

Til Sundhedsstrukturkommissionen

Tak for jeres arbejde og for at I er åbne for forslag fra alle.

Jeg var en af initiativtagerne til den første og hidtil eneste forsøgsvist fulde implementering af Buurtzorg-modellen i en dansk kommune. Pilotprojektet foregik i samarbejde med Ikast-Brande Kommune i 2019-2021. Det blev afviklet af den almennyttige selvejende virksomhed Lokalpleje Danmark, der fik status som privat leverandør af integreret hjemme- og sygepleje efter Buurtzorg-modellen.

Jeg var medstifter af og direktør for Lokalpleje Danmark. Virksomheden var etableret med hollandske Buurtzorg som forlæg og var finansieret af fondsmidler og med støtte fra velvillige private danske aktører. Lokalpleje Danmark havde formaliseret partnerskab med Buurtzorg International, som understøttede vores arbejde. Jeg blev af Astrid Krag inviteret med som ekspert i det arbejde, der mundede ud i Okkels-rapporten om den kommende ældrelov.

Pilotprojektet i Ikast-Brande Kommune blev som det første Buurtzorg-forsøg i Danmark [evalueret af VIVE](#). På alle afgørende parametre, herunder borgertilfredshed og sygefravær, kunne vi fremvise bedre resultater end den vanlige kommunale organisering. Jeg har ikke efterfølgende set, at nogen af de statsligt finansierede og kommunalt organiserede forsøg med faste teams i hjemme- og sygeplejen har opnået sammenlignelige resultater. Jeg kan se, at der i mange af de kommunalt organiserede forsøg end ikke måles på essentielle nøgletal, sådan som vi fik det arrangeret med VIVE.

Vi viste med pilotprojektet, at [ældrepleje efter Buurtzorg-modellen er bedre, ikke dyrere](#). Det til trods måtte vi afvikle pilotprojektet tidligt og uplanlagt af økonomiske og politiske årsager. Vi modtog en efter vores opfattelse nogenlunde retvisende betaling for udført sygepleje, baseret på en revisorattesteret beregning af kommunens egne udgifter til sygepleje. Kommunens afviste imidlertid at lave en tilsvarende revisorattesteret beregning af egne udgifter for hjemmepleje. Vi kunne hen ad vejen med hjælp fra kompetent revisor og tilgængelige tal for den kommunale virksomhed beregne os til, at betalingen vi modtog for hjemmepleje, var cirka 100 kr. lavere pr. time end kommunens egne udgifter.

Vores beregninger viste, at vi – hvis betaling for alt udført arbejde havde været retvisende – kunne have nået break-even ved cirka 16 medarbejdere, dvs. to teams efter Buurtzorg-modellen. Alene vores lavere sygefravær kunne stort set betale for, at vi i forbindelse med opstarten ansatte medarbejdere med et samlet set noget højere uddannelsesniveau end i den vanlige kommunale organisering.

Baseret på erfaringer fra pilotprojektet, skrev jeg [vedhæftede kronik](#). Den indeholder syv punkter, som omhandler, hvilke læringspunkter fra Holland, jeg mener er relevante i Danmark. Da jeg skrev kronikken, var det med Sundhedsstrukturkommissionens arbejde in mente, og den sendes derfor – sammen med denne mail - som forslag til inddragelse i jeres videre arbejde.

De syv punkter er gengivet nedenfor – og læs gerne kronikken for at få den fulde kontekst.

- Synliggør kvaliteten: Lav en årlig standardiseret måling af kvalitet. Sæt det hurtigt i gang, de vigtigste data findes allerede eller kan relativt nemt fremskaffes.
- Sæt nationale standarder: Hjemme- og sygeplejen skal have nationale standarder, svarende til, hvordan det er for praktiserende læger og hospitaler.
- Sæt leverandørerne fri: Udskil de kommunale leverandører i egne regnskabsenheder eller selvstændige selskaber. Det vil synliggøre de reelle timepriser og opløse den hårdknude, som er

anledning til en stribe retssager mellem private leverandører og kommuner. De private leverandører, som vælges af cirka hver tredje modtager af hjemmepleje, skal også kunne levere efter Buurtzorg-modellen, inklusive sygepleje.

- Drop faste timepriser: Leverandører, der leverer god kvalitet på færre timer, skal kunne forhandle sig til højere timepris. Det er årsagen til, at Buurtzorg over en årrække har kunnet sænke både timeforbrug og de samlede udgifter pr. borger, uden at det er gået ud over kvaliteten.
- Inddrag pårørende: Gør det tydeligere i lovgrundlaget og i arbejdskulturen, at vi selvfølgelig inddrager pårørende. Buurtzorg har vist, hvordan det kan gøres med god etik.
- Afskaf minut-visitation: Lad sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i hjemme- og sygeplejen arbejde som andre autoriserede sundhedspersoner. De er uddannet til selv at vurdere behovet for deres indsats. Hollandske erfaringer viser, at økonomien godt kan sikres overordnet på aftaleniveau.
- Ryd op i lovgivningen. Har vi overhovedet brug for en ældrelov? Ikke alle ældre har behov for pleje, og ikke alle plejekrævende er ældre. Der skal ryddes op i, at samme hjemmebesøg ofte er underlagt flere love og finansieringsmodeller. Det gør livet unødigt svært for de udførende.

Venlig hilsen

/Bjørn

Bjørn Kassøe Andersen

bjorn@kassoe.dk

www.kassoe.dk

Mobil: (+45) 42 44 03 30

Linkedin: www.linkedin.com/in/bjornkassoeandersen