



Fra tall til tiltak: Bruk av kostnads- og aktivitetsdata i helseforetak

Amalie Haug og Sofie Aanonsen

Veiledere: Trond Bjørnenak og Jakob Mathias Liboriussen

Masterutredning i økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer innestår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Denne masteroppgaven studerer hvordan kostnads- og aktivitetsdata, herunder KPP, kan benyttes for å effektivisere driften av norske helseforetak. Helseforetak er pålagt å rapportere KPP-data til staten, men utviklingen og implementeringen av KPP er drevet av helseforetakenes egne behov. Dette gjør at KPP-verktøyet brukes ulikt i helseforetakene. Med utgangspunkt i det besvarer vi problemstillingen:

Hvordan kan bruk av kostnads- og aktivitetsdata øke effektiviteten i helseforetak?

For å besvare problemstillingen er det gjort en casestudie av Sykehuset i Vestfold. Problemstillingen er delt inn i to forskningsspørsmål. Første forskningsspørsmål fokuserer på hvordan kostnads- og aktivitetsdata kan brukes til intern styring. Andre forskningsspørsmål studerer hvordan samspeillet mellom fagområdene økonomi og medisin kan påvirke bruk av kostnads- og aktivitetsdata.

Studien viser at kostnads- og aktivitetsdata ved Sykehuset i Vestfold benyttes som diagnoseverktøy for å identifisere avvik. For å kunne formidle informasjon om avvikene indikerer våre funn at det er viktig at ansatte i økonomi- og analyseseksjonen har god dialog med klinikere for å skape tillit og legitimitet. Videre viser studien at det er klinikere som iverksetter tiltak basert på avvikene. Ved at tiltak iverksettes indikerer studien at det i enkelte tilfeller settes grenser for hvilke behandlinger som skal, og ikke skal, utføres.

For at klinikere skal få en dypere forståelse for hvorfor avvikene kan kreve tiltak, viser studien at det er sentralt å oversette kvantitativ informasjon fra kostnads- og aktivitetsdata til informasjon som oppleves relevant for klinikere. Videre finner vi at samarbeid og interaksjon på tvers av profesjoner fremstår som et viktig element for å identifisere avvik og iverksette tiltak. I tillegg indikerer våre funn at kostnads- og aktivitetsdata benyttes som en brobygger mellom økonomi og medisin. Begge fagområder fokuserer på behandlingskvalitet, og data kan benyttes for både å forbedre kvaliteten og økonomien til et helseforetak. På denne måten kan data bidra til forbedring av medisinske prosesser og effektivisering i helseforetaket.

KPP fordeler ikke kostnader for ledig kapasitet, slik som prinsippene i ABC tilsier, og det er kritisert hvorvidt dette reduserer nøyaktigheten. Studien viser imidlertid at nøyaktigheten i kalkylen ikke er avgjørende for effektivisering, men hvilken informasjon og hvordan den kommuniseres fra økonomi til klinikere.

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på den integrerte siviløkonomutdanningen ved Norges Handelshøyskole (NHH). Oppgaven ble skrevet på vårsemesteret i 2023 og utgjør 30 studiepoeng.

Fra og med første semester ved NHH i 2018 har vi hatt mange og gode akademiske samarbeid. Etter å tidlig i utdanningen ha etablert en god samarbeidsrelasjon, noe som vedvarte gjennom hele utdanningsforløpet, ønsket vi å skrive masterutredningen sammen. I tillegg deler vi samme interesser innenfor fagfeltet økonomi og administrasjon, og begge valgte hovedprofilen *økonomisk styring*. Siden vi begge var spesielt interesserte i faget *BUS401 – Strategiske lønnsomhetsanalyser*, ønsket vi å skrive om et tema vi hadde lært om i dette faget. Vi opplevde foreleser i faget, Trond Bjørnenak, som svært interessert i temaet KPP, en interesse som smittet over til oss som studenter.

Vi vil derfor benytte anledningen til å rette en stor takk til vår veileder Trond Bjørnenak, både for hans engasjement som foreleser og mest av alt som en glimrende veileder og støttespiller gjennom hele prosessen med masteroppgaven. Videre vil vi takke vår andre veileder Jakob Mathias Liboriussen for hans kompetanse og gode tilbakemeldinger. Takket være våre to veiledere har vi fått en dypere forståelse for KPP og helsesektoren. Deres entusiasme og kunnskap om emnet har vært en uvurderlig hjelp for oss, og takket være deres faglige kompetanse og strålende veiledning har vi fått en unik mulighet til å utforske et spennende område som kan ha stor betydning for helseforetakene i Norge.

Vi vil også rette en stor takk til våre forskningspartnere Martine Kjenstad og Kari Nyland for gode innspill og tilbakemeldinger. Sist, men ikke minst, vil vi takke våre fire informanter ved Sykehuset i Vestfold for deres bidrag til utredningen. Vi er svært takknemlige for tiden og innsatsen våre informanter har lagt ned, og for å ha delt kunnskap og erfaringer med oss. Takk til alle andre som også har bidratt med gjennomlesing, tilbakemelding og motiverende ord.

Bergen, 31. mai 2023


Amalie Haug


Sofie Aanonsen

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	8
1.1 Problemstilling og avgrensning.....	9
1.2 Oppgavens struktur	12
2. Teoretisk rammeverk.....	14
2.1 Styringssystemer	14
2.2 Levers of Control	15
2.2.1 Verdisystemet og grensesystemet	16
2.2.2 Diagnostiske og interaktive styringssystemer	18
2.2.3 Samspillet og spenningene mellom de fire styringssystemene	21
2.2.4 Kritikk av Levers of Control	23
2.3 Aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC)	24
2.3.1 Tidsdreven ABC.....	26
2.3.2 Tidsdreven ABC i helsesektoren.....	27
2.3.3 Empiriske studier og kritikk av TD-ABC i helsesektoren	29
2.4 Oppsummering	31
3. Metodisk rammeverk.....	33
3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.....	34
3.2 Forskningsdesign.....	35
3.3 Datainnsamling.....	38
3.4 Dataanalyse	40
3.5 Metodekvalitet.....	41
3.6 Etske vurderinger	45
3.7 Oppsummering	46
4. Beskrivelse av kostnad per pasient (KPP)	47
4.1 KPP-modellens utforming og tiltenkte formål	47
4.2 Beskrivelse av kostnads- og pasientinformasjon	49
4.2.1 KOSPA.....	49

4.2.2	OPA.....	57
4.3	Bruk av kostnads- og aktivitetsdata på SiV.....	59
4.3.1	Effektivisering av pasientbehandlinger ved bruk av KPP.....	59
4.3.2	Effektivisering gjennom bedre kapasitetsutnyttelse.....	61
4.3.3	Samhandling med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	62
4.4	Oppsummering	63
5.	Analyse av bruk av kostnads- og aktivitetsdata for effektivisering.....	65
5.1	Initiering av tiltak basert på kostnads- og aktivitetsdata	65
5.1.1	KPP som diagnoseverktøy.....	66
5.1.2	Skape legitimitet og tillit blant klinikere	68
5.2	Iverksetting av tiltak.....	70
5.2.1	Oversette fra økonomispråket til medisinspråket.....	71
5.2.2	Dialog mellom nivåer i styringshierarkiet.....	72
5.2.3	Oppfølging av iverksatte tiltak	74
5.3	Et verktøy for balansering av økonomi og kvalitet	75
5.3.1	Bruk av bedriftsspråk i helseforetaket.....	76
5.3.2	Kvalitetsfokus i helseforetaket	77
5.3.3	Endring i medisinsk praksis	79
5.4	Hvorfor følger ikke KPP prinsippene for ABC-kalkyler?.....	80
5.4.1	DRG-kostnaden som sammenligningsgrunnlag.....	80
5.4.2	Overvåking og reduksjon av ledig kapasitet	82
5.5	Oppsummering	84
6.	Konklusjon og fremtidig forskning.....	87
6.1	Hovedfunn.....	87
6.1.1	Kostnads- og aktivitetsdata til intern styring.....	87
6.1.2	Samspill mellom økonomi og medisin.....	89
6.2	Bidrag og implikasjoner	91
6.3	Begrensninger og gyldighet.....	93
6.4	Fremtidig forskning.....	94
7.	Referanseliste.....	95

7.1	Litteraturliste	95
7.2	Interne dokumenter	99
8.	Vedlegg	100
8.1	Vedlegg 1: Informasjon til informanter	100
8.2	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	100
8.2.1	Intervjuguide – Analyseseksjon	100
8.2.2	Intervjuguide – Klinikere	102
8.2.3	Intervjuguide – Økonomiseksjonen	103

Figuroversikt

Figur 1.1 - Handlingsrom	9
Figur 1.2 - Utredningens disposisjon	13
Figur 2.1 - Styringsystemer som en pakke	15
Figur 2.2 - Strategistyring: Styringsobjekter som må analyseres.....	16
Figur 2.3 - Transformering av mulighetsområdet til område for søk og innflytelse.....	18
Figur 2.4 - Fordeling av kostnader i ABC-kalkyler	25
Figur 4.1 - Fire av arkfanene i KOSPA.....	50
Figur 4.2 - Åpningsbildet i KOSPA	51
Figur 4.3 - Organisasjon, oppholdstype og diagnoserelatert gruppe (DRG).....	51
Figur 4.4 - Sammenligning av kostnadene i SiV mot DRG-kostnadene.....	52
Figur 4.5 - Pas.adm. i KOSPA	53
Figur 4.6 - Utklipp fra pas.adm.	53
Figur 4.7 - Liggedøgnfordeling (døgnskilte).....	54
Figur 4.8 - Hoved- og bidiagnoser i KOSPA	55
Figur 4.9 - Utklipp av hoved- og bidiagnoser	56
Figur 4.10 - KPP i KOSPA	57
Figur 4.11 - Kapasitet ved operasjonsstuer	58
Figur 5.1 - Bruk av kostnads- og aktivitetsdata.....	65
Figur 5.2 - Hvordan vekke den faglige interessen?.....	71
Figur 5.3 - Styringshierarkiet i et offentlig helseforetak	73
Figur 5.4 - Forskjellen mellom ABC og KPP	81

Tabelloversikt

Tabell 3.1 - Oversikt over informanter.....	39
Tabell 4.1 - Bruksområder for kostnads- og aktivitetsdata	59
Tabell 4.2 - Data på tvers av somatikk, PHV og TSB.....	62

1. Innledning

Når antallet «forsørgede» øker samtidig med en stagnasjon blant de sysselsatte, øker forsørgerbrøken raskt. Det blir da enda viktigere enn tidligere at de sysselsatte oppnår høy produktivitet og verdiskaping for å finansiere økte kostnader til helse, pensjoner og velferd.

(NOU 2023: 4, s. 42)

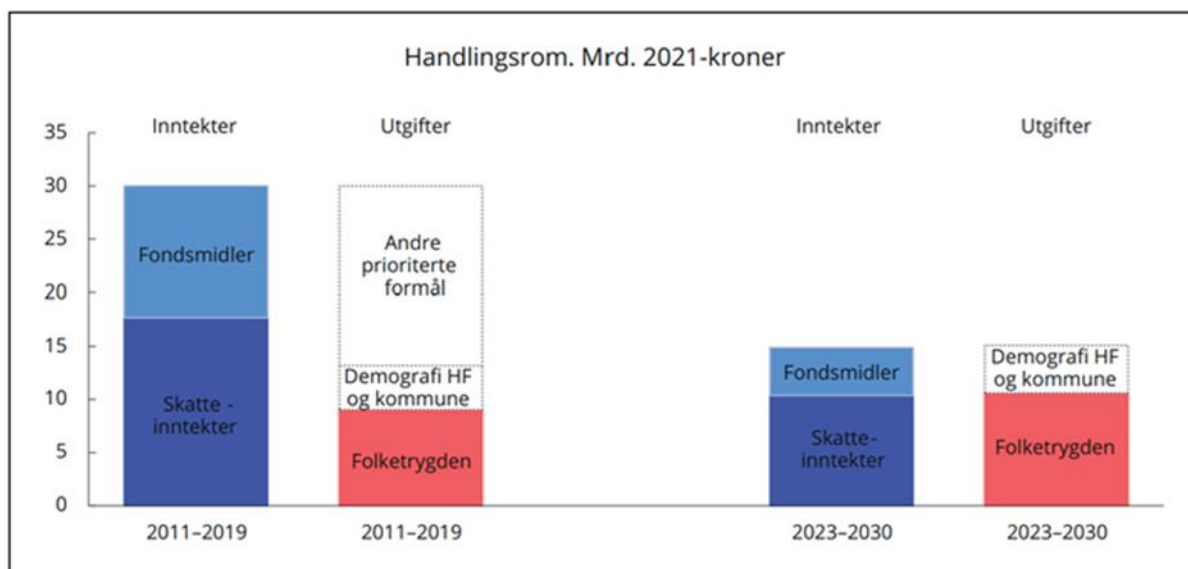
Med utgangspunkt i sitatet ovenfor er det med god grunn til å tro at eldrebølgen vil føre til betydelige utfordringer i helsesektoren de neste årene. Med forsørgerbrøk menes «*forholdet mellom antall personer i eldre aldersgrupper og antall personer i eldre der folk typisk arbeider*» (NOU 2023: 4, s. 42). Flere eldre, og færre yrkesaktive, understreker viktigheten av å optimalisere helsesektoren for å kunne behandle flest mulig pasienter til lavest kostnad, uten at dette går på bekostning av kvaliteten på behandlingene. Videre vil befolkningen ha økende forventninger til helsetjenesten fremover (Helse Midt-Norge, 2022). For å tilfredsstille befolkningens krav til de offentlige helsetjenestene, er det viktig at tjenestene er gode, tilgjengelige og brukervennlige. Viktigheten av dette forsterkes når pasientene får økt tilgang til informasjon via internett, og ifølge Opinion¹ vil generasjonen som vokser opp nå være den mest kunnskapsrike generasjonen (Helse Sør-Øst, u.å.). Videre vil et globalisert marked, og nye og ofte dyrere behandlinger øke pasientenes forventninger til helsetjenestene (Helse Sør-Øst, u.å.).

Helse- og omsorgsdepartementet publiserte i februar 2023 NOU'en *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Denne utredningen understreker poenget av å måtte legge om sykehusdriften til å bli mer ressurseffektiv. «*Det blir stadig flere eldre som skal forsørges av dem som arbeider. Forsørgerbrøken øker fra rundt 25 prosent i 2022 til 30 prosent i 2030 og 37 prosent i 2040*» (NOU 2023: 4, s. 43). Videre fremkommer det at helseforetak har opplevd utfordringer knyttet til bemanning av ledige stillinger. Dette gjelder hovedsakelig sykepleiere til både ordinære sengeposter og intensivavdelingen, jordmødre og personell innen psykisk helsevern (NOU 2023: 4). Utfordringene med rekruttering til helseforetakene gjør det krevende å opprettholde flere grunnleggende tjenester (NOU 2023: 4), og det vil dermed være viktig å finne et mer ressurseffektivt styringssystem.

¹ Sitert i Helse Sør-Øst (u.å.)

I storbyene oppleves det i tillegg konkurranse om arbeidskraft med private aktører (NOU 2023: 4).

Figur 1.1 viser «anslått årlig vekst i strukturelle skatte- og avgiftsinntekter, vekst i bruk av olje- og fondsinntekter, folketrygden og demografidrevne kostnader i helseforetakene og kommunesektoren», i milliarder 2021-kroner (Finansdepartementet, 2021b, s. 183). Av figuren fremkommer det at veksten i inntekter fra skatter og avgifter, og olje og fond vil være betydelige redusert i tidsrommet 2023-2030 sammenlignet med fra 2011-2019. Likevel vil vekst i folketrygden og demografidrevne kostnader i helseforetakene og kommunesektoren økes, og av figuren vises det at fondsmidlene er planlagt å finansiere de demografidrevne kostnadene (NOU 2023: 4). Dette fører til at handlingsrommet vil bli betydelig redusert (NOU 2023: 4).



Figur 1.1 - Handlingsrom

1.1 Problemstilling og avgrensning

Vår motivasjon for denne utredningen er å forske på hvordan man kan utnytte kostnads- og aktivitetsdata, herunder kostnad per pasient (KPP), for å effektivisere driften av norske helseforetak. Med å effektivisere driften menes «å prioritere de viktigste målsettingene og tiltakene og å løse oppgavene på best mulig måte» (Finansdepartementet, 2021a, s. 144). Finansdepartementet (2021a) trekker videre frem at dersom offentlige oppgaver kan utføres på en mer kostnadseffektiv måte, kan organisasjoner oppnå like gode resultater med lavere

ressursbruk, eller bedre resultater med samme ressursbruk. I utredningen vil vi besvare følgende problemstilling:

Hvordan kan bruk av kostnads- og aktivitetsdata øke effektiviteten i helseforetak?

KPP-data er inkludert i betegnelsen *kostnads- og aktivitetsdata*, og vi vil studere hvordan helseforetak kan bruke kostnads- og aktivitetsdata til intern styring. Det bør nevnes at vi i hovedsak vil fokusere på hvordan bruk KPP kan påvirke et helseforetak, men også hvordan bruk av annen kostnads- og aktivitetsdata kan bidra i effektiviseringsarbeidet. Ved inkludering av annen kostnads- og aktivitetsdata i tillegg til KPP, kan det dannes en bedre forståelse for ressursene som kreves for å nå de fastsatte målene. Vi som forskere kan dermed skape en mer helhetlig forståelse for hvordan effektiviteten i et helseforetak kan økes.

KPP er en betegnelse på metoden norske helseforetak benytter for å estimere kostnaden knyttet til behandlingen av en pasient. KPP-dataen fra de ulike helseforetakene benyttes blant annet til utvikling av innsatsstyrt finansiering (ISF), samt i forvaltningen av diagnoserelaterte grupper (DRG)-systemet (HDIR, 2018). ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning fra staten til de regionale helseforetakene, og sammen med basisbevilgningen utgjør dette hovedgrunnet for finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (HDIR, 2021). Finansieringsordningen gjør at deler av de regionale helseforetakenes budsjett avhenger av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling (HDIR, 2021), og dermed vil ordningen betegnes som en stykkprisfinansiering (Magnussen, 2019). Finansieringen baseres på hvilken DRG pasienten tilhører, hvor hver DRG samler pasienter i «*grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene*» (HDIR, 2022).

Helseforetak er pålagt å rapportere KPP-data til staten, men utviklingen og implementeringen av KPP er drevet av helseforetakenes egne behov. Dette gjør at KPP-verktøyet brukes ulikt i helseforetakene, da KPP utformes med ulik detaljeringsgrad i de ulike helseforetakene. I tillegg til å være en metode for kobling av informasjon om den medisinske behandlingen med informasjon om behandlingens kostnad, kan KPP også være med på å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen og effektivisere driften i helseforetakene (HDIR, 2018). I utredningen til Flokenes og Gladhaug (2020) finner forskerne at KPP i hovedsak benyttes som statsadministrativt rapporteringsverktøy, og ikke som økonomisk styringsverktøy, og medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. Det kan derfor tenkes at enkelte helseforetak

kun benytter KPP som et eksternt rapporteringsverktøy, ettersom helseforetak er pålagt å rapportere data om pasientkostnader etter KPP-modellen til regionale helseforetak og sentrale helsemyndigheter. Det kan tenkes at enkelte helseforetak i større grad benytter KPP til intern styring for å forbedre den medisinske praksisen og dermed effektivisere helseforetaket. Gjennom problemstillingen ønsker vi å undersøke hvordan kostnads- og aktivitetsdata kan benyttes til intern styring for å effektivisere et helseforetak. For å besvare problemstillingen har vi valgt å studere Sykehuset i Vestfold (SiV), da helseforetaket er omtalt som et helseforetak som bruker KPP utover den lovpålagte rapporteringen. Problemstillingen vil besvares ved å benytte Robert Simons (1995b) sitt rammeverk, Levers of Control, samt teori om aktivitetsbasert kalkulasjon.

I studien vår vil vi gjennomføre en kvalitativ analyse, hvor vi bruker intervju som primærmetode og dokumentstudier som sekundærmetode. Den kvalitative analysen vil danne grunnlaget for å besvare spørsmålet om hvordan kostnads- og aktivitetsdata kan bidra til økt effektivitet i helseforetak. For å få innsikt i, og kunnskap om, hvordan kostnads- og aktivitetsdata brukes i praksis, vil vi intervjuere ansatte ved SiV. Formålet med intervjuene er å forstå hvordan helseforetak i større grad kan øke effektiviteten i organisasjonen ved å bruke kostnads- og aktivitetsdata som interne styringsverktøy.

Vi har både intervjuet to ansatte innenfor økonomi- og analyseseksjonen, og to ansatte i ulike klinikker. Informantene innenfor økonomi- og analyseseksjonen, og øvrige ansatte som har tilgang til KPP-verktøyet, vil videre bli omtalt som «økonomiansatte». Vi bruker betegnelsen «klinikere» i utredningen, en betegnelse som omfatter alle ansatte på klinikk-, avdeling- og seksjonsnivå med medisinsk faglig bakgrunn som arbeider operativt.

Det har i tidligere utredninger (eksempelvis Flokenes & Gladhaug (2020), Bakken & Kristiansen (2019) og Skrove & Utnes (2019)) blitt forsket på implementering av KPP i helsesektoren, og dets utfordringer i praksis. Med en oppfatning av at SiV bruker kostnads- og aktivitetsdata aktivt i medisinske prosesser og til benchmarking, er formålet med vår studie å undersøke hvilke forhold som kan bidra til å øke effektiviteten ved bruk av kostnads- og aktivitetsdata. På denne måten kan andre helseforetak som ikke benytter kostnads- og aktivitetsdata på tilsvarende måte tilegne seg kunnskap om hvordan dataen potensielt kan benyttes. Dersom den interne styringen forbedres og effektiviteten ved helseforetakene økes, kan flere helseforetak få «mer helse per krone», noe som er essensielt å oppnå før eldrebølgen inntreffer for fullt.

1.2 Oppgavens struktur

I dette kapitlet har vi presentert oppgavens problemstilling, diskutert hvorfor problemstillingen er relevant, og gjort rede for hvordan den skal besvares. I kapittel 2 presenterer vi det teoretiske rammeverket som er grunnlaget for analysen vår senere i oppgaven. Her vil vi gå igjennom styringssystemer og Simons (1995b) sitt rammeverk kalt Levers of Control, i tillegg til aktivitetsbasert kalkulasjon. Vi vil i kapittel 3 gjennomgå det metodiske rammeverket, hvor vi innledningsvis i kapitlet vil presentere forskningsspørsmålene til utredningen. I metodekapitlet fokuserer vi videre på valg av forskningsdesign, datainnsamling og -analyse, og metodekvalitet, før vi tar for oss etiske vurderinger vi har gjort i arbeidet med masterutredningen. I kapittel 4 presenterer vi KPP-modellens utforming og tiltenkte formål. Videre beskriver vi hvordan SiV bruker kostnads- og pasientinformasjon, inkludert KPP, i styringen av helseforetaket. I analysen, kapittel 5, vil vi analysere studiens empiriske funn opp mot det teoretiske rammeverket Levers of Control og teorien om ABC-kalkyler. Her vil vi analysere både hvilke faktorer som kan vurderes som vesentlige for bruk av kostnads- og aktivitetsdata til effektivisering, hvorav balanseringen mellom fokus på økonomi og kvalitet vil inngå. Avslutningsvis i oppgaven vil vi presentere en konklusjon på problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål ut ifra funnene fra analysen vår. I tillegg vil vi vurdere hvilke bidrag, implikasjoner og begrensninger utredningen har, samt komme med innspill til videre forskning.

Disposisjonen er sammenfattet i Figur 1.2.

Kapittel 1: Innledning	Presentasjon av utredningens problemstilling og avgrensning, samt utredningens struktur
Kapittel 2: Teoretisk rammeverk	Beskrivelse av styringssystemer, gjennomgang av rammeverket Levers of Control, og gjennomgang av aktivitetsbasert kalkulasjon
Kapittel 3: Metodisk rammeverk	Kartlegging av vitenskapsteoretisk utgangspunkt, begrunnelse av forskningsdesign og metode, samt etiske vurderinger
Kapittel 4: Beskrivelse av kostnad per pasient (KPP)	Tar for seg KPP-modellens utforming, verktøyene KOSPA og OPA, effektivisering av pasientbehandlinger og kapasitetsutnyttelse, samt samhandling med PHV og TSB
Kapittel 5: Analyse av bruk av kostnads- og aktivitetsdata for effektivisering	(1) initiering av tiltak basert på kostnads- og aktivitetsdata, (2) iverksetting av tiltak, (3) et verktøy for balansering av økonomi og kvalitet og (4) hvorfor følger ikke KPP prinsippene for ABC-kalkyler?
Kapittel 6: Konklusjon og fremtidig forskning	Konklusjon på bakgrunn av funnene fra analysen, presentasjon av studiens bidrag og implikasjoner, samt forslag til fremtidig forskning av KPP i helsesektoren

Figur 1.2 - Utredningens disposisjon

2. Teoretisk rammeverk

For å danne en grunnleggende forståelse for å kunne besvare problemstillingen vil vi presentere relevant teori. Vi vil innledningsvis starte med å gjennomgå styringssystemer og styringsverktøy, da dette er sentralt for å forstå hvordan ulike styringsverktøy kan brukes for å oppnå effektiv styring. Vi finner det hensiktsmessig å bruke Simons (1995b) sitt rammeverk Levers of Control, da vi mener at rammeverket er relevant for å undersøke hvilke styringssystemer som kan være aktuelle for å øke effektiviteten i helsesektoren. Rammeverket vil dermed anvendes i analysekapittelet for å diskutere hvordan helseforetak kan bruke kostnads- og aktivitetsdata for å oppnå økt effektivitet. Avslutningsvis vil vi gjennomgå det teoretiske rammeverket rundt aktivitetsbasert kalkulasjon, samt tidsdrevet aktivitetsbasert kalkulasjon, da dette danner utgangspunktet for KPP-modellen.

2.1 Styringssystemer

Ifølge Malmi og Brown (2008, s. 290, vår oversettelse) kan styring defineres på følgende måte:

«Styring inkluderer alle verktøy og systemer som ledelsen bruker for å sikre at de ansattes atferd og beslutninger er i tråd med organisasjonens mål og strategier, men ekskluderer systemer som utelukkende støtter beslutningstaking».

Det finnes et bredt spekter av ulike styringsverktøy organisasjoner kan benytte for å nå sine målsettinger. Dersom styringsverktøyene er designet og koordinert for å brukes sammen, kan de defineres som et styringssystem. Dersom de ulike verktøyene derimot benyttes av ulike interessegrupper på ulike tidspunkter, kan man ifølge Malmi og Brown (2008) definere dette som en «pakke» med styringssystemer.

Moderne bedrifter er komplekse, og det kan dermed være hensiktsmessig for ledere å benytte flere ulike styringsverktøy for å styre organisasjonen. Ved å betrakte styringssystemer som en pakke kan man ifølge Malmi og Brown (2008) utvikle en større forståelse for hvordan man kan designe ulike verktøy for å støtte organisasjonens mål, kontrollere aktiviteter og forbedre organisasjonens prestasjon. Med dette som utgangspunkt utviklet Malmi og Brown (2008) et konseptuelt rammeverk bestående av en pakke med styringsverktøy. Rammeverket inkluderer fem ulike typer styring; kulturell styring, planlegging, kybernetisk styring, belønning og

kompensasjon, og administrativ styring. Styringspakken og dens komponenter er illustrert i Figur 2.1.

Kulturell styring						
Klaner		Verdier			Symboler	
Planlegging		Kybernetisk styring				Belønning og kompensasjon
Langtidsplaner	Handlingsplaner	Budsjett	Finansielle målesystem	Ikke-finansielle målesystem	Hybride målesystem	
Administrativ styring						
Styringsstrukturer		Organisasjonsstrukturer			Retningslinjer og prosedyrer	

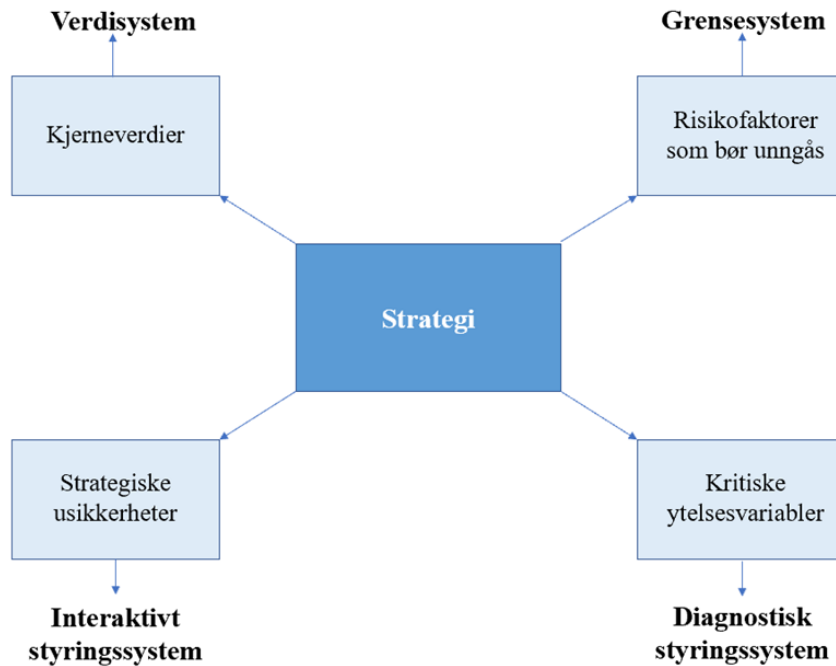
Figur 2.1 - Styringssystemer som en pakke (Malmi & Brown, 2008, s. 291, vår oversettelse)

Noen av elementene i styringspakken til Malmi og Brown (2008) kan knyttes opp mot rammeverket Levers of Control. Ett av elementene i styringspakken, kulturell styring, omhandler hvordan verdier og symboler i organisasjonen kan påvirke ansattes handlinger (Malmi & Brown, 2008). Et annet element, kybernetisk styring, inkluderer verktøy hvor det benyttes en «feedback loop» for å kontrollere atferd og oppnå ønskede resultater, hvor et eksempel på et kybernetisk styringsverktøy er budsjett (Malmi & Brown, 2008). Ved å benytte en «feedback loop» settes det opp prestasjonsstandarder og et målesystem for å evaluere ytelsen, og deretter sammenlignes resultatene med standardene. Hvis det er uønskede avvik fra standardene, brukes informasjonen til å justere atferden for å oppnå bedre resultater. Videre skal vi presentere rammeverket Levers of Control og vise hvordan disse elementene gjenspeiles her.

2.2 Levers of Control

Mer enn ti år med datainnsamling for å besvare spørsmålet om hvordan ledere balanserte innovasjon og kontroll, resulterte i at Robert Simons (1995b) utviklet rammeverket Levers of Control (LoC). Rammeverket fokuserer på hvordan ledere bør benytte styringssystemer i organisasjoner hvor det er behov for fleksibilitet, innovasjon og kreativitet (Simons, 1995b).

Simons (1995b) sitt rammeverk består av fire styringssystemer; verdisystemet, grensesystemet, det diagnostiske styringssystemet og det interaktive styringssystemet. Hver av styringssystemene har tilhørende styringsobjekter, hvorav disse må analyseres og forstås for å muliggjøre en effektiv strategiimplementering (Simons, 1995b). Figur 2.2 illustrerer de fire styringssystemene med tilhørende styringsobjekter:



Figur 2.2 - Strategistyring: Styringsobjekter som må analyseres (Simons, 1995b, s. 7, vår oversettelse)

Verdisystemet omfatter kjerneverdiene i organisasjonen, og er viktig i arbeidet mot å nå de overordnede målene. Grensesystemet omfatter risikofaktorer som bør unngås. Dette gjøres ved å prøve å unngå opportunistisk atferd, ved å kommunisere regler og sette grenser i organisasjonen. Det diagnostiske styringssystemet muliggjør at ledere kan styre graden av måloppnåelse av måltall. Grad av måloppnåelse skal bidra til motivasjon i organisasjonen, i tillegg til at høy måloppnåelse skal belønnes. Det interaktive styringssystemet motiverer til læring innad i organisasjonen, hvor nye ideer og strategier blir til ved å involvere flere mellomledere i det daglige arbeidet (Simons, 1995b).

2.2.1 Verdisystemet og grensesystemet

Som nevnt innledningsvis vil Simons (1995b) sitt rammeverk være med på å utforske hvilke muligheter organisasjonen har når det kommer til innovasjon og nytenking, uten at dette går på bekostning av ledernes kontroll. Verdisystemet og grensesystemet opptrer som motparter,

hvor verdisystemet kan kategoriseres som positivt og grensesystemet som negativt. Der verdisystemet ser etter nye muligheter og motiverer til økt innovasjon (Simons, 1995b), vil grensesystemet være begrensende ved å snevre inn mulighetene basert på allerede definerte risikoer (Simons, 1995b). I en verden hvor det er et økende press på å forbedre prestasjoner i en organisasjon, i tillegg til at muligheter øker, vil et klart verdisystem og grensesystem stadig bli viktigere (Simons, 1995b).

Verdisystemet omfatter som sagt kjerneverdiene i organisasjonen. Organisasjonens kjerneverdier kommuniserer hva organisasjonen ønsker å formidle med forretningsstrategien sin gjennom å definere organisasjonens grunnleggende verdier, samt dens ønskede retning og formål (Simons, 1995b). Ved å ha etablerte kjerneverdier, vil de ansatte ha retningslinjer som vil hjelpe dem til å håndtere problemer og finne passende løsninger. Videre vil verdisystemet bidra til å motivere de ansatte til å finne nye måter å skape verdi på innad i organisasjonen, selv når det ikke er utfordringer. Insentivet til å tenke innovativt vil derfor være til stede både i situasjoner der det er behov for problemløsning, men også når nye løsninger vil forbedre dagens situasjon.

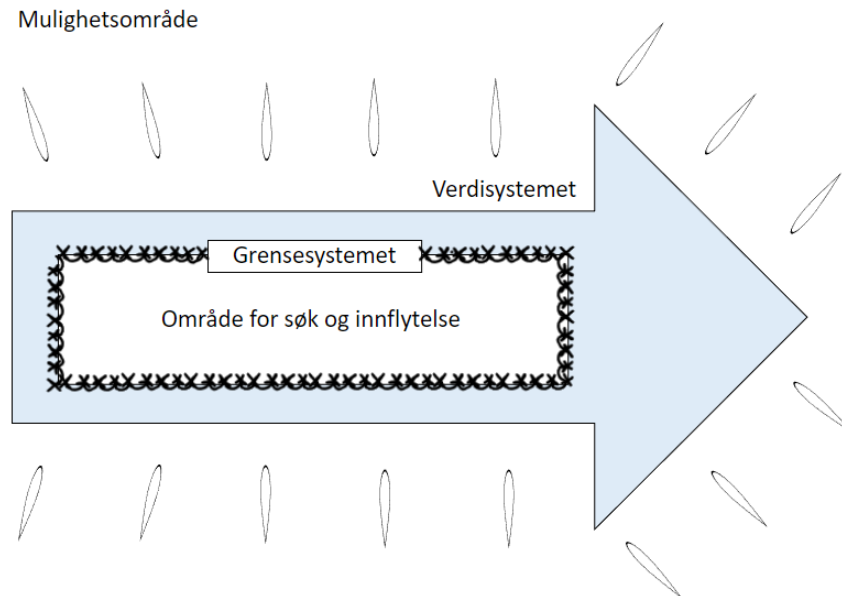
I kontrast til verdisystemet som åpner opp for nytenking og innovasjon, vil grensesystemet være mer begrensende i forhold til de ansattes muligheter (Simons, 1995b). Ifølge Chester Barnard², er en forutsetning for effektiv beslutningstaking at det er satt noen grenser for beslutningstakerne. Til tross for at det er begrensninger i de ansattes handlingsrom, vil ledere delegere beslutningstaking nedover i organisasjonen (Simons, 1995b). Grensesystemet vil opptre som klare grenser på hvordan man skal håndtere ulike situasjoner, som igjen vil redusere risiko. Innenfor de gitte grensene, vil de ansatte ha fritt handlingsrom til å søke etter muligheter for å skape verdi. Dette vil øke kreativiteten og fleksibiliteten innad i organisasjonen.

Mulighetsområdet

Figur 2.3 illustrerer hvordan samspillet mellom verdisystemet og grensesystemet opptrer i harmoni. Verdisystemet motiverer til å søke etter muligheter og gir tilgang til hele mulighetsområdet, mens grensesystemet setter grenser som snevrer inn området (Simons,

² Sitert i Simons (1995b)

1995b). Dette fører til at mulig handlingsrom blir begrenset. Det nye, innsnevrede mulighetsområdet er kalt for «område for søk og innflytelse», da ledere og/eller ansatte har myndighet til å søke etter mulige løsninger og dermed ha innflytelse innenfor gitte rammer.



Figur 2.3 - Transformering av mulighetsområdet til område for søk og innflytelse (Simons, 1995b, s. 42, vår oversettelse)

2.2.2 Diagnostiske og interaktive styringssystemer

Det interaktive styringssystemet fokuserer hovedsakelig på strategiske usikkerheter, i kontrast til det tradisjonelle diagnostiske systemet som fokuserer på kritiske ytelsesvariabler (Simons, 1995b). Tidsmessig kategoriseres diagnostiske styringssystemer som mer fortids- og nåtidsfokuseret, mens interaktive styringssystem er mer nåtids- og fremtidsfokuseret. Videre vil diagnostiske styringssystem ha fastsatte mål, mens målene i et interaktivt styringssystem kontinuerlig vil bli oppdatert. Vi vil nå gå igjennom de to styringssystemene i detalj, før vi går over til samspillet mellom alle fire styringssystemer.

Diagnostisk styringssystem

Ifølge Simons (1995a) sikrer det diagnostiske styringssystemet at ledere oppnår mål på en effektiv måte. Ledelsen gjennomgår lønnsomheten og predefinerte mål for å sikre at organisasjonen beveger seg i ønsket retning. For å gjøre dette, benyttes formelle feedbacksystemer for å overvåke, kontrollere og eventuelt korrigere for avvik av kritiske ytelsesvariabler (KPI'er). Simons (2005, s. 85, vår oversettelse) definerer kritiske

ytelsesvariabler som *«en faktor som må oppnås eller implementeres for at organisasjonens planlagte forretningsstrategi skal lykkes»*.

For ledelsen vil det være viktig å finne KPI'er som effektivt kommuniserer strategien til de ansatte, i tillegg til å oppmuntre til ønsket atferd (Simons, 2005). Eksempler på KPI'er et helseforetak kan ha er *antall behandlede pasienter per årsverk* eller *gjennomsnittlig antall ventedager*. Oppfølging av KPI'ene muliggjør at helseforetaket kan vurdere måloppnåelse av de fastsatte målene for å styre i retning av ønsket atferd. Å sette opp KPI'er og ha et målesystem for evaluering av KPI'ene, vil ifølge Malmi og Brown (2008) defineres som en «feedback loop», og inngår i kybernetisk styring.

Til tross for at diagnostiske styringssystemer gir feedback i form av korrigerende ved avvik, er ikke det diagnostiske styringssystemet alene tilstrekkelig for å sikre effektiv styring (Simons, 1995a). Ifølge Simons (1995a), kan kun bruk av diagnostiske styringssystemer føre til et press på ansatte, som igjen kan føre til kontrollsvikt, og i verste fall kriser. Presset kan oppstå dersom de ansatte holdes ansvarlige for å oppnå KPI'er, og blir overlatt til sine respektive avdelinger for å nå dem uten tilstrekkelig oppfølging og hjelp fra ledelsen (Simons, 1995a). For at en organisasjon skal være effektiv bør organisasjonen balansere spenningene mellom høy grad av både læring og kontroll. Over tid kan organisasjonen implementere informasjonen og læringen fra interaktive styringssystemer inn i strategiene og målene, som overvåkes og kontrolleres av diagnostiske styringssystemer (Simons, 1995b).

Interaktivt styringssystem

I kontrast til det diagnostiske styringssystemet, som i utgangspunktet er benyttet for kontroll, vil det interaktive styringssystemet brukes for læring og innovasjon (Simons, 2005). Interaktive styringssystemer er ifølge Simons (1995b, s. 95, vår oversettelse) *«formelle informasjonssystemer som ledere bruker for å involvere seg selv regelmessig og personlig i beslutningsprosessene til underordnede»*. Ved at lederne involverer seg mer i de ansattes arbeid, vil dette fremme dialog mellom nivåer i styringshierarkiet i organisasjonen. Kommunikasjon og samarbeid gir mulighet for å diskutere mellom nivåer i organisasjonen, som kan være med på å effektivt identifisere og løse utfordringer (Simons, 1995b). Dette er imidlertid mer ressurs- og kostnadskrevende, da ledere og øvrige ansatte må øke samhandlingen (Abernethy & Brownell, 1999).

For at et styringssystem skal være interaktivt, er det fire kriterier som må være oppfylt (Simons, 2005, s. 141, vår oversettelse):

1. Styringsinformasjonen må konsekvent være på toppledelsens agenda og være høyt prioritert
2. Som følge av toppledelsens vedvarende interesse, blir data regelmessig undersøkt av ledere på alle nivåer i organisasjonen
3. Innsamlet data blir diskutert ansikt-til-ansikt i møter mellom ledere og øvrige ansatte
4. Fokuset i diskusjonen ligger på å debattere og løse utfordringer knyttet til data, antagelser og handlingsplaner

Empiriske studier om diagnostiske og interaktive styringssystemer

Abernethy og Brownell (1999) har studert 63 offentlige sykehus for å finne ut hvordan bruk av budsjett diagnostisk eller interaktivt virker inn på forholdet mellom strategisk endring og ytelse. Ifølge studien vil organisasjoner med høy strategisk usikkerhet tjene på å bruke budsjettet interaktivt. Fordelene ved å bruke budsjettet interaktivt vil da være at organisasjonen i større grad tilpasser seg etter endringene i omstendighetene og bidrar til læring (Abernethy & Brownell 1999). Dette funnet samsvarer med studien til Shen og Perera (2013) om diagnostisk og interaktivt bruk av budsjett i offentlige organisasjoner i Australia. Hovedfunnet deres er at diagnostisk bruk av budsjett vil være det mest effektive hos organisasjoner med lite strategisk usikkerhet, og interaktivt bruk av budsjett ved høy strategisk usikkerhet.

I studien til Bobe og Kober (2018), er det undersøkt hvordan leders kjønn påvirker bruken av styringssystem og ytelsesmål. Funnet fra studien er at kvinner i større grad anvender transformasjonsledelse og bruker interaktive styringssystemer relativt oftere, i kontrast med menn som i større grad har en transaksjonsbasert lederstil med diagnostiske styringssystemer. Transformasjonsledelse omfatter mer kommunikasjon og samarbeid for å nå fastsatte mål (Bobe & Kober, 2018). På den andre siden, vil en transaksjonsbasert lederstil involvere mindre samarbeid mellom ledere og underordnede, og ledere vil kun involveres dersom det oppstår avvik fra ytelsesmålet.

Videre er det funnet at kvinnelige ledere assosieres med bedre prestasjoner, sammenlignet med menn (Bobe & Kober, 2018). Det vil implisitt bety at kvinner tar bedre beslutninger og/eller

handler annerledes innad i organisasjonen (Bobe & Kober, 2018). Dette kan ifølge forfatterne forklares ved at kvinner i større grad tar i bruk den strategiske informasjonen som en del av styringssystemet. Videre kan dette medføre bedre beslutninger, som igjen øker organisasjonens prestasjon.

2.2.3 Samspillet og spenningene mellom de fire styringssystemene

Samspillet mellom de fire styringssystemene utgjør til sammen et helhetlig styringssystem. Ved balansering av de fire systemene, vil organisasjoner oppleve økt verdiskaping, uten at dette går på bekostning av lederens kontroll. Ved at hvert styringssystem er unikt og et nyttig system for å oppnå bedre styring, vil det å balansere disse styringssystemene bidra til at lederne kan styrke organisasjonen i form av bedre og mer effektive beslutninger (Simons, 1995a).

Tabellen nedenfor viser et konstruert eksempel på hvordan verdisystemet, grensesystemet, det diagnostiske og det interaktive styringssystemet kan opptre i praksis.

Verdisystem	En kjerneverdi til et helseforetak kan være <i>kvalitet</i> . Ved å fokusere på god kvalitet for pasienten, bør helsepersonell ha gode kommunikasjonsevner og vise god omsorg for pasienten, i tillegg til medisinsk god kvalitet på behandlingene. Ledelsen ved helseforetaket kan ved å aktivere verdisystemet skape kultur for å vise empati til pasienter og pårørende, som kan øke pasientens opplevde behandlingskvalitet.
Grensesystem	Det er ikke garantert at alt helsepersonell ved helseforetaket har tilstrekkelig informasjon til å vurdere hvilke konsekvenser alternative pasientbehandlinger vil ha. Dermed vil klare prosedyrer og retningslinjer være nødvendig for å sikre god pasientbehandling. Ledelsen vil dermed ha oversikt over hvilke behandlinger som blir utført, selv om de ikke deltar i hver enkelt beslutningsprosess. Klare prosedyrer og retningslinjer vil videre være med på å minimere risikoen for feilbehandling, som igjen styrker pasientsikkerheten og kvaliteten.

Diagnostisk styringssystem	Ledelsen ved helseforetaket kan ha en målsetting om å behandle flest mulig pasienter, og da gjerne ha et kvantitativt mål på antall behandlinger per tidsenhet (eksempelvis 50 celleprøver per uke). Slike målsettinger gjør det mulig for ledelsen å overvåke, kontrollere og eventuelt korrigere for avvik.
Interaktivt styringssystem	Månedlige oppfølgingsmøter mellom økonomi og klinikere, og klinikker og avdelinger, kan øke kommunikasjonen i helseforetaket. På møtene kan de diagnostiske målsettingene bli gjennomgått, og ledere og øvrige ansatte kan dele av sine erfaringer for å forbedre og effektivisere driften av foretaket. Ved å ha et slikt styringssystem, vil de fire kriteriene for interaktive styringssystemer være oppfylt.

På den ene siden utgjør grensesystemet og det diagnostiske styringssystemet det Simons (1995b) kaller *yin*. Grensesystemet og det diagnostiske systemet brukes for sikre at de ansatte følger allerede definerte regler og rutiner og setter begrensninger. Dette sikrer at lederne har kontroll over organisasjonen og kan følge med på om de planlagte målene blir oppnådd. På den andre siden utgjør verdisystemet og det interaktive styringssystemet *yang*. Verdisystemet og det interaktive styringssystemet brukes for å motivere til innovasjon, og representerer sol, varme og lys. Yin og yang er dermed motstridende krefter i en organisasjon, og sammen vil disse kreftene skape en dynamisk spenning som er viktig for å ha en effektiv styring (Simons, 1995b).

For å illustrere yin og yang i praksis, vil vi igjen ta utgangspunkt i et helseforetak. For å sikre behandlingskvaliteten og -sikkerheten, vil bruk av sentraliserte regler og standardiserte prosedyrer for norske helseforetak være viktig, og representerer yin. For å øke fleksibiliteten og utarbeide en mer tilpasset behandling til den enkelte pasient, kan helseforetaket ha en mer autonom strategi. Desentraliseringen og autonomien fører til at helsepersonellet kan tilpasse behandlingspraksis ut ifra den enkelte pasients behov. Dette vil klassifiseres som yang.

I tillegg til de dynamiske spenningene mellom yin og yang diskutert ovenfor, kan det oppstå spenninger mellom de ulike styringssystemene (Simons, 1995b). Med ulikt fokus og formål, vil noen av styringssystemene dra i motsatte retninger. Ved at grensesystemet kan bestå av

lover og regler som kan sikre standardiserte prosedyrer, vil dette være motstridende til det interaktive styringssystemet som kan bestå av høyere grad av autonomi for å åpne opp for nye ideer, hvor klinikere vil kunne tilpasse behandlingen til den enkelte pasient. Videre kan det oppstå spenninger mellom verdssystemet og det diagnostiske styringssystemet, da det kan være avveining mellom helseforetakets verdier, og mål kan være vektlagt ulikt for klinikere og økonomiansatte. Å nå predefinerte mål kan være verdsatt høyere av økonomiansatte enn hos klinikere, mens mer tid og ressurser brukt på pasienten kan være av større prioritet hos klinikere. På tilsvarende måte kan det oppstå spenninger mellom verdssystemet og grensesystemet, der verdier og standardiserte prosedyrer kan være vektlagt ulikt for de ulike profesjonene.

2.2.4 Kritikk av Levers of Control

Rammeverket LoC har av flere blitt kritisert. Frow, Marginson og Ogden (2010) trekker frem at rammeverket er basert på at organisasjoner opptrer hierarkisk. Forfatterne trekker frem at det er opp til toppledere å bestemme hvordan organisasjonen skal kombinere styringssystemene, da rammeverket ikke inneholder noen spesifisering på hvordan dette best lar seg gjøre. Ved at det er toppledere som er ansvarlige for kombinasjonen av styringssystemer, kan det oppstå utfordringer med å håndtere samspillet mellom styringssystemene for ledere på lavere nivå i hierarkiet (Frow et al., 2010). Ledere på lavere nivåer er ifølge Simons (1995, s.121-122, vår oversettelse) «*spesielt viktige for å få interaktive styringsprosesser til å fungere effektivt*», men i Simons casestudier begrenset han studien til å fokusere på topplederens aktiviteter og deres engasjement rundt strategispørsmål (Frow et al., 2010).

Ferreira og Otley (2009) kritiserer rammeverket for å være for fokusert på toppledere, samtidig som rammeverket ikke evner å kommunisere den uformelle styringen som finnes i enkelte organisasjoner. Denne kritikken er konsistent med kritikken til Collier (2005), som mener at LoC ikke håndterer den uformelle styringen tilstrekkelig. Blant annet vil ikke verdssystemet omfatte normer, sosialisering eller kultur (Collier, 2005). I et styringssystem er imidlertid dette viktige elementer, selv om de ikke er dokumentert i retningslinjer eller prosedyrer, eller kommer frem gjennom KPI'er (Collier, 2005). Videre trekker Collier (2005) frem at den uformelle styringen kommer implisitt til syne gjennom verdssystemet, men i Simons rammeverk blir imidlertid verdssystemet vektlagt for lite.

Frow et al. (2010) mener videre at det kan være utfordringer knyttet til når et styringssystem skal brukes, hvor mye man skal vektlegge det, og hvordan styringssystemet skal kombineres med de andre styringssystemene. Ifølge forfatteren vil den optimale balansen mellom styringssystemene i en organisasjon kan derfor være utfordrende å finne. For eksempel, legger organisasjonen for mye vekt på det diagnostiske styringssystemet, kan dette resultere i at læring og innovasjon blir hemmet (Frow et al., 2010). I tillegg kan det forekomme begrepsmessige begrensninger i rammeverket. Ferreira og Otley (2009) retter kritikk mot begrepene i rammeverket, og hevder at enkelte begreper (eksempelvis kjerneverdier) fremstår som diffuse og gir rom for subjektiv tolkning.

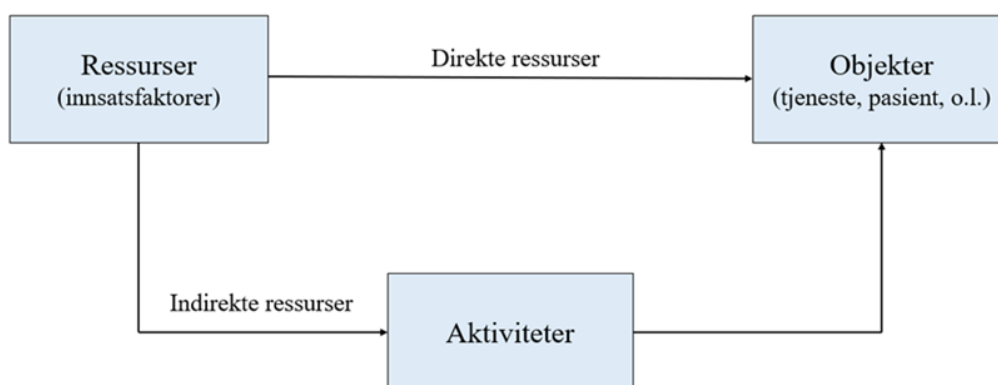
I denne utredningen skal det undersøkes hvordan helsesektorens styringssystemer kan utnyttes mer effektivt basert på det gjennomgåtte rammeverket LoC. Gjennom mer effektiv utnyttelse av styringssystemene i helseforetakene, kan helseforetakene potensielt avdekke hvilke prosesser som kan forbedres for å oppnå like gode resultater med lavere ressursbruk, eller bedre resultater med samme ressursbruk. For å oppnå dette er det viktig med en kostnadskalkyle som reflekterer ressursbruken i helseforetaket. I dag benyttes metoden *kostnad per pasient* for å fordele kostnader til pasientene i norske helseforetak. Metoden bygger på styringsverktøyet *tidsdreven aktivitetsbasert kalkulasjon (TD-ABC)*, som er en videreutvikling av *aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC)*. I de neste delkapitlene vil vi derfor presentere både ABC og TD-ABC.

2.3 Aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC)

Aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC) er et styringsverktøy som først ble introdusert i 1987 av Robin Cooper og Robert S. Kaplan (Bjørnenak, 1993). Verktøyet ble utviklet som et alternativ til tradisjonelle kostnadskalkyler, da disse ofte mangler nøyaktighet i beregningen av kostnadene (Bjørnenak, 1993). I boken *Relevance Lost. The Rise and Fall of Management Accounting* skrev Robert S. Kaplan og H. Thomas Johnson (1987) om problemene knyttet til tradisjonelle kostnadsregnskaper, og hvordan disse har mistet sin relevans. Noen av argumentene som trekkes frem er blant annet at internregnskapene i stor grad blir påvirket av vurderinger som gjøres i finansregnskapet, samt at internregnskapets utforming ikke er tilpasset den kostnadsstrukturen man finner i moderne bedrifter. Dette fører til at det fordeles kostnader til produkter på en forenklet måte, uten å identifisere et årsak-virkningsforhold mellom kostnaden og fordelingsnøkkelen (Bjørnenak, 1993).

Hovedprinsippet i ABC-kalkulasjon er at det er aktivitetene organisasjonen utfører som driver kostnadene (Bjørnenak, 1993). Et kostnadsobjekt, for eksempel en tjeneste eller en pasient, forbruker ressurser både direkte og indirekte, og de indirekte ressursene kan være vanskelige å måle da de forbrukes gjennom aktiviteter. Målet med ABC er å henføre de indirekte kostnadene til kostnadsobjektet gjennom å beregne kostnaden for aktivitetene som utføres. Kostnaden for en aktivitet består av innsatsfaktorene som inngår i aktiviteten, altså mengden arbeidskraft, maskiner og andre ressurser. De ulike aktivitetene kan ha én eller flere *kostnadsdrivere*, altså faktorer som forårsaker kostnadene. Eksempler på kostnadsdrivere kan være antall timer, ordrer eller produkter (Bjørnenak, 1993). Dersom en kostnad ikke varierer med aktivitetene som utføres, skal ikke kostnaden inkluderes i ABC-kalkylen. Dette vil være kostnader på bedriftsnivå, som for eksempel generelle administrasjonskostnader (Bjørnenak, 2019).

For å fordele kostnader i ABC-kalkylen må organisasjonen først identifisere hvilke aktiviteter som utføres og som dermed krever ressurser (Bjørnenak, 1993). Videre må kostnadene fordeles til aktivitetene, enten direkte eller via hjelpeaktiviteter. Kostnadene fordeles etter hvilke ressurser aktivitetene beslaglegger. I neste steg må kostnadsdriverne for hver aktivitet identifiseres, før kostnadene grupperes etter felles kostnadsdrivere. Til slutt fordeles kostnadene til produktene basert på produktenes forbruk av kostnadsdriverenheter. Dermed vil de indirekte kostnadene henføre kostnader fra ressurser til aktiviteter, og videre fra aktiviteter til kostnadsobjektet. Dette er illustrert i Figur 2.4:



Figur 2.4 - Fordeling av kostnader i ABC-kalkyler (Bjørnenak, 2019, s. 86)

Til tross for fordelene ved aktivitetsbasert kalkulasjon, har styringsverktøyet flere utfordringer. Informasjonen som benyttes for å utarbeide ABC-kalkylerne samles inn ved hjelp av spørreundersøkelser og intervjuer av ledere, avdelingsledere og andre ansatte, noe som gjør

at verktøyet er ressurskrevende å implementere og vedlikeholde (Kaplan & Anderson, 2007). Kaplan og Anderson (2007) fant at dette var grunnen til at flere selskaper sluttet å oppdatere informasjonen jevnlig, noe som førte til at kalkylene ble utdaterte og lite nøyaktige. En annen utfordring med ABC-kalkylen er knyttet til nøyaktigheten av kostnadsfordelingen, da kostnadsfordelingen tar utgangspunkt i ansattes subjektive estimater av tidsbruken på ulike aktiviteter (Kaplan & Anderson, 2007). Nøyaktigheten av kalkylen er også avhengig av hvor detaljert kalkylen er, og hvor passende fordelingsnøkler man bruker. Et ønske om svært korrekte estimater kan føre til at kalkylen blir kompleks, men en for kompleks kalkyle kan også føre til feilaktige estimater (Bjørnenak, 2019).

2.3.1 Tidsdreven ABC

Utfordringene knyttet til ABC-kalkylen førte til at Kaplan og Anderson (2004) utviklet *tidsdreven ABC (TD-ABC)*. Hovedforskjellen mellom ABC og TD-ABC er at TD-ABC tildeler kostnaden knyttet til ressursene direkte til kostnadsobjektet uten å først identifisere organisasjonens aktiviteter og fordele kostnadene deretter (Kaplan & Anderson, 2007). TD-ABC krever kun to parametere, *ressurskostnad per tidsenhet* og *tidsforbruk per aktivitet*, hvor ingen av parameterne anses å være spesielt vanskelig å estimere (Kaplan og Anderson, 2007). Forfatterne hevder dermed at TD-ABC er enklere og rimeligere å implementere enn tradisjonell ABC, og samtidig er kalkylen mer kraftfull og nøyaktig. Videre skal fremgangsmåten for beregning av TD-ABC ifølge Kaplan og Anderson (2007) forklares.

Den første parameteren som kreves er *ressurskostnad per tidsenhet* (Kaplan & Anderson, 2007). Denne kostnaden estimeres ved å først beregne den samlede kostnaden for ressursene som brukes i en avdeling i organisasjonen, eksempelvis kostnad for ansatte og utstyr. Deretter deles den totale ressurskostnaden på kapasiteten som er tilgjengelig i avdelingen, altså tiden de ansatte har tilgjengelig for å utføre arbeidsoppgavene. Kapasiteten som går med i nevnevolumet skal kun være produktiv kapasitet, altså fratrukket tidsbruken som medgår til planlagte pauser, opplæring, møter, vedlikehold og andre kilder til nedetid. Dersom beregningen av kapasiteten ikke blir helt nøyaktig, er det ifølge forfatterne imidlertid ikke kritisk, da små feil har lite påvirkning på kalkylen. Ved å dele den totale ressurskostnaden på kapasiteten oppnår man ressurskostnad per tidsenhet, for eksempel ressurskostnad per minutt eller time.

Den andre parameteren som kreves i TD-ABC er *tidsforbruk per aktivitet* (Kaplan & Anderson, 2007). For å beregne parameteren må tidsforbruket som går med for å utføre de ulike aktivitetene estimeres. Tradisjonell ABC benytter her en kostnadsdriver for aktivitetene som har tilnærmet samme tidsbruk, som for eksempel en maskinomstilling eller utstedelse av innkjøpsordre. Fordelen med TD-ABC er at i stedet for å benytte en kostnadsdriver, estimeres tidsforbruket som kreves for å utføre hver av disse aktivitetene. Dette kan gjøres gjennom direkte observasjon, noe som gjør at man unngår subjektive estimater og heller oppnår nøyaktige estimater som enkelt kan observeres og valideres.

Avdelingenes kostnader fordeles til slutt til kostnadsobjektet ved å multiplisere parameterne *ressurskostnad per tidsenhet* og *tidsforbruk per aktivitet* (Kaplan & Anderson, 2007). Ofte kan de samme aktivitetene variere i kompleksitet, og med TD-ABC kan tidsbruken knyttet til aktiviteten tilpasses kompleksiteten. Ved hjelp av *tidsdrivere*, altså spesifikke karakteristikk ved et kostnadsobjekt, kan tiden brukt på en aktivitet varieres. Estimert tidsbruk for en aktivitet kan dermed være basert på en standard sats, og for eksempel tillegges ekstra tid dersom aktiviteten tar lengre tid å utføre enn standard tid. Dette betyr at dersom en operasjon er spesielt komplisert og utfordrende, kan tidslikningen hensynta dette. Kaplan og Anderson (2007) mener derfor at TD-ABC i større grad fanger opp variasjon og kompleksitet enn en tradisjonell ABC-kalkyle.

2.3.2 Tidsdrevne ABC i helsesektoren

I artikkelen «How to Solve the Cost Crisis In Health Care» fra 2011, skriver Kaplan og Porter at hovedproblemet i helsesektoren ikke handler om politikk, men om at man måler feil ting på feil måte. Forfatterne skriver om hvordan det eksisterer en mangel på forståelse for hvor mye det koster å behandle en pasient, og for hvordan disse kostnadene ikke samsvarer med kvaliteten på behandlingen. I stedet for å fokusere på kostnadene forbundet med behandling av individuelle pasienter med spesifikke medisinske tilstander gjennom hele behandlingsforløpet, hadde man tidligere i helsesektoren en tendens til å samle og analysere kostnader på avdelingsnivå. Videre argumenterer forfatterne for at kostnadene blir allokert basert på hvor mye som blir refundert, og ikke basert på den faktiske ressursbruken for å levere tjenesten.

Kaplan og Porter (2011) argumenterer videre for at det er utfordringer knyttet til måling av kostnader i helsesektoren, og det er flere grunner til dette. En av hovedgrunnene er at pasienten

gjennomgår en kompleks behandlingsprosess. Behandlingen en pasient mottar involverer flere ulike ressurser hvor hver av dem har ulike bruksområder og kostnader. Ressursene benyttes fra og med pasienten etablerer kontakt med helseforetaket, og benytter ulike tilbud som kliniske konsultasjoner, behandlinger, og administrative prosesser frem til pasientens behandling er fullført. Hvor kompleks, krevende og langvarig behandlingsforløpet er, avhenger av pasientens medisinske tilstand. På grunn av mangel på standardisering i behandlingene kan behandlingsløpet variere mellom pasienter med samme medisinske tilstand, og klinikere kan utføre samme medisinsk behandling på ulike måter.

Med dette som utgangspunkt argumenterte Kaplan og Porter (2011) for at TD-ABC var løsningen på problemet. Med TD-ABC hensyntas alle kostnadene knyttet til alle ressursene pasienten benytter gjennom hele behandlingsforløpet, og man får dermed en mer korrekt måling av hva en pasient koster. De mente at TD-ABC bygger en felles informasjonsplattform som leder til innovasjon basert på en felles forståelse av pasientbehandlingen.

Ifølge Kaplan og Porter (2011) har bruken av TD-ABC i helsesektoren potensielt flere fordeler. For det første har helseforetakene mulighet til å overvåke og måle kostnadene og kvaliteten på behandlingene utført av ulike klinikere. Dette fører til at ledere av den kliniske praksisen har muligheten til å ha mer konstruktive og informerte diskusjoner rundt standardisering av behandlingsprosessen. På denne måten kan variasjonen i kostnader reduseres, og kostnadskrevende prosesser som ikke fører til økt kvalitet kan begrenses eller fjernes. For det andre kan TD-ABC brukes til å sammenlikne kostnader på tvers av eller innad i helseforetak. Ved å sammenligne ressurskostnadene forbundet med samme diagnoser kan det avdekkes hvor mye av kostnadene som skyldes ulik praksis og produktivitet, og hvor mye som kan tilskrives forskjellig pris på innsatsfaktorer, slik som lønn.

For det tredje kan bruken av TD-ABC øke kapasitetsutnyttelsen ved å avdekke hvor mye av pasientens totale behandlingstid som går med til å behandle pasienten gjennom hele behandlingsprosessen (Kaplan & Porter, 2011). For eksempel kan unødvendig lang behandlingstid oppstå ved ineffektiv utnyttelse av utstyr eller personell på grunn av dårlig koordinasjon, som kan føre til forsinkelser når pasienten overføres fra én avdeling til en annen i behandlingsprosessen. Ved å avdekke hvor i prosessen disse overgangene er unødvendig lange, kan man øke innsatsen av enkelte ressurser for å redusere flaskehalsene og dermed oppnå en mer effektiv behandlingsprosess.

Til slutt argumenterer Kaplan og Porter (2011) for at TD-ABC synliggjør kostnader knyttet til overflødige administrative og kliniske prosesser, noe som motiverer ansatte i ulike avdelinger og profesjoner til å samarbeide for å integrere pasientbehandlingen gjennom hele prosessen. Med et fullstendig bilde av ressurs- og tidsbruk kan prosessen optimaliseres gjennom hele behandlingsforløpet, ikke bare deler av den. Dette vil føre til en mer sømløs og integrert pasientstrøm.

2.3.3 Empiriske studier og kritikk av TD-ABC i helsesektoren

Demeere, Stouthuysen og Roodhooft (2009) har studert fordelene ved å beregne kostnader ved bruk av TD-ABC ved en poliklinikk i Belgia. Studien viste at TD-ABC utfordret ledelsen av poliklinikken og avdelingsledere til å identifisere og analysere underliggende aktiviteter som drev kostnadene. På denne måten kunne poliklinikken identifisere mulige forbedringsområder. Innføringen av TD-ABC i fem av poliklinikkens 19 avdelinger førte til flere endringer i organisasjonen.

Én av faktorene som ble avdekket ved bruk av TD-ABC var at standard tidsbruk for aktiviteten «klassifisering» var dobbelt så høy for avdelingene gastroenterologi og urologi som for de tre andre avdelingene som ble studert (Demeere et al., 2009). Hovedgrunnen til dette var at de tre andre avdelingene benyttet et sentralisert sekretariat med et internt roteringssystem for sekretærene. Systemet gjorde at sekretærene kunne fokusere på én av oppgavene «klassifisering», «telefon» eller «mottak av pasienter», og etter to timer roterte de og byttet til en annen oppgave. Dette førte til økt motivasjon og bedre organisering av arbeidet, og dermed redusert tidsbruk og reduserte kostnader. I det sentraliserte systemet hadde sekretærene også hodetelefoner koblet til telefonen, noe som førte til lavere ventetid på telefontjenestene sammenlignet med avdelinger hvor sekretærene ikke benyttet hodetelefoner. For å løse problemene knyttet til høy tidsbruk i avdelingene gastroenterologi og urologi ble det innført det samme sentraliserte roteringssystemet for å redusere klassifiseringstiden, samt hodetelefoner til sekretærene for å redusere ventetiden på telefontjenestene.

Gjennom bruk av TD-ABC ble det også avdekket at aktiviteten «skrive brev» i avdelingen gastroenterologi var tidskrevende (Demeere et al., 2009). Brevene inneholdt mye informasjon om pasientens medisinske historie og behandlingsforløp, og det medgikk dermed relativt mye tid til å skrive brevene. For å løse problemet ble det besluttet å bruke et talegjenkjenningsprogram, ettersom dette tidligere hadde redusert den gjennomsnittlige

tidsbruken ved skriving av brev i en annen avdeling. I tillegg til disse endringene fant forskerne at TD-ABC førte til sunn konkurranse og åpen kommunikasjon mellom de forskjellige avdelingene angående mulige forbedringer. Innføringen av interaktive møter om driften førte til økt kommunikasjon på tvers av nivåene i styringshierarkiet, samt tverrfaglig diskusjon mellom klinikere og ledere.

Litteraturgjennomgangen i artikkelen «Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature» av Keel, Savage, Rafiq og Mazzocato (2017) studerer blant annet hvorfor TD-ABC har blitt innført i helsesektoren, og implikasjoner av fremtidig bruk av TD-ABC. Artikkelen tar for seg 25 ulike empiriske studier om TD-ABC, hvorav 22 av dem er utført i helseforetak.

Litteraturen som ble gjennomgått i Keel et al. (2017) viste at ettersom helsetjenesten er kompleks vil TD-ABC være spesielt egnet for å beregne kostnader. En av grunnene til dette er at TD-ABC er en enklere metode en tradisjonell ABC, som tidligere har blitt benyttet i helsesektoren. Kostnadskalkuleringen blir ansett som enkel grunnet bruken av tidsdrivere, samt direkte observasjon av tidsbruk. Dette førte til enklere kostnadsberegninger enn tradisjonell ABC. En mer korrekt kostnadsberegning gjorde det også mulig for helseforetak å sammenligne kostnadene mot refusjonstariffer. Litteraturen viste også at TD-ABC er godt egnet for å beregne kostnader i helsesektoren da TD-ABC avdekker hva som driver kostnadene, noe som kan føre til forbedringstiltak. Forbedringen skjer gjennom høyere ressursutnyttelse, mindre overflødige menneskelige ressurser, reduksjon av aktiviteter som ikke er verdiøkende, og lavere ventetid.

Videre viser litteraturen at datainnsamling er en ressurs- og tidkrevende prosess (Keel et al., 2017). I tillegg til dette er en svakhet med TD-ABC at det er risiko for unøyaktighet i målingen av tidsbruken. To av artiklene påpekte risikoen for Hawthorne-effekten, altså at det å bli observert fører til atferdsendringer (Svartdal, 2021). Til tross for flere positive implikasjoner ved bruk av TD-ABC i helsesektoren, konkluderer ikke forfatterne om innføringen av TD-ABC i helseforetak er suksessfulle eller ikke (Keel et al., 2017). I likhet med andre styringsverktøy er det også begrensninger knyttet til TD-ABC, og forfatterne understreker at en bør være forsiktig med å foreslå at TD-ABC erstatter eksisterende systemer da ikke nye systemer nødvendigvis er mer effektive enn de systemene de erstatter.

Labro (2006) og Bjørnenak (1993; 2019) diskuterer videre utfordringer knyttet til forutsetningene om linearitet, homogenitet og separabilitet i ABC-kalkyler. Labro (2006) henviser videre til Noreen (1991) som presiserer at forutsetningene må holde for at ABC skal kunne beregne nøyaktige kostnader. Separabilitet handler om at kostnadene som knyttes til de ulike aktivitetene må kunne skilles fra hverandre (Labro, 2006). Dette medfører at man ser bort fra tilfeller hvor en aktivitet påvirker andre aktiviteter, og hvor kostnadene for ett produkt avhenger av produksjonen av et annet produkt (Bjørnenak, 2019). Videre må kostnadene knyttet til aktivitetene variere proporsjonalt med kostnadsdriveren (Labro, 2006). Ifølge Labro (2006) betyr dette at kostnadene må være en lineær funksjon av antall kostnadsdrivere, med skjæringspunkt i origo.

Til slutt må forutsetningen om homogenitet, altså at de ulike aktivitetene kun har én kostnadsdriver, holde (Bjørnenak, 2019). Dette innebærer at hver aktivitet kan deles mellom produktene på en måte som gjør at andelen tilskrevet hvert produkt kun avhenger av det spesifikke produktet (Labro, 2006). Dermed ser man bort fra avhengighet mellom produktene i produksjonsprosessen, og ekskluderer også samproduksjon hvor kostnadene ikke kan tilskrives eller fordeles på de enkelte produktene på en homogen måte (Labro, 2006). Ifølge Labro (2006) er disse forutsetningene til sammen svært strenge. Noreen (1991)³ advarer mot å bruke ABC dersom disse forutsetningene ikke er oppfylt. Ifølge Bjørnenak (2019) vil normalt ikke disse forutsetningene være oppfylt, noe som gjør at ABC ikke gir et entydig riktig lønnsomhetsbilde. ABC gir imidlertid et estimat som vil være mer eller mindre nøyaktig, avhengig av om kriteriene er oppfylt (Bjørnenak, 2019).

2.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert det teoretiske grunnlaget for analysen av studiens empiriske funn. Innledningsvis har vi definert styring, ved bruk av Malmi og Browns (2008) definisjon. Litteraturen til Malmi og Brown (2008) om styring omhandler hvordan flere styringsverktøy kan utgjøre et styringssystem, dersom verktøyene er utformet og koordinert for å brukes sammen. For å senere kunne diskutere hvordan styringssystemer kan brukes i helseforetak for å øke foretakets effektivitet, har vi presentert Simons (1995b) sitt LoC-rammeverk. Videre har

³ Sitert i Labro (2006)

vi belyst litteraturen omkring tidsdrevne aktivitetsbasert kalkulasjon med hensikt å forklare helseforetakenes grunnprinsipper for beregning av kostnad per pasient.

Både rammeverket LoC og litteraturen om TD-ABC fokuserer på hvordan organisasjoner kan oppnå økt effektivisering og bedre styring. LoC retter fokus mot optimal styring av organisasjoner ved bruk av fire styringssystemer, mens TD-ABC retter fokus mot identifisering av tidsdrevne aktiviteter og deretter fordeling kostnader til aktivitetene for å øke forståelsen av ressursbruken. LoC kan bidra til å forklare hvordan helseforetak kan benytte styringssystemer til å identifisere avvik, mens TD-ABC kan gi innsikt i hvor kostnadene oppstår.

Til tross for anerkjennelsen til LoC og TD-ABC, er det også rettet kritikk mot rammeverket og metoden. LoC kritiseres blant annet for å ha et for stort fokus på toppledelsen, samt at rammeverket ikke tilstrekkelig håndterer den uformelle styringen i organisasjoner. Selv om TD-ABC blir ansett som et passende styringsverktøy i helseforetak, er metoden også omtalt som ressurskrevende. I tillegg til dette er det risiko for feilestimering, da forutsetningene om separabilitet, homogenitet og linearitet ikke nødvendigvis er oppfylt.

3. Metodisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi gå igjennom det metodiske rammeverket som ligger til grunn for masterutredningen. Innledningsvis vil vi starte med en presisering av problemstillingen, og presentere tilhørende forskningsspørsmål. Deretter vil vi ta for oss det vitenskapsteoretiske utgangspunktet. Videre vil vi fokusere på valg av forskningsdesign, datainnsamling og -analyse, og metodekvalitet, før det blir presentert hvilke etiske vurderinger som er foretatt i arbeidet med utredningen. Vi vil i denne utredningen, som tidligere nevnt, besvare følgende problemstilling:

Hvordan kan bruk av kostnads- og aktivitetsdata øke effektiviteten i helseforetak?

Problemstillingen tar utgangspunkt i LoC-rammeverket, samt teori om ABC og TD-ABC. Vi vil gjøre en casestudie av SiV for å undersøke hvilke faktorer som har vært viktige frem til nå og som kan vurderes som viktige fremover for å effektivt bruke kostnads- og aktivitetsdata, inkludert KPP. Av problemstillingen har vi utarbeidet to forskningsspørsmål vi vil ta utgangspunkt i ved forskningen vår:

Hvordan brukes kostnads- og aktivitetsdata til intern styring på Sykehuset i Vestfold?

Hvordan kan samspillet mellom økonomi og medisin påvirke bruk av kostnads- og aktivitetsdata?

Første forskningsspørsmål fokuserer på hvordan helseforetaket benytter kostnads- og aktivitetsdata til å øke effektiviteten, mens andre forskningsspørsmål fokuserer på hvordan ansatte innenfor økonomi og medisin kan samhandle og kommunisere ved bruk av kostnads- og aktivitetsdata.

Videre i dette kapittelet vil vi gjennomgå det metodiske rammeverket som ligger til grunn for utredningen vår. Formålet med kapittelet er å presentere og gi en begrunnelse for de metodiske valgene som ligger til grunn for studien (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2011). I første del av oppgaven vil vi ta for oss det vitenskapsteoretiske utgangspunktet. Deretter vil vi gå nærmere inn på valg av forskningsdesign, og metode for datainnsamling og dataanalyse. Avslutningsvis vil vi gjøre rede for kvaliteten på studien og studiens etiske problemstillinger.

3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Når man forsker vil man, på alle stadier i forskningsprosessen, gjøre en rekke antakelser, enten det er bevisst eller ubevisst (Burrell & Morgan, 1979)⁴. Dette inkluderer antakelser om menneskelig kunnskap, forståelsen av virkeligheten og hvordan egne verdier påvirker forskningen. Disse antakelsene vil påvirke forskerens forståelse av problemstillingen, valg av metoder og tolkning av funn i studien (Crotty, 1998)⁵. Vår oppgave bygger på visse grunnleggende antakelser, og vi vil derfor kort gjøre rede for antakelsene i dette delkapittelet.

I forskning skiller man ofte mellom to ulike filosofiske tilnærminger knyttet til antakelsene som er beskrevet over: *positivisme* og *hermeneutikk*. Positivisme er basert på naturvitenskapen, og det antas at det eksisterer én objektiv, observerbar virkelighet som kan generere lover basert på observerbare og målbare fakta (Saunders, Lewis & Thornhill, 2019). Forskere er distanserte, nøytrale og uavhengige av det som blir studert, og det fokuseres på å finne en kausal forklaring på et fenomen i forskningen (Saunders et al., 2019). Positivismen gir imidlertid ikke kunnskap som setter forskeren i stand til å forstå seg selv og andre, og denne typen vitenskap kalles hermeneutikk (Dalland, 2020). Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og handler om å gi mening til noe som fremstår uklart (Dalland, 2020). I motsetning til i et positivistisk syn vil man i hermeneutikken forsøke å forstå og tolke grunnlaget for menneskelig eksistens, og gjennom tolkningen forsøker man å skape en sammenheng mellom delene og helheten (Dalland, 2020).

Vi har basert oss på en hermeneutisk tilnærming til studien, og det er flere grunner til dette. For det første skal vi undersøke bruken av KPP, som er et menneskeskapt fenomen. Kalkylen eksisterer dermed ikke i en objektiv virkelighet. For det andre handler vår studie om å tolke menneskers meninger og erfaringer. Det kan antas at det ikke kun eksisterer én objektiv virkelighet da menneskers meninger og erfaringer er subjektive, og mennesker vil dermed ha ulik opplevelse av samme fenomen. En hermeneutisk tilnærming gir oss muligheten til å tolke ulike meninger og erfaringer. Til slutt kan vi ikke anta at vi vil finne en kausal forklaring på hvordan SiV effektiviserer pasientbehandlingen som kan uttrykkes gjennom generaliserte

⁴ Sitert i Saunders, Lewis & Thornhill (2019)

⁵ Sitert i Saunders et al. (2019)

«lover». Derimot kan vi tolke virkeligheten og avdekke sammenhenger, og dermed bidra med ny innsikt som potensielt kan påvirke andre helseforetak.

3.2 Forskningsdesign

En studies forskningsdesign refererer til en overordnet plan som beskriver hvordan man vil gå frem for å besvare problemstillingen (Saunders et al., 2019). Før vi går inn på studiens forskningsdesign og de tilhørende elementene, skal vi først anerkjenne formålet med forskningsdesignet. Forskningsdesign kan utformes for å oppfylle enten et *utforskende*, *deskriptivt*, *forklarende* eller *evaluerende* formål, eller en kombinasjon av disse (Saunders et al., 2019). Videre vil valg av forskningsdesign avhenge av formålet med forskningen. En utforskende studie er nyttig dersom man ønsker å klargjøre forståelsen for et problem eller et fenomen. Deskriptive studier forsøker å beskrive et fenomen på en nøyaktig måte. Forklarende studier forsøker å etablere et kausalt forhold mellom variabler, mens evaluerende studier undersøker hvor godt noe fungerer.

Etttersom vi ønsker å klargjøre forståelsen av hvordan kostnads- og aktivitetsdata kan brukes for å øke effektiviteten i helsesektoren, vil vår forskning betegnes som utforskende. Fordelen med utforskende forskning er at den er fleksibel og tilpasningsdyktig (Saunders et al., 2019). Dette muliggjør endring av studiens retning underveis ettersom ny innsikt avdekkes. Vi vil videre i utredningen gi en beskrivelse av visse begreper for å oppnå en tydeligere forståelse av det som skal studeres. Forskningen vil derfor også ha et beskrivende aspekt. Dermed vil forskningen vår betegnes som en kombinasjon av utforskende og beskrivende.

Videre skal vi gjennomgå fire elementer som må avklares for å lage et utforskende og beskrivende forskningsdesign,

1. *Forskningsmetode*

Det første elementet er valget mellom *kvalitativ* og *kvantitativ* forskningsmetode. Kvantitativ forskning undersøker forholdet mellom variabler som ofte måles numerisk og som analyseres ved hjelp av ulike statistiske og grafiske verktøy (Saunders et al., 2019). Fordelen med dette er at det gir mulighet til å gå i bredden og analysere store mengder data (Dalland, 2020). I motsetning til kvantitativ forskning vil kvalitativ forskning benytte ikke-numerisk data hvor deltakeres meninger og forholdet mellom dem studeres (Saunders et al., 2019). Fordelen med

denne metoden er at det gir større rom for tolkning av innholdet i dataen og skape en mer nyansert beskrivelse av temaet (Jacobsen, 2015). Etersom vi har en utforskende og beskrivende studie fremstår kvalitativ forskningsmetode mest hensiktsmessig, da det gir muligheten til å ha en åpen tilnærming til studien og til å i større grad tolke dataene som samles inn.

2. *Intensivt eller ekstensivt forskningsdesign*

Kvalitative forskningsmetoder anses å passe sammen med et *intensivt* forskningsdesign. Et intensivt design går i dybden på et fenomen ved å studere mange nyanser, men relativt få enheter (Jacobsen, 2015). Gjennom forskning ønskes det å få en detaljert og grundig forståelse av hvordan virkeligheten er og hvordan den oppfattes, og hvordan ting henger sammen (Jacobsen, 2015). Motsetningen til dette er et *ekstensivt* design, hvor det fokuseres på bredde i stedet for dybde, og samles data fra mange kilder (Jacobsen, 2015). En kvalitativ tilnærming er ressurskrevende, både med tanke på datainnsamling og analyse, noe som gjør det mer hensiktsmessig å kombinere en kvalitativ metode med et intensivt design (Jacobsen, 2015). Dette gir oss muligheten til å få frem flere nyanser fra en mindre mengde data.

3. *Tidsperspektiv*

Valget av tidsperspektiv er begrenset på bakgrunn av at masteroppgaven kun går over ett semester, og vi har dermed valgt å gjøre en tverrsnittstudie. Tverrsnittstudie vurderes imidlertid som passende for vår problemstilling ettersom vi i hovedsak ønsker å belyse hvordan SiV bruker kostnads- og aktivitetsdata i dag for å effektivisere helseforetaket. Det kunne også vært interessant å gjøre en longitudinell studie for å se hvordan bruk av kostnads- og aktivitetsdata utvikler seg over tid, og hvilken virkning bruken har på effektiviteten til et helseforetak. En longitudinell studie er imidlertid ikke mulig grunnet den begrensede tidsbruken knyttet til masteroppgaven.

4. *Forskningsstrategi*

Forskningsstrategien kan defineres som «*en plan for hvordan en forsker vil gå frem for å besvare sitt forskningsspørsmål*» (Saunders et al., 2019, s. 189, vår oversettelse). I vår studie vil det være naturlig å velge casestudie som forskningsstrategi. Målet med en casestudie er å forstå samspillet mellom fenomenet som studeres og konteksten som det oppstår i, innenfor denne konteksten (Saunders et al., 2019). Casestudier blir ofte benyttet når grensene mellom

fenomenet og studiens kontekst ikke er klart definert (Yin, 2014)⁶. Ettersom KPP er et styringsverktøy som er tilpasset helsesektoren, er det ikke et klart skille mellom fenomenet og konteksten. Dermed vil det være naturlig å studere hvordan kostnads- og aktivitetsdata kan benyttes til effektivisering av helseforetak ved å gjøre en casestudie av SiV.

Videre er det flere ulike måter å strukturere en casestudie. Yin (2014)⁷ skiller mellom fire ulike strategier innenfor to dimensjoner, hvor den første handler om valget mellom *enkeltcase* eller *flercase*, mens den andre handler om valget mellom *holistisk case* eller *integrert case*. Når det gjelder den førstnevnte dimensjonen har vi valgt å se på en enkeltcase. Vår studie undersøker hvordan helseforetak kan bruke kostnads- og aktivitetsdata til effektivisering, og vi har valgt å studere hvordan SiV gjør dette. Caset er valgt på bakgrunn av en oppfatning om at SiV har fokus på å benytte kostnads- og aktivitetsdata til intern styring og effektivisering.

Den andre dimensjonen, holistisk eller integrert case, refererer til enheten som analyseres (Saunders et al., 2019). Ved et holistisk case studeres organisasjonen som en helhet, mens ved et integrert case studeres én eller flere avdelinger i organisasjonen (Saunders et al., 2019). Vi har valgt en holistisk tilnærming, ettersom kostnads- og aktivitetsdata benyttes i hele helseforetaket, og ikke kun i noen avdelinger. Det kan potensielt være variasjoner innad i avdelinger når det kommer til graden av bruk av kostnads- og aktivitetsdata som et verktøy for intern styring. Ved oppstart av denne studien var vi imidlertid ikke kjent med disse variasjonene, og vi har derfor valgt å se på organisasjonen som en helhet. Et annet argument for å velge et holistisk case er at pasientene i helseforetaket gjennomgår en kompleks behandlingsprosess som ofte involverer flere avdelinger. Dermed kan man ved en holistisk case i større grad undersøke effektiviseringen i hele pasientforløpet, og få innsikt i hvordan de ulike avdelingene arbeider sammen.

Vår forskningsstrategi er dermed å utforske og beskrive hvordan kostnads- og aktivitetsdata kan benyttes for å effektivisere pasientbehandlinger i helseforetak. Dette gjøres ved å gjennomføre en kvalitativ, holistisk, tverrsnittstudie av SiV. I de neste delkapitlene vil vi beskrive metodene som ble benyttet for å innhente data.

⁶ Sitert i Saunders et al. (2019)

⁷ Sitert i Saunders et al. (2019)

3.3 Datainnsamling

Ved datainnsamling og -analyse til en kvalitativ masterutredning er det to hovedutfordringer; (1) det er tidsmessig krevende og (2) det skal analyseres store mengder med tekst (Jacobsen, 2015). Den første hovedutfordringen omhandler behovet for gode data. For å suksessfullt gjennomføre et intervju og dermed få gode data, er de fem engelske P-ene essensielle: «*prior planning prevents poor performance*» (Saunders et al., 2019, s. 451). Forberedelsesprosessen vår bestod av et nettbasert intervju med en av våre informanter tre uker før intervjuene på SiV. Dette var for å få et innblikk i hvordan helseforetaket jobber med kostnads- og aktivitetsdata, slik at vi kunne forberede spørsmålene etter kunnskapen vi fikk fra dette møtet. Vi kommer tilbake til den andre hovedutfordringen i delkapittel 3.4 *Dataanalyse*.

Formålet med masterutredningen er å studere hvordan kostnads- og aktivitetsdata kan brukes for å effektivisere et helseforetak. Fordi det ikke finnes eksisterende data på hvordan helseforetak kan bruke kostnads- og aktivitetsdata for å effektivisere driften, valgte vi å bruke intervju som primærmetode, og dokumentstudier som sekundærmetode.

Intervjuer

Det er to måter å gjennomføre intervjuer på, en standardisert måte og en ikke-standardisert (Saunders et al., 2019). Standardiserte intervjuer benyttes ofte ved kvantitative utredninger, hvor spørsmålene i intervjuet er standardiserte og alle informanter er stilt de samme spørsmålene (Saunders et al., 2019). Fordi vi ønsket å studere hvordan SiV bruker kostnads- og aktivitetsdata, herunder KPP, i praksis, ønsket vi å intervjuere flere ansatte ved helseforetaket med varierte stillingstitler. For å finne ut hvordan kostnads- og aktivitetsdata brukes i helseforetaket, samlet vi inn data fra både ansatte i økonomi- og analyseavdelingen, samt fra ansatte i klinikk. Vi gjennomførte semi-strukturerte intervjuer, hvor vi hadde forberedt noe forskjellig spørsmål til informantene. Spørsmålene var relativt åpne, slik at vi kunne stille oppfølgingsspørsmål dersom vi fant det interessant. Semi-strukturerte intervjuer kategoriseres dermed som ikke-standardiserte intervjuer (Saunders et al., 2019). Videre gjennomførte vi intervjuene én-til-én, både via elektroniske intervjuer over Teams, og via fysiske intervjuer på SiV.

Det er flere årsaker til at vi ønsket å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer. For det første ønsket vi å ha mulighet til å spørre informantene om de kunne utdype eller reformulere svarene deres. Dette er fordi det vil være viktig for studien at ulike fenomen er godt forklart for at det

kan benyttes i utredningen, i tillegg til at det vil gi mer dybde til dataen som samles inn. For det andre kunne informantene fortelle aspekter ved bruk av kostnads- og aktivitetsdata i praksis vi ikke hadde kunnskap om, og som vi under intervjuene ønsket å studere i mer detalj (Saunders et al., 2019).

Da vi kom i kontakt med informantene våre, benyttet vi snøballmetoden (Saunders et al., 2019). Masterveilederne våre hadde kjennskap til en ansatt som har en aktiv rolle i arbeidet med KPP på SiV. Veilederne våre satt oss dermed i kontakt med hen, og vi gjennomførte et digitalt intervju. Etter første intervju med informanten, avtalte vi videre et fysisk intervju, i tillegg til at vi kom i kontakt med tre andre ansatte ved helseforetaket via vår første informant. På SiV fikk vi intervjuet vår første informant for andre gang, men denne gangen fysisk, noe som ga oss mulighet til å forberede spørsmål ut ifra informasjonen vi fikk på det digitale intervjuet. Vi fikk videre intervjuet to av informantene fysisk, mens intervjuet med fjerde informant foregikk digitalt grunnet uforutsette hendelser. Tabell 3.1 illustrerer hvilket fagområde informantene tilhører, samt hvilke intervjuformer som ble benyttet.

	Fagområde	Intervjuform	Antall intervjuer
Informant 1	Økonomi	Ansikt-til-ansikt	1
Informant 2	Klinikk	Digitalt	1
Informant 3	Klinikk	Ansikt-til-ansikt	1
Informant 4	Økonomi	Digitalt + Ansikt-til-ansikt	2

Tabell 3.1 - Oversikt over informanter

Datakilder

Ifølge Tjora (2012) kan det være aktuelt å bruke dokumenter utover egen datagenerering for å fremskaffe relevant informasjon til studien. Dokumenter som er produsert for andre formål enn forskning er en del av den kvalitative datagenereringen og betegnes som dokumentstudier (Tjora, 2012). I denne utredningen vil vi benytte oss av dokumentstudier som sekundærmetode, hvor vi vil bruke offentlige dokumenter om KPP og ABC for å støtte opp under funnene våre fra de semi-strukturerte intervjuene. I tillegg til de generelle dokumentene vil vi benytte et internt dokument vi har fått tilgang til fra SiV. Fordi det interne dokumentet

relaterer seg direkte til organisasjonen vi studerer, betegnes dette dokumentet som casespesifikt (Tjora, 2012). Da vi intervjuet informantene ved SiV, holdt en av informantene en presentasjon om styringsverktøyet KOSPA. Denne presentasjonen fikk vi tilsendt i ettertid og den har gitt oss en bedre kontekstuell forståelse for bruk av kostnads- og aktivitetsdata. I tillegg har informasjonen vært sentral i utredningen ved beskrivelse av hvordan helseforetaket bruker styringsverktøyet KOSPA, og mer spesifikt KPP.

3.4 Dataanalyse

Som diskutert i delkapittel 3.3 *Datainnsamling* er det to hovedutfordringer ved innsamling og analyse av data til en kvalitativ utredning. Det tidligere delkapitlet diskuterte utfordringene knyttet til datainnsamling. Den andre hovedutfordringen er tilknyttet analyse av store mengder data, og oppstod etter at intervjuene var gjennomført (Jacobsen, 2015). Ved å ta taleopptak av intervjuene, sørget vi for at vi fikk dokumentert alt informantene sa, i tillegg til at tonefallet ble fanget opp. Likevel var det tidkrevende å transkribere alle intervjuene. Vi valgte å ikke benytte oss av elektroniske transkriberingssystemer, da vi ønsket å gjennomgå intervjuene i detalj og fange opp aspekter, detaljer og sammenhenger vi ikke var oppmerksomme på under intervjuene.

Videre kan valg av kvalitativ analyse innebære å velge to eller flere komplementære måter å analysere dataen på, slik at man kan få mer innsikt fra dataen enn man ville fått fra en enkelt teknikk (Saunders et al., 2019). Blant annet trekker Saunders et al. (2019) frem to aspekter ved teknikker for analyse av kvalitativ data. Disse aspektene er (1) tilnærmingen til teoriutvikling brukt i forskningen, og (2) den analytiske tilnærmingen som brukes i teknikken. Tilnærmingen til teoriutviklingen brukt i forskningen omfatter valg av tilnærming. Dette aspektet blir diskutert i neste avsnitt. Den analytiske tilnærmingen omfatter valget mellom å fragmentere data for å forenkle og redusere dataen ved å oppsummere dens innhold før man kan gjennomføre analyser, eller bevare dataintegriteten uten fragmentering. Vi valgte først å oppsummere dataen fra transkriberingen, før vi kategoriserte dataen i henhold til rammeverket LoC. Etter å ha trukket ut de viktigste punktene fra intervjuene, plasserte vi relevant informasjon fra oppsummeringen i de fire kategoriene *grensesystem*, *verdisystem*, og *diagnostisk og interaktivt styringssystem*. På denne måten fikk vi systematisk gått gjennom dataen, og vi fikk identifisert momenter fra intervjuene som var viktige for analysen vår.

Saunders et al. (2019), trekker frem to tilnæringer til kvalitativ analyse, en induktiv og en deduktiv. Den *induktive tilnærmingen* tar først for seg innsamling av data, før det deretter utvikles en teori eller en modell. Den *deduktive tilnærmingen* derimot, vil først starte med en eksisterende modell eller teori, for deretter å samle inn data og analysere om teorien og datainnsamlingen er forenlig. Vi valgte å ha en induktiv tilnærming, da vi vurderte det som mest hensiktsmessig å først samle inn data, for deretter å knytte eksisterende teori opp mot dataene fra intervjuene. Ved å studere SiV for å forstå hvordan helseforetak kan bruke et styringssystem til effektivisering, ønsker vi å trekke generelle konklusjoner basert på spesifikke hendelser. Funnene fra studien av kostnads- og aktivitetsdata i SiV er derfor ønskelig at skal være relevante for andre helseforetak. Basert på dette, vurderes en induktiv tilnærming som nyttig for utredningen.

3.5 Metodekvalitet

For en vitenskapelig studie kan det være hensiktsmessig å vurdere metodekvaliteten, for å stille seg kritisk til datainnsamlingen og dens kvalitet. Ved utarbeidelse av en kvalitativ utredning med semi-strukturerte intervjuer kan det være utfordringer knyttet til pålitelighet, gyldighet og overførbarhet (Saunders et al., 2019). Det vil i det videre bli gjennomgått hva disse tre utfordringene kan innebære, samt hva som kan gjøres for å øke studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.

Pålitelighet

Pålitelighet, eller reliabilitet, handler om dataene er til å stole på, og at andre forskere ville fått tilsvarende funn (Saunders et al., 2019). Ved intervju trekker Dalland (2020) frem at det kan være utfordringer knyttet til (1) kommunikasjonsprosessen under intervjuet, (2) om lyden er god nok ved lydopptak, og (3) feil ved transkribering. Vi hensyntok dette ved å være forberedt på å la informantene snakke ferdig før vi stilte nye spørsmål eller hadde kommentarer. Vi benyttet oss av to telefoner for lydopptak for å sikre at lyden ble tatt opp, og brukte god tid under transkriberingsprosessen.

For å styrke påliteligheten til studien vår har vi intervjuet informanter som er godt kjent med kostnads- og aktivitetsdata. Dette medfører at vi får et godt innblikk i hvordan kostnads- og aktivitetsdata, inkludert KPP, brukes i praksis. For å forsikre oss om at alle informantene var godt kjent med styringsverktøyene, valgte vi som tidligere nevnt å benytte oss av

snøballmetoden. Ved å benytte snøballmetoden, kan det være en risiko for at vår første informant setter oss i kontakt med andre ansatte som har lik holdning og like synspunkter som en selv. For å minimere risikoen for dette, var vårt ønske å kunne intervjuer både ansatte innenfor medisin (klinikere) og innenfor økonomi og analyse (økonomiansatte). Dermed fikk vi både synspunkter fra økonomi- og analyseseksjonen, og fra ansatte innenfor medisin.

Til tross for gode kilder til data, er det en mulighet for at vi som forskere har tolket dataen feil. Likevel styrkes påliteligheten da vi er to personer som har arbeidet med analyse av dataen og dermed kan drøfte momenter ved analysen. I tillegg har vi lagt ned mye arbeid i forkant av intervjuene for å styrke kunnskapsnivået om helsesektoren og mer spesifikt om KPP. Ved å anvende eksisterende teori og knytte denne opp mot dataen fra intervjuene, styrket dette studiens pålitelighet ytterligere. For å minimere risikoen for feiltolkning av data var det digitale intervjuet i forkant av de resterende intervjuene svært nyttig. Intervjuet gjorde at vi kunne be informanten utdype ved intervju nummer to det vi var usikre på, slik at sjansen for misforståelse ble minimal.

I tillegg trekker Saunders et al., (2019) frem at ved intervjuer kan det være pålitelighetsutfordringer knyttet til *intervjuerbias*, *respondentbias* og *deltakerbias*. Intervjuerbias innebærer at den som intervjuer har kommentarer, tonefall eller ikke-verbal atferd som påvirker informantens svar (Saunders et al., 2019). Eksempelvis, hvis vi som forskere ønsket å finne et spesielt fenomen ved bruk av kostnads- og aktivitetsdata, kunne vi stilt ledende spørsmål og fått ønsket svar, men hvor dette svaret avviker fra realiteten. I tillegg kunne vi ha tolket informantenes svar i ønsket retning, noe som ville svekket studiens pålitelighet. Vi valgte imidlertid å utarbeide en intervjuguide med åpne spørsmål og forholde oss nøytrale i formuleringen av spørsmålene.

Respondentbias kan oppstå dersom informanten ikke forteller den fulle sannheten om det som blir forsket på (Saunders et al., 2019). Dette kan være grunnet et ønske om å ikke diskutere ulike aspekter, eller at informanten har taushetsplikt tilknyttet deler av temaet (Saunders et al., 2019). For å eksemplifisere dette, kunne det tenkes at informantene fokuserte på å fortelle suksesshistorier tilknyttet kostnads- og aktivitetsdata, for å fremstå best mulig utad til interesserte som vil lese masterutredningen. For å skape troverdighet hos informantene sørget vi for at informantene fikk et samtykkeskjema med informasjon vedrørende anonymitet og oppbevaring av data. Et av formålene med samtykkeskjemaet var nettopp å redusere risikoen for respondentbias. Dersom respondentene er anonymisert kan det tenkes at informantene

dermed vil tjene mindre på å kun presentere suksesshistorier knyttet til kostnads- og aktivitetsdata, da informasjonen ikke kan spores tilbake til informantene.

Deltakerbias kan oppstå når informantene gir feilaktige svar for å forvrengte forskningens resultat (Saunders et al., 2019). Det kunne oppstått deltakerbias ved studien vår dersom vi kun hadde informanter fra økonomi- og analyseavdelingen. Lite representativt utvalg av informanter kunne ført til et skjevt bilde av hvordan kostnads- og aktivitetsdata brukes i praksis, og opplevelser helsepersonell har i tilknytning til dataen kunne dermed uteblitt. En objektiv studie med et mer representativt utvalg informanter var derfor ønskelig for å redusere deltakerbiasen til studien.

Gyldighet

Studiens gyldighet omhandler hvor valid studien er, og er todelt (Saunders et al., 2019). For det første handler gyldighet om hvor nøyaktig datainnsamlingsmetoden måler det som den er ment å måle (Saunders et al., 2019). Ved å bruke et internt dokument til å understøtte informasjonen fra intervjuene, fikk vi avklart enkelte elementer som var uklare. For å styrke datainnsamlingens nøyaktighet stilte vi videre oppfølgingsspørsmål både under intervjuene, men også i ettertid over mail, dersom vi ønsket en oppklaring eller presisering. For informanten vi hadde to intervjuer med, behandlet vi datamaterialet fra første intervju før vi gjennomførte andre intervju. Ved å analysere datamaterialet i forkant, kunne vi formulere oppfølgingsspørsmål til andre intervju og dermed redusere risikoen for feiltolkning.

For det andre omhandler gyldighet i hvilken grad funnene fra studien er slik det faktisk er i realiteten (Saunders et al., 2019). Gjennom å benytte variert datagrunnlag, med ulike perspektiver fra økonomiansatte og klinikere, ønsket vi å styrke analysen ved å sikre en helhetlig forståelse av hvordan kostnads- og aktivitetsdata blir brukt i helseforetaket. I tillegg bidro et variert datagrunnlag til at vi fikk en dypere forståelse av hvordan kostnads- og aktivitetsdata faktisk blir brukt.

For å øke studiens gyldighet har vi involvert flere personer i forskningsprosessen. Diskusjoner og refleksjoner omkring studiens funn med våre veiledere, Trond Bjørnenak og Jakob Liboriussen, har ført til at vi har utforsket dataen fra flere vinkler og perspektiver. På denne måten har vi på enkelte områder redusert potensielle feilkilder og -tolkninger, og på andre områder fått bekreftelse på korrekt analyse av datamaterialet.

Gyldigheten som er diskutert, kan mer spesifikt kategoriseres som intern gyldighet (Saunders et al., 2019). Vi vil nå gå over til å diskutere den eksterne gyldigheten, altså generaliserbarheten og overførbarheten.

Overførbarhet

Ved casestudier kan det være bekymringsverdig at studiens resultat ikke kan generaliseres (Saunders et al., 2019). I vår studie kan man stille seg kritisk til om studiens funn ville vært identiske ved alle helseforetak i Norge, blant annet ved helseforetak av annen størrelse hvor organisasjonsstrukturen kan være forskjellig. For at studien vår skulle vært mer generaliserbar, kunne vi ha gjennomført en flercasestudie hvor vi hadde studert forskjellige helseforetak av forskjellig størrelse. Likevel vil styringsverktøyet KPP ha samme hovedstruktur i de ulike helseforetakene, og vi vurderer studien dermed som overførbar, heller enn generaliserbar, mellom helseforetak. Ved kvalitative studier vil formålet være at studien skal gi kunnskap som kan overføres til andre, selv om ikke studien er direkte generaliserbar (NEM, 2010).

Samhandling mellom økonomiansatte og klinikere, og hvordan kostnads- og aktivitetsdata kommuniseres, kan tenkes å være forskjellig i ulike helseforetak. Variasjonen kan tenkes at bunngrunnen i ulike organisasjonskultur, ledelsestil og ulike arbeidsprosesser. Studiens forskning angående samhandling kan derfor diskuteres om er overførbar til andre helseforetak. Til tross for denne potensielle begrensningen, kan det tenkes at alle helseforetak kan ha noe lignende utfordringer med samhandling og kommunikasjon mellom økonomiansatte og klinikere. Selv om ulike typer utfordringer kan variere, kan det generelle prinsippet om samhandling og kommunikasjon vurderes til å være overførbart og aktuelt i de fleste helseforetak. Studiens funn kan derfor vurderes som et solid utgangspunkt for videre analyse og utvikling av samhandling i det enkelte helseforetak. Det kan tenkes at andre helseforetak kan ta lærdom fra hvordan samhandlingen foregår på SiV, og det kan dermed argumenteres for at studien også på dette området er overførbar mellom helseforetak.

Det bør imidlertid nevnes at det bør gjøres en vurdering av hvert enkelt helseforetak om hvorvidt studiens resultat kan overføres til helseforetaket og dermed har en overføringsverdi.

3.6 Etiske vurderinger

Ifølge Dalland (2020, s. 168) handler forskningsetikk om å «*ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskningen, ikke blir påført skade eller unødvendige belysninger*». Som forskere har vi derfor gjort flere overveielser og tiltak for å sikre god forskningsetikk.

Før intervjuene ble gjennomført, sendte vi inn søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknaden ble utarbeidet av hensyn til informantenes personvern. Videre utarbeidet vi et samtykkeskjema, som ble signert av både oss som forskere og av informantene. Samtykkeskjemaet skal sikre at informantene er innforstått med at intervjuet er konfidensielt og at informantene er anonymisert, samt at lydfiler og notater blir slettet ved studiens slutt. I tillegg er det kommunisert at studiens deltagelse er frivillig og at informantene kan trekke sin deltagelse (før studiens slutt) uten videre begrunnelse.

For å beholde informantenes anonymitet har vi valgt å benytte oss av informantnummer. Rekkefølgen på informantnumrene er gitt i en tilfeldig rekkefølge, slik at vår første informant ikke nødvendigvis er informant 1. Vi har valgt å opplyse om informantenes fagområder, men ikke konkrete stillingstitler, da informasjon om fagområdene kan være av interesse ved analysen. Etter kommunikasjon med vår kontaktperson ved SiV valgte vi å ikke holde helseforetaket anonymt. Til tross for at helseforetaket ikke er anonymt, vil ikke informantene selv kunne knyttes opp til sitater. Vi vurderte det dermed som etisk riktig å kunne benevne helseforetaket i utredningen.

I tillegg til å anonymisere både informantene og deres stillingstitler, har vi også anonymisert utover det som er oppgitt i samtykkeskjemaet. Det ble vurdert som mulig at ansatte i helseforetaket kunne identifiseres gjennom konkrete eksempler som ble fortalt. Anonymiseringen utover det som ble oppgitt i samtykkeskjemaet ble derfor gjort for å sikre anonymiteten til både informantene og andre personer som ble omtalt i sitatene. Ved å utelate spesifikke avdelinger og karakteristikk ved en hendelse som ble gjenfortalt, ble sitatene videre anonymisert.

Før intervjuene startet, kommuniserte vi tydelig hva formålet og rammene med forskningsprosjektet var. Vi avtalte videre at informantene skulle få en kopi av masterutredningen ved studiens slutt for å formidle kunnskapen ved forskningsprosjektet videre, samt at informantene skal få bekreftet at deres bidrag er redelig behandlet.

3.7 Oppsummering

I dette metodekapitlet har vi presentert rammeverket for utredningen vår. Vi startet innledningsvis med å presentere forskningsspørsmålene som er knyttet til problemstillingen. For å besvare problemstillingen, vil vi ha en hermeneutisk tilnærming, da dette gir oss mulighet til å tolke ulike meninger og erfaringer. I valg av forskningsdesign landet beslutningen på å ha en utforskende i kombinasjon med en beskrivende tilnærming til studien. Etter valget av forskningsdesign, begrunnet vi valget av kvalitativ forskningsmetode med et intensivt forskningsdesign. Vi vil i utredningen studere SiV, og bruke dette helseforetaket som en casestudie.

I enkeltcasestudiet brukte vi intervju som primærmetode, og dokumentstudier som sekundærmetode. Intervjuene kategoriseres som semi-strukturerte, da noen av spørsmålene var forberedt på forhånd, mens andre spørsmål var oppfølgingsspørsmål til informantenes svar. Under intervjuene benyttet vi taleopptak for å sikre at vi fikk dokumentert samtlige sitater fra informantene, og transkriberte deretter intervjuene kort tid etter gjennomføringen av intervjuene. Vi vil nå gå videre til å beskrive KPP-modellen, og presentere empirien som er samlet inn fra intervju fra SiV, samt presentere offentlige dokumenter om KPP.

4. Beskrivelse av kostnad per pasient (KPP)

Vi vil i dette kapitlet presentere våre empiriske funn i tilknytning til bruk av KPP-data på SiV. Innledningsvis vil vi beskrive KPP-modellen, og deretter vil vi beskrive hvordan SiV bruker kostnads- og pasientinformasjon i arbeidet for å effektivisere sykehusdriften. Avslutningsvis vil vi rette oppmerksomhet til konkrete eksempler på hvordan helseforetaket bruker KPP for å effektivisere pasientbehandlinger og kapasitetsutnyttelse. Vi vil i dette delkapitlet også presentere våre funn i forbindelse med hvordan KPP brukes på tvers av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

4.1 KPP-modellens utforming og tiltenkte formål

Kostnad per pasient (KPP) betegner metoden som benyttes i helseforetak for å estimere størrelsen på kostnaden ved behandling av en pasient, enten det er en dagbehandling, døgnbehandling eller som en poliklinisk konsultasjon (HDIR, 2012; 2018). Metoden bygger på grunnprinsippene i ABC-kalkulasjon (HDIR, 2012; 2018), ved at man ved bruk av metoden beregner kostnadene for spesifikke aktiviteter og tjenester helseforetakene utfører for pasienter, og dermed finner kostnad per pasient. Dette er basert på prinsippet om at det ikke er pasientene i seg selv som driver kostnadene i helseforetakene, men aktivitetene og tjenestene som helseforetakene utfører for pasientene.

I ABC-kalkulasjon er det essensielt å finne riktig kostnadsdriver for å beregne aktivitetskostnadene korrekt. I helsetjenesten er arbeidskraft den viktigste innsatsfaktoren, og tid er både en praktisk og enkel måleenhet for denne typen ressursforbruk (HDIR, 2012; 2018). Dermed er det rent konkret lagt til grunn en tidsdrevne aktivitetsbasert kalkulasjonsmetode for beregning av KPP (HDIR, 2012; 2018).

Publiseringen av en nasjonal spesifisering for KPP førte til at det ble etablert én felles standard for å beregne kostnader på pasientnivå i spesialisthelsetjenesten (HDIR, 2012). Dette legger til rette for at KPP-dataen kan benyttes til utvikling av den innsattsstyrte finansieringen (ISF), samt i forvaltningen av diagnoserelaterte grupper (DRG)-systemet (HDIR, 2018). KPP-modellen ville også gjøre det enklere og mer effektivt for helseforetak å innrapportere data til regionale helseforetak og sentrale myndigheter (HDIR, 2012). I tillegg ville KPP bidra til at helseforetakene beregnet behandlingskostnadene på tilsvarende måte. Helsedirektoratet (2018, s. 3) bemerker imidlertid at *«helseforetakene er ulike i størrelse og organisering, og*

kan ha ulike mål og ambisjoner med hensyn til detaljeringsnivå ved utforming av KPP-modellene», men videre at «modellene som bygges etter denne spesifikasjonen vil ha samme hovedstruktur». Dette vil ifølge Helsedirektoratet (2012; 2018) ivareta både sammenlignbarheten i dataen og helseforetakenes egne behov og formål.

I tillegg til å benyttes i forvaltningen av DRG-systemet og utviklingen av ISF-ordningen, gir KPP-dataen innsikt i kostnaden per pasient innenfor en diagnosegruppe over tid, og kan dermed avdekke potensielle kostnadsvariasjoner (HDIR, 2012; 2018). I tillegg til dette gir KPP-dataen de regionale helseforetakene informasjon om hvilke helseforetak som har kostnader som ligger under eller over det nasjonale gjennomsnittet, både for det enkelte helseforetaket som helhet, men også for ulike pasientgrupper. Dermed kan KPP være en informasjonskilde i arbeidet med å «forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen, effektivisere driften og styring av helseforetakene» (HDIR, 2012, s. 4; 2018, s. 6). Videre påpeker også Helsedirektoratet at gjennomsnittskostnadene i pasientbehandlingen som estimeres ut fra KPP-beregningene kan benyttes i budsjettarbeidet i helseforetakene.

En av fordelene med KPP-modellen er at implementeringen og utviklingen er drevet av helseforetakenes egne behov, samt at den er fleksibel og legger til rette for at modellen kan endres over tid (HDIR, 2012; 2018). Dette kan bedre legge til rette for at bruken av modellen samsvarer med helseforetakenes egne krav og forutsetninger (HDIR, 2012), noe som fører til at det potensielt er stor variasjon mellom helseforetak når det kommer til bruken og utnyttelsen av KPP-data. Utredningen til Flokenes og Gladhaug (2020, s. 2) finner at «KPP brukes som statsadministrativt rapporteringsverktøy, men de andre bruksområdene er foreløpig i liten grad implementert». Med «andre bruksområder» refereres det her til økonomisk styringsverktøy, og medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. Det kan derfor tenkes at enkelte helseforetak kun benytter KPP som et eksternt rapporteringsverktøy, ettersom helseforetak er pålagt å rapportere data om pasientkostnader etter KPP-modellen til regionale helseforetak og sentrale helsemyndigheter. Videre kan det tenkes at andre helseforetak i større grad utnytter KPP-dataen til intern styring for å forbedre den medisinske praksisen, og som et element i budsjettprosessen. Denne utredningen fokuserer på hvordan helseforetak i større grad kan utnytte KPP-data til intern styring, slik at pasientbehandlingen kan bli mer effektiv.

4.2 Beskrivelse av kostnads- og pasientinformasjon

I dette delkapitlet vil vi beskrive hvordan SiV bruker KPP i praksis for å effektivisere helseforetaket. Ved SiV benyttes et styringsverktøy som heter KOSPA, for blant annet å beregne KPP. Informant 4 presenterte styringsverktøyet KOSPAs utforming og bruk i anledning de semi-strukturerte intervjuene. Innledningsvis vil vi beskrive KOSPA, samt verktøyet «Operasjonsstue - aktivitet» som benyttes til å administrere utnyttelsen av operasjonsstuer ved SiV. Deretter vil vi presentere de empiriske funnene på hvordan ansatte i helseforetaket bruker KOSPA og Operasjonsstue - aktivitet til å effektivisere pasientbehandlingen og kapasitetsutnyttelsen. Avslutningsvis vil det bli gjennomgått hvordan samarbeid og bruk av KPP-data på tvers av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i dag.

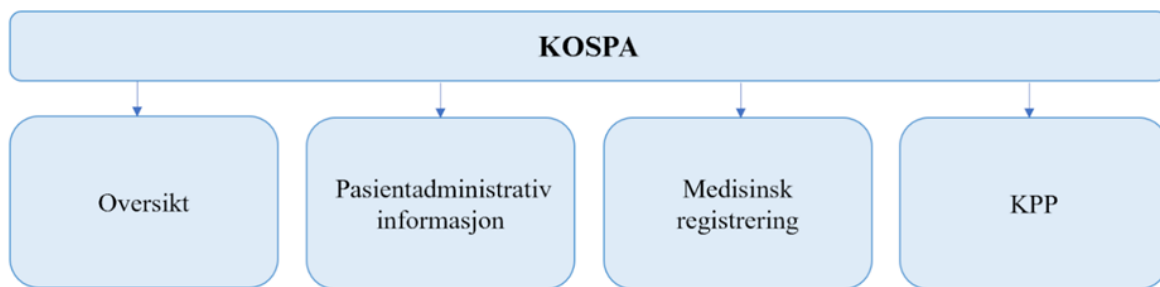
4.2.1 KOSPA

Ved SiV benyttes som nevnt styringsverktøyet KOSPA. Dette styringsverktøyet benyttes også i fire andre helseforetak i Norge, ved Sykehuset i Telemark, Sykehuset i Østfold, Vestre Viken og Akershus universitetssykehus (Informant 4). KOSPA lagrer informasjon om helseforetakets pasienter, og benytter denne informasjonen til å blant annet beregne KPP og annen kostnads- og aktivitetsdata. Arkfanen KPP er kun én av flere arkfaner i KOSPA, hvorav de resterende arkfanene viser informasjon om blant annet klinikkene og deres pasienter, pasienters diagnoser og behandlingsforløp, og annen pasientadministrativ informasjon. Hovedformålet med verktøyet er å gi innsikt i økonomiske og medisinske sammenhenger, og å «*skape bevissthet rundt økonomiske konsekvenser av medisinske beslutninger*» (Internt dokument, 2023).

Verktøyet er svært sentralisert, og det er kun fire personer ved SiV, alle en del av økonomi- og analyseavdelingen, som har tilgang til verktøyet (Informant 4). Grunnen til dette er ifølge informant 4 at verktøyet er «*kjempetransparent*». Informanten forklarer videre at «*enkelte prosedyrer er det kun enkeltdoktorer som gjør. Da blir det helt åpent. (...). Også det at pasientene er identifiserbare. Derfor sprer vi det ikke ut. Det er for transparent ved at den enkelte helsepersonell kan bli identifisert, og pasientene*». Selv om verktøyet ikke avslører navn på hverken pasient, lege eller annet helsepersonell, kan det likevel være mulig å identifisere enkeltpersoner i enkelte tilfeller. Informant 4 uttalte videre at klinikere blir «*kjempefrustrerte av å klikke seg frem*» i KOSPA. Imidlertid, ved intervju av informant 2 og

3, fikk vi som forskere en annen oppfatning. Informant 2 uttaler at hen gjerne skulle hatt tilgang til verktøyet selv, samt at det ville vært nyttig å ha et KPP-verktøy hvor man kan hente ut informasjon man har behov for. Informant 2 uttaler videre at «*jeg tror at hvis dataene blir mer tilgjengelig, så tror jeg vi kunne brukt det enda mer*». Informant 3 tror imidlertid at tilgangen til data vil endre seg i fremtiden. Personen uttaler at: «*Jeg tror at vi kommer til å få et dashboard ganske snart med de viktigste styringsindikatorene, (...)*».

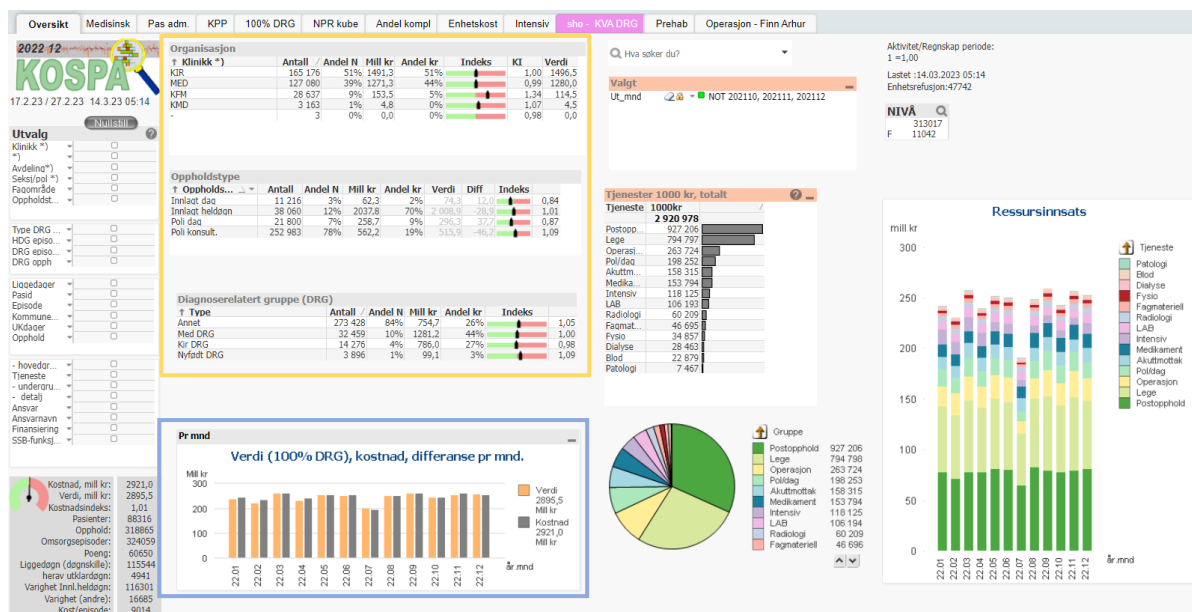
Vi vil nå gå over til å forklare fire av KOSPAs faner; oversiktsfanen, fanen for pasientadministrativ informasjon, fanen for medisinsk registrering, og til slutt KPP-fanen.



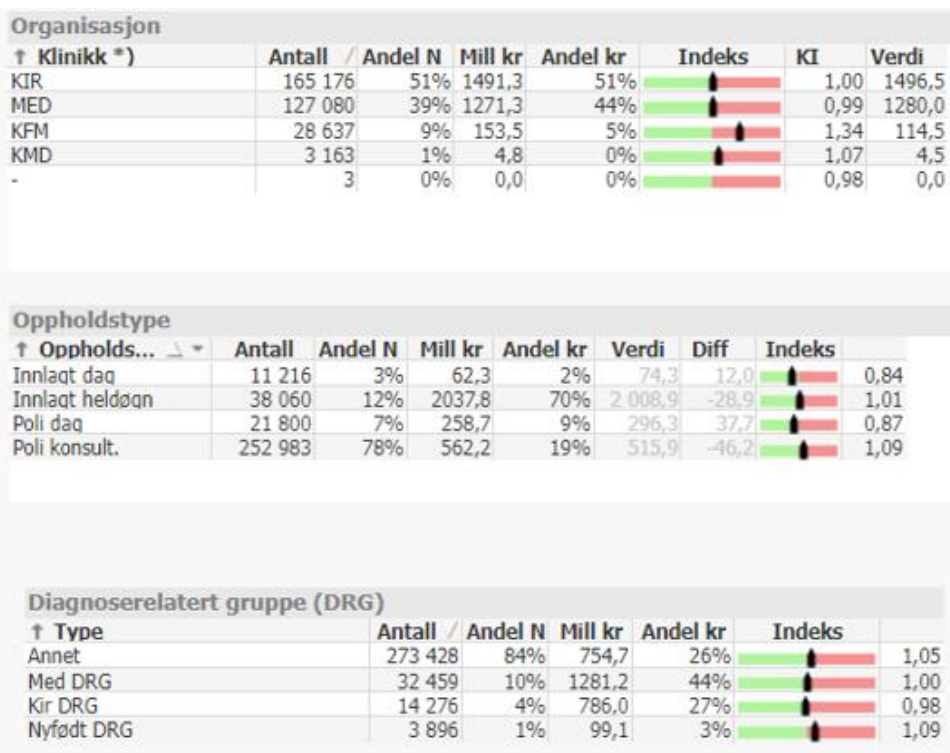
Figur 4.1 - Fire av arkfanene i KOSPA

Oversikt

Figur 4.2 viser åpningsbildet i KOSPA. De tre øverste tabellene til venstre (markert med en gul ramme) viser informasjon gruppert etter de ulike klinikkene i organisasjonen, oppholdstype, og de ulike DRG-ene. I Figur 4.3 ser man dette tydeligere.



Figur 4.2 - Åpningsbildet i KOSPA



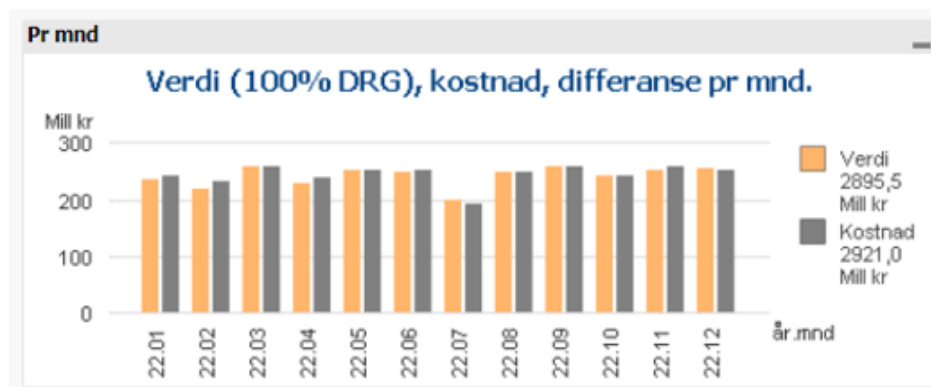
Figur 4.3 - Organisasjon, oppholdstype og diagnoserelatert gruppe (DRG)

I hver tabell i Figur 4.3 vises informasjon om blant annet antall pasienter og kostnadsindeks for gruppen av pasienter. Kostnadsindeksen (KI) illustrerer hvor stor kostnaden er i forhold til refusjonen helseforetaket hadde mottatt dersom de hadde hatt 100% DRG-finansiering (NOU 2019: 24). SiV benytter blant annet 100% DRG-finansiering som sammenligningsgrunnlag

for å se om en pasient har relativt høye eller lave kostnader (Informant 4). Vi vil videre i utredningen omtale 100% DRG-finansiering som *DRG-kostnaden*. Informant 4 uttaler at:

«100% DRG-refusjon er det vi sammenligner oss med den dag i dag. Ikke fordi vi tror at DRG-refusjonen gir en gylden sannhet, eller at sannheten er der. Men det er lagt mye arbeid i å finne snittkostnad på akkurat den type pasienter i den 100%-refusjonen (...). Og folk der ute kjenner 100% refusjon. Det er noe som man kan relatere seg til.»

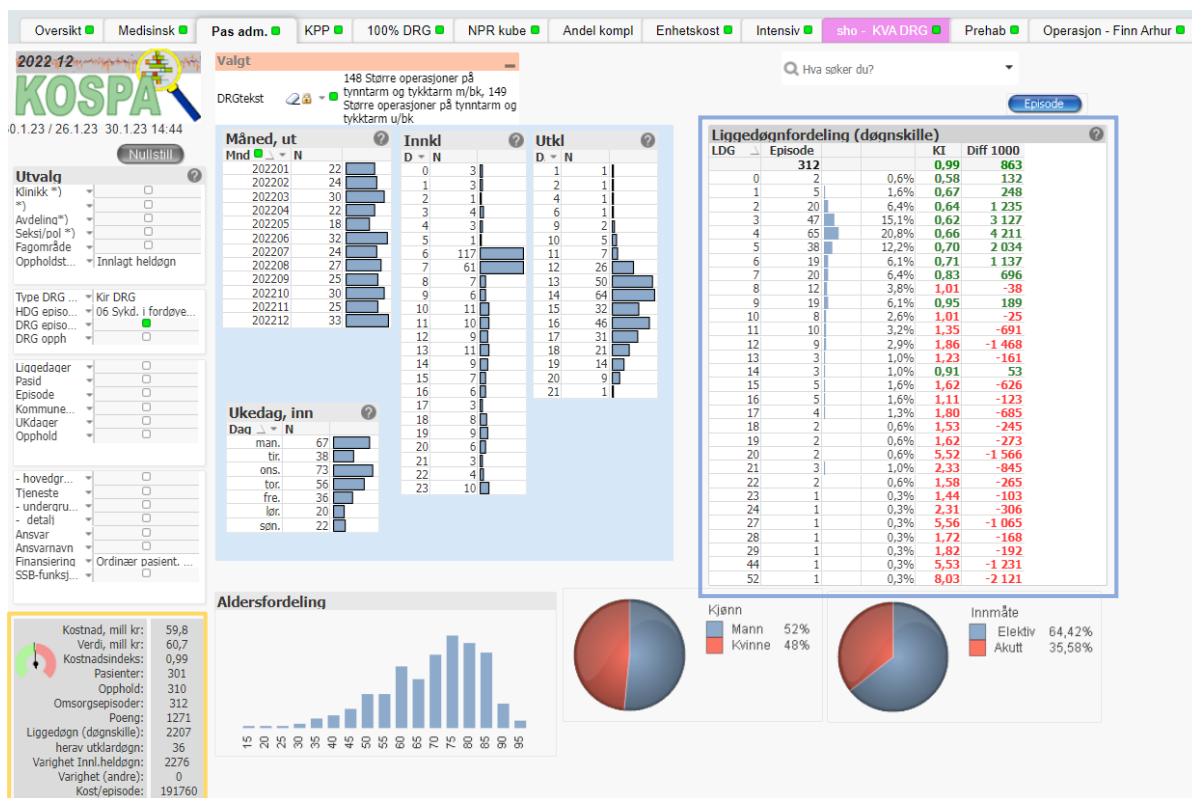
Figur 4.4 (den blå rammen i Figur 4.2) illustrerer DRG-kostnadene sammenliknet med kostnadene i SiV, for alle tolv måneder i 2022. I figuren benyttes begrepet «verdi» om DRG-kostnaden. Dette er noe vi vil se nærmere på i delkapittel 5.3 *Et verktøy for balansering av økonomi og kvalitet*.



Figur 4.4 - Sammenligning av kostnadene i SiV mot DRG-kostnadene

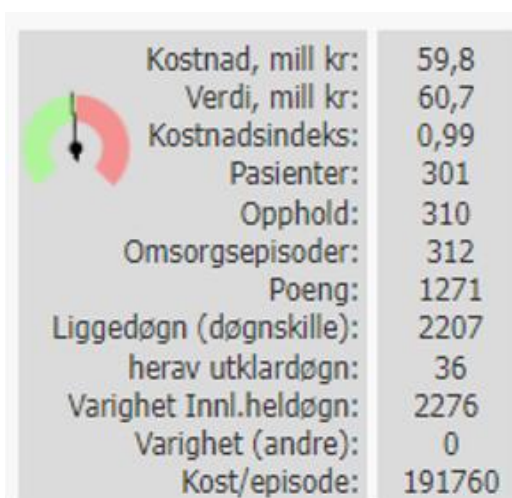
Pasientadministrativ informasjon

Videre kan man i KOSPA gå nærmere inn på de ulike pasientgruppene i arkfanen «pas.adm.», forkortelse for «pasientadministrativ informasjon». I denne arkfanen vises data for ulike pasientgrupper ved å filtrere basert på én eller flere valgte DRG-er. I Figur 4.5 vises DRG «148 Større operasjoner på tynntarm og tykktarm m/bk» og DRG «149 Større operasjoner på tynntarm og tykktarm u/bk», hvor «bk» betegner en «kompliserende tilstand» (Informant 4). Informasjonen som vises er blant annet tidspunktene pasientene blir skrevet inn og ut, aldersfordeling, kjønnsfordeling, og om det er planlagt (elektiv) eller akutt behandling.



Figur 4.5 - Pas.adm. i KOSPA

Informant 4 forklarer informasjonen i Figur 4.6 (gul ramme i Figur 4.5) på følgende måte: «Vi har 312 av [pasientene] i 2022, brukte 59,8 millioner kroner på dem. Hadde vi vært 100% DRG-finansiert, hadde vi fått 60,7 millioner inn på dem. Det er 301 pasienter som har vært her 312 ganger. Så her er det flere pasienter som har måttet kommet inn for re-behandling for akkurat det samme. 2 av 312 var inn og ut samme dag».



Figur 4.6 - Utklipp fra pas.adm.

I tillegg vises informasjon om antall liggedøgn og fordelingen av omsorgsepisoder på liggedøgn, samt kostnadsindeksen for pasientene. Dette er vist i Figur 4.7 (blå ramme i Figur 4.5). I figuren ser man at median liggedøgn er rundt fire døgn. Ifølge informant 4 benyttes denne informasjonen til å sammenligne pasienter. For eksempel ser man at en av pasientene har 52 liggedøgn, og dermed ligger langt over medianen. «Én pasient har ligget 52 dager, og én 44 dager, og én 29 dager. Det interesserer fagfolkene. «På den ene pasienten har dere tapt 1,2 millioner kroner, eller dere, vi», det spiller ingen rolle». Dette avviket undersøkes dermed videre ved å bruke verktøyet til å se på pasientforløpet og identifisere områder som kan forbedres. Informanten omtaler videre kostnadsindeksen for pasienter med null liggedøgn på følgende måte: «De har vi brukt 58 kr på og så tjener vi en 100-lapp. Da har vi kostnadsindeks på 0,58».

Liggedøgnfordeling (døgnskille)					
LDG	Episode			KI	Diff 1000
	312			0,99	863
0	2		0,6%	0,58	132
1	5		1,6%	0,67	248
2	20		6,4%	0,64	1 235
3	47		15,1%	0,62	3 127
4	65		20,8%	0,66	4 211
5	38		12,2%	0,70	2 034
6	19		6,1%	0,71	1 137
7	20		6,4%	0,83	696
8	12		3,8%	1,01	-38
9	19		6,1%	0,95	189
10	8		2,6%	1,01	-25
11	10		3,2%	1,35	-691
12	9		2,9%	1,86	-1 468
13	3		1,0%	1,23	-161
14	3		1,0%	0,91	53
15	5		1,6%	1,62	-626
16	5		1,6%	1,11	-123
17	4		1,3%	1,80	-685
18	2		0,6%	1,53	-245
19	2		0,6%	1,62	-273
20	2		0,6%	5,52	-1 566
21	3		1,0%	2,33	-845
22	2		0,6%	1,58	-265
23	1		0,3%	1,44	-103
24	1		0,3%	2,31	-306
27	1		0,3%	5,56	-1 065
28	1		0,3%	1,72	-168
29	1		0,3%	1,82	-192
44	1		0,3%	5,53	-1 231
52	1		0,3%	8,03	-2 121

Figur 4.7 - Liggedøgnfordeling (døgnskille)

Medisinsk registrering – pasientens tilstander og prosedyrer

Innenfor hver DRG kan helseforetaket undersøke hvilke hoved- og bidiagnoser pasientene har. I tillegg kan helseforetaket se hvilke prosedyrer som er foretatt ved behandling av pasientene. Figur 4.8 viser en pasient med hoveddiagnosen «K851 Billiær akutt pankreatitt» (markert med en gul ramme) gruppert i DRG «204 Sykdommer i bukspyttkjertel ekskludert ondartede svulster». Informant 4 uttaler at «Hoveddiagnosekodene er hovedårsaken til at du er her». Dersom pasientene har flere diagnoser registreres disse under «bidiagnose». Bidiagnosene er ikke hovedgrunnen til at pasienten er på sykehuset, men de «er med på å påvirke hvordan [klinikerne] behandler dem» (Informant 4).

The screenshot displays the KOSPA interface for a patient with DRG 204. The main window shows the DRG classification and a list of diagnoses (Hoveddiagnose and Bidiagnose) and procedures (Prosedyrer). The Hoveddiagnose is K851 Billiær akutt pankreatitt. The Bidiagnoser include D62 Akutt posthemoragisk anemi, E46 Uspesifisert protein-/energiunderernæring, E878 Andre forstyrrelser i elektrolytt- og væskebalanse IKAS, E4600 Risiko for underernæring, F059 Uspesifisert delirium, R092 Respirasjonsstans, R572 Septisk sjokk, A014 Uspesifisert paratyfoideber, A020 Salmonellaenteritt, A040 Infeksjon som skyldes enteropatogen Escherichia coli, A045 Enteritt som skyldes Campylobacter, and A46 Erysipelas. The Prosedyrer list includes GAD10K Interkostal innlegging av pleuradren, ultralydveiledet, GBG10 Endotrakeal intubasjon, PXA400 Innlegging av arteriekanyler, PHX15 Innl. sentralvenøst kateter via v.jugularis externa/interna, GXAV01 Respiratorbehandling INA, JKD10A Perkutan transhepatisk galledrenasje (PTD), røntgenveiledet, JAD23K Perkutan drenerasje av intraperitoneal abscess, ultralydveil., PHX20 Innl. sentralvenøst kateter via v.subclavia/brachiocephalica, B0050 Intensivpasient etter nærmere kriterier, N10 Akutt tubulointerstitiell nefritt og pyelonefritt, JKS10K Skifte av transhepatisk kateter i galleveiene, ultralydveil., PVTM30 Invasiv arteriell blodtrykkmåling, FYFF00 Hjerterets minuttvolum målt ved termidilusjonsmetoder, GXAV20 Noninvasiv behandling med bifasisk positivt luftveistrykk, REGG00 Transfusjon av allogene erytrocytter, and OBA00 Veiledet og instruert fys. trening: motorikk og/el. kondis.

Figur 4.8 - Hoved- og bidiagnoser i KOSPA

I tillegg til hoveddiagnosen som er illustrert til venstre i Figur 4.9, vises tilhørende bidiagnoser til høyre i figuren (blå ramme i Figur 4.8). Bidiagnosene kan være med på å forklare hvorfor noen pasienter er mer ressurskrevende enn andre pasienter med samme hoveddiagnose, ettersom bidiagnosene kan føre til et mer komplisert og lenger behandlingsforløp (Informant 4).

Hoveddiagnose		Bidiagnose (ICD-10)	
K851 Bilær akutt pankreatitt	1	D62 Akutt posthemoragisk anemi	1
K859 Uspesifisert akutt pankreatitt	0	E46 Uspesifisert protein-/energiunderernæring	1
K861 Annen kronisk pankreatitt	0	E878 Andre forstyrrelser i elektrolytt- og væskebalanse IKAS	1
K850 Idiopatisk akutt pankreatitt	0	E4600 Risiko for underernæring	1
K852 Alkoholindusert akutt pankreatitt	0	F059 Uspesifisert delirium	1
K858 Annen spesifisert akutt pankreatitt	0	R092 Respirasjonsstans	1
K860 Alkoholutløst kronisk pankreatitt	0	R572 Septisk sjokk	1
K862 Cyste i bukspyttkjertel	0	A014 Uspesifisert paratyfoidefeber	0
K869 Uspesifisert ikke-infeksiøs sykdom i bukspyttkjertel	0	A020 Salmonellaenteritt	0
K863 Pseudocyste i bukspyttkjertel	0	A040 Infeksjon som skyldes enteropatogen Escherichia coli	0
K853 Legemiddelutløst akutt pankreatitt	0	A045 Enteritt som skyldes Campylobacter	0
Q181 Preaurikulær sinus og cyste	0	A46 Erysipel	0

Figur 4.9 - Utklipp av hoved- og bidiagnoser

Informant 4 presiserte at registrering av pasienter med riktige hoved- og bidiagnoser er et område som SiV jobber med å stadig vedlikeholde og forbedre. Informant 4 spesifiserte videre at det er «regler for hvordan du skal bruke disse kodene», og dersom ikke kodingen er riktig, så «rakner hele styringssystemet». Basert på intervjuene med informantene har vi identifisert tre hovedgrunner til at det er viktig med korrekt koderegistrering.

Den første grunnen er at feil koderegistrering gir et feilaktig bilde av pasientene og hva slags behandlinger de har mottatt. Informant 4 uttaler at: «En av årsakene er nettopp denne tidkrevende greia vi pålegger helsepersonell i å dokumentere i koder. Og så må den oversettelsen fra journal til kode være riktig. Hvis ikke rakner hele styringssystemet, hele styringssystemet bygger på at det skal være kvalitet i det».

Den andre grunnen til at det er viktig å registrere riktig diagnose er fordi hoveddiagnosen er grunnlaget for refusjonen helseforetaket mottar for å behandle pasienten, i henhold til ISF-modellen. Dersom det registreres feil diagnose blir refusjonen potensielt en helt annen enn ved registrering av riktig diagnose. De regionale helseforetakene, som fordeler basisbevilgningen og ISF til det enkelte helseforetak, skal «sikre at den administrative og medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering» (HDIR, 2021, s. 14).

Den tredje grunnen til at riktig koderegistrering er viktig er for å opprettholde et fagtilbud med tilstrekkelig kvalitet. Ifølge informant 4 benyttes registrerte diagnosekodene til å «fordele funksjoner», altså bestemme hva slags fagtilbud de ulike helseforetakene skal tilby. «Det skal ikke være færre enn så og så mange pasienter for da blir fagtilbudet for dårlig. Kirurgene blir for dårlig, de får for lite volum til å trene på å opprettholde kompetansen» (Informant 4).

KPP

I Figur 4.10 vises et utsnitt av arkfanen KPP. Informant 4 presiserer at «arkfanen KPP, det er fakturaen». KPP-fanen inneholder all informasjon om hvilke prosedyrer og behandlinger som

er gjennomført, til hvilket tidspunkt, og tilhørende kostnader. I tillegg til den totale kostnaden for pasienten kan man se hva helseforetaket hadde fått refundert for behandlingen dersom de hadde hatt 100% DRG-refusjon.

Omsorgsepisoder (1), kostnadsindeks: 38,45													
Hoveddiag.	DRG	N	Gj.sn kos...	Gj.verdi	Sum kost kr	Sum verdi kr	Diff kr						
K851 Billiær akutt pankreatitt	204 Sykdommer i bukspyttkjertel ...	1	2 413 657	62 781	2 413 657	62 781	-2 350 876						
Kostnad: kr 2 413 656,52 (1 omsorgsepisode(r))													
PID	Opphold	Episode	DRG	Dato	Startkl	LDG	Tjeneste	Beskrivelse	Ansvar	Mengde	Enhet	Enhet kr	Totalt kr
Total												2 413 657	
Total												2 413 657	
								(k:0,87) DRG-, prosedyre: REG...			1 estimat	1 143	1 143
								Akuttmottak			2 kontakt	3 378	6 756
		16:03	57					Lege akuttmottak			2 kontakt	1 688	3 377
			57					Lege post	10130 Gastroseksjon Kirurgi - 57...	19:00 time	3 197	60 750	
		17:57	57					Radiologi	CT Abdomen og bekken		1 Undersøkelse	3 671	3 671
		20:46	57					Oppvåking	Oppvåkningspost H4	2,91 døgn	43 207	125 755	
			57					Postopphold	Gynekologi- og gastrokir. post	4,53 døgn	5 776	26 191	
		16:55	57					Radiologi	UL Galleveier		1 Undersøkelse	762	762
		21:08	57					Radiologi	RG Toraks		1 Undersøkelse	73	73
		12:35	57					Radiologi	MR MRCP		1 Undersøkelse	4 985	4 985
		16:14	57					Radiologi	RG Galledrenasje		1 Undersøkelse	2 594	2 594
		16:32	57					Radiologi	UL Ascitestapping		1 Undersøkelse	1 139	1 139
		17:06	57					Radiologi	RG Toraks stue		1 Undersøkelse	73	73
		01:34	57					Radiologi	RG Toraks		1 Undersøkelse	73	73
		18:37	57					Intensiv	Intensivpost	1,02 døgn	73 005	74 780	
		19:12	57					Oppvåking	Oppvåkningspost H4	14:24 døgn	43 207	25 912	
		09:36	57					Postopphold	Overvåkningspost	0,42 døgn	35 546	15 086	
		19:47	57					Intensiv	Intensivpost	14,9 døgn	73 005	1 087 896	
			57					Postopphold	Gynekologi- og gastrokir. post	51,73 døgn	5 776	298 773	
		14:31	57					Radiologi	CT Toraks abdomen og bekken		1 Undersøkelse	4 793	4 793
			57					Radiologi	CT Caput		1 Undersøkelse	1 051	1 051
		19:24	57					Radiologi	UL Pleuratapping		1 Undersøkelse	1 139	1 139
		11:01	57					Radiologi	RG Galleveier		1 Undersøkelse	421	421
		20:34	57					Radiologi	RG Toraks stue		1 Undersøkelse	73	73
		09:10	57					Radiologi	RG Toraks stue		1 Undersøkelse	73	73
		13:04	57					Radiologi	RG Galleveier		1 Undersøkelse	421	421
		01:42	57					Radiologi	UL Abdomen		1 Undersøkelse	206	206
		10:32	57					Radiologi	CT Toraks abdomen og bekken		1 Undersøkelse	4 793	4 793
		15:31	57					Radiologi	UL Pleuratapping		1 Undersøkelse	1 139	1 139
		09:49	57					Radiologi	CT Toraks abdomen og bekken		1 Undersøkelse	4 793	4 793
		13:22	57					Radiologi	RG Toraks stue		1 Undersøkelse	73	73
		11:11	57					Radiologi	CT Toraks abdomen og bekken		1 Undersøkelse	4 793	4 793
		08:59	57					Radiologi	CT Abdomen interv.		1 Undersøkelse	2 594	2 594
		10:19	57					Radiologi	UL Pleuratapping		1 Undersøkelse	1 139	1 139
		09:03	57					Radiologi	RG Toraks		1 Undersøkelse	73	73
		09:12	57					Intensiv	Intensivpost	5,29 døgn	73 005	385 883	
			57					Intensiv	CTANG Thorax		1 Undersøkelse	3 671	3 671
		11:53	57					Radiologi	CT Caput		1 Undersøkelse	1 051	1 051

Figur 4.10 - KPP i KOSPA

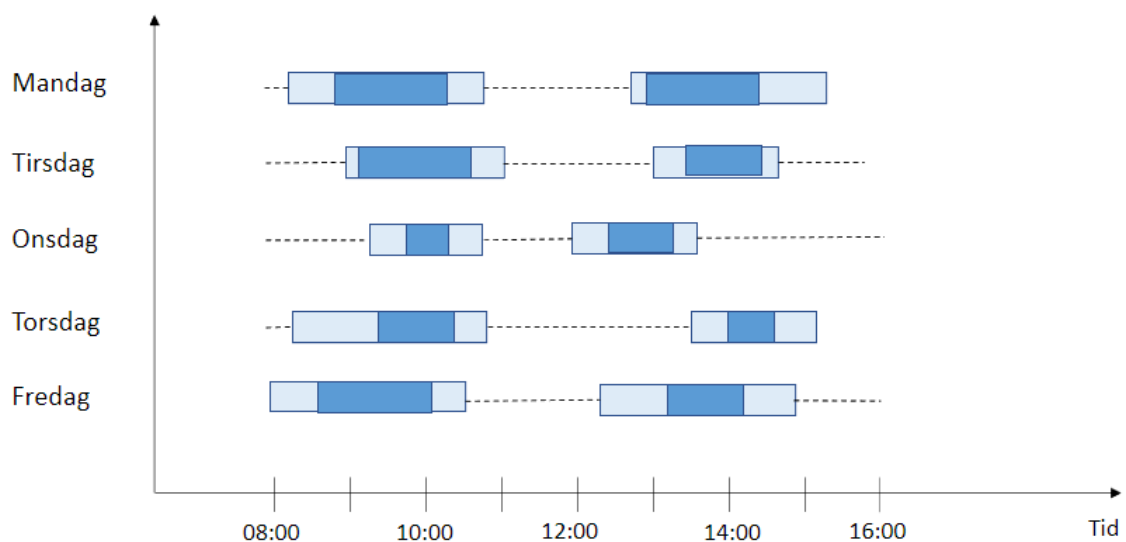
KPP-fanen i KOSPA viser kostnadene knyttet til en spesifikk pasient. Figur 4.10 viser kostnader som tilhører en pasient med hoveddiagnose «K851 Billiær akutt pankreatitt» i DRG «204 Sykdommer i bukspyttkjertel ekskludert ondartede svulster». Helseforetakets totale kostnader for pasienten er på 2,4 millioner kroner, hvorav utsnittet blant annet viser at i underkant av 15 døgnopphold på intensivavdelingen er en tjeneste som driver mye kostnader. Intensivkostnaden for dette oppholdet er på i underkant av 1,1 millioner kroner.

4.2.2 OPA

I tillegg til å bruke verktøyet KOSPA som lagrer informasjon om pasientene i helseforetaket, bruker klinikkjefene på SiV et verktøy kalt «Operasjonsstue - aktivitet», heretter forkortet OPA, for å planlegge bruken av operasjonsstuer. Ved bruk av dette verktøyet kan klinikkjefene optimalisere kapasitetsutnyttelsen av operasjonsstuene. Det optimale vil være å planlegge bruk av ressurser slik at de utnyttes hele dagen, samt at flere ressurser ikke står ubenyttet over lengre tid. Dette handler blant annet om å effektivisere tidsbruken mellom

pasientbehandlingene. På denne måten vil skiftetiden, tid mellom operasjoner, mellom pasientene bli redusert, og ressursutnyttelsen blir høyere.

Utklipp av verktøyet OPA som klinikksjefene har tilgang til er gjenskapt i Figur 4.11. Innholdet i figuren nedenfor er konstruert og inneholder derfor ikke tall hentet fra SiV. Figuren viser dager i en uke, med tilhørende stuetid (lyseblå) og knivtid (mørkeblå). Skiftetid er illustrert ved de stiplede linjene mellom stuetidene. Målet til helseforetaket er ifølge informant 4 at de skal «*ha kortest mulig skiftetid, altså vi vil ha utnyttelse av stuene*». Eksempelvis, lav utnyttelse av kapasiteten på operasjonsstuene vil være preget av lang skiftetid, som kan resultere i at helseforetak får utført færre operasjoner per dag. Derimot, ved å redusere skiftetiden kan man utføre flere operasjoner per dag, noe som kan øke kapasitetsutnyttelsen.



Figur 4.11 - Kapasitet ved operasjonsstuer

Ved intervju av informant 2, svarer informanten på spørsmål om verktøyet brukes hyppig: «*Ja, hver eneste dag. Det er litt forskjellig hvor mye ledere hos oss bruker det, men mange følger mye med da*». I tillegg til å ha et bevisst forhold til hvor mye tid som går med til kniv-, stue- og skiftetid, formidler informanten at dataen blir anvendt i forbedringsarbeid ved helseforetaket. I forbedringsarbeidet har klinikksjefer månedlige oppfølgingsmøter med avdelingsledere, og i møtene benyttes dataen.

Dermed er det i hovedsak to styringsverktøy som benyttes ved SiV for å effektivisere helseforetaket gjennom kostnads- og aktivitetsdata; KOSPA og OPA. KPP inngår som en del av KOSPA, og KOSPA er et svært sentralisert verktøy som kun noen få i økonomi- og

analyseavdelingen har tilgang til. I tillegg til KPP-data vil KOSPA også inneholde annen kostnads- og aktivitetsdata. OPA derimot er et verktøy som benyttes av klinikksjefer. Dette verktøyet inneholder ikke informasjon om KPP, men det er et sentralt verktøy for å administrere kapasitetsutnyttelsen på SiV, og inneholder dermed aktivitetsdata.

4.3 Bruk av kostnads- og aktivitetsdata på SiV

Vi vil i dette delkapittelet eksemplifisere hvordan SiV bruker KOSPA og OPA i praksis for å effektivisere helseforetaket. Vi har identifisert tre bruksområder for kostnads- og aktivitetsdata ved SiV. Første bruksområde er ved effektivisering av pasientbehandlinger, andre bruksområde er ved effektivisering gjennom bedre kapasitetsutnyttelse og tredje bruksområde er ved samhandling med psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Alle fire eksempler er gjenfortalt av informant 4.

Bruksområde	Eksempler
(1) Effektivisering av pasientbehandling	Operasjonsteknikk & Behandling av «for syke» pasienter
(2) Effektivisering av bedre kapasitetsutnyttelse	Elektiv behandling i Larvik
(3) Samhandling med PHV og TSB	Pasient med psykisk lidelse

Tabell 4.1 - Bruksområder for kostnads- og aktivitetsdata

4.3.1 Effektivisering av pasientbehandlinger ved bruk av KPP

Som nevnt i delkapittel 4.2 *Beskrivelse av kostnads- og pasientinformasjon* viser KOSPA informasjon fra hele pasientforløpet, altså hvilke avdelinger pasientene er på og hva slags behandlinger pasientene har mottatt. Ved regelmessig undersøke data i KOSPA kan ansatte som har tilgang til verktøyet se hvilke kostnader som oppstår for ulike behandlinger. Informant 4 forklarer gjennom to eksempler hvordan avvik ved pasientbehandlinger ble oppdaget gjennom KPP-dataen i KOSPA, et eksempel om operasjonsteknikk og et annet eksempel om behandling av «for syke» pasienter.

Operasjonsteknikk

«(...) På [en avdeling] så fant vi at plutselig så begynte det å renne inn kostnader på intensivheten på en ganske enkel operasjon. (...). Dette var jo pasienter som per definisjon ikke skal ha noen intensiv, altså det er ikke noen faglig sett alvorlig operasjon» (Informant 4). Avviket ble undersøkt nærmere, og en økonomiansatt fant regelmessige endringer i intensivkostnader knyttet til operasjonene. Informant 4 forklarer: «Så ser vi en sånn regularitet hver tredje dag. Det tyder på at vi har fått inn en ny operatør, eller at den operatøren har startet med nye inngrep som en ikke har gjort før».

Videre uttaler informanten: «Vi tar kontakt da med lederen for [avdelingen], og dette blir en nysgjerrig på. Men at disse pasienten koster ti tusen mer enn de andre, igjen, det er uinteressant». Ifølge informanten blir lederen for avdelingen interessert i avviket grunnet intensivkostnadene som oppstår, da denne behandlingen per definisjon ikke krever behandling på intensivavdelingen, som uttalt i et av sitatene. Ifølge informant 4 fant lederen for avdelingen at avvikene oppstod da en bestemt lege var på jobb, og utførte inngrepene. «Og da tar de affære, altså [operatørene] selv, og sier «vi blir med deg på operasjonsstua nå, også ser vi hvordan du gjør dette her, fordi vi må enten ta deg ut av operasjonsprogrammet og ned å trene på en simulator, eller så har vi en mentor som opererer sammen med deg»».

Videre forklarer informanten at under observasjonen oppdaget lederen for avdelingen at operasjonsteknikken operatøren benyttet ikke var optimal, noe som skapte komplikasjoner i ettertid og dermed førte til at pasientene måtte få behandling på intensivavdelingen: «(...) da har vi identifisert en malpraksis, gjennom å fokusere på økonomi og administrasjon, altså vi sentralt gjør det, vi identifiserer at her er det en kvalitetsbrist. (...). De korrigerer sin praksis og økonomien faller på plass» (Informant 4).

Behandling av «for syke» pasienter

I et annet tilfelle oppdaget økonomiansatte at kostnadene knyttet til operasjoner av en gruppe pasienter økte kraftig. Informant 4 uttalte at økonomi- og analyseavdelingen «fanget opp at kostnaden gikk opp». Økonomi- og analyseavdelingen tok da kontakt med overlegen og viste frem et tilsvarende bilde som vist i Figur 4.10 og kostnadsfordelingen i KOSPA.

Informanten forklarer videre: «Og så sier [overlegen] «intensiv? Hvorfor har disse intensiv? Disse skal ikke ha intensiv»». Den økonomiansatte og overlegen avdekket at pasientenes

tidligere historikk ikke var årsaken til at intensivkostnadene påløp. Dermed ville videre undersøkelser for å identifisere årsaken til at intensivkostnadene hadde oppstått være interessant.

Informanten forteller at det den økonomiansatte og overlegen oppdaget, var at antall pasienter som ble behandlet hadde økt de siste årene. Overlegen tok denne informasjonen videre til fagmiljøet, som diskuterte og konkluderte med at klinikerne hadde fått økt selvtilit. *«Og det er ikke fordi sykkeligheten i befolkningen har økt, men fordi vårt fagmiljø har trent og fått økt selvtilit, og tar inn sykere pasienter. Det var (...) fagmiljøet som tok denne diskusjonen selv».* Ifølge informant 4 fører derfor den økte selvtilitten hos klinikerne til at det tas inn *«for syke»* pasienter. Imidlertid vil en slik problemstilling inngå i den kliniske-etiske diskusjonen: *«Seks av pasientene som hadde vært på intensivten døde i løpet av halvannen måned var det vel. Det er en diskusjon jeg som byråkrat ikke skal mene noe som helst om. Det er min erfaring i hvert fall. Men faget tok den diskusjonen. Seriøs diskusjon. Den 85-år gamle mannen med kreft og kols, som har alt mulig ved siden av, hvorfor bruker vi ressursene på den pasienten? Som likevel har så lav sannsynlighet for å leve godt over år. Dette er sånn typisk klinisk-etisk. Men vi fant dem gjennom KOSPA, gjennom KPPen»* (Informant 4).

4.3.2 Effektivisering gjennom bedre kapasitetsutnyttelse

SiV har skilt ut noe av den elektive behandlingen fra hovedsykehuset i Tønsberg, til sykehuset i Larvik. Ved å skille ut deler av de planlagte behandlingene til et annet sykehus, kan de planlagte behandlingene foregå helt uten forstyrrelser fra ø-hjelp (øyeblikkelig hjelp). Egne avdelinger i Larvik fører til økt effektivitet for helseforetaket (Informant 4). Informanten formidler videre at *«vi får til en drift der nede som vi ikke ville klart her oppe»* og at å skille ut den planlagte behandlingen er *«kjempeeffektivt»*.

For å illustrere effektiviteten viser informant 4 oss et eksempel på beregning av KPP i KOSPA, for en pasient ved sykehuset i Larvik. For denne pasienten finner man at de totale kostnadene er på kr 77 000. For tilsvarende pasienter er gjennomsnittskostnaden kr 64 000, noe som vil si at det har påløpt flere kostnader i tilknytning til denne pasienten. Likevel ville DRG-kostnaden, det vil si 100% DRG-finansiering, tilsvart kr 90 000, noe som illustrerer at det kan være en effektivitetsgevinst ved utskilling av elektiv behandling. *«Igjen så er det fordi vi får til en drift der nede som vi ikke ville klart her oppe. Der har du hele fakturaen for alle pasientene»*, forteller informanten og henviser til arkfanen KPP.

4.3.3 Samhandling med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Til nå har KPP handlet om å se på forløpet til pasienter fra de kommer inn døren til de går ut igjen. Informant 4 påpeker at med en videreutvikling av KPP, som hen kaller «KPP 2.0», vil det være nyttig å se på forløpet til pasienten på tvers av somatikk, PHV og TSB. Arbeidet med å se på tvers av fagområder ved SiV startet i 2022, men informanten opplyser at verktøyet KPP 2.0 ikke er fullt implementert ved helseforetaket ennå.

Informant 4 forteller at arbeidet med KPP 2.0 startet etter forespørsel om å sammenligne KPP-data av en avdeling i klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA). Etter forespørsel fra KPA, sammenlignet SiV 13 pasienter på tvers av somatikk, PHV og TSB. Dataene fra disse 13 pasientene ble samlet inn fra 2018 til oktober 2021. Tabell 4.2 viser oppsummering av funnene på tvers av enhetene.

	Antall pasienter	Kostnad	Antall besøk	Antall liggedøgn
Totalt	13	Kr 65 000 000	4 100	3 300

Tabell 4.2 - Data på tvers av somatikk, PHV og TSB

Informant 4 trekker frem et eksempel på hvordan lite samhandling mellom fagområdene har ført til dårlig informasjonsflyt gjennom pasientens forløp. Én pasient har vært på helseforetaket 583 ganger, og hatt nærmere 700 liggedøgn, og har en total kostnad på 17 millioner kroner. I PHV blir pasienten behandlet for en psykisk lidelse. I somatikken blir samme pasient behandlet for fysiske plager i tilknytning den psykiske lidelsen, eksempelvis sår på underekstremiteter. Behandlinger i somatikken er ikke videreformidlet til PHV, og vice versa. «Vi finner ikke spor av det. Litt av [den psykiske lidelsen] finner vi i somatikken, men finner ikke så mange spor av alt det andre greiene i psyk. Så da bruker vi dette verktøyet, eller dette er såpass nytt dette verktøyet her, eller det er målet vårt i hvert fall, ved å synliggjøre overgangen her, at fagfolkene selv må se på tvers av og ikke bare se på vårt lille område. Det er fordelen med KPP, det er hele forløpet man snakker om der, ikke bare den ene. Nå snakker vi KPP 2.0» (Informant 4).

Det er imidlertid en naturlig forklaring på hvorfor helseforetaket ikke tidligere har sammenlignet KPP-data for pasienter på tvers av fagområdene. Informant 4 uttaler: «Tidligere

fikk vi ikke lov å se psyk- og ruspasienter og somatikkpasienter sammen. Det er to ulike næringer i Brønnøysundregisteret fremdeles, det ligger separat. Og så har det vært høyst ulik kultur og tradisjon i de fagområdene også, i forhold til nysgjerrigheten på å se over grenser. Men når vi begynte å jobbe med å få på plass KPP også for psyk og rus, så ble vårt behov det samme, (...). Når vi først fikk til det, må vi se de sammen. Legge de til i samme databasen. (...). I den praktiske hverdagen, så er vår erfaring at vi bruker for lite tid på kommunikasjon mellom disse fagområdene».

Ved spørsmål til informant 4 om hen tror at bedre samhandling mellom psykiatri og somatikk hadde redusert kostnadene, svarte hen: «Jeg tror det. Jeg tror vi hadde redusert antall unødvendige innleggelser og forverringer ved at de hensynte hverandre. En ting er tverrfaglig innenfor somatikken, tverrfaglig innenfor psyk og rus lager en individuell plan for pasienten. Rent faglig for hvordan man skal følge opp. Men hvis de ikke får med seg, hvis ikke somatikken også får med seg psykiatridelen, eller rusdelen, og vice versa, så blir planen bare haltende. I verste fall ødelegger de jo for hverandre». Med dette kan det forstås at dersom det hadde vært mer samhandling mellom somatikk, PHV og TSB, kunne samhandlingen potensielt medført en reduksjon i helseforetakets kostnader, i tillegg til at pasienten potensielt kunne fått bedre og mer tilpasset behandling.

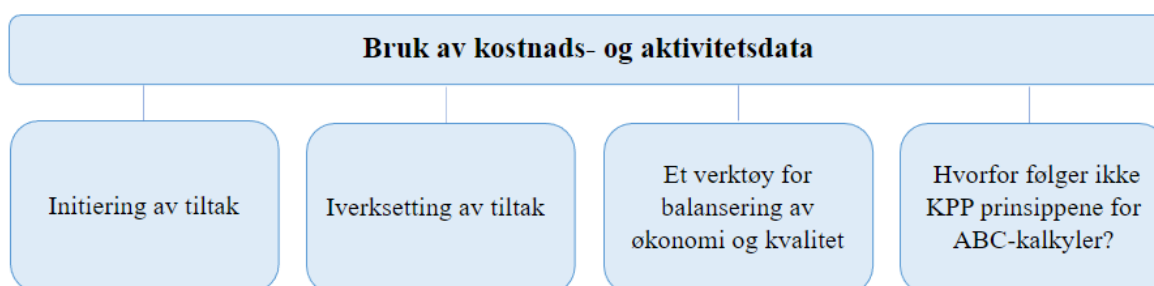
4.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi forklart hvordan SiV benytter styringsverktøyene KOSPA og OPA. KOSPA inneholder informasjon om kostnads- og aktivitetsdata, mens verktøyet OPA benyttes for å planlegge operasjoner i helseforetaket og inneholder kun aktivitetsdata. Eksemplene i delkapittel 4.3 *Bruk av kostnads- og aktivitetsdata på SiV* illustrerer hvordan SiV benytter kostnads- og aktivitetsdata til å forbedre medisinske prosesser. I eksemplene «operasjonsteknikk» og «behandling av «for syke» pasienter» forklarte informant 4 hvordan KPP i KOSPA ble benyttet til å identifisere økte kostnader i helseforetaket. Videre ble det i delkapittel 4.3.2 *Effektivisering gjennom bedre kapasitetsutnyttelse* forklart hvordan helseforetaket oppnår bedre styring av helseforetaket gjennom å skille noe av den elektive behandlingen fra hovedsykehuset i Tønsberg, til sykehuset i Larvik. Til slutt ble det gjennomgått et eksempel på hvordan KPP brukes på tvers av somatikk, PHV og TSB. Videre i oppgaven vil vi analysere bruken av de to styringsverktøyene KOSPA og OPA, og de fire

eksemplene som er beskrevet i kapittel 4 *Beskrivelse av kostnad per pasient (KPP)*, for å besvare oppgavens problemstilling.

5. Analyse av bruk av kostnads- og aktivitetsdata for effektivisering

Vi vil i dette kapitlet analysere hvordan SiV bruker kostnads- og aktivitetsdata, herunder KPP, til intern styring for å øke helseforetakets effektivitet. For å ha et variert datagrunnlag og styrke påliteligheten og gyldigheten til analysen, vil vi bruke utsagn fra samtlige informanter. Som Figur 5.1 viser, vil vi først ta for oss hvordan helseforetaket bruker kostnads- og aktivitetsdata til identifisering av avvik og initiering av tiltak. Deretter vil vi analysere hvordan helseforetaket iverksetter tiltak basert på initieringen. Våre funn indikerer at formidling av avvik i kostnads- og aktivitetsdata til klinikere er viktig for at informasjonen oppleves som meningsfull, og for at klinikerne selv ønsker å iverksette tiltak. Videre indikerer våre funn at bruk av kostnads- og aktivitetsdata fungerer som et bindeledd mellom økonomi og medisin, noe som diskuteres i delkapitlet om balansering av økonomi og kvalitet. I analysen vil vi videre knytte teori fra rammeverket LoC og ABC-litteraturen opp mot de empiriske funnene. Analysen danner et grunnlag for å kartlegge om diagnostisk og/eller interaktivt bruk av styringssystemet kan øke effektiviteten i helseforetak.



Figur 5.1 - Bruk av kostnads- og aktivitetsdata

5.1 Initiering av tiltak basert på kostnads- og aktivitetsdata

Våre funn indikerer at økonomi- og analyseavdelingen bruker KOSPA for å identifisere avvik i kostnads- og aktivitetsdata. Ved identifisering av avvik opprettes det kontakt med klinikkene, som igjen kontakter avdelingene. I dette delkapitlet skal det analyseres hvordan helseforetaket initierer tiltak basert på KPP-tall. Vi vil ha et hovedfokus på hvordan KPP brukes i helseforetaket, men vil også ved enkelte anledninger diskutere hvordan annen kostnads- og aktivitetsdata blir utnyttet. Først vil vi analysere hvorvidt KPP blir brukt som et

diagnoseverktøy. Deretter vil vi analysere hvordan økonomiansatte kan skape tillit og legitimitet blant klinikerne for å effektivt kunne initiere tiltak.

5.1.1 KPP som diagnoseverktøy

Som beskrevet i eksemplene i delkapittel 4.3.1 *Effektivisering av pasientbehandlinger ved bruk av KPP* var det økonomiansatte i begge eksemplene som identifiserte økte kostnader hos pasientene. Når økonomi- og analyseavdelingen regelmessig undersøker kostnadsdata for å identifisere avvik, viser det at KPP blir brukt som et verktøy for diagnostisering. Å bruke KPP på en slik måte samsvarer med å bruke styringsverktøyet diagnostisk fra rammeverket LoC (Simons, 1995b).

Ifølge Simons (1995b) vil organisasjoner av alle størrelser ønske at underordnede skal ta beslutninger på egenhånd, da det er mange beslutninger som må tas på daglig basis. Samtidig vil toppledere sørge for at beslutningene som blir tatt på lavere nivåer i organisasjonen er i tråd med organisasjonens mål. For å sørge for dette, kan diagnostiske styringssystemer bli benyttet, og består av *«de formelle informasjonssystemene som ledere bruker for å overvåke organisasjonsresultater og korrigere avvik fra forhåndssatte ytelsesstandarder»* (Simons, 1995b, s. 59, vår oversettelse). I tillegg trekker Simons (1995b, s. 90, vår oversettelse) frem at *«fremfor alt gir diagnostiske styringssystemer forsikring om at maskineriet i organisasjonen fungerer, og at tiltenkte mål og strategier oppnås uten konstant overvåking og tilsyn»*. Dermed kan det argumenteres for at ved at økonomi- og analyseavdelingen bruker KPP til å forsikre seg om at helseforetaket beveger seg i retning av ønsket måloppnåelse, uten at klinikerne konstant blir overvåket, brukes verktøyet diagnostisk.

På spørsmål om det er økonomi- og analyseavdelingen som tar kontakt med klinikkene for å formidle at det er funnet et avvik, svarer imidlertid informant 2: *«Nei, det er det ikke. Det er på en måte vårt ansvar å etterspørre»*. Til tross for at informant 2 opplever at det er klinikkenes oppgave å etterspørre kostnads- og aktivitetsdata, har informant 3 en annen oppfatning. Informant 3 formidler at det ofte er økonomiansatte som gjør bakgrunnsarbeidet ved identifisering av avvik og at *«de er jo ofte og presenterer problemet og utfordringen, og så tar vi det klinisk derfra (...)»*.

Basert på empirien indikerer dermed våre funn at avvik i kostnads- og aktivitetsdata blir oppdaget både ved at klinikere ønsker informasjon om kostnader i tilknytning pasientene sine, og at det er økonomiansatte som oppdager avvik og tar kontakt med klinikerne. En årsak til at

informant 2 opplever at det er klinikerne som må etterspørre kostnads- og aktivitetsdata, mens informant 3 opplever at økonomiansatte kontakter klinikerne ved avvik, kan være grunnet ulik interesse for oppfølging av budsjett. På spørsmål om informant 1 opplever at klinikere oppsøker økonomi- og analyseavdelingen for å få innsikt i kostnads- og aktivitetsdataen, svarer informanten: *«Både ja og nei fordi de kommer jo, noen av de i hvert fall, for det er jo ikke alle som er så opptatt av budsjettene sine og resultatene sine uansett, men de som kommer, de kommer jo inn på et mer overordnet nivå»*.

I tillegg til at det kan være ulik interesse for oppfølging av budsjett, indikerer våre funn at det kan være ulik holdning til å sikre at prosesser går som planlagt. Informant 2, som opplever at det som regel er klinikerne som må etterspørre data, formidler videre at *«stort sett er det seksjonsledere, altså ledere på fjerdenivå, som fanger opp dette og etterspør data og går inn og ser på det»*. Med «dette» refereres det til avvik. At informant 2 sine seksjonsledere etterspør data, kan dermed være på grunn av ønske om hyppigere oppfølging av data for å sikre at avdelingene er på rett spor, og eventuelt korrigere dersom prosesser ikke går som planlagt.

En slik holdning er det informant 4 opplever som mest effektivt, hvor informanten formidler at den mest *«effektive måten å jobbe på er når klinikkene selv ser at de har en eller annen utfordring og så tar de kontakt med oss. Klinikken eller en avdeling. Så er det mindre gjennomslag om vi kommer og sier at de har et problem»*. Utsagnet indikerer at for å bruke kostnads- og aktivitetsdata for initiering av tiltak, bør klinikerne selv etterspørre data for å evaluere egen prestasjon, for så å iverksette tiltak ved identifisering av avvik for å forbedre praksis. Dette samsvarer med Simons rammeverk (1995b), hvor måling i diagnostiske styringssystemer fokuserer på feil og avvik i forhold til fastsatte mål, og kan kategoriseres som negative tilbakemeldingssystemer. Ved at ledelsen fokuserer på feil og negative avvik representerer dette styring som kan klassifiseres som yin. *«Diagnostiske styringsrapporter brukes først og fremst som bekreftelse på at alt er «på rett vei». Overraskelse er fienden. Som Anthony sier, «et viktig styringsprinsipp er at de formelle resultatrapportene ikke skal inneholde overraskelser» (1988, 95)⁸. Med andre ord bør deltakerne informere ledere dersom det kreves oppmerksomhet for å få en prosess tilbake på sporet; ledere skal ikke måtte vente*

⁸ Sitert i Simons (1995b)

på formelle rapporter. Identifisering av avvik bør utløse ledelsesmessig korrigerende handling» (Simons, 1995b, s. 75-76, vår oversettelse).

Videre omtaler Simons (1995b) begrepet «management-by-exception»: *«Diagnostiske styringssystemer tillater at organisasjonen oppnår mål uten konstant ledelsesovervåking. Dermed vil disse systemene tillate management-by-exception» (Simons, 1995b, s. 70, vår oversettelse).* Ved bruk av management-by-exception *«kan ledere tildele oppmerksomhet effektivt for å overvåke og styre produksjonsprosesser, prosjektmilepæler, personlige mål, og planer og budsjetter. Fra organisasjonsdeltakernes perspektiv tillater diagnostiske styringssystemer maksimal autonomi: individer holdes ansvarlig for resultater, men har friheten til å velge hvordan de vil oppnå ønsket mål» (Simons, 1995b, s. 70, vår oversettelse).* Bobe og Kober (2018, s. 8, vår oversettelse) trekker frem at ledere ved management-by-exception *«overvåker ansatte for å finne ut om det er avvik i prestasjon fra tidligere forventninger, og griper bare inn når et problem oppstår».*

Styringen i SiV kan derfor sies inneholde elementer fra management-by-exception. Økonomiansatte ved helseforetaket bruker KOSPA til å overvåke og finne avvik som potensielt kan korrigeres ved hjelp av tiltak. Etter diagnostiseringen blir tiltaksarbeidet overlatt til klinikere, hvor klinikerne da har frihet til å velge hvordan avviket potensielt skal korrigeres. Likevel kan man argumentere for at det ikke stilles krav til at tiltak må iverksettes, noe som strider med management-by-exception. Ved management-by-exception kan individene selv bestemme hvordan de skal oppnå ønsket mål, men holdes ansvarlige for resultater (Simons, 1995b). En slik styring er i kontrast til styringen ved SiV, hvor økonomiansatte heller er spørrende enn stiller krav til iverksetting av tiltak. Ifølge informant 4 *«... er det viktig å ikke være normative, altså «her må dere gjøre noe». Da har vi dritet oss ut. Da er det bare rett ut. Må være spørrende».* Dermed kan økonomiansatte, ifølge informant 4, stille spørsmål for å finne de underliggende årsakene til avviket, uten å ha en formening om hvilke tiltak som bør iverksettes. Det kan derfor argumenteres for at styringen ved helseforetaket inneholder elementer av management-by-exception.

5.1.2 Skape legitimitet og tillit blant klinikere

For at KPP-modellen skal bli brukt til effektivisering er det ifølge informant 4 viktig at de ansatte ved økonomi- og analyseavdelingen, som formidler avvikene, blir oppfattet som legitime hos klinikere. Informanten understreker videre viktigheten av å ikke misbruke KPP-

modellen: «(...) da overbruker vi modellen. Vi gjorde det for noen år siden. Altså, «modellen til [NN] viser at [en avdeling], deres pasienter er dyre. Da skal de ned så og så mye». Da misbruker vi modellen. Den mister i hvert fall all legitimitet ute». Dersom økonomiansatte tolker informasjon tilknyttet KPP uten diskusjon med personell som har faglig kunnskap om pasientforløpet, kan det derfor føre til at kredibiliteten til økonomi- og analyseavdelingen svekkes.

For å skape legitimitet kan det derfor argumenteres for at det er viktig at økonomiansatte diskuterer årsaken til hvorfor avviket har oppstått med klinikere. Informant 4 påpeker igjen viktigheten av at økonomiansatte ikke skal være normative: «Hvorfor er det sånn hos oss? Hva er det vi gjør som ikke andre gjør, eller andre gjør som ikke vi gjør? Og det er ikke noe jeg eller controller kan mene noe om, men vi må inn og presentere det området. I det øyeblikket vi gjør det er det viktig å ikke være normative, altså «her må dere gjøre noe». (...). Må være spørrende». Informanten understreker viktigheten av diskusjon med fagpersonell for å finne de bakenforliggende årsakene til kostnadsavviket: «Så det som fremstår på papiret som lite kostnadseffektiv drift, er for det at du får alle de vanskeligste pasientene som alle andre har gitt opp, de får du. Da bruker du selvfølgelig lenger tid». Eksempelvis kan det tenkes at pasienter kan ha én eller flere bidiagnoser, noe som kan komplisere behandlingene. Dersom økonomiansatte er normative, kan dette ifølge informant 4 «skape avstand» til klinikere.

I tillegg til at klinikere må oppleve økonomiansatte som legitime, indikerer våre funn at ansatte må ha tillit til økonomi- og analyseavdelingen. Tilliten mellom økonomiansatte og klinikerne kan være avgjørende, ifølge informant 1, fordi den kan ha en innvirkning på hvordan klinikerne reagerer på informasjon som blir formidlet til dem. Informanten sier: «Det er der chuet er. At man får til en dialog der, og den dialogen starter ikke da når man har et møte, den dialogen, den tilliten, bygges over tid i systemet vårt, sånn at man faktisk kan komme til noen å si på en gjennomtenkt måte at her er det noe som ikke fungerer som det skal fordi det er mange pasientskader, eller det er lang liggetid (...)».

I tillegg til god kommunikasjon mellom økonomiansatte og øvrige ansatte, kan tillit i helseforetaket avhenge av at ansatte stoler på kostnads- og aktivitetsdata som formidles av økonomiansatte. Informant 3 sier følgende om SiV: «(...) det er lite diskusjon om dataene gjelder. Det er ganske unikt for Sykehuset i Vestfold. Det er på en måte opplest og vedtatt at det er greit, det tar de seg av i analyseseksjonen, og de har veldig høy kredibilitet da på datakvalitet og det med utregning».

Ved at økonomiansatte identifiserer avvik i kostnads- og aktivitetsdata, og formidler dette til ledere på klinikken, indikerer våre funn at helseforetaket benytter diagnostisk styring. Når potensielle tiltak blir diskutert med ansatte på lavere nivåer i foretaket, beveger dermed styringen seg over til å bli mer interaktiv. Vi vil i neste delkapittel analysere samhandlingen mellom nivåene i organisasjonen, og diskutere om, og i så fall til hvilken grad, styringen kan kategoriseres som interaktiv.

5.2 Iverksetting av tiltak

Som informant 1 formidlet, er «cluet» at økonomiansatte skal oppnå god dialog med klinikerne. Dersom kostnads- og aktivitetsdataen blir brukt rent diagnostisk, uten dialog mellom nivåer, peker dermed empirien i retning av at økonomi- og analyseavdelingens budskap ikke blir mottatt på ønsket vis. Dette samsvarer med teorien, hvor Simons (1995a) hevder at det diagnostiske styringssystemet alene ikke er tilstrekkelig for å sikre effektiv styring. Funnene i delkapittel 5.1 *Initiering av tiltak basert på kostnads- og aktivitetsdata* indikerer at ved å benytte kostnads- og aktivitetsdata diagnostisk, samt ved å skape tillit og legitimitet blant klinikere, kan avvik i kostnads- og aktivitetsdata bli identifisert og kommunisert til klinikere. Ved dialog og diskusjoner mellom nivåer i helseforetaket kan kostnads- og aktivitetsdata bli brukt interaktivt, noe som understøttes av rammeverket LoC hvor «interaktive styringssystemer fokuserer oppmerksomhet og tvinger fram dialog i hele organisasjonen» (Simons, 1995b, s. 96, vår oversettelse). Dette samsvarer med Mundy (2010), som beskriver interaktiv bruk av styringssystemer som en formell to-veis-kommunikasjon mellom ledere og ansatte.

Videre i dette delkapitlet vil vi analysere hvordan helseforetak kan vekke den faglige interessen hos klinikere. For å iverksette tiltak tyder våre funn på at økonomiansatte må kunne formidle avvik i kostnads- og aktivitetsdata på en måte «som gir resonans» hos klinikerne (Informant 4). Med dette menes det at informasjonen i KOSPA må oversettes fra informasjon om kostnader («økonomispråket»), til informasjon som klinikere i større grad kan relatere til («medisinspråket»). Våre funn indikerer at samhandling med klinikere er et viktig element ved iverksetting av tiltak. Vi vil videre analysere hvordan styringshierarkiet kan påvirke iverksetting av tiltak og hvordan den formelle oppfølgingskanalen i helseforetak kan bidra til å øke dialogen mellom ledernivåer. Avslutningsvis vil vi diskutere oppfølgingen av iverksatte tiltak i helseforetaket.







5.2.1 Oversette fra økonomispråket til medisinspråket

Informant 4 la ved de semi-strukturerte intervjuene stor vekt på at informasjonen om kostnads- og aktivitetsdata i KOSPA må oversettes fra økonomispråket til medisinspråket for å «*vekke den faglige interessen*». Grunnen til dette er at økonomiansatte ved SiV ønsker å «*oversette økonomi og administrativ informasjon til noe som oppleves relevant og meningsfullt for de menneskene vi ønsker å påvirke*» (Internt dokument, 2023). Dette kommer videre frem gjennom følgende utsagn fra henholdsvis informant 4 og 1:

«*Vi må evne å oversette denne informasjonen til det som gir resonans ute. Ellers vekker det bare motstand*», og «*du må finne argumenter og du må finne noen strenger å spille på, som vi sier noen ganger, ute hos fagfolka våre, som gjør at de tar tak i driften sin på bakgrunn av det, (...), vår tanke med å bringe det inn er jo at de skal effektivisere driften sin*».

Informant 4 illustrerer hvordan den faglige interessen vekkes hos klinikerne på følgende måte: «*hvis vi sier til dem «disse [pasientene] dine, de koster for mye». [Legen] sier «åja» og så har han mistet interessen. Hvis vi istedenfor sier «du har så mye pasienter du bruker mye lenger tid på, fordi du ikke har forberedt deg eller pasienten nok, hva har skjedd når snittet ditt er åtte timer mens kollegaen din bruker tre timer*», det vekker den faglige nysgjerrigheten og dette er avgjørende for at vi skal kunne nå fram med dette verktøyet».

Figur 5.2 er basert på hvordan økonomiansatte ifølge informanten skal evne å vekke den faglige interessen hos klinikerne.

	Økonomiansatte	Klinikere
	 <p>På den ene pasienten har vi tapt 1,2 millioner kr.</p>	 <p>Ok.</p>
	 <p>På den ene pasienten er liggetid på 44 dager, mens median liggetid er på 3 dager.</p>	 <p>Oi! Her må vi se på forløpet til pasienten! Kunne vi gjort noen grep?</p>

Figur 5.2 - Hvordan vekke den faglige interessen?

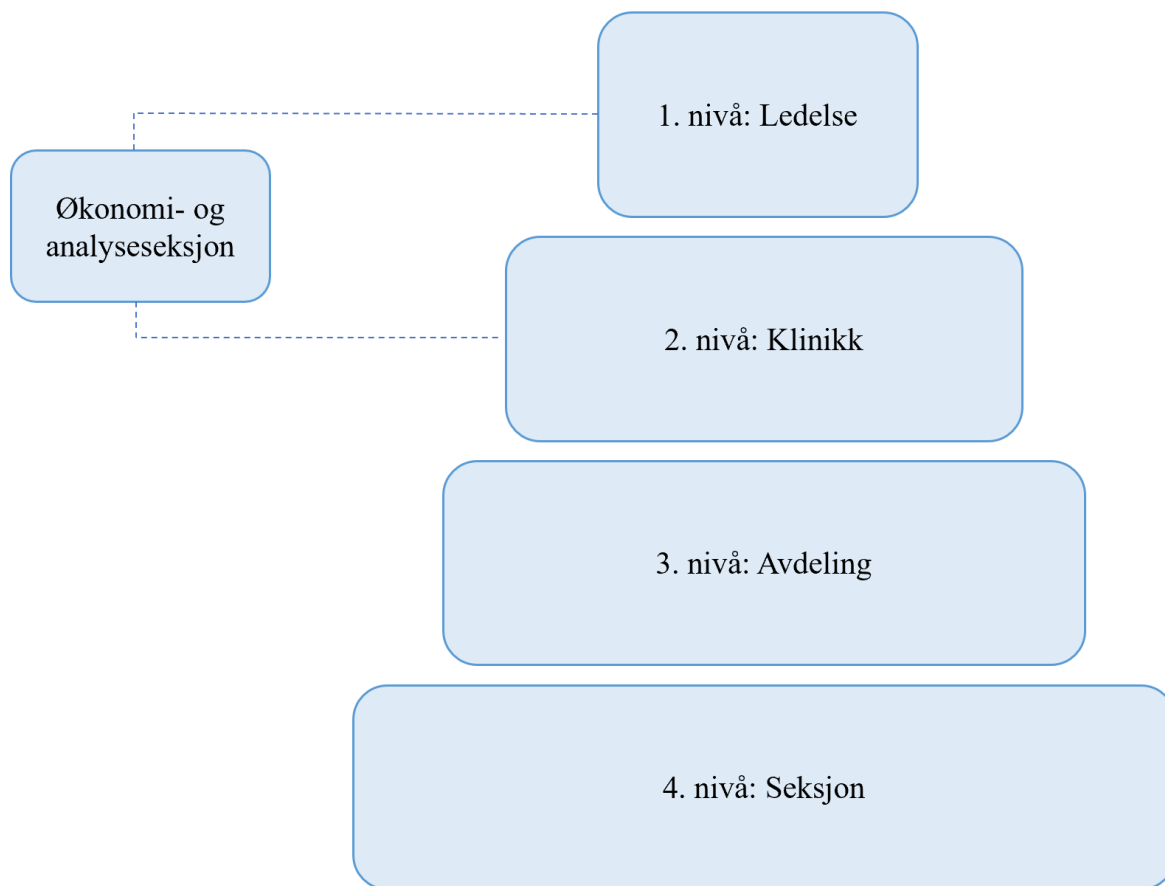
Informant 2 presiserer at klinikere primært er opptatt av kvaliteten på behandlingen, og at økonomiansatte evner å kommunisere sammenhengen mellom kvalitet og økonomi. Informanten uttaler at: *«(...) vi har hatt veldig mye diskusjoner, jo bedre kvalitet vi klarer å levere, og det er jo det klinikerne primært er opptatt av, jo bedre økonomi gir det. Sånn at det henger jo veldig tett sammen, og [en økonomiansatt] er jo veldig flink til å fremstille denne sammenhengen».*

Informant 3 understreker viktigheten av at helsepersonell forstår de økonomiske konsekvensene av de medisinske beslutningene: *«(...) det å hele tiden jobbe med at legekorpsset, og for så vidt også en del sykepleierområder, har forståelse for de økonomiske sammenhengene, det tenker jeg er veldig viktig. Og det legger også grunnlaget for at det kan bli en god dialog rundt KPP og de detaljerte diskusjonene da. Det å synliggjøre de sammenhengene og det handlingsrommet vi for så vidt har da, men også det ansvaret vi har, på en lettfattelig måte, det er viktig og utfordrende».*

Våre funn indikerer at det å oversette fra økonomispråket til medisinspråket handler om økt samhandling og kommunikasjon mellom profesjoner, spesielt mellom økonomiansatte og klinikerne. For å kommunisere på tvers av nivåer i helseforetaket, indikerer studien at informasjonen formidles gjennom nivåene i styringshierarkiet. Videre vil styringshierarkiet og dets påvirkning på bruk av kostnads- og aktivitetsdata analyseres.

5.2.2 Dialog mellom nivåer i styringshierarkiet

For at klinikere på ulike nivåer i organisasjonen skal engasjeres for å iverksette tiltak ved avvik i kostnads- og aktivitetsdata, må informasjonen i de fleste tilfeller formidles gjennom flere nivåer (Informant 1). Informant 1 forteller at helseforetaket er *«en stram organisasjon i den forstand at vi forsøker å følge lederlinjen hele veien».* Derfor vil det være slik at dersom økonomiansatte *«trenger dialog med ledere på nivå tre eller fire, så er i det minste nivå to informert om det»* (Informant 1). Styringshierarkiet er illustrert i Figur 5.3.



Figur 5.3 - Styringshierarkiet i et offentlig helseforetak

Informant 1 beskriver videre prosessen fra identifisering til iverksetting av tiltak ved at det er klinikkjefene som henvender seg videre til seksjonen hvor avviket har oppstått. Videre opplyses det om at det er medisinskfaglig personell «*som finner løsningene i størst mulig grad*». Som styringshierarkiet illustrerer, ville klinikkjefene ha henvendt seg til avdelingssjefer før seksjonssjefer dersom lederlinjen blir fulgt. I og med at informanten tidligere har forklart at helseforetaket forsøker å følge lederlinjen, kan det derfor tenkes at klinikkjefene vil henvende seg til avdelingssjefer, før seksjonssjefer, ved iverksetting av tiltak.

Ved helseforetaket har videre ledere på høyere nivå oppfølgingssamtaler med ledere på lavere nivå, og på hvert av ledernivåene er det utarbeidet lederavtaler (Informant 4). Ifølge Mundy (2010) kan ethvert styringssystem som legger til rette for at det kan oppstå formelle debatter bli brukt interaktivt, eksempelvis ved å involvere ansatte i utforming av systemer for prestasjonsmåling. Dette samsvarer med utforming av lederavtaler på SiV: «*Når det er satt opp en lederavtale, «ja, men det er dette du skal oppnå». Så er det tolv eller 13 punkter. Det blir fulgt opp månedlig i styringsdialogen med klinikken. De er hele tiden i en type prosess*

hvor de driver med forbedringsarbeid, skal endre flyten på de og de pasientene, og da oppstår det en hel haug av spørsmål de gjerne vil ha svar på» (Informant 4).

Ved at det oppstår spørsmål som ledere på lavere nivå vil ha besvart, samt at økonomiansatte uttrykker et ønske om å besvare spørsmål, kan det indikere at helseforetaket ønsker høy grad av interaksjon mellom økonomiansatte og klinikerne. Oppfølgingssamtalene og interaksjonene er imidlertid beskrevet ulikt av informantene. Informant 2,3 og 4 beskriver samtalene som månedlige oppfølgingssamtaler, hvor informantenes utsagn indikerer at det ikke må være identifisert avvik for at samtalene skal bli gjennomført. Det blir opplyst om at samtalene består av oppfølging av aktivitetstall og tidsbruk (Informant 2), av budsjett (Informant 3), og av lederavtaler (Informant 4). Som forskere er vårt inntrykk at det er systematiske oppfølgingssamtaler med ledere på lavere nivå. Likevel forteller informant 1 at oppfølging av lederavtalene kun tar sted dersom det oppstår avvik: *«også er det det som følges opp, sånn overordnet er det det som følges opp under året da, vi følger ikke opp hele det, men vi følger opp der det er avvik».*

Våre funn peker i retning av at samarbeid og interaksjon på tvers av profesjoner fremstår som et viktig element for å først identifisere avvik i kostnads- og aktivitetsdata, for så å utarbeide potensielle tiltak og deretter iverksette. I tillegg til at samhandling fremstår som viktig ved tiltaksarbeid, indikerer våre funn at samhandling mellom nivåer er noe helseforetaket regelmessig forsøker å opprettholde gjennom den formelle oppfølgingskanalen. Det kan imidlertid ikke entydig konkluderes med om iverksetting av tiltak kan kategoriseres som interaktivt. Dersom leder av det høyere nivået kun bruker kostnads- og aktivitetsdata til å diagnostisere driften, uten å regelmessig undersøke dataen, vil dette stride imot kriteriene for interaktiv styring, som krever at data blir *«(...) regelmessig undersøkt av ledere på alle nivåer i organisasjonen»* (Simons, 2005, s. 141, vår oversettelse). Likevel kan det stilles spørsmål ved at det kun er én av informantene som har en annen oppfatning av oppfølgingssamtalene enn de øvrige. Det kan derfor tenkes at kostnads- og aktivitetsdata er noe som regelmessig blir undersøkt, og ved iverksetting av tiltak blir potensielle tiltak diskutert mellom nivåene i organisasjonshierarkiet.

5.2.3 Oppfølging av iverksatte tiltak

Som tidligere nevnt, overlates diskusjonen om forbedring av medisinske prosesser til klinikere, ettersom de besitter den nødvendige kompetansen til å utarbeide tiltak for å forbedre

medisinske prosesser. På SiV uttrykte imidlertid informant 1 at både økonomiansatte og klinikere på SiV kan bli bedre til å følge opp tiltakene som blir iverksatt. Informanten uttrykker at *«noe av det vi sliter med er at vi setter for så vidt i gang tiltak, men når vi har satt i gang tiltaket så er vi fornøyd, også hopper vi til neste blomst og neste blomst i stedet for å følge opp det og se at det faktisk får effekt da»*. Videre uttaler vedkommende at *«(...) det er et sånt jag etter, føler jeg da, jag etter å få satt i gang tiltak for å vise at man forsøker å gjøre noe med det da, kanskje litt sånn skinniltak for å si at nå har man gjort noe, også følges det ikke opp i den vanlige»*.

Ifølge Simons (1995a) vil det diagnostiske styringssystemet, ved å benytte formelle feedbacksystemer for å overvåke, kontrollere og eventuelt korrigere for avvik, sikre at ledere oppnår mål på en effektiv måte. Dersom SiV kun iverksetter tiltak for å korrigere avvik, men ikke kontrollerer at tiltakene har hatt effekt, kan det tenkes at avvikene i noen tilfeller ikke har ønsket reduksjonseffekt. Det er dermed mulig at helseforetaket ikke oppnår økt effektivitet, i form av økt behandlingskvalitet og/eller redusert avvik i kostnads- og aktivitetsdata. Dette kan indikere at helseforetaket i større grad bør øke den diagnostiske bruken av verktøyet, ved å måle og kontrollere om tiltakene som innføres har ønsket effekt.

Likevel indikerer studien at tiltak som har blitt iverksatt, som illustrert i eksemplene i kapittel 4 *Beskrivelse av kostnad per pasient (KPP)*, har hatt ønsket effekt. Det er mulig at økonomiansatte ikke har fulgt opp disse tiltakene, men kun overlatt tiltaksarbeidet til klinikere. Informant 4 poengterte at var det viktig at økonomiansatte ikke var normative. Med for mye overvåking fra økonomiansatte, er det mulig at klinikere opplever økonomiansatte som normative. Som Simons (1995a) presiserer, kan kun bruk av diagnostiske styringssystemer føre til et press på ansatte som igjen kan føre til kontrollsvikt. Det kan derfor vurderes som viktig å balansere både læring og kontroll.

5.3 Et verktøy for balansering av økonomi og kvalitet

I dette delkapitlet vil vi analysere forholdet mellom økonomi og kvalitet, og hvordan dette balanseres i helseforetaket. Innledningsvis vil vi analysere hvordan et «bedriftsspråk» blir benyttet ved SiV. Deretter vil vi analysere hvordan kvalitet spiller inn på sykehusdriften, før vi avslutningsvis diskuterer hvordan grenser bidrar til å begrense klinikernes handlingsrom, og hvilken innvirkning grensene har på helseforetaket.

5.3.1 Bruk av bedriftsspråk i helseforetaket

I intervju med en av informantene kommer det frem at informasjonen i KOSPA omtales på en spesifikk måte. Blant annet ble arkfanen KPP omtalt som pasientens «faktura», til tross for at det ikke eksisterer noen faktura som helseforetaket sender til pasienten. I tillegg uttalte informanten at *«de [pasientene] har vi brukt 58 kr på og så tjener vi en 100-lapp»* og *«på den ene pasienten har dere tapt 1,2 millioner kroner, eller dere, vi»*. Videre sammenlignes helseforetakets kostnader med DRG-kostnaden. Dette omtales på følgende måte av informant 4: *«Vi har 312 av de [pasientene] i 2022, brukte 59,8 millioner kroner på dem. Hadde vi vært 100% DRG-finansiert, hadde vi fått 60,7 millioner inn på dem»*. I KOSPA betegnes også DRG-kostnaden som «verdi», hvor «verdi» sammenlignes med kostnaden for pasientbehandlingene. Figur 4.4 illustrerer dette ved at diagrammet sammenligner «verdien» mot kostnaden hver enkelt måned.

En slik måte å omtale informasjonen i KOSPA på, indikerer at ved undersøkelse av data blir det benyttet et «bedriftsspråk» i det offentlige helseforetaket. Imidlertid viser studien at et slikt språk kun blir benyttet innad i økonomi- og analyseavdelingen, og ikke i dialog med klinikerne hvor det som tidligere nevnt oversettes fra økonomispråket til medisinspråket. Informant 1 formidler *«(...) at dere [klinikerne] driver mer kostbart enn det sammenlignbare sykehus driver, det er ikke et språk som ... det bryr de [klinikerne] seg rett og slett ikke om»*. Informanten trekker videre frem at argumentasjon må legges frem til klinikere på ulike måter i private og offentlige organisasjoner: *«Mens hvis du hadde gjort det i en privat bedrift, og sagt at her må vi drive effektivt hvis vi skal konkurrere på dette markedet, og en ting er å holde seg på markedet, og en annen ting er at man skal tjene mest mulig penger her inne i dette markedet. Så er den type argumenter veldig valide i forhold til at man tar ledelsesmessige grep da for å få det til»*.

Vi har videre identifisert tre mulige årsaker til hvorfor det blir benyttet terminologi som tilsvarer at helseforetaket er en bedrift, og ikke en offentlig organisasjon. En av grunnene til at et slikt bedriftsspråk brukes, kan være for å vekke oppmerksomhet omkring kostnader. Ved å benytte terminologi som «verdi» og «kostnader» kan økonomiansatte på SiV få frem at kostnadene kan reduseres, og dermed at helseforetaket kan skape et «overskudd». En annen grunn til at helseforetaket benytter terminologi som «inntekter» og «tjener» kan være for å effektivisere kommunikasjonen innad i økonomi- og analyseavdelingen. Gitt at alle i økonomi- og analyseavdelingen er bevisste på språkbruken, kan det tenkes at

kommunikasjonsprosessen kan bli mer effektiv. Det kan også tenkes at et slikt bedriftsspråk kan være å anse som en «standardisert terminologi», hvor de fleste har kjennskap til hvordan økonomiske sammenhenger i bedrifter betraktes.

Til tross for at slik terminologi kan medføre fordeler for økonomiansatte, kan terminologien også symbolisere de ikke-formaliserte verdiene i helseforetaket. For det første kan bruk av begreper som «tjener» og «taper» symbolisere at organisasjonen fokuserer på resultater og økonomisk avkastning, fremfor å prioritere pasientens helse og ivareta pasientens behov. For det andre kan det å prate om «inntekten» fra en pasientbehandling signalisere at helseforetaket anser pasienten som en «kunde» som helseforetaket tjener penger på, og videre at pasientens behov blir underordnet slike mål. Ved å omtale DRG-kostnaden som pasientens «verdi», og sammenlikne denne med kostnaden for behandlingen, kan dette symbolisere at helseforetaket verdsetter pasientbehandlingen tilsvarende DRG-kostnaden. «Verdien» av å behandle en pasient er imidlertid noe helt annet enn refusjonen helseforetaket mottar for å behandle pasienten.

5.3.2 Kvalitetsfokus i helseforetaket

Til tross for at økonomiansatte i helseforetaket benytter en slik terminologi, indikerer våre funn at økonomiansatte også vektlegger kvalitet i stor grad. Informant 4 påpekte at det *«er veldig tungt for pasient, pårørende, samfunnet og sykehuset»* dersom kvaliteten på behandlingen er dårlig. Dette indikerer at «verdien» av pasientbehandlingen ikke anses å tilsvare DRG-kostnaden, men at begrepene blir brukt for å skape oppmerksomhet rundt kostnader. Utsagn fra informant 1 og 4 tyder på at økonomiansatte ved SiV anser god kvalitet gjennom behandlinger som et viktig element i arbeidet med kostnads- og aktivitetsdata, og at det i tillegg er en sammenheng mellom økonomi og kvalitet. Informant 1 og 4 uttaler henholdsvis at *«en faglig godt begrunnet drift som holder jevn kvalitet, er en mer effektiv drift enn en drift som har ujevn kvalitet over tid»* og *«(...) hvis [klinikerne] tar seg av kvaliteten, så ramler økonomien på plass»*.

Basert på utsagnene, tyder det på at økonomiansatte har den oppfatning at god kvalitet vil ha en positiv effekt på helseforetakets økonomi, men også på pasient, pårørende og samfunnet for øvrig. Det fremkommer også ved intervju med en av klinikerne at klinikerne i hovedsak er opptatt av god kvalitet på behandlingen. Informant 2 uttaler at: *«(...) jo bedre kvalitet vi [klinikerne] klarer å levere, og det er jo det klinikerne primært er opptatt av, jo bedre økonomi*

gir det». Det kan dermed argumenteres for at bruk av kostnads- og aktivitetsdata, gjennom KOSPA og OPA, fungerer som et bindeledd mellom økonomi og medisin.

Ved at både økonomiansatte og klinikere har et mål om å skape best mulig kvalitet på behandlingen, vil dette trolig være noe de to ulike fagmiljøene har en felles forståelse for. Ved å benytte KOSPA til å identifisere avvik, oversette dette til medisinspråket, og videre iverksette tiltak for å redusere avvik, vil potensielt både kvaliteten og økonomien tilknyttet behandlingen bli bedre. Til tross for at bruk av bedriftsspråk kan symbolisere at økonomiansatte fokuserer på å skape et overskudd gjennom behandling av pasienter, indikerer våre funn at økonomiansatte, som bruker bedriftsspråket, hovedsakelig er opptatt av god kvalitet på behandlingen. Det kan derfor argumenteres for at bruk av bedriftsspråk ikke er spesielt problematisk, da de som benytter dette språket også har fokus på, og ønske om, god kvalitet i behandlingen.

På nettsiden til SiV opplyses det om at deres kjerneverdier er *kvalitet, trygghet og respekt* (Sykehuset i Vestfold, 2023). Våre funn tyder på at kjerneverdien kvalitet spiller en viktig rolle i styringen av SiV, noe som kommer til uttrykk gjennom beskrivelsene gitt av informantene om enkelte av helseforetakets prosedyrer. Informant 1 opplyser om at ved funn av avvik, inngår avvikshåndtering i klinikkenes kvalitetsutvalg: «(...) *hvis vi finner et avvik i KPP, så har vi det inn i klinikkens kvalitetsutvalg, og så finnes det to veier derfra. Det ene er inn noe som heter seksjonsoverlege møte, hvis det er rent medisinsk og hvis det er mer driftsmessig, så har vi driftsråd i hver seksjon der lege og sykepleier og kontor møtes, seksjonsleder for hver av de møtes med avdelingsleder*». I tillegg til dette uttaler informant 1 at alle ledere må skrive under på en lederavtale hvor de *«forplikter seg på pasientsikkerhet og kvalitet (...)*». Dette understreker at kvalitet anses som viktig i behandlingen av pasienter, og indikerer at kvalitet er et fokusområde i SiV sitt formelle styringssystem.

Som tidligere nevnt er Simons (1995b) sitt rammeverk kritisert for å ikke inkludere den uformelle styringen av en organisasjon. Ifølge Malmi og Brown (2008) sin styringspakke omfatter imidlertid den kulturelle styringen både klaner, verdier og symboler. Dette inkluderer dermed både organisasjonens formelle verdier slik som Simons (1995b) beskriver, men også organisasjonens uformelle verdier og symboler (Malmi & Brown, 2008). I motsetning til dette vil rammeverket til Simons (1995b) kun omfatte de formaliserte verdiene i helseforetaket. Symbolene i bedriftsspråket kan imidlertid inngå som en del av helseforetakets uformelle

verdisystem. Derfor vil ikke rammeverket LoC være tilstrekkelig for å analysere helseforetakets verdier.

Våre funn indikerer dermed at bruk av bedriftsspråket modereres av kvalitetsfokus i helseforetaket. Verdien kvalitet er en formalisert kjerneverdi på SiV, og noe ansatte på SiV er svært opptatte av. Det kan dermed tenkes at bruken av bedriftsspråket ikke er spesielt problematisk da våre funn indikerer at de som benytter dette språket også har et ønske om god kvalitet på behandlingen. Imidlertid er språket potensielt med på å skape oppmerksomhet rundt kostnader, og helseforetakets økonomiske forhold. Ved å oppdage avvik i kostnads- og aktivitetsdata, kan det avdekkes forhold som fører til redusert kvalitet hos pasienten. Studien tilsier at både klinikere og økonomiansatte ønsker å forbedre kvaliteten, og ved at økonomiansatte oversetter den økonomiske informasjonen til medisinspråket, kan klinikere selv motiveres til å iverksette tiltak for å redusere avviket. På denne måten kan kostnads- og aktivitetsdata benyttes som en brobygger mellom økonomi og medisin, og helseforetaket kan potensielt oppnå både økt kvalitet på behandlingene og bedre økonomi.

5.3.3 Endring i medisinsk praksis

Våre funn indikerer at gjennom et fokus på bedre kvalitet i pasientbehandlingen, kan klinikere motiveres til å iverksette tiltak, og gjennom tiltakene kan det skapes endringer medisinsk praksis. Det kan argumenteres for at en endring i medisinsk praksis skjer gjennom en endring av helseforetakets grensesystem. Hvordan grensesystemet kan endres kommer frem i de to eksemplene illustrert i delkapittel 4.3.1 *effektivisering av pasientbehandlinger ved bruk av KPP*. Eksemplene illustrerer hvordan helseforetakets grensesystem er med på å begrense de ansattes handlingsrom. I det første eksemplet fikk operatøren beskjed om å endre operasjonsteknikk. Altså ble operatørens handlingsrom begrenset gjennom at operatøren ikke lenger fikk lov av klinikksjefen å utføre behandlingen på tilsvarende måte som tidligere. I det andre eksemplet ble bestemt at klinikken ikke lenger skulle behandle de sykeste pasientene. På denne måten har økonomiansatte og lederne av klinikkene, gjennom å bruke kostnads- og aktivitetsdata til å initiere og iverksette tiltak, skapt en endring i hvordan helseforetaket utfører behandlinger og hvilke behandlinger helseforetaket skal utføre.

Ifølge Simons (1995b, s. 42, vår oversettelse) vil «*grensesystemer benyttes til å spesifisere både midler og mål. Formelle systemer etablerer to typer grenser: forretningsmessige grenser og strategiske grenser*». Det kan derfor argumenteres for at det i eksemplene omtalt i avsnittet

over vil være en indirekte kobling mellom kostnads- og aktivitetsdata, og grensesystemet. For eksempel vil det i eksempelet om behandling av «for syke» pasienter ikke være formaliserte dokumenter som omhandler klinisk-etiske grenser for behandlingen av disse pasientene. Imidlertid vil diskusjonen mellom de ansatte angående det klinisk-etiske dilemmaet sette grenser for hva helseforetaket skal tillate klinikere å forta seg. I det andre eksempelet tilsier våre funn at diskusjonen mellom avdelingslederen og operatøren endrer den medisinske praksisen, men det er heller ikke her et formalisert system som endrer praksisen. Det kan dermed argumenteres for at det ikke er en klar kobling mellom kostnads- og aktivitetsdata og grensesystemet, men en indirekte kobling som setter grenser for hvilke pasienter som skal behandles, og hvordan behandlingene skal gjennomføres.

Våre funn indikerer at det er hovedsakelig det interaktive styringssystemet som bidrar til å skape endringer i grensesystemet. Eksemplene viser at det er avdelingslederen i diskusjon med operatøren i eksempelet om operasjonsteknikk, og overlegen i diskusjon med de ansatte i eksempelet om behandling av «for syke» pasienter, som evner å finne en løsning på avviket i KPP. Ved at avvikene diskuteres blant ansatte på klinikk blir det dermed skapt endringer i hva slags behandlinger og prosedyrer SiV skal, og ikke skal, utføre.

5.4 Hvorfor følger ikke KPP prinsippene for ABC-kalkyler?

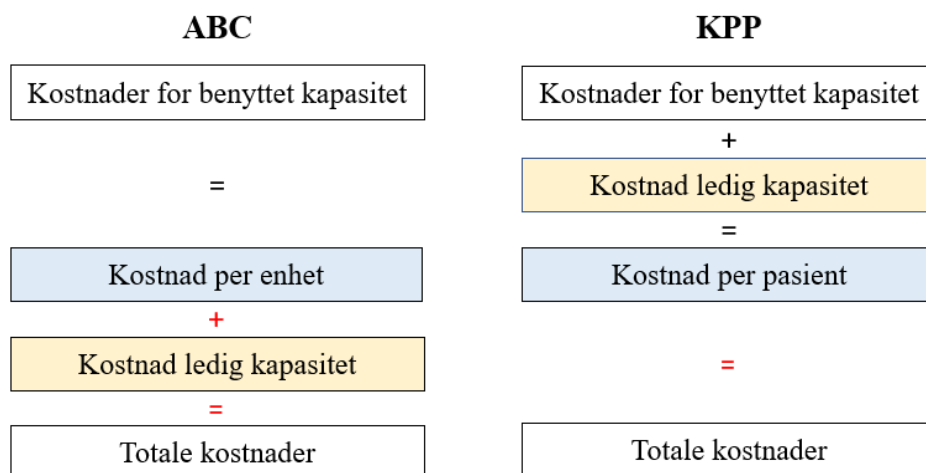
I de tidligere delkapitlene har vi diskutert hvordan kan SiV initiere og iverksette tiltak for å forbedre den medisinske kvaliteten, hvordan helseforetakets verdier og symboler kan påvirke denne prosessen, og til slutt hvordan dette kan skape endringer i grensesystemet. KPP-data blir som tidligere nevnt sammenlignet med DRG-kostnaden. For å kunne sammenligne KPP-data og DRG-kostnaden, vil det være fordelaktig at både KPP-data og DRG-kostnaden er basert på samme prinsipper. Likt sammenligningsgrunnlag kan føre til at helseforetaket kan få en indikasjon på om deres prosesser er relativt mer eller mindre kostnadskrevende, og dermed initiere og iverksette tiltak ved avvik.

5.4.1 DRG-kostnaden som sammenligningsgrunnlag

Ettersom DRG-kostnaden er en gjennomsnittskostnad for ulike pasientgrupper i alle helseforetak, vil denne kostnaden bygge på prinsippene for KPP modellering utarbeidet av Helsedirektoratet. I Helsedirektoratets (2012, s. 9) rapport *Nasjonal spesifisering for KPP modellering 2012*, står det følgende:

«I en KPP-modell skal i prinsippet alle kostnader som kan relateres til pasientbehandling inngå i kostnadsgrunnlaget og fordeles til den enkelte pasient. Det betyr at kapitalkostnader, herunder renter og avskrivningskostnader knyttet til bruk av varige driftsmidler, skal identifiseres og inkluderes i beregningen på lik linje med andre driftsutgifter».

Som tidligere nevnt bygger KPP på prinsippene i ABC-kalkulasjon, men sitatet over indikerer at KPP bryter med prinsippene i en ABC-kalkyle. Grunnen til dette er at KPP ikke skiller ut bedriftsnivåkostnader, inklusive kostnader for ledig kapasitet, slik som prinsippene i ABC tilsier. Fordelingen av bedriftsnivåkostnader i KPP-kalkylen kan ifølge Ahlgren, Nyland og Saur (2021) føre til at pasienter som mottar behandling på en avdeling med mye ledig kapasitet fremstår som mer ressurskrevende. Forskjellen mellom de to modellene når det kommer til fordelingen av bedriftsnivåkostnader illustreres i Figur 5.4:



Figur 5.4 - Forskjellen mellom ABC og KPP

En av grunnene til at KPP avviker fra prinsippene i ABC er for å redusere mengden vurderinger som må gjøres i utarbeidelsen av kalkylen, og dermed også forskjeller mellom helseforetak. Ahlgren et al. (2021, s. 14) skriver at ved å bruke praktisk kapasitet som nevnevolum i beregningen av enhetskostnader, slik som anbefales i ABC-metoden, ville løsningen «trolig bidra til økt usikkerhet knyttet til sammenlignbarhet da ulike helseforetak kan vurdere sin praktiske kapasitet på ulike måter». Ved å ikke skille ut ledig kapasitet vil imidlertid KPP-kalkylen ifølge forfatterne i enkelte tilfeller bli mindre relevant, da det kausale forholdet mellom aktivitet og kostnad som ABC-kalkylen ønsker å synliggjøre svekkes i beregningen av KPP. Ved sammenlikning mellom to avdelinger eller to helseforetak kan ikke kalkylen gi svar på hvor stor del av kostnadsforskjellene som skyldes ulik kapasitetsutnyttelse,

og hva som skyldes forskjeller i effektivitet (Ahlgren et al., 2021). Ved å skille ut ledig kapasitet kan det dermed avdekkes om et helseforetak har relativt mye ubenyttet kapasitet, og hvorvidt helseforetaket eksempelvis har behov for en omstrukturering, eller økning eller reduksjon i bemanning.

Diskusjonen ovenfor illustrerer at det både er argumenter for og imot fordelingen av bedriftsnivåkostnader i KPP. Ettersom Helsedirektoratet (2012) har fastsatt prinsippet om at alle kostnader skal fordeles i KPP, er det dermed disse prinsippene som ligger til grunn for DRG-kostnaden. Ettersom SiV har bestemt å benytte DRG-kostnaden som et av sammenligningsgrunnlagene for å identifisere avvik i KPP, vil det være hensiktsmessig at også KPP-kalkylen på SiV avviker fra ABC-prinsippene og fordeler bedriftsnivåkostnader, inklusive kostnader for ledig kapasitet. På denne måten vil DRG-kostnaden som sammenligningsgrunnlag være relevant på SiV, da tallene er basert på de samme prinsippene. Dermed ser man at hvorvidt KPP-kalkylen blir mer eller mindre relevant dersom ledig kapasitet skilles ut, avhenger av formålet med kalkylen. I dette tilfellet ønsker SiV å sammenlikne KPP med DRG-kostnaden, og dermed vil det være mer relevant å inkludere kostnader for ledig kapasitet i kalkylen.

5.4.2 Overvåking og reduksjon av ledig kapasitet

Organiseringen av pasientbehandlingen på SiV, samt verktøy som benyttes i helseforetaket, indikerer at helseforetaket fokuserer på å skape høy kapasitetsutnyttelse. Vi skal videre analysere hvordan SiV påvirker kapasitetsutnyttelsen i helseforetaket, til tross for at ledig kapasitet ikke synliggjøres ved å skilles ut i KPP-kalkylen.

Som forklart i delkapittel 4.3.2 *Effektivisering gjennom bedre kapasitetsutnyttelse* har SiV skilt ut noe av den elektive behandlingen til sykehuset i Larvik. Ifølge informant 4 fører dette til økt effektivitet på SiV da planlagte behandlinger kan foregå uten forstyrrelser fra ø-hjelp. Ettersom en del av de planlagte behandlingene utføres i Larvik fører dette til at ansatte ved SiV slipper å hensynte disse i planleggingen av pasientbehandlingene. Dermed kan utnyttelsen av operasjonsstuen potensielt økes dersom helseforetaket oppnår redusert skiftetid, blant annet ved at planleggingen av operasjoner foregår uten forstyrrelser fra ø-hjelp.

I tillegg til dette benyttes verktøyet OPA for å administrere kapasitetsutnyttelsen på operasjonsstuen i helseforetaket. Informant 4 informerer om at verktøyet benyttes til å følge med på utnyttelsen av operasjonsstuen for å få inn pasienter tidlig på morgenen, og redusere

skiftetiden mellom operasjonene. Videre opplyser informanten om at det er ledere i klinikk som har tilgang til dette verktøyet. Informanten uttaler: *«Og så vil vi ha kortest mulig skiftetid, altså vi vil ha utnyttelse av stuen. (...). Og hvorfor slutter vi operasjonene, hvorfor setter vi ikke i gang igjen? Og hvorfor kommer de ikke inn før kl. 09? Vi har som målsetning at de skal være inne 07.45»*.

Verktøyet kan dermed bidra til å synliggjøre utnyttelsen av kapasiteten på hver operasjonsstue. Lav kapasitetsutnyttelse kan synliggjøres dersom verktøyet viser at det er lang skiftetid mellom operasjonene, at operasjonene starter sent på morgenen og/eller at de avsluttes tidlig på dagen. Til tross for at KPP ikke skiller ut kostnader for ledig kapasitet, gjør dette verktøyet det mulig for helseforetaket å synliggjøre ledig kapasitet, noe som er et av formålene med å skille ut ledig kapasitet i ABC-kalkyler (Bjørnenak, 2019).

Til tross for at kostnader for ledig kapasitet ikke skilles ut i KPP-kalkylen, vil kapasitetskostnader kunne synliggjøres på SiV ved at de sammenlikner KPP med DRG-kostnaden. Ved å studere avvik fra DRG-kostnaden for en pasient eller pasientgruppe, kan det ved videre undersøkelser avdekkes om et avvik skyldes lav kapasitetsutnyttelse, eller andre faktorer. Dermed kan fordelingen av bedriftsnivåkostnader i KPP være med på å synliggjøre tilfeller hvor KPP er høy grunnet lav kapasitetsutnyttelse. Ved å skille ut deler av den elektive behandlingen, og samtidig overvåke kapasitetsutnyttelsen slik at operasjonsstuene utnyttes på en effektiv måte, kan det tenkes at SiV oppnår en lavere kostnad enn DRG-kostnaden.

I eksempel 4.3.2 *Effektivisering gjennom bedre kapasitetsutnyttelse*, viser informant 4 et eksempel hvor kostnaden for pasientbehandlingen i SiV er lavere enn DRG-kostnaden. At informanten trakk frem dette utvalgte eksemplet, kan være for å illustrere «suksesshistorier» tilknyttet helseforetakets bruk av KPP. Til tross for dette, tilsier våre funn at denne måten å organisere pasientbehandlingen på, samt bruken av verktøyet OPA, potensielt kan føre til mer effektiv kapasitetsutnyttelse. Grunnen til dette er at utskilling av elektiv behandling kan føre til mer effektiv utnyttelse av operasjonsstuer, samt at overvåkingen av operasjonsstuene fører til synliggjøring av lav kapasitetsutnyttelse.

Vi har dermed identifisert tre hovedgrunner til at KPP-kalkylen er utformet slik den er, og hvorfor utformingen fungerer i praksis. For det første indikerer våre funn at SiV ønsker et homogent system med helhetlige prinsipper, slik at DRG-kostnaden blir et relevant sammenligningsgrunnlag for å identifisere avvik i KPP. Ettersom DRG-kostnaden inkluderer

bedriftsnivåkostnader, og dermed avviker fra ABC, vil det være hensiktsmessig at også KPP-kalkylen på SiV avviker fra ABC. Det har imidlertid blitt diskutert hvorvidt KPP-kalkylen mister noe av sin relevans dersom ledig kapasitet ikke skilles ut, da kalkylen ikke kan gi svar på om kostnadsforskjellene skyldes ulik kapasitetsutnyttelse eller forskjeller i effektivitet (Ahlgren et al., 2021). Vårt andre funn indikerer at dette likevel ikke en stor utfordring på SiV, da helseforetaket benytter andre systemer som dekker utfordringene knyttet til ledig kapasitet. Ved å overvåke og administrere kapasitetsutnyttelsen på operasjonsstuene, synliggjøres kostnader for ledig kapasitet, slik som anbefales etter prinsippene i ABC. I tillegg kan SiV potensielt øke kapasitetsutnyttelsen ved å skille ut deler av den elektive behandlingen, samt øke utnyttelsen av operasjonsstuer gjennom bruken av verktøyet OPA.

Avslutningsvis kan det argumenteres for at det ikke er en avgjørende faktor for helseforetak at presisjonsnivået på KPP-kalkylen ikke er helt presist, da kalkylen anses å ha en tilfredsstillende detaljeringsgrad slik den er utformet i dag. Dette kommer frem i eksemplene i delkapittel *4.3.1 Effektivisering av pasientbehandlinger ved bruk av KPP*, hvor avvik i kalkylen ble oppdaget ved at kostnadene som påløp på behandlingene var svært høye eller ikke samsvarer med foregående behandling. Dermed indikerer våre funn at helseforetaket ikke trenger en detaljert kalkyle for å gjøre nøyaktige analyser av avvikene.

5.5 Oppsummering

Basert på våre funn fra analysen blir kostnads- og aktivitetsdata brukt til å diagnostisere driften i helseforetaket. Både når klinikere kontakter økonomiansatte, og når økonomiansatte oppdager avvik i kostnads- og aktivitetsdata, brukes kostnads- og aktivitetsdata til å identifisere avvik, og verktøyene vil dermed inngå som en del av det diagnostiske styringssystemet. Først når det oppstår dialog og diskusjoner mellom økonomiansatte og klinikerne, vil kostnads- og aktivitetsdata bli brukt interaktivt. Ifølge Simons (1995b) vil ethvert styringssystem som brukes interaktivt, kunne brukes interaktivt tre eller fire nivåer ned i organisasjonen. For et helseforetak kan det derfor forstås at kostnads- og aktivitetsdata kan brukes interaktivt mellom økonomiansatte, kliniksjefer, avdelingssjefer og seksjonssjefer. Dette er i samsvar med våre funn, hvor informant 2 forteller at det stort sett er seksjonsledere som fanger opp avvik og etterspør data, og hvor informant 1 forteller at både økonomiansatte og klinikere oppdager avvik.

Som i eksemplet om behandling av «for syke» pasienter, kan det ved funn av avvik i et helseforetak føre til en endring i foretakets grensesystem. Ifølge informant 4 oppstod avviket i KPP grunnet klinikernes høye selvtillit, som førte til at pasientene måtte behandles på intensivavdelingen etter behandling, og døde i løpet av relativt kort tid. Ved at fagmiljøet tok opp diskusjonen om tilsvarende, fremtidige pasienter bør behandles eller ikke, kan det tenkes at grensesystemet ble endret på en slik måte at klinikerne begrenses til å behandle enkelte pasienter. Det vurderes imidlertid ikke til å være en klar kobling mellom kostnads- og aktivitetsdata og grensesystemet, men derimot en indirekte kobling ved å sette grenser for hva helseforetaket tillater klinikere å foreta seg. Våre funn indikerer imidlertid at klinisk-etiske grenser, som i eksemplet om behandling av «for syke» pasienter, ikke kommer til uttrykk gjennom formaliserte dokumenter.

Som kritisert delkapittel 2.2.4 *Kritikk av Levers of Control*, tar rammeverket kun for seg de formaliserte verdiene. I helseforetaket er det imidlertid flere ikke-formaliserte verdier. Blant annet kan bedriftsspråket, som kan symbolisere at helseforetaket fokuserer mer på økonomi enn kvalitet, inngå som en del av helseforetakets uformelle verdisystem. Studien tilsier at helseforetaket benytter et slikt bedriftsspråk for å skape oppmerksomhet rundt kostnader. Imidlertid indikerer våre funn at bedriftsspråket modereres av helseforetakets verdisystem. Ved bruk av kostnads- og aktivitetsdata til initiering og iverksetting av tiltak kan helseforetaket potensielt oppnå både økt kvalitet på behandlingene og bedre økonomi. Som i operasjonsteknikk-eksemplet, hvor helseforetaket fant at operasjonsteknikken medførte konsekvenser i form av intensivbehandling i ettertid av behandlingen, fokuserte helseforetaket på å iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten. Dermed ble også KPP-avviket redusert. Som informant 4 fortalte «*så får vi til en bedre kvalitet og da ramler økonomien på plass*». Ved å fokusere på kvalitet ved pasientbehandlinger kan det argumenteres for at verdisystemet er aktivert, på bakgrunn av at kvalitet inngår som en del av de formaliserte verdiene.

I tillegg indikerer våre funn at verdisystemet har en innvirkning på det diagnostiske styringssystemet. Som tidligere diskutert vil klinikkene være ansvarlige for å oppnå resultater, herunder gjennom lederavtaler, og lederavtalene blir fulgt opp i den månedlige styringsdialogen (Informant 4). Fordi kvalitet er en av kjerneverdiene i helseforetaket, kan det argumenteres for at verdisystemet vil påvirke det diagnostiske styringssystemet. KPP-avvik som skyldes at kvaliteten på behandlingene ikke er tilstrekkelig, kan derfor reduseres ved å ha lederavtaler der ledere forplikter seg på kvalitet, og kvalitetsavvik blir oppdaget gjennom KPP-data.

Til slutt har vi i analysen diskutert hvorfor KPP ikke følger prinsippene for ABC-kalkulasjon. Det har tidligere blitt nevnt at SiV benytter DRG-kostnaden som sammenlikningsgrunnlag. For å kunne sammenligne KPP-data og DRG-kostnaden, vil det være fordelaktig at både KPP-data og DRG-kostnaden er basert på samme prinsipper. Prinsippene for KPP utarbeidet av Helsedirektoratet tilsier at bedriftsnivåkostnader, herunder kostnader for ledig kapasitet, ikke skal skilles ut i KPP. Dermed vil det være fordelaktig at KPP-kalkylen på SiV ikke skiller ut kostnader for ledig kapasitet. Imidlertid viser studien at helseforetaket har andre systemer som dekker utfordringene knyttet til ledig kapasitet; verktøyet OPA og utskilling av elektiv behandling. Tilslutt indikerer våre funn at det ikke nødvendigvis er avgjørende hvorvidt presisjonsnivået i KPP-kalkylen er helt nøyaktig, da blant annet eksemplene om behandling av «for syke» pasienter og operasjonsteknikk viser at kalkylen har et tilstrekkelig presisjonsnivå for å avdekke avvik i KPP.

6. Konklusjon og fremtidig forskning

I dette kapittelet vil vi starte med å presentere hovedfunnene fra vår studie, etterfulgt av en kort diskusjon av studiens bidrag og implikasjoner, samt begrensninger og gyldighet. Til slutt vil vi foreslå mulige områder for videre forskning.

6.1 Hovedfunn

Formålet med denne utredningen har vært å forstå hvordan bruk av kostnads- og aktivitetsdata kan øke effektiviteten i helseforetak. For å forstå dette har vi gjort en casestudie av Sykehuset i Vestfold (SiV), og studert hvordan helseforetaket bruker data til effektivisering. Vi har definert og besvart følgende problemstilling:

Hvordan kan bruk av kostnads- og aktivitetsdata øke effektiviteten i helseforetak?

Av problemstillingen har vi utarbeidet to forskningsspørsmål vi har tatt utgangspunkt i ved studien vår:

Hvordan brukes kostnads- og aktivitetsdata til intern styring på Sykehuset i Vestfold?

Hvordan kan samspillet mellom økonomi og medisin påvirke bruk av kostnads- og aktivitetsdata?

6.1.1 Kostnads- og aktivitetsdata til intern styring

For å besvare det første forskningsspørsmålet har vi studert hvordan SiV benytter kostnads- og aktivitetsdata for å effektivisere helseforetaket. Med effektivisering menes det at helseforetaket kan utføre oppgaver mer kostnadseffektivt, ved at helseforetaket kan oppnå like gode resultater med lavere ressursbruk, eller bedre resultater med samme ressursbruk (Finansdepartementet, 2021a). Vi har videre analysert bruken av kostnads- og aktivitetsdata ved helseforetaket med utgangspunkt i Simons (1995b) sitt rammeverk Levers of Control (LoC), samt teori om aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC).

I Simons (1995b) sitt rammeverk LoC består diagnostiske styringssystemer av de formelle informasjonssystemene som benyttes av ledere for å overvåke resultater og korrigere avvik fra forhåndssette ytelsesstandarder. Våre funn indikerer at styringsverktøyet KOSPA benyttes som et diagnoseverktøy, ettersom økonomi- og analyseavdelingen benytter verktøyet

regelmessig for å identifisere avvik. Avvik i kostnads- og aktivitetsdata blir oppdaget både ved at klinikere etterspør data, og ved at økonomiansatte oppdager avvik og oppretter kontakt med klinikerne.

I tillegg til dette benyttes også lederavtaler, samt formelle oppfølgingskanaler, for å både konkretisere og følge opp mål. Ifølge Simons (1995b, s. 90, vår oversettelse) vil diagnostiske styringssystemer «(...) hjelpe til med overvåking og oppnåelse av KPI'er, finansielle og ikke-finansielle, ved å sikre en eksplisitt ovenfra-og-ned-kobling av tiltenkte strategier til lavere nivå og koordinering av ressurser og handlingsplaner; ved å gi motivasjon til å nå organisatoriske mål; ved å tjene som grunnlag for evaluering av virksomheter og ledere; og ved å tilby sammenlikningsgrunnlag for korrigerende tiltak».

Videre indikerer våre funn at det er klinikere sitt ansvar å iverksette tiltak basert på avvik i kostnads- og aktivitetsdata. Dette er fordi klinikere har den medisinske kompetansen som behøves for å avdekke hvilke tiltak som kan innføres for å forbedre kvaliteten på behandlingen. I tilfeller hvor økonomiansatte avdekker avvik i kostnads- og aktivitetsdata, tilsier våre funn at er det sentralt å formidle informasjon om avvikene på en måte som gjør at klinikere får en dypere forståelse for at en reduksjon i avvikene kan øke kvaliteten på behandlingen. På denne måten kan økonomiansatte initiere tiltak basert på kostnads- og aktivitetsdata, og videreformidle dette på en måte som gjør at klinikere ønsker å iverksette tiltak for å øke effektiviteten.

For å kunne benytte kostnads- og aktivitetsdata til intern styring er det sentralt at det benyttes et relevant sammenligningsgrunnlag for avviksberegning. Ved å fordele alle kostnader i KPP-kalkylen danner SiV et homogent system med helhetlige prinsipper, slik at DRG-kostnaden blir et relevant sammenligningsgrunnlag for å identifisere avvik i KPP. Det har imidlertid blitt diskutert hvorvidt KPP-kalkylen mister noe av sin relevans dersom systemet ikke skiller ut kostnader for ledig kapasitet (Ahlgren et al., 2021). Våre funn viser likevel at dette ikke er en betydelig utfordring ved SiV, da helseforetaket har andre systemer som dekker denne utfordringen. Ved å skille ut deler av elektiv behandling til et annet sykehus, samt ved å bruke verktøyet OPA for å administrere utnyttelsen av operasjonsstuer, kan SiV potensielt oppnå mer effektiv kapasitetsutnyttelse. I tillegg kan det argumenteres for at presisjonsnivået i KPP-kalkylen ikke er avgjørende for helseforetaket, da kalkylen anses å ha en tilfredsstillende detaljeringsgrad. Grunnen til dette er at avvik i KPP kan oppdages og analyseres uten en helt presis kalkyle.

6.1.2 Samspill mellom økonomi og medisin

For å besvare det andre forskningsspørsmålet har vi studert hvordan samspillet mellom fagområdene økonomi og medisin i et helseforetak kan opptre. Et av hovedfunnene fra studien tilsier at ved bruk av kostnads- og aktivitetsdata med formål om å effektivisere helseforetak, vil diagnostisk styring uten tilstrekkelig dialog og samhandling mellom økonomiansatte og klinikere, ikke ha ønsket gjennomslagskraft. Med det menes det at studien peker i retning av at bruk av et diagnostisk styringssystem alene kan vurderes som utilstrekkelig for effektiv styring. Interaktive styringssystemer, i samspill med diagnostiske, vil imidlertid fremme dialog gjennom nivåer i helseforetaket og kan vurderes til å være mer effektive for et helseforetak.

For å implementere tiltak, indikerer vår studie at økonomiansatte må kommunisere kostnads- og aktivitetsdata på en slik måte at det skapes resonans blant klinikerne. Vi har betegnet en slik kommunikasjon som å oversette fra «økonomispråket» til «medisinspråket». Med det menes, informasjonen i styringsverktøyet KOSPA må oversettes fra informasjon om kostnader til informasjon som klinikere i større grad kan relatere til. Samarbeid og dialog mellom økonomiansatte og klinikere vurderes derfor som en viktig faktor for implementering av tiltak. Ved å oversette fra økonomispråk til medisinspråk og skape dialog mellom profesjoner for å finne potensielle tiltak, kan det argumenteres for at kostnads- og aktivitetsdata brukes interaktivt. Dette samsvarer med Mundy (2010), som hevder at ethvert styringssystem som tilrettelegger for formelle debatter kan brukes interaktivt.

I Simons (1995b) sitt rammeverk vil interaktiv styring, gjennom at kommunikasjon og samarbeid gir mulighet for å diskutere mellom nivåer, være med på å effektivt identifisere og løse utfordringer. Det kan argumenteres for at kommunikasjon og samarbeid på tvers av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i tillegg til mellom nivåer innenfor hvert av fagområdene, kan bidra til å i større grad identifisere og løse utfordringer knyttet til pasienter som behandles på tvers av fagområder. Ved å sammenlikne KPP-data og øke samhandlingen mellom fagområdene, kan potensielt kvaliteten på behandlingen øke ettersom utfordringer kan identifiseres og løses mer effektivt.

Et annet hovedfunn er at ved undersøkelse av data i KOSPA, inkludert data fra KPP, blir det benyttet et «bedriftsspråk» i det offentlige helseforetaket. I utredningen er det identifisert tre mulige årsaker til dette; (1) for å rette oppmerksomhet mot kostnader og effektivisering, (2)

for å effektivisere kommunikasjonen innad i økonomi- og analyseavdelingen, og (3) fordi det anses som en standardisert terminologi som de fleste kjenner til.

Imidlertid kan bruk av slikt språk symbolisere at helseforetaket fokuserer på økonomisk avkastning fremfor pasientens behov, og at pasienten blir ansett som en kunde som helseforetaket tjener penger på. Sammenligning av pasientens kostnader opp mot «verdi», som er betegnelsen helseforetaket benytter for 100% DRG-refusjon, kan symbolisere at helseforetaket verdsetter pasientbehandlingen tilsvarende denne «verdien». Imidlertid kan ikke «verdien» av å behandle en pasient kun måles i økonomiske termer. Til tross for bruk av bedriftsterminologi ved helseforetaket, peker kvalitetsfokuset i retning av at «verdien» av pasientbehandlingen ikke anses å tilsvare DRG-kostnaden, men at terminologien brukes for å blant annet skape oppmerksomhet rundt kostnader og for effektiv kommunikasjon.

Våre funn indikerer at både klinikere og økonomiansatte ønsker å forbedre behandlingskvaliteten. Det kan dermed tenkes at bruken av bedriftsspråket ikke er spesielt problematisk da økonomiansatte, som benytter dette språket, i stor grad har et ønske om god kvalitet på behandlingen: *«så får vi til en bedre kvalitet og da ramler økonomien på plass»* (Informant 4). Ved at økonomiansatte oversetter informasjon om avvik i kostnads- og aktivitetsdata til medisinspråket, kan klinikere selv motiveres til å iverksette tiltak for å redusere avviket. På denne måten kan kostnads- og aktivitetsdata være en brobygger mellom økonomi og medisin, og helseforetaket kan potensielt oppnå både økt kvalitet på behandlingene og bedre økonomi.

Avslutningsvis indikerer våre funn at gjennom tiltakene som innføres av klinikere kan det skapes endringer i helseforetakets grensesystem. To eksempler i delkapittel 4.3.1 *Effektivisering av pasientbehandlinger ved bruk av KPP* illustrerer hvordan KPP kan skape endringer i medisinsk praksis, som igjen kan føre til effektivisering av pasientbehandlinger. I det ene eksemplet ble en operatør instruert om å endre operasjonsteknikk, mens i det andre eksemplet ble det bestemt at klinikken ikke skulle behandle de mest syke pasientene. Ved å aktivere det interaktive styringssystemet, der økonomiansatte og klinikere diskuterer avvik, kan det oppstå endringer i hvilke behandlinger og prosedyrer helseforetaket utfører. Studien tilsier dermed at å bruke kostnads- og aktivitetsdata både diagnostisk og interaktivt kan medføre effektiviseringsgevinster for norske helseforetak.

6.2 Bidrag og implikasjoner

«Det har lenge vært kjent at antallet eldre vil øke sterkt og føre til sterk økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Selv om antallet eldre over 80 år har økt jevnt og trutt siden andre verdenskrig, vil veksttakten fremover føre til utfordringer uten sidestykke for de kommunale omsorgstjenestene» (NOU 2023: 4, s. 12).

Som sitatet poengterer vil man de neste årene se en økning i antall eldre, ettersom eldrebølgen inntreffer. Som nevnt innledningsvis i utredningen vil også forsørgerbrøken øke de neste årene, og det er dermed behov for en mer ressurseffektiv helsetjeneste i årene fremover (NOU 2023: 4). Denne utredningen har studert hvordan kostnads- og aktivitetsdata kan benyttes i helseforetak for å øke effektiviseringen, og vi vil videre trekke frem bidrag og implikasjoner ved studien.

Et bidrag ved vår studie er at vi som forskere har kartlagt hvordan SiV bruker kostnads- og aktivitetsdata, herunder KPP, til å effektivisere driften ved helseforetaket. Ved å bruke kostnads- og aktivitetsdata som interne styringsverktøy, kan helseforetak identifisere forbedringsområder, og deretter iverksette tiltak. Ved å benytte kostnads- og aktivitetsdata til slike formål, kan bruk av data ha positiv innvirkning på både pasient, pårørende, helseforetaket og samfunnet for øvrig, ved at kvaliteten på behandlingene øker. I takt med forbedret behandlingskvalitet, kan bruk av kostnads- og aktivitetsdata også resultere i positive økonomiske konsekvenser. Ved å optimalisere bruk av ressurser ved å iverksette og følge opp tiltak basert på kostnads- og aktivitetsdata, viser våre funn at helseforetak kan redusere unødvendige behandlinger, forbedre kvaliteten på behandlinger, samt redusere kostnader i forbindelse med ineffektivitet. I tillegg til dette indikerer studien at samspillet mellom diagnostisk og interaktiv bruk av kostnads- og aktivitetsdata kan øke effektiviteten ved helseforetak.

Et annet bidrag ved studien er at for å identifisere avvik i kostnads- og aktivitetsdata er det ikke avgjørende hvorvidt KPP-kalkylen er helt nøyaktig. Ahlgren et al. (2021) argumenterer for at KPP-kalkylens relevans kan reduseres ved at kalkylen ikke skiller ut kostnader for ledig kapasitet. Dersom DRG-kostnaden skal benyttes som sammenlikningsgrunnlag, er det imidlertid hensiktsmessig at dataen er sammenliknbar mot DRG-kostnaden. Til tross for at KPP-kalkylen bryter med prinsippene i ABC, evner SiV å avdekke avvik i kostnader, da helseforetaket har en homogen kalkyle som kan sammenliknes mot DRG-kostnaden. Dermed

kan det argumenteres for at kalkylens nøyaktighet ikke er avgjørende, da utformingen av kalkylen tilpasses formålet, altså sammenlikning mot DRG-kostnaden.

Studien viser videre at det i stor grad er aktivitetstallene som diskuteres i dialog med klinikere, og ikke kostnadene. Hvordan økonomiansatte kommuniserer kostnadsavvikene til klinikere kan dermed forstås å være viktig for å skape engasjement og vekke faglig interesse hos klinikere. På denne måten kan kostnads- og aktivitetsdata skape samarbeid og interaksjonen på tvers av fagområder. Våre funn ved studien av SiV indikerer dermed at en helt korrekt utformet KPP-kalkyle kan være mindre viktig for effektivisering av helseforetak, sammenlignet med interaksjonen mellom økonomiansatte og klinikere. Som nevnt i avsnittet over kan økonomiansatte avdekke avvik i kostnads- og aktivitetsdata ettersom tallene er sammenliknbare mot DRG-kostnaden. Ved at økonomiansatte oppdager avvik i kostnader, og formidler informasjon om aktivitetstallene tilknyttet de økte kostnadene til klinikere, kan helseforetaket å identifisere avvik og iverksette tiltak.

Gjennom å undersøke hvordan helseforetaket bruker kostnads- og aktivitetsdata, kan andre helseforetak tilegne seg kunnskap av SiVs erfaringer. Dermed kan andre helseforetak både redusere risikoen for å begå tilsvarende feil i fremtiden, dra nytte av faktorer som har blitt identifisert som relevante for å oppnå økt effektivitet, og deretter tilpasse disse faktorene det enkelte helseforetak. Eksempelvis kan andre helseforetak tilegne seg kunnskap om samspillet mellom økonomi og medisin, for å minimere risikoen for å skape motstand blant klinikere, og i stedet opparbeide tillit og legitimitet. I tillegg, ved at studien har gjennomført semi-strukturerte intervjuer med både økonomiansatte og klinikere, kan studien bidra til å øke forståelsen av ulike fagområders perspektiver på bruk av kostnads- og aktivitetsdata. Andre helseforetak kan dermed ta lærdom i hvordan helseforetak kan balansere ulike fagområders behov og ønsker. Videre kan vår studie vurderes som et bidrag i forståelsen av hvordan samhandling og kommunikasjon mellom fagområder kan påvirke iverksetting av tiltak basert på kostnads- og aktivitetstall. Vår studie kan derfor vurderes som et bidrag til kunnskapsfeltet om effektivitetsøkning ved norske helseforetak, samt gi ledere og andre beslutningstakere innsikt i hvordan helseforetak kan forbedre praksis.

En implikasjon ved studien kan være at kunnskap om bruk av kostnads- og aktivitetsdata til effektivisering kan overføres til andre helseforetak. Ved å studere et mellomstort helseforetak som SiV, kan vår studie bidra til å gi en detaljert beskrivelse av dagens situasjon ved helseforetaket, samt identifisere hovedutfordringer og begrensninger som påvirker

helseforetakets effektivitet. Kunnskapen som er tilegnet ved studien kan brukes til å forbedre praksis både ved det undersøkte foretaket og andre helseforetak.

Videre er en implikasjon av studien at tillit og tilrettelegging av diskusjon på tvers av fagområder kan være sentralt for å skape dialog rundt kostnads- og aktivitetsdata. Dersom avvikene oppdages av økonomiansatte kan det dermed være sentralt at klinikere har tillit til økonomiansatte for at informasjonen økonomiansatte formidler skal gi ønsket respons hos klinikere. Ved at økonomiansatte ikke er normative, men skaper en dialog rundt kostnads- og aktivitetsdata, kan det skapes et miljø som fremmer åpen dialog og diskusjon. Dette kan videre tilrettelegge for en mer helhetlig og informert beslutningsprosess som kan føre til bedre ressursutnyttelse og økt effektivitet.

6.3 Begrensninger og gyldighet

En begrensning i vår masterutredning er at vi primært har basert vårt informasjonsgrunnlag i kapittel 4 *Beskrivelse av kostnad per pasient (KPP)* på kun én av fire informanter fra SiV. Til tross for at vi har benyttet utsagn fra alle informanter i studien, kan en overvekt av utsagn fra informant 4 bidra til å svekke gyldigheten til studien. Selv om vi gjennomførte intervjuer med tilnærmet like spørsmål til alle informanter, var det likevel utfordrende å innhente like omfattende data fra alle. Som et resultat er det mulig at analysen, og dermed konklusjonen, ikke reflekterer faktisk bruk av kostnads- og aktivitetsdata ved SiV.

I tillegg til dette er en svakhet ved studien at eksemplene i kapittel 4 *Beskrivelse av kostnad per pasient (KPP)*, som ble fortalt av informant 4, ikke har blitt bekreftet av andre informanter. Eksemplene er i hovedsak basert på opplevelser fra informant 4 og interaksjonen mellom hen og klinikere, og dermed kunne ikke eksemplene bli bekreftet av informantene vi pratet med. Imidlertid er eksemplene i utredningen kun brukt som utgangspunkt for videre analyse, hvor analysen i stor grad tar for seg utsagn fra alle informanter.

En annen svakhet ved studien er at intervju med informant 3 ble gjennomført digitalt, med noe dekningsproblemer, noe som kan ha resultert i at vi som forskere ikke har fanget opp viktige aspekter. Likevel, ved avbrudd i kommunikasjonen og uklar lyd, ba vi informantene gjenta.

Videre kan studien ha den begrensning at vi som forskere innenfor fagfeltet økonomi fikk svar av informanter som ikke forskere innenfor andre fagfelt ville fått. Eksempelvis bør det

vurderes om funnene i denne masterutredningen ville avviket fra funnene i en masterutredning skrevet av forskere innenfor fagfeltet medisin. Informant 4 brukte som tidligere nevnt et «bedriftsspråk» ved intervjuene. Det kan hende bakgrunnen for dette er at vi som forskere innenfor økonomi skal knytte kjennskap til deres drift. Likevel ble språket benyttet skriftlig i KOSPA, noe som styrker gyldigheten til våre funn, da det viser at bedriftsspråket også blir benyttet innad i helseforetaket. Videre undersøkte vår studie hvordan helseforetak kan effektivisere driften ved bruk av kostnads- og aktivitetsdata, og ved intervjuene fikk vi konkrete eksempler på hvordan dette foregår i praksis ved SiV. Det kan derfor vurderes som at vår faglige bakgrunn ikke svekker funnene av studien i betydelig grad, og at forskere innen andre fagområder ville funnet tilsvarende funn. Funnene fra denne studien bør imidlertid ikke tolkes uten å være oppmerksom på disse begrensningene.

6.4 Fremtidig forskning

Et av funnene i denne masteroppgaven er at det er ulike oppfatninger av hvem som bør ha tilgang til styringsverktøyet KOSPA. Det har i utredningen blitt nevnt av klinikere at de gjerne skulle hatt tilgang til styringsverktøyet, for å kunne undersøke data selv. Imidlertid har økonomiansatte ved SiV påpekt at det kan være en utfordring tilknyttet deling av data, da dataen kan inneholde personidentifiserbar informasjon. I tillegg til dette har det blitt uttalt av økonomiansatte at klinikere ikke ønsker å bruke verktøyene. Det vil derfor være interessant å undersøke hvorvidt et mer desentralisert og anonymisert styringsverktøy fører til økt eller redusert bruk av verktøyet, og hvorvidt desentraliseringen øker eller reduserer interaksjonen mellom klinikere og økonomiansatte.

Til videre forskning kan det også være interessant å undersøke om, og i så fall hvordan, økt samhandling mellom somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ville endret praksis i helseforetakene. Det ville vært spesielt interessant å undersøke hvordan deling av kostnads- og aktivitetsdata på tvers av fagområder kunne påvirket samhandlingen og dermed potensielt medført mer effektiv ressursutnyttelse og økonomiske besparelser. Fremtidige studier kan dermed bidra til å øke forståelsen av hvordan samhandling mellom fagområder kan forbedres, og hvilke fordeler og/eller hindringer samhandlingen eventuelt vil medføre. Funn ved slike studier kan gi verdifull innsikt i hvordan ressursbruk kan optimaliseres for å øke effektiviteten ytterligere ved helseforetak.

7. Referanseliste

7.1 Litteraturliste

Abernethy, M. A. & Brownell, P. (1999). The Role of Budgets in Organizations Facing Strategic Change: An Exploratory Study. *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), 189-204. doi: 10.1016/S0361-3682(98)00059-2

Ahlgren, P. C., Nyland, K. & Saur, S. (2021). Kostnad per pasient (KPP) – en vidunderkur for styring i sykehussektoren? *Praktisk økonomi & finans*, 37(1), 83-99. doi: 10.18261/issn.1504-2871-2021-01-08

Bakken, M. & Kristiansen, M. B. (2019). *Kostnadskalkulasjon i helsesektoren: En studie av KPP-modellen hos St. Olavs hospital* (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Bjørnenak, T. (1993). ABC – Hva er D? Grunnleggende prinsipper i aktivitetsbasert kalkulasjon. *Praktisk økonomi og ledelse*, 9(2), 15-22.

Bjørnenak, T. (2019). *Strategiske lønnsomhetsanalyser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bobe, B. J. & Kober, R. (2018). Does Gender Matter? The Association Between Gender and the Use of Management Control Systems and Performance Measures. *Accounting & Finance*, 60(2020), 2063–2098. doi: 10.1111/acfi.12365

Collier, P. M. (2005). Entrepreneurial Control and the Construction of a Relevant Accounting. *Management Accounting Research*, 16(3), 321-339. doi: 10.1016/j.mar.2005.06.007

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2010, 15. januar). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Demeere, N., Stouthuysen, K. & Roodhooft, F. (2009). Time-Driven Activity-Based Costing in an Outpatient Clinic Environment: Development, Relevance and Managerial Impact.

Health Policy, 92(2009), 296-304. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.05.003

Ferreira, A. & Otley, D. (2009) The Design and Use of Performance Management Systems: An Extended Framework for Analysis. *Management Accounting Research*, 20(4), 263- 282.

doi: 10.1016/j.mar.2009.07.003

Finansdepartementet. (2021a). *Nasjonalbudsjettet 2022* (Meld. St. 1 (2021–2022)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-1-20212022/id2875458/?ch=5>

Finansdepartementet. (2021b). *Perspektivmeldingen 2021* (Meld. St. 14 (2020–2021)).

Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/91bdfca9231d45408e8107a703fee790/no/pdfs/stm202020210014000dddpdfs.pdf>

Flokenes, D. & Gladhaug, M. H. (2020). *Kostnad per pasient – for hva og hvem?:*

Implementering av et nytt styringsystem i helsesektoren (Masteroppgave). Norges

Handelshøyskole, Bergen.

Frow, N., Marginson, D. & Ogden, S. (2010). “Continuous” Budgeting: Reconciling Budget Flexibility with Budgetary Control. *Accounting, Organizations and Society*, 35(4), 444–461.

doi: 10.1016/j.aos.2009.10.003

Helsedirektoratet (HDIR) (2012). *Nasjonal spesifisering for KPP-modellering 2012* (IS-2033). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (HDIR) (2018). *Oppdatert versjon Nasjonal spesifisering for KPP-modellering – psykisk helsevern og TSB* (IS-2857). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (HDIR) (2021). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2022 (ISF-regelverket)*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (HDIR). (2022, 21. desember). DRG-systemet. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet>

Helsedirektoratet (HDIR). (2023, 06. februar). Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>

Helse Midt-Norge (2022). *Regional Utviklingsplan 2023–2026* [Høringsutkast]. Hentet fra https://helse-midt.no/Documents/2022/HEMN_utviklingsplan_Regional_22_9SEPT.pdf

Helse Sør-Øst (u.å.). *Regional Utviklingsplan 2040: Del 1 Trender og satsingsområder*. Hentet fra https://helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/RUT_DEL1.pdf

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.

Kaplan, R. S. & Anderson, S. R. (2004). Time-Driven Activity-Based Costing. *Harvard Business Review*, 82(11), 131-138. doi: 10.2139/ssrn.485443.

Kaplan, R. S. & Anderson, S. R. (2007). *Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits*. Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S. & Johnson, H. T. (1987). *Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting*. Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S. & Porter, M. E. (2011). How to Solve the Cost Crisis in Health Care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46-52.

Keel, G., Savage, C., Rafiq, M. & Mazzocato, P. (2017). Time-Driven Activity-Based Costing in Health Care: A Systematic Review of the Literature. *Health Policy*, 121(2017), 755-763. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.04.013

Labro, E. (2006). Analytics of Costing System Design. I A. Bhimani (Red.), *Contemporary Issues in Management Accounting* (s. 217-242). Oxford University Press.

Magnussen, J. (2019, 16. september). Innsatsstyrt finansiering. Hentet fra https://sml.snl.no/innsatsstyrt_finansiering

Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management Control Systems as a Package— Opportunities, Challenges and Research Rirections. *Management Accounting Research*, 19(4), 287-300.

Mundy, J. (2010). Creating Dynamic Tensions through a Balanced Use of Management Control Systems. *Accounting, Organizations and Society*, 35(5), 499-523. doi: 10.1016/j.aos.2009.10.005

NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

Saunders, M. N. K, Lewis, P. & Thornhill, A. (2019). *Research Methods for Business Students* (8. utg.). Storbritannia: Pearson

Shen, S. S. Q & Perera, S. (2013). Diagnostic and Interactive Uses of Budgets and the Moderating Effect of Strategic Uncertainty. *Asia-Pacific Management Accounting Journal*, 7(2), 127-154.

Simons, R. (1995a). Control in an Age of Empowerment. *Harvard Business Review*, 73(2), 80-88.

Simons, R. (1995b). *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Boston: Harvard Business School Press.

Simons, R. (2005). *Levers of Organizational Design: How Managers Use Accountability Systems for Greater Performance and Commitment*. Boston: Harvard Business School Press.

Skrove, M. S. & Utnes, I. K. (2019). *KPP som et internt styringssystem: En casestudie av St. Olavs hospital* (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Svartdal, F. (2021, 6. juli). Hawthorne-effekt. Hentet fra <https://snl.no/Hawthorne-effekt>

Sykehuset i Vestfold. (2023, 10. januar). Visjon og verdier. Hentet fra <https://www.siv.no/om-oss/visjon-og-verdier>

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

7.2 Interne dokumenter

Internt dokument. (2023).

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Informasjon til informanter

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hvordan norske helseforetak bruker KPP i praksis. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I forbindelse med vår masterutredning ved Norges Handelshøyskole ønsker vi (Sofie Aanonsen og Amalie Haug) å studere hvordan helseforetak bruker KPP-kalkylen som et verktøy for å effektivisere helseforetakene. Masterutredningen vil være en del av et forskningsprosjekt bestående av Kari Nyland, Martine Kjenstad, Trond Bjørnenak og Jakob Liboriussen, som skal studere hvordan Norske Helseforetak nyttiggjør seg av regnskapsbaserte og andre relaterte styringsverktøy. Opplysningene vil bli benyttet til utarbeidelse av mastergraden, samt publikasjoner i samarbeid med forskningsgruppen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Handelshøyskole er ansvarlig for prosjektet. Masterutredningen er en del av et forskningsprosjekt som gjennomføres av Sofie Aanonsen og Amalie Haug, med professor Trond Bjørnenak og postdoktor Jakob Liboriussen som veiledere. Dette prosjektet utføres også i samarbeid med NTNU, representert ved professor Kari Nyland og doktorgradsstipendiat Martine Kjenstad.

8.2 Vedlegg 2: Intervjuguide

8.2.1 Intervjuguide – Analyseeksjon

KPP

- På hvilken måte er du involvert i arbeidet med KPP på sykehuset?
- Hvorfor velger dere å ha en sentralisert KPP-løsning?
- I hvor stor grad er dere opptatt av kostnader når det kommer til effektivisering av behandlingsprosessen?

Medisinsk forbedringsarbeid

- På hvilken måte vil du si at KPP bidrar til å forbedre tjenestene deres?
 - Har du noen andre eksempler på at tjenestene har blitt forbedret enn det forrige eksemplet med syng?
- På hvilken måte involveres de ansatte på ulike nivåer når det kommer til effektivisering av pasientbehandlinger?
- På hvilke måter motiverer dere medisinskfaglig personell til å bidra i arbeidet med KPP?
- Du fortalte om noen applikasjoner som ble benyttet av de ansatte for å følge med på pasientstrømmene og tiden de brukte på hver pasient. Kan du fortelle mer om hvordan disse applikasjonene brukes?

Benchmarking

- Du nevnte i forrige møte at sykehusene i Østfold og Telemark benytter KPP på tilsvarende måte som dere, men per dags dato benchmarker dere hovedsakelig kun med dere selv over tid. Tror du dette vil endres i løpet av noen år?
 - Hvorfor, hvorfor ikke?
- Hvor store avvik må det være for at dere setter inn tiltak når dere benchmarker internt?
- Hvordan er prosessen når dere oppdager avvik og setter inn tiltak?
 - Er de ansatte på ulike nivåer involvert i dialogen om hvilke tiltak som er mest hensiktsmessig å sette inn?
 - Hender det at kliniksjefer og andre ansatte selv oppdager utfordringer og ønsker tiltak for å forbedre behandlingsprosessen, eller er dette noe som kommuniseres fra dere som jobber med KPP og ned til de ansatte?

Budsjett

- Hva er din rolle i budsjettarbeidet på sykehuset?
- Du nevnte at KPP-dataen blir brukt i diskusjonen rundt budsjettprosessen. Kan du utdype dette?
 - Hvor sentral rolle har KPP for utarbeidelse av budsjettet?
 - Er det enkelte som har ansvar for å koble KPP-dataen opp mot budsjettet?

Fremtidig bruk

- Hvordan tror du at Sykehuset i Vestfold vil bruke KPP annerledes i tiden fremover?

- Hvilke utfordringer ser du ved dagens bruk av KPP som kan bli løst i fremtiden?

8.2.2 Intervjuguide – Klinikere

Introduksjon

Kan du kort fortelle om bakgrunnen din, samt rollen din på sykehuset?

KPP

- Hvordan brukes KPP på sykehuset i dag?
- På hvilken måte er du involvert i arbeidet med KPP på sykehuset?
- På hvilken måte er dine underordnede involvert i arbeidet med KPP?
- Vi har fått vite at dere bruker applikasjoner til å for å følge med på pasientstrømmene og tid brukt per pasient. Hvordan bruker du applikasjonene?
 - (Eks: Bruker den hyppig, blir mer motivert til å forbedre arbeidet osv.)
- Har du erfaring fra andre sykehus som bruker KPP på en annen måte enn SiV?
 - Hvis ja, hvordan vil du si at SiV jobber annerledes med KPP?

Medisinsk forbedringsarbeid

- Hvilke verktøy bruker dere for å forbedre den medisinske kvaliteten?
- På hvilken måte vil du si at KPP bidrar til å forbedre tjenestene deres?
 - Har du noen eksempler på at tjenestene har blitt forbedret?
- Bruker du informasjon om pasientbehandlinger, som for eksempel tidsbruk per pasient, for å prøve å forbedre dine egne/ansattes arbeidsrutiner?
 - Hvis ja, hvordan?
- Hvordan opplever du at du og dine ansatte blir involvert i dialogen rundt hvilke tiltak som bør settes inn for å forbedre pasientbehandlingen?
 - På hvilken måte bidrar du til å involvere ansatte på din avdeling når det kommer til forbedring av pasientbehandlingen?

Benchmarking

- Hvordan benchmarker dere internt for å avdekke om en prosess gjennomføres effektivt eller ikke?
- Hvordan tror du prosessen rundt benchmarkingen vil endre seg i fremtiden?

Budsjett

- På hvilken måte er du involvert i budsjettarbeidet i sykehuset?
- Hvordan brukes KPP i budsjetteringsprosessen?

Fremtidig bruk

- Hvordan tror du at Sykehuset i Vestfold vil bruke KPP annerledes i tiden fremover?
- Hvilke utfordringer ser du ved dagens bruk av KPP som kan bli løst i fremtiden?

8.2.3 Intervjuguide – Økonomiseksjonen

Introduksjon

Kan du kort fortelle om bakgrunnen din, samt rollen din på sykehuset?

KPP

- Hvordan brukes KPP på sykehuset i dag?
- På hvilken måte er du involvert i arbeidet med KPP på sykehuset?
- I hvor stor grad er dere opptatt av kostnader når det kommer til effektivisering av behandlingsprosessen?

Medisinsk forbedringsarbeid

- På hvilken måte vil du si at KPP bidrar til å forbedre tjenestene deres?
- På hvilken måte involveres de ansatte på ulike nivåer når det kommer til effektivisering av pasientbehandlinger?
- På hvilke måter motiverer dere medisinskfaglig personell til å bidra i arbeidet med KPP?

Benchmarking

- Hvordan foregår benchmarkingsprosessen deres for å finne avvik i KPP-kalkylen?
- Hvor store avvik må det være for at dere setter inn tiltak når dere benchmarker internt?
- Hvordan er prosessen når dere oppdager avvik og setter inn tiltak?
 - Er de ansatte på ulike nivåer involvert i dialogen om hvilke tiltak som er mest hensiktsmessig å sette inn?

- Hender det at klinikksjefer og andre ansatte selv oppdager utfordringer og ønsker tiltak for å forbedre behandlingsprosessen, eller er dette noe som kommuniseres fra dere som jobber med KPP og ned til de ansatte?

Budsjett

- Hva er din rolle i budsjettarbeidet på sykehuset?
- Hvordan kobles KPP-dataen opp mot budsjettprosessen?
 - Er det enkelte som har ansvar for å koble KPP-dataen opp mot budsjettet?

Fremtidig bruk

- Hvordan tror du at Sykehuset i Vestfold vil bruke KPP annerledes i tiden fremover?
- Hvilke utfordringer ser du ved dagens bruk av KPP som kan bli løst i fremtiden?