processerne omkring (re)visitation, hvor oplevelsen er, at dokumentationen for justering i hjælpen udfordrer de udførende medarbejdere.



## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Et af projektets tre formål er at fremme rehabilitering og aktiverende pleje ved at udvikle en kvalitetsmodel med fokus på rehabilitering i selvstyrende teams. For nuværende varetages rehabiliteringsforløb efter SEL § 83 a af et rehabiliteringsteam, der består af terapeuter og social- og sundhedsassistenter. Ønsket er på sigt at fremme hverdagsrehabilitering som en integreret del af plejen til borgere, der modtager hjælp efter § 83. Med det afsæt overvejes en model, hvor rehabiliteringsterapeuterne skal tilknyttes hvert distrikt og have en øget tilstedeværelse i hjemmeplejens teams. På interviewtidspunktet er ikke truffet beslutning om, hvorvidt/hvornår dette skal ske, men en afklaring forventes i løbet af 2023.

## **Involvering af borgere og pårørende**

Der arbejdes med inddragelse af borgere og pårørende via borgertilfredshedsmålinger og panelmøder, som afholdes kvartalsvis. Borgertilfredshedsmålingerne gennemføres som en survey med opfølgende interview i efteråret 2022 og igen i 2023. I starten af 2023 afholder kommunen desuden tre omgange af borger-pårørende-panel, hvor borgere og pårørende inviteres til dialog med afsæt i resultaterne af borgertilfredshedsmålingen. Disse tiltag skal sikre løbende erfaringsopsamling om bl.a. borgernes oplevelse af kontinuitet og oplevelse af kvaliteten i plejen.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet har haft en længere indflyvningsfase, hvor selve teamstrukturen er gældende ultimo september 2022 for alle fire distrikter. Det er derfor for tidligt at vurdere, i hvilket omfang det lykkes at opnå de ønskede resultater.

Oplevelsen er dog, at der er stor opbakning til den nye organisering samt at de medarbejdere, der har været med til at forberede den nye teamstruktur, oplever gode resultater relateret til de prøvehandlinger, der er gennemført. Det drejer sig dels om øget kontinuitet i borgerkontakten samt at de afprøvede triagerings- og teammøder understøtter ønsket om et tættere og mere fleksibelt tværfaglig samarbejde.

I de to teams, der har kørt prøvehandlinger i projektets første fase, er der også sket et fald i sygefravær blandt medarbejderne, og der er kommet tilkendegivelser om større arbejdsglæde, hvilket tolkes som indikationer på, at projektet som helhed vil kunne give de ønskede resultater.

Af fortsatte udviklingspunkter fremhæves ved interview arbejdet med styrke samarbejdet mellem hjemmepleje og sygeplejen i den nye organisering samt opgaven med at øge den oplevede relevans og udbyttet af de nye mødeformer, der er introduceret i og omkring de otte hjemmeplejeteams.

## 6

### Fredensborg Kommune: *Borgernære teams i Fredensborg Kommune*

#### Formål og målsætninger

Formålet med projektet er at afprøve nye måder at organisere arbejdet og hjælpen til borgerne på, til gavn for både borgerne og medarbejderne. Det skal ske ved at etablere faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Projektets målsætninger er:

- At borgerne i højere grad oplever omsorg og nærvær, ved at der er større kontinuitet og kendskab hos de medarbejdere, som kommer
- At borgerne oplever større fleksibilitet, hvor det i højere grad er dagens behov hos borgerne, hånd i hånd med den faglige vurdering, som er styrende frem for skemalagte kørelister
- Øget sammenhæng og koordinering mellem både faggrupper og vagtlag, der kommer i borgernes hjem, og herigennem øget kvalitet og patientsikkerhed
- At være en attraktiv arbejdsplads, hvor medarbejderne oplever sig fagligt kompetente og har indflydelse på eget arbejde og trivsel. Dermed påvirkes fastholdelse og rekruttering positivt.

Strategien for projektet er udvikling af hele hjemme- og sygeplejeorganisationen med bred involvering fra start. Det skyldes ønsket om at opnå varige forbedringer i hele organisationen, at de fire hjemme- og sygeplejegrupper bliver mere ensartede på tværs samt at lederne i højere grad bruger hinanden. Projektet medfører kun i begrænset omfang ændring af organiseringen, idet hjemmesygeplejen i forvejen var organisatorisk integreret i hjemmeplejen, og fordi plejedelen allerede havde erfaringer med at arbejde i mindre teams. Derfor er der i projektet fokus på integrering af sygeplejerskerne i deres teams, udvikling af tværfaglighed og selvstyring.

Bottom-up-tilgangen er et centralt element i projektets udviklingsarbejde. Første del af projektperioden er anvendt til at formulere prøvehandling i en medarbejderdrevet proces med afsæt i PDSA-metoden. Der er nedsat forbedringsteams i alle fire hjemme- og sygeplejegrupper med ledere og medarbejdere på tværs af hjemme- og sygeplejen samt myndighed. De fire forbedringsteams har arbejdet med at formulere og afprøve prøvehandling i egen hjemme- og sygeplejegruppe inden for projektets indsatsområder og har en vigtig og løbende opgave med at justere og implementere tværgående indsatser og erfaringer undervejs i projektperioden.

Sideløbende er der arbejdet med vidensindsamling for at kvalificere fokusområderne for projektet gennem analyser af borgernes og medarbejdernes ønsker og behov. Aktuelt er der et analysespor omkring kortlægning af forbedringspotentialer på sygeplejeområdet og et kvalitets- og dokumentationsspor, hvor der foretages audits på sundhedslovs- og servicelovsområdet.

### **Projektorganisering**

Projektet er forankret ved centerchefen for Ældre og forebyggelse, der er projektejer. Der er etableret en styregruppe med bl.a. direktøren på området, lederen af visitationen og fællestillidsrepræsentanterne for FOA og DSR. Politisk er projektet forankret i Social- og sundhedsudvalget. Kernen i projektorganiseringen er hjemme- og sygeplejens ledergruppe samt de forbedringsteams, som er etableret i hver af de fire hjemme- og sygeplejegrupper.

Der er ansat en intern projektleder og en implementeringskonsulent, som understøtter arbejdet med prøvehandlinger i hverdagen. Dertil er tilknyttet ekstern konsulentbistand ved Connector, der bistår med analyser, understøttelse af de fire forbedringsteams samt lederudvikling. Der er planer om at tilknytte yderligere et eksternt konsulentfirma i forhold til teamudvikling og kompetenceudvikling målrettet medarbejderne.

### **Borgermålgruppe**

Projektets målgruppe er alle borgere, der modtager hjemmehjælp i form af støtte til personlig pleje, praktisk hjælp, rehabilitering (SEL § 83 og 83 a) og/eller sygepleje (SUL § 138), svarende til i alt cirka 1.200 borgere pr. oktober 2022.

### **Teamorganisering**

I Fredensborg Kommune er hjemmepleje og sygepleje organisatorisk integreret under en samlet ledelse. Hjemme- og sygeplejen består af fire grupper, som er inddelt i 10 faste, tværfaglige teams i alt: tre i Humlebæk- og Fredensborg-grupperne, og to i Nivå- og Kokkedal-grupperne. Et team dækker dagvagt i hverdage og weekend (indtil videre for halvdelen af grupperne). På interviewtidspunktet er aftenvagterne endnu ikke en del af teamstrukturen, men aftenvagten er repræsenteret i et af projektets forbedringsteams. Rehabiliteringsterapeuterne indgår pr. 1. november også organisatorisk i hjemme- og sygeplejegrupperne. I hver af de fire hjemme- og sygeplejegrupper er der to planlæggere. Der er desuden tilknyttet to visitatorer.

Hvert team består af mellem 10-14 medarbejdere (5-6 SSH'er, 3-5 SSA'er og 2-3 sygeplejersker) alt efter geografiske forhold og borgetyngden i den aktuelle hjemme- og sygeplejegruppens område. Der er ikke rykket rundt på medarbejderne, men sygeplejerskerne er nu delt ud, så de indgår i et team frem for

at være en sygeplejegruppe i hjemmeplejegruppen. Der er tilknyttet en terapeut og en visitator til hvert team.

I tre ud af fire hjemme- og sygeplejegrupper har hvert team igangsat en prøvehandling med et fast tværfagligt morgenmøde, hvor social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejerske deltager. I to af hjemme- og sygeplejegrupperne afprøves samme type møde for aftenholdet, hvor der samtidig sker en overlevering fra dagholdet.

### **Selvstyring**

Der er på nuværende tidspunkt ikke formuleret faste mål for graden af selvstyring. Det prioriteres, at de enkelte teams har etableret sig med en ny og stabil hverdag, hvor de er parate til at få tildelt mere ansvar, og der er planer om at lave en grundig analyse af planlægningsopgaven i 2023.

Der opleves en positiv efterspørgsel fra medarbejdere efter at få mere indflydelse og at lægge dele af planlægningsopgaven ud i de enkelte teams. For nuværende er der derfor igangsat prøvehandling, hvor planlæggeren laver grundplanerne og de enkelte teams håndterer fravær mv. på morgenmøderne. Til at understøtte dette er omsorgssystemerne ændret sådan, at hver hjemme- og sygeplejegruppe er inddelt i teams. Derudover er der planer om at implementere en app, hvor medarbejderne har mulighed for at komme med egne ønsker til ferie, vagter, mv. og se teamets ønsker, for derved at understøtte øget koordinering og indflydelse.

### **Tværfaglighed**

Projektet har som ambition at udvikle en reel integreret tværfaglig teamorganisering, hvilket fremmes af mødestrukturer og fysiske rammer, der sikrer, at faggrupperne sidder sammen fysisk som et team samt at de har adgang til hinanden i det daglige. Der opleves altså behov for at fremme tværfagligheden i praksis, selvom hjemmeplejen og sygeplejen organisatorisk er integrerede.

Med projekter er mødestrukturerne blevet mere systematiserede, og der arbejdes med at gøre formål og roller tydeligere. Oplevelsen er, at morgenmøderne har bidraget til en mere koordineret indsats i forhold til borgerens forløb ved at fremme en tværfaglig praksis i teamet, hvor der sker faglig sparring om borgere med særlige problemstillinger. Der arbejdes på at sikre opfølgning fra sygeplejerskerne, som har det sygeplejefaglige ansvar i forløbene, bl.a. ved også at afprøve fælles frokostmøder i teams, hvilket også giver mulighed for faglig sparring i løbet af dagen.

Alle teams er i gang med tværfaglige møder hver 14 fjortende dag, hvor team, visitatorer og rehabiliteringsterapeut deltager. Til at understøtte det er der udarbejdet et fælles koncept, som forbedringsteams har fokus på at implementere. Derudover deltager implementeringskonsulent på møderne og giver løbende feedback til de enkelte teams.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Strategien er, at der skal være nærværende ledelse i hverdagen, der understøtter de tværfaglige teams. Der er igangsat en proces for at styrke den eksisterende ledelsesstruktur i hjemme- og sygeplejen med henblik på at mindske ledelsesspændet. Med det afsæt øges antallet af gruppeledere i 2023 fra en til to ledere i tre af de fire hjemme- og sygeplejegrupper. Det er samtidig tanken, at de to gruppeledere skal fordele teams imellem sig og altså være ledere for alle faggrupper. Hensigten er, at ledelsesstrukturen afspejler den tværfaglige teamstruktur med sygeplejersker, rehabiliteringsterapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere.

Dertil arbejdes på, at den øgede grad af selvstyring på teamniveau også skal understøttes af en mere faciliterende ledelsesrolle, end der traditionelt har været på ældreområdet (uddybes nedenfor under kompetenceudvikling).

I forlængelse af planerne om en ny ledelsesstruktur er der flere tiltag i gang for at understøtte ledelsesrollen generelt set og i projektet i forhold til at drive forandring og drift på en og samme tid. Der er etableret et lederspor for de decentrale ledere, hvor de mødes hver 14 fjortende dag for at få fælles viden og tilgang til projektet samt understøtte tværgående ledelsessamarbejde mere generelt i hjemme- og sygeplejen. Der vil i den kommende periode også være fokus på at understøtte dualedelse. Der bliver altså arbejdet med udvikling i ledelsesrollen både lokalt i hjemme- og sygeplejegrupperne og på fælles plan på tværs af alle ledere i hjemme- og sygeplejen.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der er planlagt et lederudviklingsspor med kompetenceudvikling målrettet hele ledergruppen i hjemme- og sygeplejen og individuel supervision målrettet den enkelte leder for at imødekomme forskellige erfaringsniveauer og behov blandt lederne. Kompetenceudviklingsforløbet starter i december 2022 og fortsætter i hele 2023. Det varetages af Connector. Kompetenceudviklingsforløbet har bl.a. fokus på temaer som ny organiseringsform, tværgående ledelse, faciliterende ledelse, faglig ledelse, dualedelse samt ledelse af kompetenceudvikling.

På interviewtidspunktet er man ved at afsøge mulighederne for teamudvikling og kompetenceudvikling målrettet medarbejderne, som også skal varetages af et eksternt konsulentfirma. Team- og kompetenceudviklingsforløbet skal køre i 2023. Planen er først og fremmest at identificere behovet for kompetenceudvikling inden for det enkelte team og på tværs af teams, så afsættet bliver så praksisnært som muligt. Forventningen er, at det overordnet vil fokusere på

teamudvikling, kommunikation og konflikthåndtering samt tværfaglig dialog, sparring og mødeledelse.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Der er stor interesse for at kunne dataunderstøtte gruppelederne og de tværfaglige teams i forhold til projektets målsætninger – fx på graden af kontinuitet på teamniveau. Aktuelt arbejdes på at identificere de konkrete behov for dataunderstøttelse, og derefter skal det undersøges, hvorvidt og hvordan de nuværende systemer understøtter de identificerede behov for datatræk. Det er altså et projektspor, der er under opstart, og som har et langsigtet perspektiv.

### **Myndighed og visitation**

Kommunen oplever at have et godt udgangspunkt for at forbedre samarbejdet mellem tværfaglige teams og visitation, idet der er positive erfaringer med pakkebaseret visitation på servicelovsområdet samt at visitatorerne er organiseret efter hjemme- og sygeplejegrupperne, således at de refererer til de samme borgere. Med det afsæt er ønsket at strukturere og formalisere samarbejdet, i første omgang ved at styrke de tværgående møder og tydeliggøre visitatorernes og teams rolle i mødet.

Det har imidlertid også været en erkendelse undervejs i projektperioden, at pakkevisitationens indbyggede fleksibilitet ikke anvendes optimalt i udførelledet. Det skyldes, at planlæggerne i hjemmeplejen pakker pakkerne ud i minutbestemte enkeltindsatser, hvormed arbejdstilrettelæggelsen – og de udførende medarbejderes muligheder for at justere i hjælpen – ikke afspejler fleksibiliteten i pakkerne. Derfor skal der dels arbejdes på, at de udførende medarbejdere får viden om deres muligheder for at vurdere og tilpasse hjælpen herefter. Dels er der planer om at gennemføre en analyse, som skal skabe viden om visitations- og økonomistyringspraksis med det formål at understøtte gruppelederne i at kunne tage mere ansvar for økonomistyringen.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Rehabiliteringsterapeuterne er allerede integreret i hjemme- og sygeplejen. Terapeuterne opleves som meget vellidte og velintegrerede, og i forbindelse med projektet er de ansættelsesmæssigt flyttet fra en tværgående gruppe til hjemme- og sygeplejegrupperne, hvilket forventes at styrke integrationen af terapeuterne. Intentionen er at udvikle samarbejdet mellem terapeuter og social- og sundhedsmedarbejderne og sygeplejersker i rehabiliteringsforløb og i øvrige forløb, hvor terapeuterne giver sparring til det udførende personale. Terapeuterne skal spille en større rolle i borgerforløbene ved at tage et større fagligt ansvar samt udvikle social- og sundhedsmedarbejdernes kompetencer til at arbejde rehabiliterende og aktiverende.

## **Involvering af borgere og pårørende**

Der er arbejdet med organisatorisk inddragelse af borgere i form af dialogmøder i opstarten af projektet. Formålet var at få borgernes input til udviklingsarbejdet. Derfor afspejler borgernes ønsker om kontinuitet og fleksibilitet sig i projektets målsætninger og de prøvehandling, der er udformet i forbedringsteams. Derudover arbejder en af hjemme- og sygeplejegrupperne med dialog og feedback med borgerne, og der er overvejelser om at afprøve opstartsamtaler med nye borgere senere i projektperioden.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Den overordnede oplevelse er, at projektet er godt på vej. Projektet er samtidig nået til et punkt, hvor det udvikler sig selv, ved at medarbejderne efterspørger nye tiltag og ønsker at kopiere prøvehandlingerne fra de andre hjemme- og sygeplejegrupper. Ledelsesmæssigt er der derfor en opmærksomhed omkring at fastholde processerne og understøtte udviklingen, så det ikke løber for stærkt.

Projektet har i det første halve år af 2022 været udfordret af udskiftning i ledergruppen på både topledelsesniveau og decentralt ledelsesniveau, hvilket medførte, at fokus det første halve år var på at etablere forbedringsteams i hjemme- og sygeplejegrupperne og arbejde med lokale prøvehandling med afsæt i målsætningerne. Det er først i det andet halve år af projektet, at arbejdet med de tværgående spor er blevet igangsat.

At fokus i starten var primært lokalt, vurderes at have været en uventet fordel, idet det har været med til at skabe et øget lokalt engagement og en tilvænning til forandringsprocessen, som har vist sig at udgøre et godt fundament for den tværgående indsats.

Samtidig har projektet haft et organisatorisk godt udgangspunkt for etableringen af tværfaglige og selvstyrende teams, idet sygeplejen i forvejen var integreret i hjemmeplejen, og terapeuter og visitationen var tilknyttet de enkelte hjemme- og sygeplejegrupper. Hjemmeplejen var desuden til dels allerede delt ind i mindre teams.

Der opleves opbakning og engagement omkring projektets målsætninger på tværs af faggrupper og funktioner, men også, at drift, vaner og hverdag til tider fjerner fokus fra udviklingsarbejdet, der kræver meget understøttelse. Derudover fremgår det, at et tættere tværfagligt samarbejde i praksis er udfordrende og indebærer en stor forandring for hjemmesygeplejens ansatte. Her er det en væsentlig erkendelse – og udfordring – at de fysiske rammer ikke understøtter organisering i tværfaglige teams, ved at hvert team har eget grupperum. Det opleves derfor som et udviklingspunkt at sikre de rette fysiske rammer omkring den tværfaglige teamorganisering for at lykkes med projektets målsætninger.

# 7

## Frederikshavn Kommune: *Projekt faste teams i hjemme- og sygeplejen*

### Formål og målsætninger

Formålet med etableringen af faste teams i Frederikshavn Kommune er at udvikle og afprøve en helhedsorienteret hjemme- og sygepleje, som sikrer medarbejderne et større handlerum, og hvor borgeren oplever sammenhæng i indsatserne, medinddragelse og en høj grad af selvbestemmelse i eget liv (jf. projektbeskrivelse). Projektet skal udvikle en model for fremtidig hjemme- og sygepleje, og erfaringerne skal på sigt udrulles til den øvrige organisation. Projektet har følgende fire delmål (jf. projektbeskrivelse):

1. At sikre en øget borgeroplevet kvalitet med fokus på øget medinddragelse, selvbestemmelse og støtte til at blive så selvhjulpne i eget liv som muligt
2. At øge medarbejdertrivselen ved at sætte medarbejderne fri og anerkende, at de har de rette fagligheder og kompetencer til at organisere sig omkring borgeren
3. At styrke det tværfaglige samarbejde med afsæt i borgerens behov
4. At have fokus på en økonomi i balance.

Ét pilotområde med integreret hjemme- og sygepleje (Frederikshavn SYD) er udvalgt til at deltage i projektet. Ved projektopstart gennemførte en trivselskonsulent, der er knyttet til projektet, 'tjek-ind-samtaler' med alle medarbejdere i pilotgruppen, hvilket dannede grundlag for formuleringen af projektets formål, delmål og visioner.

Projektet blev igangsat med en workshop faciliteret af konsulent Thomas Karlsson og med deltagelse af medarbejdere i hjemme- og sygeplejen, visitationen, ledere, tillidsrepræsentanter, arbejds- og miljørepræsentanter, projektgruppen og centerchefer.

Der er etableret 11 arbejdsgrupper, som har til opgave at drive projektet frem mod de beskrevne delmål. Her deltager relevante ledere, medarbejdere fra pilotområde Frederikshavn SYD og medarbejdere fra organisationen. Hver arbejdsgruppe arbejder med udvikling, afprøvning og justering af prøvehandlinger inden for hver sit tema: roller og ansvar, lokaler/flytning, målinger, økonomi, ledelsesrollen, teamsamarbejde og borgerinddragelse, rehabilitering og borgerinddragelse, visitation, Vagtplan 2.0, hjemmeplejelæge og support.

### Projektorganisering

Projektet er forankret i Center for Sundhed og Pleje, og projektejer er centerchefen for Sundhed og Pleje. Projektet er organiseret med en styregruppe, en



projektgruppe, en faglig følgegruppe samt en interessentgruppe. Der er ansat en intern projektleder samt en projektsygeplejerske på projektet. Desuden er 30 ugentlige visitatortimer og en koordinator med sygeplejefaglig baggrund frikøbt til projektet fra 1. oktober 2022.

### **Borgermålgruppe**

Projektets målgruppe er borgere, der er bosiddende i det valgte geografiske område i Frederikshavn SYD, og som modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp i eget hjem efter servicelovens §§ 83 og 83a samt sygepleje efter sundhedslovens § 138. I den udvalgte pilotgruppe er der ca. 350 borgere, der modtager hjemme- og sygepleje.

### **Teamorganisering**

Pilotgruppen er pr. 26. september 2022 delt i to teams i dagvagt. Opdelingen er sket under hensyntagen til geografi, kompetence, erfaring, faglighed, nøglefunktioner, weekendarbejde, hvorfor der kun i begrænset omfang er ændret på kørelisterne, ligesom der ikke er rekrutteret nye medarbejdere til projektet.

- Team 1 består af fire social- og sundhedsassistenter ni social- og sundhedshjælpere, en sygehjælper og fem sygeplejersker, og der er tilknyttet en rehabiliteringsterapeut samt en visitator.
- Team 2 består af fem social- og sundhedsassistenter, fire social- og sundhedshjælpere, en sygehjælper, to ufaglærte og seks sygeplejersker, og der er tilknyttet en rehabiliteringsterapeut samt en visitator.

Begge teams arbejder hverdage i dagtid. Sygeplejen varetager akuttelefonen for hele Frederikshavn Kommune.

I vagter i aftentimerne, på hverdage, på helligdage og i weekender fungerer de som hidtil i et fast team på seks personer.

I weekender og på helligdage arbejder begge teams sammen som en enhed, og med samme fokus på planlægning og tværfagligt samarbejde på morgen og middagsmøder.

Aftenvagterne arbejder fortsat som vanligt i et team bestående af 1 SSA'er, 4 SSH'er og 1 SPL. For at sikre overlap mellem dag og aftenvagter, møder koordinator to gange om ugen aftenvagterne fra 15.30-15.45, rehabiliteringsterapeut møder aftenvagterne en gang om ugen fra 15.30-15.45, og det påtænkes, at visitator også skal møde aftenvagterne en gang om ugen fra 15.30-15.45.

Nattevagter inkluderes ikke i projektet, da de i Frederikshavn Kommune møder ind centralt.

Fra 1. oktober er der tilknyttet en visitator til hvert team, som deltager på tværfaglig triage to gange ugentligt og har fire arbejdsdage i pilotområdet om ugen. Til begge teams er også knyttet hhv. en koordinator/planlægger for servicelovsdelen og en koordinator for sundhedslovsdelen, som bistår teamet i ruteplanlægning, desuden en terapeut og visitator.

Som noget nyt møder sygeplejerskerne ind sammen med plejepersonalet til fælles morgenmøder og middagsmøder. Der er skabt nye fysiske rammer for at understøtte den tværfaglige teamorganisering, sådan at hvert team har eget lokale. Dertil er der et lokale til koordinatore, visitatorer, vagtplanlægger og terapeut samt et lokale til sygeplejerskerne, der også skal varetage akutte-telefon, planlægning og sparring samt korrespondance med almen praksis, sygehus, mv.

Hvert team arbejder med én primær prøvehandling, og på et tidspunkt skal de to teams bytte. Team 1 arbejder med fokus på medindflydelse på den daglige planlægning og tværfagligt samarbejde, og team 2 arbejder med hverdagsrehabilitering.

## **Selvstyring**

Der er med projektet ikke lagt op til at ændre i ledelsesstrukturerne eller koordinatorfunktionerne for hhv. sygeplejerskerne og social- og sundhedsmedarbejderne, idet disse betragtes som fortsat havende en vigtig understøttende rolle. Team 1 arbejder mod at blive selvplanlæggende med det formål at sikre en høj grad af kontinuitet i borgerkontakten. Kontinuitet forstås her både som antal forskellige medarbejdere i borgers hjem og sådan, at teamet som helhed har kompetencer til de ydelser, der er behov for, og kendskab til borgerne og hjemmene, således alle kan udføre hjælpen på borgernes præmisser. Her skal der være fokus på, at dokumentation skaber sammenhæng for borgeren.

I første omgang betyder selvplanlægning, at teamet får ansvar for at 'pusle planerne på plads' ved fravær og akutte opgaver. Det sker på daglige morgenmøder med deltagelse af social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker. I tilfælde af meget fravær vil koordinatoren dog have foretaget et forberedende arbejde. Sygeplejerskerne har gennemført en prøvehandling, hvor de justerer egne kørelister ved vagtslut om eftermiddagen frem for om morgenen for at frigive tid til at deltage på morgenmøderne.

Ligeledes mødes teamet 15 minutter til middag tre gange om ugen (mandag, onsdag og fredag kl. 12.45-13.00), hvor de koordinerer og sparrer om borgerbesøg samt fordeler fremadrettede kendte opgaver imellem sig.

For at understøtte teamet i disse nye opgaver deltager lederen ad hoc, og der er udarbejdet dagsordener for møderne.

De foreløbige erfaringer peger på, at medarbejderne trives med øget indflydelse på den daglige planlægning. Det opleves positivt, at de ønsker at skiftes til at have rollen som mødeleder, fordi det forbindes med tryghed og fælles ansvarsfølelse. Derudover er oplevelsen, at teamet – på grund af deres kendskab til borgerne og leveringen af indsatserne – har bedre forudsætninger for en arbejdstilrettelæggelse med kørelister, der understøtter kontinuitet i borgerkontakten.

Derudover er det planen, at erfaringerne fra projekt 'Vagtplan 2.0' (som skal indkøres i alle kommunens hjemmeplejegrupper) integreres i nærværende projekt, hvormed medarbejderne kan ønske arbejdsdage og dermed få yderligere indflydelse på den mere langsigtede vagtplanlægning.

### **Tværfaglighed**

Frederikshavn Kommune har i udgangspunktet en integreret organisering, hvor hjemmeplejen og sygeplejen er fysisk sammen under fælles ledelse i de enkelte områder. Rehabiliteringsterapeuterne, som refererer til egen leder for træningsområdet, har samtidig i forvejen deres daglige gang i hjemme- og sygeplejen. Endvidere er der i forvejen strukturer for det tværfaglige samarbejde mellem social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker i form af triagemøder. Det betragtes som et godt afsæt for at videreudvikle det tværfaglige samarbejde, hvor der iagttages et uudnyttet potentiale for at styrke en tværfaglig og teambaseret kultur i teamet og styrke samarbejdet med rehabiliteringsterapeuter og visitatorer.

For begge teams er der ugentlige triagemøder to gange ugentligt (tirsdag og torsdag), hvor også rehabiliteringsterapeuten deltager og som noget nyt visitatoren. Her drøftes udvalgte borgerforløb.

Der er dog overvejelser om at slå trigemøderne sammen til fælles møder, idet de to teams hjælper hinanden i weekenden, og det derfor vil være frugtbart, at medarbejderne får fælles kendskab til hele gruppens borgere.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Ambitionen er, at ledelsesrollen i hjemme- og sygeplejen skal forandre sig hen imod en mere faciliterende rolle, hvor lederen fortsat er synlige og tilstedeværende, men på en understøttende og coachende måde. Denne ledelsesstil skal understøtte teamene i selv at træffe beslutninger og løse udfordringer. Der er som nævnt nedsat en arbejdsgruppe, som får til opgave at beskrive, hvordan

ledelses- og koordinatorrollen omkring faste teams kan gå fra 'fikser til facilitator. Derudover mødes lederne på området jævnligt for at sikre en fælles retning og ensartet ledelsesstil.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der er ikke afsat puljemidler til kompetenceudvikling af medarbejdere og ledere. Medarbejderne har hen over foråret modtaget kompetenceudvikling i borgerjournaliseringssystemet CURA. Koordinatorerne underviser relevante i CURA Plan. Terapeuterne kører med medarbejderne på borgerbesøg, hvor der "on the job" opkvalificeres i rehabilitering. Medarbejderne undervises i øjeblikket i Vagtplan 2.0

Trivselskonsulenten gentager løbende *check-in*-samtaler med de involverede medarbejdere, som vil have fokus på arbejdsmiljø, trivsel, teamsamarbejde, mv. For at understøtte medarbejderne i udviklingsarbejdet, som for mange er en ny og til dels usikker måde at arbejde på, er projektsygeplejersken tæt på driften og tager bl.a. med på borgerbesøg og møder. Formålet er dels at forebygge og håndtere udfordringer, dels at sikre fremdrift mod projektets målsætninger. Medarbejdere eller medarbejdergrupper modtager også supervision fra psykolog.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Planen er at igangsætte et spor omkring dataunderstøttelse for at følge resultaterne i de to teams, hvilket betragtes som en større og langsigtet opgave. Det skyldes, at de nuværende systemer ikke understøtter de ønskede data-træk på indikatorer som leveret versus visiteret tid, sygefravær og kontinuitet. Det skal dog afklares, hvorvidt og hvordan det kan lade sig gøre at trække anvendelige data på kontinuitet, der tager højde for, at det ikke kun drejer sig om personkontinuitet samt for de forhold, som dataene kan være udtryk for. I første omgang opgøres forholdet mellem visiteret og leveret tid derfor ved, at medarbejderne manuelt noterer, hvornår de hhv. starter og slutter hvert borgerbesøg.

Tjek-ind-samtalerne skal ses som en del af målingerne. Derudover skal erfaringerne fra projekt 'Hjemmeplejelæge', hvor man anvender antal indlæggelser som en kvalitetsindikator, integreres i nærværende projekt, og der skal videreudvikles på brugen af en team-effekt-app, som måler medarbejdernes trivsel.

### **Myndighed og visitation**

Projektet ses i høj grad som anledning til at udvikle samarbejdet mellem visitation og udførerled, og ambitionen er at udvikle en model, der på sigt kan udvides til hele området. Der er behov for, at medarbejderne får bedre adgang

hinanden. Derfor er puljemidler anvendt til at frikøbe to visitatorer med 15 timer hver. Oplevelsen er, at faggrupperne har et højt tidsforbrug på skriftlig dialog om 'småjusteringer' i hjælpen. Det er derfor vigtigt, at den visiterede tid kan rumme disse individuelle tilpasninger, når ydelsen leveres under hensyn til borgerens aktuelle behov.

Visitatorerne deltager på de ugentlige triagemøder. De har også faste hele arbejdsdage i teamet. Formålet er til dels, at visitatorerne får bedre indblik i borgerforløbene og kan spille en større rolle, hvor det er relevant samt at frigive ressourcer i visitationen til, at de kan gennemføre flere visitationssamtaler med borgerne med henblik på mere retvisende visitationer fra start.

Der er med projektet ikke lagt op til at ændre i økonomimodellen eller bevillingsstrukturen (enkelttydelsesvisitation). Men der tænkes arbejdet i en 12-ugersperiode med, at det udførende personale selv kan justere op og ned i tiden uden at skulle involvere visitatorerne for at afdække, om øget fleksibilitet kan rummes inden for den økonomiske ramme.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

I projektet arbejdes med rehabilitering i form af rehabiliteringsforløb (SEL § 83 a) og aktiverende pleje (SEL § 83) med det formål at øge borgernes selvhjælpenhed og inddrage borgerne og deres mål i såvel pleje- som sygeplejeindsatserne. Det indgår også som et fokusområde at fremme samarbejdet med visitationen om rehabiliteringsindsatserne. Som prøvehandling har de to rehabiliteringsterapeuter i gruppen (hvoraf en er fysioterapeut og en er ergoterapeut) været ude at køre med social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejerskerne. Herigennem skal de afdække det nuværende niveau for rehabilitering og aktiverende pleje som afsæt for at identificere, hvor der er forbedringspotentialer. På den baggrund skal terapeuterne levere input til den arbejdsgruppe, der har til opgave at formulere prøvehandlingerne inden for rehabilitering.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Borgerinddragelse er fokusområde for to af arbejdsgrupperne – den, der arbejder med teamsamarbejde, og den, der arbejder med rehabilitering. De nærmere prøvehandlingerne vedr. involvering af borger og pårørende er ikke defineret yderligere på interviewtidspunktet.

Dertil er borgerne repræsenteret i projektets interessentgruppe, som har første møde i starten af 2023.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet følger overordnet set tidsplanen. Der er nedsat to teams, som har en hverdag sammen med både en række kendte og nye strukturer, og hvor der er igangsat to primære prøvehandling. På baggrund af stort engagement og motivation for involvering i den øvrige organisation bør der være overvejelser om at lægge en plan for forberedelse af udrulning til de øvrige hjemme- og sygeplejegrupper. En erfaring er, at (ændringer i) praktiske forhold har stor betydning for medarbejderne, herunder at fysiske forhold har stor indflydelse på teamsamarbejdet, hvorfor det vil være første punkt i forhold til at forberede udrulning. Det fremstår positivt for projektets ambitioner, at der ikke opleves de store rekrutteringsudfordringer, og indtrykket er, at de to teams får flere ansøgninger på stillingsopslag end vanligt.

Hvad angår det tværfaglige samarbejde, er de foreløbige erfaringer, at flere strukturer og bedre adgang samt relationsdannelse mellem faggrupperne giver et løft i kvaliteten af den faglige sparring omkring borgerne. Omvendt opleves samarbejdet også at være udfordret. Det er dels, fordi nye samarbejdsformer skaber usikkerhed omkring forventninger til faggruppernes rolle, herunder sygeplejersker og visitatorernes rolle i et tværfagligt team. Der udtrykkes bekymringer for ikke på samme måde at indgå i et monofagligt fællesskab, der også skal løse opgaver, der rækker ud over hjemmeplejens borgere. Og det er dels, fordi der ikke er afsat puljemidler til frikøb af medarbejdere til mødedeltagelse. Det betragtes dog omvendt også som en fordel i forhold til at udvikle et setup, der også efter projektet er realistisk og bæredygtigt.

# 8

## Frederikssund Kommune: *Teamorganisering i Døgnglejen*

### Formål og målsætninger

Formålet med projektet er at udvikle og implementere faste, tværfaglige og selvstyrende teams, der skal fremme tværfaglige kultur og opgaveløsning i praksis. Det er der skabt rammerne for med en organisationsændring, hvor sygepleje og rehabilitering blev integreret i hjemmeplejen for 5 år siden. Der er formuleret fire pejlemærker for teamorganiseringen (jf. projektansøgningen):

- At der er én samlet tværfaglig døgngleje, hvor nærvær og kendskab til borgerne, kontinuitet og sammenhængende borgerforløb vægtes meget højt
- At grupperne er organiseret i selvstyrende teams, hvor medarbejderne selv varetager en stor del af planlægningen og tager større ansvar for selv at lede borgernes forløb på tværs af hele døgnnet
- At lede mere sammen og på tværs med delt ansvar for både driftsopgaver og udviklingsopgaver i Døgnglejen
- At arbejdet i højere grad sker efter samme mål og koordinere og samarbejde på tværs med visitation, rehabilitering og træning mv.

Projektet gennemføres ud fra en strategi om, at der arbejdes med at forberede en organisationsændring for hele hjemme- og sygeplejen benævnt Døgnglejen. I anden halvdel af 2022 gennemføres pilotafprøvninger i et udvalgt hjemmeplejeområde (to delområder), og planen er herefter, at de udviklede løsninger skal udbredes til hele Døgnglejen i 2023.

Forberedelsesarbejdet tager afsæt i forbedringsmetoden (PDSA) for at gøre udviklingsaktiviteterne bottom-up-drevne. I tiden fra foråret og frem mod opstart af de første teams i august 2022 har der været etableret to forbedrings-teams i hver af de to delområder bestående af områdeleder, planlægger, sygeplejersker, assistenter og hjælpere fra hvert team.

### Projektorganisering

Projektet er forankret ved centerchefen for Sundhed og forebyggelse, som Døgnglejen hører ind under, der er projektejer. Projektet er organiseret med en styregruppe, en intern projektleder, en sygeplejefaglig konsulent, forbedrings-teams. Til projektet er der også tilknyttet ekstern konsulentbistand ved Connector, som varetager foranalyse og faciliterer udviklingsprocesser og kompetenceudvikling samt løbende evaluering af projektet.

### Borgermålgruppe

Projektets målgruppe er borgere, der modtager hjemmehjælp efter servicelovens § 83, § 83a og § 86 og sundhedslovens § 138. Cirka 450 borgere i 2022

og alle 1.650 borgere i kommunen i 2023, i takt med at teamorganiseringen udrulles til de øvrige geografiske områder.

### **Teamorganisering**

Et geografisk område bestående af to delområder er udvalgt til at være 'pilot-områder', der skal afprøve selvstyrende teams med opstart den 15. august. Det er altså et eksisterende område, hvori der er to delområder, så der er ikke rykket rundt på medarbejdere eller rekrutteret udefra. Baggrunden for at vælge dette område skyldes en stor ledelsesinteresse i at drive forandring og udvikling. De to delområder dækker dagtid inklusive weekend. Hvert team består af 20-26 medarbejdere fordelt på 3-4 sygeplejersker, 4-9 assistenter, 11-13 hjælpere og 1-2 ufaglærte. (Det ene team har to vakante assistentstillinger og en vakant sygeplejestilling).

### **Selvstyring**

Det er ambitionen, at de enkelte teams på sigt selv skal varetage opgaven med at lave grundplaner ud fra et ønske om at frigøre ressourcer til udekørende funktioner. Det er samtidig ønsket at integrere de centralt organiserede planlæggere i hjemmeplejen, samtidig med at der tages hensyn til, at deres opgave også indebærer, at de skal koordinere rute- og vagtplanlægning på tværs af hjemmeplejegrupper. Forventningen er, at der gradvis vil ske en integration af planlæggerfunktionerne og de udekørende funktioner, som skal skabe udgangspunkt for en mere fleksibel rollefordeling.

I første omgang er oplevelsen dog, at der er behov for at bevare de eksisterende planlæggerfunktioner, som har ansvaret for grundplanerne, mens de enkelte teams starter med at varetage ændringerne i den daglige besøgsplanlægning. Der er således fortsat tilknyttet en planlægger til hvert team, hvor fokus er på i højere grad at sikre kontinuitet igennem planlægningen. I det ene team er medarbejderne delt ind i mindre områder. I det andet team arbejdes der på tilsvarende inddelinger.

### **Tværfaglighed**

Projektet har stort fokus på at fremme det tværfaglige samarbejde og kollegialitet på tværs af faggrupper, idet oplevelsen er, at faggrupperne på trods af en formelt integreret organisering fortsat har en tendens til at arbejde monofagligt.

Begge teams har morgenmøde kl. 7.00-7.15, hvor medarbejderne i samarbejde med planlæggeren fordeler og planlægger dagen i forhold til nye opgaver og sygemeldinger. I det ene team er planlæggeren mødeleder. I det andet team er en af de udførende medarbejder mødeleder. I det ene team deltager også en sygeplejerske på morgenmødet, mens det andet team arbejder på at koble



en sygeplejerske på virtuelt på morgenmøderne. Årsagen til forskellene er, at sygeplejerskerne tilknyttet det ene team ikke deler lokation med hjemmeplejen samt at deres arbejdstid ikke matcher social- og sundhedsmedarbejdernes.

Der er tilknyttet en terapeut, der går på tværs af de to geografiske områder, og det er planlagt, at de på sigt skal deltage på morgenmøderne, fx 2 dage i det ene team og 2 dage i det andet team hver uge, for at fremme hverdagsrehabilitering.

Det er endvidere hensigten at afprøve og implementere tværfaglige triagemøder, men på interviewtidspunktet er de to pilotteams ikke klar til at udvikle og afprøve en model for triagemøder. Der arbejdes på, at triagemøderne bliver etableret senere i projektet, og de forventes at kunne være central kilde til øget tværfaglighed og teamfølelse.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Der forventes at ske en stor forandring i ledernes rolle i forbindelse med indførelsen af faste, tværfaglige teams. Det er særligt det tværfaglige element, som udfordrer den faglige ledelse. Det opleves som en stor forandring at integrere rehabiliteringsterapeuter og sygeplejersker i en tværfaglig organisering og at der er behov for at aflære monofaglig tænkning og opgaveløsning blandt lederne. Derfor er der behov for at udvikle en fælles forståelse for tværfaglighed blandt de involverede områders ledere. For at understøtte ledelse af tværfaglighed blev der i foråret 2022 indført duoledelse. De to ledere er ansvarlige for hver deres delområde. Samtidig deles de om ledelsen for hele området ved, at den ene leder er særligt ansvarlig for planlægning og rekruttering i hele området (begge delområder), mens den anden har et sygeplejefagligt fokus på blandt andet visitation og kvalitetssikring for begge delområder.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der er igangsat kompetenceudvikling målrettet lederne af de to pilotteams med fokus på coachende ledelse af selvstyrende teams. Sideløbende modtager de to ledere individuel coaching (af Connector). Kompetenceudviklingsforløbet skal udbredes til resten af ledergruppen hen over efteråret 2022, således de har deltaget på kompetenceudvikling forud for udrulning af teamorganisering i 2023.

På medarbejdersiden er der iværksat to spor: udvikling af teamet inklusive forbedringsmøder og et tværgående spor, hvor der skal udvikles kompetencepakker for hele medarbejdergruppen i Døgnplejen. Sidstnævnte spor bygger på erfaringer fra første spor, hvor de to forbedringsteams skal være med til at identificere behov for kompetenceudvikling.

De to pilotteams understøttes af de to forbedringsteams. Fra august og frem bliver der afholdt et månedligt møde i hver af de to forbedringsteams med systematisk opsamling på foreløbige erfaringer, der er skabt i de to teams med henblik på fælles udvikling. De involverede forbedringsmedarbejdere har også en rolle som forandringsagenter i hverdagen, idet de har til opgave at understøtte og facilitere, at justeringer og tiltag bliver omsat til praksis. I takt med at flere teams deltager i projektet, vil der blive nedsat flere forbedringsteams til at støtte op om udviklingsarbejdet.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Projektet og dets udviklingsaktiviteter kan rummes inden for de eksisterende rammer og systemer, og der er derfor ikke lagt op til at udvikle nyt system til ledelsesinformation, mv. men der vil blive evalueret på projektets effekt på udvalgte indikatorer hentet i eksisterende systemer herunder EOJ-systemet Cura. Der skal udvikles indikatorer på kontinuitet i form af antal forskellige medarbejdere i borgerens hjem og antal besøg pr. dag pr. borger. Derudover skal der udvikles en indikator for effektiv anvendelse af tid samt disponeret tid over for visiteret tid (kvalitet af planlægningen). Allerede nu måles der jævnligt på medarbejdertrivsel i de to teams, ligesom der følges med på de månedlige opgørelser for sygefravær.

### **Myndighed og visitation**

Ambitionen er at mindske afstanden mellem visitation og teams samt at faggrupperne skal danne relationer for at fremme et tættere samarbejde om fælles borgere ved bl.a., at visitatorer har faste arbejdsdage i hjemme- og sygeplejen. Det skal også bidrage til at udførerne på sigt kan tage mere ansvar for målsætning og dokumentation i borgerforløbene.

Derudover fremgår det, at den nuværende planlægning, hvor pakkerne i udførerleddet pakkes ud i minutangivne ydelser, er en hindring for at tilrettelægge hjælpen ud fra en vurdering af borgers aktuelle behov. På den baggrund er der en prøvehandling i gang med Visitationen om, at de alene angiver, hvilken pakke borgeren visiteres til med angivelse af funktionsevnevurderinger, mens udføreren beskriver handlingsanvisninger uden angivelse af minutter og således kun, hvordan opgaven skal udføres.

Endelig er der tanker om, at der skal ses nærmere på eksisterende BUM-styring, som vil være i forlængelse af nærværende projekt.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er stort fokus på at arbejde mere målrettet med rehabilitering og øge borgernes selvhjulpethed både på servicelovs- og sundhedslovsområdet. I første

omgang skal der udvikles faste arbejdsgange for rehabiliteringsforløb (SEL § 83 a) igennem en handleplan. Sigtet for rehabiliteringsforløbene er, at rehabiliteringsterapeuten i teamet arbejder langt tættere sammen med social- og sundhedsmedarbejderne og sygeplejerskerne end i dag særligt ved at gennemføre besøg sammen for at fremme, at det udførende personale leverer indsatserne med et rehabiliterende sigte. Der er bl.a. aftalt en prøvehandling ved opstart af nye borgerforløb, hvor hhv. sygeplejerske og planlægger i et team tager et besøg sammen, og rehabiliteringsterapeut og planlægger i det andet team tager besøg sammen.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Som led i baselinemåling er der indledningsvis gennemført fokusgruppeinterview med borgere, som peger på udfordringer med kontinuitet og fleksibilitet, hvilket organisationsændringen søger at imødekomme. Interviewene med borgerne i pilotområderne forventes gentaget i løbet af projektperioden for en evaluering op mod baselinemålingen for at vurdere fremdriften.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet følger overordnet tidsplanen, idet de to pilotteams er i drift og arbejder på at udvikle faste strukturer for hverdagen. Projektet møder opbakningen bredt i organisationen på politisk og topledelsesniveau samt på frontlinjeniveauet og på tværs af faggrupper og funktioner. Det betragtes som en fordel, at projektet er tilrettelagt med en høj grad af medarbejderinvolvering og bottom-up-drevet udvikling, fordi det sikrer ejerskab og forbereder organisationen på den efterfølgende udrulning af faste og tværfaglige teams. Det fremgår imidlertid også, at det er uvant og derfor udfordrende for de involverede medarbejdere at arbejde efter PDSA-metoden samt at det kræver tid.

Projektet har indtil videre gjort sig de erfaringer, at der fra start er behov for at klæde medarbejdere og ledere bedre på i forhold til, hvad det betyder at arbejde i et fast, tværfagligt team. I forlængelse heraf fremgår det, at der er behov for at videreudvikle en fælles forståelse for tværfaglighed bredt i organisationen, dels for at fremme en tværfaglig kultur i praksis, dels for at imødekomme eventuel bekymring for nye roller, herunder blandt sygeplejersker, visitatorer og planlæggere. På samme måde arbejdes der på at klæde medarbejderne på til at være mere selvtilrettelæggende i hverdagen og have mere fokus på borgerne frem for indsatsene på kørelisterne, hvilket ifølge interview betyder et brud med nuværende kultur. Det er i den forbindelse en væsentlig erkendelse, at de fysiske rammer for at lykkes med målsætningen om reel integration skal understøtte tværfaglig teamorganisering igennem fælles lokation og grupperum for alle teamets faggrupper.

## 9

### **Glostrup Kommune: *Integreret og tværfaglig hjemmepleje via faste teams***

#### **Formål og målsætninger**

Projektets formål er (jf. ansøgning til Socialstyrelsen), med inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model, at udvikle en model for faste og tværfaglige teams, der sikrer mere stabilitet og kontinuitet i ældreplejen. Projektet er tilrettelagt som forberedelse til udrulning af faste teams og herunder afklaring af, hvordan denne organisering konkret skal se ud. Det er således besluttet, at den fremtidige organisation skal være mere tværfaglig og teambaseret, mens projektets forbedringsarbejde handler om at finde gode løsninger til den fremadrettede organisering.

Udviklingsarbejdet er tilrettelagt som en proces hvor medarbejdere og ledere er tæt involveret i udviklingsarbejdet. Der er planlagt en række konkrete udviklingsspor, der omhandler udvikling af medarbejdernes kompetencer, ledelsens rolle og opgaver, etablering af arbejdsgange og dokumentationspraksis, der understøtter en teamorganisering samt etablering af en ny model for ressourcefordeling og økonomistyring.

Projektet målsætninger er, at:

- De inkluderede borgere oplever mere omsorg og nærvær i en hjemmepleje leveret af færre forskellige medarbejdere
- Den faglige kvalitet løftes via kompetente og tværfagligt samarbejdende medarbejdere med indflydelse på eget arbejde
- Medarbejdertrivsel øges samt at denne understøtter rekruttering og fastholdelse i ældreplejen.

#### **Projektorganisering**

Til projektet er nedsat en styregruppe med relevante ledere, en projektleder, en projektgruppe. Endvidere er tilknyttet et eksternt konsulentfirma (Connector), der bistår med foranalyse, opsamling af resultater og kompetenceudvikling.

Projektet er forankret i Rehabiliteringsområdet i Center for Sundhed og Velvære, og både hjemmepleje, sygepleje, myndighed og rehabilitering er fysisk samlet på en fælles lokation med fælles ledelse.

## **Borgermålgruppe**

Alle borgere, som modtager sygepleje og personlig og praktisk bistand fra de to teams, der etableres med projektet (serviceloven § 83, § 83a og sundhedsloven § 138). Ved udgangen af 2022 forventes ca. 370 omfattet, og ved udgangen af 2023 forventes ca. 750 borgere omfattet.

## **Teamorganisering**

Projektet etablerede i juni 2022 to faste teams i hjemmeplejen, som dækker dagtid hverdag og weekend. Hvert team består af 10-12 SOSU-hjælpere, som kender hinanden, fordi der tages afsæt i hjemmeplejens eksisterende grupper. Hjælperne i de to teams møder ind sammen og får i første omgang eget ansvar for at koordinere det daglige arbejde og håndtere eventuelle sygemeldinger.

## **Selvstyring**

De to faste teams i hjemmeplejen har i udgangspunktet ansvar for ændringer i den daglige besøgsplanlægning, fx akutte opgaver eller sygemeldinger på morgenmøder. Ældreområdet i Glostrup har i ca. 1 år arbejdet med, at medarbejderne selv planlægger ferie, og erfaringerne her fra er positive, hvilket bliver betragtet som en fordel i forhold til det videre arbejde med at udvikle graden af selvstyring i de faste teams, herunder med, at medarbejderne på sigt kan overtage dele af ansvaret for vagtplanlægning.

## **Tværfaglighed**

Til hvert fast team er tilknyttet en rehabiliteringsterapeut, to visitatorer og fire-fem medarbejdere fra sygeplejen, som skal deltage i tværfaglige møder og som faste samarbejdspartnere i forhold til teamets borgere. Rammerne for de tværfaglige møder og det daglige samarbejde mellem team og de tilknyttede fagpersoner er fortsat under udvikling.

Sygeplejen fortsætter med at være organiseret i en selvstændig enhed, hvor der er ansat både sygeplejersker og SOSU-assistenten. Sygeplejen er organiseret, så sygeplejerskerne fungerer som specialister og fagligt ansvarlige, mens der er ansat SOSU-assistenten i egne teams, som udelukkende arbejder med overdraget sygepleje. Denne organisering opleves velfungerende, samtidig med at den understøtter rekruttering og fastholdelse af fagligt dygtige SOSU-assistenten, og dette er en vigtig årsag til, at der ikke planlægges ændringer.

Det indgår i projektet, at sygeplejens områder skal omorganiseres, så de geografisk matcher teamstrukturen i hjemmeplejen. Dermed skal der etableres en-tydige tværfaglige samarbejdsrelationer på tværs af sygeplejens SOSU-assistent-teams og hjemmeplejens SOSU-hjælper-teams. I hvilket omfang og

hvordan sygeplejerskerne skal indgå i dagligdagen for de to hjemmeplejeteams, er stadig under afklaring.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

De to pilotteams i hjemmeplejen skal overtage ansvaret for at tilrettelægge dagligdagen (herunder den daglige ruteplanlægning og håndtering af sygemeldinger) og det tværfaglige samarbejde om borgerforløb. Funktionerne som gruppe- og afdelingsledere samt tilhørende opgaver relateret til personaleledelse, koordinering og vagtplanlægning bibeholdes, men udvikles samtidig for at understøtte en mere tværfaglig og decentral organisering (uddybes under kompetenceudvikling nedenfor).

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der arbejdes med at udvikle nye ledelsesroller på afdelingslederniveau for at understøtte en organisering med mere selvstændige teams. Udviklingen fokuserer dels på at styrke ledernes tværgående rolle og dels på at gøre ledelsen mere coachende. I samarbejde med konsulentfirmaet Connector er gennemført et udviklingsforløb med fire workshops, hvor de involverede ledere er blevet undervist i bl.a. forandringsledelse, teamledelse, facilitering af møder, forbedringsarbejde og tværgående ledelse.

I efteråret 2022 er også gennemført et lederseminar, hvor der bl.a. var fokus på opstarten af de to faste teams og de fremadrettede ledelsesroller og behov for nye kompetencer. Resultaterne her fra skal anvendes i den fortsatte udvikling og undervisning til de involverede ledere.

Connector bidrager også med løbende kompetenceudvikling for medarbejderne i og omkring de faste teams som en integreret del af det løbende forbedringsarbejde. I dette spor er der fokus på praksisnær kompetenceudvikling om bl.a. teamsamarbejde (fælles mål, rolleafklaring, tillid, organisering, regler), faglig dialog (samtale- og spørgeteknikker til faglig refleksion, udforskning og beslutningstagen) og tværfaglig opgaveløsning (relationel koordinering, ansvarlighed, mål og opfølgning).

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Etableringen af de faste teams i hjemmeplejen giver ikke behov for at ændre i de omsorgssystemer og rutiner, der anvendes til at dokumentere og planlægge det faglige arbejde. Eventuelle ændringer i forhold til ledelses- og økonomistyring besluttet først, når muligheder og ønsker til ny model for økonomistyring er undersøgt (jf. afsnittet om økonomistyring ovenfor).

## **Myndighed og visitation**

Der er et igangsat et udviklingsspor om ældreområdet's tilgang til økonomistyring og i hvilket omfang det er relevant og muligt at ændre den aktivitetsbaserede styringsmodel, der visiteres og disponeres ud fra. I dette spor er der udarbejdet en BTP-undersøgelse af tidsforbruget i hjemmeplejen, men arbejdet befinder sig i øvrigt i en tidlig analysefase. Målsætningen for arbejdet er, at der kan udarbejdes et oplæg til en fremtidig model ved afslutningen af projektperioden.

## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er tilknyttet rehabiliteringsterapeuter til de faste teams i hjemmeplejen med henblik på at styrke medarbejdernes opmærksomhed og kompetencer i forhold til aktiverende pleje. Terapeuterne skal dels indgå i de tværfaglige møder om borgerforløb og dels løse egne opgaver relateret til teamets borgere. Samtidig skal terapeuterne fungere som faste sparringspartnere, der kan supervisere og vejlede SOSU-hjælperne i forhold til konkrete borgere.

## **Involvering af borger og pårørende**

Som forberedelse til de faste teams er der gennemført et fokusgruppeinterview med borgere om deres oplevelse af plejen og deres perspektiver på projektets målsætninger om kontinuitet og fleksibilitet i den daglige opgaveløsning. Interviewet har bekræftet, at borgerne har et stort ønske om, at der kommer færre i hjemmet, men også et ønske om, at de ikke-faste medarbejdere i hjemmet i højere grad er sat ind i borgerens situation og behov, når de kommer i hjemmet. Interviewresultaterne er anvendt i kompetenceudviklingen og medarbejdernes arbejde med at sikre kontinuitet og fælles viden om teamets borgere.

Det er planlagt at gentage interviewet midtvejs og ved afslutningen af projektperioden for løbende at inddrage borgernes perspektiver og oplevede resultater i udviklingsarbejdet. Herudover gennemføres borgertilfredshedsundersøgelser på kommuneniveau, som kan anvendes til at følge udviklingen i borgernes tilfredshed i og uden for de faste teams.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Det fremgår af interview, at projektets formål og målsætninger er uforandrede samt at udviklingsarbejdet forløber planmæssigt. I maj-juni måned blev der holdt møder og workshops, hvor alle involverede medarbejdere har arbejdet med at definere mål og ønskede gevinster ved den nye organisering samt hvad det vil kræve at realisere disse. Medarbejdernes input er derefter anvendt som afsæt for det videre udviklingsarbejde udviklingen af projektets første prøvehandlinger.

Det fremgår af interview, at der er stor opbakning til projektets målsætninger fra politisk niveau til medarbejderniveauet. Den eksisterende organisering, hvor myndighed, rehabiliteringsterapeuter, sygepleje og hjemmepleje er placeret under samme tag og med fælles ledelse på chefniveau, fremhæves som et godt udgangspunkt for arbejdet. Oplevelsen er, at der i udgangspunktet er gode godt kendskab og uformelle relationer, som understøtter det tværfaglige udviklingsarbejde på både medarbejder og ledelsesniveau.

De to faste teams startede 12. september, og medarbejderne er forinden blevet introduceret til at arbejde med forbedringsmodellen og prøvehandling med henblik på at finde de bedste løsninger i forhold til planlægning og tværfaglige møder mv. Der var ligeledes udarbejdet en praktisk drejebog med beskrivelser af dagligdagen, de nye mødeformer mv. for opstarten af de nye teams, som ledere og medarbejdere kunne anvende i de første uger.

Det nye koncept for tværfaglige møder med deltagelse af rehabiliteringsterapeuter, sygeplejersker, assistenter, gruppeledere og visitatorer er under udvikling, bl.a. i forhold til rollefordeling, dagsorden, referater og rutiner for at udvælge og forberede borgercases. Det fremgår ved interview, at der allerede er eksempler på, hvordan arbejdet i de faste teams og de tværfaglige møder forbindes med positive resultater relateret til smidigere tværfagligt samarbejde og dialog om borgere med komplekse og ændrede behov.



# 10

## **Haderslev Kommune: *Videreudvikling, udbredelse og konsolidering af initiativet 'Kaffe først – mennesket før bureaukrati'***

### **Formål og målsætninger**

Målet for projektet er at videreudvikle, udbrede og konsolidere det koncept for mindre, faste, tværfaglige og selvstyrende teams, der er arbejdet med i projekt "Kaffe først – mennesket før bureaukrati", fra to teams til et helt plejestrøkt.

Som led i projektet skal der også udvikles en organisatorisk overbygning, der sikrer faglig og økonomisk bæredygtighed. Den organisatoriske overbygning skal binde teams og kommunale specialistfunktioner sammen samt etablere en styringsmodel, der giver medarbejderne faglig frihed inden for en tydelig ramme.

Projektet har fra starten været styret af en designbeslutning om at udvikle en organisering der ligger så tæt op af den nederlandske Buurtzorg-model som muligt i en dansk kontekst. Dog er der truffet beslutning om at inkludere terapeuter i de tværfaglige og selvstyrende teams, der etableres efter inspiration fra Buurtzorg-modellen.

De tre overordnede og parallelle udviklingsspor består af:

- Spor 1: de selvstyrende teams organisering og borgerrettede opgaver
- Spor 2: udvikling af organisatoriske rammer og en lokal styringsmodel, der understøtter videndeling, kvalitet og effektivitet
- Spor 3: politisk, administrativt og ledelsesmæssigt ejerskab.

### **Projektorganisering**

Projektet har haft stort set sammen grundorganisering i begge projektperioder, og deltagerkredsen har været præget af stor personkontinuitet. Dette har sammen med det fireårige udviklingsperspektiv haft stor betydning for de opnåede resultater.

Projektorganisationen inkluderer en styregruppe hvor projektejer og relevante ledere er repræsenteret. Hertil kommer en intern følgegruppe (sammensat af relevante medarbejderrepræsentanter), og en ekstern følgegruppe med repræsentanter fra nationale interessenter (herunder Ældresagen, FOA, DSR, Fys- og Ergoterapeutforeningerne, KL) holdes orienteret og bidrager til at kvalificere udviklingsforløbet.

Til projektet er ansat en fuldtidsprojektkoordinator med ansvar for at koordinere det samlede projekt, ligesom der er rekrutteret to interne ledere, der skal uddannes til at varetage en funktion som coach for de selvstyrende teams.

Samtidig er der etableret et back-office-gruppe med én leder og fire medarbejdere (herunder de to coaches, der er ansat i projektet). Back-office understøttes af konsulenter i kommunen i forhold til IT, økonomi, HR mv.

Til projektet er desuden tilknyttet en række eksterne samarbejdspartnere, som inkluderer:

- En erfaren dansk forankret Buurtzorg-coach, der i det daglige understøtter udviklingen af coach-funktionen og medarbejdernes teamdannelse
- Et samarbejde med Buurtzorg Holland, som leverer uddannelse og sparring til projektet
- Et partnerskab med VIVE om rådgivning og evaluering af projektførelsen
- Public Rebels v/Betina Høst indgår som partner i projektet, bl.a. med ansvar for at etablere samarbejdet med Buurtzorg Holland
- Thomas Karlsson Consult understøtter arbejdet med forandringsledelse som ekstern rådgiver.

### **Borgermålgruppe**

Projektets målgruppe er borgere i distrikt Vojens, der modtager hjemmehjælp i eget hjem efter servicelovens § 83 og/eller sygepleje efter sundhedslovens § 138. I første periode var ca. 70 borgere omfattet, og ved udgangen af anden projektperiode forventes ca. 500 borgere at være omfattet af den nye organisering.

### **Teamorganisering**

I første projektperiode blev etableret to selvstyrende teams med ansvar for hjemme- og sygepleje i et geografisk afgrænset område. Medarbejderne var både internt og eksternt rekrutteret, og begge teams var fra starten fuldt tværfagligt integreret og sammensat af to sygeplejersker, en terapeut (der går på tværs af de to teams), to-tre SSA'er og to-tre SSH'er. Teamene dækker dag- og aftenvagter alle ugens dage og deler lokaler og fungerer som venskabs-teams i forhold til at dække vagter og ferie samt generelt hjælpe hinanden, når der er sygemeldinger og travlhed mv.

I teamene er etableret en fast mødestruktur, hvor alle, der er på arbejde, starter kl. 7 om morgenen og læser op på borgerne samt koordinerer dagen. Herudover er der fælles frokost og mulighed for sparring i forbindelse med vagt-afslutning. En gang om ugen er der teammøde, hvor første halvdel omhandler

tværfaglig konference med drøftelser om borgere, borgers mål og ønske, mens anden halvdel fokuserer på teamsamarbejdet.

Væsentlige læringer fra opstarten af de to teams handler om, at der skal være tid til og fokus på at forberede den nye hverdag samt at der ikke skal startes for hurtigt op med det fulde antal borgere. En anden væsentlig læring handler om teamstørrelse, hvor otte teammedlemmer har været for få til at sikre en robust dækning af borgerne på tværs af vagter.

Disse erfaringer er afspejlet i projektets fase to, hvor antallet af teams er udvidet fra to til seks, så hele distrikt Vojens er omfattet af den nye organisering. I udvidelsen er dels fokus på at støtte opstarten af de nye teams tæt, og dels er der ændret på teamstørrelsen, så hvert team nu består af 12-14 medlemmer. De seks teams er desuden koblet sammen som venskabsteams to og to for at øge robustheden og muligheden for at trække på hinandens kompetencer.

Udvidelsen fra pilotorganisering med to små teams til distriktsorganisering med seks lidt større teams repræsenterer både en væsentlig milepæl og et kritisk tidspunkt i projektet, hvor der sker store forandringer for de involverede medarbejdere og borgere. Denne gennemgribende omorganisering og fusionsproces introducerer en række usikkerhedsmomenter i hverdagen og et stort behov for forandringsledelse samt støtte til teamene og de involverede ledere. Det gælder både de nye teams og de to første teams, der får nye kolleger og flere borgere tilknyttet.

## **Selvstyring**

Intentionen er, at de tværfaglige teams er så selvstyrende som muligt i hverdagen, og det indebærer bl.a., at de med støtte fra back-office har det fulde ansvar for rute- og vagtplanlægning, ligesom de selv er med til at ansætte nye kolleger og styre den daglige organisering og mødestruktur. De to pilotteams er i løbet af det første år nået dertil, hvor de er godt på vej til at være selvstyrende og trykke i forhold til at stå for disse opgaver.

Vigtige læringer er i den forbindelse, at teamene fortsat har brug støtte og sparring i hverdagen, at planlæggerrollen er helt central for at få ruterne og ressourcerne til fungere effektivt samt at der er en række forhold relateret til personaleledelse, løn, ansættelser, sygefravær og lignende, som ikke kan placeres i teamet. Med det afsæt er to af området eksisterende ledere blevet en del af det back-office, der understøtter teamene. Det indebærer fx, at lederne hjælper med vagtplanlægning og kapacitetsstyring, når der sker større udsving i borgertyngden, når der er meget sygdom, eller når det er vanskeligt at få ferieplanlægningen til at gå op.

## **Tværfaglighed**

Introduktionen af faste og fuldt fagligt integrerede teams på tværs af syge- og hjemmeplejen samt en fast ansat terapeut, har krævet meget dialog under forberedelse og opstart af de to første teams. Der arbejdes også fortsat med at udvikle et tværfagligt samarbejde, hvor der er plads til monofaglighed såvel som de tætte samarbejder og dialoger, der muliggør nye opgavedelinger og helhedsorientering omkring borgerforløbene. Et særligt opmærksomhedspunkt handler om at få det fulde udbytte af terapeutrollen – som ikke er en del af det nederlandske udgangspunkt.

I de to pilotteam er der over tid etableret en hverdag, hvor faggrupperne har et tæt og ligeværdigt samarbejde, som muliggør helhedspleje og kontinuitet omkring borgerne. Det indebærer også, at alle faggrupperne møder ind sammen, ligesom de dokumenterer og holder møder sammen i teamet.

Udvidelsen fra to til seks teams indebærer dels en vigtig opgave med at understøtte tværfagligheden i de nye teams, hvor medarbejderne ikke selv har valgt teamorganiseringen. Ligeledes skal der arbejdes med at finde den rette fordeling af faglige kompetencer i den større organisering samt hvordan snitfladen til kommunens øvrige terapeuter og opgaven med hverdagsrehabilitering § 83a skal se ud fremadrettet.

Et andet væsentligt udviklingspunkt for den resterende del af projektperioden knytter sig til at etablere en model for samarbejdet mellem de seks selvstyrende teams og ældreområdets specialistfunktioner (fx akutteam, sygeplejespecialister og udskrivningskoordinatorer).

## **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Projektets Buurtzorg-nære afsæt har indebåret store ændringer i relation til de nærmeste ledes rolle og opgaver, i takt med at der er introduceret coaches og øget grad af selvstyring i teamene. De formelle ledere – som stadig er vigtige og nødvendige – er tilknyttet det back-office, der understøtter teamstrukturen – men lederstaben i back-office vil på sigt blive reduceret, så der kun er halvt så mange ledere, som der var i den oprindelige organisation. Lederne har beholdt en række opgaver relateret til personaleansvar, MED-system, løn, tilsyn og kvalitet mv.

Fra foråret 2021 til (forventet) starten af 2023 har der været tilknyttet en ekstern dansk forankret Buurtzorg-coach til de selvstyrende teams. Coachen har dels understøttet de første teams under opstart og i hverdagen og dels samarbejdet med den interne coach, der er ansat i kommunen, og som på sigt skal overtage coach-rollen fuldt ud. Ligeledes ansættes en forandringsleder til at understøtte den videre udrulning og konsolidering af teams i 2023.

Vigtige læringer vedr. ledelses- og coachenes rolle er, at der er behov for kompetenceudvikling og sparring om deres nye roller, som rækker ud over den undervisning, der i projektet har været søgt fra den nederlandske Buurtzorg-organisation. Den eksterne danske coach har derfor har afgørende betydning under opstarten.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Partnerskabet med Buurtzorg International har dannet afsæt for et undervisningsforløb målrettet både medarbejdere, ledelse og de medarbejdere, der arbejder med systemudvikling og back-office-funktioner.

På teamniveau er der holdt en række temadage for de første teams. De første sessioner har introduceret til arbejdet i et tværfagligt og selvstyrende team, og over tid har der været undervisning og aktiviteter i forhold til bl.a. teambuilding, fælles viden og trygge relationer, tværfagligt samarbejde, rollefordeling, hverdagens struktur og konfliktløsning mv.

Undervisningsforløbet er justeret undervejs og gennemføres på tilsvarende vis til de fire nye (og på sigt de yderligere) teams, der skal oprettes. Det er samtidig en vigtig pointe, at undervisningen skal være fleksibel, så der er mulighed for at målrette til fremdriften i de enkelte teams.

De involverede ledere har løbende deltaget i de samme aktiviteter som medarbejderne, men har herudover modtaget individuel coaching, der er tilpasset deres baggrund og erfaringer.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Projektet har fra starten haft fokus på at udvikle et back-office, der ligger tæt op ad principperne fra Buurtzorg. Det gælder for det første i forhold til at løse de administrative og ledelsesmæssige opgaver, der ikke er meningsfulde at forankre i det faglige arbejde. For det andet arbejdes der på at udvikle et dashboard, som giver teamene let adgang til opdateret og anvendelig viden om deres teamperformance samt redskaber, der understøtter decentral planlægning og ressourcestyring.

Arbejdet med disse elementer er teknisk set komplekst, fordi de eksisterende systemer for dokumentation, planlægning og økonomistyring skal omlægges fra et distrikts- og kommunefokus til at understøtte en decentral og tværfagligt integreret teamstruktur. Samtidig introducerer den nye organisering en ny ledelsespraksis, nye roller og nye arbejdsdelinger, som kræver grundlæggende kulturforandringer.

Arbejdet med opbygning af back-office og den nye systemunderstøttelse er fortsat i gang. Der er udviklet en første prototype for et dashboard, der giver teamene den relevante styringsinformation, og der er etableret et første bud på et back-office med relevante kompetencer. Det dashboard, der er udviklet, giver teamene information om kontinuitet, sygefravær, brugertid og rehabiliteringseffekt.

## **Myndighed og visitation**

I projektet arbejdes med skabe tættere og bedre relationer mellem myndighed og de udførende teams. Teamene har fået faste visitatorer, der møder ind i plejen et par dage om ugen og deltager i teamets møder. De tættere relationer forbindes med forbedret dialog og samarbejde. Der forberedes to nye prøve-handlinger i 2023 med henblik på at fjerne minutstyringen og skabe et bedre og mere meningsfyldt afsæt for planlægning af det faglige arbejde på teamniveau.

Den langsigtede ambition er at udvikle en model, hvor myndighedsopgaven ligger tæt på teamet, og hvor teamet inden for en ramme har en høj grad af faglig frihed i forhold til tilrettelæggelse og opfølgning på forløbet. I den forbindelse skal det bl.a. afklares, i hvilket omfang og hvordan myndighedsområdet kan indgå i back-office-funktionen samt hvordan udskrivningsforløb (der i dag håndteres af myndighedsområdet på SEL) håndteres bedst i en organisation baseret på decentrale teams.

## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Rehabilitering og aktiverende pleje indgår som et centralt element i den nye teamorganisering, og den fastansatte terapeut, der indgår i de to pilotteams, har arbejdet dette afsæt. Det gælder dels i forhold til at vurdere og opstille målsætninger og planer for de enkelte borgers ressourcer, og dels i forhold til at sikre tæt støtte og sidemandsoplæring til teamets øvrige medarbejdere. Terapeuten har herudover egne borgeropgaver og forløb, som er målrettet træning og rehabilitering.

Den hidtidige læring er, at terapeutfagligheden er nyttig og værdsat af teamene og borgerne, men også at det kan være svært at finde tid til oplæring og udvikling i teamets hverdag. Dette gælder særligt i perioder med stort arbejdspress, sygemeldinger og lignende. Dette indgår derfor som et opmærksomhedspunkt for det videre udviklingsarbejde på linje med spørgsmålet om, hvordan terapeutfagligheden i et større perspektiv bedst kan tilknyttes de tværfaglige teams.

## **Involvering af borgere og pårørende**

I forbindelse med projektstart er der gennemført en række interviews, og workshops som har indhentet borgere og pårørendes perspektiver på de indsatser, de modtager fra kommunens ældreområde. Denne viden har udgjort et vigtigt element i forhold til at bekræfte og kvalificere projektets målsætninger (kontinuitet og tæt tværfagligt samarbejde) og indhold (små faste teams med frihed til at planlægge indsatsen efter borgernes ønsker og behov) samt fremme ejerskab blandt medarbejdere og på politisk niveau.

I det borgerrettede arbejde er der aktuelt ikke igangsat prøvehandling ud over det fokus på kontinuitet, tværfaglighed og aktiverende pleje, der følger med det Buurtzorg-nære afsæt for de faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Det skyldes, at teamene har haft mange forhold vedr. deres nye hverdag, som skulle falde på plads, før der er overskud til at fokusere på udvikling af borger- pårørendesamarbejdet.

Inden for de seneste måneder er der imidlertid begyndt at komme overskud til dette og det forventes at de første teams fremadrettet vil etablere kontakt med Ældresagen og frivillige for at få viden om de muligheder der for at understøtte borgernes sociale kontakter og aktivitet i lokalområdet.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Det Buurtzorg-nære afsæt er med til at gøre projektet komplekst, fordi der er mange systemer, rutiner, arbejdsdelinger og ikke mindst indlejrede måder at tænke ledelse og organisation, som skal gentænkes. Det kræver derfor tid og væsentlige ressourcer at udvikle den nye organisering og de understøttende strukturer, hvorfor projektets stærke politiske og ledelsesmæssige forankring er en væsentlig grundforudsætning for, at projektet lykkes.

Den strategiske beslutning om at arbejde Buurtzorg-nært med oversættelse – og muligheden for at trække på viden direkte fra organisationen – har samtidig fungeret som et vigtigt pejlemærke for de mange beslutninger og udviklingsopgaver, projektet indebærer. Det gælder hverdagens organisering samt den kompetenceudvikling, medarbejderne har modtaget, såvel som i forhold til udviklingen af ledelsesinformation, dashboard og det back-office, der skal understøtte teamene.

Udvidelsen fra to til seks teams er gennemført i efteråret 2022, og den fuldt tværfagligt integrerede organisering, som disse repræsenterer, udgør en afgørende milepæl for projektet. De seks teams skal i løbet af 2023 konsolideres, samtidig med at de udviklede styringsredskaber og samarbejdsstrukturen på distriktsniveau skal færdigudvikles med henblik på at sikre en fagligt og organisatorisk bæredygtig organisering.

Overgangen til selvstyrende teams repræsenterer en stor forandring for de involverede medarbejdere og ledere, og trods muligheden for at trække direkte på viden fra Buurtzorg har der været mange udfordringer undervejs. Teamene – ikke mindst de fire nyoprettede – har brug for tæt støtte fra back-office (og de ledelsesfunktioner, der er forankret heri) samt fra de interne og eksterne coaches, der er tilknyttet projektet. Det indgår som en vigtig læring og prioritet at støtte teamene under opstarten – og i så lang tid det er nødvendigt – indtil hverdagen er faldet på plads. Forventningen er, at de interne coaches og ressourcer i back-office kan overtage støtten af teamene fuldt ud i løbet af 2023 – dvs. at den eksterne coach og de eksterne konsulenter kan udfases.

Udviklingen af hhv. back-office-funktionen og den ledelsesinformation, der skal stilles til rådighed for de enkelte teams, fungerer på prototypeniveau og giver aktuelt viden om kontinuitet, sygefravær, borgertid og rehabiliteringseffekt. Den resterende del af projektperioden skal anvendes til at få de udviklede løsninger til at fungere som en fast del af teamenes hverdag samt til fortsat justering.



# 1 1 Hillerød Kommune: *En hverdag med kvalitet, kontinuitet og genkendelighed*

## **Formål og målsætninger**

Formålet med projektet "En hverdag med kvalitet, kontinuitet og genkendelighed" er at undersøge, hvordan en omlægning af Hillerød Kommunes hjemmepleje og sygepleje til faste, selvstyrende og tværfaglige teams kan give borgeren en oplevelse af mere nærhed og omsorg i hjemmeplejen. Følgende fire gevinster skal opnås (jf. projektansøgning):

1. Borgeren bliver i højere grad inddraget i behovet for hjælp
2. Borgeren oplever øget kontinuitet i indsatsen
3. Ændrede forhold hos borgeren bliver opdaget hurtigt – efterfulgt af kompetent handling
4. Medarbejdertilfredsheden bliver øget som følge af større kontinuitet og indflydelse på egne opgaver.

Projektet medfører en organisationsændring, idet kommunens fire geografiske områder i løbet af projektperioden skal organiseres i faste, tværfaglige teams. Teamorganiseringen udrulles løbende, og i takt med det deltager udvalgte ledere og medarbejdere på kompetenceudviklingsforløb og introduktionsdage som forberedelse til overgangen til ny organisering.

I første del af projektperioden har en læringsagent på projektet været ude at køre med alle medarbejderne i den udvalgte pilot-hjemmeplejegruppe for at undersøge forbedringspotentialerne, men også understøtte implementeringen i driften og holde fokus på målsætningerne. Det er planlagt, at læringsagentens fund som læringsagenten bringes op i forhold til generel læring på de ugentlige teammøder. Endvidere er der planlagt pitstop, således at der følges mere systematisk op på fremdriften i projektet i hvert team med henblik på at kunne evaluere, justere og udbrede de igangsatte initiativer.

## **Projektorganisering**

Projektet er forankret i afdelingen Ældre og Sundhed med afdelingschefen som projektejer. Projektet er organiseret med en styregruppe, en arbejdsgruppe (med lederne på området) og en følgegruppe. Der er ansat en intern projektleder samt to læringsagenter (hvoraf den ene dog har været sygemeldt i projektperioden), som bliver udvidet til tre læringsagenter i 2023. Projektlederen og læringsagenterne understøtter implementeringen og løbende justering af afprøvningerne. Københavns Professionshøjskole er en tæt ekstern samarbejdspartner i hele projektet. De står for kompetenceudvikling af medarbejdere, løbende vidensopsamling og en afsluttende evaluering af, om de ønskede gevinster er opnået.

## **Borgermålgruppe**

Eftersom teamorganiseringen skal udrulles til hele kommunen i projektperioden, er målgruppen alle borgere, der modtager hjælp efter SEL § 83 og SUL § 138 fra den kommunale hjemme- og sygepleje i kommunens fire geografiske områder, svarende til cirka 1.000 borgere. Forventningen er cirka 500 borgere i 2022 og 500 borgere i 2023.

## **Teamorganisering**

I løbet af projektperioden skal alle fire hjemmeplejegrupper deles i hver tre dagteams. I slutningen af marts 2022 startede man i den første hjemmeplejegruppe med at etablere tre teams trinvist efter ønske fra lederen af hjemmeplejegruppen. Hvert team består af 8-10 medarbejdere, hvoraf 2-3 er assistenter, nogle er hjælpere, og få er ufaglærte. Der er i forvejen tilknyttet fire sygeplejersker fra sygeplejeenheden til hver hjemmeplejegruppe. I den udvalgte hjemmeplejegruppe har de fire tilknyttede sygeplejersker aftalt, at de har primær tilknytning til hver et team for at understøtte kontinuitet i medarbejderrelationerne. Til forskel fra tidligere er de tre teams nu fast afgrænset, og der er kommet tydeligere formål på de forskellige mødestrukturer.

De tre teams har frem mod interviewtidspunktet arbejdet med at højne kvaliteten af medarbejdernes dokumentationspraksis med supervision fra læringsagenten. Hjælperne er blevet bevidste om deres egen rolle i relevant faglig dokumentation i forhold til ændringer i borgers tilstand. Eksempelvis er der arbejdet med at forbedre dokumentationen i borgernes døgnrytmeplan samt arbejdet mod en praksis, hvor medarbejderne aktivt anvender døgnrytmeplanen i mødet med borgeren, bl.a. med at inddrage borgerne, når de dokumenterer under besøget.

Arbejdet med dokumentationspraksis er understøttet af et tættere samarbejde med sygeplejerskerne på triagemøder og med visitatorerne i forhold til dokumentation for ændringer i borgers funktionsevne, bl.a. via tværfaglige konferencer om komplekse borgerforløb.

## **Selvstyring**

Intentionen er, at hvert team skal have større ansvar for den daglige besøgsplanlægning i form af at 'pusle planerne på plads', evt. om morgenen. Det varierer mellem de tre teams, hvor langt de er med at kunne varetage opgaven. I et team har man besluttet, at planlæggerfunktionen på morgenmøderne skal gå på skift, mens de to øvrige teams har valgt, at en medarbejder primært har funktionen. Det fremgår, at de involverede medarbejdere har givet udtryk for ikke at ville få tildelt yderligere ansvar i forhold til vagtplanlægning.

De har til gengæld udtrykt stort ønske om at få større indflydelse på planlægningens ruteplanlægning på baggrund af deres viden om borgerne. Derfor arbejdes der også på, at planlæggeren i hjemmeplejegruppen i højere grad inddrager medarbejderne, så besøgene tilrettelægges med afsæt i borgers ønsker og med fokus på kontinuitet samt de rette kompetencer til de rette opgaver.

### **Tværfaglighed**

De tre teams deler ikke lokation med sygeplejen og herunder de fire tilknyttede sygeplejersker, hvilket betyder, at de ikke ser hinanden naturligt i hverdagen. Det nye er tværfaglige mødestrukturer, som har været nedprioriteret under covid-19. Hvert team har daglige triagemøder på 15 minutter før eller efter frokostpausen, hvor den faste sygeplejerske som oftest deltager. Hver fjortende dag har hvert af de tre teams også tværfaglige borgerkonferencer, hvor udvalgte borgerforløb drøftes. Her deltager også planlægger, leder, sygeplejersker, koordinerende visitator og en demenskoordinator. Der er bl.a. udviklet mødeguides og dagsordener for hver mødetype med henblik på at støtte medarbejderne i de nye opgaver og de roller, de indebærer. På sigt vil visitationen – på baggrund af dagsordenen (hvilke borgere) – lade relevant visitator deltage.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Der er én gruppeleder for hver hjemmeplejegruppe, og der er med projektet ikke lagt op til ændringer i ledelsesstrukturen. Det er dog besluttet at omorganisere de fire hjemmeplejegrupper til fem (hvilket betyder, at de to største grupper bliver mindre) samt ansætte flere gruppeledere med henblik på at minimere ledesspændet og således øge ledernes muligheder for at bedrive nærværende og synlig ledelse. Gruppelederne anvender en faciliterende ledelsesstil, så derfor er det ikke forventningen, at projektet og den kommende organisationsændring kommer til at betyde væsentlige forandringer i ledelsesrollen.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

I projektet er der flere aktiviteter målrettet ledere og medarbejdere i takt med den trinvis udrulning af teamorganisering. Områdelederen, planlægger og assistenter i og omkring de tre teams har deltaget i følgende, som områdets øvrige ledere og et par medarbejdere fra hvert team også vil:

- Introduktionsdag for hjemmeplejegrupper om samarbejdet i de nye teams inkl. sygeplejersker med fokus på genkendelighed, kontinuitet og kvalitet, mulighederne for indflydelse på eget arbejde samt rammer og struktur for planlægning og faglig refleksion (faciliteres af Københavns Professionshøjskole)

- Tre dages uddannelse af områdeledere, visitator, planlæggere og sygeplejersker med fokus på følgende: forandringsledelse, kulturændring og barrierer for forandring; kvalifikationer i faste selvstyrende teams, organisering og ledelse af selvstyrende teams; samarbejde i selvstyrende teams, kommunikation med og omkring borgeren; implementering af varige forandringer.
- Løbende supervision til projektledere, læringsagenter, planlægger, områdeleder og sygeplejersker. Fokus er: at udvikle og styrke samarbejdet i de faste, selvstyrende teams; at udvikle og belyse kultur, ansvar og relationelt samarbejde i gruppen; at sætte perspektiver på at arbejde i et fast, selvstyrende team (faciliteres af Københavns Professionshøjskole).

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Det er ønsket at måle på projektets effekter i forhold til sygefravær og personaleomsætning, og der er overvejelser om at anvende en app til at måle medarbejdernes tilfredshed. Sideløbende vil eksisterende styringsparametre som udvikling i tid pr. borger, sammenhæng mellem visiteret og planlagt/leveret tid samt økonomiopfølgning og sygefravær blive fulgt.

### **Myndighed og visitation**

For at opnå bedre samarbejde mellem visitation og hjemmeplejeteams er der arbejdet på at skabe større gensidig forståelse for hinandens arbejdsopgaver og arbejdsgange samt større adgang mellem faggrupperne. Det er sket ved, at myndighedslederen har besøgt hjemmeplejegruppen og har fortalt om arbejdet i visitationen samt ved, at udvalgte visitatorer deltager fast på tværfaglige borgerkonferencer i de tre teams. Sigtet er dog, at visitatorernes deltagelse på møderne skal ske mere ad hoc og afhængigt af borgerforløbene.

Der er ikke lagt op til at ændre på visitations- eller tildelingsmodeller, men at udvikle en praksis, hvor de udførende medarbejdere udnytter den fleksibilitet, de har til at justere i indsætterne, så de stemmer overens med borgers aktuelle behov.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Hillerød Kommune har organiseret rehabiliteringsindsatsen (efter SEL § 83 a) i en specialiseret rehabiliteringsenhed, der varetager alle rehabiliteringsforløb på tværs af kommunen. Sigtet er, at rehabiliteringsterapeuterne skal knyttes tættere til hjemmeplejegrupperne, dels for at sikre bedre overgange, når borgeren overgår til varig hjælp, dels for at kompetenceudvikle medarbejderne i hjemmeplejen til at arbejde mere rehabiliterende i leveringen af pleje og sygepleje. Der er ikke lagt konkrete planer for dette arbejde, som forventes at påbegyndes i foråret 2023.

## **Involvering af borgere og pårørende**

Projektet arbejder med involvering af borgerne på flere parametre. For det første arbejder man på et supplement i form af opstartssamtaler for nyvisiterede borgere, fordi der er mange af borgerne, som ikke har fået en sådan samtale. I den forbindelse har læringsagenten udarbejdet en spørgeguide med afsæt i FSIII-metoden, hvor medarbejderne har været med til at formulere spørgsmålene på en måde, så spørgeguiden er let at anvende for alle medarbejdere. Derudover bliver borgerne inddraget i medarbejdernes dokumentation, hvor intentionen er, at dokumentationen skal foretages i hjemmet, og at medarbejderne fortæller borgerne, hvad de dokumenterer. Det skal bidrage til at sætte borgerens ønsker og mål i centrum for plejen og øge borgernes oplevelse af omsorg og nærvær, idet døgnrytmeplanerne bidrager til fælles viden i teamet, således at alle teamets medarbejdere ved, hvordan de leverer hjælpen på borgerens præmisser i de enkelte borgerforløb.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet holder tidsplanen. I marts blev en eksisterende hjemmeplejegruppe organiseret i tre mindre teams. Projektet står på interviewtidspunktet over for at implementere teamstrukturen i den næste hjemmeplejegruppe, og ledergruppen har udpeget, hvilken gruppe der skal implementere teamstrukturen i marts 2023. I den forbindelse er der fokus på i højere grad at sikre ledelsesinvolvering- og ledelsesunderstøttelse fra start for at klæde lederne bedre på til forandringsledelsesopgaven i samarbejde med projektleder og læringsagenter.

Det fremgår, at projektet møder stor opbakning på såvel politisk niveau som frontlinjeniveau bredt i organisationen. Medarbejderne opleves motiverede for at være del af udviklingsarbejdet, og at retningen opleves meningsfuld. Arbejdet med at forbedre dokumentationspraksis har foreløbig vist gode resultater. Det samme gælder strukturer for samarbejdet mellem social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker og visitatorer, som understøtter fælles retning, kvalitet og effektivitet i borgerforløbene. Faggrupperne har fået fælles kendskab til borgerne, og bedre adgang og relationsdannelse betyder øget sparring og videndeling, også via uformelle anledninger.

En central barriere for, at projektet lykkes med at øge det tværfaglige samarbejde og få optimalt udbytte af forbedringsaktiviteterne, er rekrutteringsudfordringer, hvilket især gælder for SOSU-assistenten og afspejler sig i den aktuelle medarbejdersammensætning, der ikke opleves optimal. Kommunen finder det derfor meget positivt, at der er en oplevelse af at være blevet mere attraktiv for social- og sundhedsmedarbejdere som følge af organiseringen i (mindre) faste og tværfaglige teams.

# 12

## **Holstebro Kommune: *Helhed i plejen og borgeren i centrum. Afprøvning af faste teams med selvstyring i hjemme- og sygepleje i Holstebro Kommune***

### **Formål og målsætninger**

Projektets formål er at sikre mest mulig stabilitet og kontinuitet blandt borgere, der modtager hjemmepleje. Der afprøves faste teams i to hjemmeplejedistrikter med en vis grad af selvstyring i relation til planlægning og koordinering af det daglige arbejde. Tværfaglighed understøttes via faste mødestrukturer på tværs af sygepleje, hjemmepleje, træning, visitation og hjælpemiddel-terapeuter samt ved at sygeplejens og hjemmeplejens geografiske organisering matcher. Samtidig sikres et tæt samarbejde til andre relevante fagligheder på sundhedsområdet, til pårørende og til relevante tilbud i civilsamfundet. Projektets målsætninger skal indfries ved at lave prøvehandlinger, der kan:

- Forenkle arbejdsgange og reducere dokumentation mest muligt for at frigøre tid og overskud til pleje, omsorg og nærvær
- Sikre mest mulig sammenhæng i ældreplejen for borgere og pårørende
- Sikre færrest mulige medarbejdere i borgerens hjem og færrest mulige skift mellem plejepersonaler i hjemmet
- Bruge erfaringer fra tværfaglige konferencer til systematisk at sætte borgernes ønsker og motivation i centrum
- Udvikle og afprøve nye samarbejds- og organisationsformer i hjemme- og sygepleje samt med andre relevante parter (terapeuter, visitation, egen læge, diætist med flere)
- Skabe attraktive rammer, der understøtter bestræbelserne på at rekruttere flere dygtige medarbejdere til plejesektoren.

Projektet arbejder efter forbedringsmodellen, som er delvist kendt blandt nogle medarbejdere fra tidligere projekter. Det indebærer et løbende arbejde med at identificere de forbedringspotentialer, medarbejderne peger på, og sprede de to hjemmeplejedistrikters erfaringer. I slutningen af projektperioden i 2023 vil man beslutte en eventuel udrulning af teamorganisering og prøvehandlinger til resten af ældreområdet.

### **Projektorganisering**

Projektet forankres i Holstebro Kommunes ældreområde, og projektejer er sundheds- og ældrechefen. Projektet er organiseret med en styregruppe, bestående af sundheds- og ældrechefen som styregruppeformand, centerlederen for akutfunktionen, hjemmeplejen og sygeplejen, centerlederen for visitationen, centerlederen for Center for Træning, fire teamledere (en fra hver af de

to involverede hjemmeplejeteam og en fra hver af de to involverede sygeplejegrupper), en deltidsprojektleder, funktionsleder fra hjælpemiddelområdet og tre FTR'er. Dertil kommer en arbejdsgruppe og en ledergruppe.

Derudover er der ansat to projektkonsulenter, som hver har 15 timer om ugen. Den ene konsulent er coach, den anden er forbedringsagent (og tidligere leder af det ene team i sygeplejen). De to konsulenter varetager kompetenceudvikling for de involverede ledere og medarbejdere samt støtter og indsamler viden om projektets fremdrift ved at være tæt på driften. Endvidere uddannes yderligere en teamleder til at varetage rollen som forandringsagent med henblik på at sikre løbende afprøvning, evaluering og justering af de igangsatte prøvehandlinger.

### **Borgermålgruppe**

Projektets målgruppe er borgere i de to hjemmeplejedistrikter, der modtager praktisk hjælp, pleje (SEL §§ 83 og 83 a) og/eller sygepleje (SUL § 138). I alt 600 borgere, hvoraf der forventes at blive inkluderet 300 borgere i 2022, mens yderligere 300 borgere forventes inkluderet i 2023.

### **Teamorganisering**

To hjemmeplejedistrikter – Vinderup og Thorsvej – er udvalgt til at deltage i projektet. Hele distrikt Vinderup indgår, mens halvdelen af distrikt Thorsvej indgår. Hver af de to grupper er organiseret i tre teams, dvs. seks teams i alt fra oktober 2022.

Det er prioriteret at investere i, at hvert team har et eget teamrum med oversigtstavler, PC osv., som sikrer en fysisk velfungerende ramme, der understøtter målene for teamsamarbejdet. Dette element opleves at have stor positiv betydning for teamenes arbejdsmiljø og daglige samarbejde.

I udgangspunktet var planen at etablere to teams i hvert distrikt, men medarbejderne udtrykte ønske om ikke at ændre på faste ruter samt om, at der blev taget hensyn til arbejdstilrettelæggelsen. Omvendt er der bekymringer for, om mindre teams er fagligt bæredygtige ved fravær, hvorfor teamstørrelsen bliver justeret løbende, i takt med at teamene får erfaringer og bliver mere etablerede.

Hver team består af 11 medarbejdere. Medarbejdersammensætningen ændres kontinuerligt, bl.a. fordi der er udfordringer med at rekruttere assistenter i Vinderup-gruppen, hvorfor medarbejdersammensætningen også varierer mellem de to distrikter. Derudover er tilknyttet tre-fire sygeplejersker til hvert team, hvilket er en-to sygeplejersker i indmøde. Det har været en udfordring at få sygeplejerskernes ruteplanlægning til at matche teamets, fordi de tilknyttede sygeplejersker har dag-, aften- og nattevagter.

Teamene dækker dagtid i hverdage, men medarbejderne kan godt have week-endvagter, ligesom der er medarbejdere med flyverfunktion i hvert team, som fungerer som vikarer for de andre teams i distriktet. Der er endvidere tilknyttet en fast visitator og hjælpemiddelтерапевт til hvert team samt trænende terapeuter (SEL §§ 83a, 86 og SUL § 140). I Vinderup er der tilknyttet en fysioterapeut og en ergoterapeut, som dækker alle tre teams. På Thorsvej er der tilknyttet to fysioterapeuter og to ergoterapeuter, som dækker de tre teams. Tidsforbruget er dog det samme på begge matrikler, forskellen består i, hvor mange mennesker opgaven er fordelt på. Der er her taget udgangspunkt i lokale forhold, og hvad der giver mening i konteksten. De trænende terapeuter deler kontorfaciliteter med hjemme- og sygeplejen. Visitation og hjælpemiddelтерапевтер er til stede på matriklerne 1 dag/uge (minimum 3 timer hver gang).

To gange om ugen er der teammøder på 20 minutter, hvor teamets social- og sundhedsmedarbejderne, sygeplejersker og en projektkonsulent deltager. Visitator og hjælpemiddelтерапевт deltager fast på et af de to ugentlige møder i hvert team. Derudover er visitator og hjælpemiddelтерапевт til stede (har kontorplads) i teamene nogle timer en dag ugentligt. Her drøfter teamet læring fra prøvehandlingerne, og der opsættes mål for justeringer for den kommende periode. Mødeledelsen deles af projektteamet og teamlederne ud fra lokale forhold og muligheder med ansvar for at strukturere og facilitere møderne, men på sigt vil medarbejderne selv kunne påtage sig denne rolle.

Efter ønske fra medarbejderne er der endvidere etableret team-personalemøder, hvor fokus er på at drøfte teamsamarbejde, trivsel, konflikthåndtering mv.

### **Selvstyring**

De eksisterende ledelsesstrukturer og planlæggerfunktioner er beholdt for at fokusere på teamsamarbejde og tværfaglighed via de indbyggede mødestrukturer. Der har samtidig været et bevidst fokus på ikke at anvende begrebet 'selvstyrende' om teamene for at undgå skæve forventninger blandt medarbejderne, ligesom der er en opmærksomhed på ikke at lægge for meget ansvar over til medarbejderne fra start. Overvejelserne vedrørende selvstyring går derfor på, at hvert team på morgenmøderne kan få ansvar for den daglige besøgsplanlægning i form af at 'pusle planerne på plads'. Det er dog på længere sigt, idet fokus er på at opbygge relationer og samarbejde samt at hjælpe hinanden i teamet.

### **Tværfaglighed**

Hver team har et dagligt morgenmøde fra mandag til fredag på 15 minutter, hvor social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker deltager. I efteråret er mødetidspunktet ændret permanent, så alle i hjemmeplejen og sygeplejen møder ind kl. 7.



Ud over teammøder afvikles en borgerkonference i hvert team hver anden uge. Her deltager hjemmeplejen, sygeplejen, terapeut, visitator og hjælpemiddelterapeut. Borgerkonferencen kan gå dybere ind i en problemstilling omkring én borger pr. gang, og varer 30 minutter.

Det fremstår som en løbende udviklingsopgave at finde en bæredygtig model for det tværfaglige samarbejde.

Det betragtes i den forbindelse som en fordel i forhold til transporttid, at visitationen i et af distrikterne har matrikel lige over for hjemmeplejen, fordi det giver bedre muligheder for fleksibilitet i, hvornår visitatorerne er fysisk tilstede i teamet.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Alle medarbejdere refererer til samme leder som før. Det er dog intentionen, at teamlederne skal have en anden rolle på sigt, hvor de forventes at indtage en mere faciliterende ledelsesstil ved at lægge beslutningskraft ud i de tværfaglige teams samt ved at understøtte det tværfaglige samarbejde i de teams. Det fremgår af interview, at disse forandringer i ledelsesrollen udfordrer teamlederne, og der arbejdes med kompetenceudvikling.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Forud for opstart af teams i oktober er der gennemført kompetenceudviklingsforløb ved projektkonsulenterne for de involverede medarbejdere i hvert af de tværfaglige teams. Kompetenceudviklingsforløbet havde fokus på relationsdannelse, samarbejde, spilleregler, men også ønsker for mødestrukturer og opgavefordeling samt prøvesessioner på borgerkonferencer. Erfaringen er, at der via disse forløb allerede er skabt en vis grad af gensidig forståelse og relationsdannelse – og derigennem mulighed for simple arbejds gange, bl.a. mellem hjemmepleje og myndighed.

Siden foråret er der gennemført kompetenceudvikling målrettet ledelsen for at understøtte teamlederne i en ny og mere coachende ledelsesstil. Dette kompetenceudviklingsforløb omhandler 1) faglig ledelse i relation til kerneopgaven, 2) ledelse af selvstyrende teams og 3) rollefordeling i ledelsen af selvstyrende teams og varetages af den projektkonsulent, der har rollen som coach.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Som følge af ændringerne i den oprindeligt planlagte teamorganisering er opstart af teams forskudt fra august til oktober 2022. Den længere forberedelsesfase har også medført en del utålmodighed i organisationen på politisk niveau, men især på frontlinjeniveau, hvor medarbejderne er parate til at påbegynde udviklingsarbejdet. Det fremgår, at der er stor opbakning til og enighed

om projektets målsætninger, hvor en organisering baseret på tværfaglige teams opleves som meningsfuld bredt i organisationen. Det er ikke mindst, fordi oplevelsen er, at der er potentiale for at forbedre samarbejde og koordination mellem faggrupperne, som opleves ikke at have tilstrækkelig viden om og forståelse for hinandens hverdag og arbejdsopgaver. I forlængelse heraf er de foreløbige erfaringer, at øget adgang og strukturer for tværfaglig sparring reducerer tidsforbrug på koordination og forbindes med bedre tættere samarbejde i borgerforløbene.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Der arbejdes hen imod at kunne understøtte de faste teams med datatræk på kontinuitet, ATA-tid og tid forbrugt pr. borger samt fravær. Dataopgaven har vist sig mere tidskrævende og udfordrende end først antaget, og lige nu er systemet ikke indrettet til at levere valide datatræk eller til at afgrænse borgere ud fra teamorganisering. Nogle indikatorer kan trækkes med det nuværende system med nogle tilpasninger ved leverandøren, mens andre kræver mere grundlæggende ændringer samt at registreringspraksis i driften ændres. Aktuelt sker dataunderstøttelsen i projektet således via 'hjemmelavede tilpasninger', og der foretages et håndholdt datatræk på kontinuitet i oktober 2022. Samtidig vil man finde en model for, hvordan medarbejderne bedst præsenteres for dataene, og hvordan de forventes at anvende dem. Dataunderstøttelse i det nuværende system er altså en fortsat udviklingsopgave og ikke en prioritet i den kommende tid, hvor ønsket er at få teams og øget tværfaglighed til at fungere.

### **Myndighed og visitation**

Der er ikke aktuelt planer om at ændre på økonomistyringsmodel eller visitationsmodel. Til gengæld er der planer om, at visitation og udførerled skal arbejde tættere sammen. I første omgang skal det understøttes ved, at visitatorerne indgår i teams, herunder deltager på teammøder og borgerkonferencer samt har en halv ugentlig arbejdsdag på teamets matrikel.

Derudover er der overvejelser om at ændre organiseringen af hjælpemiddel-enheden, hvor terapeuterne her vil inddeles i en øst- og en vestgruppe, der matcher hjemmeplejens distrikter, for at skabe bedre afsæt for et tættere samarbejde om fælles borgere.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Projektet søger at fremme samarbejdet om rehabilitering og aktiverende pleje primært ved de fast tilknyttede terapeuter, der deltager på borgergennemgange og i øvrigt står til rådighed for sparring for teamet. Derudover er det

planen at igangsætte et arbejde med at afprøve og udvikle en model for rehabiliteringsforløb i 2023. Det arbejde vil tage afsæt i læring fra spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppeinterview med borgere, pårørende og medarbejdere.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Inden projektet gik i gang, blev der gennemført en brugertilfredshedsundersøgelse blandt borgerne som led i en baselinemåling. Denne gentages ved afslutningen af projektperioden. For også at få indblik i (udviklingen i) borgernes oplevelser undervejs i projektet vil der blive gennemført månedlige interview med 10 borgere i hver af de to distrikter.

# 13

## **Ikast-Brande Kommune: *Omsorg og nærvær i ældreplejen – med selvbestemmelse og involvering som løftestang***

### **Formål og målsætninger**

Projektet er en videreudvikling og udbredelse af eksisterende erfaringer fra projektet "Øget omsorg og nærvær i ældreplejen". Formålet med projektet er at skabe et stabilt og effektivt tilbud om hjemmepleje og sygepleje, hvor borgerne oplever kontinuitet, og hvor der er en høj grad af patientsikkerhed. Det skal ske igennem nye organiserings- og samarbejdsformer i tværfaglige selvstyrende geoteams. Implementeringen sker med afsæt i ni løftestænger/mål, som er formuleret på baggrund af erfaringerne fra førstegenerationsprojektet:

1. "Hvad er vigtigt for dig"
2. "Meningsfuldhed og håndterbarhed i borgerforløb"
3. Etablering af tværfaglige miniteams til borgere med særlige behov
4. Fælles planlægning af indsatser og besøg hos borgere med henblik på høj grad af kontinuitet
5. Etablering af systematisk og tværfaglig vidensdeling om borgere på ugentlige møder med deltagelse af sygeplejersker, terapeuter og visitatorer
6. Udvikling af en kultur, der understøtter uformel faglig sparring
7. Delegering med høj patientsikkerhed og opgaveoverdragelse
8. Klarhed på teamets opgaver og beføjelser
9. Afstemte koordinations- og beslutningsprocesser i teamet.

Projektet skal ses som en organisationsændring i hele kommunen, hvor projektet skal videreudvikle og udrulle tværfaglige selvstyrende geoteams i hele den kommunale hjemme- og sygepleje med fokus på selvstyring, kompetenceudvikling og tværfaglighed i teams samt de understøttende funktioner.

### **Projektorganisering**

Projektet er forankret ved sundheds- og ældrechefen som projektejer med en styregruppe, en ressourcegruppe, en referencegruppe samt intern projektledelse med en projektleder og en projektmedarbejder. Derudover er tilknyttet konsulentbistand ved PWC og Substans Konsulenthus, som forestår coaching, kompetenceudvikling og vidensopsamling.

### **Borgermålgruppe**

Projektet omfatter alle de ca. 1.250 borgere, som bor i egen bolig og modtager indsatser relateret til personlig pleje (SEL §§ 83 og 83 a) og/eller modtager sygepleje (SUL § 138).

## **Teamorganisering**

I efteråret 2022 bliver hele Hjemmeplejen og Sygeplejen organiseret i otte geoteams der dækker dagtid alle årets dage. Inddelingen i geoteams er sket på baggrund af data på leverede ydelser, borgere i hjemmeplejen og sygeplejen samt kommunens geografi. Hvert geoteam består af ca. 15-25 medarbejdere i dagvagt: 12-19 fra hjemmeplejen og 3-6 fra sygeplejen. Til hvert geoteam er der tilknyttet fast visitator, hjælpemiddeltherapeut og trænende terapeuter.

Teamstørrelserne er fastsat ud fra geografien og muligheden for at kunne håndtere udsving i borgertyngden, ruteplanlægning samt sygdom og ferie. De største teams betragtes ikke som optimale i forhold til at understøtte et tæt teamsamarbejde. Hvordan hverdagen i de største teams kan struktureres, indgår derfor som et opmærksomhedspunkt for det videre arbejde, herunder om der evt. er mulighed for at opdele grupperne af medarbejdere i mindre grupper.

I store træk er inddelingen den samme som den tidligere geografiske inddeling, mens enkelte medarbejdere har skulle skifte geografisk område samt reference til leder. Det fremgår af interview, at der ikke har været større udfordringer relateret til dette.

Forud for udrulningen har projektledelsen sammen med ledelse og eksterne konsulenter udformet en håndbog for teamene, hvor rammerne er beskrevet i forhold til fx roller, mødestrukturer og daglige rutiner. Håndbogen er formuleret ud fra de erfaringer og prøvehandlinger der er lavet under første fase af projektet.

## **Selvstyring**

Målsætningen vedr. selvstyring er, at medarbejdere i geoteams selv tager initiativ og selv træffer beslutninger om besøgsplanlægning, løsning af opgaver hos borgerne og anvendelse af visiteret tid. Der arbejdes i første omgang hen imod, at geoteamet på sigt udvikler kompetencer til at tilrettelægge egen arbejdstid i forhold til grundplaner, besøgsplaner og øvrige geoteams.

Nogle medarbejdere har udtrykt bekymring om, hvorvidt det vil give anledning til konflikter i teamet, fx med hensyn til at blive enige om sommerferieplan, ligesom nogle medarbejdere ikke har lyst til at afgive deres funktion.

For nuværende er der ikke ændret på planlæggerfunktionen i hjemmeplejen. I hvert geoteam er der en rolle som stjernevagt (morgenstjerne og eftermiddagsstjerne). Morgenstjernen varetages af tre forskellige personer hver morgen og går på skift i det enkelte geoteam, og opgaven består i at facilitere morgenmøderne.

Der er sikret oplæring til de medarbejdere, der ikke tidligere har haft erfaring med funktionen. Der er også fortsat en koordinator i sygeplejen, der varetager planlægningsopgaven for sygeplejerskerne, men med et tydeligt fokus på kontinuitet jf. de metoder, der er udviklet i projektets første fase.

### **Tværfaglighed**

Geoteamet mødes tre gange om ugen til småmøder på 15 minutter, og det er op til det enkelte team at afgøre, hvor og på hvilket tidspunkt møderne skal ligge. Hver fjortende dag er der geoteammøde på 30 minutter efterfulgt af en times coaching. Hver fjerde uge er der tværfagligt møde på 30 minutter, ligesom der hver fjerde uge er borgerkonference på 1 time.

På borgerkonferencen deltager medarbejdere fra geoteamet. På det tværfaglige møde deltager geoteamet samt hjælpemiddeltherapeut, visitator og en trænende terapeut. Disse medarbejdere står i øvrigt til rådighed for sparring om teamets borgere. De trænende terapeuter har valgt en primær terapeut og en suppleant, så man er sikret, at der altid er en, der kan deltage på møderne.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

De eksisterende ledelsesstrukturer i hjemmeplejen og sygeplejen er bevaret, men organisationsændringerne medfører forandringer i ledelsesrollen. Det er en ny rolle for lokallerne, og en foreløbig læring er, at de har behov for mere konkrete anvisninger og håndgribelige værktøjer til coachrollen i dagligdagen.

Der er et kontinuerligt fokus på at støtte og udvikle ledere i opgaven med at understøtte og konsolidere de nye teams og få deres hverdag til at fungere mere selvstændigt.

Derudover er der til hvert geoteam knyttet en ekstern coach (fra Substans), som giver teamet coaching på møder hver fjortende dag om teamsamarbejde. På interviewtidspunktet er kommunen ved at uddanne interne coaches med afsæt i Substans' coachmodel, der fra 2023 overtager coaching fra substans, hvor coachingen af geoteamet vil foregå hver fjerde uge. Interne coaches får 4 hele dages undervisning i efteråret 2022. Herefter er der sparring og gruppecoaching af de interne coaches

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Seks lokaller og tre distriktsledere modtager kompetenceudvikling i faciliterende og coachende ledelse og løbende supervision fra en tilknyttet coach fra Substans. Kompetenceudviklingsforløbet varetages af PWC og Substans og består af følgende moduler:

1. Opgave og rolle

2. Træning i facilitering og coachende ledelse
3. Ledelse og geoteams.

Alle geoteams og deres ledere deltager i løbet af efteråret 2022 på et kompetenceudviklingsforløb, der varetages af PWC og Substans. Forløbet består af fem moduler med følgende temaer:

1. Introduktion til geoteams
2. Teamkontrakten og det selvstyrende team
3. Mødetræning og beslutningsprocesser
4. Pårørende og tværfagligt samarbejde
5. Opfølgning på erfaringer.

I 2022 er kompetenceforløbet tilrettelagt sådan, at hvert geoteam deltager på modul 1 og modul 2. De efterfølgende fire uger arbejder teamet og understøttes med coaching. Herefter deltager teamet på modul 3 og 4. På modul 4 deltager også den visitator, hjælpemiddelтерапевт og terapeut fra træningsområdet, der er tilknyttet teamet.

Hvert team vil således på kompetenceudviklingsforløb udforme en teamkontrakt, hvor teamets roller er beskrevet, og det er beskrevet, hvilke medarbejdere der kan påtage sig hvilke roller, fx stjernevagt, tidtager, ordstyrer, mv. Modul 5 ligger i 2023, og indholdet er ikke nærmere defineret, men forventes at blive tilrettelagt ud fra det enkelte teams' behov.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Der er et selvstændigt udviklingsspor relateret til dataunderstøttelse, hvor der arbejdes på at udvikle et dashboard, der understøtter geoteamene med data på visiteret/disponeret tid, kontinuitet, fravær, målopfyldelse i forhold til borgers selvhjulpethed, BTP, mv. Arbejdet er endnu under udvikling, og det samme gælder rammer og erfaringer for teamenes anvendelse og udbytte af data. De foreløbige erfaringer er, at medarbejderne i geoteamene forholder sig positivt til at få data og klare rammer, der kan understøtte den øgede grad af selvbestemmelse.

### **Myndighed og visitation**

Visitationen deltager i projektet med henblik på at udvikle en model for det fremadrettede samarbejde med de tværfaglige geoteams. Der er lagt op til, at hvert team har en fast tilknyttet visitator, men de endelige rammer er fortsat under udvikling. Det fremstår i den forbindelse som en udfordring for visitationen at skulle have en fast fysisk tilknytning til alle otte geoteams. Det skyldes, at visitatorerne i udgangspunktet oplever et stort arbejdspress og en stigende opgavemængde, der er vanskelig at kombinere med ønsket om decentral tilstedeværelse.

Derudover er der overvejelser om på sigt at ændre økonomistyringsmodellen, sådan at hvert team agerer inden for et rammebudget. Men det er ikke afklaret, hvorvidt og hvordan det vil kunne lade sig gøre.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

I projektets første fase er der udviklet og til dels afprøvet et specialiseret rehabiliteringsteam, der varetager (SEL) § 83 a-forløb i hele kommunen. Teamet er udvidet, så det består af tre terapeuter og to SOSU-assistenten, med henblik på at teamet nu dækker hele kommunen. De foreløbige erfaringer er, at teamet lykkes med effektivt at gøre borgere mere selvhjulpne, inden de overgår til hjemmeplejen, men der forestår fortsat et arbejde med at fastlægge de bedste rammer for teamets opgaver og samspil med den øvrige pleje. Det overvejes i den forbindelse at opkvalificere social- og sundhedsmedarbejdere i de otte geoteams, så de kan udføre aktiverende pleje i samarbejde med rehabiliteringsteamet. Tilsvarende er der fokus på at øge anvendelsen af digitalt understøttet rehabilitering (SEL § 86).

### **Involvering af borgere og pårørende**

Der er etableret to læringscirkler i hhv. nord og syd, som består af ledere, medarbejdere på tværs af faggrupper, borgere, pårørende og frivillige. Formålet er at udvikle og gennemføre prøvehandlinger, der understøtter borgernes selvbestemmelse og involvering i eget liv, når de får behov for kommunal pleje. De to læringscirkler mødes på workshops otte gange i løbet af projektet, og de arbejder med hvert sit fokus: Læringscirkel 1 har fokus på medarbejderens møde med borger samt inddragelsen af borgers pårørende og netværk, mens læringscirkel 2 har fokus på sammenhæng i borgerforløbet.

Der er endvidere fokus på at udbrede erfaringerne med de prøvehandlinger målrettet borger/pårørende, som blev udviklet og afprøvet i førstegenerationsprojektet. En af prøvehandlingerne om tværfagligt opstartsmøde og forventningsafstemning i hjemmet indgår som et fast element i geoteamenes kompetenceforløb og skal integreres i det daglige arbejde. Heroverfor skal de øvrige prøvehandlinger relateret til borgerens netværk samt fleksibel hjælp og social støtte i hverdagen udbredes organisk, i takt med at de enkelte teams er klar til det.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Der opleves stor opbakning og parathed til udrulningen af tværfaglige geoteams fra det politiske niveau til frontlinjemedarbejderne. Forberedelsen til organisationsændringen er sket igennem førstegenerationsprojektet, der var tilrettelagt som et medarbejderdrevet udviklingsprojekt. Det betragtes som en for-



del, at implementeringen sker på baggrund af dette afsæt, hvor medarbejderne selv har været med til at drive udviklingen hen imod tværfaglige geoteams og de løftestænger, der er lagt for arbejdet i de nye geoteams.

Det varierer, hvor godt de enkelte geoteams er kommet fra start, bl.a. fordi der er forskel på medarbejdernes kompetencer, erfaring og antallet af ubesatte stillinger, og fordi der er forskel på, hvorvidt det har kunne lade sig gøre at samorganisere hjemmepleje og sygepleje på samme lokation. Det fremstår derfor som en særligt prioriteret udviklingsopgave at støtte alle teams i at komme godt igennem opstartsfasen. Eksempelvis er det også forventningen, at nogle teams hurtigere end andre vil være parate til at varetage planlægningsopgaverne i teamet – for de teams er det et særligt opmærksomhedspunkt at understøtte dem med relevante data, hvilket ikke er muligt på nuværende tidspunkt.

Foreløbig er erfaringerne, at det at danne relationer mellem medarbejdere, fx via de tværfaglige møder, skaber tværfagligt samarbejde i hverdagen, også hvor medarbejderne fra forskellige faggrupper er mere tilbøjelige til at kontakte hinanden i det daglige. Det fremgår, at det er et fortsat udviklingsarbejde at afklare specialisternes rolle i forhold til de tværfaglige selvstyrende geoteams, idet disse også har mange andre opgaver og borgere end dem, der får pleje og sygepleje.

Områdets rekrutteringsudfordringer – og nødvendigheden af at anvende vikarer og ufaglærte – hæmmer muligheden for at lykkes fuldt ud med at etablere en bæredygtig organisering med høj grad af sammenhæng, kontinuitet og opgaveoverdragelse. Håbet er derfor, at den nye organisering på sigt fremstår fagligt attraktiv, så det bliver lettere at tiltrække og fastholde tilstrækkeligt med medarbejdere.

# 14 Kerteminde Kommune: *Sammen om det gode liv i faste selvstyrende og tværfaglige teams*

## Formål og målsætninger

Projektets målsætning er at etablere faste og delvist selvstyrede teams i hhv. hjemme- og sygeplejen. Afsættet er de erfaringer, der er gjort i kommunens tidligere projekt, der var støttet af puljen til 'Øget omsorg og styrket nærvær' og den nye organisering af ældreområdet, som blev udviklet i dette. Det fortsatte udviklingsarbejde skal lede til at:

- Borgere og pårørende i højere grad oplever kontinuitet og stabilitet i relation til den hjælp, der ydes samt at der i mødet mellem borgere og medarbejdere er fokus på medinddragelse og fleksibilitet
- Der etableres en samlet model og fungerende praksis for faste teams og tværfagligt samarbejde på ældreområdet samt rammer for ledelse, økonomi- og ressourcestyring, der understøtter den nye organisering.

Projektet planlægges og gennemføres som en samlet organisationsændring, hvor der arbejdes med sygeplejen, hjemmeplejen og visitationen som helhed. Det betyder, at arbejdet tager tid, og at udviklingen sker i gradvist, i takt med at organisationen bliver klar til det, for at understøtte en varig forandring, der er forankret i ældreområdet som helhed.

Til projektet er knyttet nedenstående fem udviklingsspor:

- Faste teams – fra pilot til stabile arbejdsprocesser
- Selvstyrende teams – fra kørelister til borgerinddragelse i de selvstyrende teams
- Tværfaglige teams – en værdikæde, der skaber gode liv
- Lederen som træner, coach og facilitator på de faste, selvstyrende tværfaglige teams
- Nye styringsformer – fra bureaukrati til fleksible borgerinddragende løsninger inden for rammerne.

## Projektorganisering

Projektet organiseres med en styregruppe, en projektgruppe, og fem forandrings-/forbedringsteams, der understøtter udviklingsarbejdet i relation til de nye teams. I udgangspunktet var der også tilknyttet en ekstern projektleder til projektet, men dette er ændret, så projektledelsen nu er rent intern. Det er sket ud fra et ønske om at øge det interne ejerskab til udviklingsarbejdet samt at beholde den viden og de kompetencer, der opbygges i organisationen fremadrettet.

På det operationelle niveau er der oprettet tre forbedringsteams, som med afsæt i forbedringsmetoden arbejder med at udvikle nye løsninger, der forbedrer eksisterende opgaver og arbejdsgange. I dette regi arbejdes aktuelt med a) arbejdsgange i forhold til udskrivelse, b) tværfaglige teammøder og c) introduktion af en valideret skrøbelighedsskala til at screene og sikre tidlig opsporing af borgere med risiko for indlæggelse.

Hertil kommer to forandringsteams, der arbejder med at udvikle nye løsninger, som understøtter overgangen til en teambaseret organisation.

Det første team arbejder med funktionsbeskrivelser og rammer for selvkoordinerende vs. selvstyrende teams. I det team sidder forskellige medarbejdere og ledere fra alle involverede faggrupper. Det andet forandringsteam er sammensat efter samme principper og arbejder med at optimere måden, indsatserne visiteres ind på køreplanerne på samt på at understøtte medarbejdernes ansvarsfølelse over for organiseringen af de enkelte borgerforløb

Det gælder for både forbedrings- og forandringsteams, at de løsninger, der udvikles med succes, skal udbredes samt at det er deltagerne i de enkelte teams samt projektledelsen, der skal understøtte implementering.

### **Borgermålgruppe**

Projektet omfatter alle de ca. 650 borgere i kommunen, der modtager hjemmehjælp efter SEL § 83 og/eller sygepleje efter SUL §138.

### **Teamorganisering**

Den nye teamorganisering betyder, at hjemmeplejen fremadrettet er inddelt i otte dagteams og fire aftenhold, der hver består af 12-16 medarbejdere fordelt på ca. fire-fem SOSU-assistenten, seks-syv SOSU-hjælpere og nul-en ufaglærte. På interviewtidspunktet omfatter den nye organisering dagvagten, mens aftenvagten forventes at overgå til den nye organisering i løbet af 2023.

Til hvert team er herudover tilknyttet en holdleder, en-to faste sygeplejersker samt en fast visitator og rehabiliteringsterapeut (de otte teams dækkes ind til videre af to terapeuter). Der er fire holdledere tilknyttet, der hver især dækker to hold.

Sygeplejen arbejder fortsat i sin egen fagsøjle og er i gang med at flytte til en centralt placeret lokation, der ligger fysisk adskilt fra hjemmeplejens teams.

### **Selvstyring**

Projektets ambition i forhold til selvstyring er over tid udviklet til, at teamene skal være selvplanlæggende i forhold til det daglige arbejde og håndtering af

sygdom. Vagtplanlægning, indplacering af nye borgere, justeringer af ydelser mv. ligger således stadig hos planlæggere/holdledere. Baggrunden for dette er dels, at medarbejderne ønsker en synlig og nærværende ledelse og dels, at mange har udtrykt usikkerhed overfor at skulle overtage de mere komplekse planlægningsopgaver.

Sygeplejen er på samme måde som hjemmeplejens teams i gang med at lave prøvehandlinger, der går på, at de enkelte teams i sygeplejen skal være mere selvorganiserende i forhold til at planlægge ydelser, visitation og handlingsplaner for den enkelte borger. Arbejdet fokuserer på planlægning af individuelle ruter for at sikre kontinuitet for den enkelte borger samt på at reorganisere eksisterende indsætter. Målet er, at sygeplejen lærer at visitere nye indsætter 'fra bunden' og gør dokumentationsarbejdet færdigt i NEXUS, mens det fortsat er sygeplejekoordinatorerne, der laver den grundlæggende ruteplanlægning.

Dette arbejde er stadig under udvikling, og indtil videre er det besluttet at beholde de to centralt placerede sygeplejekoordinatorer, der planlægger kørelister og koordinerer på tværs af ruterne.

### **Tværfaglighed**

Tværfagligheden i relation til de nye hjemmeplejeteams understøttes via faste mødestrukturer samt ved, at de enkelte teams får faste 'holdsyrgeplejersker', visitatorer og terapeuter tilknyttet.

De aktuelle prøvehandlinger og praksisser knytter sig til:

- At det enkelte teams 'holdsyrgeplejerske' ringer til teamet hver morgen for at drøfte dagens forløb samt koordinerer indsætter som knytter op på borgerne triageringsstatus i NEXUS.
- Sygeplejerskerne tjekker ind hos deres plejegrupper omkring middagstid, hvor der er daglig triagering af borgerne omkring kl. 12.00. Sygeplejen er derudover retur på deres 'base' hver dag fra kl. 14.00, hvor de er tilgængelige for hjemmeplejens teams.
- Der er udviklet en fælles skabelon for ugentlige tværfaglige holdmøder, hvor sygepleje og visitator deltager sammen med det enkelte hjemmeplejeteam. Mødet har aktuelt en varighed på 30 minutter, og der drøftes ca. tre borgere pr. gang. Forventningen er, at behovet for fælles møder vil falde over tid, i takt med at medarbejderne lærer hinanden at kende. Ønsket er at opnå en mere fleksibel tilgang, hvor de primært relevante medarbejdere mødes (gerne virtuelt eller i hjemmet) for at drøfte konkrete borgere, hvor der er behov for tværfaglig vurdering og nye indsætter.

Et væsentligt element i understøttelsen af det tværfaglige samarbejde handler om sygeplejens rolle – og at de enkelte sygeplejersker er klædt på til at påtage

sig et kliniske lederskab i forhold til de borgere, der er tilknyttet hjemmeplejens teams. Der gennemføres med det afsæt kompetenceudvikling og sparring til hjemmesygeplejen for at understøtte dem i denne opgave – som for en del af de ansatte er ny.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Med teamorganiseringen er fulgt en delvist ny lederstruktur, hvor fire holdledere hver har ledelsesansvar for to teams. Holdlederen har personaleansvar for det enkelte team samt ansvar for planlægning (i tæt samarbejde med nøglepersoner/medarbejdere med planlæggerrolle i det enkelte team). Hertil kommer ansvar for teamets dokumentationspraksis og økonomi samt for at understøtte teamene i hverdagen. Målet er at have ledere, der er meget tæt på driften og klædt på til at understøtte det øgede ansvar for den daglige planlægning og tværfagligt samarbejde, som er under udvikling.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling:**

For holdlederne er der gennemført en afdækning af deres kompetencer og behov for uddannelse. Med det afsæt er der planlagt et fælles forløb med fokus på teambuilding, organisationsforståelse og tværfaglig ledelse mv. samt individuel coaching, som tilrettelægges med afsæt i den enkelte leders erfaring og profil.

På medarbejderniveau sker kompetenceudviklingen primært som sidemandsoplæring, og fokus er i første omgang på at uddanne en række nøglepersoner til at kunne varetage den daglige planlægning og håndtering af sygemeldinger mv.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Datadrevet styring indgår som et centralt element, der skal understøtte ældreområdet i det igangværende forbedringsarbejde, såvel som opfølgning på kvalitet og ressourceanvendelse i den fremadrettede organisation.

Der arbejdes på at udvikle en back-office-funktion, som er forankret hos ældreområdets sygeplejekoordinator, visitation og vagtplanlæggere. Modellen skal understøtte en effektiv og decentralt forankret vagtplanlægning, sikre kvalitetsdata, der understøtter det faglige arbejde samt muliggøre økonomistyring, der er tilpasset en teambaseret og mere tværfaglige organisering. Back-office skal også muliggøre færre arbejdsgange, mindske antallet af opkald og adviser og overflødig kontrol af hinanden arbejde.

Kontinuitet indgår som et kvalitetsparameter, der på sigt skal kunne følges og evalueres på teamniveau for at støtte op om målsætningen om en sammenhængende og stabil pleje. I den forbindelse arbejdes aktuelt med at udvikle et målhierarki samt at etablere en baseline – og herunder også opstille kriterier for, hvornår kontinuiteten er tilfredsstillende samt hvordan teams kan evaluere kvalitativt og handle på de data, de får stillet til rådighed.

Rammerne for den fremadrettede planlægning og økonomistyring er fortsat under udvikling, og arbejdet er kompliceret, fordi det fordrer grundlæggende ændringer i de eksisterende systemer. Derfor er det heller ikke afklaret, hvor udviklingen ender, og det indgår som en vigtig afvejning, at gevinsten skal modsvare omkostningerne samt at der ikke skal tilføres for mange administrative opgaver til de udekørende medarbejdere.

### **Myndighed og visitation**

I projektet arbejdes med flere spor, der skal styrke tildeling og justering af ydelser på ældreområdet fremadrettet, herunder et standardiseret indsatskatalog i forhold til visitering af sundhedslovsydelser (gældende for alle i kommunen som visiterer sundhedslovsydelser).

For det første arbejdes der med at udvikle et tættere samarbejde mellem hjemmeplejens visitatorer, sygeplejens koordinatore og rehabiliterende terapeuter. I dette spor arbejdes der bl.a. med fælles kompetenceudvikling på tværs af de forskellige grupper, der i dag tildeler ydelser, og dels på, at grupperne hver især kan varetage en bredere opgaveportefølje og arbejde mere helhedsorienteret med borgerne. Eksempler på dette handler om, at visitatorer og sygeplejekoordinatorer i højere grad skal kunne visitere til både service- lovs- og sundhedsydelser i ikke-komplekse borgerforløb samt at de rehabiliterende terapeuter, der arbejder med § 83a, udfører visitationen til indsatser, der ligger inden for dette område.

For det andet arbejdes der på at udvikle nye arbejdsgange og samarbejdsformer, der er lettere, mere direkte og indebærer færre adviser funktionerne imellem.

For det tredje er der allokeret tre visitatorer som faste kontaktpersoner til de faste teams, så det er de samme kendte personer, teamene samarbejder med. Det indgår samtidig som en ny fast praksis, at visitatorerne deltager på de enkelte teams holdmøder, og møderne er planlagt, så visitatorerne har mulighed for dette.

## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er ansat to rehabiliteringsterapeuter, som er tilknyttet fire teams hver. Der er et ønske om at ansætte yderligere to terapeuter, så de kun dækker to teams hver, men p.t. er der ikke økonomi til dette.

De to terapeuter er ansat i hjemmeplejen og har deres daglige gang sammen med deres teams, ligesom de er faste deltagere i teammøder. Terapeuterne er dels tovholdere for indsatsen vedr. digital rehabilitering af borgere i eget hjem og dels ansvarlige for at understøtte aktiverende tilgang til pleje i deres teams.

Terapeuterne kører 14 dages afklaringsforløb for alle nye borgere i samarbejde med hjemme- og sygeplejen. Det er terapeuterne, der vurderer borgerens funktionsniveau, opstiller mål for rehabiliteringsindsatsen og støtter (særligt via sidemandsoplæring) de øvrige faggrupper i at stå for de indsatser, der besluttes.

## **Involvering af borgere og pårørende**

I projektet arbejdes med at implementere COPM som en fast spørgeramme, der involverer borgeren aktivt i at sætte mål og delmål for sit forløb. Der er gennemført en række prøvehandlinger for at tilpasse modellen og udvikle en lokalt forankret og simpel guide, som alle medarbejderne på sigt skal kunne bruge i mødet med borgeren.

Herudover gennemføres en række dialogmøder med Ældresagen samt møder med kommunens seniorråd med henblik på at drøfte projektet, formidle opnåede resultater og få input til udviklingsarbejdet.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Generelt set er der opbakning til den teambaserede og tværfaglige organisation, der arbejdes med at etablere i projektet. Organiseringen og dens målsætninger fremstår fagligt meningsfuld for de fleste medarbejdere på tværs af faggrupper og funktioner, samtidig med at der fortsat er mange ting, der mangler at blive beskrevet og afprøvet i større skala for herefter at kunne udvides på tværs af ældreområdet.

Processen tager således tid, og det kræver lydhørhed over for medarbejdere og teamlederes bekymringer at omlægge et helt ældreområde. Erfaringen er, at medarbejderne (gælder alle de udekørende faggrupper) er meget positive over for de planlagte ændringer, så længe de kan se, at det hjælper dem og borgerne. Men samtidig gælder det også, at når udviklingsarbejdet komplekst og tager meget tid fra det borgerrettede arbejde, så kommer der modstand og frustration, som bunder i en oplevelse af, at omkostningerne overstiger gevinsterne.

Derfor er der dels justeret i projektets tidsplaner og ambitionsniveau i forhold til fx selvstyring, og dels forskel på, hvor hurtigt udviklingsarbejdet skrider frem i det forskellige teams. I det område, der er kommet længst, står medarbejderne selv for den daglige planlægning, mens de andre områder stadig er i gang med at forberede dette.

Det fremstår som en generel udfordring for projektet – og de involverende metoder, der skal bære udviklingsarbejdet – at det gennemføres i en periode, hvor der samtidig gennemføres besparelser, ligesom medarbejderne i lang tid har oplevet et stort arbejdspress bl.a. som følge af covid-19.

En anden barriere knytter sig til, at der har været mange lederskift i organisationen. Disse skift gør det vanskeligere at holde et vedvarende fokus på forandringsledelse. Det gælder dels i forhold til at få projektet og udviklingsaktiviteterne kommunikeret ud i hele organisationen og dels i forhold til dialog og mediering med de mange interessenter, der påvirkes af projektet.



# 15 Kolding Kommune: *Tættere på: Borgerens team*

## Formål og målsætninger

Projektet arbejder med at etablere tre faste og tværfaglige teams målrettet borgere med demens. At man tager afsæt i mennesker ramt af demenssygdom og deres pårørende bunder i, at der er tale om en særligt udsat gruppe med særligt stort behov for kontinuitet, stabilitet og gode relationer. De pårørende indgår i indsatsen som afgørende medspillere og ressourcer, men også som en selvstændig gruppe, der ofte har uopfyldte behov for aflastning og støtte.

Ambitionen er samtidig at udvikle en bæredygtig model for faste og tværfaglige teams, der efterfølgende kan udbredes til hele ældreområdet efter endt projektperiode. Til projektet er defineret tre overordnede udviklingsspor med tilhørende succeskriterier, som skal danne grundlag for udbredelse og implementering efter endt projektperiode. Disse knytter sig til udviklingen af:

- En model for faste og tværfaglige teams, der er attraktiv for de tilknyttede medarbejdere og styrker den faglige kvalitet samt kontinuitet og stabilitet i borgerforløb
- Nye principper, viden og praksis for involvering og samarbejde med borgere og pårørende
- En visitations- og økonomimodel, der sikrer balance mellem faglig frisætning og bæredygtig økonomi.

Tilgangen til udvikling sker dels i et designspor med fokus innovation og høj grad af borger- og medarbejderinvolvering og dels i et spor, som tager afsæt i et igangværende arbejde med datadrevet velfærdsudvikling, som er gennemført i regi af Sundhedsstyrelsens pulje til styrket nærvær og øge omsorg.

## Projektorganisering

Projektet er forankret i en styregruppe med direktøren (projektejer) og involverede chefer fra de fagområder, der berøres af projektet, og en repræsentant fra FOA. Herudover er der etableret to følgegrupper, der løbende bliver involveret og hørt i forhold til projektets udvikling og resultater. Det drejer sig om en faglig følgegruppe med repræsentanter fra MED-systemet samt en følgegruppe med repræsentanter fra ældreråd, frivillige og civilsamfunds aktører.

På operationelt niveau er der etableret et projektteam med en fuldtidsprojektleder og to designkonsulenter, der understøtter udviklingsarbejdet.

Endelig er konsulentfirmaet Implement tilknyttet projektet på en række områder. Firmaet tilknyttedes for det første i forhold til at understøtte arbejdet med

datadrevet udvikling samt udvikling af nye modeller for visitation, ledelsesinformation og økonomistyring, for det andet for at bidrage til den kompetenceudvikling, der er planlagt for medarbejdere og ledere og for det tredje for at bistå med evaluering og rådgivning omkring opnåede resultater og læring.

### **Borgermålgruppe**

Bruttomålgruppen for projektet består af ca. 320 borgere med demens, som modtager personlig pleje og/eller sygepleje (serviceloven § 83 og sundhedsloven § 138) i Kolding Kommune. Forventningen er, at der samlet set vil blive inkluderet 150-200 borgere med demens i løbet af projektperioden.

### **Teamorganisering**

De to første teams er normeret til 12 stillinger hver, og de er planlagt til at gå i drift 1. november 2022. Teamene dækker almindelig dagtid 7 dage om ugen, og de får tilknyttet hhv. 25 og 40 borgere fra starten. Antallet af borgere tilknyttet hvert enkelt team er udregnet ud fra, hvor meget hjælp borgerne får, hvordan geografien ser ud for det enkelte team samt et hensyn til, at teamet er i stand til at kunne håndtere sygdom og ferie.

Teamene er nedsat geografisk, så de matcher eksisterende hjemmehjælpsgrupper. Dette valg bunder i et ønske om at tage afsæt i eksisterende medarbejdergruppe og samarbejdsrelationer samt et ønske om, at borgere og pårørende oplever så få ændringer som muligt. Samtidig har det vist sig, at der er nok borgere med demens, som modtager hjælp i de to hjemmehjælpsgrupper, til at udnytte de to teams' ressourcer. Der er fundet egnede lokaler, som passer til de to teams' arbejdsform og opgaver, og alle medarbejdere i hvert team er rekrutteret, ligesom de øvrige fagpersoner (demenskonsulenter, Nexus-konsulenter, visitatorer og terapeuter), der skal tilknyttes og have tætte samarbejdsrelationer til de to teams, er udpeget.

Rekrutteringen af medarbejdere er sket via kombination af intern og ekstern rekruttering, og det fremgår af interview, at der ikke har været væsentlige udfordringer forbundet med dette.

### **Selvstyring**

Strategien er, at teamenes grad af selvstyring skal udvikles gradvist, og visionen er at gå så langt, som det kan lade sig gøre, under hensyntagen til, at medarbejderne og deres samarbejdspartnere kan følge med. Det prioriteres derfor, at den formelle ledelse i udgangspunkt er til stede og tæt koblet på teamenes hverdag og udviklingsarbejdet.

Der foregår derfor en række aktiviteter med henblik på at få beskrevet strukturer og rutiner i de nye teams' dagligdag, ligesom der arbejdes med at få

planlægning i forhold til vagter, ferie mv. på plads. På sigt er intentionen, af teamene selv overtager alt planlægningsarbejdet, men til at begynde med vil fokus være på den daglige ruteplanlægning for at fremme kontinuitet og tværfagligt samarbejde.

### **Tværfaglighed**

Hvert team består i udgangspunktet af to sygeplejersker, tre SOSU-assistentter og syv SOSU-hjælpere, og faggrupperne bliver fuldt fagligt integreret i hverdagen. Det betyder, at medarbejderne møder ind sammen, koordinerer og dokumenterer sammen, dagligt holder frokost sammen og sammen deltager i ugentligt teammøde (med fokus på samarbejde og udvikling af teamet) samt afholder tværfaglige møder med fokus på borgerforløb.

Teamet har en todelt ledelse (der sidder sammen), hvor sygeplejerskerne refererer til en sygeplejefaglig leder, mens de øvrige medarbejdere referer til en leder i hjemmehjælpen. Den todelte ledelse er valgt ud fra et ønske om at sikre sparring og kompetencemæssig vedligeholdelse for alle teamets medarbejdere samt ud fra et ønske om, at de to ledere tilsammen kan støtte tæt op om udviklingen af det tværfaglige samarbejde i teamene.

Til hvert team er tilknyttet faste – navngivne – visitatorer og demenskonsulenter, som deltager i udviklingsaktiviteter og tværfaglige møder. Derudover vil det enkelte teams demenskonsulent have en fast arbejdsdag i teamet, ligesom det indgår, at de tilknyttede visitatorer skal have en-to faste arbejdsdage i teamet. Den faste tilstedeværelse skal understøtte et tæt og fleksibelt samarbejde, som muliggør hurtig sparring, opfølgning og justering af de borgerrettede indsatser.

Tilsvarende skal der deltage rehabiliteringsterapeuter i teamenes tværfaglige borgerkonferencer. Det er uafklaret, om – og givet fald hvordan – terapeuterne på sigt skal have en øget fysisk tilstedeværelse i teamene, på linje med demenskonsulenter og visitatorer.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Der er tre tilknyttede driftsledere, som er tæt involveret i udviklingen af de nye teams. Samtidig arbejdes der på at udvikle ledelsesrollen og de tilknyttede lederes kompetencer. I forhold til den delte ledelsesrolle handler det om at udøve 'samledelse' og herunder, at de tilknyttede ledere får et velfungerende og tæt samarbejde.

I forhold til ledelsesrollen generelt er ønsket at udvikle en mere faciliterende og coachende rolle, hvor lederne i mindre grad træffer beslutninger og 'fikser' ting for teamene. Disse ændringer i ledelsesrollen udfordrer både ledere og medarbejdere. For lederne gælder særligt, at de har samtidigt ansvar for de to

tværfaglige teams og eksisterende teams i hhv. sygepleje og hjemmehjælp. Medarbejderne har mange nye praktiske og faglige ændringer at forholde sig til, hvilket let bliver en kilde til spørgsmål og efterspørgsel på løsninger fra ledelsen

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

I projektet arbejdes der målrettet med kompetenceudvikling i relation til medarbejderne i de nedsatte teams samt de involverede ledere. I forberedelsen til, at de to teams åbner, er der fokus på teambuilding og afdækning af, hvilke behov for kompetenceudvikling der skal arbejdes med, når teamene starter. På tidspunktet for interview var der afholdt en første workshop, som bl.a. handlede om teamroller, værdier for samarbejdet og en lang række praktiske forhold relateret til at få hverdagen og det tværfaglige samarbejde til at fungere. Endvidere er der planlagt specifik faglig udvikling i relation til demens og samspillet med demente og deres pårørende.

Under opstarten af de to teams er der indlagt tid til yderligere kompetenceudvikling, ligesom teamene vil blive fulgt og støttet i den nye hverdag af projektledelsen, de tilknyttede teamledere og de tilknyttede designkonsulenter.

Tilsvarende er der planlagt et forløb, hvor de tilknyttede driftsledere får undervisning og coaching som beskrevet i afsnittet ovenfor om ændringer i ledelsesrollen.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Datadrevet udvikling indgår som et vigtigt element i projektet. Det gælder både i forhold til baseline og dimensionering af de nye teams og i forhold til økonomistyring og udvikling af indikatorer, der kan understøtte det daglige arbejde i teamene.

Der arbejdes sammen med Implement på at udvikle et 'styringscockpit', der gør det muligt løbende at opgøre og anvende data for kontinuitet, stabilitet og relationer for hhv. borgere og medarbejdere og stille denne viden til rådighed for teamene. Tilsvarende arbejdes på at udvikle en model for økonomidata, der er målrettet de enkelte teams.

De første prototyper forventes at være klar til afprøvning i starten af 2023, og de vil løbende blive testet og videreudviklet i samarbejde med de to teams, repræsentanter fra myndighedsområdet og interne økonomikonsulenter.

## **Myndighed og visitation**

Kolding Kommune har i 2020-2022 arbejdet med at udvikle principper og ny praksis for, hvordan samarbejdet omkring visitation og planlægning af plejen på ældreområdet kan styrkes. Resultaterne fra dette arbejde udgør en vigtig del af fundamentet for arbejdet med de nye Borgerens team.

Det indebærer for det første, at der vil være faste visitatorer tilknyttet de to demensteams, som vil være fysisk til stede 1-2 dage om ugen. Erfaringen er, at fast tilstedeværelse og kendte relationer styrker samarbejdet og den fælles ansvarlighed for borgeren væsentligt, ligesom visitationens samarbejde med de decentrale planlæggere forbedres.

Der er også igangsat et udviklingsspor med fokus på at afdække muligheder og opmærksomhedspunkter for at udvikle visitation og tildeling af ressourcer til de udførende teams i retning af mere rammestyring. Dette spor er på interviewtidspunktet på et tidligt stadie, hvor arbejdes på at tilvejebringe et beslutningsgrundlag for, hvorvidt og hvordan der skal igangsættes konkrete prøvehandling.

## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Projektet har ikke et eksplicit fokus på rehabilitering og aktiverende pleje ud over de elementer, der i forvejen indgår i en helhedsorienteret demenspleje samt de eksisterende rutiner, der er for at trække på terapeutfaglighed i relation i konkrete borgerforløb. Som tidligere nævnt vil der deltage terapeuter i teamenes tværfaglige borgerkonferencer, og herudover vil muligheder og eventuelle behov for yderligere tilknytning af terapeutfaglighed vil blive af dækket i løbet af 2023.

## **Involvering af borgere og pårørende**

I projektet er gennemført en række interviews, workshops og observationer med fokus på at indhente viden og perspektiver fra borgere og pårørende. Det fremgår af interview, at denne viden har haft stor betydning for udviklingsarbejdet og de løsninger, der skal udvikles i de to teams med henblik på at øge kontinuitet og stabilitet i borgernes forløb. Arbejdet med at analysere og anvende den indsamlede viden er fortsat i gang og vil indgå i det fremadrettede udviklingsarbejde.

I projektets videre faser vil der fortsat være fokus på at få input fra borgere og pårørende, i takt med at demensteamenes nye praksis udvikles. Ligeledes bliver projektets udvikling og resultater præsenteret og drøftet på de indlagte møder med 'civilsamfundsfølgegruppen'.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Det fremgår af interview, at projektets to første faser er gennemført efter planen. I fase 1 er der gennemført en række aktiviteter relateret til involvering, foranalyse og mobilisering af ejerskab på tværs af de involverede aktører samt borgere og pårørende. Involvering af kommunens politiske ledelse i 'seniorudvalget' spiller i den forbindelse en vigtig rolle, og udvalget informeres og høres løbende om fremdrift og resultater.

Fase 2 har med afsæt i resultaterne fra første fase handlet om at udvikle rammer, organisering og fagligt indhold for arbejdet i de nye teams samt rekruttering og praktisk forberedelse af opstarten. I denne fase er der også gennemført en række workshops og udviklingsaktiviteter med henblik på at involvere medarbejdere og ledere i designfasen.

Fase 3 starter 1. november 2022, hvor de to første teams og de konkrete prøvehandlinger igangsættes. Herefter anvendes den resterende del af projektperioden til at udvikle, justere og konsolidere koncepter for faste tværfaglige teams.

# 16

## Køge Kommune: *Sammen med borgeren om den nærværende ældrepleje*

### Formål og målsætninger

Projektets formål er at omorganisere dele af Køge Kommunes hjemmepleje til en struktur med faste selvstyrende og tværfaglige teams. De enkelte teams skal have øget faglig frihed til at planlægge og udføre det borgerrettede arbejde, og en rehabiliterende tankegang og arbejdsmetode indgår som et centralt element, der skal styrkes via projektet.

De borgerrettede målsætninger, som projektets resultater vil blive vurderet ud fra, handler om, at borgerne skal opleve en indsats der understøtter:

- Kontinuitet og stabilitet
- Omsorg og nærvær
- En daglig pleje, der tager udgangspunkt i borgerens ønsker og mål
- Borgerens livskvalitet og aktivt søger muligheder for at fastholde og styrke denne.

På organisatorisk niveau skal projektet udvikle en teamstruktur, der er fagligt og økonomisk bæredygtig, hvor:

- Medarbejderne oplever, at de har tilstrækkeligt fagligt handle – og besluthedsrum
- Der er givet rammer og kompetencer til at arbejde systematisk med borgernes rehabilitering
- Der er et styrket tværfagligt samarbejde om borgerforløb
- Der er etableret en struktur for indsamling og brug af data, der understøtter kvalitet og effektiv ressourcestyring i en teambaseret organisering.

Projektet gennemføres ud fra en forventning om, at der efter endt projektperiode skal ske en udrulning af faste selvstyrende teams i hele syge- og hjemmeplejen i Køge Kommune.

### Projektorganisering

I forbindelse med projektet er der nedsat en styregruppe, der samler chefer og ledere, hvis fagområder er involveret i projektet. På operationelt niveau er oprettet en projektgruppe med de to teamledere, hvis medarbejdere indgår i projektet, en koordinator fra visitationen og interne konsulenter med ansvar for projektledelse, dataunderstøttelse mv.

Under udviklingen af projektet har der været nedsat tre arbejdsgrupper, der har formuleret prøvehandlinger som gennemføres i hhv. hjemmeplejens 'Team Nord', teamet for hverdagsrehabilitering og visitationen med opstart i oktober 2022. Prøvehandlingerne knytter sig til:

- At udvikle et første koncept, der beskriver rammer og indhold for de fire selvstyrende teams, der oprettes i hjemmeplejens 'Team Nord' samt de to teams, der arbejder med hverdagsrehabilitering
- At udvikle et udkast til nye arbejds gange for arbejdet med hverdagsrehabilitering samt et koncept for undervisning af hjemmeplejens medarbejdere i rehabilitering og aktiverende pleje
- Afprøve en ny visitationsmodel og mødestruktur mellem de fire selvstyrende teams og visitationen.

Endvidere arbejdes der på at formulere en prøvehandling målrettet de borgere, der modtager hjælp fra både Team Nord og hverdagsrehabiliteringsteamet.

### **Borgermålgruppe**

Projektet er målrettet alle borgere, som modtager personlig pleje og/eller sygepleje (serviceloven § 83, § 83a og sundhedsloven § 138) i de geografiske områder, der indgår i afprøvningen. Projektet forventes at berøre ca. 250 borgere i 2022 og op imod 700 i løbet af 2023.

### **Teamorganisering**

Arbejdet med nye teams omfatter et område i hjemmeplejen med fire teams samt to kommunedækkende teams, der etableres med afsæt i de medarbejdere, der arbejder med hverdagsrehabilitering efter § 83a.

Hjemmeplejens nye teams er forankret i 'Team Nord', hvor der pr. 1. oktober 2022 etableres fire selvstyrende teams, der dækker dagtiden alle ugens dage. Hvert team består af 10 medarbejdere og er sammensat af fire SOSU-hjælpere, fire SOSU-assistenten og to sygeplejersker. Hertil kommer to projektansatte ergoterapeuter, der tilknyttes de fire teams med henblik på at understøtte opgaven med rehabiliterende tankegang og aktiverende pleje. De fire hjemmeplejeteams er organiseret i par, for at de kan hjælpe hinanden ved sygdom, weekendvagter og dækning af ferie- og helligdage.

Projektet indebærer, at to faste sygeplejersker er tilknyttet til hvert af de fire hjemmeplejeteams. Sygeplejerskerne møder ind sammen med deres team og deltager i morgenmøder, frokost og ugentlige tværfaglige borgergennemgange.



Medarbejderne i Køge Kommunes hverdagsrehabilitering (§ 83a) inddeles efteråret 2022 i to selvstyrende teams efter samme principper som teamene i hjemmeplejen. I dette regi arbejdes der desuden med at udvikle og implementere en ny arbejdsgang for rehabilitering.

### **Selvstyring**

Graden af selvstyring og ledelsens fremadrettede rolle er et fokusområde i projektperioden i forhold til, hvad den nye organisering vil kalde på og muliggøre. En erfaring fra det hidtidige udviklingsarbejde er, at medarbejderne generelt er tøvende over for at skulle overtage ansvar for møder, planlægning af vagter og ferie mv. Det prioriteres derfor, at udviklingen inden for disse områder skal ske i et tempo, hvor medarbejderne kan følge med og være trygge i de forandringer, der sker.

De seks teams beholder derfor deres teamledere, og synlig nærværende ledelse vil også vedblive at være et centralt fokusområde i den fremtidige organisering. Inden for denne ramme arbejdes der aktuelt med at støtte teamene i selv at stå for den daglige ruteplanlægning, håndtering af sygemeldinger og justering af borgerbesøg mv.

### **Tværfaglighed**

Tværfagligheden i de nye teams søges for det første fremmet via den geografiske ensartning af hjemmeplejens og sygeplejens områder og faste tværfaglige mødestrukturer mellem navngivne sygeplejersker og hjemmeplejens team.

Hertil kommer den nye tilknytning af terapeutfaglige kompetencer, der er dedikeret til at understøtte den rehabiliterende tilgang til de borgerrettede indsatser og det tværgående samarbejde om rehabilitering. Dette indebærer også et fokus på snitfladerne mellem de to teams, der arbejder med hverdagsrehabilitering, og de teams, der arbejder med varige forløb. Her er dels fokus på at optimere arbejdsdelingen for de borgere, der samtidig er tilknyttet rehabiliteringsteamet og sygeplejen samt de borgere, der er tilknyttet rehabiliteringsteamet og samtidig modtager hjemmepleje aften og weekend. Endelig er der fokus på at styrke overleveringen af de borgere, der efter endt forløb overgår til varige forløb, med henblik på at fastholde de resultater og målsætninger, der er opnået og opstillet i forhold til borgernes selvhjulpethed.

Udviklingen af det tværfaglige samarbejde er stadig på et tidligt stadie, men det fremgår af interviews, at der allerede opleves positive resultater som følge af de tættere relationer, mødestrukturer og den styrkede terapeutfaglighed i hjemmeplejeteamene.

## **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

De eksisterende ledelsesstrukturer og ledere videreføres i den nye organisering, men med et fokus på, at ledelsen fremadrettet skal være mere coachende og faciliterende med henblik på at understøtte et større ansvar for selvplanlægning i de nye teams. Dette matcher i høj grad de involverede lederes fremadrettede ønsker, men på interviewtidspunktet var det endnu ikke afklaret, hvordan der skal støttes op om den nye lederrolle i forhold til kompetenceudvikling og coaching.

## **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Den nye organisering medfører behov for kompetenceudvikling, og det er en vigtig prioritet, at medarbejderne skal have beskyttet tid til udvikling. I løbet af projektet er der planlagt kompetenceudvikling i forhold til:

- Rehabilitering
- Teamsamarbejde, koordination og planlægning – tekniske kompetenceudvikling
- Tværfaglige møder
- Kompetenceafklaring → kompetenceudvikling i nye færdigheder, så man kan undgå overlap af medarbejdere i borgers hjem.

På interviewtidspunktet var det planlagt, at der i de enkelte teams primo 2023 skulle gennemføres tre workshops med fokus på teambuilding, spilleregler for samarbejdet, mødedeltagelse og tværfaglig sparring samt fordeling af roller mv.

I løbet af 2023 implementeres et nyt omsorgssystem samt nye skærme, der skal understøtte planlægningsopgaven i teamene. I takt med at disse elementer kommer på plads, sættes fokus på den daglige planlægning i miniteamene. Herunder også opgaven med at optimere ruteplanlægning og opgavedeling med henblik på at understøtte kontinuitet og effektiv ressourceudnyttelse.

## **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

De eksisterende modeller og systemer for økonomistyring videreføres indtil videre uændret, og det opleves som et godt afsæt, at syge- og hjemmeplejen allerede i udgangspunktet arbejder inden for en rammebevilling.

Projektet indeholder også et dataspor, som dels følger udviklingen i økonomi og nøgletal og dels arbejder med at undersøge, hvilke data der med de eksisterende systemer kan indsamles og stilles til rådighed for teamene.

## Myndighed og visitation

Et vigtigt første skridt i udviklingsarbejdet knytter sig til at gøre samarbejdet mellem hjemmeplejens medarbejdere og visitationen tættere og mere fleksibelt. Den gensidige viden skal øges, og der skal være trygge relationer, som understøtter samarbejdet og mindsker behovet for adviser funktionerne imellem. Med det afsæt er det indført tværfaglige teammøder med drøftelse af borgercases og deltagelse af visitator. Det er en prøvehandling, som medarbejderne selv har formuleret ud fra et ønske om at få et tættere og mere fleksibelt samarbejde.

Projektet indeholder også målsætning om, at medarbejderne tæt på borgeren på sigt skal have et øget fagligt handlerum til at justere de bevilgede indsatser i forhold til borgerens ønsker og behov. Dette handlerum skal samtidig være udformet på en måde, der ikke giver køb på borgerens retssikkerhed eller fagligt begrundede behov for pleje.

Ændringen fra før til nu er:

- At hjemmeplejeområdet kan ændre i tid og indsats og tilpasse denne til borgernes ønsker og aktuelle behov
- At visitationen kommer tættere på hjemmeplejeområdet ved ugentlige møder, hvor indsatser drøftes i forhold til borgernes behov.

## Rehabilitering og aktiverende pleje

I projektet er ansat to ergoterapeuter, der indgår i de fire hjemmeplejeteams for at understøtte rehabilitering og aktiverende pleje i hverdagen. Fokus er særligt på nye borgere – og på at opretholde de resultater, der er opnået i forbindelse med borgernes §83a-forløb. Ergoterapeuterne skal fungere som lærings- og forandringsagenter i teamene og være en integreret del af hverdagen, og terapeuterne er dagligt med kollegerne på borgerbesøg.

De konkrete opgaver knytter sig bl.a. til at vurdere, opstille mål og understøtte, at disse nås i samarbejde med borgere og kolleger samt til at sikre lettilgængelig supervision og sparring i teamet. Øvrige opgaver, fx træning udført af ergoterapeuterne, skal afklares.

Målet for de to rehabiliteringsteam, der arbejder med §83a, er, at de skal lave helhedspleje, som omfatter alle de ydelser, borgerne har brug for i den tid, de er tilknyttet teamet. Aktuelt er der to teams med 10 medarbejdere i hver, men på sigt er planen, at teamene også skal inkludere de terapeuter, der varetager genoptræning i borgernes hjem. Derfor forventes det at udvide til tre teams for at kunne fastholde en teamstørrelse, der matcher anbefalingerne fra Buurtzorg.

## **Involvering af borgere og pårørende**

Borgere og pårørendes perspektiver er tænkt ind i arbejdsgang for rehabilitering og er en del af opstartsmøder i syge og hjemmeplejen, hvor ergoterapeuter deltager med det fokus. På disse opstartsmøder er sat ekstra tid af til at komme hele vejen rundt med borger og pårørende samt at sætte fokus på rehabilitering fra begyndelsen.

I projektperioden gennemføres en telefonisk brugertilfredshedsmåling i oktober 2022 og igen i oktober 2023, som bl.a. afdækker borgernes oplevelse af kontinuitet og stabilitet i den hjælp, de modtager. Endvidere er der planlagt fokusgruppeinterview med borgere og pårørende i forbindelse med evalueringen af projektet. Den indsamlede viden skal dels anvendes til at kvalificere det borgerrettede arbejde og dels indgå i vurderingen af de opnåede resultater.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Det fremgår, at projektet forløber planmæssigt samt at der generelt er stor opbakning til projektet og dets målsætninger på tværs af de involverede medarbejdergrupper og ledere såvel som fra politisk side.

Projektet repræsenterer også et stort udviklingsarbejde, som stiller store krav til kommunikation, involvering og forandringsledelse. Den igangsatte kompetenceudvikling og tilgangen til, at udviklingen i graden af selvstyring skal ske gradvist og med hensyn til medarbejdernes ønsker, fremstår derfor som vigtige holdepunkter for udviklingsarbejdet.

# 17 Rødovre Kommune: *Når I skal ind i mit hjem*

## Formål og målsætninger

Formålet med projektet er at udvikle faste teams, som kan rumme hele gruppen af borgere, der modtager sygepleje og hjemmepleje samt øge kontinuitet og stabilitet for borgere, medarbejdere og pårørende. Projektet har følgende mål:

1. Øge sammenhængen og kvaliteten for borgerne og deres pårørende. Det betyder, at der ud over gevinsten ved de faste tværfaglige teams også skal tænkes en styrket koordinering og samarbejde mellem teams og myndighedsfunktionen for at styrke sammenhæng og kvalitet i det samlede borger- og pårørendeforløb.
2. Øge kontinuitet og stabilitet.
3. Skabe en mere attraktiv arbejdsplads. Kvaliteten af indsatsen er tæt forbundet med medarbejdernes faglighed og motivation. De faste teams skal medvirke til at udvikle en arbejdsplads, der er meningsgivende for medarbejderne og giver råderum til at bruge deres faglighed i mødet med borgerne. Herigennem styrkes mulighederne for at rekruttere kvalificeret personale og fastholdelse.
4. Sikre en god kombination af faglig frisætning og god økonomistyring. Intentionen er at opbygge en styringsmæssig understøttelse, der sikrer, at den faglige frisætning går hånd i hånd med en professionel og effektiv økonomisk styring. Dette er et centralt element i efterfølgende at kunne gå fra projekt til fuld drift.

Projektet gennemføres som en bottom-up-drevet designproces, hvor borgere, pårørende, medarbejdere og ledere i hjemme- og sygeplejen samt myndighed udvikler løsninger og tiltag sammen. Der er nedsat arbejdsgrupper bestående af medarbejdere, som arbejder med prøvehandling efter PDSA-metoden. Projektet indebærer ikke en organisationsændring som sådan, men et arbejde med at udvikle praksis i hele organisationen, herunder tværfaglige samarbejder og mødet med borgeren.

Projektet involverer én pilothjemmeplejegruppe bestående af tre teams, gruppens tre tilknyttede sygeplejersker samt to visitatorer. Projektet er designet i tre faser:

1. Forstå-skab-virk, som skal lede op til udrulning til resten af organisationen. På interviewtidspunktet har projektet afsluttet forstå-og-skab-fasen, der har bestået af workshops og arbejdsgrupper med de involverede medarbejdere i hjemmeplejen, sygeplejen og visitationen samt ledere. Her har deltagerne udviklet forslag til prøvehandling, hvoraf nogle er igangsat med henblik på at forbedre praksis.

2. Ultimo august 2022 har styregruppen truffet beslutning om 12 prøvehandlinger, som udgør virk-fasen, der startede i september og løber ind i starten af 2023. Her arbejder deltagerne med forskellige prøvehandlinger parallelt, som undervejs bliver drøftet, justeret og tilpasset i arbejdsgrupper, der bliver nedsat omkring hver prøvehandling.
3. I december 2022 skal styregruppen på denne baggrund beslutte, hvilke prøvehandlinger der i første omgang skal udrulles til den øvrige hjemmepleje, sygepleje og visitation, og lægge en plan for en gradvis udrulning heraf i projektets tredje fase.

## **Projektorganisering**

Projektledelsen varetages af en intern projektleder, som har kontor i den deltagende hjemmeplejegruppe samt en ekstern projektleder fra Implement. Begge projektledere forestår workshops, kompetenceudvikling og øvrige projektledelsesaktiviteter, mens Implement har primæransvar for at udvikle et styringscockpit til dataunderstøttelse af en teambaseret organisering.

## **Borgermålgruppe**

Projektet har i 2022 tre målgrupper på i alt 163 borgere, der modtager hjemme- og sygepleje efter SEL § 83 og SUL § 138 i pilothjemmeplejegruppen, og som er opdelt efter borgerens tyngde, kompleksitet og antallet af kontakter/besøg:

1. Borgergruppe på 43 borgere: meget koordinering, mange kontakter og komplekse behov, forudsætter daglige besøg
2. Borgergruppe på 76 borgere: løbende koordinering, modtager som minimum rengøring og personlig pleje, forudsætter flere ugentlige besøg
3. Borgergruppe på 44 borgere: mindre behov for koordinering, primært rengøring/praksis hjælp, enkelt besøg hver-hver anden uge.

I takt med den løbende udrulning bliver målgruppen betydeligt udvidet i 2023.

## **Teamorganisering**

Hjemmeplejen er organiseret i syv hjemmeplejegrupper, og disse syv grupper er inddelt i mindre dagteams med ca. 10 medarbejdere hver (fordelt på tre SOSU-assistenten, tre-syv SOSU-hjælpere, ufaglærte og elever samt en teamsygeplejerske). Der er således en teamorganisering, der matcher projektets ambitioner uden behov for ændringer i projektets tredje fase.

## **Selvstyring**

Der er ikke lagt op til at ændre i ledelsesstrukturerne eller planlæggerfunktionen, som laver grundplanen for de tre teams i gruppen. Til gengæld er der fra medarbejdernes side stort ønske om en prøvehandling, hvor de tre teams får

en større grad af medansvar for at justere i den daglige besøgsplanlægning med henblik på en højere grad af kontinuitet. Derfor har de enkelte teams på interviewtidspunktet gode erfaringer med daglige morgenmøder, hvor de 'pusler planerne på plads'. I et team er tre medarbejdere blevet superbrugere i planlægningssystemet, og de skiftes til at facilitere puslemøderne (ved at flytte rundt på de besøg, teamet aftaler). Forud for igangsættelse af prøvehandlingen er der indkøbt og opsat touchskærme, og medarbejderne er efterfølgende kompetenceudviklet inden for mødeledelse og teamsamarbejde.

### **Tværfaglighed**

Sygeplejerskerne er organiseret i en selvstændig sygeplejeenhed, men i udgangspunktet er der en teamsygeplejerske tilknyttet de enkelte teams i hver enkelt hjemmeplejegruppe, så projektet indebærer ikke ændringer i organisationen af sygeplejerskerne. Det skyldes et hensyn om at bevare sygeplejerskernes monofaglige fællesskab i sygeplejen, herunder adgang til specialistsygeplejersker.

Ligeledes var der i udgangspunktet ugentlige triagemøder (mandag, onsdag og fredag) med social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker.

For at styrke det tværfaglige samarbejde mellem hjemmepleje og sygepleje er der igangsat en prøvehandling, hvor teamets sygeplejerske møder ind sammen med sit team om morgenen 2 dage om ugen. Forventningen er, at det vil højne den faglige kvalitet samt integrationen og relationerne i teamet. Dertil er man ved at udvikle en prøvehandling, hvor et af de ugentlige triagemøder udvides til at inkludere flere faggrupper – i første omgang visitatorer og på sigt også rehabiliteringsterapeuter og andre specialistfunktioner alt efter problematikkerne i de aktuelle borgersager.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Der er som nævnt ingen planer om at ændre den eksisterende ledelsesstruktur, der opleves som velfungerende. Det indebærer, at hjemmeplejens grupper fortsat vil have en formel gruppeleder, men der vil skulle ske ændringer i ledelsesrollen og måden at bedrive ledelse på. Ledelsen skal fremadrettet blive mere coachende, i takt med at teamene får mere medansvar, og gruppelederne har en vigtig rolle med at understøtte medarbejderne i denne proces. Derudover er det erfaret væsentligt, at gruppelederne bliver klædt på til den nye mødestruktur for at understøtte den tværfaglige dialog.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Med afsæt i gruppeledernes ændrede rolle er der planlagt kompetenceudvikling for ledere med fokus på coachende ledelsesstil og nye metoder i det

tværfaglige samarbejde. De konkrete rammer og det konkrete indhold var stadig under udvikling på tidspunktet for interview. Foruden en samlet kompetenceudvikling af gruppelederne får de også coaching af Implement, efterhånden som de øvrige grupper kommer på uddannelse og får implementeret de nye tiltag.

På interviewtidspunktet er der tilsvarende planlagt og igangsat kompetenceudvikling for de involverede medarbejdere i de tre teams. Forløbet indebærer i udgangspunktet, at hvert team kommer på 2 dages kompetenceudvikling, der har fokus på temaer som mødestrukturer og kommunikation. Planen er at også, at de involverede sygeplejersker og de to visitatorer skal deltage i kompetenceudvikling i 2023.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

I samarbejde med Implement er der igangsat udvikling af et styringscockpit, som skal understøtte de faste teams' daglige drift samt fokus på kerneopgaven. Styringscockpittet skal indeholde data på indikatorer som kontinuitet og kobles op på indmøde og sygefravær. Derefter skal der igangsættes prøvehandlinger med afprøvning af styringscockpittet, og medarbejderne skal trænes i at forstå og anvende dataene.

### **Myndighed og visitation**

Myndighedsafdelingen har været involveret i projektet fra start i form af arbejdsgrupper med to visitatorer, der i første omgang har udviklet og afprøvet en model til at øge visitatorernes fysiske tilstedeværelse i hjemmeplejen. Der er afprøvet og igangsat flere prøvehandlinger, som omhandler samarbejdet mellem visitation og hjemmepleje, og som løbende evalueres:

- Tættere samarbejde om mig: Visitatorerne er fysisk tilstede i hjemmeplejen. Fra uge 35 har hvert team et kvarter hver anden uge til at drøfte borgerne med de to visitatorer. Igennem løbende tilpasning har visitatorerne fundet ud af, at det er passende med besøg hver anden uge.
- Taskforce: Alle borgere, der modtager hjemmehjælp af det ene team, gennemgås af visitationen og teamet, så alle ydelser ajourføres i forhold til borgerens funktionsevneniveau og besøgsplaner, der sideløbende opdateres. Sideløbende noteres behov for revurderinger, der som prøvehandling afholdes med både visitator og den faste hjælper, ligesom prøvehandlingen skal udbygge udførernes forståelse for kriterierne for og indholdet af de bevilgede indsatser samt hvornår visitationen skal involveres ved ændrede behov hos den enkelte borger.
- Fleksible tidsrammer på ydelser. Assistenterne skal i denne prøvehandling klædes på til selv at fastlægge niveauet inden for den enkelte bevilgede ydelse. Dette afprøves inden for ydelserne: personlig pleje, udskillelse og



praktisk hjælp. Det vil gøre det muligt for teamet selv at sætte niveauet op og ned i forhold til borgerens konkrete behov, når først visitationen har bevilget ydelsen.

- Teamet visiterer selv indkøbsordning og madservice: Formålet er at give de faste teams en højere grad af selvstyring, idet de selv skal kende baggrunden for bevillingen af ydelserne. Det kræver en nærmere definition af, hvordan prøvehandlingen skal gribes an. Derudover skal der tages stilling til, hvordan afgørelserne dokumenteres, hvilket visitationen fortsat arbejder på.

Ledelsen af ældreområdet er i gang med at undersøge, hvorvidt ældreområdet på sigt skal arbejde hen imod mere fleksible bevillinger samt økonomistyre på disponeret frem for visiteret tid. Disse overvejelser er dog ikke en del af projektet, og det forventes heller ikke, at der vil ske ændringer relateret til visitation og økonomistyring inden for projektperioden.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Rehabiliteringsterapeuterne i kommunen har for nylig undergået en organisationsændring fra at være integreret i hjemmeplejen til at blive samlet i en specialiseret rehabiliteringsenhed. På denne baggrund er rehabiliteringsterapeuterne ikke tænkt ind i projektet, men rehabilitering og aktiverende pleje er et fokusområde blandt lederne mere generelt, og man forventer at involvere rehabiliteringsterapeuterne i projektet i 2023.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Som beskrevet ovenfor er afsættet for de prøvehandlinger, der arbejdes med, kvalificeret via borgerinterview, som projektledelsen har forestået. Perspektiverne herfra og fra medarbejderne har resulteret i prøvehandlinger, som har været lagt op til styregruppen til beslutning. Det er planen at følge op med yderligere borgerinterview i 2023 for at indhente perspektiver fra de borgere, der inkluderes i prøvehandlingerne.

Der er igangsat en prøvehandling, "Mine første møder med jer", som omhandler de første møder med borgeren. Formålet med prøvehandlingen er at afstemme forventninger til hjælpen mellem borger, myndighed og hjemmepleje ved opstart af forløb. Prøvehandlingen består af et opstartsmøde, hvor visitator får 60 minutter til at drøfte den tildelte hjælp og de videre forløb. Derefter får hjemmeplejen 40 minutters fokuseret første besøg til at forventningsafstemme den kommende hjemmehjælp. For at støtte medarbejderne er der udarbejdet en pjece målrettet borgere og pårørende.

Der pågår en løbende evaluering af prøvehandlingen, hvor projektlederen interviewer borgere og medarbejdere.

## Status på fremdrift og foreløbig læring

Hjemmeplejen var allerede organiseret i mindre teams, ligesom sygeplejerskerne var fast tilknyttet et team i hjemmeplejen og er mødeleder på triagemøder, hvilket betragtes som en fordel, fordi projektet fra start kan fokusere mere på medbestemmelse, styrkelse af tværfaglighed samt ledelsesrollen. Der sker særligt fremdrift på samarbejdet med visitationen, som har været i gang siden foråret, fordi de deltagende visitatorer var meget engagerede i at prøve nye samarbejdsformer af, og fordi der tidligt er dannet relationer, som understøtter (skriftlig) dialog mellem visitation og hjemmepleje. Igennem projektet er det også blevet tydeligt, hvilke udfordringer der opleves i samarbejdet fx betydningen af kendskab mellem medarbejdere, hvilket man i organisationen vil søge at fremme mere bredt via strukturelle mødestrukturer.

Der er både gode erfaringer og usikkerhed forbundet med den bottom-up-drevne og medarbejderinddragende proces. Det fremstår positivt og motiverende for medarbejderne, at de får indflydelse, og at deres faglighed og hverdagserfaringer kommer i spil i udviklingsarbejdet. Omvendt rummer arbejdet med prøvehandlingerne – og det at der ikke er noget tydeligt outcome – også en del usikkerhed, som medarbejderne skal vænne sig til at agere i. Dertil er der bekymringer i visitationen om, hvorvidt der efterfølgende vil være tilstrækkeligt med ressourcer og implementeringskraft til at udrulle prøvehandlingerne til den resterende hjemmepleje. Det skyldes særligt, at der i visitationen er en oplevelse af ressourceknaphed og få medarbejdere at fordele udviklingsopgaverne på. I teamene er der en usikkerhed om, hvordan den fremadrettede udvikling og implementering understøttes, når projektet overgår til drift.

# 18 Syddjurs Kommune: *Mere værdig pleje*

## Formål og målsætninger

Projekt Mere værdig pleje er en fortsættelse af førstegenerationsprojektet, der fik midler af Sundhedsstyrelsens pulje til Øget omsorg og nærvær. I førstegenerationsprojektet har kommunen etableret 6 ud af 12 faste, tværfaglige og selvstyrende teams samt igangsat udvikling af back-office-funktion med den ambition at være så tro mod den nederlandske Buurtzorg-model som muligt. Der er to overordnede mål for andengenerationsprojektet:

- At implementere Generation 1 i bund: at gennemføre en række indsatser, der sikrer, at den ny ældrepleje "Generation 1" implementeres i bund
- At udvikle Generation 2: at fortsætte udviklingen, så kontinuitet og stabilitet også omfatter ydertimer, akutfunktioner, specialistfunktioner, træning og private leverandører; at sikre en bæredygtig økonomi og ressourceudnyttelse.

Projektet har tre overordnede spor, hvorigennem målsætningerne søges indfriet:

- Spor 1: kapacitetsopbygning i driftsorganisationen – implementering af kvalitetsmodel for eksisterende teams og udvikle ny organisering i klyngerne, kapacitet til at arbejde rehabiliterende, koble borgernære akut- og specialistfunktioner til klyngerne samt sikre trivsel og fastholdelse
- Spor 2: kapacitetsopbygning i den omkringliggende organisation – videreudvikling og implementering af ny visitations- og afregningsmodel, teknisk understøttelse, kapacitet i back-office samt ledelseskapacitet
- Spor 3: samarbejde med private leverandører – udvikle og afprøve modeller sammen med private leverandører.

Strategien for projektet er organisationsforandring på kommunens samlede ældreområde, som på sigt skal organiseres i faste, tværfaglige og selvstyrende teams med en central back-office-funktion.

Projektet viderefører tilgangen til udviklingsarbejdet, som er baseret på afprøvninger i de enkelte teams med afsæt i PDSA-modellen samt løbende erfaringsopsamling- og udbredelse via observationer af praksis i teamene.

## Projektorganisering

Projektet organiseres med en styregruppe, følgegrupper, en projektgruppe, projektleder, teknisk projektleder og en projektmedarbejder. Derudover er der tilknyttet en række eksterne samarbejdspartnere:

- Karlsson Konsult, der er tilknyttet som ekstern projektleder
- Adm Design med fokus på opbygning af styringsmodeller og back-office
- Buurtzorg som rådgiver
- VIVE som rådgiver og evaluator
- Systematic, der har udviklet en app, som understøtter medarbejderne i at samarbejde i teams.

## **Borgermålgruppe**

Projektet omfatter alle borgere, der modtager pleje og/eller sygepleje efter servicelovens § 83 og sundhedslovens § 138, hvilket er ca. 2.896 borgere i 2022 og ca. 3.016 borgere i 2023. I 2023 vil der desuden være fokus på borgere, der vælger en privat leverandør, hvilket er ca. 160 borgere.

## **Teamorganisering**

Der er etableret seks borgerteams. Planen er at etablere yderligere seks teams i løbet af efteråret 2022 og 2023, således hele hjemme- og sygeplejen er organiseret i 12 faste, selvstyrende og tværfaglige teams ved slutningen af 2023.

Teamstørrelsen og medarbejdersammensætningen i de etablerede teams varierer, men fælles er, at de består af hjælpere, assistenter og sygeplejersker samt har fast tilknyttede terapeuter og visitatorer (og coaches):

- Borgerteam Ebeltoft Nordøst: 17 medarbejdere heraf 11 hjælpere, 2 assistenter og 4 sygeplejersker, der dækker dagvagt og aftenvagt
- Borgerteam Kolind: 24 medarbejdere heraf 17 hjælpere, 2 assistenter og 5 sygeplejersker, der dækker dagvagt og aftenvagt
- Borgerteam Hornslet Syd: 22 medarbejdere heraf 16 hjælpere, 2 assistenter og 4 sygeplejersker, der dækker dagvagt og aftenvagt.

I dagligt fremmøde er der maksimum 12 medarbejdere. Teamstørrelsen skal sikre, at teamet kan dække dagvagt og aftenvagt. Der er løbende opmærksomhed på at justere teamstørrelse med tyngden i borgermålgruppen. De optegnede distriktsgrænser er altså flydende, også i forhold til at sikre organisatorisk bæredygtighed fremadrettet. Omorganiseringen er sket ved at flytte sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere fra eksisterende hjemmeplejeområde og over i et team. For at imødekomme sygeplejens bekymringer for integration med hjemmeplejen er organiseringen af de involverede sygeplejersker sket ved, at de har haft mulighed for at komme med ønsker i forhold til fx geografisk område, borgerforløb og mødested.

Teamene er forbundet via en klyngestruktur med en klyngeleder, som dækker fire teams. To teams deler lokation, så klyngelederen dækker to lokationer. De

to teams på samme lokation fungerer som 'makkerteams' i forhold til at hjælpe hinanden ved fravær, mv. Klyngestrukturen skal bidrage til at skabe fleksibilitet på tværs af de mindre teams, et fagligt fællesskab for aftenvagterne og sygeplejerskerne og et monofagligt fællesskab. I alt vil der være tre klynger i kommunen og 12 teams.

Alle teamets medlemmer møder ind samme sted og på samme tidspunkt til morgenmøde. Derudover er der ugentlige teammøder, som faciliteres af coachen. Her arbejder teamet med at koordinere og drøfte konkrete borgersager samt udviklings- og afprøvningsprocesser baseret på PDSA-modellen.

### **Selvstyring**

Som følge af projektets ambition om at være så Buurtzorg-tro som muligt er der lagt op til, at de selvstyrende teams på sigt skal understøttes af coachfunktioner, mens ledelse og planlægger- og koordinatorfunktioner skal flyttes til et centralt back-office. Det har været en erkendelse i projektet, at det er vigtigt for teams, at planlæggerfunktionen er synlig decentralt, hvorfor de er 3-4 dage i teamet og 1-2 dage samlet i back-office.

I hvert team er etableret en planlæggerfunktion, som er en del af rollen som kontinuitetsansvarlig. Den kontinuitetsansvarlige har sammen med teamet ansvaret for, at dag-til-dag-planlægning understøtter kontinuitet og tager hensyn til borgers ønsker. Rollen går på skift mellem de medarbejdere, teamet har valgt kan varetage funktionen.

Der er forskellige grader af, hvor selvplanlæggende de fire teams er. Et team vurderes at være kommet langt, idet teamet er selvstyrende i forhold til den daglige ruteplanlægning og planlægningen på morgenmøder. Dertil har teamet udtrykt ønske om også at få ansvar for grundplaner, arbejdstider og anvendelse af midler på undervisning mv. Heroverfor er der andre teams, som stadig arbejder på at udvikle deres praksis for afholdelse af morgenmøder og besøgsplanlægning, og som fortsat har behov for sparring fra leder og coach.

### **Tværfaglighed**

I projektet er der stort fokus på at fremme en fleksibel arbejdsdeling mellem hjælpere, assistenter og sygeplejersker. Der er allerede gode erfaringer med, at sygeplejerskerne tager større del i den grundlæggende pleje end tidligere, ligesom teamene koordinerer ruterne. For eksempel indgår sygeplejersken som 2. person på morgenplejen, således at plejen og sygeplejen kan udføres på samme besøg. Der arbejdes på at øge opgaveoverdragelsen fra sygeplejerskerne til hjælpere og assistenter, men variation i medarbejdernes erfaring og kompetencer samt en generel mangel på assistenter udgør en udfordring for dette.

Det betragtes endvidere som en udviklingsopgave at finde en model for tilknytningen af specialistfunktioner – herunder især specialistsygeplejerskerne, som tidligere var integreret med hjemmesygeplejerskerne. Dilemmaet er, hvordan specialistfunktionerne kan være tæt på sygeplejerskerne i de enkelte teams, samtidig med at de organisatorisk er længere væk. For eksempel er der ønske om, at specialistsygeplejerskerne i højere grad end i dag indtager en rolle som sparringspartnere ved at rådgive og oplære frem for at udføre ydelserne. Planen er derfor at etablere en fjerde klynge – en sundhedsklynge – som skal gå på tværs af de tre klynger og altså dække hele kommunen. Sundhedsklyngen vil bestå af akutteam, specialister og sygeplejeklinik, og den har egen leder og har til opgave at sikre faglig udvikling for sygeplejerskerne i borgerteams og yde sparring ved komplekse borgerforløb.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Der er med projektet ikke lagt op til en ledelsesfri organisation, idet ledelse betragtes som central for at lykkes med udvikling og implementering. Der er dog forventninger om, at selvstyrende teams kræver gentænkning og redefinerings af ledelsesrollen. For at understøtte ny ledelsesrolle har man besluttet, at de eksisterende distriktsledere skal være klyngeledere i et andet område end før og altså være ledere for nye medarbejdere. Klyngelederne skal først og fremmest have en forandringsledelsesrolle og på sigt en mere strategisk ledelsesrolle. Samtidig er der fokus på udvikling af nye roller også for mellemledere og topledere, der også forventes at forandre sig.

Ambitionen er, at teams i kommunen på sigt skal understøttes af en (eller flere) coaches. På nuværende tidspunkt er der uddannet fem coaches i alt med støtte fra Buurtzorg. Hver coach har tre roller i teamene:

- Beslutningsstøtte: Coachen hjælper borgerteamet til selv at træffe beslutninger ved at understøtte processer i teamet.
- Læring: Coachen understøtter brug af PDSA i borgerteamet med henblik på at skabe en læringskultur.
- Trivsel: Coachen har et medansvar for at skabe trivsel i borgerteamet ved at mediere i konflikter og proaktivt at understøtte et godt psykisk arbejdsmiljø.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der er i førstegenerationsprojektet udviklet en række redskaber, herunder spilleregler, roller, værdighedsmodellen mv., som de involverede medarbejdere er introduceret til. Kompetenceudviklingen i disse redskaber sker løbende igennem teammøder med og undervisning ved coachene.

## **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Projektet fortsætter arbejdet med at opbygge og udvikle en central back-office-organisation der er inspireret af Buurtzorg, som samler flere administrative funktioner. Back-office varetager en række administrative og styringsmæssige funktioner, der skal bidrage til at frigive lokalt besluthingsrum i det enkelte team. Back-office består p.t. af ca. 10 medarbejdere: en leder, en administrativ medarbejder, som hjælper med det administrative i forhold til løn, ansættelse og rekruttering, en assisterende systemadministrator, en styringsmedarbejder og foreløbig seks planlæggere og to coaches. Det fremgår dog også, at man ikke er helt i mål med at organisere planlæggerfunktionerne i back-office, fordi teamene fortsat har behov for understøttelse herfra for at blive mere selvtilrettelæggende.

Som del af back-office arbejdes også på at etablere et dashboard, som giver de enkelte teams adgang til viden omkring centrale målsætninger vedr. bl.a. kontinuitet, evnen til at arbejde rehabiliterende samt økonomi, borgerrettet tid og anvendelse af vikarer mv.

## **Myndighed og visitation**

Som led i projektet er der udviklet en ny styringsmodel baseret på forløbstakstfinansiering, hvor SUL og SEL enkelttydelser samles i en helhedsplejepakke baseret på en forløbstakst, der tildeles borgeren, alt efter hvilken kategori borgeren visiteres til. Hensigten med forløbstakstmodellen er, at teamene får frihed til at indrette plejen efter borgerens behov og samtidig får et økonomisk incitament til at prioritere en tidlig og rehabiliterende indsats samt velfærdsteknologiske løsninger. Det indebærer en genberegning af takster, så de indeholder afregning for størstedelen af den pleje, som borgeren modtager over forløbsperioden. Det opleves som en udfordring at ramme tidligere budgetniveauer.

Projektet har også fokus på at styrke samarbejdet mellem visitation og udførerled, hvor intentionen er, at visitatorerne skal have øget decentral tilstedeværelse. Foreløbig er erfaringerne, at decentral tilstedeværelse øger frem for reducerer visitatorernes opgavemængde. Det betragtes derfor som en fortsat udviklingsopgave at definere visitatorernes rolle, opgaver og tilknytning til de enkelte teams.

## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Det fremgår, at samarbejdet mellem hjemmepleje og rehabiliteringsterapeuter har et godt udgangspunkt, og at rehabiliteringsterapeuterne finder det positivt, at projektet giver bredere rammer for samarbejdet. Samtidig har den nye styringsmodel til formål at skabe rammerne for øget fokus på rehabilitering og

aktiverende pleje, og der opleves potentiale for, at terapeuterne i højere grad indgår som en integreret del af teamet. Det fremgår også, at det fortsat skal afklares, hvordan terapeuternes kompetencer bedst anvendes for, at det lykkes at øge borgernes selvhjulpethed.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Der er tre spor i projektet, som handler om involvering af borger og pårørende: organisatorisk inddragelse, brugertilfredshedsmålinger og den direkte borgerkontakt. Projektet viderefører et borger- og pårørendepanel, som sikrer løbende inddragelse af deres perspektiver på udviklingsarbejdet. Erfaringerne fra førstegenerationsprojektet er, at panelet bidrager positivt med gode og udfordrende indspark, men også at det er svært at rekruttere (nye) til. Der er endvidere gennemført borgerinterview inden førstegenerationsprojektet som led i en foranalyse samt brugertilfredshedsundersøgelse før og efter i forbindelse med VIVEs evaluering. Der ses derudover små spæde forsøg på, at medarbejderne øger borgerinddragelsen og den rehabiliterende indsats.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Kommunen er godt på vej til at udrulle et koncept for organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Der opleves opbakning til konceptet bredt i organisationen og på politisk niveau. Og der er foreløbige positive erfaringer med, at det tværfaglige samarbejde opleves meningsfuldt og udbytterigt samt positive indikationer på øget personkontinuitet. Men kommunen oplever også, at der er lang vej igen til, at de enkelte teams er velkonsoliderede, at planlægningen sker med afsæt i borgers ønsker og behov, og at faggrupperne arbejder tæt sammen tværfagligt om rehabilitering og tidlig opsporing mv. Ligeledes er det erfaret, at der er bekymring blandt sygeplejerskerne for ikke længere at være del af et monofagligt sygeplejerskefællesskab, og hvilke konsekvenser det har for deres faglige niveau, hvilket bl.a. søges imødekommet med etableringen af sundhedsklyngen.

Der ses også et behov for at udvikle på 'faglig kontinuitet' i de enkelte teams i form af, at alle medarbejdere ved, hvilke opgaver de skal udføre under besøgene, bl.a. igennem kontaktpersonsordninger samt forbedring af handlingsanvisninger på sygeplejeindsatser og besøgsplaner på servicelovsydelser.

Erfaringen er derudover, at det er en grundlæggende udfordring for andengenerationsprojektet at sikre tilstrækkelig medarbejderinvolvering i udviklingsarbejdet, i og med at konceptet er udviklet. Andre centrale barrierer for at indfri ambitionerne handler om rekrutteringsudfordringer, hvorfor der aktuelt er fokus på at stagnere anvendelsen af ekstern vikardækning på nuværende niveau, og om arbejdstidsaftaler, der udfordrer fleksibel arbejdstilrettelæggelse. Det fremgår, at det ikke har været muligt at bløde tilstrækkeligt op for lokale aftaler med fagforeningerne.



## Sønderborg Kommune: *Nye veje til mere nærvær og omsorg*

### Formål og målsætninger

Sønderborg Kommune gennemførte i 2021 en omorganisering af ældreområdet med en ny ledelsesstruktur, hvor hvert af kommunens fire distrikter har en distriktsleder med ansvar for den samlede hjemme- og sygepleje i området. Samtidig er der etableret en teambaseret og tværfaglig organisering, hvor mindre borgerteams varetager forløb hos en fast gruppe af borgere i et mindre geografisk område.

Målsætningerne for den nye organisering var – og er stadig:

- At hjemme- og sygeplejens borgermålgruppe opnår højere stabilitet, sammenhæng og kontinuitet i plejen samt oplever mere inddragelse og nærvær
- At arbejdsglæden hos medarbejdere i hjemme- og sygeplejen øges ved tværfagligt samarbejde, indflydelse, og at visitationspraksis inddrager borgere i høj grad.

Midlerne fra puljen til faste teams anvendes for det første til fortsat udvikling og konsolidering af den igangsatte organisationsændring. For det andet gennemføres en pilotafprøvning af et Buurtzorg-inspireret team, der skal teste mulighederne for at etablere fuldt integrerede teams med en høj grad af selvstyring.

### Projektorganisering

Projektet er 'ejet' af kommunens velfærdsdirektør og politisk forankret i kommunens social-, senior- og handicapudvalg. Til projektet er oprettet en styregruppe med deltagelse af relevante fagchefer samt en følgegruppe, hvor medarbejderrepræsentanter, borgere samt repræsentanter fra Ældreråd og faglige organisationer giver input til organisationsudviklingen.

Til projektet er ansat en projektleder og projektmedarbejder (datakonsulent) med ansvar for at koordinere og sikre fremdrift i projektets aktiviteter. Ligeledes faciliteres løbende arbejdsgrupper med relevante medarbejderrepræsentanter, der bidrager til at indholdsudfylde projektets udviklingsspor, mødemodeller mv. Endelig er der i hvert distrikt ansat en forandringsagent (med sundhedsfaglig baggrund) der 20 timer ugentligt arbejder med at understøtte omlægningen til en teambaseret organisering, indføre minianalyser og forbedringsmodeller i og med praksis – herunder de indlagte møder, der skal understøtte tværfagligt samarbejde.

Eksternt samarbejdes der med Marselisborg Consulting om kompetenceudvikling af organisationens mødefacilitering. Medarbejdere og ledere kompetenceudvikles i rollerne som mødeguides og mødedeltagere.

Projektet er tilrettelagt med nedenstående fire spor:

1. Videreudvikling af hjemme- og sygeplejens borgerteams med fokus på teamets aktiviteter og brug af rette kompetencer. Derudover udrulles og implementeres mødestrukturer i hele hjemme- og sygeplejen.
2. I ét af de udrullede borgerteams designes og afprøves et Buurtzorg-inspireret borgerteam med fokus på øget selvstyre.
3. Der udvikles og afprøves en hurtig og fleksibel bestiller-udfører-praksis i Buurtzorg-borgerteamet i samarbejde med borgerne.
4. Der udvikles en model for datadrevet ledelse, der understøtter arbejdet i teams og inkluderer viden om borgernes oplevelser og målopfølgelse.

### **Borgermålgruppe**

Udrulningen af borgerteams med tilhørende aktiviteter i hele hjemme- og sygeplejen omfatter ca. 3.500 borgere, der modtager hjælp efter SEL § 83 og § 83a samt sygepleje efter § 138 fordelt i kommunens fire distrikter. Heraf indgår 75-100 borgere i afprøvningen af det Buurtzorg-inspirerede team.

### **Teamorganisering**

Hjemme- og sygeplejen består af fire distrikter, hvor der i alt er etableret ca. 30 borgerteams, hvis størrelse varierer fra 10-20 medarbejdere afhængigt af borgergrundlag og geografi. Antallet af teams er fortsat under udvikling, og der er fokus på at gøre de største teams mindre for at øge sammenhængskraften i disse. Den optimale teamstørrelse i dagvagt vurderes at være 12-15 medarbejdere, som dækker 9-11 ruter. Teamenes generelle medarbejdersammensætning er to tilknyttede sygeplejersker, to-tre SOSU-assistenters, SOSU-hjælpere samt ufaglærte. Derudover er der ansat fire projekterapeuter, som hver er tilknyttet et distrikt.

Sygeplejen referer stadig til egen ledelse, med undtagelse af det særlige Buurtzorg-pilot, og har et sygeplejefagligt fællesskab. Det enkelte teams sygeplejersker møder dagligt ind til fælles vagtstart og til ugentlige borgerteammøder, ligesom de fungerer som faste samarbejdspartnere for de borgere, der er tilknyttet teamet.

Ved fælles vagtstart møder teamets koordinator (planlægger), tilknyttet terapeut og sygeplejerske ind sammen med hjemmeplejeteamet. Det vil sige, at

planlæggerfunktionen indtil videre er bevaret, men det fremgår, at de i højere grad sidder sammen med teamet samt at der er et tæt samarbejde om planlægningen – fx i forhold til, hvor nye borgere skal placeres på kørelisterne. Det fremgår, at nogle planlæggere er bekymrede for deres funktion fremadrettet. Det er derfor et løbende opmærksomhedspunkt at have dialog med planlæggerne og at betrykke dem i, at der er brug for alle fremadrettet, om end det kan være, at funktionen bliver lidt mindre, i takt med at teamene involveres mere.

Det Buurtzorg-inspirerede pilotteam er etableret i et af ældreområdet distrikter. Teamet er fuldt tværfagligt integreret i hjemme- og sygeplejen, og hertil kommer en fast tilknyttet projektvisitator, der har daglige møder med teamet og en høj grad af fast tilstedeværelse i hverdagen. Teamet gik live 1. november så rammerne for teamet, og arbejdet med at udvikle relationer, samarbejde og rollefordeling er fortsat under udvikling.

Grundstrukturen for hverdagen og teamets roller er Buurtzorg, men arbejdet med at oversætte til Sønderborgs kontekst er tilrettelagt som en bottom-up proces, hvor prøvehandling og input fra teamet spiller en vigtig rolle.

Oplevelsen er, at der er god tryghed og en række eksempler på, hvordan fuld integration understøtter tæt tværfaglige samarbejde og styrker det borgerrettede arbejde, men endnu er der ikke nok erfaringer til at kunne vurdere teamets samarbejde og opnåede resultater.

Teamets visitator deltager i faste tværfaglige opstartsmøder for nye borgere. Til mødet er afsat 1 time, og der laves en telefonisk opfølgning 14 dage efter opstart for at følge op på indgåede aftaler og eventuelle behov for at justere i disse. Der arbejdes stadig med at finde den optimale ramme for visitatorens tilknytning, men de tidlige erfaringer er, at visitatorens tilstedeværelse opleves som positiv samt at der hurtigt er dannet relationer, som understøtter et tæt og fleksibelt samarbejde.

### **Selvstyring**

Der arbejdes med at forberede det Buurtzorg-inspirerede pilotteam til at kunne stå for hele planlægningsopgaven selv samt med at etablere og konsolidere interne roller som bl.a. forløbssygeplejerske, planlægger og mødeansvarlige mv.

### **Tværfaglighed**

Det tværfaglige samarbejde søges generelt styrket via de fælles mødestrukturer, der er etableret omkring hjemme- og sygeplejens borgerteams samt ved at der er faste tovholdere for teamenes samarbejde med sygepleje og visitation.

De daglige vagtstartsmøder med deltagelse af planlægger og sygeplejerske fokuserer på dagens faglige koordinering af borgerforløb, blandt andet med udgangspunkt i triage, kontinuitet, borgers ændrede behov m.m. Derudover varetages praktiske elementer, fx håndtering af sygemeldinger mv. Erfaringerne med den fælles vagtstart er gode, bl.a. i forhold til koordinering og let adgang til sparring med sygeplejen samt i form af bedre ruteplanlægning, som har sparet køretid.

Der er sat en time af til de ugentlige borgerteammøder, hvor der foruden hjemmeplejens medarbejdere deltager fast sygeplejerske og terapeut, og hvor der er mulighed for at indkalde specialister afhængigt af de borgere, der skal drøftes. Erfaringerne med borgerteammøder er, at særligt terapeuterne får en mere aktiv rolle, hvor de tager med social- og sundhedsmedarbejderne ud til borgerne.

Rehabiliterings- og hjælpemiddelterapeuternes rolle er stadig under udvikling, og et opmærksomhedspunkt er, at man skal finde en model, som gør det muligt at knytte det begrænsede antal terapeuter til de tværfaglige teams på bæredygtig måde og sprede et rehabiliterings-mindset

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

De nye teams, herunder også det Buurtzorg-inspirerede team, er fortsat understøttet af teamledere, der har en vigtig rolle med at understøtte den nye hverdag og de indlagte møder. På sigt skal hovedansvaret ud til medarbejderne, mens teamlederne skal have en faciliterende rolle i teamet. Det samme gælder de fire distriktsledere, der ligesom teamlederne modtager kompetenceudvikling som uddybet nedenfor.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der er indgået et samarbejde med Marselisborg Consulting, som leverer kompetenceudvikling målrettet mødedeltagelse, mødefacilitering og tværfagligt samarbejde. Forløbet inkluderer alle hjemme- og sygeplejens ansatte, der arbejder i eller med de nye borgerteams. Forløbet er inddelt i tre spor:

1. Mødedeltagere: Alle relevante medarbejdere deltager i to undervisnings-sessioner. Første session omhandler ressourceorienteret tilgang til borgerdrøftelser, mens anden fokuserer på tværfaglig dialog og rolle som mødedeltager. Hertil kommer lokale refleksionsmøder med afsæt i borgercases, der har været drøftet på borgerteammøder.
2. Mødeguiden uddannes i mødeledelse og facilitering: To personer fra hvert borgerteam modtager i alt 2 dages holdundervisning og to sessioner med gruppebaseret supervision på baggrund af observeret praksis.

3. Forandringsagenter: Projektets fire forandringsagenter modtager en fordybningsdag, der tager afsæt i den øvrige undervisning med henblik på, at de er klædt på til at give sparring og supervision til kolleger. Hertil kommer fire gange månedlig virtuel sparring, der tager afsæt i den enkelte forandringsagents erfaringer og behov.

Kompetenceforløbet gennemføres i to af de fire distrikter i efterår 2022/vinter 2023. Tilbagemeldingerne på forløbet er p.t. gode, og de to resterende distrikter vil modtage samme forløb i løbet af 2023.

I andet forløb modtager teamledere og distriktsledere også undervisning og coaching relateret til facilitering, tværfaglig ledelse, forandringsledelse og coaching, som skal styrke dem i arbejdet med organisationsomlægningen samt konsolideringen af de nye teams.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

I projektet arbejdes der med at udvikle en model for datadrevet ledelse, der dels inkluderer borgerperspektiver og understøtter arbejdet på teamniveau og dels muliggør et fokus på kontinuitet, rehabilitering og afslutning af borgere, der opnår et bedret funktionsniveau.

Arbejdet med at definere relevante data samt hvordan de kan opgøres og stilles til rådighed på distrikt- og teamniveau, er stadig i gang.

Et vigtigt uafklaret element handler om, hvilket omsorgssystem der skal anvendes fremadrettet, da dette aktuelt er i udbud. Indtil videre kører kommunen med datasystemet Target, hvori det har været muligt at kode og etablere en cloudbaseret portal med KPI'er i forhold til bl.a. kontinuitet, visiteret og leveret tid mv., som kan tilgås på team- og distriktsniveau.

Arbejdet med at udvikle og detaljere teamoverblikket samt hvordan KPI'er skal tolkes og handles på, fortsætter i den resterende del af projektperioden. Det samme gælder de arbejdsgange og den praksis for dokumentation og registrering, der skal være på plads for at sikre valide data.

Den løbende udvikling i borgerteamene er metodisk også funderet i brug af PDSA-cirklen. For at understøtte dette dataarbejde på både team- og distriktsniveau er der udviklet et dashboard, som teams/distrikt styrer eget forandringsarbejde ud fra. Konkret vil data for den enkelte PDSA og det samlede antal PDSA være tilgængeligt i dashboardet. PDSA-arbejdet er – ud over at være et element for den lokale datadrevne ledelse – også et projektstyringsredskab for at sikre udvikling på tværs i projektets fire spor samt til løbende indsamling af data- til projektevaluering.

## **Myndighed og visitation**

I projektet arbejdes der med at udvikle en fremadrettet model for samarbejdet med myndighed. Modellen ønskes udviklet til at være fleksibel og fokuseret på hurtigt at kunne justere indsatsen, når en borgers behov ændrer sig. I første omgang er der ansat en projektvisitator, som samarbejder med det Buurtzorg-inspirerede team om at udvikle den daglige praksis. Det sker dels via fast fysisk tilstedeværelse i teamet og dels med fokus på deltagelse og hurtig handling på de behov, der fx afdækkes på teamets borgermøder.

På overordnet niveau ses et behov for at udvikle en styringsmodel baseret på rammestyring. Målet er at skabe et mere fleksibelt samarbejde, hvor de enkelte borgerteams inden for en ramme har mulighed for at justere i borgernes indsatser, hjælpemidler mv., når der ikke er tale om større ændringer.

Udviklingen af en ny visitationspraksis og styringsmodel har fået et væsentligt løft, fordi kommunen netop har modtaget midler fra Socialstyrelsens 'Pulje til Forsøg med selvvisitation'. Med det afsæt arbejdes der bl.a. med at etablere et kompetenceudviklingsforløb for visitatorer og personale i hjemme- og sygeplejen, i takt med at der udvikles nye arbejds gange og ny organisering af visitationen.

## **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er fire projekterapeuter ansat, som dækker ca. en tredjedel af de oprettede teams ud fra et ønske om, at deres tilstedeværelse i de enkelte teams skal være synlig, og med mulighed for at levere sparring og sidemandsoplæring i borgernes hjem. Rollen er at:

- Understøtte en aktiverende pleje i relation til indsatser under § 83 samt at styrke overgangen fra 83a til 83, så opnåede resultater og målsætninger fastholdes.
- Udvikle en praksis, hvor der er let adgang til sparring og vurdering af behov/muligheder for hjælpemidler i de enkelte borgeres forløb og hjem.
- Understøtte en rehabiliterende praksis, hvor udvikling af borgernes mestringsniveau muliggør, at borger har brug for mindre hjælp eller kan afsluttes i Hjemme- og Sygeplejen.

## **Involvering af borgere og pårørende**

Der arbejdes på at udvikle en fast model for indsamling af viden om den borgeroplevede kvalitet med hjemmepleje og sygepleje. Der er igangsat en prøvehandling, der skal give input til udviklingsarbejdet, og der er udviklet en spørgeguide, som er testet ved 40 borgere. De indsamlede resultater anvendes til at justere spørgeguiden, og der arbejdes sideløbende med at udvikle en

ramme for systematisk indsamling af tilfredshedsmålingerne samt hvordan disse kan stilles til rådighed for de enkelte distrikter og teams.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Den nye organisering med borgerteams og tilhørende strukturer, der skal understøtte et helhedsorienteret og tværfagligt samarbejde om borgerforløb, er formelt set etableret, og der er generelt set stor opbakning fra politisk niveau og fra ledelse og medarbejdere. Der opleves også en række foreløbige positive resultater i form af bedre sparring, styrkede tværfaglige relationer og øget fælles viden om borgerne, som forbindes med øget faglig kvalitet og arbejdsglæde.

Der mangler dog fortsat meget arbejde med at konsolidere de nye borgerteams samt med at udvikle rammerne for den ledelsesinformation, dokumentationspraksis og økonomisk styring, der skal understøtte organiseringen. Vigtige opmærksomhedspunkter for det videre arbejde, som er fremhævet i de gennemførte interviews, knytter sig til:

- At finde den rette balance mellem sygeplejens, terapeuternes og visitatorernes behov for et monofagligt fællesskab og behovet for tværfagligt samarbejde i borgerteams
- Løbende udvikle og understøtte graden af selvstyring og ledernes rolle i de enkelte teams
- Et vedvarende fokus på information, motivationsarbejde og forandringsledelse – som kan være vanskelig at nå ud med i alle dele af organisationen.
- Et vedvarende fokus på skalerbarheden af de prøvehandling og løsninger, der etableres i projektet, ikke mindst i det Buurtzorg-inspirerede pilotteam, i forhold til at de skal være mulige at implementere i organisationen som helhed.

## 20 Thisted Kommune: *Selvstyrende teams i Thisted Kommunes ældrepleje*

### Formål og målsætninger

Formålet med projektet er at levere pleje og omsorg, som sikrer øget livskvalitet for de borgere, der modtager hjemmepleje. Målet er, at både borgere, pårørende og medarbejdere oplever en høj grad af kontinuitet i forløbene, at der er en oplevelse af nærvær samt at organisationen i fællesskab arbejder ud fra en rehabiliterende tankegang (jf. projektansøgningen til Socialstyrelsen). Projektet bygger videre på erfaringerne fra puljeprojektet "Styrket nærvær og omsorg". Målsætningerne er:

- At øge livskvalitet for borgerne gennem en kontinuerlig og rehabiliterende plejeindsats
- At skabe et attraktivt, dialogbaseret og samskabende arbejdsmiljø
- At skabe en bæredygtig økonomi mellem visitation og hjemmepleje.

For at nå disse målsætninger fokuserer projektet på tre overordnede spor:

- Spor 1: etablering af teams og udvikling af model for dialogbaseret planlægning
- Spor 2: udvikling af en kvalitetsbaseret økonomistyringsmodel og ledelsesinformation
- Spor 3: udvikling af en systematisk ramme for kvalitetsarbejdet og kulturen.

Strategien er, at de løsninger, der udvikles i projektet, skal resultere i en model for selvstyrende teams, som skal udrulles i hele hjemmeplejen.

Som forberedelse til teamstart er der afholdt tre workshops med de involverede medarbejdere for at klæde dem på til, hvad det vil sige at arbejde i selvstyrende teams og få medarbejdernes input til forbedringspotentialer, tiltag og områder, der ønskes afprøvet i projektet. Det drejer sig især om mødeaktiviteter og vagt- og ruteplanlægning i teamet, men også mono- og tværfagligt samarbejde med terapeuter og visitatorer samt de fysiske rammer for samarbejdet. For alle tre teams har det været et stort ønske at få øget indflydelse på køreplanerne for at øge kontinuitet i borgerkontakten, fordi det her stor betydning for medarbejdernes arbejdsglæde.

### Projektorganisering

Projektet er forankret i Social- og seniorudvalget. Projektet er organiseret med en projektleder, en styregruppe og en projektgruppe. Der er nedsat tre ar-



bejdsgrupper, der arbejder med hvert af de tre spor med deltagelse af bl.a. ledere, medarbejdere, en forandringskoordinator og en praksisnær udviklingskoordinator. Derudover er der udvalgt nogle kvalitetsambassadører, som deltager i læringsgruppemøder hver tredje uge. Dertil er tilknyttet ekstern konsulentbistand ved BDO, som yder rådgivning og varetager kompetenceudvikling målrettet lederne.

### **Borgermålgruppe**

Alle borgere med forskellige behov, der modtager hjemmehjælp i eget hjem, både praktisk hjælp, personlig pleje (SEL § 83 og § 83 a) og sundhedslovsydelser (SUL § 138) leveret af Team Nordthy/Hannæs, svarende til ca. 388-436 borgere. Borgere, som udelukkende får praktisk hjælp fra private leverandører, er ikke omfattet af projektet.

### **Teamorganisering**

Projektets første spor indebærer etablering af mindre teams. Fra 5. september er der etableret fire teams i et af hjemmeplejens fem områder. Tre teams dækker dagvagt, og et team dækker aftenvagt. Aftenteamet og to af de tre dagteams eksisterede inden projektet, så her er der ikke flyttet rundt på medarbejdere. Det sidste team er sammensat og medarbejdere er rekrutteret fra øvrige hjemmeplejeområder. Det fremgår, at de teams, hvor der ikke er sket ændring i medarbejdere, er mere veletablerede end det nysammensatte team. De fire teams' størrelse varierer mellem 14-20 medarbejdere fordelt på cirka en-to sygeplejersker, to-tre assistenter, en planlægger (med udekørende funktion i dagteams) og 10-14 hjælpere. Derudover er der fast tilknyttet en visitator (der dækker alle teams) og en rehabiliteringsterapeut til hvert team. Der er desuden etableret interne vikarer med enkelte 'springere' i hvert team, som giver den nødvendige fleksibilitet i forbindelse med fridage, ferier og helligdage.

Sygeplejerskerne møder ind og arbejder samme sted fra som social- og sundhedsmedarbejderne, men refererer til egen teamleder. Visitatorerne deler ligeledes lokation med de fire teams, men sidder i en anden del af bygningen. Terapeuterne møder ikke ind samme sted. De møder ind på en anden lokation, hvor genoptræningsenheden er. Terapeuterne møder kun teamene, når der er rehabiliteringsmøder en gang om ugen, eller når de har aftalte fælles hjemmebesøg hos borgere.

Hver morgen (og eftermiddag for aftenteamet) møder hjælpere, assistenter og sygeplejersker ind til 15 minutters triagemøde for at triagere nyudskrevne borgere og borgere med ændringer i funktionsevne/helbredstilstande samt justere kørelisterne. De fire teams afprøver ligeledes at holde fælles frokostpause for at øge mulighederne for sparring, ligesom de fire teams afslutter vagterne sammen.

Derudover er der teammøde hver fjortende dag med deltagelse af social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker og visitatorer.

### **Selvstyring**

Der er med projektet lagt op til at holde fast i de eksisterende ledelsesstrukturer. Selvstyring tager form som øget indflydelse på og ansvar for ruteplanlægning. Medarbejderne har valgt at køre i makkerpar, hvor der er to faste medarbejdere om én rute for at sikre en høj grad af kontinuitet i borgerkontakten og for at sikre tovholdere på alle borgerforløb. Det skal indarbejdes i grundplanerne igennem større dialog med planlæggerne om ruteplanlægningen. Der arbejdes med at 'pusle planerne på plads' på planlagte møder i teamet og altså ikke på daglig basis. Det er op til hvert team, hvordan og i hvilket omfang de ønsker at arbejde med planlægningsopgaven. Det fremgår, at der er en vis usikkerhed blandt planlæggerne i forhold til, hvad projektet kommer til at betyde for deres funktion.

### **Tværfaglighed**

Projektet har stort fokus på at fremme det tværfaglige samarbejde i praksis. Hjemmepleje og sygepleje har allerede inden projektet mødt ind på samme matrikel, men i praksis arbejder faggrupperne monofagligt. Det fremgår, at sygeplejerskerne har haft en tendens til at lukke sig om sig selv og 'sygeplejeenhedens borgere' samt ikke altid at stå til rådighed for sparring om 'hjemmeplejens borgere'. Det tættere tværfaglige samarbejde rummer en stor forandring for medarbejdere, men der er stort ønske fra faggrupperne om at mindske afstanden og øge adgangen til sparring – også til visitatorer og rehabiliteringsterapeuter, hvor der ligeledes opleves et begrænset tværfagligt samarbejde.

Hvert team har tværfagligt teammøde en gang om ugen, hvor social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker samt den tilknyttede visitator deltager. Efter behov deltager demenskoordinator og netværksmedarbejder. Formålene er justering og tilretning af ydelser i samarbejde med visitator, opsporing af rehabiliteringspotentiale ved nuværende borgere, drøftelse af borgere, der modtager rehabiliteringsforløb (SEL § 83 a). Dertil tagligt indhold/undervisning ad hoc ved fx sygeplejersker og ressourcepersoner, information og implementering af nye tiltag samt drøftelse af selvstyrende teams og afprøvnin-ger.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Som tidligere nævnt er der ikke lagt op til at ændre i ledelsesstrukturen, inden der eventuelt viser sig at være et behov for det. Der er én teamleder med ansvar for de fire teams. Teamlederen oplever, at projektet kalder på forandringer i ledelsesrollen. Frem for at udøve 'orakelledelse' og komme med svar på

alle spørgsmål, som præger ledelsesstilen, skal tilgangen være mere coachende, ligesom der bliver stillet øgede krav til ledelse af tværfaglighed, herunder faglig ledelse af nye faggrupper. Oplevelsen er, at den nye rolle understøttes naturligt, i og med at lederen ikke kan være tilstede i de tre teams hele tiden samt at det tættere tværfaglige samarbejde har medført, at sygeplejerskerne tager mere ansvar for den faglige ledelse af borgerforløbene, ligesom teamet igennem faglige drøftelser i højere grad er i stand til tage mere ansvar og finde løsninger i borgerforløbene i fællesskab.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Som nævnt er der nedsat en projektgruppe med udvalgte medarbejdere ('kvalitetsambassadører' der er kompetenceudviklet i brugen af PDSA-metoden) fra de fire teams og de tilknyttede faggrupper, der understøtter udviklingsarbejdet efter PDSA-metoden. Kvalitetsambassadørerne mødes kvartalsvist for at drøfte og justere igangværende afprøvninger samt sprede erfaringer på tværs af de fire teams. Projektgruppemøderne faciliteres af projektledelsen. Udviklingsarbejdet understøttes ligeledes af to projektmedarbejdere, som dagligt er til stede i driften for at sikre projektets fremdrift.

Der er igangsat kompetenceudvikling målrettet lederne i ny ledelsesrolle af selvstyrende teams og anvendelse af målingsværktøj, som skal understøtte implementeringen af selvstyrende teams. Der er endvidere planer om kompetenceudvikling omkring nye arbejdsgange i visitationsprocesser målrettet medarbejderne, mens dette spor ikke er konkretiseret på interviewtidspunktet. Begge kompetenceudviklingsspor faciliteres af BDO.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

I forhold til systemunderstøttelse er projektet på interviewtidspunktet i en udviklings- og planlægningsfase. Der er udviklet en prototype på et dashboard, som skal understøtte selvstyringen i de fire teams med data på bl.a. kontinuitet, sygefravær, medarbejdertrivsel, borgertilfredshed, BTP samt visiteret versus disponeret tid. Der er dog fortsat tvivl om, hvordan dashboardet skal afprøves i de to teams samt hvordan de skal anvende og forstå dataene – fx er der usikkerhed om, hvordan man finder et meningsfuldt mål for kontinuitet, som også er påvirket af (variationen i) tyngden i borgermålgruppen. Dertil skal der findes en måde at kunne monitorere progression i rehabiliteringsforløbene (som visiteres i pakker og ikke enkelttydelser).

### **Myndighed og visitation**

I forhold til udvikling af ny visitations- og økonomimodel samt udvikling af ledelsesinformation er der tre underarbejdsgrupper, der arbejder med forskellige dele af opgaven:

- Beskrivelse af økonomimodellen, procedure for afregning, budgetopfølgning mv.
- Tilpasning af arbejdsgang i CURA ud fra den nye økonomimodel (pakker) – her ses der på arbejdsgangen helt fra visitation til udførelse og opfølgning
- Udarbejdelse af styringsinformation.

Et af projektets tre spor er at udvikle en kvalitetsbaseret økonomistyringsmodel. Formålet er at skabe mere fleksible bevillinger, som øger de udførende medarbejderes muligheder for at tilpasse hjælpen til borgers behov. Der er derfor udviklet en ny bevillingsstruktur, hvor der visiteres i pakker med en takst for hver pakke, og som de fire teams står over for at afprøve. Det betragtes som en fordel for afprøvningen, at udviklingen af økonomimodellen har inddraget medarbejderne fra de fire teams. I forlængelse heraf er der også ønske om, at økonomistyringsmodellen giver øget incitament og motivation til, at medarbejderne har fokus på at afslutte/nedjustere pakker. I første omgang arbejdes der med fleksibilitet i forhold til op- og nedjusteringer i tiden hos borgeren. Senere vil det afdækkes, hvad rammerne er for at se på fleksibilitet i forhold til indholdet i pakkerne/besøgene.

Herudover er der to øvrige spor, som omhandler visitation: Det ene er samarbejdet mellem visitation og udfører, og det andet er implementering af nye arbejdsgange i visitationsprocesserne. Sigtet er at 'bløde op for BUM-modellen' ved at minimere afstanden mellem visitation og udførerled igennem relationsdannelse, bedre muligheder for dialog samt fælles borgere. Derfor er puljemidlerne anvendt til at frikøbe visitatorer. For at finde en model for visitatorernes rolle og tilstedeværelse i teamet er hvert team i gang med afprøvninger i forhold til samarbejdet med visitatorerne. Et team afprøver eksempelvis, at visitatoren sidder med på frokostmødet for at skabe relationer og fællesskab omkring borgerne. For at understøtte samarbejdet skal de fire teams fra 1. november afprøve nye arbejdsgange for visitationsprocesserne, som er udviklet af en arbejdsgruppe, og som beskriver faggrupperes opgaver og roller, fra en ny borger henvender sig, til hjælpen bevilges, og til der skal følges op på hjælpen.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

I det tidligere projekt, der fik midler fra "Styrket nærvær og omsorg", er der udviklet en model for en mere effektiv tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen, der skal implementeres i hele hjemmeplejeorganisationen inklusive de fire pilotteams. Modellen består af følgende indsatser:

- Rehabiliteringsgruppe
- Ugentligt rehabiliteringsmøde
- Terapeut på tværfaglige gruppemøder (i hvert enkelt team)
- Rehabiliteringstid

- Terapeut som forløbskoordinator og konsulent.

Derudover har rehabiliteringsterapeuten en stor rolle i projektets spor 3, som har fokus tværfaglige og rehabiliterende indsatser. Rehabiliteringsterapeuten skal dels arbejde tæt sammen med det udførende personale og understøtte dem i at arbejde rehabiliterende ved at udarbejde rehabiliteringsplaner og deltage på besøg med henblik på sidemandsoplæring. Dels skal rehabiliteringsterapeuten afprøve målingen af udvikling i borgerens trivsel og funktionsevne på konkrete borgerforløb samt stå for erfaringsopsamling og udbredelse af afprøvningsresultaterne relateret til rehabilitering.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Borgernes tilfredshed søges målt både kvalitativt og kvantitativt. Som led i baselinemåling ved projektopstart er planen, at de to projektmedarbejdere skal gennemføre interview, der giver kvalitativ viden om borgernes oplevelser og ønsker til forbedringer. De fire teams er præsenteret for denne viden, så det indgår som input til deres arbejde med prøvehandling. Disse borgerinterview gentages midtvejs og ved afslutning af projektet. Borgetrivsel indgår endvidere som en indikator i det dashboard, der skal understøtte teamene. Data indhentes ved, at de udførende medarbejdere hvert kvartal stiller borgerne nogle udvalgte spørgsmål.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet overholder tidsplanen, idet hjemmeplejen er udvalgt og inddelt i fire teams. Oplevelsen er, at projektet er i fin fremdrift, og at det møder opbakning i organisationen fra politisk niveau til frontlinjeniveau. Det kobles til et godt udgangspunkt med et lavt sygefravær, der inden projektstart var et centralt fokusområde i kommunen. Samtidig er der generelt en lav ekstern vikardækning, hvilket også bidrager til et positivt afsæt for projektarbejdet.

De teams, hvor der ikke er rykket rundt på medarbejdere, fremstår veletablerede og er kommet godt fra start, fordi de ikke først har skulle lære hinanden og lederen at kende. Alle fire teams arbejder på at udvikle faste strukturer faglig sparring og arbejdstilrettelæggelse i hverdagen. De foreløbige erfaringer er, at medarbejderne oplever det positivt at blive inddraget i udviklingsarbejdet og få større indflydelse på den daglige arbejdstilrettelæggelse samt at der blandt medarbejdere og borgere opleves en større grad af kontinuitet i borgerkontakten. Det er dog også oplevelsen, at udviklingsarbejdet kræver tid og er omfattende, fordi det påvirker grundlæggende strukturer, herunder systemunderstøttelse, økonomistyring, organisering og ledelse.

I forhold til det tværfaglige samarbejde er de foreløbige erfaringer, at det har bidraget til en tydeligere rolle- og ansvarsfordeling i borgerforløbene, hvor sygeplejerskerne i højere grad påtager sig rollen som faglig ledere samt at samarbejdet er blevet tættere og mere trygt. Ligeledes er de foreløbige erfaringer med visitationen, hvis tilstedeværelse decentralt er øget med projektet, at visitatorer og udførere har fået gensidigt bedre forståelse for hinandens hverdag og arbejdsopgaver samt at udførerne har fået bedre indblik i kriterierne for bevillingerne, hvilket understøtter et bedre tværfagligt samarbejde.

## 21 Tårnby Kommune: *Sammen med borgeren: Forsøg med faste teams tilpasset borgeres aktuelle situation.*

### **Formål og målsætninger**

Projektet skal (jf. projektansøgning til Socialstyrelsen) etablere to faste, tværfaglige og selvstyrende teams, der med udgangspunkt i borgernes hverdagsliv leverer en pleje, omsorg og nærhed, der er tilpasset borgerens behov, ønsker og hverdagsliv. Det ene team er organiseret som et tværfagligt team for "almindelige" hjemmeplejemodtagere (i daglig tale: det somatiske team), mens det andet team er et socialt hjemmeplejeteam målrettet socialt og psykisk udsatte borgere.

Målsætningerne for begge teams handler om, at:

- Skabe mere sammenhæng og kontinuitet for borgerne
- Bidrage til arbejdsglæde, godt arbejdsmiljø og tættere tværfagligt samarbejde for de involverede medarbejdere
- Øge den faglige og borgeroplevede kvalitet.

Projektet er forankret i en ældrestrategi, der fastlægger, at ældreområdet i Tårnby Kommune skal være organiseret i mindre funktionsteams fremadrettet. Målsætningen er derfor, at de løsninger, der udvikles og fungerer i arbejdet med de to projektteams, skal resultere i en model for faste, tværfaglige teams, der efter projektets forløb kan implementeres på hele ældreområdet.

### **Projektorganisering**

Projektet er organiseret med en styregruppe, arbejdsgrupper, teamledere, rehabiliterende terapeuter, sygeplejersker, SOSU-assistenters SOSU-hjælpere og daglig koordinator.

Der er desuden ansat en projektleder med erfaring i forhold til tværgående projekter og netværksskabelse. Ligeledes nedsættes løbende arbejdsgrupper inden for projektets specifikke udviklingsspor.

Eksternt samarbejdes med et konsulentfirma (Connector) og en ekstern konsulent om kompetenceudvikling, samt analyse og udvikling af ældreområdets visitation og økonomistyring. Endelig er VIVE koblet på projektet som ekstern evaluator.

### **Borgermålgruppe**

Det somatiske team er målrettet borgere, der modtager indsatser efter SEL § 83 og 83a og SUL § 138. Borgergruppen afspejler den generelle hjemmepleje,

og det forventes at ca. 60-80 borgere vil være tilknyttet teamet, når det er fuldt etableret.

Det sociale team er målrettet borgere, der ud fra en tværfaglig vurdering har nedsat funktionalitet psykisk, socialt og/eller somatisk og dermed har gavn af en særlig helhedsorienteret indsats. Borgere med fremskreden demens tilknyttes ikke det sociale team, da det er en central præmis, at teamet skal arbejde med borgerinvolvering og støtte ud fra et psykosocialt sigte. Borgere tilknyttet det sociale team vil ud over de almindelige indsatser under SEL og SUL ofte modtage indsatser fra det specialiserede voksenområde SEL § 85 og § 99, og det forventes, at teamet vil have 40-60 tilknyttede borgere, når det er fuldt etableret.

### **Teamorganisering**

Primo oktober blev de to teams etableret i dagvagt og de er flyttet ind på en fælles fysisk lokation, hvor hvert team har egne lokaler. Lokalerne fremstår velegnede til at understøtte teamsamarbejdet, hvilket har vist sig at være af stor betydning for at lykkes med daglig planlægning og afholdelse af tværfaglige møder i hverdagen.

- Det somatiske team består af fem SOSU-assistenters og tre SOSU-hjælpere, som er rekrutteret fra et eksisterende team, der dækker et geografisk afgrænset område. Derved kender medarbejderne hinanden i forvejen, og teamet matcher hjemmeplejen som helhed, hvad angår kompetencer og erfaring.
- Det sociale team er nyoprettet og består af seks SOSU-hjælpere og tre SOSU-assistenters, som er rekrutteret bredt i hjemmeplejen under hensyntagen til kompetencer og interesse for arbejdet med socialt- og psykisk udsatte borgere. Teamet dækker qua den opstillede målgruppe hele kommunen.

De to teams dækker aktuelt dagtiden alle ugens dage. Januar 2023 starter et aftenvagstteam, der deler borgergrundlag med de to dagteams. Til de to teams er ansat fire sygeplejersker, der er fuldt integrerede i hverdagen og har ansvaret for sygeplejen til de tilknyttede borgere.

Endelig er der tilknyttet to faste visitatorer og to rehabiliteringsterapeuter til de to teams (roller og opgaver uddybes i de nedenstående afsnit).

### **Selvstyring**

De to teams skal på sigt også være selvplanlæggende, og der holdes aktuelt daglige planlægningsmøder, hvor næste dags ruter og opgaver fordeles af teamet. Under opstarten støttes teamene af en planlægger, der også fungerer



som faglig koordinator for teamet, og det fremgår, at den tættere faglige dialog opleves udbytterig. Elementerne af selvplanlægning forbindes positivt med mulighed for at skabe kontinuitet i borgerforløbene, samt i forhold til et styrket samarbejdet mellem de udførende medarbejdere og planlæggeren.

### **Tværfaglighed**

Den fælles fysiske ramme og hverdag skal danne afsæt for en markant styrkelse af det tværfaglige samarbejde og herunder besøgs- og opgaveplanlægning, der understøtter ønsket om kontinuitet i det borgerrettede arbejde. Udviklingen af det tværfaglige samarbejde er stadig på et indledende stadie, men det fremgår af interviews, at der i de første uger med ny teamstruktur er flere eksempler på, at besøg tænkes sammen samt øget overdragelse af opgaver fra sygeplejen til andre faggrupper.

Nærheden og de personlige relationer, der arbejdes på at udvikle i teamet, fremhæves i den forbindelse som et vigtigt element, der understøtter den ønskede udvikling. Det fremgår samtidig, at der ikke har været udfordringer med at rekruttere sygeplejersker til de nye teams samt at de sygeplejersker, der er ansat, i høj grad bakker op om projektet.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Projektet ændrer i udgangspunktet ikke på de eksisterende ledelsesstrukturer, men etableringen af de faste selvstyrende teams indebærer, særligt for de involverede teamledere, væsentlige ændringer i ledelsesrollen. Ledelsen skal fremadrettet være mere coachene, men den konkrete kompetenceudvikling er endnu ikke aftalt og igangsat. Det skyldes for det første, at der stadig er mange praktiske forhold og udviklingsopgaver, der mangler at komme på plads. For det andet griber projektet ind mange steder i den eksisterende organisation, hvilket komplicerer udviklingsarbejdet og den praktiske hverdag i teamene.

Det er derfor prioriteret at støtte teamene tæt under opstarten, så der kommer styr på dagligdagens struktur og opgaver, hvorefter det er planen, at ledelsesrollen og graden af selvplanlægning gradvist kan øges, i takt med at hverdagen falder på plads. Det fremstår samtidig som en læring, at der er behov for en tydelig ledelsesforankring, både i forhold til det coachene og faglige lederskab. Dette er dels afspejlet i behovet for en fagkoordinator tæt på teamenes hverdag samt i behovet for en tilknyttet ledelse, der støtter teamene og fungerer som bindeled til den øvrige organisation.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Der arbejdes med kompetenceudvikling af både medarbejdere og de involverede teamledere på flere niveauer.

- Projektledelsen og de to teamledere understøtter teamene i forhold til organisatoriske udviklingsopgaver, teamsamarbejde, struktur for planlægningsmøder, tværfaglige møder samt opsamling af erfaringer og udviklede rutiner. Dette arbejde sker dels i workshops og dels som en integreret del af hverdagen for de to faste teams.
- Der er indgået et samarbejde med en ekstern konsulent, der har afholdt seks webinarer omkring dialog og samarbejde med komplekse borgere. Medarbejderne har i dette forløb haft mulighed for at drøfte egne borgere og arbejde med at udvikle en fælles tilgang til mødet med disse.
- Der er indgået aftale med et eksternt konsulentfirma (Connector) om at give kompetenceudvikling til medarbejdere og ledere i forhold til udviklingen af de selvstyrende og tværfaglige teams samt de nye medarbejder og ledelsesroller, dette indebærer.
- Der er for det sociale team lavet samarbejdsaftaler med Psykiatrisk Center Amager og et socialpsykiatrisk tilbud om kompetenceudvikling og praktikophold. Indhold og konkrete aftaler for er stadig under udvikling på interviewtidspunktet.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Connector er tilknyttet dette udviklingsspor for at belyse, hvordan visitationsprocessen og økonomistyringen kan se ud fremadrettet. Dette arbejde er fortsat under udvikling, og det har vist sig, at de eksisterende systemer kun i begrænset omfang understøtter de ønskede løsninger.

Fordi de eksisterende systemer ikke egner sig til at stille data til rådighed for teamene laves der derfor p.t. manuelle optællinger, som belyser sammenhænge mellem de to teams' ressourcer og borgerrettede opgaver. Der er ansat en datakonsulent, der skal bistå med den videre udvikling i dette spor.

### **Myndighed og visitation**

Det indgår i projektet, at de to teams skal være selvvisiterende i forhold til SUL § 138, mens teamene skal udvikle et tæt samarbejde med myndighedsområdet om, hvilke ydelser under service- og socialloven, borgerne skal tildeles. Målet er at gå fra en tildeling af indsatser baseret på enkelttydelser til, at der med afsæt i borgernes funktionsniveau visiteres i ydelsespakker, inden for hvilke de to teams har mulighed for at udmønte hjælpen fleksibelt og tilpasse til borgerens situation på uge- og dagsbasis i dialog med borgeren.

Der arbejdes stadig på at etablere en ny praksis for sygeplejens selvvisitation af SUL-ydelser, og det fremgår, at der fortsat er en del praktiske og tekniske udfordringer, som skal løses, for at de indgåede aftaler kan fungere.

Under service- og socialområdets paragraffer er udviklet en model, hvor ydelsespakken til borgeren omfatter personlig pleje og beregnes ud fra de enkelt-ydelser, der er visiteret til borgeren, mens praktisk bistand fortsat visiteres og disponeres som enkelt-ydelser. Den nye visitationspraksis for service og socialydelser er startet, og teamene tilrettelægger det borgerrettede arbejde efter dem, men der er fortsat behov for videreudvikling. Det gælder bl.a. arbejdsgangene, som aktuelt fremstår for tunge og komplekse, samt behovet for en mere fleksibel og løbende dialog om justeringer af borgernes ydelser.

For at understøtte den videre udvikling af samarbejdet mellem de to teams og myndighedsområdet er der etableret et ugentligt dialogmøde om borgerforløb, hvor pakker skal ændres mellem to faste visitatorer, der er tilknyttet projektet og de to teams. De første møder er afholdt, og det fremgår af interview, at møderne bidrager positivt til samarbejdet.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er to rehabiliteringsterapeuter tilknyttet projektet, og de sidder fysisk sammen med de to teams og indgår som en integreret del af hverdagen. Terapeuterne skal deltage i plejen og understøtte, at rehabilitering (herunder også § 83a i de tilfælde, hvor der er potentiale for dette) indgår som fundament for alle borgerrettede indsatser, der leveres af teamet. Terapeuternes referer stadig til en egen leder, og deres konkrete rolle og opgaver i teamene er fortsat under afklaring.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Øget inddragelse af borgere og pårørende indgår som et vigtigt element i teamenes daglige arbejde. Til at understøtte dette element arbejdes der på at udvikle et fast koncept for en motivationssamtale. Planen er, at den skal anvendes ved opstart af nye borgere samt til opfølgning og evaluering af eksisterende borgerforløb. Der er aktuelt udviklet en struktur og spørgsmål til at guide samtalen samt praksis for, hvordan resultaterne dokumenteres. Konceptet er aktuelt under afprøvning i henhold til forbedringstilgangen og udbyttet samt behov for justering drøftes løbende på de to teams' ugentlige tværfaglige dialogmøder.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Det fremgår af de foregående afsnit, at de to faste teams er etableret planmæssigt, ligesom der er fremdrift i udviklingsarbejdet. Projektets udviklingsfase har dog været præget af udfordringer, som betyder, at etableringen af de to teams har taget længere tid end forventet. Udviklingen af det tværfaglige teamsamarbejde samt arbejdet med selvplanlægning er heller ikke kommet så langt som planlagt, og det er vigtig læring, at det kræver tid samt en hverdag med overskud at arbejde systematisk med disse elementer.

Udfordringerne handler for det første om, at målsætningerne for projektet og tilgangen til bottom-up-baseret udvikling bryder markant på ældreområdets eksisterende organisationsamt den mere styrede tilgang til udvikling og gennemførelse af projekter, som medarbejdere og ledere er vant til. Det har derfor krævet tid – og denne proces er fortsat i gang – at skabe fælles forståelse og opbakning til projektet på tværs af de eksisterende områder, ledere og faggrupper, der er involveret i projektet. For det andet har der for medarbejderne i de to faste teams været meget usikkerhed forbundet med opstarten, ligesom der har været udskiftninger blandt de medarbejdere, der er udvalgt til at indgå i de to faste teams.

Udfordringerne betyder, at en række aktiviteter relateret til tværsektoriel kompetenceudvikling, tværsektorielt samarbejde samt nye rammer for visitation og økonomistyring kører på lavt blus, fordi det prioriteres at støtte opstarten af de to faste teams. Det har bl.a. været nødvendigt at udskyde de planlagte kompetenceforløb med Connector og det sociale teams samarbejdspartnere i psykiatrien. Disse spor vil blive genoptaget, i takt med at rammerne omkring teamenes daglige arbejde falder på plads.

## 22 Vejle Kommune: *Vejle-modellen Tæt-på*

### Formål og målsætninger

'Vejle-modellen Tæt-på' skal (jf. ansøgning til Socialstyrelsen) udvikle og afprøve nye veje til at borgere, der modtager hjemmehjælp, oplever en mere nærværende og omsorgsfuld hjælp inden for kommunens nuværende serviceramme og økonomi. Samtidig skal medarbejderne opleve en høj grad af arbejdsglæde. Projektets overordnede målsætninger er omsat til fire udviklingsspor, der udmøntes med afsæt i en involverende tilgang til udvikling sammen med borgere, pårørende og ansatte:

- Fremskudt myndighed, som fokuserer på at styrke samarbejde og relationer mellem myndighed og udførende led i ældreplejen
- Tværfagligt samarbejde, som har til formål at udvikle og styrke de muligheder, der er for at udnytte kommunens integrerede organisering af ældreområdet
- Nye medarbejder- og lederroller, som fokuserer på at introducere elementer af selvorganisering i hverdagen samt styrkelse af en nærværende, men også faciliterende tilgang til ledelse for de tværfaglige teams
- Udvikling af kerneopgaven, som er målrettet udvikling af prøvehandlinger, og ny praksis, der understøtter kontinuitet og fleksibilitet i det borgerrettede arbejde.

### Projektorganisering

Pilotprojektet er politisk besluttet af Seniorudvalget i Vejle Kommune, som en del af handleplanen for 'Seniorområdet i fremtiden – Tæt på'. Den ledelsesmæssige forankring er hos seniorchefen for distrikterne.

Til projektet er nedsat en styregruppe, en projektgruppe med en internt rekrutteret fuldtidsprojektleder og to tilknyttede medarbejdere fra kommunens interne HR og kompetencecenter der bidrager med kompetenceudvikling til medarbejdere og ledere. Dertil kommer ekstern evaluator og support i forhold til indsamling af data med relation til projektet.

### Borgermålgruppe

Projektet omfatter alle ca. 550 borgere tilknyttet de tre distrikter, som modtager hjemmehjælp efter (serviceloven § 83, § 83a, og/eller sundhedsloven § 138). Borgere, der udelukkende modtager hjemmehjælp af en privat leverandør, udelukkende modtager praktisk hjælp eller udelukkende modtager sygepleje i Vejle Kommunes sygeplejeklinikker, er ikke en del af målgruppen.

## **Teamorganisering**

Der indgår tre distrikter i udviklingsarbejdet, som er valgt ud fra et kriterium om, at medarbejderne er motiveret til udviklingsarbejdet. Samtidig er det prioriteret, at projektet ikke medfører væsentlige ændringer i forhold til kolleger og borgere med henblik på at give et realistisk afsæt for udviklingsarbejdet og eventuel udbredelse af opnåede erfaringer til ældreområdet som helhed.

Til projektet er udvalgt to tværfagligt integrerede dagdistrikter med ca. 20 medarbejdere hver (ca. tre sygeplejersker, fire SOSU-assistenters, 12 SOSU-hjælpere og en ergo- eller fysioterapeut) og ca. 12 medarbejdere i indmøde på en almindelig dagvagt.

Det tredje distrikt er et aftendistrikt med 15 medarbejdere (ca. to sygeplejersker, fire SOSU-assistenters og ni SOSU-hjælpere). Baggrunden for at vælge et aftendistrikt er et gensidigt ønske om at involvere aftenholdet mere. Aftenholdet har andre og mere selvstændige arbejdsvilkår, og det forventes derfor, at aftenholdet vil være et godt sted at afprøve mere selvstændige teams. Specifikt overvejes det at inddele aftenholdet i et tvillingeteam med inspiration fra den svenske kommune Västervik.

## **Selvstyring**

Vejle Kommune har fuldtidsansatte planlæggere med ansvar for rute- og vagtplanlægning for hjælpere og assistenter, mens sygeplejen er selvtilrettelæggende. Der er ikke planlagt ændringer i forhold til disse forhold, men der er en forventning om, at projektet vil styrke den daglige dialog mellem planlægger og udkørende medarbejdere omkring borgernes funktionsevne samt om planlægningen af de enkelte ruter.

## **Tværfaglighed**

Vejle Kommune har i udgangspunktet en integreret organisering, hvor hjemmeplejen, sygeplejen og terapeuter er fysisk sammen under fælles ledelse i de enkelte distrikter. Det fremgår også, at man i projektet vil undersøge, om der er et uudnyttet potentiale for at styrke det tværfaglige samarbejde, samt at der er variation i, hvor udviklet det er i de enkelte distrikter.

I de distrikter, der er nået længst, møder alle faggrupperne ind sammen, koordinerer tæt og er gode til at opgaveoverdrage og tænke i kontinuitet. Disse teams spiser også frokost sammen, har et fælles rehabiliteringsmøde hver uge og har fælles personalemøder og generelt en kultur, hvor der er let adgang til sparring med sygeplejerskerne. Målsætningen er derfor, at projektet skal bidrage til et højere og mere ensartet udviklingsniveau for det tværfaglige samarbejde i ældreplejens distrikter.

## **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

'Vejle-modellen Tæt-på' fokuserer på at styrke det tværfaglige samarbejde samt på at udvikle tilrettelæggelsen af det daglige arbejde.

Afsættet er således at beholde de eksisterende ledere, planlæggere og arbejdsdelinger inden for rammerne af den eksisterende seniorplan 'Ledelse Tæt-på', som prioriterer tydelig, nærværende og tilstedeværende ledelse i de enkelte hjemmeplejedistrikter. Tilgangen til udvikling afspejler et ønske om ikke for hurtigt at give medarbejderne ansvar for nye opgaver, de ikke er klædt på til, samt en oplevelse af, at de fleste medarbejdere ikke ønsker at overtage opgaver med vagtplanlægning og lignende.

Inden for denne ramme er målet at udvikle lederrollen i retning af en coachende tilgang, hvor der er mere fokus på at støtte beslutninger frem for at give færdige løsninger. Der indgår ledelsescoaching i projektet, som skal køre parallelt med afprøvningsne i de tre distrikter. Forløbet tilrettelægges af konsulenter fra kommunens eget kompetencecenter og vil blive tilpasset den enkelte leders erfaring og ønsker.

## **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

I efteråret bliver der gennemført kompetenceudvikling målrettet medarbejdere og ledere. Kompetenceudviklingen for medarbejdere har fokus på teamsamarbejde, herunder kommunikation og samarbejde, forandringsprocesser, udvikling af fælles mål og relationer i teamene, men også metoder i udviklingsarbejdet, fx PDSA, borgerrejsen som værktøj, øgning af forståelsen for det system, der er omkring borgeren – og de forskellige elementer, der er i borgerens liv.

Det er målrettet teamsamarbejde – personlighed, roller og værdier. Innovationsprocesser – fx ideudvikling, konceptualisering, planlægning af prøvehandlinger m.m.

## **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Ældreområdet eksisterende økonomistyring, ledelsesinformation og dokumentationspraksis vurderes at være velfungerende, og derfor er der ikke planlagt ændringer i relation til disse elementer.

Til at vurdere projektets resultater er der et samarbejde med en ekstern evaluator om at udvikle et indikatorsystem, hvori der kan opstilles mål, og det kan vurderes, om disse mål nås. I systemet er bl.a. mulighed for at lave dashboards i forhold til kontinuitet, men det er endnu ikke konkretiseret, hvordan det kommer til at fungere og se ud. Til projektet er også knyttet ekstern

evaluering, der undersøger erfaringer og oplevede resultater via interviews og spørgeskemaer målrettet borgere og fagpersoner.

### **Myndighed og visitation**

Myndighedsrollen i projektet er ved at blive afklaret, og der planlægges ikke konkrete ændringer eller planer om at ændre på de grundlæggende metoder og tildelingsmodeller. Det bunder for det første i, at der allerede visiteres og afregnes i pakker frem for enkeltydelser, hvilket vurderes at give et godt udgangspunkt med indbygget fleksibilitet og indflydelse fra udfører i dialogen med myndighed. For det andet er der en bekymring for borgernes retssikkerhed og økonomien på ældreområdet, hvilket betyder, at kommunen indtil videre holder fast i de eksisterende modeller for tildeling af ydelser og økonomistyring.

Ønsket er derfor at tilknytte udvalgte visitatorer til de tre projektgrupper i hjemmeplejen en dag om ugen for at styrke dialog og fleksibilitet inden for de pakker, der visiteres til. Hvordan det konkret skal ske, og hvor stor tilstedeværelsen i de enkelte hjemmeplejegrupper skal være, er fortsat under afklaring. Herudover skal der også findes en løsning, som tager højde for, at visitatorerne p.t. ikke er fordelt på geografi, hvilket betyder, at det er vanskeligt at låse cpr-numrene i en afgrænset geografi til navngivne visitatorer.

Det fremgår videre, at der er stor opbakning til arbejdet i myndighed, samt at der er flere visitatorer, der på forhånd har meldt sig til afprøvningen, der starter primo 2023.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er i udgangspunktet ansat terapeuter i alle hjemmeplejens distrikter, som arbejder med forflytning, vedligeholdende træning og vejledning omkring aktiverende pleje, og der er ikke planlagt ændringer i terapeuternes tilstedeværelse og opgaver.

### **Involvering af borgere og pårørende**

I projektet er planlagt prøvehandlinger, der involverer borgere og pårørende i udmøntningen af den tildelte hjælp med henblik på, at plejen skal være aktiverende og fleksibel i forhold til borgerens dagsform og ønsker. De enkelte prøvehandlinger udvikles og afprøves af medarbejderne fra de tre 'projektdistrikter', og målet er at udnytte den fleksibilitet, der allerede er indbygget i borgernes 'ydelsespakker' bedre.



## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Vejle Kommune p.t. er i gang med en større omorganisering af ældreområdets distrikter og ledelse, og det har vist sig vanskeligt at arbejde med medarbejderinvolvering og prøvehandling, samtidig med at der er usikkerhed omkring de grundlæggende strukturer og stor udskiftning blandt ældreområdets ledere. Projektet er derfor forsinket ca. 6 måneder i forhold til den oprindelige tidsplan. Samtidig er antallet af teams, der deltager i projektet skåret ned fra 12 til tre i forhold til den oprindelige ansøgning i efteråret 2021. Igangsættelsen af de tre faste teams er derfor planlagt til at starte primo 2023, og de ekstra 6 måneder anvendes bl.a. til kompetenceudvikling, workshops og dialog om udmøntningen af projektets fire udviklingsspor.

De konkrete prøvehandling (fx planlægning, tværfagligt samarbejde, understøttelse af kontinuitet og involvering af borgerne i den daglige pleje) i de tre teams skal udvikles af medarbejderne selv, og selve det arbejde starter i 2023.

## 23

### **Ærø Kommune: *Borgeren først – gennem nærhed og stabilitet***

#### **Formål og målsætninger**

Ærø Kommune arbejder med at etablere faste og selvorganiserende teams i hele hjemmeplejen. Teamene består af SOSU-medarbejdere, og det indgår som et vigtigt element i arbejde at udvikle en organisering og samarbejdsmodel, der understøtter et tæt tværfagligt samarbejde og sparring mellem teams ansatte og øvrige dele af ældreområdet i form af visitatorer, rehabiliteringsterapeuter, sygeplejersker og diætister.

Den nye organisering gennemføres med henblik på at:

- Udvikle en mere helhedstænkende og tværfaglig hjemmepleje
- Udvikle en mere coachende og faciliterende tilgang til ledelse, hvor lederens tværgående blik og samspil styrkes
- Give hjemmeplejeteamene øget selvbestemmelse og mulighed for at planlægge og levere hjælpen fleksibelt, så den tilpasses borgerens skiftende behov
- Øge kontinuitet i de faglige samarbejdsrelationer samt øget kontinuitet og stabilitet i relationerne mellem medarbejdere og borgere/pårørende.

Målsætningerne for den nye organisering er, at:

- Medarbejdernes trivsel, arbejdsmiljø og oplevelse af indflydelse på eget arbejde skal øges
- Sygefraværet skal falde, samtidig med at evnen til at rekruttere og fastholde kvalificeret personale forbedres
- Borgernes tilfredshed og oplevelse af, at indflydelse på de indsatser, de modtager, øges.

Projektet er i udgangspunktet tilrettelagt som en organisationsændring, hvor udviklingsarbejdet og de tilhørende prøvehandlinger driver omstillingen til en 'Ærø-model' for faste teams i hjemmeplejen.

#### **Projektorganisering**

Projektet er organiseret med en styregruppe, der samler lederne fra de fagområder, der indgår i projektet, en referencegruppe for medarbejderrepræsentanter samt en projektledelse, der udgøres af en intern projektleder og en ekstern projektleder fra konsulentfirmaet Type2Dialog. Hertil kommer interne ressourcer i form af udviklingssygeplejerske, planlæggere, visitatorer mv., der deltager i projektets udviklingsopgaver og prøvehandlinger.

Type2Dialog indgår som gennemgående ressource i projektet med ansvar for opgaver relateret til rådgivning, foranalyse, projektmodning, kompetenceudvikling, udviklingsstøtte og vidensopsamling.

### **Borgermålgruppe**

Projektets målgruppe er alle de ca. 295 borgere, som modtager indsatser efter SEL § 83, 83a og/eller SUL § 138. Ved udgangen af 2022 forventes det, at ca. to tredjedele af ældreplejens borgere er omfattet af projektet, og fra foråret 2023 og frem vil det være alle borgere.

### **Teamorganisering**

I udgangspunktet skulle etableres fire geografisk afgrænsede hjemmeplejeteams, men det har været nødvendigt at nedjustere til tre ud fra et hensyn om at sikre tilstrækkelig robusthed i forhold til sygdom, medarbejderudskiftning, vagter og ferie.

Det første pilotteam, der blev etableret i maj 2022, består af seks SOSU-hjælper, en social- og sundhedsassistent, en fysioterapeut, en diætist, to sygeplejersker, en visitator samt to social og sundhedshjælper fra aftenholdet. Under opstart blev det besluttet at vente med at inddrage snitflader til aftenvagten, da der var behov for at rette fokus på organisering, trivsel og planlægning i dagvagten. Grundet organisatoriske udfordringer i visitationen har deltagelse af visitator ikke været muligt, men planen er, at aftenvagt og visitator bliver en del af udviklingen af teamet inden for første kvartal 2023. Teamet har organisatorisk ikke samme ledelsesophæng. Sygeplejersker, visitator, terapeut og diætist har deres leder, som ikke er lederen af hjemmeplejen. På trods af dette arbejdes der ud fra devisen om, at de er ét team. Teamet arbejder med udgangspunkt i Ærøskøbing, og overgangen til den nye hverdag med større ansvar for daglig organisering og planlægning er tilrettelagt som et botom-up-forløb, hvor teamet følges- og støttes tæt af projektledelsen og den tilknyttede udviklingssygeplejerske.

Teamet består af medarbejdere, der kender hinanden i udgangspunktet, ligesom der ikke er sket væsentlige ændringer i forhold til de tilknyttede borgere. Meget af hverdagen er derfor kendt, men teamet har fået en nye ramme og tættere samarbejdsflader – i form af en fast daglig mødestruktur – der inkluderer:

- Daglige korte morgenmøder i teamet, hvor dagens besøg aftales og eventuelle sygemeldinger håndteres
- Tre ugentlige teammøder af 30 minutters varighed med deltagelse af sygeplejen, udviklingssygeplejerske/coach og terapeut, hvor der er fokus på sparring, tidlig opsporing og koordinering af indsatsen omkring fælles borgere samt tilrettelæggelsen af teamets ruter

- Et ugentligt rehabiliteringsmøde på 1 time med deltagelse af sygeplejerske, terapeut, udviklingssygeplejerske/coach og diætist – og på sigt visitator. Fokus er her på at gennemgå udvalgte borgere, med udgangspunkt i ICF-modellen, hvor mål, ressourcer og udfordringer drøftes med det afsæt at skabe en fælles og tværfaglig plan for borgerens videre forløb
- Et læringsmøde hver fjortende dag, af 1 times varighed, med deltagelse af sygeplejerske, terapeut, udviklingssygeplejerske/coach og diætist, hvor teamet på forhånd har udvalgt faglige temaer, de ønsker oplæg om, og herunder hvem der skal inviteres ind og holde oplæg. Det kan være fx være dokumentation, rehabilitering eller uddannelse i konkret brug af hjælpemidler
- Et læringsværksted en gang om måneden med samme deltagere som på rehabiliteringsmødet og en leder. Fokus er her på at støtte teamdannelsen, rammerne for det tværfaglige samarbejde og arbejde med prøvehandling mv.

## Selvstyring

I de nye teams får medarbejderne et øget ansvar og indflydelse for at tilrettelægge det daglige arbejde, vagtplaner og håndtere sygemeldinger mv., men der er ikke planer om, at hjemmeplejens teams skal være selvstyrende på øvrige områder. Den eksisterende ledelse og planlægningsfunktion i forhold til den overordnede vagtplanlægning bevares også, men der arbejdes med at udvikle ledelsesrollen i retning af en mere coachende og faciliterende tilgang (uddybes nedenfor i afsnittet om forandringer i ledelsesrollen).

## Tværfaglighed

Tværfagligheden i relation til pilotteamet og på sigt alle tre hjemmeplejeteams – er forankret i ovenstående mødestruktur samt en ambition om, at deltagerkredsen i møderne er fast, og at deltagelsen i møderne prioriteres. Der måles løbende (kvantitativt og kvalitativt) på gruppens oplevelse af psykologisk tryghed, og er den dalende, igangsættes målrettede indsatser. Tværfagligheden opstår ikke af, at tværfaglige medarbejdere sættes i samme rum – det kræver et rum af tillid og tryghed, for at man kan stille sig sårbar og bede om hjælp. Vidensdelingen om borgerne kræver ligeledes, at kulturen og relationerne i gruppen bærer præg af tryghed i en form, der gør, at "man kender hinanden", som en medarbejder udtaler. Det gør, at de har nemmere ved at gå til hinanden, men også ved, hvordan det kan gøres. Tværfaglige grupper kan indeholde hierarki, hvilket kan udfordre vidensdeling, som kan imødekommes af en høj grad af psykologisk tryghed i gruppen.

Det tilsigtes også, at sygeplejens og terapeuternes borgergrundlag så vidt muligt skal matche geografien for hjemmeplejens grupper, så der er faste samarbejdsrelationer i forhold til de af hjemmeplejens borgere, der får indsats-

ser herfra. Det indgår dog samtidig som et vigtigt udviklingspunkt, at de tilknyttede fagpersoner også er i stand til at give generel faglig sparring og tage fagligt ansvar for borgere, de ikke kender i udgangspunktet.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Ærøs status som en lille ø-kommune præger ældreområdet organisering og ledelse. Der er kun et ledelseslag under ældre- og sundhedschefen, som består af i alt syv ledere, hvoraf tre er direkte involveret i omstillingen til den nye teamorganisering. Det drejer sig om:

- Leder af hjemmeplejen, som er faglig leder og personaleansvarlig for alle områdets ca. 50 medarbejdere og tre områder
- Leder med samlet ansvar for sygepleje og visitation
- Leder af sundhed og forebyggelse, som har de rehabiliterende terapeuter og diætist under sig.

Ledelsesgruppen er derved lille, med et stort ledelsesspænd (særligt i hjemmeplejen) og en bred opgaveportefølje. Det giver på den ene side fordele i form af nærhed og nødvendigheden af tværgående samarbejde. På den anden side er der begrænsede ressourcer og ledelseskraft at trække på i projektet og i de opgaver relateret til forandringsledelse, det indebærer.

Der er samtidig en ambition om, at tilgangen til at bedrive ledelse på skal udvikles i retning af en mere coachende, katalyserende og faciliterende tilgang, i takt med at reorganiseringen af ældreområdet gennemføres. Med det afsæt er der planlagt både et fælles forløb for ledergruppen samt mulighed for individuel coaching og lederudvikling i relation til de igangsatte forandringer i ledelsesrollen.

### **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Med den nye teamorganisering og tilgang til tværfagligt samarbejde følger en række behov for nye kompetencer, som man arbejder med at introducere og udvikle hen over projektperioden. Dels er der forløbet for de involverende ledere, som er gennemgået ovenfor, og dels er der det løbende arbejde med at klæde medarbejderne på til en mere selvstændig og tværfaglig hverdag.

Projektet har i den forbindelse en tydelig strategi om, at udviklingen skal ske nedefra og op, frem for at det er projektledelsen og lederne, der træffer beslutningerne. Der er samtidig fokus på, at fundamentet for hverdagen skal være på plads, før der bliver mulighed for at arbejde med prøvehandling relateret til fx borgerinvolvering og aktiverende pleje. Fokus for kompetenceudviklingen er bl.a. at sikre psykologisk tryghed og teambuilding samt at udvikle

de kompetencer, roller, ansvarsfordelinger mv., der tilsammen kan sikre en velfungerende hverdag i og omkring teamene.

Kompetenceudviklingen for medarbejderne sker som en integreret del af hverdagen og med et tydeligt fokus på, at medarbejderne inden for de givne rammer støttes af en uformel og coachende tilgang. SOSU-hjælperne i projektet har, ligesom deres ledere, meget, de skal lære og aflære, fordi gruppen ikke er vant til at have stor indflydelse på og stort ansvar for tilrettelæggelsen af deres arbejde. Derfor har det stor prioritet at støtte dem – og gå til udviklingsarbejdet i et tempo, hvor de selv kan følge med og være aktive i at indholdsudfylde den nye hverdag.

### **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Udviklingsopgaverne og den nye organisering på ældreområdet kan indtil videre rummes inden for de eksisterende dokumentationssystemer og redskaber til planlægning og økonomistyring mv. Derfor er der ikke planlagt udviklingsopgaver eller ændringer i relation hertil.

### **Myndighed og visitation**

Ældreområdet i Ærø Kommune udmærker sig ved at være rammestyret, så der opleves ikke et behov for at udvikle økonomistyringsmodellen. Til gengæld er der formuleret et udviklingsspor målrettet, at tildeling og disponering af borgernes ydelser fremadrettet skal udformes som funktionsbestemte pakker frem for som enkelttydelser. Målet med dette spor er at understøtte ønsket om en fleksibel pleje med mulighed for at justere hjælpen i henhold borgernes behov og ønsker. Arbejdet med at udvikle de nye pakker og anvendelsen af disse er i gang, men er aktuelt sat på standby på grund af manglende ressourcer i visitationen. Planen er derfor at genstarte processen, når det lykkes at ansætte ekstra ressourcer på myndighedsområdet.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Arbejdet med rehabilitering og aktiverende pleje fortsætter inden for de eksisterende rammer. Så ud over de nye møde- og samarbejdsrelationer, der skabes mellem hjemmeplejen og de rehabiliterende terapeuter, er der ikke planlagt yderligere aktiviteter i dette spor. Inden for rammerne af den nye møde- og teamstruktur arbejdes der aktuelt med styrke målrettet rehabilitering og aktivering af borger/pårørendes ressourcer. ICF-modellen fungerer som afsæt for den tværfaglige dialog om borgernes ressourcer, behov, og hvilken faglig tilgang der i forhold til den enkelte borger bedst kan understøtte opnåelsen af de opstillede mål.

## **Involvering af borgere og pårørende**

Borgere og pårørendes viden og perspektiver indhentes og anvendes løbende til at kvalificere udviklingsarbejdet i og omkring de nye teams. Dels er der gennemført interviews og workshops i projektets forberedelsesfase, dels gennemføres der løbende deltagerobservation, og dels bliver der givet tilbagemeldinger fra medarbejderne i forhold til borgeres og pårørendes udsagn. Der er aktuelt ikke aktiviteter (fx opstartsmøder, afdækning af borgers netværk og ønsker til sociale kontakter) rettet mod mødet mellem medarbejder og borger, men på sigt forventes en højere grad af fokus på pårørende inddragelse og samarbejde.

## **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Projektet holder overordnet tidsplanen, og de første erfaringer fra opstarten af pilotteamet var meget positive, hvad angår medarbejdernes evner til at få deres nye hverdag til at fungere, ligesom der blev givet udtryk for øget arbejdsglæde og sås et fald i sygefraværet.

Samtidig blev der skabt mange nyttige erfaringer relateret til de nye mødestrukturer og fokus på tværfaglig dialog og tværfagligt samarbejde, som tages med i det videre arbejde med pilotteamet og de næste teams der skal starte op.

Det fremgår samtidig som et vigtigt opmærksomhedspunkt, at også medarbejderne i de næste teams skal indgå i en bottom-up-proces, hvor de inden for den givne ramme selv får muligheden for at udvikle deres daglige praksis, da i høj grad er via denne proces og medarbejdernes egne erkendelser der sikres et fundamentet for varig forankring af de nye løsninger.

Der er også opnået vigtige erkendelser om de udfordringer, der præger ældreområdet på Ærø generelt, og som skaber en række benspænd for arbejdet med de faste teams. Ældreområdet har for det første store rekrutteringsvanskeligheder, som sætter området og medarbejderne under et stort arbejds-pres, der også er afspejlet i trivselsudfordringer og et højt sygefravær. For det andet er organisationen, qua sin størrelse og det begrænsede antal af ledere med brede opgaveporteføljer, meget afhængig af projektledelsen og sårbar over for sygdom og personudskiftning.

Et udtryk for dette ses i pilotteamet, hvor momentum og de opnåede resultater fra de første projektmåneder kom under stort pres efter sommerferien på grund af et uheldigt sammenfald af personudskiftning og ferieafholdelse. Disse forhold og manglende mulighed for at erstatte støtten til teamet ledte på kort tid til mistrivsel, kraftigt øget sygefravær og tilbagevenden til tidligere måder at arbejde på. Der har været – og er fortsat – et stort arbejde forbundet

med at 'samle teamet op igen' samt at bestyrke medarbejderne i troen på at de kan få en mere selvstændig hverdag til at fungere fremadrettet.

Denne erfaring udgør således til et meget vigtigt opmærksomhedspunkt for det videre arbejde. Det gælder dels i forhold til opstarten af team to (der går i drift 1. november 2022) og dels i forhold til, hvordan ældreområdet kan fremtidssikres til den tid, der kommer, når den eksterne og interne projektledelse forsvinder igen.



## 24 Aabenraa Kommune: *Faste teams i ældreplejen*

### Formål og målsætninger

Udviklingsprojektet afprøver organisering med faste teams i ældreplejen, hvor borgerens behov er udgangspunktet for teamets faglige sammensætning. Med afprøvningen skal der opnås erfaringer med en ny organiserings- og styringsmodel i forhold til hhv. et tværfagligt 'nabolagsomsorgsteam' med fokus på inddragelse af borgerens netværk og et 'tværfagligt' team, hvor der afprøves en model med samarbejde mellem hjemmepleje, sygepleje og den socialpædagogiske indsats.

Forventningen er, at faste teams vil skabe større tryghed for borgerne via færre forskellige medarbejdere i borgernes hjem, bedre sammenhæng i indsatserne, en øget trivsel hos medarbejdere via øget medindflydelse samt bedre brug af kompetencer, som dels vil skabe en rehabiliterende effekt for borgeren og kommunen, dels vil øge borgerens samlede selvbestemmelse og tilfredshed (jf. projektmateriale).

I projektets første fase er der gennemført en foranalyse (ved Profekto) med inddragelse af politikere, borgere, ledere og medarbejdere, som er afsæt for projektets fire mål:

- Mål 1 – øget trivsel hos medarbejderne
- Mål 2 – større tryghed for borgerne (kontinuitet)
- Mål 3 – borgerforløb med styrket fokus på selvhjulpenhed (progression)
- Mål 4 – bedre sammenhæng i indsatserne.

De fire mål danner afsæt for kvalitativ og kvantitativ evaluering af projektets resultater.

Projektet arbejder med afprøvning og kompetenceudvikling i de to tværfaglige teams. Der arbejdes med en gradvis forøgelse af teamenes muligheder for at tilrettelægge plejen, bl.a. gennem en mere fleksibel BUM-model

Projektets afprøvningsresultater danner en række resultater og en fælles læring, som skal fungere som afsæt for en beslutning om, hvilke dele der skal udrulles til plejen i hele kommunen efter projektets afslutning.

### Projektorganisering

Projektet er forankret ved direktøren for Social og Sundhed, der er formand for styregruppen, der også består af afdelingslederne for Visitation og Understøttelse, Senior, Social og Sundhed. Afdelingslederen for Senior er projekt-ejer. Projektet ledes af to interne projektledere og understøttes af ekstern

konsulentbistand ved Type2Dialog og Profekto, der bistår med kompetenceudvikling, udvikling af økonomistyring, visitationsmodel, ledelsesinformation samt evaluering. Der er etableret en følgegruppe, der består af repræsentanter fra FOA, DSR, SL samt ETF

### **Borgermålgruppe**

Nabolagsomsorgsteamet målgruppe er borgere, der får indsatser efter SEL §§ 83, 83a, 86 stk. 1 og SUL § 138, og det forventede antal borgere er ca. 60. Borgergruppen er kendetegnet ved at have indsatser, der er mindre indgribende, hvor en tværfaglig indsats med inddragelse af nabolaget kan spille en vigtig rolle i borgeres fastholdelse af egen livsglæde og mestring. I teamet varetages både borgerens rengøringsopgaver og andre opgaver inden for praktisk og personlig hjælp, træning samt sygepleje.

Det tværfaglige teams målgruppe er borgere, der får indsatser efter SEL § 83, 83a, SEL § 85, § 86 stk. 1 og SUL § 138, og det forventede antal borgere er ca. 30. Borgerne er kendetegnet ved, at kommunens standardiserede indsatser og pakker ikke altid passer til deres behov, og at borgerne har brug for en tværfaglig indsats i dagligdagen. I teamet varetages både borgerens rengøringsopgaver og andre opgaver inden for praktisk og personlig hjælp, sygepleje, socialpædagogisk bistand og træning.

### **Teamorganisering**

De to teams er etableret og gået i drift hhv. 12. og 13. september 2022. Begge teams dækker både hjemmepleje i dag- og aftenvagten på alle ugens dage, mens sygeplejen dækker dagvagten. I første fase af projektet arbejdes der med en model, hvor sygeplejerskerne fortsat indgår i sygeplejeenheden og refererer til egen personaleleder for at sikre sygeplejerskernes mulighed for monofaglig sparring. Det vurderes løbende, om den valgte ledelsesreference understøtter projektets mål i de forskellige faser. Endelig er der til begge teams tilknyttet medarbejdere fra træningsområdet og visitation med henblik på at skabe faste og fleksible samarbejdsrelationer om teamenes borgere.

Nabolagsteamet består af 13 social- og sundhedsmedarbejdere (og ufaglærte) i dag- og aftenvagt inkl. weekend. I dagvagt en SSA, fem SSH'er og tre ufaglærte. I aftenvagt en SSA, en SSH og to ufaglærte. Hertil kommer to sygeplejersker tilknyttet teamet i dagvagt. Teamet har fokus på i højere grad at inddrage lokalmiljøet og dets beboere i indsatser og løsninger samt at inddrage relevante faggrupper i borgerforløbene med afsæt i borgers mål og ønsker.

Det tværfaglige team består af 18 social- og sundhedsmedarbejdere i dag- og aftenvagt. I dagvagt to SSA'er, 11 SSH'er og en ufaglært rengøring samt en pædagogisk hjælper. I aftenvagt en SSA og to SSH'er. Hertil kommer to til-

knyttede sygeplejersker og tre socialpædagogiske medarbejdere, der er tilknyttet teamet i dagvagt. De socialpædagogiske medarbejdere kommer fra tre forskellige centre i kommunen (aktivitetscenter, Hjernecenter Syd og socialpsykiatrien). Socialpædagogernes rolle i det tværfaglige team er dels at skabe en bedre sammenhæng i plejen for de komplekse borgere, der modtager hjælp og pleje efter flere paragraffer, dels at være med i opstarten af nye borgerforløb samt at give løbende sparring til teamet. Deres konkrete tilknytning til teamet og udformningen af et integreret samarbejde om § 85-indsatsen til borgerne udvikles undervejs i projektets afprøvning, bl.a. i takt med at der afprøves en mere fleksibel BUM-model.

Det tværfaglige teams fokus på komplekse borgeres mange forskellige indsatser, bl.a. social og psykisk sårbarhed, bunder i et ønske om at sikre en mere helhedsorienteret og sammenhængende indsats til det stigende antal borgere, der modtager indsatser fra hjemmeplejen, sygeplejen og pædagogiske støtteindsatser i henhold til SEL § 85. Perspektivet er, at pædagogiske kompetencer også er relevante i den resterende hjemmepleje, idet flere borgere har psykisk sårbarhed eller sygdom med henblik på at supplere og højne social- og sundhedspersonalernes faglighed inden for dette område.

De to tværfaglige teams er nye på den måde, at medarbejderne er rekrutteret på tværs af de eksisterende hjemmepleje- og sygeplejegrupper. Samtidig skal der med projektet etableres faste samarbejdsrelationer med de tilknyttede fagpersoner fra træningsområdet og visitationen

## Selvstyring

Projektet er delt ind i fire faser, hvor graden af selvstyring øges for hver fase. På interviewtidspunktet befinder projektet sig i fase 1:

- Fase 1 – lederstyret fast team med nye team- og ledelsesroller (august 2022 til november 2022)
- Fase 2 – selvtilrettelæggende team med en ny fælles planlægningsmodel (november 2022 til marts 2023)
- Fase 3 – selvstyrende team med en ny fleksibel BUM-model (marts 2023 til juni 2023)
- Fase 4 – Aabenraa-modellen (juli 2023 til december 2023).

I fase 1 har fokus været på, at de forskellige medarbejdergrupper, der indgår i teamet, lærer hinanden at kende og udvikler et trygt udgangspunkt for det fremadrettede samarbejde. Der er også blevet arbejdet med den interne fordeling af roller i de to teams, og dette arbejde fortsætter i fase 2 i takt med, at arbejdet med selvtilrettelæggelse går i gang. I fase 1 ændres der ikke på plan-

lægningen – den vil fortsat ske gennem en planlægger i hhv. dag- og aften-  
vagten og i sygeplejen. Det er forventningen, at planlæggernes rolle i begge  
teams vil ændre sig fra fase 2 og fremad, i takt med at der dels afprøves en  
nye planlægningsmodel, dels afprøves en fleksibel BUM-model

### **Tværfaglighed**

Fælles for de to teams er morgenmøder med deltagelse af social- og sund-  
hedsmedarbejder og sygeplejerskerne i teamet, hvor de sparrer om borgerne  
og koordinerer dagens besøg. Begge teams har endvidere tværfaglige tavle-  
møder, hvor team, sygeplejersker, terapeut og visitator deltager for at drøfte  
udvalgte borgere. På teammøder drøftes og justeres udviklingsarbejdet, team-  
samarbejdet samt praktiske forhold.

Terapeuternes rolle er at være sparringspartner på bl.a. igangsættelse, afvik-  
ling og afslutning af §83a-forløb og forløb efter § 86, stk. 1. Samarbejdet med  
terapeuterne vurderes foreløbigt meget positivt.

Det betragtes som en fordel for det tværfaglige samarbejde, at sygeplejen de-  
ler lokation med hjemmeplejen. Oplevelsen er, at de deltagende sygeplejer-  
sker er meget positive over for projektet og for at øge samarbejdet, men der  
er udfordringer med at sammentænke deres rute (som i dagtid er i teamet,  
men aften og weekend er i sygeplejen) og deres deltagelse i møderne.

Der er foreløbig ligeledes en oplevelse af, at samarbejdet allerede i fase 1 med  
visitationen er blevet mere effektivt, fordi en del af dialogen om borgerens  
hjælp foregår ansigt til ansigt frem for skriftligt via omsorgssystemerne, men  
også en oplevelse af, at visitatorernes rolle ikke er endeligt afklaret. Rollen af-  
klares og afprøves i takt med udviklingen og afprøvningen af den fleksible  
BUM-model.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Intentionen er, at de faste tværfaglige teams på sigt skal være præget af en  
stor grad af selvstyring, som medfører forandringer i ledelsesrollen, men der  
er ikke lagt op til en ledelsesfri organisation. Derfor er der i projektet tilknyttet  
en leder til hvert af de to teams, der samtidig er personaleleder for social- og  
sundhedsmedarbejderne (og de ufaglærte). Forandringerne består i måden at  
bedrive ledelse på, hvor der skal udvikles og afprøves en mere coachende le-  
delsestilgang, i takt med at teamenes grad af selvstyring øges. På interview-  
tidspunktet fremgår det som en udfordring for de to involverede ledere, at de  
skal bedrive faglig og forandringsledelse af nabolagsomsorgsteamet og det  
tværfaglige team, samtidig med at de skal lede basisteamer i den øvrige hjem-  
meplejeorganisation, fordi det dels kalder på flere forskellige måder at bedrive  
ledelse på, dels kalder på flere ledelsesressourcer for at understøtte foran-  
dringen

## **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Medarbejderne i projektet modtager løbende kompetenceudvikling, som faciliteres af Type2Dialog. Frem mod september er der gennemført to læringsværksteder. Det ene havde deltagelse af begge teams og havde fokus på kompetenceudvikling til at arbejde efter PDSA-metoden. Det andet læringsværksted havde fokus på teamdannelse, psykologisk tryghed, spilleregler og rollefordeling mv., og her deltager de to teams hver for sig. Frem mod overgangen til projektets fase 2 vil der blive gennemført kompetenceudvikling med fokus på planlægning og arbejdstilrettelæggelse.

For at understøtte forandringen mod en mere coachende ledelsesrolle har lederne i projektet ligeledes modtaget kompetenceudvikling i form af workshops med fokus på ledelse af selvstyrede teams. Derudover vil de involverede ledere modtage supervision i forhold til ledelsesopgaven.

## **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

Sammen med Profekto arbejdes der på at udvikle en prototype for et styringscockpit, der bl.a. skal give teamene viden og handlemuligheder i forhold til, hvorvidt det lykkes at sikre progression i borgerforløb, øget kontinuitet og mindre sygefravær. Informationerne vil samtidig blive sammenlignet med den øvrige hjemmepleje.

Dataunderstøttelsen af det tværfaglige team fremstår som en udfordring, idet socialområdet og ældreområdet dokumenterer og registrerer efter hver sin standard. Det ligger ikke inden for projektets umiddelbare mulighedsrum at ændre på dette, men forventningen er, at der alligevel vil opstå muligheder for at forbedre den tværgående dokumentationspraksis, når medarbejderne kommer tæt på hinanden i det tværfaglige team.

## **Myndighed og visitation**

Der er frikøbt to visitatorer til at være i hvert af de to teams en dag om ugen. Visitatoren tilknyttet det tværfaglige team har stor viden på § 85-området, mens visitatoren tilknyttet nabolagsteamet er ekspert på § 83-området. På interviewtidspunktet deltager visitatorerne på tavlemøderne med henblik på at give sparring på borgerforløbene. Tavlemøderne bidrager også med øget kendskab og tryghed samt mulighederne for mundtlig dialog mellem visitatorer og udførende medarbejdere.

I fase 3 skal visitatorerne også spille en rolle i afprøvningen af fleksibel BUM-model, hvor de bl.a. skal forestå kompetenceudvikling i og implementering af fleksibel BUM-model i de to teams. Der er nedsat en arbejdsgruppe med lederne på tværs af hjemmepleje og myndighed samt en konsulent fra Profekto,

som dels har udarbejdet et udkast til fleksibel BUM-model, der er godkendt i styregruppen, dels skal arbejde videre med den konkrete forberedelse og afprøvning af den fleksible BUM-model

Kommunen anvender en aktivitetsstyret afregningsmodel på hjemmeplejen, hvor der tildeles økonomi på pakker og indsatser, mens der i sygeplejen anvendes en rammestyringsmodel. Med afprøvningen af den fleksible BUM-model introduceres der forløbstakster, der indeholder omkostninger til både sygepleje og hjemmepleje på tværs af dag og aften. Forløbstaksterne er baseret på forløbskategorier baseret på borgerens mål, fx om borgeren er en udviklingsborger eller vedligeholdende borger. Forløbstaksterne anvendes i afprøvningen til at følge op på hvert teams samlede økonomi. For at skabe størst mulig ro og sikkerhed omkring økonomien i hvert team i afprøvningsperioden får hvert team en fast budgetramme.

Formålet med en fleksibel BUM-model er skabe incitamentsstrukturer for øget afslutning og rehabilitering af borgerne. Det sker ved, at teamene får selvbestemmelse i forhold til løbende at tilpasse den samlede pleje og rehabilitering, så borgerne gøres så selvhjulpne som muligt, og ved at de får øget indflydelse på den hjælp, borgeren modtager, hvilket skal understøtte borgerens selvbestemmelse. Teamet kan løbende tilpasse tid og indsatser, så borgeren bedst og hurtigst muligt opnår de mål, der er fastlagt for borgeren. Forhåbningen er, at det vil øge trivselen og dermed rekrutteringsmulighederne i hjemmeplejen samt øge kvaliteten for borgerne.

Det fremgår i den forbindelse, at det er en udfordring i projektet i forhold til styringen, og at små teams kan give en øget sårbarhed ved borgertilgang og borgernedgang, som påvirker styringsmulighederne.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Som beskrevet er der frikøbt og tilknyttet en terapeut til hvert team for at integrere terapeuterne i plejen, med særligt fokus på, at de er med til at understøtte den aktiverende pleje ved opstarten af nye borgere, gennem særligt indsatser efter §86, stk. 1., men det kan også være andre indsatser, hvis borgeren vurderes at have et behov. Der er foreløbige positive erfaringer med at få terapeuterne tættere på teamet, og det fremgår, at de to terapeuter er motiverede og kan se potentialet for træning og forebyggelse.

### **Involvering af borgere og pårørende**

Der bliver løbende evalueret på borgernes oplevelse af den hjælp, de modtager – både borgerne, der får hjælp af de to teams, og i en kontrolgruppe for at kunne sammenligne borgernes oplevelse af kvaliteten. Der er gennemført baselinemåling via interview og survey. Ved overgangen til fase 3 gennemfød-

res en survey, ved overgangen til fase 4 interview og en survey og ved afslutning af projektet en survey. Derudover vil der blive gennemført to halvdages-workshops for alle borgere og pårørende, der kan deltage for at få deres input til forbedringsarbejdet.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Overordnet set overholder projektet tidsplanen. De to teams er i drift fra september 2022, og der er foreløbigt få, men positive erfaringer med at få faggrupperne tættere på hinanden omkring borgerforløbene. Herudover er den foreløbige læring, at det er udfordrende at få de forskellige faggrupper til at flytte fokus fra deres egen faglighed til fordel for et større fokus på den fælles tværfaglighed i teamet. Da der også er fokus på afprøvning af en fleksibel BUM-model er det forventningen, at lovgivningen vil udfordre. det gælder dels på tværfaglighed og integration – opdelingen mellem pleje (SEL § 83) og sygepleje (SUL § 138 og SEL § 85) samt opdelingen mellem vedligeholdende træning (SEL § 86) og genoptræning (SUL § 140). Og det gælder dels på mulighederne for at øge udførernes faglige frirum i nye visitations- og økonomistyringsmodeller, hvor serviceloven stiller krav om skriftlighed i afgørelsen og krav om frit valg, hvilket udfordrer en fleksibel BUM-model og rammestyring, som de to teams skal afprøve. Det er dog forventningen, at afprøvningerne i vidt omfang kan komme omkring udfordringerne.

## 25 Aalborg Kommune: *Borgerens faste tværfaglige team*

### Formål og målsætninger

Målet med projektet er at afprøve nye veje for organisering af hjælp og pleje til borgere i eget hjem, med inspiration fra Buurtzorg. Ved afslutningen af projektperioden vurderes opnåede resultater for at vurdere, om det er relevant at udbrede teamorganisering til ældreområdet som helhed. Vurderingen sker ud fra nedenstående succeskriterier:

- Borgerrettet sigte: højere kontinuitet, kvalitet og nærvær
- Organisatorisk sigte: integration af medarbejdere fra hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i faste teams
- Medarbejderrettet sigte: mere selvstyring, medarbejdertrivsel og personcentreret pleje.

Projektet gennemføres i et af ældreområdets distrikter, hvor der som planlagt blev etableret fire tværfaglige teams i april 2022. Det fremgår ved interview, at de indledende erfaringer er så gode, at det forventes at udbrede teamorganiseringen til yderligere et område i løbet af 2023.

### Projektorganisering

Projektet er ledelsesmæssigt forankret i senior- og omsorgsforvaltningens afdeling 'Ældre og Sundhed', og ældre- og sundhedschefen er projektejer.

Projektet er organiseret med en styregruppe, der samler relevante ledere på tværs af de fagområder, som er involveret i projektet. Udviklingsarbejdet understøttes af en projektleder med sundhedsfaglig baggrund samt tilknyttede interne konsulenter, der understøtter projektets udviklingsspor.

### Borgermålgruppe

240-300 borgere i eget hjem med forskellige behov og forskellig plejetyngde, som modtager kommunal hjemmepleje og hjemmesygepleje efter serviceloven § 83, § 83a (praktisk bistand er undtaget, fordi det varetages af en rengøringsenhed) og/eller sundhedsloven § 138.

### Teamorganisering

Projektet er gennemføres i et geografisk afgrænset område, hvor der pr. 1. april 2022 er oprettet fire teams. Tre teams kører dagvagt, og et kører aften, og teamene dækker alle årets dage. Området er valgt ud fra, at geografi og medarbejdersammensætning matchede projektets setup, samt at der i områdets hjemmepleje allerede var gode erfaringer med at arbejde i mindre teams.



Hvert team består af otte-ti personer fordelt på to sygeplejersker, to-tre assistenter og fire-fem hjælpere. Til teamene er tilknyttet to faste visitatorer, som sidder med i grupperne en-to gange om ugen. Samtidig er der en fast planlægger tilknyttet grupperne, som dels hjælper med grundplanlægning og dels understøtter og oplærer grupperne i de daglige planlægningsopgaver, de er i gang med at overtage. Hvert team støttes herudover i hverdagen af projektlederen, en kvalitets- og udviklingscoach og en rehabiliteringscoach i forhold til de igangsatte udviklingsspor.

De tre dagteams sidder fysisk sammen med sygeplejerskerne, med henblik på at de kan hjælpe hinanden ved sygdom og lignende på tværs af teams. Det fungerer godt, og morgenerne har hurtigt fået en god struktur, samtidig med at der er stor fælles ansvarlighed medarbejdere og teams imellem. Om morgenen fordeler de kørelister og koordinerer på tværs af opgaverne. Der er typisk snakke hen over bordet om koordination af dagens besøg og koordineret fordeling af opgaver på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen. Når hjælperne kører ud, bliver sygeplejerskerne inde og koordinerer det sygeplejefaglige dagsprogram. Efter den tværfaglige koordinering med social- og sundhedshjælpere og -assistenter er der rum for koordinering af det sygeplejefaglige dagsprogram.

Aftenteamet fungerer anderledes end dagteamene og kører fx ikke triagemøder. Indtil videre er der som noget nyt indført et ugentligt tværfagligt sparingsmøde for aftenteamet, hvor der deltager en visitator samt dagvagtskolleger med henblik på at kunne drøfte borgere, hvor der er behov for at justere i indsatser eller tilgangen til hjemmet. Det kan fx være, hvis der er sociale eller psykiske forhold, som gør det vanskeligt at hjælpe borgeren.

### **Selvstyring**

Graden af selvstyring knytter sig indtil videre til, at teamene – med backup fra en planlægger – selv står for den daglige planlægning af ruter samt håndtering af akut sygdom. På sigt er der også en forventning om, at teamene kan overtage ansvaret for vagtplanlægning, når den nye hverdag er velkonsolideret.

De foreløbige erfaringer er positive, og både medarbejdere og planlæggere bidrager aktivt til opgaven med at blive selvplanlæggende, og ønsket om at understøtte kontinuitet og stabilitet i borgerforløbene udgør en væsentlig faglig motivation for arbejdet.

### **Tværfaglighed**

Projektets ambition og praksis er, at teamene er fuldt integreret i forhold til sygeplejen og hjemmeplejens medarbejdere. Det betyder at alle medarbejderne møder ind samtidig og sammen for at koordinere dagens besøg og

håndtere eventuelle sygemeldinger, ligesom der er fælles frokost i teamet. Sygeplejerskerne i teamet har selv meldt ind, at der var behov for at møde ind på samme tid som social- og sundhedsmedarbejderne for at understøtte den tværfaglige integration, hvilket fremstår som et væsentligt positivt element for det daglige samarbejde.

Konkret kommer dette bl.a. til udtryk ved, at sygeplejersker og assistenter i højere grad er begyndt at 'lade opgaver glide mellem sig', ligesom det er blevet lettere på ad hoc-basis at aftale fælles besøg, sparring og lignende faggrupperne imellem. Det fremgår også, at frokostmøderne er blevet mere fagligt orienterede, efter at faggrupperne sidder sammen, samt at især SOSU-hjælperne har stort udbytte af dette.

For at understøtte sygeplejerskerne i deres monofaglighed er der i dagligdagens struktur indrettet et lokalt og indlagt morgentid og eftermiddagstid, hvor sygeplejen kan arbejde med fx dokumentation og koordinering af sygeplejens opgaver. Endvidere deltager sygeplejerskerne fortsat i faglige møder med den øvrige sygepleje, for at de kan bevare relationen til resten af sygeplejegruppen.

Triagemøder indgår som et centralt element i det tværfaglige samarbejde, som fortsat er under udvikling i forhold til struktur og rammer. Møderne holdes en gang om ugen og har en varighed på 30 minutter målrettet borgerforløb. Herefter følger 30 minutter dedikeret til faglig udvikling og konsolidering af teamsamarbejdet.

På sigt – når faggrupperne har opbygget relationer og fælles viden – er der også en ambition om, at den tværfaglige sparring på møder i et vist omfang kan erstattes af sparring ude hos og sammen med borgerne.

### **Ledelsesinvolvering og forandringer i ledelsesrollen**

Projektet indeholder en ambition om, at der fremadrettet skal være en tydelig, men også coachende og understøttende ledelse, som er tæt på de selvplanlæggende teams. Erfaringen er desuden, at der er behov for meget ledelse og understøttelse af de forandringer, som overgangen til nye teams indebærer for de involverede medarbejdere. Det fremgår videre, at der er rekrutteret en leder til området, som har stærke kompetencer i forhold til at understøtte den igangsatte udvikling, samt at disse erfaringer på sigt vil indgå i beskrivelse og udvikling af ledelsesrollen på ældreområdet. Det gælder dels i forhold til, hvilke kompetencer der generelt ønskes, og dels i forhold til, hvordan de individuelle ledere understøttes alt efter deres erfaringer og kompetencer. Denne udvikling kræver et langsigtet perspektiv, fordi ældreområdet i Aalborg udgør en stor organisation, der skal være klædt godt på, inden der igangsættes gennemgribende forandringer.

## **Behov for/planer for kompetenceudvikling**

Teamene har under opstarten deltaget i en række workshops faciliteret af en intern konsulent. Fokus har været på at udvikle relationer på tværs af medarbejdere og fagligheder, aftale spilleregler for det gode samarbejde i teamet og understøtte psykologisk tryghed.

Workshopsene er også anvendt til indledende drøftelser af, hvordan de nye teams kan understøtte kontinuitet og fokus på rehabilitering, samt til at skabe et fælles billede af, hvordan målene skal forstås. Det fremgår, at medarbejderne har taget godt imod aktiviteterne, samt at de har givet et godt afsæt for den nye hverdag der er under udvikling.

På interviewtidspunktet er der ikke planlagt yderligere, men der er igangsat en afdækning af medarbejdernes faglige kompetencer, med henblik på at se, hvor der er ujævnheder og udviklingspotentialer, samt hvilken undervisning og hvilke kurser det er relevant at tilbyde fremadrettet.

## **Systemunderstøttelse – og behov – i forhold til den valgte organisering**

I projektet skal udvikles en model og arbejdsgange for 'god planlægning' i tværfaglige teams. Det første skridt mod dette handler om at kunne se borgerne adskilt teamene imellem samt om at få et enkelt overblik over hhv. sygeplejens opgaver, hjemmeplejens opgaver og de fælles opgaver. Dette overblik understøttes i udgangspunktet ikke af kommunens omsorgssystem (CURA), og der arbejdes fortsat på at udvikle en lokal opsætning, der muliggør et lokalt teamoverblik og afsæt for planlægning på teamniveau.

De eksisterende systemer anvendes fortsat til at følge udviklingen i visiteret vs. leveret tid, dels fordi det indgår som en præmis, at arbejdet i den nye organisering ikke må øge de samlede omkostninger på sigt, og dels for at man kan have et afsæt for dialog og handling i løbet af projektperioden. Tilsvarende er der fokus på at få alle relevante borgere flyttet til dosisdispenseret medicin, og der trækkes løbende data, som indtil videre bekræfter, at dette lykkes.

Der arbejdes også på at udvikle og teste et dashboard, som kan understøtte de fire teams (og området, de dækker) med viden om bl.a. andelen af borgere på dosisdispensering, kontinuitet, visiteret vs. leveret tid, antallet af akutte besøg og antallet af ændringer i de planlagte kørelister. Dette arbejde er fortsat i designfasen, og det er ikke endeligt afklaret, fx hvordan kontinuitet opgøres og tolkes, samt hvordan data kan stilles til rådighed løbende på en enkel måde.

Vurderingen er, at de fleste data kan trækkes via de eksisterende systemer, om end det er ressourcekrævende. Der arbejdes fortsat med at kvalitetssikre de data, der trækkes, inden arbejdet med at pilotteste påbegyndes i 2023.

### **Myndighed og visitation**

I projektet er en ambition om at omlægge fra visitation og styring på enkelt-ydelser til, at der visiteres i gennemsnitspakker, inden for hvilke medarbejderne selv kan justere den individuelle hjælp til borgerne. Dette spor er endnu under udvikling, og det prioriteres at have god tid til dialog, for at organisationen som helhed kan se sig selv i de afprøvninger der udmøntes.

Indtil videre er det som et forsøg aftalt, at teamene selv kan justere op og ned i borgernes tid, så længe det ikke drejer sig om større ændringer. Formålet er at mindske behovet for løbende dialog med visitationen – samt at målrette dialogen om de mere komplekse forløb, hvor der er behov for tværfaglig vurdering. Der er endvidere to faste visitatorer, som deltager i projektteamenes tværfaglige borgergennemgange med henblik på at understøtte hurtig afklaring og handling på de borgere, hvor der er ændringer i funktionsniveauet.

De foreløbige erfaringer med ovenstående tiltag er positive ud fra både visitatorernes og de udførende medarbejderes perspektiv. Oplevelsen er således, at beslutninger træffes og effektueres hurtigere, samtidig med at visitatorerne er med til at kvalificere drøftelserne af de konkrete borgere og udvide mulighedsrummet i forhold til, hvilke indsatser der kan sættes ind med. Herudover er der en oplevelse at styrket samarbejde og tillid, som også smitter af i forhold til de udførende medarbejderes villighed til at opsøge visitatorerne og informere dem om deres borgere, både når der er behov for mere og behov for mindre tid.

### **Rehabilitering og aktiverende pleje**

Der er tilknyttet en ergoterapeut til hvert af de tre dagteams, som i udgangspunktet skal have en fast dag om ugen i deres team. Formålet er udvikle et koncept for systematisk borgerinvolvering og at sætte fokus på rehabilitering som en integreret del af hverdagen. Dette arbejde er under opstart og forsinket, fordi den terapeut, der fra starten var tilknyttet projektet, sagde op. Årsagen var, at det blev for ensomt, og det er baggrunden for den nye model med tre terapeuter der bevarer deres faglige ophæng med træningsområdet.

### **Involvering af borgere og pårørende**

I projektet arbejdes der med tværfaglige opstartssamtaler hos nye borgere. Besøget forberedes ud fra et skema, som borgerne udfylder, samt visitatorernes udredning af hjælpebehovet. Formålet er at få samarbejdet godt fra start

via gensidig forventningsafstemning (herunder at der fra starten sættes fokus på det rehabiliterende arbejde) samt viden om borgerens ønsker og behov.

De foreløbige erfaringer er gode for medarbejdere og borgere, men det er også et opmærksomhedspunkt, om det på sigt er muligt at sammentænke antallet af udrednings- og opstartsmøder. Det skyldes, at der ud over de nye opstartssamtaler er udredning via visitationen og udredning via sygeplejen.

### **Status på fremdrift og foreløbig læring**

Det fremgår overordnet, at de samlede erfaringer med den teambaserede og tværfaglige organisering er meget positive, hvad angår det faglige samarbejde samt de involverede medarbejders arbejdsglæde og oplevelse af at kunne levere kontinuitet og stabilitet omkring borgerne.

Det er samtidig en vigtig læring, at det tager tid at etablere og støtte opstarten af mindre tværfaglige teams, samt at der er skal være tid til involvering og lydhørhed over for de bekymringer, de berørte medarbejdergrupper har. Et eksempel på værdien af dette knytter sig til sygeplejen, som i udgangspunkt var meget skeptiske over for den nye organisering, samtidig med at de sygeplejersker, som er tilknyttet de nye teams, i dag oplever den tværfaglige organisering meget positivt.

En anden læring knytter sig til de tværfaglige borgergennemgange, som fungerer godt og ligeværdigt faggrupperne imellem, samtidig med at der hurtigt bliver justeret og taget hånd om de drøftede borgers situation. Det fremgår, at det især social- og sundhedshjælpernes observationer ude hos borgeren, der motiverer mødet og starter med at kvalificere dialogen om rette hjælpemidler, løsninger osv.

**VIVÉ**