

Emmy Hjort-Enemark Topholm, Anne Mette Møller og
Martin Sandberg Buch

Implementering, innovation eller inkrementel forandring? En analyse af 25 kommuners oversættelse af Buurtzorg-modellen

Den danske kommunale ældrepleje står over for store udfordringer med rekruttering og fragmentering. Staten forsøger derfor at understøtte innovation gennem udbud af puljemidler, der inviterer kommunerne til at lade sig inspirere af den succesfulde nederlandske Buurtzorg-model. Med udgangspunkt i oversættelsesteori og baseret på 50 kvalitative interview med 159 forskellige personer i 25 kommuner analyserer artiklen oversættelsen af Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst. På policyniveau er Buurtzorg blevet oversat fra en kompleks organisationsmodel til en idé om faste, tværfaglige og selvstyrende teams. I oversættelsen af disse ikke-definerede kerneelementer møder kommunerne udfordringer, herunder modstand fra frontlinjemedarbejdere og uændrede rammevilkår. Resultatet er stor variation, men relativt små forandringer, altså inkrementel forandring snarere end innovation. Det rejser spørgsmålet, hvordan statslige puljemidler bedst understøtter lokal innovation.

Nøgleord: oversættelse, kommuner, casestudie, ældrepleje, innovation

De danske kommuner står over for omfattende udfordringer med at levere en ældrepleje af høj kvalitet. Det skyldes særligt den demografiske udvikling, der betyder et stigende antal plejekrævende ældre, kombineret med vedvarende mangel på arbejdskraft. I et forsøg på at imødekomme udfordringerne og innovere den danske ældrepleje har Socialstyrelsen udloddet 191,6 mio. kr. i puljemidler til at implementere lokale versioner af *faste, tværfaglige og selvstyrende teams* i 25 kommuner fra 2021 til 2023 (Social- og Ældreministeriet, 2021). Det sker med stærk inspiration fra den nederlandske hjemme- og sygeplejeorganisation Buurtzorg, som er lykkedes med at skabe høj kvalitet samt tilfredse borgere og medarbejdere og derfor betragtes som en succes verden over. Artiklen præsenterer et kvalitativt casestudie af oversættelsen af Buurtzorg-modellen til en dansk kontekst for ældrepleje på både policyniveau og kommunalt niveau. Forskningsspørgsmålene lyder: Hvordan er Buurtzorg-modellen oversat fra en

nederlandsk til en dansk kontekst på hhv. nationalt og kommunalt niveau? Hvilke faktorer har formet valget af oversættelsesstrategier og de foreløbige resultater af oversættelsesprocesserne i kommunerne?

Analysen tager afsæt i oversættelsesteori, som i organisationsstudier ofte anvendes til at undersøge, hvordan organisationer imiterer succesfulde idéer, herunder organisationsmodeller, teknologier, produkter eller politikker (Sahlin og Sevón, 2003). Oversættelsesstudier fokuserer på, hvordan forskellige aktører løsriver og oversætter idéen til lokal praksis, og hvad der sker med såvel idéen, aktørerne og modtagerorganisationerne i disse processer (Wæraas og Nielsen, 2016; Sahlin og Sevón, 2003; Røvik, 2007, 2016; Czarniawska og Joerges, 1996; Sahlin og Wedlin, 2008). Empiriske studier har ofte haft offentlige organisationer som genstandsfelt og har fx undersøgt introduktionen af ledelseskoncepter i danske kommuner og på norske hospitaler (Nielsen, Wæraas og Dahl, 2020; Wæraas og Nielsen, 2023; Wæraas og Sataøen, 2014), kommunernes oprettelse af sundhedshuse (Waldorff, 2013) samt oversættelser af idéen om evidensbaseret praksis i kommunale familieafdelinger (Møller, 2017, 2019).

Udgangspunktet i oversættelsesteoretiske studier er, at "implementering" af en organisationsidé er en kompleks social proces, hvor en idé løsrives fra sin lokale kontekst, præsenteres som en abstrakt idé og genskabes som ny konkret praksis i en ny lokal kontekst (Wæraas og Sataøen, 2014). Det kræver aktiv fortolkning, omformning og tilpasning af idéens indhold. Antagelsen inden for litteraturen er derfor, at implementering af nye organisationsidéer altid involverer oversættelse – og dermed forandring – af den oprindelige idé. Imidlertid har forskningen i oversættelse hidtil haft tendens til at fokusere på implementeringsdelen frem for løsrivelsesaspektet – og typisk med afsæt i enkelte cases (Røvik, 2016; Nielsen, 2019). Forskere har desuden efterspurgt et bredere fokus på forskellige aktører involveret i oversættelsesarbejdet, herunder frontlinjeledere og -medarbejdere (Radaelli og Sitton-Kent, 2016), samt større fokus på betydningen af kontekstfaktorer for resultatet af oversættelsen (Røvik, 2016). I litteraturen er der en diskussion af, hvorvidt oversættelse fører til homogenitet eller heterogenitet, som kalder på empiriske og systematiske sammenligninger af oversættelsesprocesser på tværs af flere organisationer (Røvik, 2016; Gill et al., 2020).

Denne artikel præsenterer en empirisk analyse af, hvordan Buurtzorg-modellen aktuelt oversættes til en dansk kontekst. Artiklen bidrager til eksisterende oversættelsesstudier ved at gøre brug af et omfattende empirisk datamateriale fra en midtvejsevaluering af de 25 kommuners udmøntning af puljemidlerne og deres foreløbige erfaringer. Materialet består af kommunernes projektbeskrivelser samt kvalitative interview med kommunale ledelser og nøgleaktører.

Sammenlagt er der via to runder gennemført 50 interview med i alt 159 forskellige personer. Analysen viser overordnet set stor variation, men relativt små forandringer i praksis. Ved at analysere mønstre på tværs af 25 cases udledes potentielle forklaringer på variationen i kommunernes tilgange – noget som ofte savnes i de dybdegående casestudier, der præger oversættelseslitteraturen (Røvik, 2007; Wæraas og Sataøen, 2014). Analysen bidrager desuden med nye indsigter vedrørende betydningen af idéens oversættelse på nationalt niveau (dekontekstualisering) samt betydningen af frontlinjeaktører og rammevilkår i de 25 kommuner (kontekstualisering). Resultaterne giver anledning til at diskutere, hvordan puljemidler bedst anvendes, hvis målet er at understøtte innovation.

Artiklen har følgende struktur: Først giver vi en kort introduktion til oversættelsesteorien og de begreber, analysen anvender. Herefter introduceres teksten i form af den danske ældrepleje og de udfordringer, som Buurtzorg-modellen ses som en del af svaret på. Dernæst præsenterer vi artiklens metode og datagrundlag. Analysen beskriver først kort dekontekstualiseringen af Buurtzorg-modellen på policyniveau. I forlængelse heraf udfolder vi rekontekstualiseringen i de 25 kommuner med fokus på oversættelsesstrategier og betydningen af forskellige kontekstfaktorer. Afslutningsvis diskuterer vi analysens resultater, begrænsninger og bidrag, herunder hvilke spørgsmål fremtidige oversættelsesstudier med fordel kan fokusere på.

Et oversættelsesteoretisk perspektiv

Oversættelsesteori har fokus på at forstå og forklare, hvordan og hvorfor såkaldte "organisationsidéer" eller "opskrifter" rejser fra én organisatorisk kontekst til en anden, herunder hvordan forskellige aktører agerer, og hvad der sker med idéen såvel som de modtagende organisationer i processen. Det er en grundantagelse i teorien, at abstrakte idéer skal oversættes i lokale kontekster for at få mening og blive adopteret lokalt (Sundewall og Sahlin-Andersson, 2006). Oversættelse involverer derfor altid transformation (Czarniawska, 2009). Hvor andre perspektiver har fokus på fx fidelitet i spredningen og implementeringen af nye modeller eller politikker, forstår teorien oversættelse som en aktiv og performativ proces, hvor idéer nødvendigvis forandrer sig, når de bliver til lokalt fungerende praksis i et samspil mellem forskellige aktører på forskellige organisatoriske niveauer (Sahlin og Sevón, 2003; Gill et al., 2020; Wæraas og Nielsen, 2016; Røvik, 2016; Radaelli og Sitton-Kent, 2016).

Ifølge oversættelsesteorien består en oversættelsesproces altid først af dekontekstualisering, hvor praksissen føres ud af "værtsorganisationen" og oversættes til en generel idémæssig repræsentation, fx et koncept eller en organiseringsmo-

del (Røvik, 2007, 2016). Formålet er at løsrive praksissen fra dens organisatoriske kontekst, så den kan oversættes og udbredes til andre organisationer eller nye felter. Herefter følger kontekstualiseringsfasen, hvor idéen oversættes til lokal praksis i modtagerorganisationen. Oversættelsesarbejdet foregår i begge faser, og resultaterne afhænger ifølge Røvik (2007, 2016) af oversættelsesaktørernes strategier og kompetencer samt idéens "oversættelighed".

Røvik (2007) præsenterer fire oversættelsesstrategier, som vi anvender i analysen: 1) kopiering hvor idéen i videst muligt omfang reproduceres, og hvor organisationen tilpasser sig idéen, 2) modificering i form af addition hvor nye elementer bliver lagt til, eller eksisterende praksis i organisationen søges videreført samtidig med nye tiltag, 3) modificering i form af fratrækning hvor elementer af idéen udelades, fx fordi de fremstår konfliktudløsende, og 4) radikal forvandling hvor idéen laves radikalt om, og resultatet af kontekstualiseringen er langt fra den oprindelige (dekontekstualiserede) praksis. Valget af oversættelsesstrategier indikerer, hvor mange frihedsgrader aktørerne tager sig i oversættelsen. Ved forvandling føler aktørerne sig ikke bundet af idéen, men anvender den som inspiration. Kopiering indikerer langt mindre frihedsgrader i oversættelsen, men kan til gengæld kræve langt større forandringer i praksis, afhængigt af hvor forskellig den nye idé er fra eksisterende praksis (Røvik, 2016).

Idéens oversættelighed vurderes ud fra dens eksplicitet, forankring og kompleksitet. En idé er ifølge Røvik (2016) nemmere at kopiere, hvis den er eksplicit formuleret, har lav kompleksitet og ikke er væsentligt forankret i sin oprindelige organisationskontekst. Når en model præsenteres i en anderledes kontekst end den oprindelige, vil specifikke lokale forudsætninger ofte blive nedtonet eller udeladt (Sahlin og Sevón, 2003). Modtagerorganisationer er hverken ens eller tomme, men kontekster med strukturer, kulturer og aktører med forskellige interesser og magt samt etablerede praksisser, som kan vanskeliggøre eller forhindre implementering. Relationen og kompatibiliteten mellem nye idéer og eksisterende praksisser er derfor afgørende for resultatet af oversættelse (Røvik, 2016). Oversættelser formes af aktører med forskellige interesser, forestillinger og fortolkninger (Røvik, 2016). Deres anvendelse af bestemte oversættelsesstrategier kan ske bevidst og intenderet, fx ved at lave en lokal version af idéen, eller det kan ske ubevidst og ikkeintenderet, fx ved at modstridende interesser driver oversættelsen af idéen i uforudsete retninger. Modstand tilskynder ifølge Røvik (2007) aktørerne til at modificere idéen, så den ikke udfordrer bestemte interesser i organisationen. Derfor kan flere oversættelsesstrategier sameksistere inden for og på tværs af modtagerorganisationer og trække processen i forskellige retninger (Wæraas og Nielsen, 2023).

Det følger heraf, at en oversat idé eller praksis aldrig er en "perfekt kopi". Når organisationer oversætter, oversætter de ikke alt. Fokus kan være rettet mod bestemte aspekter af en model, en model kan blive misforstået eller være svær at imitere, ligesom modeller ofte integreres med eksisterende praksis (Sahlin og Sevón, 2003). Resultatet af oversættelsen kan både være forandring af idéen, forandring af organisationen, eller begge dele (Wæraas og Nielsen, 2023). Oversættelsesteori udfordrer således forventningen om, at organisationer med tiden bliver mere ens, som vi kender fra nyinstitutionel teori (fx DiMaggio og Powell, 1983). Tværtimod vil optagelsen af en ny idé i et givet felt ofte resultere i heterogenitet, idet idéen får forskellige udtryk i forskellige organisationer (Røvik, 2016), medmindre der er gennemgående mønstre i aktørernes valg af oversættelsesstrategier, hvormed resultatet vil bære præg af homogenitet (Røvik, 2007).

Policykontekst: den danske ældrepleje og Buurtzorg-modellen

Den danske ældrepleje står over for udfordringer med arbejdsmiljø, højt sygefravær samt fastholdelse og rekruttering af medarbejdere, som udfordrer kvaliteten af plejen. Organiseringen er aktuelt karakteriseret ved en forholdsvis silo-opdelt og hierarkisk organisering med flere ledelseslag og store ledelsesspænd (Buch, 2020). I henhold til Bestiller-Udfører-Modtager-modellen (BUM) og fritvalgslovgivningen er visitatorerne typisk organiseret i en central myndighedsafdeling sammen med andre myndighedsfunktioner (fx hjælpemiddelterapiere og forebyggelseskonsulenter), mens social- og sundhedsmedarbejdere er i hjemmeplejen, sygeplejersker i sygeplejen, og fysio- og ergoterapeuter i hhv. rehabiliterings- og genoptræningsteams (Topholm og Kjellberg, 2023). Visitation, planlægning og udførelse af hjemmepleje foregår ligeledes i høj grad adskilt, idet den typiske organisering indebærer centralt placerede planlæggere og store grupper af medarbejdere. Organiseringen gør det ofte svært at understøtte kontinuitet i borgernes hjem og i medarbejdernes faglige relationer og betyder, at samarbejde og dialog mellem faggrupperne i høj grad foregår skriftligt (Topholm og Kjellberg, 2023). Interessen for Buurtzorg-modellen skal ses i lyset af disse udfordringer, samt at Buurtzorg har leveret resultater i form af høj borger- og medarbejdertilfredshed, lavt sygefravær og økonomiske besparelser.

Buurtzorg ("nabolagspleje") er en privat, nonprofitudbyder af hjemmesygepleje. Organisationens blev startet af hjemmesygeplejersker i 2006 som et mod-svar til de traditionelt funktionsopdelte og hierarkiske organisationer. Siden er Buurtzorg vokset fra ét team af sygeplejersker til at være den største private udbyder på det nederlandske marked med ca. 950 teams i dag. Opbygningen af organisationen er baseret på en værdibaseret tilgang om at aktivere den enkelte

borgers ressourcer og ressourcerne i nærmiljøet for at understøtte borgerens selvhjulpethed samt levere helhedspleje med høj kontinuitet (Buch, 2020).

Kernen i Buurtzorg består af selvledende teams på maksimalt 12 sundhedsprofessionelle svarende til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere (Kjellberg og Buch, 2022), der leverer hjemmesygepleje døgnet rundt alle årets dage til borgerne i et lokalområde. De selvledende teams støttes af et nationalt servicekontor, som består af ca. 50 medarbejdere inden for HR, løn, økonomi mv., samt ca. 20 regionale coaches, som er sparingspartnere i forhold til fx teamudvikling, konflikthåndtering mv. Hver coach understøtter ca. 40-45 teams. De selvledende teams har krav på at levere 61 pct. borgerrettet tid, og ikkeprofitable teams bliver lukket. De understøttes datamæssigt af en samlet it-plattform, der leverer data på teamets produktivitet herunder økonomi, sygefravær, borgerrettet tid mv. Kerneelementerne i Buurtzorg er således et tydeligt værdisæt, lokale selvledende teams og en flad og slank organisation kombineret med effektiv styring af kvalitet og økonomi.

Til forskel fra den danske offentlige kontekst opererer Buurtzorg på et statsligt reguleret marked, hvor borgerne er forpligtede til at tegne sundheds- og socialforsikringer. I Nederlandene er personlig pleje og sygepleje reguleret under sundhedsloven, mens praktisk hjælp er reguleret under serviceloven og underlagt brugerbetaling. I Danmark er ældreplejen offentligt finansieret, mens personlig pleje og praktisk hjælp er reguleret under serviceloven, og hjemmesygepleje er reguleret under sundhedsloven. Hvor Buurtzorgs teams er selvvisiterende, selvledende og selvorganiserende, er medarbejderne i den danske ældrepleje som udgangspunkt søjleopdelt og underlagt en høj grad af ledelse og styring.

Metode og datagrundlag

Analysen tager udgangspunkt i Socialstyrelsens pulje til faste teams i ældreplejen (Social- og Ældreministeriet, 2021) og er baseret på det datamateriale, som blev produceret i forbindelse med VIVEs midtvejsevaluering af puljen med fokus på de 25 kommuners udmøntning af puljemidlerne og foreløbige erfaringer (Buch og Topholm, 2023). Der indgår således 25 cases i analysen. Dataindsamlingen blev gennemført i to runder, hvor to af artiklens forfattere har medvirket. Første interviewrunde bestod af primært individuelle baggrundsinterview med projektledelsen i hver af de 25 kommuner; i alt er der gennemført 25 interview med 33 personer fordelt på projektledere samt enkelte ledere og eksternt tilknyttede konsulenter. Interviewene blev gennemført virtuelt august-september 2022 og varede 30-45 minutter. Formålet med baggrundsinterviewene var at få forståelse for de enkelte projekters udformning af de tre elementer: *faste*,

tværfaglige og selvstyrende teams, herunder fremdrift, eventuelle ændringer i forhold til kommunernes projektansøgninger til puljen samt foreløbig læring og udfordringer. Interviewene blev desuden anvendt til at kvalificere og målrette de efterfølgende gruppeinterview.

Anden runde bestod af gruppeinterview med projektejer, projektleder, relevante ledere og andre nøglefunktioner, fx forandringsagenter, fra hver af de 25 kommuner. Udgangspunktet var 5-6 interviewpersoner, men spændet varierede mellem 2-11 interviewpersoner. Formålet med gruppeinterviewene var at uddybe indsigterne fra første runde igennem flere aktørers oplevelser af udfordringer og muligheder i projekterne. Interviewene fulgte en semistruktureret interviewguide baseret på følgende temaer: projektaktiviteter, borgermålgruppe, teamorganisering og selvstyring, tværfaglighed, ledelse, kompetenceudvikling, systemunderstøttelse, myndighed og visitation, rehabilitering, involvering af borger/pårørende og foreløbig læring. Hvert gruppeinterview varede 1,5 time og blev afholdt virtuelt. I alt er der gennemført 25 gruppeinterview med 126 personer, hvoraf enkelte også deltog i de individuelle baggrundsinterview. Sammenlagt er der gennemført 50 interview med i alt 159 forskellige personer. I

Tabel 1. Oversigt over datamateriale (antal interviewpersoner)

Kommune	Projektledelse	Nøglefunktioner	Kommune	Projektledelse	Nøglefunktioner
Allerød	1	6	Kerteminde	1	3
Egedal	2	5	Kolding	2	2
Esbjerg	1	11	Køge	1	5
Favrskov	1	4	Rødovre	1	6
Faxe	1	5	Syddjurs	1	4
Fredensborg	2	6	Sønderborg	1	7
Frederikshavn	1	8	Thisted	1	4
Frederikssund	1	5	Tårnby	1	6
Glostrup	1	5	Vejle	1	4
Haderslev	1	6	Ærø	1	3
Hillerød	1	3	Aabenraa	2	5
Holstebro	1	5	Aalborg	4	4
Ikast-Brande	2	5			
I alt				33	126

tillæg til interviewene trækker analysen på kommunernes oprindelige projektansøgninger, som blandt andet indeholder formuleringer af mål og formål.

Dataanalyse

Alle interview i begge runder er optaget elektronisk, og der blev taget referat undervejs, som efterfølgende er skrevet rent. De i alt 50 referater er anvendt til at udarbejde præstrukturerede casebeskrivelser (Miles and Huberman, 1994: 85) for hver af de 25 kommuners projekter med en fast struktur ud fra samme temaer som i interviewguiden. Disse 25 casebeskrivelser dannede udgangspunkt for en komparativ analyse med fokus på at afdække forskelle og ligheder mellem projekterne. Først blev projekterne indplaceret i tabeller inden for hver af de nævnte temaer for at illustrere forskelle og ligheder i de anvendte tilgange. Herudfra er kommunernes oversættelsesstrategier analyseret. Dernæst er kommunernes begrundelser for de anvendte tilgange analyseret med afsæt i casebeskrivelserne med henblik på at identificere årsager til de anvendte oversættelsesstrategier. I analysen inddrages citater med henblik på at illustrere kommunernes begrundelser. Det er væsentligt at være opmærksom på, at det aktuelle datamateriale har karakter af nedslag i en fortløbende proces. Analysen kan dermed kun give os svar på, hvordan kommunerne foreløbig har grebet oversættelsesopgaven an. Analysen fokuserer på kommunernes rekontekstualisering. Vi begynder imidlertid med kort at analysere udgangspunktet herfor, nemlig dekontekstualiseringen af Buurtzorg-modellen på policyniveau.

Dekontekstualisering af Buurtzorg-modellen på policyniveau

Buurtzorg-modellen er ikke en praksis eller et værktøj, men en hel organisationsmodel. Dertil er modellen forankret i den nederlandske kontekst for hjemmesygepleje. Det gør den til en kompleks organisationsidé at overføre til andre organisationer og ikke mindst til organisationer i andre lande, hvor ældrepleje leveres under andre rammer. Imidlertid er modellens kernelementer eksplicit formuleret. Ud fra Røviks kriterier kan vi altså karakterisere Buurtzorg som en organisationsidé med en høj grad af kompleksitet og dyb kontekstuel forankring. På baggrund af de første to karakteristika vil vi med Røviks teori forvente, at der vil ske en væsentlig transformation af modellen, når den skal oversættes til en ny kontekst, mens det sidste karakteristikon understøtter kopiering.

I dekontekstualiseringsfasen har flere aktører taget del i arbejdet med at løsrive Buurtzorg-modellen fra Buurtzorg-organisationen. Ikast-Brande Kommune var sammen med den private leverandør Lokalpleje Danmark forløber på at afprøve modellen i en dansk kontekst (Kjellberg, 2021). Derudover har andre kommuner, konsulenter, fagforeninger mv. været på studieture til Nederlan-

dene for at opnå viden om modellen, ligesom Buurtzorg International har været i Danmark for at udbrede den. Med Røviks (2007) begreber er Buurtzorg-modellen altså blevet løsrevet fra sin kontekst igennem både ”hentning”, hvor danske oversættelsesaktører har taget idéen ud af organisationen, og igennem ”udbringning”, hvor Buurtzorgs oversættelsesaktører har formidlet modellen uden for organisationen.

Også nationale aktører har udvist interesse for modellen, og der er i de senere år oprettet flere statslige puljer for at afsøge mulighederne for at overføre Buurtzorg til en dansk kontekst. Ikke mindst Socialstyrelsens pulje på 191,6 mio. kr. til ”Etablering af faste teams”, hvor 25 kommuner som beskrevet har fået puljemidler til at afprøve og implementere *faste, tværfaglige og selvstyrende teams* i perioden 2021-2023. Inspirationen fra Buurtzorg-modellen fremgår tydeligt i puljeteksten: ”En række danske kommuner arbejder i disse år på at udvikle ældreområdet blandt andet med inspiration fra den nederlandske Buurtzorg-model. Modellen lægger op til en integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje med fokus på organisering af plejen i selvstyrende teams og personkontinuitet” (Social- og Ældreministeriet, 2021). Med denne pulje, som er udgangspunktet for vores analyse, bliver Buurtzorg-modellen oversat til en idé om faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Og det er i høj grad med denne betegnelse, at idéen om Buurtzorg-modellen fra dette tidspunkt bliver omtalt af oversættelsesaktørerne på området.

Med denne kortfattede analyse af dekontekstualiseringen ser vi, at der allerede på policyniveau er sket en væsentlig transformation af idéen om Buurtzorg-modellen. Fra en kompleks og nationalt forankret, men dog særdeles ekspliciteret model, fremstår idéen nu som en dekontekstualiseret organiseringsmodel, der består af tre kernebegreber. Begrebernes indhold er imidlertid ikke udfoldet yderligere, idet det ikke er nærmere defineret i puljeteksten, hvornår et team kan karakteriseres som ”fast”, ”tværfagligt” eller ”selvstyrende”. Dekontekstualiseringen af modellen fra den nederlandske oprindelse medfører altså en langt mindre ekspliciteret idé og dermed potentielt også fratrækning af centrale elementer, som ikke kommer direkte til udtryk igennem de tre begreber. Samtidig efterlader de tilbageværende elementer kommunerne med et stort rum til at oversætte idéen til lokal praksis. Denne proces vil vi nu se nærmere på.

Kontekstualisering af idéen om faste, tværfaglige og selvstyrende teams på kommunalt niveau

Denne del af analysen identificerer mønstre i de strategier, kommunerne anvender i deres oversættelse af Buurtzorg-modellen i form af de tre kernelementer i puljen – fast, tværfaglig, selvstyrende – til lokal praksis i puljeprojekterne og

sammenholder oversættelsesarbejdet med udgangspunkt i Buurtzorg-modellen. Endvidere identificerer analysen årsager til de fremanalyserede strategier igennem interviewpersonernes begrundelser for udfoldelsen af de tre elementer.

Oversættelse af det faste element

Alle 25 kommuner er i gang med at etablere faste teams som anført i puljemidlerne med det formål at øge kontinuitet og faglig stabilitet i borgernes forløb. Der er betydelig variation i, hvordan kommunerne udfolder begrebet om ”faste teams” lokalt, både hvad angår størrelsen på teamet, og hvilke vagtlag teamet dækker (se tabel 1 i supplerende materialer). Seks kommuner arbejder med teamstørrelser på eller under 12 medlemmer, otte kommuners teams er på 12-20 medlemmer, mens 11 kommuner har etableret teams med flere end 20 medlemmer. Af de 25 kommuner har otte etableret teams, der dækker både dag- og aftenvagter. Syv kommuner involverer teams i hhv. dagvagt og aftenvagt, mens ti kommuner etablerer teams i dagvagt.

Set i forhold til den oprindelige Buurtzorg-model synes strategien for størstedelen af kommunerne således at være modificering i form af fratrækning. Fratrækning kan ses ved fravalget af teams på maksimum 12 medlemmer og af teams, der dækker hele døgnet. Interviewene angiver flere årsager til denne variation i udfoldelsen af det faste team, som handler dels om den oprindelige idé, dels om kontekstforhold i kommunerne. De seks kommuner, som etablerer teams på omkring 12 medlemmer, begrundet det med et ønske om at kopiere dette kernelement i Buurtzorg-modellen. Omvendt er de typiske begrundelser for teams med flere end 12 medlemmer en forventning om, at mindre teams er for sårbare i forhold til at sikre fleksibel bemanding og de geografiske forhold i kommunen. En kommune begrundet valget af en teamstørrelse på 15-25 medlemmer som følger:

Vi har delt kommunen ind i otte teams på baggrund af data på leverede ydelser og borgere i hjemmeplejen og sygeplejen for at sammensætte geografiske områder, der har en størrelse, så de kan håndtere udsving [i borgertyngden]. [...] Vi har kig på det – vi er i tvivl, om vi har ramt den rigtigt. De kan ikke opnå nærhed og tillid, hvis de er 25.

Ifølge interviewene forventer kommunerne generelt, at større teams evner at sikre robusthed over for udsving i borgernes plejebestand (som fx øges i forbindelse med udskrivelser eller reduceres i tilfælde af dødsfald), udsving i fravær blandt medarbejderne (fx sygdom eller opsigelser) samt sikre, at der altid er de rette kompetencer på arbejde. I forhold til variationen i vagtdækning er år-

sagerne primært et hensyn til arbejdsbelastningen af medarbejderne samt en oplevelse af, at de overenskomstmæssigt bestemte arbejdstidsregler på området ikke gør det muligt at realisere, at et enkelt fast team kan dække alle vagtlag. Arbejdstidsregler fremstår dermed som en barriere for at etablere faste teams som i Buurtzorg.

Oversættelse af det tværfaglige element

Analysen viser, at alle 25 kommuner etablerer tværfaglige teams. Organiseringen af det tværfaglige team varierer imidlertid i forhold til, hvilke faggrupper der indgår i teamet, og hvordan faggrupperne søges integreret (se tabel 2 i supplerende materialer). Fælles for kommunerne er et ønske om at fremme det tværfaglige samarbejde igennem etableringen af tværfaglige teams, mens de samtidig opererer med meget forskellige forståelser af, hvad det er. 13 kommuner arbejder med tværfaglige teams i form af organisatorisk integration af sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere, evt. med fælles ledelse og, hvis muligt, med fælles indmødested og teamlokaler. Omvendt opererer 12 kommuner med tværfaglige teams i form af tværfaglige strukturer til at understøtte samarbejdet på tværs af hjemmepleje og hjemmesygepleje, der forbliver adskilt organisatorisk, fysisk og ledelsesmæssigt. De tværfaglige strukturer er fx fælles møder og fælles geografiske områder og dermed fælles borgergrundlag. Alle 25 kommuner arbejder altså med tværfaglighed for sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. 21 kommuner arbejder desuden med at integrere eller tilknytte rehabiliteringsterapeuter og visitatorer til teams, fx via fælles møder og faste arbejdsdage i teamet (se tabel 2 i supplerende materialer).

I forhold til udgangspunktet i Buurtzorg-modellen synes strategierne for tværfaglighed således at være modificering, både i form af addition og fratrækning, og til en vis grad også forvandling. Tilknytningen af andre faggrupper end sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter er et eksempel på addition. Fastholdelsen af adskilt sygepleje i 12 kommuner er et eksempel på fratrækning, som til dels også kan betragtes som forvandling. De 13 kommuner, som etablerer integrerede tværfaglige teams, er tættest på at kopiere Buurtzorg-modellens forståelse af det tværfaglige element, men her ses også eksempler på modificering, fx ved at tilknytte terapeuter.

Vi ser dermed en vis heterogenitet i udfoldelsen af det tværfaglige begreb og forskellige modificeringer af Buurtzorg-modellens forståelse heraf. Analysen peger på en række mønstre i årsagerne hertil. De kommuner, der arbejder med organisatorisk integration, peger dels på kommunens organisatoriske udgangspunkt, hvor man allerede har en integreret hjemme- og sygepleje, dels en udtalt strategi om at kopiere dette element af Buurtzorg-modellen. For de 12 kom-

muner, der bevarer monofaglig organisering, fremstår årsagen primært at være et hensyn til sygeplejerskernes ønske om fortsat at indgå i et monofagligt fællesskab for at kunne bevare et højt sygeplejefagligt niveau og dermed fastholde og tiltrække sygeplejersker. Idéen om integration i tværfaglige teams har med andre ord mødt stor modstand blandt sygeplejerskerne i flere af kommunerne, der som konsekvens heraf mere eller mindre bevidst har fravalgt den organisatoriske integration og dermed modificeret idéen:

Vi vil gerne have sygeplejersker og visitatorer ud i teams. Men vi er bekymrede for, om vi kan finde mange af de faggrupper til at deltage. Så vi gør det småt først, så vi får nogen (medarbejdere), der gerne vil det, og nogle positive erfaringer, som gør, at vi måske får mere medvind til at skalere op senere. Det er vigtigt, at sygeplejersker og visitatorer bliver glade for at være med i teams og det tværfaglige samarbejde. At det giver mening for dem.

Modstanden fra sygeplejerskerne er også til stede i de 13 kommuner, der vil gå fra en adskilt til en integreret organisering af hjemmepleje og sygepleje. Disse kommuner argumenterer dog typisk for, at fordelene ved en integreret organisationsform opvejer de ulemper, sygeplejerskerne forventer, eller at rekrutterings-situationen er så god, at ledelsen ”tør” integrere sygeplejerskerne trods modstanden. Samtidig har man bestræbt sig på at imødekomme sygeplejerskernes ønsker og bekymringer:

Noget af det, der er svært, er det grundlæggende følgeskab fra sygeplejen. De er optagede af bekymringer – for deres kompetenceniveau og mulighed for faglig sparring. Men de er gået til opgaven, og vi har fordelt sygeplejerskerne på teams efter ønsker til, hvor de vil arbejde, hvilke borgere, kolleger og indmødested.

Oversættelse af det selvstyrende element

Selvstyring vedrører i Buurtzorg-modellen flere parametre, herunder selvorganisering, selvplanlægning, selvledelse og selvvisitation. Analysen af kommunernes oversættelsesarbejde viser, at det selvstyrende element i høj grad modificeres og til dels helt fravælges i en dansk kontekst. Der er i udgangspunktet syv kommuner, som søger at kopiere elementet ud fra et ønske om at arbejde med en høj grad af selvstyring, idet teamet på sigt får ansvar for fx ansættelser, økonomi og ressourcestyring. Ambitionen om så vidt muligt at kopiere den oprindelige Buurtzorg-model fremgår tydeligt her:

Vi arbejder fortsat ud fra en ambition om at etablere selvstyrende og tværfaglige teams i vores hjemmepleje efter Buurtzorg-principperne. [...] Vi ønsker at komme så tæt på Buurtzorg-modellen, som det overhovedet er muligt i en dansk kontekst. Det indebærer, at vi maksimalt vil have 12 medarbejdere i teams, og at vi tager selvstyring seriøst. Derfor skal de være med til at ansætte, og vi arbejder også med at etablere coaches og på at udvikle en back-office funktion, der kan understøtte teamsene med relevant ledelsesinformation.

Strategien for de øvrige 18 kommuner er modificering tenderende til forvandling, idet flere af de parametre, selvstyring kan vedrøre, helt udelades (se tabel 3 i supplerende materialer), og der derfor ikke er tale om selvstyrende teams. Alle kommuner arbejder dog med en grad af selvstyring i form af selvplanlægning, hvor teamet skal kunne varetage planlægningsopgaver, der førhen har været placeret hos ledelsen eller hos planlæggerfunktionerne i hjemmeplejen og sygeplejen. Det varierer dog, i hvilken grad teamet får tildelt ansvar for planlægningsopgaverne. I den ene ende af skalaen er ambitionen, at det enkelte team skal kunne varetage den grundlæggende planlægning af vagter og ruter. I den anden ende af skalaen er ambitionen afgrænset til ansvar for den daglige justering af kørelisterne. Nogle distancerer sig her eksplicit fra Buurtzorg-modellen:

Der er mange trin, hvor vi er i første trin. Vi har ikke sagt, det er Buurtzorg-afprøvning. Men Buurtzorg er mange år ude i tiden. Vi arbejder med større indflydelse på planlægningen. Vi vil gerne videre end der, hvor medarbejderne er nu, men vi er ikke klar over hvor langt og hvorhen. Vi har ikke et mål for selvstyring. Politikerne synes, vi skal give det fuldstændig frit, og det synes vi ikke selv – vi er ikke sikre på, at medarbejderne er parate til at gå flere skridt frem.

Selvledelse er det parameter af selvstyring, som mest systematisk og bevidst fravælges i de 25 kommuner. Det gælder også de kommuner, der ellers søger at kopiere det selvstyrende element, idet kommunerne fortsat opererer med ledelse af de (så vidt muligt) selvstyrende teams. Der er en klar tendens til, at kommunerne anvender arbejdet med teamorganisering som anledning til at styrke snarere end at reducere den formelle ledelses rolle. En typisk årsag hertil er en oplevelse af, at introduktionen af teamorganisering kræver nærværende ledelse og forandringsledelse. Lederne skal kunne facilitere og sætte rammerne for udviklingsarbejdet, som i høj grad kræver ændringer af indgroede vaner og kulturer og ikke mindst håndtering af konflikter og modstand:

De beholder deres leder! Vi lærte hurtigt, at det, vi arbejder med, mere er et fast team end et selvstyrende team. Medarbejderne er fx bekymrede for, om det giver konflikter at lave vagtplaner, og hvem der skal arbejde juleaften. Det er heller ikke de elementer, der er det vigtigste. Det vigtigste er det tværfaglige samarbejde, og at vi får styrket den faglige beslutningskraft hos dem, der er tættest på borgerne.

Ligeledes er det kun fire kommuner, der arbejder med selvstyring i form af selvvisitation. Årsagerne er et ønske om kontrol med økonomistyring og tildelingen af ydelser til borgerne. De anser det derfor ikke for hensigtsmæssigt at overlade ansvaret for visitation til de enkelte teams. Lovgivningsmæssige rammer spiller dog også en rolle. Flere kommuner oplever, eller er bekymrede for, at selvvisitation ikke kan rummes inden for de eksisterende rammer af fritvalgslovgivningen. Der er dog flere kommuner, som modificerer elementet via andre visitationsmodeller fx decentral visitation og øget samarbejde mellem visitatorer og de enkelte teams.

Disse oversættelsesstrategier er samlet set udtryk for både bevidst og ubevidst fravælgelse af det selvstyrende element. Lederne i de 18 kommuner, der explicit fravælger selvstyring, fortæller typisk, at de ikke anvender begrebet selvstyring, fordi det vil give et misvisende indtryk af det ansvar, medarbejderne reelt vil kunne få. I stedet anvender de begreber som "medbestemmende" og "medplanlæggende". Lederne giver udtryk for tøven over for at give teamene udstrakt ansvar for planlægning på grund af frygt for konflikter omkring ferie, helligdage mv., samt at det kan medføre usikkerhed blandt de medarbejdere, der hidtil har haft planlæggerfunktionen. Tilsvarende fortæller lederne, at de bevidst har fravalgt selvledelse, fordi de ikke vurderer, det matcher medarbejdernes behov og dermed ikke er relevant i en dansk kontekst, ligesom fravalget af selvvisitation i høj grad også sker intenderet, fordi det ikke opleves muligt eller hensigtsmæssigt. Der er imidlertid også eksempler på, at modificeringen er ikkeintenderet, fx ved at ledelsen som udgangspunkt tildeler medarbejderne ansvar for planlægningen, men at det under afprøvningerne viser sig, at medarbejderne ikke ønsker at påtage sig det, hvilket resulterer i en de facto fratrækning af det parameter inden for det selvstyrende element.

Diskussion

Analysen viser, at Buurtzorg-modellen på nationalt niveau er oversat til *faste, tværfaglige og selvstyrende teams*, og har derfor fokuseret på kommunernes oversættelse af disse tre kernelementer og sammenholdt dem med den oprindelige Buurtzorg-model. Overordnet set finder analysen en høj grad af heterogenitet i

oversættelsen på tværs af de 25 kommuner. Variationen ses i kommunernes forskellige versioner af det faste element (fx stort spænd i teamstørrelse), det tværfaglige element (fx organiseringsform og hvilke faggrupper der indgår) og det selvstyrende element (som generelt set reduceres til forskellige grader af øget ansvar for planlægning). De organisationsmodeller, som kommunerne implementerer, er altså dels meget forskellige, dels væsensforskellige fra udgangspunktet i Buurtzorg-modellen. I et oversættelsesteoretisk perspektiv er denne variation ikke overraskende, men både forventelig og nødvendig (Sahlin og Sevón, 2003). Analysen bidrager dog også med nye indsigter.

For det første peger analysen på, at dekontekstualiseringsfasen på nationalt niveau, hvor Buurtzorg-modellen løsrives fra sin nederlandske kontekst, har haft væsentlig betydning for resultatet af oversættelsen. Buurtzorg-modellens kerneelementer er velbeskrevne, hvormed idéen har en høj grad af eksplicitet (Røvik, 2016). Imidlertid bliver den komplekse, men velbeskrevne organisationsmodel via udbuddet af puljemidler oversat til tre elementer, der ikke udfoldes eller defineres nærmere. Hermed er det, som kommunerne skal implementere, en meget bred og uklar repræsentation af den oprindelige praksis. Artiklen sætter dermed fornyet fokus på betydningen af dekontekstualisering i oversættelsesprocesser, som ofte overses (Nielsen, 2019).

For det andet har kommunernes lokale tilpasning i kontekstualiseringsfasen også betydning for resultaterne af oversættelsen, og analysen identificerer en række mønstre i kommunernes oversættelsesstrategier og begrundelser herfor. Kun et fåtal vælger bevidst at kopiere Buurtzorg-modellen, mens størstedelen enten bevidst eller ubevidst tilføjer eller udelader væsentlige elementer, hvilket samlet set fører til radikal forvandling af modellen. Oversættelsen sker samtidig på flere niveauer i de kommunale organisationer. Således viser analysen, at valget af oversættelsesstrategi kan ske bevidst fra topledelsens perspektiv ved at udvikle lokale modeller, som passer bedre ind med eksisterende organisering og styring. Altså bevidste beslutninger om at imitere nogle aspekter af modellen, fordi kopiering fremstår umuligt eller ikke relevant. Oversættelsen finder imidlertid også sted mere ubevidst og utilsigtet, når den lokale idé møder frontlinjeniveauet og bliver blandet med lokale traditioner, kultur og praksis. Her ses flere eksempler på, at modstand fra faggrupper omformer idéen undervejs i implementeringsarbejdet, fx idet sygeplejersker ikke ønsker at indgå i tværfaglige teams, eller social- og sundhedspersonale ikke ønsker det ansvar, der følger med at være selvstyrende.

Her bidrager artiklen også med nye indsigter til oversættelsesfeltet. Andre studier har vist, at forskellige aktører oversætter modeller forskelligt som følge af deres indlejring i forskellige kontekster (Sundewall og Sahlin-Andersson,

2006). Ifølge Sahlin og Sevón (2003) kommer motivationen til oversættelse fra aktørerne selv, herunder deres opfattelse af situationen, selvidentitet og andres identitet. Men organisationer er ikke nødvendigvis *coherent bodies*, hvorfor der kan ske parallelle oversættelsesprocesser. Denne analyse peger på, at faggrupper med højest status i ældreplejen – også på frontlinjeniveauet – har magt til at definere oversættelsesarbejdet. Analysens resultater understreger dermed et betydningsfuldt samspil mellem professioner og oversættelse (Wæraas og Nielsen, 2023). Dette forekommer oplagt i sundhedsvæsenet, hvor mange forskellige faggrupper arbejder efter egne normer og rutiner (Sahlin og Sevón, 2003), men er et vigtigt opmærksomhedspunkt i andre kontekster, ikke mindst i en velfærdsstatslig kontekst med stigende fokus på behovet for tværfagligt samarbejde inden for en lang række velfærdsområder.

Andre begrundelser for tilføjelse eller udeladelse af centrale elementer handler om Buurtzorg-modellens oversættelighed (Røvik, 2016) og kompatibilitet med dansk offentlig ældrepleje. Selvom Buurtzorg-modellen er eksplicit defineret, er den også karakteriseret ved en høj grad af indlejrethed i den nederlandske kontekst, og derfor bliver den ellers forholdsvis simple organisationsmodel yderst kompleks, når den rejser ind i en dansk kommunal kontekst. Således viser analysen, at grundlæggende rammer som lovgivning, overenskomster og styringsmodeller ikke er kompatible med særligt det selvstyrende element og til dels heller ikke det faste og tværfaglige element. Dette resultat peger på et oversættelsesparadoks for kommunerne, som via puljemidlerne på den ene side bliver bedt om at innovere med inspiration fra Buurtzorg og på den anden side ikke får de nødvendige rammer til at kunne gøre dette. Udfordringerne med Buurtzorg-modellens oversættelighed søges håndteret på nationalt niveau, ved at modellen bliver oversat til ”faste, tværfaglige og selvstyrende teams”. Det betyder imidlertid ikke, at kompleksiteten i kontekstforholdene reduceres, idet alle tre elementer udfordrer kommunerne.

Med andre ord får kommunerne med de kontekstualiseringen store frihedsgrader i oversættelsen, som er nødvendig for at oversætte til lokalt bæredygtige praksisser, men de bliver ikke samtidig sat fri fra eksisterende rammevilkår. Det betyder på den ene side, at kommunerne har fået rum til den nødvendige oversættelse og tilpasning, som kan være forudsætningen for, at idéen får styrende virkning på organisationen og dermed skaber reel forandring i kommunerne (Nielsen, Wæraas og Dahl, 2020). På den anden side betyder det, at muligheden for at afprøve Buurtzorg-modellen og potentialerne for at skabe radikal forandring og innovation i ældreplejen ikke udnyttes til fulde, da det først og fremmest er selve idéen, der forandres, og i mindre grad den lokale praksis i kommunerne. Samtidig har kommunerne potentielt også mistet noget af det

momentum, som en succesfuld organisationsopskrift med klare principper, værdier og lovning om positive resultater for både borgere og medarbejdere kunne have genereret.

Dette oversættelsesparadoks illustrerer et grundlæggende spørgsmål om, hvordan puljemidler bedst anvendes til at skabe forandring i den offentlige sektor. En vis frihed til lokal tilpasning øger sandsynligheden for at lykkes med den ønskede forandring, men ved at give store frihedsgrader øges risikoen for at underminere forandringspotentialet i den oprindelige idé. Her indikerer artiklens resultater, at Buurtzorg-modellen hidtil har vist sig at have begrænset potentiale til at innovere den danske ældrepleje, og at hvis det skal lykkes, er der brug for samtidig at forandre rammevilkårene.

Konklusion

Den nederlandske Buurtzorg-model har på få år spredt sig i den danske ældrepleje og internationalt. Denne artikel har undersøgt, hvordan modellen er blevet oversat. Det sker med afsæt i interviewdata fra 25 kommuner, der har modtaget i alt 191,6 mio. kr. i puljemidler i 2021-2023. Analysen viser, at Buurtzorg-modellen på policyniveau er oversat til en idé om faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Disse tre elementer har dannet ramme for kommunernes oversættelsesarbejde. Lokalt bærer kommunernes foreløbige oversættelser af idéen til lokal praksis præg af en høj grad af heterogenitet. De lokale versioner er radikalt anderledes end udgangspunktet i Buurtzorg-modellen. Det peger på, at kommunerne i langt højere grad tilpasser idéen til organisationen fremfor at tilpasse organisationen til idéen. Begrundelserne handler om kontekstforhold som styring, overenskomster, professionsinteresser og økonomi, men afspejler også Buurtzorg-modellens kompleksitet og forankring i en nederlandsk kontekst, der adskiller sig væsentligt fra den danske. I praksis har oversættelsen af Buurtzorg-modellen i den danske ældrepleje foreløbig givet anledning til inkrementel forandring snarere end innovation.

Artiklen peger på et oversættelsesparadoks, idet oversættelsen på policyniveau giver kommunerne vide rammer for innovation, men også begrænser mulighederne for netop dette ved ikke samtidig at skabe de rette forudsætninger ved at ændre på rammevilkårene. Det er derfor værd at overveje, hvordan statslige puljemidler fremover bedst understøtter innovation. Artiklen bidrager herudover til fortsat udvikling af oversættelseslitteraturen. For det første bidrager studiet med sin tværgående analyse af 25 cases til at illustrere variationen i oversættelsesarbejdet, herunder oversættelsesstrategierne. Variation er en grundantagelse i oversættelsesteorien, men den empiriske underbygning har været begrænset af, at studier i høj grad er baseret på enkelte cases. For det andet illustrerer analysen

betydningen af såvel dekontekstualisering som kontekstualisering og samspillet imellem disse faser, som med fordel kan udfoldes yderligere i fremtidige studier. Her repræsenterer artiklens fokus på delelementer af en organisationsopskrift en potentielt frugtbar analysetilgang. For det tredje bidrager analysen til litteraturen ved empirisk at udfolde, hvilke forhold der har betydning for valg af oversættelsesstrategi samt resultatet af oversættelsen, og understreger særligt frontlinjemedarbejdernes indflydelse på oversættelsesarbejdet.

Studiet har også en række begrænsninger, som bør søges imødekommet i fremtidige studier. Særligt er der behov for mere dybdegående studier af oversættelsesaktører og deres kompetencer, hvis faktiske rolle og adfærd fortsat er underbelyst. Dette studie identificerer en række aktører på policyniveau og på flere niveauer inden for kommunerne. Der er dog behov for en mere dybdegående forståelse af, hvordan disse forskellige aktører bidrager ind i oversættelsesarbejdet, herunder hvorvidt og hvordan forskelle i kompetencer, magt og erfaringer har betydning for oversættelsesstrategier og -resultater.

Supplerende materialer

[Link til supplerende materialer.](#)

Litteratur

- Buch, Martin Sandberg (2020). *Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje. Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvnings-inger i en dansk kontekst*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, Martin Sandberg og Emmy Hjort-Enemark Topholm (2023). *Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen. Midtvejsrapport*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Czarniawska, Barbara (2009). Emerging institutions: Pyramids or anthills? *Organization Studies* 30 (4): 423-441.
- Czarniawska, Barbara og Bernward Joerges (1996). Travels of ideas, pp. 13-48 i Barbara Czarniawska og Guje Sevón (red.), *Translating organizational change*. De Gruyter.
- DiMaggio, Paul og Walter W. Powell (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review* 48 (2): 147-160.
- Gill, Michael J., Gerry McGivern, Andrew Sturdy, Sandra Pereira, David J. Gill og Sue Dopson (2020). Negotiating imitation: Examining the interactions of consultants and clients to understand institutionalization as translation. *British Journal of Management* 31: 470-486.

- Kjellberg, Pia Kürstein (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.
- Kjellberg, Pia Kürstein og Martin Sandberg Buch (2022). *Medarbejdersammensætning i Buurtzorg sammenlignet med den danske ældrepleje. Notat*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Miles, Matthew B. og A. Michael Huberman (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2. udg.). Sage Publications.
- Møller, Anne Mette (2017). Evidens i praksis, pp. 209-234 i Eva Moll Ghin, Caroline Grøn Howard og Mads Bøge Kristiansen (red.), *Styring og evaluering i den offentlige sektor: Festskrift til Hanne Foss Hansen*. Hans Reitzels Forlag.
- Møller, Anne Mette (2019). Explicit professionalism: A cross-level study of institutional change in the wake of evidence-based practice. *Journal of Professions and Organization* 6 (2): 179-195.
- Nielsen, Jeppe Agger (2019). Skandinavisk translationsforskning ad nye veje: Om kontekstualisering af organisatorisk praksis. *Samfundslederskab i Skandinavien* 34 (1): 42-61.
- Nielsen, Jepper Agger, Arild Wæraas og Kristian Dahl (2020). When management concepts enter the public sector: A dual-level translation perspective. *Public Management Review* 22 (2): 234-254.
- Radaelli, Giovanni og Lucy Sitton-Kent (2016). Middle managers and the translation of new ideas in organizations: A review of micro-practices and contingencies. *International Journal of Management Reviews* 18: 311-332.
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundredets organisasjon*. Universitetsforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (2016). Knowledge transfer as translation: Review and elements of an instrumental theory. *International Journal of Management Reviews* 18: 290-310.
- Sahlin, Kerstin og Guje Sevón (2003). Imitation and identification as performatives, pp. 249-265 Barbara Czarniawska og Guje Sevón (red.), *The Northern Lights: Organization Theory in Scandinavia*. Liber.
- Sahlin, Kerstin og Linda Wedlin (2008). Circulating ideas: Imitation, translation and editing, pp. 219-242 i Royston Greenwood, Christine Oliver, Kerstin Sahlin og Roy Suddaby (red.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Sage Publications.
- Social- og Eldreministeriet (2021). *Faste teams med kendte medarbejdere i de ældres hjem på vej i 25 kommuner*.
- Sundewall, Jesper og Kerstin Sahlin-Andersson (2006). Translations of health sector SWAp: A comparative study of health sector development cooperation in Uganda, Zambia and Bangladesh. *Health Policy* 76: 277-287.

- Topholm, Emmy Hjort-Enemark og Pia Kürstein Kjellberg (2023). *Visitation på ældreområdet. En kvalitativ analyse af processer omkring visitation og revisitation*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Waldorff, Susanne Boch (2013). Accounting for organizational innovations: Mobilizing institutional logics in translation. *Scandinavian Journal of Management* 29 (3): 219-234.
- Wæraas, Arild og Jeppe Agger Nielsen (2016). Translation theory “translated”: Three perspectives on translation in organizational research. *International Journal of Management Reviews* 18: 236-270.
- Wæraas, Arild og Jeppe Agger Nielsen (2023). Translating management ideas: Imitation modes and translation outcomes. *Scandinavian Journal of Management* 39 (1): 1-11.
- Wæraas, Arild og Hogne Lerøy Sataøen (2014). Trapped in conformity? Translating reputation management into practice. *Scandinavian Journal of Management* 30 (2): 242-253.

Om forfatterne

Emmy Hjort-Enemark Topholm, organisationssociolog cand.soc. i politisk kommunikation og ledelse, ph.d.-stipendiat ved VIVE og Institut for Sociologi og Socialt Arbejde på AAU. Forsker i kommunal organisering og hvilken betydning organisering har for tværfagligt samarbejde og professionsudvikling med særligt fokus på ældreområdet og med afsæt i komparative casestudier, der anvender etnografiske metoder. E-mail: emht@vive.dk

Anne Mette Møller, sociolog, ph.d. i statskundskab, lektor ved Institut for Organisation, CBS. Forsker i offentlig organisation og ledelse med særligt fokus på fagprofessionelle, herunder faglig viden og skøn, faglig ledelse, digitalisering og implementering, ofte med udgangspunkt i praksisperspektiver og etnografiske metoder. E-mail: ammo.ioa@cbs.dk

Martin Sandberg Buch, cand.scient.adm., projektchef, VIVE, arbejder med sundhedsvæsenets organisation og ledelse, herunder med særligt fokus på tværfaglig og tværsektoriel opgaveløsning, det kommunale sundheds- og ældreområde, behandling af kronisk sygdom, psykiatri og almen praksis. E-mail: mabu@vive.dk