

## MODEL PRUŽANJA KUĆNE NEGE PACIJENTIMA – BUURTZORG MODEL MODEL PROVIDING HOME CARE PATIENTS - BUURTZORG MODEL

Pavle Ivetić<sup>1</sup>, Marina Jovanović Milenković<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Univerzitet u Beogradu, Srbija, pavle.ivetic@rect.bg.ac.rs

<sup>2</sup>Fakultet organizacionih nauka, Univerzitet u Beogradu, Srbija, marinaj@fon.bg.ac.rs

**REZIME:** Konstantan razvoj u zdravstvenom sistemu dovodi do sve više kvalitetnog pružanja zdravstvenih usluga. Svedoci smo pojave sve većeg udela starog stanovništva u ukupnoj populaciji zbog čega je potrebno obezbediti dugotrajnu negu zdravstvene i socijalne zaštite. Danas razlikujemo više modela pružanja dugotrajne nege pacijentima. Osnovni elementi sistema dugotrajne nege su filozofija sistema u smislu ko snosi odgovornost (porodica ili država), način na koji država organizuje negu (usluge, novčana davanja, kombinacija), finansiranje sistema i stepen velikodušnosti podrške države. Akcenat u radu je dat na opisu Buurtzorg modela. Cilj ovog modela je da pacijenti što pre povrate sposobnost da se brinu o sebi koliko god je to moguće samostalno, bez pomoći medicinskih sestara. Ovaj pristup gde je dobrobit pacijenata i njihov brz oporavak stavljen kao prioritet organizacije, a ne profit i ušteda, potpuno je preokrenuo situaciju u oblasti pružanje kućne nege u svetu. Pored inovativnog organizovanja, Buurtzorg je privukao pažnju javnosti i istraživača fantastičnim rezultatima koje su ostvarili za kratko vreme. U oblasti, koja tradicionalno nije inventivna i turbulentna, uspeali su nekoliko godina za redom da ostvare najveći rast u zemlji, da dobiju nekoliko nagrada za najboljeg poslodavca, da dobijaju najbolje ocene od strane korisnika i da budu tema velikog broja naučnih radova, kao i par knjiga.

**KLJUČNE REČI:** Constant development in the health care system leads to higher quality of healthcare services. We are witnessing the growth of elderly population in compare to total population for which it is necessary to provide long-term health and social care. Today we can distinguish several models of providing long-term care to patients. The basic elements of long-term care are philosophy of the system in terms of who is responsible (family or state), the manner in which the state organizes care (services, cash benefits, combined), the financing system and the degree of generosity of state support. The emphasis in this paper on the description of Buurtzorg model. The goal of this model is that patients regain the ability to care for themselves as soon and as much independently as possible, without the help of nurses. This approach, where the welfare of patients and their speedy recovery are placed as priorities of the organization, not the profits and savings, completely reversed the situation in the field of provision of home care in the world. In addition to an innovative organization, Buurtzorg attracted the attention of public and researchers with fantastic results that they have achieved in a short time. In an area, which traditionally is not inventive and turbulent, they succeeded for several consecutive years to achieve the highest growth in the country, to receive several awards for the best employer, to receive top marks by the users and to be the subject of a large number of published papers, as well as of couple of books.

**KEY WORDS:** home care, nurses, Buurtzorg model, self-managed teams

### 1. UVOD

Zdravstveni sistem predstavlja jedan od najsloženijih sistema u bilo kojoj državi. S obzirom na njegov značaj i uticaj na zdravstveno stanje stanovništva svake države, kao i zbog velikog ekonomskog uticaja, država sprovodi niz mera u planiranju i upravljanju zdravstvenim sistemom kako bi obezbedila stabilno finansiranje i racionalan i kvalitetan sistem pružanja zdravstvene zaštite, a sve to u cilju da se u okviru raspoloživih sredstava, stanovništvu obezbedi osnovna zdravstvena zaštita (Jovanović, Milovanović, Mandić, Jovović, 2015, Jovanović Milenković, 2011, Frenk, 2010, Jovanović Milenković, Milenković, Rajković, 2014).

Danas se sve više govori o starenju stanovništva pri čemu se sve više gube razlike u starosnoj strukturi između nerazvijenih zemalja i zemalja u razvoju u odnosu na razvijene zemlje. Izučavanje demografskih aspekata starenja nametnulo se kao potreba, jer starenje populacije dovodi do niza zdravstvenih, socijalnih, ekonomskih i drugih okolnosti i problema.

Dugotrajna nega obuhvata usluge zdravstvene i socijalne zaštite, koje se pružaju u kući ili u institucionalnom okruženju pojedincima kojima je neophodna podrška u obavljanju sva-

kodnevni aktivnosti tokom dužeg vremenskog perioda. Podrška podrazumeva (Matković, Stanić, 2014):

- Pomoć u obavljanju osnovnih dnevnih aktivnosti kao što su kretanje, hranjenje, oblačenje, obavljanje lične higijene;
- Pomoć u kućnim poslovima, pripremanju hrane, kupovini, prevozu, itd.;
- Sestrinsku i palijativnu negu (previjanje rana, prevenciju i lečenje dekubitisa, davanje lekova, umanjenje bolova, praćenje zdravstvenog stanja) (Colombo, 2011; European Commission, 2008).

Podaci o zdravstvenom stanju pacijenta se generišu i na terenu, u privremenim ambulantomama ili prilikom kućnih poseta, što potrebu za ažurnim podacima čini još većom, a sve u cilju pravilnog i blagovremenog dijagnostikovanja stanja pacijenta. (Jovanović Milenković, Radojičić, Milenković, Vukmirović, 2009). Stare osobe zbog psihičkih promena koje imaju zahtevaju poredadekvatnog lečenja lekovima i celodnevno angažovanje drugih lica oko podrške, zbrinjavanja i nege. Taj teret najčešće pada na članove porodice, a u slučajevima da stara osoba nema porodicu biva prepuštena sama sebi ili zbrinjavanju putem smeštaja u instituciju socijalne zaštite. Iz tih razloga

potrebno je organizovati razvoj službi i usluga koje se odnose na prepoznavanje potrebe starijih osoba i njihovih pružalaca nege; od utvrđivanja dijagnoze, praćenja zdravstvenog stanja, razvoja kućnog lečenja do organizacije privremenog dnevnog ili višednevnog boravka pacijenta do trajnog smeštaja u domove za starije osobe. Razvoj službi omogućava odgovarajuće zbrinjavanje, ali i podršku osobama koje starijim osobama pomažu u svim aktivnostima dnevnog života: pomažu joj oko toaleta, da se obuče, očešlja, nahrani, prate da se ne izgube i slično.

Razvoj tokom poslednje dve decenije prati trendove koji su ranije postavljeni, a koji mogu biti sumirani kao napredak u pomeranju (Matković, Stanić, 2014):

- Od institucionalne nege ka kućnoj nezi;
- Od javnog pružanja usluga ka privatnim ili mešovitim uslugama, podržanim novčanim transferima (umesto javnih usluga);
- U korist usluga koje dopunjuju a ne zamenjuju neformalnu negu.

Neke zemlje su uradile puno na razvoju kućne nege. Danska je država koja više izdvaja za servise kućne nege nego za institucionalni smeštaj. U 2010. godini odnos je bio 1,35% BDP-a prema 1,14% BDP-a. Za neke države izazov je bio da povećaju broj korisnika, pod često velikim finansijskim ograničenjima, pre nego da balansiraju između rezidencijalne, polurezidencijalne i kućne nege (uključujući i dnevne centre i predah smeštaj). Veliki broj istočoevropskih zemalja nisu imale nikakvu strukturu dugotrajne nege do sredine 1990-ih, pa čak i kasnije. Kod nas, u Srbiji, nešto iznad 1% je starih koji koriste usluge državnih servisa pomoći u kući i u domovima (Matković, Stanić, 2014). Problematika politike dugotrajne zaštite u Srbiji razmatra se u okviru različitih sistema, a najviše u okviru sistema socijalne i zdravstvene zaštite. Tako su postojeća Strategija razvoja socijalne zaštite iz 2005. godine i Nacionalna strategija o starenju 2006–2015 usklađene sa ciljevima dugotrajne zaštite ustanovljenim za države članice Evropske unije.

Danas razlikujemo više modela pružanja dugotrajne nege pacijentima. Osnovni elementi sistema dugotrajne nege su filozofija sistema u smislu ko snosi odgovornost (porodica ili država), način na koji država organizuje negu (usluge, novčana davanja, kombinacija), finansiranje sistema i stepen velikodušnosti podrške države. Sve ove elemente je istovremeno komplikovano uzeti u obzir, pa su mnogi autori pribegavali klasifikaciji na osnovu samo jednog ili dva kriterijuma (Matković, Stanić, 2014). Evropski modeli socijalne nege generalno se mogu klasifikovati u tri kategorije: modeli gde odgovornost snosi država (state responsibility), modeli u kojima je odgovorna porodica (family models) i supsidijarni modeli (subsidiary model) u kojima je odgovorna porodica uz pomoć države (Matković, Stanić, 2014).

U ovom radu akcenat je na modelu Buurtzorg organizacije iz Holandije koja se bavi pružanjem kućne nege pacijentima. Pored inovativnog organizovanja, Buurtzorg je privukao pažnju javnosti i istraživača fantastičnim rezultatima koje su ostvarili za kratko vreme. U oblasti koja tradicionalno nije in-

ventivna i turbulentna, uspeli su nekoliko godina za redom da ostvare najveći rast u zemlji, da dobiju nekoliko nagrada za najboljeg poslodavca, da dobijaju najbolje ocene od strane korisnika u oblasti i da budu tema velikog broja naučnih radova, kao i par knjiga.

## 2. ISTORIJSKI PREGLED PRUŽANJA KUĆNE NEGE U HOLANDIJI

Pružanje kućne nege pacijentima na kućnom lečenju i starijim osobama ima dugu tradiciju i sama delatnost vrlo je cenjena u Holandiji. Još od XIX veka svaki „komšiluk“ pokrivala je po jedna medicinska sestra (u daljem tekstu termin medicinske sestre podrazumeva i medicinske tehničare). U društvu poznate kao „medicinske sestre iz komšiluka“. One su bile integralni deo zajednice, usko saradujući sa porodicom, komšijama i lekarima pacijenta o kojima su brinuli. Od nastanka pa do skoro kraja XX veka one su radile kao samostalni preduzetnici. Početkom devedesetih godina XX veka, usvojen je predlog da se formiraju organizacije koje će zapošljavati do tad samostalne „medicinske sestre iz komšiluka“. Razlozi za ovu promenu su: povećanje produktivnosti, finansijske uštede za osiguravajuće organizacije (koje su zbog toga jednoglasno podržale ove izmene), mogućnost boljeg raspoređivanja količine posla između medicinskih sestara, pogotovo u situacijama kada je jedna odsutna (odmor, bolovanje ili nešto drugo); nema potrebe da sve medicinske sestre budu eksperti u svim oblastima već je moguće da se razvijaju uže specijalnosti (Blok, 2011). Pokrenute su promene koje su u narednim godinama izazvale mnoge neplanirane posledice. Nakon prvog talasa formiranja, za Holandiju nove vrste organizacija, usledio je talas spajanja više ovakvih organizacija u manje većih organizacija, tako da je do 1995. godine, broj organizacija pao sa 295 na 86 (Laloux, 2014). Do juče samostalne medicinske sestre postale su delovi organizacija koje su rasle ne samo po broju medicinskih sestara već i po količini administrativnog osoblja, rukovodilaca, linija hijerarhije itd. U oblasti pružanje kućne nege pacijentima pojavile su se pozicije koje su bile standardne u velikim korporacijama, a nezamislive za kućnu negu, kao što su strateški razvoj, marketing, upravljanje investicijama, planeri za optimizovanje učinka, call centri itd. Ovo je dalje dovelo do promena i samog posla medicinskih sestara. Medicinske sestre su se sve više fokusirale i razvijale ekspertize za određene uže oblasti, a manje ih je bilo koje su bile generalisti tj. dobre u svemu. Izgubile su svoju autonomiju, tako da su sada imali nadređene koji su im planirali i određivali koje su aktivnosti i kojim redom ih sprovode svakog dana. Širenje organizacija na više gradova dovelo je i do pojave regionalnih menadžera koji su onda bili nadređeni medicinskim sestrama na terenu.

Nasuprot očekivanjima, ove promene nisu doprinele povećanju efektivnosti i efikasnosti nego povećanju troškova. Glavni uzroci tome su veliki troškovi administracije koji su prevazišli troškove pružanja nege. Neke organizacije su imale jednak broj administrativnih radnika i medicinskih sestara. Na red je došla optimizacija poslovanja, ali se krenulo od optimizacije posla na terenu. Uvedene su vremenske norme za svaku

vrstu intervencije. Tako je u jednoj organizaciji, na primer, za davanje intravenske injekcije normirano 10 minuta, za kupanje pacijenta 15 minuta, za previjanje rana 10 minuta itd. U cilju smanjenja troškova, ovi različiti medicinski tretmani (sada nazivani „proizvodima“) podeljeni su prema zahtevanoj stručnosti. Tako da su iskusnije, a samim tim i za organizaciju skuplje medicinske sestre, obavljale samo zahtevnije „proizvode“ dok su za ostale „proizvode“ angažovane manje iskusne tj. za organizaciju jeftinije medicinske sestre. Da bi mogli da prate učinak medicinskih sestara na terenu, a u cilju dalje analize i optimizacije, svakom pacijentu je dodeljen unikatni bar kod koji je zalepljen na ulaznim vratima stana ili kuće svakog pacijenta. Medicinske sestre su pre i posle svake posete morale da skeniraju bar kod na ulazu zajedno sa bar kodom „proizvoda“ koji su isporučile. Svako čitanje bar koda praćeno je vremenskim zapisom sa datumom, i to se u realnom vremenu slalo kao podatak u centralu.

Ova optimizacija još je više pogoršala situaciju i pacijentima i medicinskim sestrama. Pacijenti su izgubili lični odnos koji su imali sa svojim medicinskim sestrama. Dešavalo se da svaki dan (ili više puta dnevno ako njihovo zdravstveno stanje tako zahteva) novo, nepoznato lice ulazi u njihov dom. Pacijenti, koji su najčešće starije osobe, morali su skupljati snage da svaki put iznova pričaju svoju medicinsku istoriju nepoznatoj i ubrzanoj medicinskoj sestri koja u svom planeru nema predviđeno vreme za slušanje pacijenata i neformalne razgovore. U svim ovim organizacionim promenama i trci za efikasnošću i optimizaciji poslovanja promenila se sveopšta slika medicinskih sestara. To više nisu bile čuvene „medicinske sestre iz komšiluka“ koje su svi poznavali i koje su godinama gradile svoje mesto u zajednici. One su sad „jurile“ od pacijenta do pacijenta, vodeći računa da isporuče „proizvode“ i da ispune zadate ciljeve. Izgubila se bliska povezanost pacijenata sa svojim medicinskim sestrama što je bila jedna od glavnih odlika holandskog sistema pružanja kućne nege pacijentima.

Ova plemenita profesija počela je da izgleda kao niz fabrika za masovnu proizvodnju, pacijenti su tretirani kao sirovine na pokretnoj traci, a medicinske sestre kao neumorne mašine koje su precizno, po uvrđenom planu, isporučivale zadate „proizvode“. Pre ovih promena, postojao je kontinuitet u nezi, tako da su medicinske sestre mogle da prate iz dana u dan kako se menja stanje pacijenata. Sa ovim promenama, kako nije ista medicinska sestra dolazila iz dana u dan, taj kontinuitet je izgubljen. Sve ovo dovelo je do nezadovoljstva kod medicinskih sestara koje su mislile da fokusiranje na profitabilnosti i eliminisanje svih aktivnosti koje ne generišu profit, degradira njihovu profesiju. Većina medicinskih sestara izabrala je ovu profesiju iz humanih razloga, a ne da bi stekle nadprosečnu finansijsku i materijalnu korist.

### 3. BUURTZORG MODEL

#### 3.1 Osnovne karakteristike Buurtzorg modela

Krajem 2006. godine, Jos de Blok i nekoliko bliskih saradnika, nezadovoljni trenutnom situacijom u oblasti pružanje kućne nege, rešili su da uvedu bolji sistem pružanja usluga.

Jos de Blok je imao dovoljno prilika da sagleda glavne mane trenutnog sistema. Osnovao je Buurtzorg organizaciju (Blok, 2011). Sam naziv organizacije na holandskom jeziku označava „briga iz komšiluka“. Buurtzorg organizacijana kao neprofitna organizacija je vrlo brzo postala izuzetno uspešna, ostvarujući godinama najveći rast u Holandiji. Za deset godina narasla je sa 10 na 10.000 zaposlenih. Od svog osnivanja do 2016. godine, Buurtzorg je pet puta dobio nagradu za najboljeg poslodavca u Holandiji.

Buurtzorg je kao svoj prioritet postavio povratak autonomije pacijenata. Cilj modela je da pacijenti što pre povrate sposobnost da se brinu o sebi koliko god je to moguće samostalno, bez pomoći medicinskih sestara. Ovaj pristup gde je dobrobit pacijenata i njihov brz oporavak stavljen kao prioritet organizacije, a ne profit i ušteda, potpuno je preokrenuo situaciju u oblasti pružanje kućne nege. Pacijenti i njihove porodice bili su zadovoljni negom i podrškom koju pružaju Buurtzorg medicinske sestre. Tokom 2009. godine, u anketi sprovedenoj među pacijentima (korisnicima usluga kućne nege), Buurtzorg je među 307 sličnih organizacija, dobio najviše ocene u Holandiji (De Veer, Brandt, Schellevis, Francke, 2009).

Rezultati koje je Buurtzorg postigao u pružanju medicinske nege nadmašili su sva očekivanja. Studija konsultantske kompanije Ernst & Young (Ernst & Young, 2009) pokazala je da Buurtzorg ima, u proseku, skoro 40% manje naplativih sati medicinske nege po pacijentu u odnosu na druge slične organizacije, što je ironično kada se zna da je medicinskim sestrama u Buurtzorgu preporučljivo da odvoje vreme za neformalne razgovore sa pacijentima, njihovom porodicom i komšijama, kako bi se izgradilo međusobno poverenje, dok druge organizacije računaju svaki utrošeni minut kroz „proizvode“ i zahtevaju tačno isplanirane dolaske i odlaske kod pacijenata. Pacijenti o kojima su se brinule Buurtzorg medicinske sestre su se mnogo brže oporavljali i brže postajali autonomni. Njihovi pacijenti su 30% manje zahtevali hitne hospitalizacije, a kada i dođe do hospitalizacije, ostajanje u bolnicama je kraće nego kod drugih pacijenata. Ovim su nastale velike uštede, a Ernst & Young (2009) je procenio da ukoliko bi sve organizacije koje pružaju medicinsku negu kod kuće ostvarivale rezultate kao Buurtzorg, godišnje uštede bi premašile 2 milijarde EUR. Ako bi se brojevi translirali na američku populaciju, ova ušteda bi bila ekvivalentna iznosu od oko 48 milijardi EUR, što je prilična ušteda ako imamo u vidu da se radi samo o kućnoj nezi pacijenata (Laloux, 2014). Nakon prvih rezultata, medicinske sestre iz drugih organizacija su u velikom broju krenule da se pridruže Buurtzorg organizaciji, koja je od skromnog početka sa 10 medicinskih sestara krajem 2006. godine, došla do situacije da u 2013. godini zapošljava dve trećine medicinskih sestara u Holandiji. Buurtzorg organizacija je samostalno uspela da preporodi sistem pružanja kućne medicinske nege. Pored odličnih rezultata, zadovoljstvo zaposlenih je takođe bilo na visokom nivou, u odnosu na druge slične organizacije, u Buurtzorgu je odsutnost sestri zbog bolesti 60% manja, a fluktuacija zaposlenih 33% niža (Laloux, 2014).

Koja je tajna Buurtzorg organizacije? Šta je to što je doprinelo da medicinske sestre povrate zadovoljstvo prema svom



poslu, što je doprinelo boljoj nezi pacijenata, a to bržim oporavcima i većem zadovoljstvu pacijenata? Kako su ostvarene uštede u troškovima kućne nege? Odgovor je novi pristup organizovanju medicinskih sestara za pružanje usluga kućne nege. U sledećem delu teksta opisać se:

- Organizacija Buurtzorg modela;
- Odlučivanje u Buurtzorg modelu;
- Regionalni treneri u Buurtzorgu modelu;
- Informaciono komunikacione tehnologije kao podrška organizacionoj strukturi Buurtzorg modela.

### 3.2. Organizacija Buurtzorg modela

Buurtzorg organizacija je odličan primer menadžment i organizacione inovacije (Nandram, Koster, 2014). Menadžment inovacija podrazumeva uvođenje novina u postojećoj organizaciji i uglavnom predstavlja poseban oblik organizacionih promena (Birkinshaw, Hamel, Mol, 2008). Birkinshaw et al. (2008) definišu menadžment inovacija kao „razliku u formi, kvalitetu ili stanju nastalu tokom vremena upravljanja aktivnostima u organizaciji, gde je razlika neka novina ili velika razlika u odnosu na pređašnje stanje“. Dodatno, oni opisuju menadžment inovacija kao pronalazak i primenu nove prakse upravljanja, procesa, strukture ili tehnike koji su namenjeni da unaprede ostvarivanje organizacionih ciljeva. Glavna odlika Buurtzorg organizacije su samoupravljujući timovi od 10 do 12 medicinskih sestara. Svaki tim je zadužen za oko 50 pacijenata na relativno maloj i precizno definisanoj teritoriji. Nema menadžera, nema rukovodilaca, nema nadređenih, nema podređenih. Skoro potpuno ravna organizaciona struktura. U Centrali radi 30 zaposlenih koji pružaju podršku za skoro 900 samoupravljujućih timova tj. 10.000 medicinskih sestara. Svaki tim odgovoran je za sve zadatke koji su ranije bili fragmentirani po različitim odeljenjima. Zadaci timova su (Laloux, 2014):

- Odgovornost ne samo za negu o pacijentima, već i za odlučivanje koliko, kada, kako i koje pacijente će negovati.
- Deljenje svih tradicionalnih funkcija menadžmenta, kao što su planiranje, organizovanje i kontrola, dok se funkcija rukovođenja raspoređuje na sve članove tima.
- Ne postoji rukovodioca u timu, nema lidera u timu i sve važne odluke donose se kolektivno.
- Postavljanje prioriteta, analiziranje problema, međusobno ocenjivanje svog rada, obavljanje administrativnih poslova i povremeno donošenje teških odluka.
- Integracija sa lokalnom zajednicom, koje lekare i apoteke treba kontaktirati i kako da najbolje sarađuju sa lokalnim bolnicama i zdravstvenim ustanovama.
- Odluka o sastajanju i distribuciji zadataka među sobom.
- Planiranje individualnih i timskih obuka.
- Odlučuju da li treba da prošire tim ili da ga podele na dva.
- Praćenje rada i odlučivanje o korektivnim merama ako opadne produktivnost.

Kad god je to moguće, aktivnosti se planiraju tako da jednog pacijenta uvek obilazi jedna ili najviše dve različite medi-

cinske sestre. Za razliku od drugih sličnih organizacija, medicinskim sestrama se preporučuje da odvoje vreme da se upoznaju sa novim pacijentima, njihovom medicinskom istorijom i ličnim preferencijama. Nakon toga preporuka je da se ostvare kontakti i da se sarađuje sa članovima porodice, komšijama i prijateljima pacijenta. Pacijentima se posvećuje apsolutna pažnja i to ne samo na fizičke već i na emocionalne i socijalne potrebe (Blok, 2011).

Vrlo su retki slučajevi da samoupravljujući timovi sami od sebe bivaju produktivni. Uglavnom se takve situacije dešavaju kada je jedan tim u stvari jedna cela organizacija. Kada postoji više takvih timova odsustvo rukovodioca će pre dovesti do problema nego do harmonije. Zbog toga je jedna od ključnih karakteristika Buurtzorg organizacije pružanje neophodne podrške (obuke, savetovanja i alati) svojim timovima za samostalno upravljanje i rad, kao i intenzivni treninzi za sve novozaposlene. Najvažnija stavka je kako izbeći konflikte, a kada dođe do njih kako ih uspešno rešiti. Loše rešeni ili nerešeni konflikti mogu poremetiti dinamiku tima i dovesti do gubitka poverenja među članovima tima (Langfred, 2007). Za početak, svi novoformirani timovi i svi novi članovi već postojećih timova idu na obuku „Metode interakcije – Rešavanje problema interakcijom“ gde se uče veštine i tehnike za efikasno grupno odlučivanje. Metod su razvili i podučavaju Ben Venting i Astrid Vermeer sa Instituta za rešavanje problema iz Holandije (Vermeer, Wenting, 2012). Ovaj trening je prvenstveno namenjen samoupravljujućim timovima. Dodatno, polaznici se obučavaju različitim tehnikama slušanja, davanja povratnih informacija, kako voditi sastanke, kako se podučavati između sebe i drugim praktičnim veštinama. Zatim imaju treninge u rešavanju konflikata, kako se samostalno razvijati, kako se nositi sa neuspehom itd.

Poslednji modul odnosi se na misiju i viziju Buurtzorg organizacije. Misija i vizija Buurtzorg organizacije se detaljno predstavlja i diskutuje, a zatim se svi novozaposleni javno izjašnjavaju zašto su izabrali da se bave ovim poslom i kako se to uklapa u njihovu novu organizaciju. Zanimljivo je da Buurtzorg misija nigde nije zapisana, ali se o njoj stalno priča. Jos de Blok pridaje veliki značaj ovom poslednjem modulu tako da svaki put lično učestvuje i predstavlja misiju i viziju Buurtzorg organizacije. Mišljenja je da ako bi bila zapisana i istaknuta u nekom trenutku bi postala ograničavajuća i rigidna, ovako može da se razvija i menja zajedno sa organizacijom (Laloux, 2014). Jedna od glavnih poruka Buurtzorg organizacije je da ljudske vrednosti kao što su solidarnost, sloboda, poverenje, jednakost i autonomija treba da budu ključni pokretači za sve aktivnosti pružanja usluga klijentima (Blok, Pool, 2010).

Bitno je istaći da iako u Buurtzorg timovima ne postoje nadređeni i podređeni, to ne znači da su sve medicinske sestre jednake. Zavisno od teme, neke medicinske sestre moći će više da doprinesu na osnovu svoje stručnosti, iskustva ili interesovanja, pa tako razlikujemo medicinske sestre koje su:

- Naročito dobri slušaoci,
- Treneri svojim kolegama,
- Imaju više znanja i iskustva u određenoj oblasti
- Talentovane za rešavanje sukoba.

Samim tim u različitim poljima, neke sestre će prirodno imati više da ponude od drugih. Dešava se da neke medicinske sestre izgrade ugled i uticaj i van svojih timova, pa ih onda konsultuju medicinske sestre iz cele zemlje za određene situacije. Pošto ne postoji hijerarhija nadređenih i podređenih, postoji dosta prostora za pojavljivanje drugih prirodnih i spontanijih hijerarhija na osnovu veština, postignuća i uticaja. Ukoliko neko pokuša da iskoristi fleksibilnost sistema i da manje radi ili bilo kako izbegava obaveze, članovi njegovog tima će mu jasno staviti do znanja šta misle o tome.

Buurtzorg timovi imaju veliku slobodu da dođu do sopstvenih rešenja. Vrlo malo odluka dolazi „sa vrha“. Laloux (2014) je u svom istraživanju istakao da postoji samo nekoliko osnovnih pravila koja su se pokazala kao važna u praksi kako bi opstalo samoupravljanje u Buurtzorg organizaciji:

- Tim ne bi trebalo da bude veći od 12 osoba, iznad tog broja podeliti tim na dva.
- Tim treba da delegira zadatke ravnomerno među sobom.
- Tim sam određuje kada će se sastajati.
- Članovi tima samostalno biraju i planiraju obuke u dogovoru sa ostalim članovima tima.
- Svake godine svi članovi tima ocenjuju jedni druge.
- Timovi samostalno prave godišnje planove za inicijative.
- Iskusni timovi imaju ciljeve da ostvare 60% do 65% naplativih sati.
- Timovi donose važne odluke na osnovu metode odlučivanja koja je propisana na centralnom nivou.

### 3.3. Odlučivanje u Buurtzorg modelu

Buurtzorg timovi koriste specifičnu metodu za zajedničko rešavanje problema i grupno odlučivanje koja je propisana od strane osnivača Jos de Bloka. Na početku svakog sastanka tim bira moderatora sastanaka. Moderator može biti bilo ko od članova tima. Uslov je da svaki put to bude neki drugi član tima. Zadatak moderatora je da vodi sastanak, on ne donosi odluke i ne daje sugestije. Moderator može da postavlja pitanja kao što su „Koji je tvoj predlog?“ ili „Koji je razlog za tvoj predlog?“. Nakon toga svi predlozi zapisuju se na tabli. U drugom krugu se svi predlozi razmatraju i detaljnije razrađuju, a svako od učesnika se može izjasniti o bilo kom predlogu. U trećem krugu, grupno se odlučuje o svim predlozima. Bitno je istaći da konsenzus nije uslov za donošenje odluka. Ukoliko postoji konsenzus to je odlično, ali uglavnom konsenzus u timovima ne postoji i to je u redu prema Buurtzorg pravilima. Da bi neki predlog bio usvojen dovoljno je da ga podrži većina članova tima i da niko iz tima nema „veliki“ prigovor. Osoba ne može da stavi veto na odluku ako samo oseća da je drugo rešenje (na primer njeno) poželjnije. Savršeno rešenje koje će svi jednoglasno prihvatiti možda ne postoji, a potraga za takvim rešenjem može biti dugotrajna i iscrpljujuća. Dokle god ne postoji „veliki“ prigovor, biće usvojeno neko rešenje, uz dogovor da se može ponovo razmotriti u svakom trenutku, ako se pojave nove informacije. Ovaj način odlučivanja osigurava da se čuje svačiji glas, ali i da nijedna osoba ne može da blokira proces odlučivanja insistirajući na svojim ličnim željama. Insistiranje

na konsenzusu može pretvoriti proces odlučivanja u agoniju (Schweiger, Sandberg, Ragan, 1986), pogotovo ako je u procesu povređen nečiji preveliki ego.

Ako, uprkos učenim tehnikama i obavljenim treninzima, tim ne nađe rešenje, oni mogu tražiti pomoć eksternog moderatora. Tim se može okrenuti i drugim timovima za predloge, koristeći platformu za Buurtzorg internu društvenu mrežu, jer se najverovatnije neki tim, u nekom trenutku, negde se već susreo sa sličnim problemom. Medicinskim sestrama, koje pređu u Buurtzorg iz drugih organizacija, samoupravljanje u početku predstavlja veliki izazov. Pogotovo što se neretko javljaju pitanja koja zahtevaju teške odluke. Na primer, kako dodati još jednu osobu u noćnu smenu ako niko u timu ne voli da radi noću? Ili na primer tim koji već ima previše posla a javi im se porodica pacijenta koja kaže „naša majka je smrtno bolesna, molim vas da joj pružite negu“. U takvim situacijama stvari mogu postati napete jer nema rukovodioca koji će donese odluku i tako preuzme odgovornost ali i na sebe usmeri nezadovoljstvo jednog dela ili svih članova tima. Ne može se kriviti neko drugi jer nema nikog drugog. Potrebno je da se svi međusobno pogledaju u oči i suoče jedni sa drugima ali najvažnije i sami sa sobom. Nema mnogo mesta za različite mehanizme odbrane u ovakvim situacijama jer sve mora da prođe kroz tim i svako mora da se suoči sa svojim greškama. Zbog svega ovoga dešavaju se frustracije i konflikti, a nemogućnost da se nose sa povećanom odgovornošću je jedan od glavnih uzroka za napuštanje Buurtzorg organizacije. Kada su krizni periodi i situacije, i kada treba brzo donositi odluke koje će uzrokovati neki vid posledica za tim i/ili celu organizaciju, ni tada se ne ugrožava samostalnost timova. Vrh organizacije može se uključiti samo na insistiranje većine članova tima i to tek nakon što su sve druge opcije isprobane.

Istraživanja Laloux (2014) pokazuju da u organizacijama sa samoupravljujućim timovima mnogo ređe dolazi do otkaza. To ne znači da nema fluktuacije ali ljudi najčešće odlaze dobrovoljno. Čak i kada organizacija želi da ih otpusti to nikad nije iznenadno. Prvo, zbog same dinamike u samoupravljujućim timovima zaposleni mogu mnogo lakše i brže da osete da im tu nije mesto ili da im jednostavno ne odgovara toliko slobode u radu i odlučivanju. Tokom 2012. godine u Buurtzorgu se svakog meseca zapošljavalo 250 novih medicinskih sestara, a odlazilo 25. Najčešće su odlazile nakon par meseci, kada su probale ovaj vid organizovanja i shvatili da to nije za njih. Samo u retkim slučajevima dolazi do procesa otpuštanja ukoliko neko naruši vrednosti organizacije i tima, i time izgubi poverenje svojih kolega. Proces otpuštanja se odvija u nekoliko faza. U prvoj fazi tim u okviru sebe pokušava da nađe rešenje. Ukoliko ne uspeju, sledeći korak je da se kontaktira regionalni trener, ili nekog iz drugog tima, za savet ili da preuzmu ulogu moderatora. U većini ovakvih slučajeva prisustvo moderatora dovodi do zajedničkog rešenja. Osobi se ili daje nova šansa ili osoba sama uvidi da je poverenje bespovratno izgubljeno, tako da je vreme da se napusti organizacija. Ako ni u ovoj fazi ne uspeju da se dogovore oko rešenja, poziva se Jos de Blok da se uključi u diskusiju. Ukoliko posle ova tri koraka i dalje nema rešenja, tim može pitati Jos de

Bloka da se ovaj proces završi uručivanjem otkaza, jer pravno jedino on može to da uradi u Buurtzorgu.

Buurtzorg se suočio sa velikom krizom tokom 2010. godine. Kompanija je rasla velikom brzinom kada je Jos de Blok dobio obaveštenje od osiguravajućih kompanija da će im uskratiti 4 miliona EUR u isplata navodeći tehničke razloge. Pretpostavka je da je razlog verovatno bio što su rasli previše brzo na štetu drugih organizacija koje su duže u ovom poslu. Blok je nakon toga napisao interni blog post u kome je izneo problem svim zaposlenima i predložio dve opcije. Prva opcija, bila je da Buurtzorg privremeno zaustavi rast, jer novi timovi u početku koštaju oko 50.000 EUR i treba im oko godinu dana da bi povratili uloženo i krenuli pozitivno da posluju. Druga opcija, bila je da medicinske sestre povećaju produktivnost, više radnih sati i više klijenata za istu platu. Komentarišući blog, medicinske sestre su se pretežno odlučile da više rade, jer im se nije svidela alternativa. Sporiji rast bi značio odbijati nove pacijente i odbijati nove sestre koje žele da se pridruže Buurtzorgu. U roku od dva dana, izabrana je druga opcija, a posle određenog vremena, osiguravajuće kompanije su isplatile obustavljena sredstva (Laloux, 2014).

### 3.4. Regionalni treneri u Buurtzorgu modelu

U Buurtzorgu nema hijerarhije u kojoj se može napredovati, cela organizaciona struktura je ravnopravna. Buurtzorg funkcioniše na teritoriji cele Holandije, a ne postoje regionalni menadžeri. Umesto toga, postoje regionalni treneri. Za razliku od tipičnih regionalnih menadžera, regionalni treneri u Buurtzorgu nemaju moć odlučivanja nad timovima. Oni nisu odgovorni za timske rezultate. Oni nemaju zadate ciljeve, nemaju nikakvu odgovornost za ostvareni profit i ne primaju bonuse ako njihovi timovi posluju dobro. Ne postoji opis posla za regionalne trenere. Iako nemaju hijerarhijsku moć, regionalni treneri imaju ključnu ulogu u funkcionisanju ove organizacione strukture. Sve nove timove čeka strma kriva učenja a regionalni treneri su zaduženi za sve aspekte formiranja i osamostaljenja timova od 10-12 osoba, koji sami treba da obavljaju sve poslove bez pomoći administratora, call centra, planera, itd., i da istovremeno uče društvenu dinamiku unutar samoupravljujućih timova bez nadređenih. Regionalni trener je dragocen resurs timovima, on može da daje savete ili deli iskustva drugih timova koji su rešili slične probleme. Postavljanjem preciznih pitanja oni pomažu timovima da iznađu svoja rešenja za trenutne probleme i nedoumice (Blok, 2015). Zanimljivo je, na primer, da je kod usvajanja nekog rešenja, bitnije da to bude rešenje oko koga se okupio ceo tim nego da to bude najbolje rešenje, tako da trener najčešće neće predlagati rešenja već samo usmeravati timove (Laloux, 2014). U kritičnim trenucima trener može signalizirati da tim treba da pauzira sve aktivnosti dok ne reši neko prioritarno pitanje. Svaki trener se ohrabruje da nađe svoj način na koji će obavljati ulogu trenera u zavisnosti od svojih veština, talenata i karaktera. Treneri se prevashodno biraju na osnovu svojih sposobnosti da prenose znanje i na osnovu iskustva. Najčešće su to starije, iskusne medicinske sestre, sa dobro razvijenim veštinama komunika-

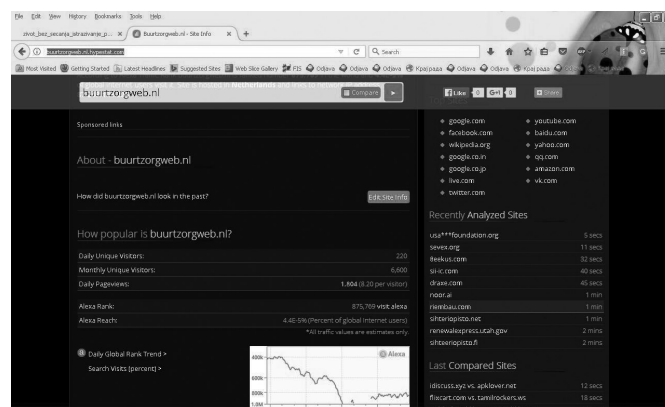
cije. Regionalni treneri ne bi trebalo previše da se bavi jednim timom jer tako mogu ugroziti njihovu autonomiju, tako da u proseku jedan trener pruža podršku za 30 do 35 timova (Blok, 2011). U početku, prvi timovi su dobijali mnogo više podrške od trenera i oni su zbog toga ostali manje samostalni i više zavisni od pomoći sa strane u donošenju odluka (Laloux, 2014).

### 3.5. Informaciono komunikacione tehnologije kao podrška organizacionoj strukturi Buurtzorg modela

Uvođenjem informaciono komunikacionih tehnologija (IKT) unapređuju se procesi rada, sve u cilju poboljšanja kvaliteta poslovanja. Implementacija IKT postaje osnov dostupnosti i razmene informacija, izbegavajući ponavljanje podataka i procedura. IKT imaju ključnu ulogu u funkcionisanju Buurtzorg samoupravljujućih timova i održavanju rasta organizacije bez narušavanje njenih osnovnih načela samoupravljanja. U ovom slučaju okosnicu predstavljaju interna društvena mreža i interna baza podataka, Buurtzorgweb. Buurtzorgweb omogućava laku i brzu komunikaciju između (Nandram, 2015):

- 9.000 medicinskih sestara koje su raspoređene širom Holandije i koje se većinom lično ne poznaju,
- 1.000 medicinskih sestara van granica Holandije i
- centralom smeštenom u Holandiji.

Buurtzorgweb medicinske sestre koriste svakodnevno kako bi komunicirale sa drugim timovima, postavile pitanja za slučaj koji ne znaju da reše i kako bi se informisale o najnovijim aktuelnostima. Sva pitanja se pojavljuju na početnoj strani Buurtzorgweb-a koja podseća na uprošćenu početku stranicu Facebook društvene mreže (Buurtzorgweb, 2017). Pošto su razvili naviku redovnog posećivanja Buurtzorgweb-a, na svako pitanje obično stigne više odgovora/saveta u roku od par sati (Slika 1). Svi odgovori i celokupna baza znanja dostupni su svim zaposlenima u Buurtzorgu tako da nema zadržavanja informacija. Dodatno, ovde nema velikog uticaja veličina organizacije, Buurtzorg isto radi sa 10.000 sestara kao i kada je bilo par desetina sestara. Tako da i eventualni rast broja zaposlenih neće zahtevati velike promene u sistemu. Jedini posao je otvaranje novih naloga na Buurtzorgweb-u i obezbeđivanje prostora na serveru.



Slika 1. Web aplikacija Buurtzorgweb (Buurtzorgweb, 2017)



Uvođenje novina u organizaciji se postavlja na Buurtzorgweb kako bi se dobile povratne informacije istog dana od velikog procenta zaposlenih. Dodatno, osnivač Blok redovno piše postove na mreži gde deli svoje nove ideje, utiske sa sastanaka, susreta, kao i komentare koje dobija sa različitih strana. Pošto nemaju odeljenje za marketing i odnose sa javnošću, ti postovi ne prolaze filtere i sređivanje što im daje još više na snazi jer „sirovi i nesređeni“ idu u etar, pretvarajući Buurtzorgweb u glavni instrument liderstva u organizaciji. Ideje koje se napišu u postovima jednog popodneva već dan kasnije mogu biti usvojene ili odbijene ili bar razmotrene.

Uz pomoć IKT i bez zaglušujućih linija hijerarhije, informacije teku mnogo brže, što u mnogome povećava efikasnost organizacije. Svi imaju pristup svim informacijama u isto vreme što im omogućava Buurtzorgweb. Laloux (2014) ističe tri glavna razloga za deljenje važnih informacija u organizacijama sa samoupravljujućim timovima:

- Kad nema hijerarhije i nadređenih, samoupravljujući timovi moraju imati sve raspoložive informacije da bi mogli da donose najbolje odluke.
- Svaka informacija koja nije javna izazvaće sumnju.
- Dokle god postoje ljudi koji nešto znaju, dok drugi u istoj organizaciji to ne znaju, postojaće neki vid hijerarhije.

Ovakav pristup “nema tajni” odnosi se na sve podatke, ne samo medicinske savete, već i one najosetljivije, kao što su finansijski podaci o poslovanju, visina plata i performanse pojedinih timova. Kako bi se izbegao efekat „gluvih telefona“, gde se delovi informacija menjaju i gube u svakom prenosu sa jedne na drugu osobu, svi podaci se nalaze na Buurtzorgweb-u, gde svi mogu da preuzmu podatke u bilo kom trenutku. Timovi svakog meseca mogu videti kakva je njihova produktivnost u poređenju sa ostalim timovima. Podaci o drugim timovima nisu anonimni, tačno se vide puna imena svih zaposlenih, u kom su timu, koje pacijente imaju, koliko su pacijenti zadovoljni i svi prateći podaci jer Buurtzorgweb omogućava prikupljanje informacija o zadovoljstvu pacijenata po završetku nege ili na određene vremenske intervale ukoliko se radi o višemesečnoj nezi (Gray, Sarnak, Burgers, 2015). Sve je transparentno. Zaposlenima je omogućeno da imaju uvid i da se nose i sa dobrim i lošim podacima. Timovi koji prolaze kroz loše faze moraju da se suoče sa realnošću i da nađu rešenje za izlazak iz krize i za to će dobiti svu podršku ukoliko je budu tražili. Oni preko Buurtzorgweb-a mogu pronaći tim koji ostvaruje odlične rezultate u segmentu koji njima ide lošije i obratiti im se za savete što se u Buurtzorgu vrlo podržava. Buurtzorgweb je dostupan preko računara i kao aplikacija za pametne telefone. Procenjuje se da je upotreba ove platforme za administrativne funkcije štedi oko 20% troškova u odnosu na druge softvere koje koriste organizacije za pružanje kućne nege (Kreitzer, Monsen, Nandram, De Blok, 2015).

#### 4. BUDUĆI PRAVCI I UNAPREĐENJE POSLOVANJA U BUURTZORGU MODELU

Samoupravljanje i sloboda u odlučivanju predstavljaju plodno tlo za nove ideje o unapređivanju poslovanja ili razvi-

janju novih usluga. Neke se prihvate i zažive, neke budu samo manjeg obima ili ih usvoji samo jedan tim, a neke ne odu dalje od predloga na internim sastancima. Jedna od ideja koja je nastala od strane članova jednog tima i dovela do formiranja zavisnog pravnog lica je Buurtzorg smeštaj (*Buurtzorghuis*), gde pacijenti mogu biti primljeni na jedan ili nekoliko dana kako bi njihovi bližnji, koji brinu o njima, mogli da odmore od u nekim slučajevima i celodnevne nege. Buurtzorg smeštaj nastao je tako što je jedna od sestara nasledila imanje sa velikom kućom van grada i došla na ideju da može da je preuredi u ovu svrhu. Našla je par sestara koje su podržale njenu ideju, sami su preuredili kuću i krenulo se u realizaciju, bez čekanja odobrenje sa vrha i komplikovane administracije. Druga ideja koja je zaživela je Buurtzorg+ program koji su razvile dve sestre u saradnji sa fizioterapeutima. U okviru ovog programa obučavaju se pacijenti kako da prilagode svoj život i dom tako da smanje verovatnoće padanja i samim tim lomljenja kuka. Ovakav vid slobode pruža organizaciji mnogo veću fleksibilnost u odnosu na tradicionalne organizacije gde svaka ideja pre realizacije mora da prođe kroz različite odbore i dobije saglasnosti nadređenih. Veća fleksibilnost omogućava organizaciji brže reagovanje na promene i potrebe tržišta (Bahrami, 1992).

Odeljenje za upravljanje ljudskim resursima, u dogovoru sa nadređenima, određuje detaljan plan obuka i usavršavanja za sve zaposlene u tradicionalnim organizacijama. U Buurtzorgu, medicinske sestre same mogu da biraju koje će treninge i obuke da pohađaju. To se odnosi na obuke koje se organizuju unutar Buurtzorg organizacije ali i obuke koje se plaćaju i koje će organizacija platiti za njih. Uslov je da misle da će im te obuke i treninzi pomoći u daljem razvoju i unapređenju veština. Svaki tim može da potroši novčana sredstva u iznosu do 3% prihoda koji ostvaruju na treninge koji se organizuju van Buurtzorga. Ukoliko troškovi prelaze iznad 3%, onda moraju da se konsultuju i sa regionalnim trenerom, koji im može odobriti dodatne troškove. Ovo je dovelo do toga da veliki procent medicinskih sestara redovno ide na obuke za korišćenje novih medicinskih aparata i pomagala, kao i razvoj novih veština i tehnika u nezi i brizi pacijenata.

U 2016. godini Buurtzorg zapošljava više od 10.000 medicinskih sestara raspoređenih u skoro 900 timova u nekoliko zemalja. Nakon velikog uspeha u Holandiji, javili su se zainteresovani sa željom da implementiraju ovaj vid organizovanja u svojim zemljama. Tako da Buurtzorg posluje u Švedskoj, a od skora je krenuo ili je u procesu obuke timova u Sjedinjenim američkim državama, Švajcarskoj, Belgiji, Engleskoj, Škotskoj, Kanadi, Japanu, Kini i Južnoj Koreji. Sve ove organizacije možda nose ime Buurtzorg, ali su potpuno finansijski i organizaciono nezavisne. Softveri koji su interno razvijeni za potrebe Buurtzorg organizacije, dostupni su svim zainteresovanim koji žele da pokrenu slične organizacije. Postoji ideja da se razvije globalna mreža medicinskih sestara na kojoj bi se razmenjivalo znanje i iskustvo, po ugledu na Buurtzorgweb ali za sve medicinske sestre (trenutno postoji samo verzija na holandskom jeziku).

Tokom godina, Buurtzorg je razvio poslovanje i u drugim oblastima, formirajući tako zavisna pravna lica koja posluju pod istim uređenjem i pravilima. Trenutno aktivna su:

- Buurtdiensten – pomoć u kući;
- Buurtzorg Jong – pomažu porodicama koje imaju probleme sa decom i mladima uzrasta od 0 do 23 godina;
- Buurtzorghuis – smeštaj za pacijente;
- BuurtzorgT – podrška za psihičke bolesnike;
- Buurtzorgpension – starački dom;
- Buurtzorg Kraam – podrška trudnicama i porodicama.

Buurtzorg organizacija je samo jedna od mnogih uspešnih organizacija koje su posluju po principu samoupravljujućih timova i koje ostvaruju fantastične rezultate sa visokim zadovoljstvom svojih zaposlenih. Primera ima u svim oblastima od proizvodnje auto delova, prodaje cipela preko interneta, proizvodnje odeće itd. (Laloux, 2014). Savremeni oblici organizovanja kao što su Agile, Scrum i Lean, sporadično se javljaju poslednjih par godina u Srbiji i to najčešće u IKT industriji, koja tradicionalno najbrže prati savremene svetske trendove u organizaciji poslovanja. Na drugoj strani su velika javna preduzeća i državne institucije, ministarstva.

Čak i državni univerziteti koji bi trebalo da budu jedan od „svetionika“ razvoja u svim oblastima društva, na polju organizacionih teorija i prakse zaostaju mnogo u odnosu na većinu američkih, evropskih i daleko-istočnih univerziteta.

Veliko je pitanje kako bi novi načini organizovanja uticali na već postojeći kadar u državnim i javnim preduzećima koji je navikao na sistem koji se ne menja, koji nema tendencije da se menja i koji često ima za cilj da ništa ne menja. Jedna od šansi državnim preduzećima, da smanje zaostatak za razvijenim zemljama je da preskoče jedan ili dva stepenika razvoja i da ambiciozno pređu na nove vidove organizovanja (Laloux, 2014), uspostavljajući mrežno povezivanje i deljenje resursa (Ivetic, Tankosic, Trifunovic, 2016). Prvo pitanje koje su tu javlja je da li postoji dovoljno ljudi koji će povesti i sprovesti ovakve organizacione promene. Autori ovog rada veruju da potencijal postoji ali samo ukoliko se prilika ukaže pravim osobama. Vrlo je bitno prvo obezbediti prave kadrove, a onda ih rasporediti na prava mesta (Collins, 2005).

## 5. ZAKLJUČAK

U prethodnih nekoliko decenija, u velikim kompanijama prisutan je trend razvoja novih odeljenja sa usko specijalizovanim poljem delovanja (strategijski razvoj, upravljanje rizikom, ljudski resursi, upravljanje investicijama, upravljanje kvalitetom, zaštita itd.). Nasuprot tome, u radu je opisan model koji predstavlja potpunu suprotnost. Opisan je model pružanja kućne nege pacijentima - Buurtzorg model. Osnovne karakteristike Buurtzorg modela je sama organizaciona struktura sa samoupravljujućim timovima, proces odlučivanja i web aplikacija za deljenje informacija sa zaposlenima u organizaciji.

Prema Buurtzorg modelu, medicinske sestre samostalno prave svakodnevne planove, obilaze pacijente sa kojima imaju mogućnost da razviju duboku povezanost, poznaju skoro celu

porodicu pacijenta i iskreno se raduju svakom napretku svojih pacijenata. Ne postoji hijerarhijska struktura kao u tradicionalnim organizacijama. U Buurtzorg organizaciji je zaposleno preko 10.000 medicinskih sestara koje rade na terenu. Sve one su podržane sa samo 30 ljudi koji rade u centrali u Almelu, severna Holandija. Njih 30 ne obavlja tipične poslove koji su karakteristični za druge organizacije koje pružaju kućnu negu pacijentima. Njihova uloga je samo u pružanju podrške timovima. Svi ostali zadaci su prebačeni na timove. Timovi nemaju velike nabavke i investicije tako da tu nema potrebe za detaljnim budžetiranjem. U centrali se jedino prave projekcije tokova novca kako bi se znalo koliko novih timova može da se pokrene u toku godine. Sama činjenica da su zaposleni ti koji odlučuju o svojoj sudbini, načinu rada i ostalim pratećim sitnicama predstavlja veliki motivacioni faktor.

Kada govorimo o modelu pružanja kućne nege u Republici Srbiji, ona se uglavnom oslanja na podršku porodice i/ili rođaka i prijatelja. Država obezbeđuje podršku za oko 62.000 starijih putem novčanih dodataka za pomoć i negu (približno 5%) (Satarić, Milićević Kalašić, 2014). Ovaj pokazatelj je dovoljan razlog da se preduzmu adekvatne mere razvoja modela kao što je Buurtzorg model.

## REFERENCE

- [1] Bahrami, H. (1992). The Emerging Flexible Organization: Perspectives from Silicon Valley. *California Management Review*, 34, 33. <https://doi.org/10.2307/41166702>
- [2] Birkinshaw, J., Hamel, G., & Mol, M. J. (2008). Management Innovation. *Academy of Management Review*, 33(4), 825–845. <https://doi.org/10.5465/AMR.2008.34421969>
- [3] Blok, J. de, & Pool, A. (2010). *Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- [4] Blok, J. De. (2011). A New Perspective on Elder Care in the Netherlands. *AARP International the Journal, Summer*. Retrieved from [http://www.boomlemma.nl/documenten/in\\_de\\_pers/9789059315563\\_artikel\\_buurtzorg\\_aarp\\_international\\_the\\_journal\\_summer\\_2011.pdf](http://www.boomlemma.nl/documenten/in_de_pers/9789059315563_artikel_buurtzorg_aarp_international_the_journal_summer_2011.pdf)
- [5] Blok, J. de. (2015). Neighbourhood scheme transforms services. *Primary Health Care*, 25(2), 8–9. <https://doi.org/10.7748/phc.25.2.8.s7>
- [6] Buurtzorgweb (2017), Retrieved from <http://buurtzorgweb.nl.hypestat.com/>
- [7] Collins, J. C. (2005). *Good to Great and the Social Sectors: Why Business Thinking is not the Answer (a monograph to accompany Good to Great: why some companies make the leap and others don't)*. HarperCollins
- [8] Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD D
- [9] De Veer, A. J. E., Brandt, H. E., Schellevis, F. G., Francke, A. L. (2009). *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd*. Retrieved from <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Buurtzorg-nieuw-en-toch-vertrouwd.pdf>
- [10] Ernst & Young. (2009). *Maatschaappelijke business case (mBC): Buurtzorg*. Retrieved from [http://www.transitiepraktijk.nl/files/maatschappelijke\\_business\\_case\\_buurtzorg.pdf](http://www.transitiepraktijk.nl/files/maatschappelijke_business_case_buurtzorg.pdf)
- [11] European Commission. (2008). *Long-term Care In The European Union*



- [12] Frenk J., (2010), The Global Health System: Strengthening National Health Systems as the Next Step for Global Progress, *PLoS Medicine*, ISSN 1549-1277, doi:10.1371/journal.pmed.1000089
- [13] Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model, *14*(May).
- [14] Health Policy Studies, OEC D Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- [15] Ivetic, P., Tankosic, M., & Trifunovic, D. (2016). Implementing network organization model to universities for improvement of teaching quality. *International Journal of Economics and Management Systems*, *1*, 296–301.
- [16] Jovanovic Milenkovic M., (2011), Interest of the population in Electronic Communication in the Health Services Provision – Research Results, *Management*, Vol. 59, ISSN 0354-8635, Pages 79-86
- [17] Jovanović Milenković M., Milenković D., Rajković U., (2014), Uticaj primene informaciono-komunikacionih tehnologija na stepen razvoja e-zdravstva u Sloveniji i Srbiji, *Info M*, Vol. 13, No. 52, str. 32-36, ISSN 1451-4397
- [18] Jovanovic Milenkovic M., Radojicic Z., Milenkovic D., Vukmirovic D., (2009), Applying electronic documents in development of the healthcare information system in the Republic of Serbia, *ComSIS* Vol. 6, No. 2, ISSN 1820-0214, Pages 111-126
- [19] Jovanović S., Milovanović S., Mandić J., Jovović S., (2015), Sistemi zdravstvene zaštite, *Engrami*, Vol 37, br 1, str 75-82
- [20] Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & De Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global Advances in Health and Medicine*, *4*(1), 40–44. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
- [21] Laloux, F. (2014). Reinventing Organizations. *A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage of Human Consciousness*, *49*(March), 360.
- [22] Langfred, C. W. (2007). The Downside of Self-Management: A Longitudinal Study of the Effects of Conflict on Trust, Autonomy, and Task Interdependence in Self-Managing Teams. *Academy of Management Journal*, *50*(4), 885–900. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2007.26279196>
- [23] Matković G., Stanić K. (2014), Socijalna zaštita u StaroSti: Dugotrajna nega i socijalne penzije, Fakultet za ekonomiju, finansije i administraciju, Centar za socijalnu politiku, Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva, Vlada Republike Srbije, Beograd
- [24] Nandram, S. S. (2015). Organizational innovation by integrating simplification. *Springer*, 11–23. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-11725-6>
- [25] Nandram, S., & Koster, N. (2014). Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*, *22*(4), 174–184. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2014-0024>
- [26] Satarić N., Milićević Kalašić A., (2014), Život bez sećanja, Istraživanje o potrebama za Dnevnom centrom za demente u Beogradu, Beograd
- [27] Schweiger, D. M., Sandberg, W. R., & Ragan, J. W. (1986). Group Approaches for Improving Strategic Decision Making: A Comparative Analysis of Dialectical Inquiry, Devil's Advocacy, and Consensus. *Academy of Management Journal*, *29*(1), 51–71. <https://doi.org/10.2307/255859>
- [28] Vermeer, A., & Wenting, B. (2012). *Zelfsturende teams in de praktijk*. Amsterdam: Reed Business



**Pavle Ivetić.**, student doktorskih akademskih studija na Fakultetu organizacionih nauka, Univerzitet u Beograd, Srbija

**Kontakt:** [pavle.ivetic@rect.bg.ac.rs](mailto:pavle.ivetic@rect.bg.ac.rs)

**Oblasti interesovanja:** Organizacioni dizajn, Inženjering i upravljanje poslovnim procesima, Univerziteti i visoko obrazovanje, Scrum metodologija



**Marina Jovanović Milenković**, docent, Fakultet organizacionih nauka, Univerzitet u Beograd, Srbija

**Kontakt:** [marinaj@fon.bg.ac.rs](mailto:marinaj@fon.bg.ac.rs)

**Oblasti interesovanja:** informaciono-komunikacione tehnologije u zdravstvu, medicinska informatika, telemedicina



CIP – Katalogizacija u publikaciji Narodna biblioteka Srbije, Beograd 659.25

INFO M : časopis za informacionu tehnologiju i multimedijalne sisteme = journal of information technology and multimedia systems /

glavni i odgovorni urednik Dejan Simić.

– Štampano izd. – God. 1, br. 1 (2002) – . – Beograd : Fakultet organizacionih nauka, 2002 – (Stara Pazova : SAVPO). – 30 cm

Tromesečno. – Je nastavak: Info Science = ISSN 1450-6254. – Drugo izdanje na drugom medijumu: Info M (CD-ROM izd.) = ISSN 1451-4435

ISSN 1451-4397 = Info M (Štampano izd.) COBISS.SR-ID 105690636