

Økonomioverblik i selvstyrende teams

Notat



Økonomioverblik i selvstyrende teams
– Notat

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-163-1

Projekt: 302258

Finansiering: Analysen er finansieret af Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Introduktion

Der er stort fokus på, i hvilket omfang Buurtzorg-modellen med selvstyrende teams kan tilpasses det danske ældreområde. Buurtzorg-modellen er udviklet i et sundhedssystem, der bygger på en forsikringsmodel med konkurrence mellem private leverandører. Der er derfor stærkt fokus på kontraktindgåelse og økonomisk bæredygtighed, også i de enkelte selvstyrende teams. I Danmark er ansvaret for ressourceudnyttelsen i hjemmeplejen i mindre omfang delegeret til de udførende medarbejdere og deres nærmeste ledere, her ligger ansvaret primært hos distriktsledelsen. Egentlig/reel selvstyring hos de enkelte teams kræver, at der delegeres et større ansvar for ressourceudnyttelsen til de enkelte teams. Dette forudsætter, at der leveres relevant styringsinformation til de enkelte teams, og at denne præsenteres på en måde, der er anvendelig for de **enkelte** teams.

I dette notat ser vi på:

- Økonomistyringen af leverandører i den nederlandske kontekst
- Økonomistyringen af de enkelte teams i Buurtzorg
- I hvilket omfang og hvordan økonomistyringen kan tilpasses en dansk kontekst.

Notatet er baseret på 1) VIVEs rapporter om Buurtzorg-modellen (refs), 2) VIVEs studietur til Nederlandene (ref), 3) arbejds møder om Buurtzorg-modellen i forbindelse med projekt "Kaffe først – mennesket før bureaukratiet" i Haderslev Kommune (ref) samt Erantis projektet i Ikast-Brande Kommune, 4) løbende direkte dialog med Buurtzorg om forskelle og ligheder mellem den danske og nederlandske model.

Notatet indgår i den serie af notater, som VIVE har udarbejdet i regi af udviklingslaboratoriet for faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet.

Økonomistyring af leverandører i Nederlandene

Det nederlandske sundhedssystem for hjemmesygepleje er baseret på en forsikringstankegang, hvor private leverandører af hjemmesygepleje konkurrerer om forsikringsselskabernes og borgenes efterspørgsel. Hvis borgerne er utilfredse med forsikringsselskabet eller deres leverandør, har de mulighed for at ændre deres valg af forsikringsselskab såvel som leverandør. For forsikringsselskaberne er den økonomiske opgave at sikre, at udgifterne til betalingen af leverandørerne samt deres egne administrationsomkostninger ikke overstiger

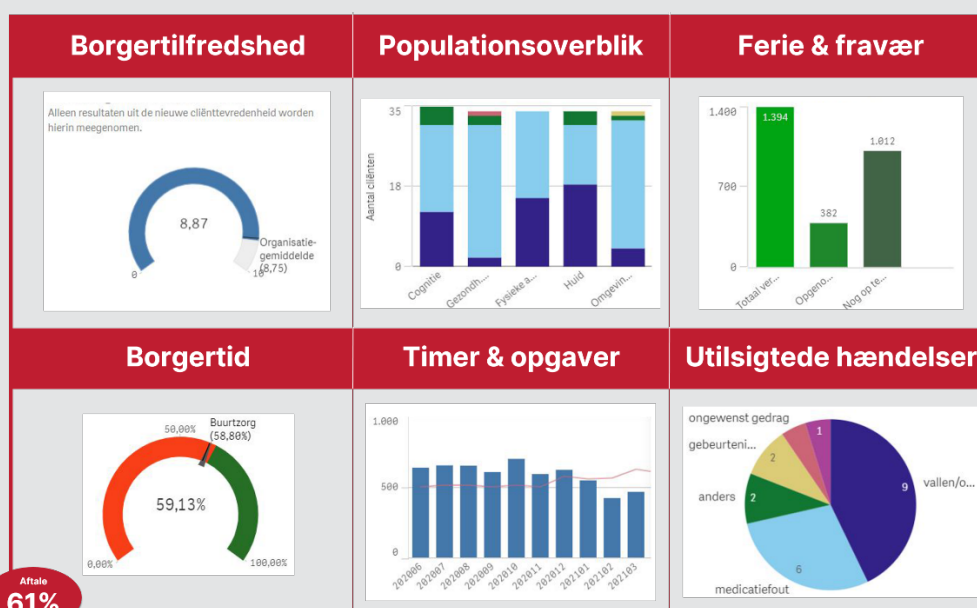
indtægter fra forsikringstagerne og staten. Forsikringsselskaberne kan frit indgå aftaler med leverandørerne, og hvordan aflønningen skal struktureres. Typisk vil der blive betalt pr. time, og forsikringsselskaberne har en interesse i at sikre, at timerne købes billigst muligt, og at der ikke leveres flere timer, end det er nødvendigt.

De enkelte leverandørers kontrakt med de enkelte forsikringsselskaber i det nederlandske sundhedsvæsen er ikke offentligt tilgængelige. Dette er at betragte som forretningshemmeligheder. Timeprisen kendes ikke præcist, de kan bl.a. afhænge af kompetencesammensætningen hos den enkelte leverandør og konkurrencesituationen. Buurtzorg har til VIVE oplyst, at de har en aftale med minimum et forsikringsselskab om, at det gennemsnitlige antal timer pr. borger pr. år skal reduceres hvert år. Hvis resultatet ikke nås, danner udviklingen grundlag for drøftelser om evt. økonomisk bod.

Økonomistyring af de enkelte Buurtzorg-teams

Hovedparten af Buurtzorgs indtægtsgrundlag er knyttet til antallet af producerede borgerrelaterede timers hjemmepleje. Dette fokus afspejles også i den styring, som Buurtzorg udøver over for deres selvstyrende teams. Figur 1 viser teamoverblikket i den nederlandske Buurtzorg-model. Teamoverblikket er den startside, som medarbejderne i de enkelte Buurtzorg-teams mødes af, når de starter deres tablet/computer.

Figur 1 Teamoverblikket i den nederlandske Buurtzorg-model



Nøglemålet, som italesættes som non-negotiable i Buurtzorg, er produktivitetmålet. Den økonomiske forudsætning for virksomheden Buurtzorgs overlevelse er, at der faktureres ca. 61 % af de timer, som det udførende personale får løn for. Dette forhold er beregnet med udgangspunkt i den netto timepris, som Buurtzorg modtager fra forsikrings-selskabet, og den bruttotimepris, som Buurtzorg betaler deres ansatte samt deres overheadomkostninger. Fra Buurtzorg følges dette tal derfor tæt, og teams, der ikke kan nå dette mål, vil over tid blive afviklet.

Fraværsoversigten og overblikket om timer og opgaver kan ses som forklarende variable til produktivitetsopgørelsen, da sygefravær ikke kan viderefaktureres til forsikrings-selskabet. Overblikket om det faldende timeforbrug pr. bruger ligger dybere i systemet, hvilket kan ses som en indikation på, at det er mål, der er tilkommet senere, som ikke har fået helt samme entydige økonomiske forankring som produktivitetmålet.

Brugertilfredsheden og opgørelsen af de utilsigtede hændelser kan ses som mål, der skal overholdes for at sikre, at forsikrings-selskaberne og brugerne ikke på længere sigt fravælger Buurtzorg, og populationsoverblikket giver input til den fremtidige rekruttering til teamet.

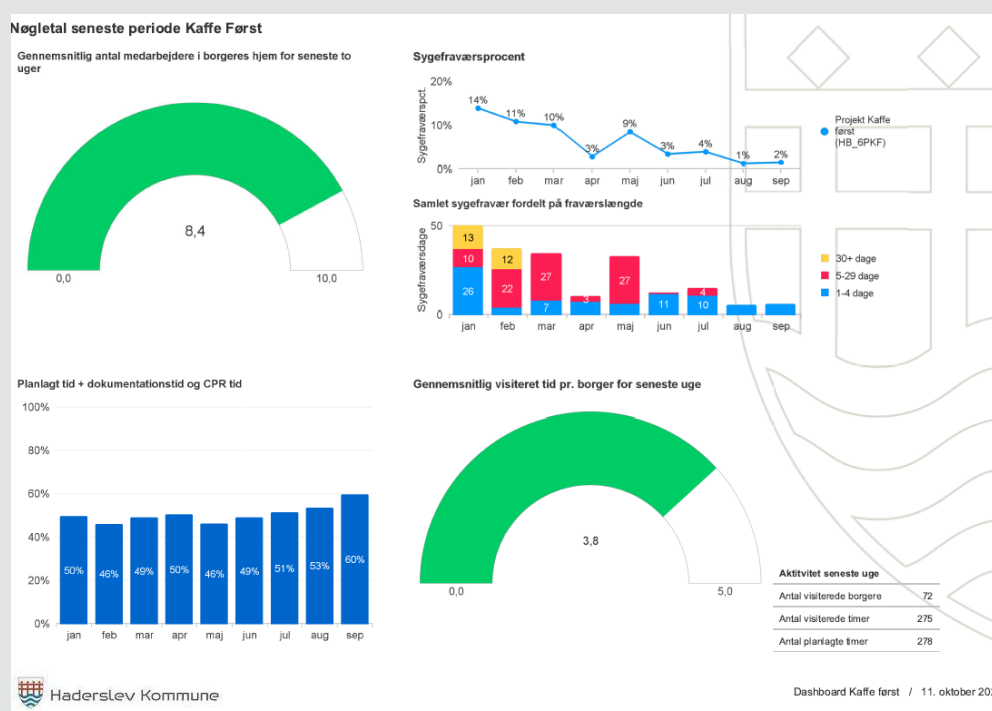
Det er værd at bide mærke i, at Buurtzorg ikke monitorerer på kontinuitet i relationen mellem behandler og borger. Argumentet for dette er jf. Buurtzorg, at de små teams (maksimalt 12) og Buurtzorgs klare værdier om nære og menneskelige relationer sammen med tilliden til teamets faglige beslutninger sikrer kontinuiteten. I et styringsperspektiv kan det manglede fokus på kontinuitet dog også kobles til, at forsikringsselskaberne ikke honorerer kontinuitet.

Styringsmodellen for selvstyrende teams i en dansk kontekst

I Danmark indtager forvaltningen i kommunen typisk både forsikringsselskabets og Buurtzorg-organisationens styringsrolle. En væsentlig forskel er, at serviceniveauets rammer for tildeling af hjælp i Nederlandene ligger eksternt hos forsikringsselskabet om den nationale regulering, hvor det i Danmark i højere grad er afhængigt af lokale politiske beslutninger og prioriteringer. Det betyder også, at styringsmålene i Danmark løbende er til forhandling.

At målet med de selvstyrende teams er mere til forhandling i den enkelte kommune end i Buurtzorg, afspejles også af, at de enkelte kommuner i Danmark implementerer forsøg med selvstyrende teams med relativt forskelligt indhold. I figur 2, som viser det foreløbige teamoverblik i Haderslev Kommune som den kommune i Danmark, som nok er mest "Buurtzorg-tro" i forhold til implementering af modellen med selvstyrende teams.

Figur 2 Foreløbigt teamoverblik i 'Kaffe først'-projektet i Haderslev Kommune



I modsætning til i Buurtzorg er bruger-/personalekontinuitet i Haderslev Kommune centralt i teamoverblikket. Dette afspejler, at selvstyrede teams bredt i Danmark bl.a. er set som løsningen på udfordringen med, at der kommer mange forskellige personer i borgerens hjem, og der er en forhåbning om, at større kontinuitet vil øge tilfredsheden med plejen og måske også slår ud i et lavere timeforbrug som følge af bedre rehabilitering. Dette er der ikke meget formel forskningslitteratur, der har belyst, men det er kendetegnet i en række kommuner, at kontinuitet er et selvstændigt mål i forhold til implementering af selvstyrede teams, og i de kommuner, der arbejder med teamoverblik, er bruger-/personalekontinuitet typisk centralt placeret.

Ud over kontinuitet ses i Haderslev Kommune, at antallet af timer pr. borger har plads på forsiden af teamoverblikket. Fokus på udviklingen i timetallet giver god mening i en dansk kontekst, hvor der de seneste mange år har været fokus på rehabilitering, som i evalueringssammenhæng ofte måles ved et fald i timetallet. At produktivitetmålsætningen står mindre centralt i en dansk kontekst end i Buurtzorg, kan skyldes, at hjemmeplejen i kommunen generelt er underlagt et

rammebudget, hvor Buurtzorg i højere grad kan øge indkomstgrundlaget, hvis der kan skabes en højere produktivitet.

Erfaringer skal oversættes til den lokale kontekst

I Nederlandene sker økonomistyring via en model, hvor betaler og udfører organisatorisk er to forskellige private virksomheder. Med dette følger andre faglige og økonomiske incitamenter end i en dansk kontekst.

I Buurtzorg-modellen er økonomistyringen decentraliseret til de enkelte teams, og teamoverblikket er udarbejdet med henblik på at skabe overensstemmelse mellem teamets og Buurtzorg-organisationens faglige og økonomiske målsætninger. Mange af Buurtzorg-organisationens målsætninger er reelt givet af forsikringsselskaberne, og de italesættes derfor ofte som 'non-negotiables'.

At lykkes i arbejdet med selvstyrende teams i en dansk kontekst kræver, at man er bevidst om, hvad man ønsker at opnå, herunder hvilken forandringsteori det lokale projekt med selvstyrende teams bygger på. Først herefter giver det mening at etablere styringsinformation. Hvis formålet med de selvstyrende teams er mindre bredt, end det fx er gældende i Haderslev Kommune, så bør den evt. styringsinformation også tilpasses derefter.

I en dansk styringsmæssig kontekst har kommunen langt flere roller end blot at være det udførende led. Her er det politiske system meget tættere på, og ændrede politiske prioriteringer kan langt hurtigere påvirke driften end i et aftaleretligt system med kontrakter mellem stat, forsikringsselskaber og leverandører. Det danske system har en lang række fordele, men det gør det også vanskeligere at lave et tydeligt styringssystem, hvis mål og økonomirammer mv. i højere grad er til lokal forhandling. Derfor kan man ikke realistisk blot implementere Buurtzorg-organisationens styringsmodel, da andre mål, som fx bruger-/personalekontinuitet, har en anden vægt i Danmark, end det fx er tilfældet i Nederlandene.

Referencer

- (1) The Netherlands has universal health insurance — and it's all private: How the Dutch harnessed the market to cover everybody. Jan 17, 2020.
- (2) NLtimes 17/8 2022: Dutch government to limit free choice of doctor
<https://nltimes.nl/2022/08/17/dutch-government-limit-free-choice-doctor>
- (3) Aafke Victoor, Roland D Friele, Diana MJ Delnoij & Jany JDJM Rademakers, Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews, *BMC Health Services Research* 12,2012 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-441>).
- (4) OECD, Spending og long term care, 2020 -
[/https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf](https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf))
- (5) J. A. Maarse and P. P. Jeurissen, "The Policy and Politics of the 2015 Long-Term Care Reform in the Netherlands," *Health Policy* 120, no. 3 (March 2016: 241–45.)
- (6) Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 - <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2022-07-01>
- (7) Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, George A. Wharton, International System Profiles, Netherlands, 2020.
- (8) Seyyar A, Oglak S Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri (Mukayeseli Bir Degerlendirme), *ÖZ-VERİ Dergisi*; T.C. Basbakanlik Özürlüler Idaresi Baskanligi; 2004.
- (9) Aarnik, D, The Choice between institutional care and homecare in the Dutch system of long-term care, Netspar Academic Series, 2016 (https://www.netspar.nl//assets/uploads/P20160800_msc013_Aarnink-1.pdf)

VIVÉ