



Kostnad per pasient – for hva og hvem?

Implementering av et nytt styringssystem i helsesektoren

Daniel Flokenes og Marit Helene Gladhaug

Veileder: Professor Trond Bjørnenak

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 er en studie av implementeringen av styringssystemet Kostnad Per Pasient (KPP) ved et norsk universitetssykehus. KPP er en modell som stiller opp hvilken behandling en pasient har mottatt og hva denne behandlingen har kostet. Formålet med studien har vært å undersøke hvilke forventninger helsemyndighetene har hatt til styringssystemet, og i hvilken grad systemet har blitt implementert i tråd med disse forventningene. Dette virker spesielt relevant ettersom KPP er basert på tidsreven aktivitetsbasert kalkulasjon (TD-ABC), noe den normative litteraturen tilsier er egnet i helsesektoren. Likevel viser det seg at systemet i liten grad brukes i intern styring ved universitetssykehuset. Med utgangspunkt i dette har vi tatt for oss følgende problemstilling:

Hvordan kan vi forstå forventninger og bruk av KPP-systemet?

Vi har videre delt problemstillingen i to. For det første har vi undersøkt konsistens mellom den normative litteraturen om TD-ABC i helsesektoren og myndighetenes forventninger til KPP. Videre har vi undersøkt gapet mellom forventninger og faktisk bruk i lys av institusjonell logikk. Vi har benyttet et kvalitativt forskningsdesign for å belyse problemstillingen.

På det første punktet finner vi at KPP er ment å brukes på tre områder: Som statsadministrativt rapporteringsverktøy, som økonomisk styringsverktøy, og medisinsk kvalitets- og prosess-endringsverktøy. Disse bruksområdene er konsistente med den normative litteraturen.

På det andre punktet finner vi at det er et gap mellom forventet og faktisk bruk. KPP brukes som statsadministrativt rapporteringsverktøy, men de andre bruksområdene er foreløpig i liten grad implementert. Vi finner at dette gapet kan til dels forklares gjennom selve implementeringsprosessen. Denne prosessen har fulgt en fossefallsmetodikk, hvor fokuset har vært på å forbedre datakvalitet fremfor å involvere brukere og utvikle funksjonalitet.

Vårt hovedfunn er imidlertid at gapet mellom forventet og faktisk bruk kan knyttes til nærværet av institusjonelle logikker i helsesektoren. Vi finner at implementeringen av KPP har vært dominert av en statsadministrativ logikk, hvor det først og fremst er politisk legitimitet og rettferdighet som dominerer. Som følge av dette har bruk til rapportering vært påkrevd og dermed prioritert.

Viktige implikasjoner av våre funn er for det første at formålet med et styringssystem må avklares, slik at implementeringen kan prioriteres etter hva som tilfører nytte. For det andre kan en søken etter “riktige” kostnader komme i veien for anvendelse av styringssystemer.

Forord

Denne utredningen utgjør den avsluttende delen av vår integrerte siviløkonomutdanning ved Norges Handelshøyskole (NHH). Arbeidet har strukket seg over ett semester og utgjør 30 studiepoeng.

Selv om vi har ulike hovedprofiler har vi gjennom hele masterstudiet planlagt å skrive masteroppgaven sammen. Vi ville derfor finne et tema som opptar oss begge, gjerne i skjæringspunktet mellom strategi og styring. Idéen til denne masteroppgaven oppsto i forelesning i faget BUS401 – Strategiske lønnsomhetsanalyser og prising, da Kari Nyland foreleste om Kostnad Per Pasient. I etterkant snakket vi mye sammen om dette nye, ABC-baserte styringssystemet i helsesektoren. Vi ble begge fascinert av hvordan dette skulle implementeres, og til hvilke formål. Dette temaet kombinerte både Daniels interesse for ledelse og styring av endringsprosesser, og Marits interesse for ABC-systemer og helseøkonomi.

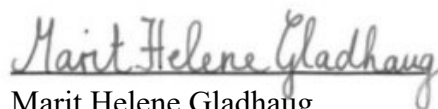
Vi vil rette en stor takk til vår veileder, Trond Bjørnenak, for hans glimrende veiledning, tilbakemeldinger, innspill og alltid strålende humør. Han har vært en stor hjelp og støttespiller, og skal også ha spesiell honnør for støtten og tilpasningsdyktigheten han har vist under omstendighetene som rammet oss våren 2020. Med utbruddet av Covid-19 ble skolen stengt, og det ble utfordrende å samle empiri. Med Tronds hjelp fant vi hurtig nye løsninger både for veiledningstimer og for hvordan vi skulle komme i mål med vår masteroppgave.

Vi vil også rette en takk til Kari Nyland som har bidratt med innspill og perspektiver til masteroppgaven vår. Hennes erfaring med styring i helsesektoren har vært en verdifull hjelp for å finne vår innfallsvinkel til temaet vi skriver om.

Til slutt vil vi rette en takk til våre informanter ved universitetssykehuset. Vi setter særlig pris på at de har tatt seg tid til å respondere på våre spørsmål i en tid hvor helsesektoren var i full beredskap. Takk også til andre som har bidratt med gjennomlesing og tilbakemelding.

Bergen, 20. juni 2020


Daniel Flokenes


Marit Helene Gladhaug

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Problemstilling og avgrensning	10
1.3 Oppgavens disposisjon.....	13
2. Metodisk rammeverk.....	15
2.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	15
2.2 Forskningsdesign	17
2.3 Datainnsamling	21
2.3.1 Datakilder.....	21
2.3.2 Intervjuer: Utvalg og utførelse.....	22
2.4 Dataanalyse.....	25
2.5 Metodekvalitet	27
2.5.1 Pålitelighet	27
2.5.2 Gyldighet.....	29
2.5.3 Overførbarhet.....	31
2.6 Ethiske vurderinger.....	32
2.7 Oppsummering.....	33
3. Teoretisk rammeverk	34
3.1 Styringssystem	34
3.1.1 Styring i helsesektoren.....	35
3.2 Aktivitetsbasert kalkulasjon.....	38
3.2.1 Tidsdreven ABC	40
3.2.2 Tidsdreven ABC og benchmarking	41
3.3 Tidsdreven ABC i helsesektoren	42
3.3.1 Potensiell bruk av tidsdreven ABC i helsesektoren.....	43
3.3.2 Sammenheng mellom kostnader og prising	45
3.3.3 Økonomisk planlegging og ressursallokering.....	47

3.3.4	Kvalitetsforbedring og effektivitetsøkning	47
3.4	Institusjonell logikk i offentlig helsevesen	49
3.5	Oppsummering.....	55
4.	Kostnad per pasient	56
4.1	Beskrivelse av KPP-modellen.....	56
4.2	KPPs kalkylemetodiske tilnærming	57
4.3	Intenderte bruksområder for KPP	60
4.3.1	Sentrale helsemyndigheter	60
4.3.2	Regionale helseforetak	61
4.3.3	Helseforetak	62
4.3.4	En modell for bruk av KPP	64
4.4	Kategorisering av KPP som styringsverktøy	66
4.4.1	Statsadministrativt rapporteringsverktøy	67
4.4.2	Økonomisk styringsverktøy	68
4.4.3	Medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy	70
4.5	Oppsummering av KPP-modellen	71
4.5.1	Modell for bruk av KPP på helseforetaksnivå	72
5.	Implementering av KPP i et universitetssykehus.....	74
5.1	Oppstartsprosjekt på et større norsk universitetssykehus	74
5.2	Fremdrift i implementering av KPP til dags dato	78
5.3	Bruk og videre implementering av KPP	81
5.3.1	KPP som statsadministrativt rapporteringsverktøy.....	81
5.3.2	KPP som økonomisk styringsverktøy	82
5.3.3	KPP som medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy	86
5.4	Oppsummering.....	90
6.	Analyse av gapet mellom forventet og faktisk bruk av KPP	93
6.1	Implementering av KPP: Smidighet eller fossefall.....	93
6.2	Institusjonell logikk og KPP	100

6.2.1	Statsadministrativ logikk og KPP	100
6.2.2	Økonomistyringslogikk og KPP	101
6.2.3	Medisinsk profesjonslogikk og KPP	102
6.2.4	Interaksjon mellom logikkene.....	104
6.3	Oppsummering.....	107
7.	Konklusjon og fremtidig forskning	109
7.1	Hovedfunn.....	109
7.1.1	Forventninger til KPP-systemet.....	109
7.1.2	Gap mellom forventet og faktisk bruk av KPP-systemet.....	110
7.2	Bidrag og implikasjoner.....	113
7.3	Begrensninger og gyldighet	114
7.4	Videre forskning	115
8.	Referanseliste.....	118
8.1	Litteratur	118
8.2	Interne dokumenter	124
9.	Vedlegg.....	126
	Vedlegg 1: Informasjon til informanter og intervjuguide.....	126

Figuroversikt

Figur 1.1: Forskningsmodell.....	s. 12
Figur 1.2: Oppgavens disposisjon.....	s. 14
Figur 2.1: Forskningsløken – ulike nivå for valg av forskningsmetode.....	s. 15
Figur 2.2: Kriterier for utvalg av respondenter.....	s.23
Figur 2.3: Oversikt over respondenter.....	s. 24
Figur 2.4: Datagrunnlag for å besvare forskningsspørsmål.....	s. 33
Figur 3.1: ABC-metodens grunnprinsipper.....	s. 39
Figur 3.2: Typer av logikk mangfold i organisasjoner.....	s. 52
Figur 3.3: Relasjoner mellom logikker og system for ytelsesmåling.....	s. 53
Figur 4.1: Stegvis kalkulasjonsmodell for beregning av kostnad per pasient.....	s. 58
Figur 4.2: Bruksområder for KPP på ulike nivåer.....	s. 65
Figur 4.3: Klassifisering av bruken av KPP på helseforetaksnivå.....	s. 73
Figur 5.1: Overordnet løsningskisse for KPP.....	s. 76
Figur 5.2: Gap mellom forventninger til KPP og faktisk bruk.....	s. 91
Figur 6.1: Forskjellen mellom fossefallsmetodikk og smidig metodikk.....	s. 94
Figur 6.2: Utfall for implementeringen av KPP etter hvilke faser som gjennomføres.....	s. 96
Figur 6.3: Skjerm bilde av KPP.....	s. 98
Figur 6.4: Grad av sentralitet og kompatibilitet i US.....	s. 106

Tabelloversikt

Tabell 2.1: Tiltak mot bias og feil.....	s. 28
Tabell 3.1: Formål ved prestasjonsmåling i offentlige foretak.....	s. 36
Tabell 3.2: Utvalgte artikler om TD-ABC i helsesektoren.....	s. 43
Tabell 3.3: Potensielle bruksområder for tidsdrevne ABC i helsesektoren.....	s. 44
Tabell 6.1: Logikker i helsesektoren og bruksområder for KPP.....	s. 100

Oversikt over forkortelser brukt i oppgaven

Forkortelse	Forklaring
TD-ABC	Tidsdreven aktivitetsbasert kalkulasjon
KPP	Kostnad per pasient
HDIR	Helsedirektoratet
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
ABC	Aktivitetsbasert kalkulasjon
ISF	Innsatsstyrt finansiering
DRG	Diagnoserelaterte grupper
RHF	Regionalt helseforetak
US	Universitetssykehus
KVA	Kostnadsvektarbeid

1. Innledning

“Det største problemet med helsevesenet er ikke forsikring eller politikk. Det er at vi måler feil ting på feil måte.”

(Kaplan og Porter, 2011)

Sitatet over er hentet fra en artikkel i Harvard Business Review av Robert Kaplan og Michael Porter, hvor de argumenterer for at flere utfordringer i helsevesenet elegant kan løses ved å innføre styringssystemer basert på tidsdreven aktivitetsbasert kalkulasjon (TD-ABC). Spesielt vil slike styringssystemer avhjelpe utfordringen med knappe ressurser i møte med økende etterspørsel etter helsetjenester. Samtidig som at Kaplan og Porter (2011) argumenterer for at bedre styringssystemer er løsningen på ressursknapphet i helsesektoren, har det norske helsevesenet jobbet med å utvikle styringssystemet Kostnad Per Pasient (KPP) i nesten to tiår (Sandvik, Weider og Solstad, 2006). KPP er basert på en tilnærming til TD-ABC. Om vi skal tro Kaplan og Porter sitter dermed den norske helsesektoren på løsningen på ressursknapphetsutfordringen. Økonomidirektøren ved et norsk universitetssykehus har imidlertid opplyst oss om at *“KPP bruker vi ikke som styringsverktøy”*.

I denne masteroppgaven vil vi undersøke både om det er grunn til å tro at KPP kan bidra til å løse utfordringer i helsesektoren, og hvorfor systemet eventuelt ikke brukes likevel. Det vil si, vi vil undersøke forventninger og bruk av KPP-systemet i norsk helsevesen.

1.1 Bakgrunn

De demografiske utfordringene Norge står overfor de neste tiårene vil få store konsekvenser for helsesektoren. Innen 2060 er det ventet at den norske befolkningen vil vokse til over 7 millioner, der andelen eldre vil øke mest (Theie, Lind, Jenssen, Nellesmann og Skogli, 2017). Det er dermed ventet en stor økning i behovet for helse- og omsorgstjenester, noe som vil legge et sterkt press på helsesektoren. I tillegg vil en høyere andel eldre føre til økte utgifter til pensjoner og en nedgang i landets sysselsetting, og på denne måten svekket skattegrunnlag (Regjeringen, 2019). Kombinasjonen av disse faktorene vil føre til at offentlige utgifter øker raskere enn offentlige inntekter i fremtiden (Regjeringen, 2019). Dette leder til økt press på den offentlige økonomien. Helsesektoren kan derfor ikke regne med at offentlige bevilgninger øker i takt med behovet for ressurser.

Med økende etterspørsel etter helsetjenester, og en bred politisk enighet om at helsetjenester er et grunnleggende behov som alle skal ha tilgang til, vil helsesektoren komme under stadig sterkere effektiviseringspress. Dette innebærer både å finne nye måter å jobbe på som er mer effektive, men også å prioritere ressurser mer effektivt.

Samtidig som de økonomiske rammevilkårene for helsesektoren endres, endres også brukernes forventninger til helsetjenester. I moderne tid er det et økt fokus på individets rettigheter og valgfrihet, noe som innebærer økte forventninger til helsetjenester (Scott, Ruef, Mendel og Caronna, 2000). Disse økte forventningene er knyttet til kvalitet og tilgjengelighet på behandling, ventetid og individuell tilpasning.

Helseforetak må dermed utvikle sin styring både for å imøtekomme økende krav til kvalitet og tilgjengelighet, samtidig som kostnadsøkninger begrenses. Nyland og Pettersen (2018) påpeker imidlertid at utvikling innen informasjonsteknologi gir nye muligheter innenfor styring, spesielt til å koble aktivitetsdata og regnskapsinformasjon. Slik kan beslutnings-relevant informasjon bli tilgjengelig for ledere og fagpersonell som skal allokere ressurser og utvikle nye prosesser.

Ifølge Helsedirektoratet (2012; 2018) skal KPP nettopp koble aktivitetsdata og regnskapsinformasjon. Innføringen av KPP skal dermed bidra til at helseforetakene kan knytte ressursforbruk til behandlingskvalitet og pasientforløp. Dermed skal det bli mulig både å øke kvalitet på behandling, samtidig som at kostnadsøkninger begrenses.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Formålet med denne oppgaven er å utforske hvilke forventninger som stilles til KPP som styringssystem, og hvordan KPP blir implementert ved et norsk helseforetak. Tidligere har kalkyletekniske sider ved KPP blitt utforsket (Bakken og Kristiansen, 2019), samt hvordan det planlegges å bruke KPP til intern styring ved St. Olavs hospital (Skrove og Utnes, 2019). Det er imidlertid åpne spørsmål knyttet til hva formålet og ambisjonene for KPP er fra et overordnet perspektiv, og hvordan systemet blir implementert. På bakgrunn av dette ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

Hvordan kan vi forstå forventninger og bruk av KPP-systemet?

Med “forventninger” mener vi her ambisjonene Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet (HDIR) har for systemet, altså på politisk og stats-administrativt nivå. KPP blir utviklet etter initiativ på dette nivået, og vi mener derfor det er relevant å undersøke hvordan HOD og HDIR forespeiler at KPP vil brukes. HDIR har også som funksjon i det norske helsevesenet å stå for faglig normering og veiledning, og legger dermed føringene for hvordan helsesektoren skal styres (Colbjørnsen, 2020). Vi forutsetter da også at KPP vil anvendes til den bruken HDIR forespeiler, derav hvorfor vi bruker ordet forventninger. For å belyse forventningssiden ved problemstillingen har vi ytterligere spesifisert følgende forskningsspørsmål:

Hvordan kan vi med utgangspunkt i TD-ABC-litteraturen forstå forventningene til KPP-systemet?

Vi vil altså kartlegge både HDIRs ambisjoner og veiledende bruk av KPP, men også gjennomgå den normative litteraturen for bruk av TD-ABC i helsevesenet. Ved å sammenligne forventningene med det teoretiske potensialet beskrevet i litteraturen, vil vi forsøke å forstå grunnlaget for forventningene og om disse er rimelige.

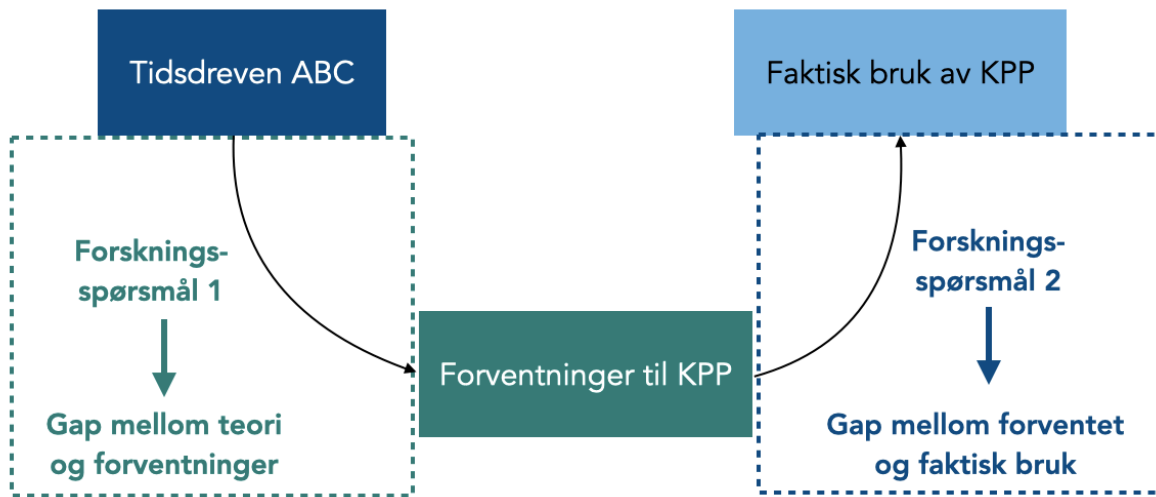
Med “bruk” av KPP-systemet mener vi hvordan det er implementert i et helseforetak. For å besvare denne delen av problemstillingen vil vi derfor gjøre en casestudie av et universitetssykehus, for å undersøke hvordan implementeringsprosessen foregår og hvilke bruksområder KPP faktisk anvendes på. Vi vil sammenligne denne faktiske bruken med funnene for vårt første forskningsspørsmål, og dermed avdekke om det er konsistens eller et gap mellom forventet og faktisk bruk.

Dersom det er et gap mellom forventet og faktisk bruk vil det være nyttig å bygge et rammeverk for å utforske hvorfor et slikt gap oppstår. En tilnærming til dette er ved å anvende institusjonell logikk, som har vist seg å påvirke hvordan helsesektoren organiseres og styres (Scott et al., 2000), spesielt i tilknytning til innføring av nye styringssystemer (Paauwe, van den Broek, Boselie, 2013). Vi vil derfor belyse brukssiden av problemstillingen vår gjennom følgende forskningsspørsmål:

Hvordan kan nærværet av ulike institusjonelle logikker forklare gap mellom forventet og faktisk bruk av KPP-systemet?

Figur 1.1 under illustrerer vår forskningsmodell.

Figur 1.1: Forskningsmodell



Vår metodiske tilnærming til å besvare problemstillingen er et kvalitativt forskningsdesign. For å besvare første forskningsspørsmål vil vi analysere HDIRs offentlige dokumenter om formålet og utformingen av KPP. For å besvare andre forskningsspørsmål vil vi benytte et norsk universitetssykehus som case. Ved sykehuset vil vi utføre intervjuer med personer involvert i implementeringen av KPP, for å belyse deres perspektiver, vurderinger og verdier. Vi vil kombinere innsiktene fra intervjuene med analyse av interne dokumenter om KPP.

For å besvare problemstillingen og de tilhørende forskningsspørsmålene innenfor rammene til en masteroppgave, er det også nødvendig at vi gjør enkelte avgrensninger. For det første vil vi ikke berøre det kalkyletekniske aspektet av KPP-systemet. Vi vil derfor ikke ta stilling til om KPPs kalkyletekniske utforming er egnet til å gi relevante og treffsikre data til bruksområdene vi beskriver.

KPP er også ett av flere styringssystemer i helsesektoren. Det kan argumenteres for at styringssystemer bør betraktes som en helhetlig pakke (Malmi og Brown, 2008), men for at det skal være praktisk gjennomførbart å undersøke vår problemstilling vil vi betrakte KPP i isolasjon.

Vi vil også avgrense oss til å undersøke implementeringen av KPP ved ett enkelt helseforetak, nemlig et universitetssykehus. Dette innebærer også at fokuset vårt hovedsakelig vil være på helseforetaksnivå, heller enn regionalt helseforetaksnivå eller hos sentrale myndigheter.

Gjennom å belyse problemstillingen håper vi å tilføre nyttig innsikt på flere områder. For det første vil det være nyttig å få kartlagt hvilke forventninger som stilles til KPP, og om disse forventningene er realistisk fra et teoretisk perspektiv. Videre vil det være nyttig å avdekke i hvilken grad disse forventningene reflekteres i faktisk bruk, og eventuelle grunner for forskjeller mellom forventet og faktisk bruk. Dette kan bidra til å forstå hvordan KPP kan implementeres slik at systemet bidrar til å løse utfordringen med knappe ressurser.

Utover innsikter knyttet direkte til KPP ønsker vi også å tilføre et nyttig bidrag ved å bygge et rammeverk for institusjonell logikk i det offentlige helsevesenet, og undersøke hvordan disse logikkene påvirker innføring og bruk av styringssystemer. Slik innsikt kan være nyttig både i helsevesenet, men også i andre offentlige sektorer, eller sektorer med sterke profesjoner.

1.3 Oppgavens disposisjon

I dette innledende kapittelet har vi redegjort for oppgavens formål, problemstilling og avgrensninger. I neste kapittel vil vi presentere det metodiske rammeverket som oppgaven bygger på. Dette kapittelet redegjør for det vitenskapsteoretiske utgangspunktet for vår oppgave, forskningsdesign samt valg av forskningsmetode. Vi diskuterer også studiens kvalitet ved å se på pålitelighet, gyldighet og overførbarhet, før vi avslutter med etiske vurderinger. I kapittel 3 bygger vi det teoretiske grunnlaget for å besvare problemstillingen. Vi vil først se på litteratur om tidsdrevne ABC i helsesektoren, og basert på dette vil vi lage et rammeverk for å besvare første forskningsspørsmål. På tilsvarende måte vil vi lage et rammeverk for å besvare andre forskningsspørsmål basert på en litteraturgjennomgang av institusjonell logikk i helsevesenet. I kapittel 4 vil vi først beskrive KPP-modellen. Deretter vil vi i lys av litteraturen om tidsdrevne ABC i helsesektoren gjøre en analyse for å besvare første forskningsspørsmål. Videre vil vi i kapittel 5 ta for oss implementeringen av KPP ved et norsk universitetssykehus. Formålet med dette kapittelet er å undersøke hvorvidt det er et gap mellom forventningene til KPP og den faktiske bruken. Basert på funnene i dette kapittelet vil vi i kapittel 6 analysere mulige årsaker til dette gapet. Ved å trekke på litteraturen om institusjonell logikk vil vi således besvare andre forskningsspørsmål. I kapittel 7 vil vi presentere oppgavens konklusjon og diskutere svakheter og begrensninger ved oppgaven. Til slutt vil vi komme med forslag til fremtidig forskning.

Oppgavens disposisjon er oppsummert i Figur 1.2.

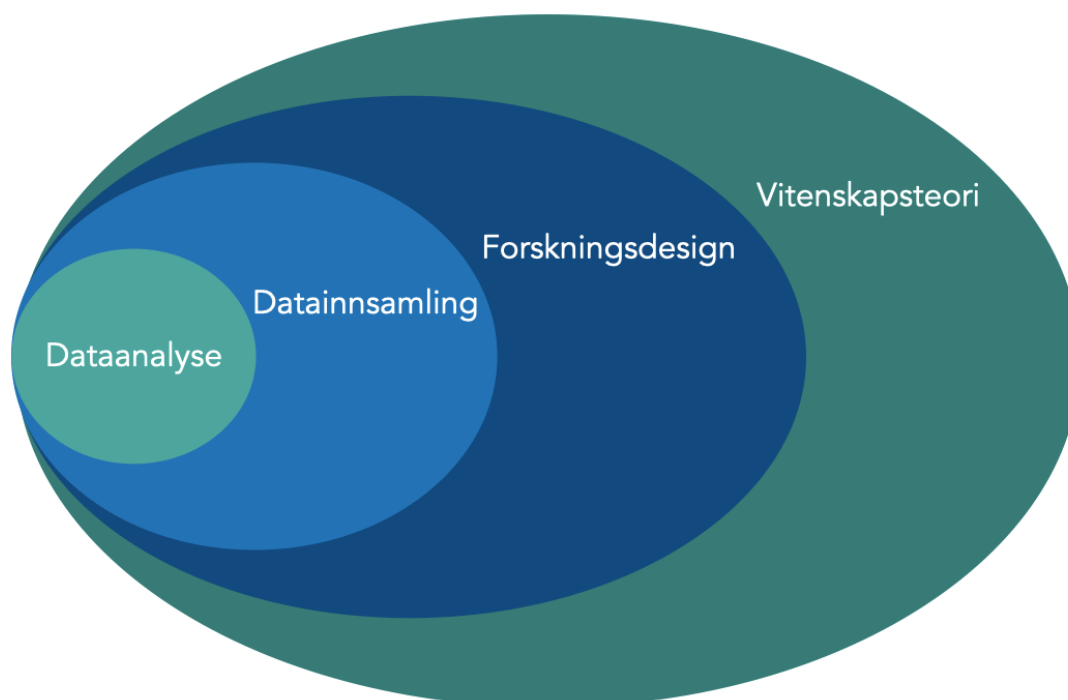
Figur 1.2: Oppgavens disposisjon

Kapittel 1: Innledning	Presenterer oppgavens formål, problemstilling, avgrensninger og forskningsmodell.
Kapittel 2: Metodisk rammeverk	Tar for seg det metodiske rammeverket som oppgaven bygger på. Styrker og svakheter ved vår metodiske tilnærming, samt etiske vurderinger, diskuteres.
Kapittel 3: Teoretisk rammeverk	Presenterer det teoretiske rammeverket som skal brukes for å besvare problemstillingen. Dette rammeverket er basert på litteratur om TD-ABC og institusjonell logikk i helsesektoren.
Kapittel 4: Kostnad per pasient	Beskriver først KPP-modellen, før det følger en analyse av hvorvidt det er samsvar mellom potensialet beskrevet i litteraturen og KPPs ambisjoner. Det første forskningsspørsmålet besvares.
Kapittel 5: Implementering av KPP	Tar for seg implementeringen av KPP ved et norsk universitetssykehus. Kapitlet legger grunnlaget for å forstå om det er et gap mellom forventet og faktisk bruk av KPP.
Kapittel 6: Analyse av gapet mellom forventet og faktisk bruk av KPP	Presenterer analysen av mulige årsaker til gapet mellom forventet og faktisk bruk. Analysen gjøres først fra et prosessperspektiv og deretter fra et aktørperspektiv. Det andre forskningsspørsmålet besvares.
Kapittel 7: Konklusjon og fremtidig forskning	Legger frem oppgavens konklusjon, før svakheter og begrensninger ved oppgaven diskuteres. Til slutt presenteres forslag til fremtidig forskning.

2. Metodisk rammeverk

Vi vil i dette kapittelet ta for oss det metodiske rammeverket oppgaven vår er basert på. Saunders, Lewis og Thornhill (2016) beskriver forskning som en “løk”, hvor hvert lag innebærer ulike valg man må ta som forsker. Denne løken er illustrert i Figur 2.1 under. Det ytterste laget er knyttet til vitenskapsteoretisk utgangspunkt. Deretter følger forskningsdesign, datainnsamling og til sist dataanalyse. For å besvare vår problemstilling har vi utført en utforskende, kvalitativ casestudie, med en abduktiv tilnærming. I dette kapittelet vil vi gå gjennom hvert lag i Saunders et al. (2016) sin løk og redegjøre for vurderingene som ligger til grunn for vår tilnærming. Til sist i kapittelet vil vi også redegjøre for kvaliteten på det metodiske rammeverket og etiske problemstillinger.

Figur 2.1: Forskningsløken – ulike nivå for valg av forskningsmetode



Basert på Busch (2013) og Saunders et al. (2016)

2.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Når man forsker vil man, bevisst eller ubevisst, gjøre en rekke antakelser (Burrell og Morgan, 1979). Disse antakelsene er spesielt knyttet til hvordan man forstår virkeligheten (ontologi), hvordan man forstår kunnskap (epistemologi), og hvordan verdier påvirker forskningen (aksiologi). Saunders et al. (2016) bemerker at relativt få studenter har et bevisst forhold til slike antakelser. Når man forsker innenfor økonomi og administrasjon må man imidlertid ha

et forhold til de vitenskapsteoretiske antakelsene man gjør, ettersom disse får konsekvenser for utformingen, utførelsen og analysen av forskningen (Johnson og Clark, 2006). Vi vil derfor kort redegjøre for de grunnleggende antakelsene som er utgangspunktet for vår oppgave.

To filosofiske tilnærminger som kan tenkes som motstående ytterpunkter knyttet til antakelsene beskrevet over er *positivisme* og *hermeneutikk* (Busch, 2013). I førstnevnte antas det at det finnes én objektiv virkelighet og sannhet, at kunnskap er basert på målbare fakta som kan generaliseres i lover, og at forskning er nøytral og fri fra verdier (Saunders et al., 2016). Hermeneutikk på den andre siden har en fortolkningsbasert tilnærming (Busch, 2013), hvor realitet og kunnskap formes av språk og samfunn, og verdier spiller en rolle for forskning.

Som økonomistudenter har vi til dels blitt opplært i et positivistisk syn på verden. Gjennom studiene har vi lært en rekke økonomiske modeller, som på elegant vis gir generelle innsikter. Økonomiske aktørers atferd kan tilsynelatende forklares gjennom universelle “økonomilover”. Disse innsiktene er imidlertid basert på virkelighetsforenklerende antakelser. Når man forsker på styring og styringssystemer blir virkeligheten fort for kompleks til at slike antakelser holder. Cinquini og Mitchell (2005) peker eksempelvis på de omfattende utfordringene ved å vurdere hvorvidt innføringen av ABC-styringssystemer er vellykket.

Gitt kompleksiteten i å forske på styringssystemer som Cinquini og Mitchell (2005) beskriver, fremstår det for oss som mer relevant med en hermeneutisk tilnærming. Vi kan ikke anta at vi kan finne én universell sannhet for innføring av et styringssystem eller uttrykke funnene våre gjennom generaliserbare “lover”, spesielt ikke innenfor omfanget til en masteroppgave. Det vi derimot kan gjøre er å fortolke virkeligheten, slik den blir fremstilt gjennom vår vitenskapelige undersøkelse.

Selv om vi antar at studien vår ikke vil lede til noen generaliserbar lov for innføring av et styringssystem, kan vi fremdeles avdekke sammenhenger. En ren hermeneutisk tilnærming til forskning ville tilsa en arketypisk subjektivistisk posisjon, hvor alt forskeren kan gjøre er å presentere subjektive meninger (Lukka og Modell, 2010). Lukka og Modell (2010) argumenterer mot en slik arketype og fremmer *pragmatisme* som et alternativ. Pragmatisme kan beskrives som en middelvei mellom hermeneutikk og positivisme. Innenfor pragmatisme forstås kunnskap gjennom nytteverdien den gir (Saunders et al., 2016) og teori og kunnskap blir meningsfullt kun når de anvendes i menneskers dagligliv (Lukka og Modell, 2010, s. 466). På bakgrunn av dette er det mest riktig å betegne vår vitenskapsteoretiske tilnærming som

nettopp pragmatisme: Det er først og fremst nytteverdien av styringssystemer i helsesektoren som interesserer oss.

Med et hermeneutisk utgangspunkt er det typisk å benytte seg av en *induktiv logikk*, i motsetning til *deduktiv logikk* som er mest vanlig innenfor positivisme (Saunders et al., 2016). Induktiv logikk innebærer å starte med det partikulære, som en spesifikk hendelse, og så forsøke å si noe generelt, som en teoretisk innsikt. Deduktiv logikk, derimot, starter med generelle premisser for å kunne fastslå noe spesifikt. Det er imidlertid også mulig å kombinere disse logikkene, og følge en *abduktiv logikk*. Lukka og Modell (2010) knytter abduktiv logikk til pragmatisme. I en slik logikk er det interaksjonen mellom det generelle og spesifikke som skaper mening (Saunders et al., 2016).

I vår masteroppgave skal vi se på innføringen av et styringssystem i helsesektoren. Siden dette er en spesifikk hendelse vi ønsker å forstå i en større sammenheng, virker en induktiv logikk passende. Det finnes imidlertid allerede omfattende litteratur om styringssystemer, inkludert i helsesektoren. Siden det da finnes et visst teoretisk grunnlag, kan vi dra nytte av dette gjennom en abduktiv tilnærming. En slik abduktiv tilnærming innebærer at vi kan tolke undersøkelsene våre mot eksisterende teori, og deretter lage vårt eget rammeverk som vi kan teste gjennom ytterligere undersøkelser.

2.2 Forskningsdesign

Før vi går nærmere inn på vårt forskningsdesign vil vi kort reflektere over formålet med designet. Generelt kan forskning betegnes som *utforskende, deskriptiv eller forklarende* (Saunders et al., 2016). Vi ønsker å undersøke hvordan utforming og bruk av KPP-systemet kan forstås. Dette er utforskende, ettersom vi forsøker å klargjøre forståelsen av et fenomen, heller enn å beskrive det presist eller fastslå entydige sammenhenger. Utforskende forskning er spesielt relevant for fenomener som i mindre grad har blitt belyst tidligere. Videre er det slik at utforskende studier vil dra fordel av fleksible og tilpassningsdyktige forskningsdesign, slik at man kan vri fokus i studien underveis avhengig av hvilke innsikter som avdekkes (Saunders et al., 2016).

I praksis er det imidlertid ikke gitt at det er tydelige skiller mellom utforskende, deskriptive og forklarende studier. I problemstillingen vår er det også et forklarende element. Vi vil nemlig undersøke *hvordan* utforming og bruk kan forstås, ikke bare hva utforming og bruk er.

Tolkende forskning på styringssystemer kan imidlertid være både utforskende og forklarende (Lukka og Modell, 2010). Vår pragmatiske, abduktive tilnærming legger nettopp til rette for at vi kan utforske empirisk og forklare gjennom teori. Det innebærer at vi på den ene siden har en utforskende og fleksibel tilnærming til innsamling av empiri, slik at vi er åpne for nye, uventede innsikter. Samtidig benytter vi oss av tidligere forskning og teori til å bygge et rammeverk, som empiriske innsikter kan tolkes i lys av. Slik kan vi også forklare sammenhenger. Dette er i tråd med hvordan Lukka og Modell (2010) argumenterer for at tolkende forskning kan være forklarende.

For å lage et utforskende og forklarende forskningsdesign som er velegnet til å besvare vår problemstilling, er det flere viktige beslutninger som må tas. De viktigste beslutningene er i henhold til Busch (2013) de følgende:

- Valg mellom ekstensivt eller intensivt design
- Valg mellom kvalitative og kvantitative metoder
- Valg av tidsperspektiv
- Valg av hoveddesign

Det første spørsmålet er om det skal benyttes et *ekstensivt eller intensivt design*. Forenklet kan dette sies å være en avveining mellom bredde og dybde. Ved et ekstensivt design samles data fra mange kilder, gjerne i en standardisert eller normalisert form. Ved intensivt design brukes færre kilder, men i større dybde. Dette er først og fremst et ressursspørsmål: Gitt de begrensede ressursene vi har tilgjengelig for å skrive en masteroppgave er det ikke mulig med både bredde og dybde. Ettersom vår studie er ment å være utforskende og forklarende, er det imidlertid mest hensiktsmessig med et intensivt design. Ved å gå i dybden er det større sjanse for å avdekke nye, uforutsette innsikter. Fortolkende studier er også sterkest når de gir “tykke forklaringer” (Lukka og Modell, 2010), noe som også tilsier at vi bør vektlegge dybde.

Muligheten til å avdekke nye, uforutsette innsikter er også viktig i valget av *kvalitative eller kvantitative metoder*. Kvantitative metoder utforsker relasjonen mellom variabler, som vanligvis måles numerisk og analyseres ved hjelp av statistikkverktøy (Saunders et al., 2016). Dette gir fordeler knyttet til omfanget og mengden av data som kan analyseres og sammenlignes, men reduserer også hvor rik dataen er. Ved kvalitative metoder er det mer begrensede muligheter for omfattende statistisk analyse. Fordelen er at dataen som samles inn er rikere, med større rom for tolkning av innhold og relasjoner. Ettersom vi har en åpen

problemstilling hvor vi vil utforske ukjente relasjoner, fremstår en kvalitativ tilnærming som mest egnet.

Det kan også bemerkes at kvalitativ metode er velegnet for den abduktive logikken som ligger til grunn for vår studie. Saunders et al. (2016, s.168) bemerker at kvalitative studier ofte har en abduktiv tilnærming i praksis, hvor "*induktive slutninger blir utviklet og deduktive slutninger er testet iterativt gjennom hele studien*". Dette samsvarer med hvordan vi vil forsøke å se undersøkelsene i sammenheng med eksisterende litteratur, danne et rammeverk basert på denne sammenligningen, og undersøke videre hvordan dette rammeverket samsvarer med praksis.

Når det gjelder *valg av tidsperspektiv* er vi begrenset av omstendighetene til å gjøre en tverrsnittstudie. Masteroppgaven går over kun ett semester, noe som i seg selv begrenser muligheten for å gjøre en longitudinell studie. For første del av vår problemstilling, nemlig utformingen av styringssystemet, fremstår dette ikke som en utfordring ettersom utformingen allerede har funnet sted. For den andre delen av problemstillingen, hadde det imidlertid vært en fordel med en longitudinell studie, ettersom utvikling i bruk over tid da kunne vært undersøkt.

Det siste sentrale valget innenfor forskningsdesign vi vil beskrive her er selve *hoveddesignet*, eller forskningsstrategien, slik Saunders et al. (2016) betegner det. I henhold til Denzin og Lincoln (2011) er forskningsstrategien den metodologiske koblingen mellom vitenskapsteori og de konkrete metodene som anvendes for å samle og analysere data. Forskningsstrategien kan også defineres som "*en plan for hvordan en forsker vil besvare sitt forskningsspørsmål*" (Saunders et al., 2016, s. 177).

Siden vi ønsker å utforske innføringen av et styringssystem i den norske helsesektoren, virker det spesielt passende med casestudie som forskningsstrategi. Casestudier kan brukes til å utvikle rikt detaljerte og nyanserte beskrivelser av caset som studeres (Ridder, Hoon, McCandless Baluch, 2014; Yin, 2014). Casestudier er også spesielt velegnet når fenomenet som studeres må forstås i sammenheng med konteksten det oppstår i (Yin, 2014). Vi kan anta at styringssystemer ikke innføres i et vakuum, men at konteksten styringssystemet innføres i spiller en rolle.

Det er imidlertid flere ulike forskningsstrategier basert på casestudier. Yin (2014) skiller mellom fire slike strategier, basert på to dimensjoner:

- Enkelcase eller flercase
- Holistisk case eller integrert case

Den første dimensjonen omhandler hvor mange case som studeres. Ved å bruke ett case kan ressurser fokuseres og større dybde oppnås innenfor samme ressursrammer. Ved bruk av flere caser kan man oppnå hva Yin (2014) beskriver som bokstavelig replikasjon (hvor case selektert for likhet også gir like resultater) eller teoretisk replikasjon (hvor case selektert for ulikhet gir forutsette ulike resultater).

Yins (2014) andre dimensjonen refererer til enheten som analyseres. Ved en holistisk tilnærming undersøkes caseenheten, eksempelvis en organisasjon, som en helhet. Ved en integrert case er det derimot flere underenheter, slik som enkelte avdelinger eller prosjektgrupper, som undersøkes. At studien er integrert refererer da til at funn fra de ulike underenhetene nettopp integreres.

For vår oppgave er en tilnærming basert på enkeltcase eller flercase relevant. Enkelcase tillater en dypere utforskning av implementeringen av et styringssystem ved et gitt helseforetak, mens flercase vil gi muligheten til å se mer overordnede trender i innføringen på tvers av helseforetak. Som tidligere nevnt er en intensiv tilnærming mest egnet for denne masteroppgaven. På samme vis anser vi et enkeltcase som mer egnet til å belyse problemstillingen, gitt det begrensede omfanget av denne masteroppgaven.

Siden styringssystemet skal innføres i helseforetak som helhet, heller enn i spesifikke avdelinger, følger det også at problemstillingen kan belyses gjennom en holistisk casetilnærming. En integrert tilnærming kan også være relevant, spesielt dersom det er ulikheter mellom hvordan, eller i hvilken grad, styringssystemet innføres i ulike avdelinger. Ved oppstart av denne studien hadde vi imidlertid ikke kjennskap til slike ulikheter på helseforetaksnivå. Vi vil derfor se på hvordan styringssystemet innføres i helseforetaket som en helhet, heller enn å gå nærmere inn på underenheter.

Vår forskningsstrategi er dermed å gjøre en holistisk enkeltcasestudie av innføringen av et styringssystem i et helseforetak. I neste seksjon vil vi redegjøre for de konkrete metodene og utvalgene som ble gjort for å samle data.

2.3 Datainnsamling

Det første steget i datainnsamling er å velge et case. Siden vi ønsker å utforske innføringen av et styringssystem er det et poeng å studere en caseenhet som man kan anta har evnen til å utvikle og implementere dette systemet, samt der endring av styringssystemet kan få betydelige og lett observerbare utslag. Med andre ord ønsker vi å velge et *kritisk case*, som vil si et case hvor endringen kan utgjøre et dramatisk eller viktig poeng (Saunders et al., 2016, s. 302). Patton (2002) utdyper noen ytterligere kjennetegn ved kritiske case. To av disse kjennetegnene kan oppsummeres i følgende spørsmål:

- Hvis det skjer her, vil det skje andre steder?
- Hvis de har utfordringer, vil de samme utfordringene oppstå andre steder?

Dette er spesielt relevante spørsmål ved innføringen av KPP, ettersom det er et styringssystem som skal innføres i hele den norske helsesektoren. Å velge ut et kritisk case, og dermed belyse potensielle utfordringer og muligheter, vil kunne ha nyttige implikasjoner for innføringen av KPP.

For å finne et kritisk case til å belyse vår problemstilling må for det første et kriterie være et helseforetak som jobber med å innføre KPP. Et annet poeng er at helseforetaket er av en viss størrelse, både slik at det finnes ressurser til å utvikle systemet, men også fordi det åpner for at styringsverktøyet kan brukes på ulike måter. Større helseforetak vil gjerne også være mer komplekse og krevende å styre, noe som kan øke den potensielle verdien av styringssystemet. Et siste poeng er at KPP kan utvikles både på regionalt helseforetaksnivå og på helseforetaksnivå. Det er da en fordel å identifisere et helseforetak som også er involvert i det regionale arbeidet, for å få et mer helhetlig blikk på arbeidet som gjøres.

Basert på kriteriene beskrevet over, har vi identifisert et universitetssykehus som et kritisk case. Dette universitetssykehuset er i prosessen med å innføre KPP. Ansatte ved universitetssykehuset er også med i en regional arbeidsgruppe for KPP. Universitetssykehuset er også spesielt interessante grunnet størrelse og kompleksitet.

2.3.1 Datakilder

For å samle inn data om caset som gir mulighet til å få frem ulike perspektiver, er det et fortrinn å bruke ulike datakilder. Slik triangulering, altså å bruke to eller flere datakilder eller datainnsamlingsmetoder ved samme studie, øker sjansen for at *“dataene forteller hva du tror*

de forteller deg” (Saunders et al., 2016, s. 730). Vi vil derfor benytte oss av både dokumentstudier og intervjuer for å belyse det valgte caset.

Vi vil undersøke både dokumentene om KPP som er gjort tilgjengelig av Helsedirektoratet, samt de dokumentene vi får tilgang til fra case-sykehuset. Saunders et al. (2016) peker på flere fordeler ved å studere dokumenter. For det første krever det få ressurser å anskaffe dataen. Dette er dokumenter som allerede er laget, og noen av dem er også tilgjengelig over nettet. For det andre gir dokumentene en mulighet til å følge utviklingen over tid. Det er i utgangspunktet en utfordring med vårt forskningsdesign at vi ikke kan følge implementeringen av KPP over tid. Ved å studere dokumenter om hva som allerede er gjort, kan vi imidlertid analysere utviklingen frem til nå.

Det er imidlertid også ulemper ved dokumentanalyser. Saunders et al. (2016) peker blant annet på at dokumentene ikke nødvendigvis er laget for samme formål som vår studie. Formålet med dokumentene kan påvirke hvordan informasjon presenteres, og vi har heller ikke kontroll over kvaliteten på dataene. Dette kan ha implikasjoner for analysen av dokumentene, som må tolkes i lys av sitt opphav.

Den andre datakilden vår vil være intervjuer av individer som er tilknyttet caseenheten og arbeidet med KPP. Intervjuer, og da spesifikt semi-strukturerte og ustrukturerte intervjuer (i motsetning til spørreskjema), er spesielt vanlig i utforskende studier (Saunders et al., 2016). Det er spesielt to viktige grunner til dette. For det første åpner de for komplekse og åpne svar, og for å variere i oppbyggingen eller logikken til spørsmålene. For det andre åpner slike intervjuer for oppfølgingsspørsmål og at respondentene kan forklare og utdype fritt. Dette er viktige fortrinn for oss, ettersom vi ønsker å besvare en problemstilling hvor det kan være mange og komplekse mulige forklaringer. Videre kan det være nødvendig å stille spørsmål annerledes avhengig av bakgrunnen til respondentene, for å gi et mer likt grunnlag til å svare. Bruk av intervjuer har imidlertid også ulemper, noe vi vil komme tilbake til i seksjon 2.5 om metodekvalitet.

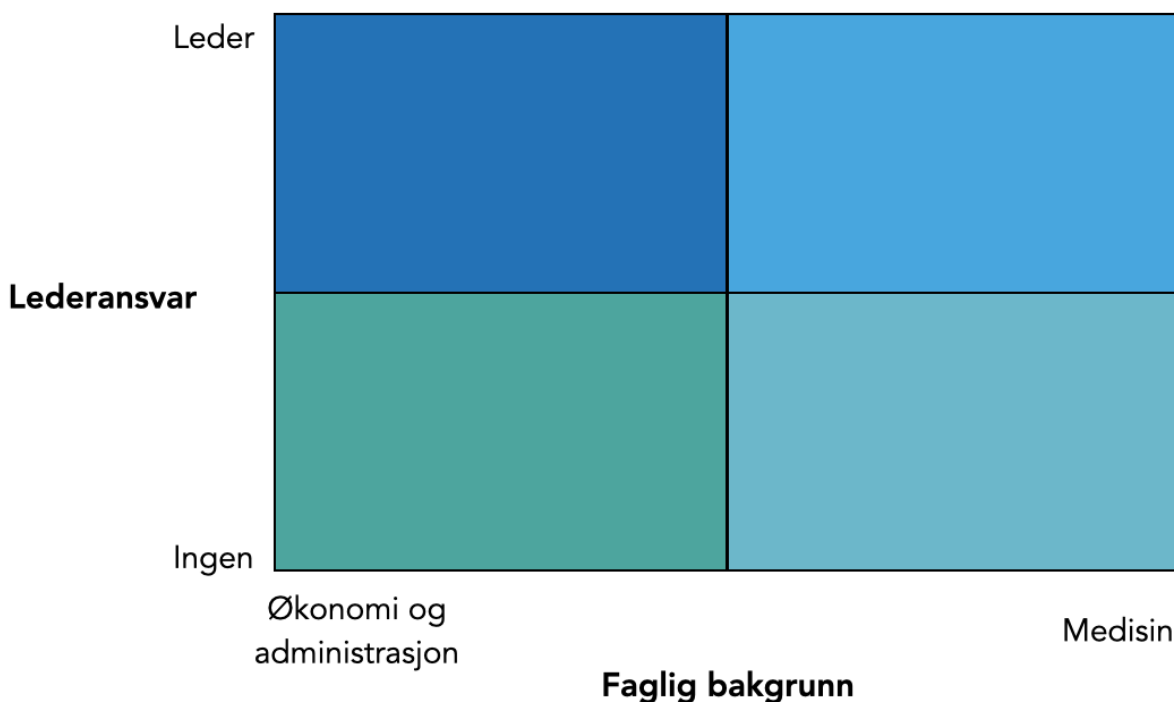
2.3.2 Intervjuer: Utvalg og utførelse

I utgangspunktet var vår plan å utføre en rekke semi-strukturerte intervjuer med respondenter ved universitetssykehuset. Grunnet utbruddet av Covid-19 våren 2020 lot dette seg imidlertid ikke utføre som planlagt og intervjuer ble avlyst. Dette kommer av at sykehuset ble stengt for besøkende, og ansatte ved sykehuset måtte prioritere oppgaver knyttet til beredskap. Som

alternativ til intervjuer ansikt-til-ansikt tilbydde vi skriftlige intervjuer over mail, noe vi vurderte som mer fleksibelt i en hektisk arbeidsdag. På grunn av denne situasjonen har vi imidlertid færre respondenter enn planlagt, og vi har hatt mer begrenset mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål og gjøre avklaringer, enn hva vi ville ha forventet ved intervjuer utført ansikt-til-ansikt.

For utvalget av respondenter hadde vi som mål å få intervjuet ulike respondenter basert på to karakteristikk: lederansvar og fagområde, som illustrert under i Figur 2.2. Den første karakteristikken omhandler om vedkommende har lederansvar eller ikke. Den andre karakteristikken skiller mellom medarbeidere innenfor økonomi og administrasjon, og helsefaglige medarbeidere. Disse kriteriene ble utarbeidet for å belyse innføringen av KPP fra ulike faglige perspektiver, men også fra ulike nivåer i helseforetaket.

Figur 2.2: Kriterier for utvalg av respondenter

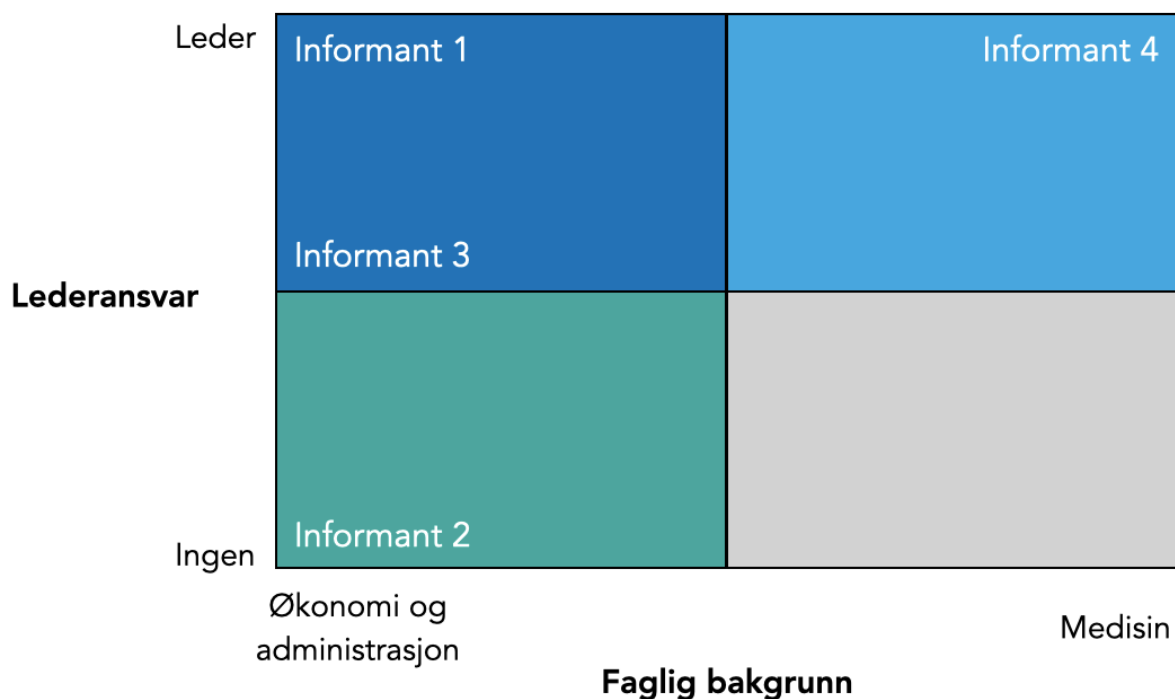


Det faktiske utvalget av respondenter ble gjort etter snøball-metoden. Snøball-utvalg er en form for frivillig utvalg som innebærer at kjente respondenter blir spurt om å identifisere nye respondenter, som igjen identifiserer ytterligere respondenter (Saunders et al., 2016). Denne teknikken er velegnet når det er uklart hvem som tilhører den ønskede populasjonen. I vårt tilfelle var det uklart hvem som faktisk er, eller har vært, involvert i implementeringen av KPP.

En utfordring med snøball-metoden er at respondenter vil ha en tendens til å identifisere andre potensielle respondenter som ligner dem selv, eller kan ha like synspunkt som dem selv. Å sørge for respondenter som er ulik i henhold til karakteristikene nevnt ovenfor var derfor spesielt viktig for oss.

I praksis ble seleksjonen utført ved at vi tok kontakt med økonomidirektøren ved universitetssykehuset. Vedkommende ble vår informant 1. Økonomidirektøren tipset oss om ytterligere respondenter. Basert på tipsene tok vi forbindelse med to økonomimedarbeidere i økonomiavdelingen som jobber med KPP jevnlig. Disse ønsket å svare på spørsmålene våre sammen, og utgjør derfor samlet vår informant 2. Videre tok vi forbindelse med en økonomimedarbeider som leder arbeidet med KPP i den regionale arbeidsgruppen i det regionale helseforetaket caseenheten tilhører, som da ble informant 3. Til sist tok vi forbindelse med en avdelingsoverlege, som ble informant 4. Fire informanter er færre enn vi ville ha ønsket, men grunnet Covid-19-utbruddet var det naturlig nok nedprioritert å bruke tid ved universitetssykehuset på vår studie. Som illustrert under i Figur 2.3 fikk vi imidlertid dekket tre av de fire kombinasjonene av karakteristikkene vi så etter.

Figur 2.3: Oversikt over respondenter



Vi rakk kun å utføre intervju ansikt-til-ansikt med informant 1 før Covid-19-nedstengingen. Dette intervjuet ble utført 17. februar 2020 og varte i én time. Intervjuet var i hovedsak ustrukturert, men med forberedte tema knyttet til status på arbeidet med implementering av KPP. Dette for å få et bredt inntrykk av hvordan arbeidet med styringssystemet foregikk, hvem som var involvert og på hvilken måte. I utgangspunktet var det planlagt å ha et semi-strukturert oppfølgingsintervju med informant 1, basert på samme intervjuguide vi utviklet for de øvrige informantene.

Ettersom det ikke lot seg gjøre å utføre flere intervjuer ansikt-til-ansikt ble alle informantene tilsendt spørsmål basert på intervjuguiden på mail. Informantene svarte så skriftlig når det selv passet dem.

2.4 Dataanalyse

Før vi beskriver vår fremgangsmåte for dataanalyse er det verdt å bemerke hvilken type data vi har samlet, og implikasjonene dette har for analysen. Som tidligere beskrevet har vi utført en kvalitativ studie, og følgelig samlet kvalitative data. I henhold til Saunders et al. (2016) er kvalitative data basert på meninger uttrykt gjennom ord (muntlig eller skriftlig) og bilder. Slike meninger kan være uklare eller tvetydige, og må derfor klargjøres og utforskes med omhu.

Innsamling av slike meninger resulterer også i ikke-standard data som må klassifiseres i kategorier, dersom de skal kunne tolkes systematisk (Saunders et al., 2016). Dette kommer av at kvalitative data kan forventes å være omfattende i både volum og kompleksitet. Uten en form for systematisering vil det derfor være vanskelig å oppnå en dypere og mer detaljert analyse.

Siden kvalitative data er basert på språk og bilder, heller enn tall, lar de seg i utgangspunktet heller ikke tolke gjennom statistisk analyse. Analyse av kvalitative data skjer derfor først og fremst gjennom konseptualisering (Saunders et al., 2016). Det er mulig å bruke diagrammer og statistikk for analyse av kvalitative data, eksempelvis frekvensen av datakategorier. Imidlertid vil analyse av kvalitative data normal først og fremst gjøres gjennom å utvikle og knytte dataene til et konseptuelt rammeverk. Dette rammeverket kan dannes og utvikles før, underveis og etter at dataene blir analysert.

Ved en induktiv tilnærming er det mer typisk å starte analysen uten et klart definert teoretisk rammeverk (Saunders et al., 2016). Ved en slik tilnærming vil teorien “dukke opp fra

prosessen” (Saunders et al., 2016, s. 570). Fordelen med dette er at analysen ikke blir hindret eller snevret inn av eksisterende teori, slik at nye innsikter oversees. Ulempen er at en slik induktiv tilnærming kan være meget tidkrevende for å få innsikten som kreves for å bygge et godt fundamentert rammeverk (Corbin og Strauss, 2008) Ved en deduktiv tilnærming, derimot, starter man med et teoretisk rammeverk og analyserer dataene i lys av dette. Analysen vil da i større grad være basert på hva man forventer vil skje (Saunders et al., 2016).

Som tidligere beskrevet har vi imidlertid valgt å bygge vår studie på en abduktiv logikk. På denne måten ønsker vi både å dra nytte av eksisterende teori som rammeverk, men også kunne utvikle rammeverket basert på hva vi finner. I praksis vil dette finne sted ved at vi først går gjennom eksisterende litteratur om styring ved hjelp av aktivitetsbaserte kalkyler, også spesifikt inn mot helsesektoren. Dermed vil vi identifisere et teoretisk rammeverk for problemstillingen. Deretter vil vi analysere dokumenter fra Helsedirektoratet for å identifisere forventninger til KPP-systemet. Ved å sammenligne dokumentanalysen og det teoretiske rammeverket vil vi så besvare vårt første forskningsspørsmål.

Teknikken vi benytter oss av i analysen er en “templateanalyse”. Dette er en form for temaanalyse (Saunders et al., 2016). En temaanalyse innebærer å søke etter tema eller mønstre i dataene (Braun og Clarke, 2006). Dette gjøres ved at dataene “kodes”. Det vil si at dataene deles opp i dataenheter, som merkes med en kode basert på innhold (Saunders et al., 2016). Dataene kan dermed kategoriseres, og temaer og mønstre kan identifiseres, selv i komplekse datasett. På denne måten kan man oppnå analyser som både er systematiske, men også fleksible.

I vanlige temaanalyser blir alle data først gjennomgått og kodet, før man starter søk etter temaer (Saunders et al., 2016). I en templateanalyse, derimot, blir bare en andel av dataene kodet før en innledende liste med temaer, en kodemal, utvikles (King, 2012). Vi utarbeider en initiell kodemal basert på den innledende dokumentanalysen av dokumenter fra Helsedirektoratet. Dette er en datadrevet koding (Saunders et al., 2016), hvor vi først tar utgangspunkt i begreper brukt av Helsedirektoratet, før vi videreutvikler dem selv. Samtidig gjør vi en teoridrevet koding basert på styringslitteraturen for helsevesenet. Slik kan vi sammenligne intensjon for KPP med teori, og danne et rammeverk og kombinert kodemal for videre analyse av styringssystemet.

Dataene samlet fra informantene og interne dokumenter blir kodet ved hjelp av den kombinerte kodemalen. Ved å bruke en kodemal basert på Helsedirektoratets dokumenter og teorien kan vi lettere sammenligne intensjonen ved KPP og hva som faktisk er satt ut i live, enn om vi går gjennom dataene uten et slikt rammeverk.

Det siste trinnet i analysen vår, for å besvare det andre forskningsspørsmålet, er å gå gjennom sammenligningen av intensjon og faktisk bruk av KPP ved hjelp av teori. Vi vil forsøke å forklare funnene våre ved hjelp av eksisterende teoretiske rammeverk. I analysen går vi altså frem og tilbake mellom teori og empiri i flere iterasjoner, for å utvikle og tilpasse et rammeverk som kan forklare utforming og bruk av KPP.

2.5 Metodekvalitet

I en vitenskapelig studie er det avgjørende at metodekvalitet blir vurdert. Det vil si at forhold som kan påvirke kvaliteten på studien reflekteres over, og tas hensyn til hvor det er mulig. For en kvalitativ studie, slik som vår, er det spesielt tre dimensjoner kvalitet vurderes etter, nemlig pålitelighet, gyldighet og overførbarhet (Saunders et al., 2016). Ved bruk av intervjuer er det også viktig å ta hensyn til mulige “biaser”.

2.5.1 Pålitelighet

Pålitelighet omhandler om dataene er til å stole på. I en studie basert på en hermeneutisk og kvalitativ tilnærming, innebærer dette at hvordan dataene, og hvordan disse har blitt innsamlet og kartlagt, er beskrevet, og kan forstås og evalueres av andre (Saunders et al., 2016). Siden dataene kan være subjektive, tolkningsbasert og anonymisert, er det ikke gitt at de kan repliseres, noe som er den vanlige standarden for pålitelighet i positivistiske, kvantitative studier. For kvalitative undersøkelser er imidlertid det sentrale spørsmålet hvordan vi som forskere påvirker dataen (Tjora, 2012).

Vi har tatt flere grep for å sørge for påliteligheten til studien. For det første kan utvalg av datakilder påvirke pålitelighet. Som tidligere bemerket har vi begrenset mulighet til å kontrollere kvaliteten til dokumentene vi har analysert. Dokumentene er imidlertid utarbeidet av tunge, offentlige aktører (Helsedirektoratet og et universitetssykehus) for bruk i styring av helseforetak. Dette taler for at dokumentene representerer et grundig og sannferdig arbeid.

For intervjudata er utvalget også av betydning for pålitelighet. For å få pålitelig data om KPP, kan det anses som en forutsetning at informantene er kjent med KPP. Informanter uten kjennskap til KPP vil kunne ha formeninger om nytten ved den type styringssystemer, men ikke være pålitelige kilder til intensjonen bak og den faktiske innføringen av KPP. Ved å gjøre et snøball-utvalg har vi imidlertid sikret at alle informantene er kjent med og har vært noe involvert i arbeidet med KPP. Som tidligere nevnt er en mulig svakhet ved denne utvalgsmetoden at den kan påvirkes av skjulte intensjoner hos informantene. Vi mener imidlertid at retningslinjene for utvalget, samt at informantene våre er kjent med KPP, styrker påliteligheten til studien samlet sett.

I tilknytning pålitelighet av intervjudata er det også viktig å ta hensyn til mulige bias. Det er typisk tre typer bias som kan være utfordrende ved intervjuer, nemlig intervjuerbias, respondentbias og deltakelsesbias (Saunders et al., 2016). Feil kan også oppstå som følge av respondentfeil, observatørfeil eller “researcher demand”. Vi oppsummerer hvordan vi har taklet disse utfordringene i Tabell 2.1 under.

Tabell 2.1: Tiltak mot bias og feil

Bias/Feil	Definisjon (fra Saunders et al., 2016)	Tiltak
Intervjuerbias	Personen som utfører intervjuet påvirker svaret, eksempelvis gjennom kommentarer, tone eller spørsmålsformulering.	Nøye arbeid med intervjuguide for å formulere spørsmål slik at de besvares mest mulig uhildet. Forholde oss åpen og upartisk i intervjuer.
Respondentbias	Når respondenten gir feilaktige svar, eksempelvis grunnet inntrykk av intervjueren, situasjonen intervjuet utføres i, eller sensitive tema.	Respondentene blir informert om at alle svar behandles konfidensielt og anonymiseres i oppgaven. Intervjuer blir avholdt på lukket kontor, eller skriftlig per mail.
Deltakelsesbias	Vridninger i utvalget av respondenter, eksempelvis ved at enkelte deltakere vegrer seg fra å delta eller ikke tar seg tid.	Som tidligere bemerket en utpreget utfordring grunnet Covid-19-utbruddet. Tilbydde alternativer til intervjuer utført ansikt-til-ansikt.

Respondentfeil	Når respondenten gir feilaktige svar grunnet omstendighetene. Eksempelvis at respondenten er sulten og sliten, og derfor mer negativ, rett før lunch.	Utførte intervjuer tidlig på formiddagen, eller når det passet respondenten best, på en lokasjon respondenten valgte selv. Skriftlige svar ble utfylt når respondenten selv valgte det.
Observatørfeil	Feilaktig tolkning av observatøren, eksempelvis ved å misforstå meningen eller intensjonen i hva respondenten sier.	Sitatsjekk av alle svar vi benytter i oppgaven.
Researcher demand	Respondenten gir svarene vedkommende tror intervjueren vil ha, eksempelvis for å “hjelp studien bli bra”.	Vektlegge åpne spørsmål hvor respondentene selv kan reflektere. Unngå ledende spørsmål. Forholde oss åpen og upartisk i intervjuer.

2.5.2 Gyldighet

Gyldighet omhandler hvorvidt studien faktisk fremstiller virkeligheten i henhold til kildene, og om denne fremstillingen er egnet til å besvare problemstillingen (Saunders et al., 2016). I fortolkende studier kan begrepene autentisitet og plausibilitet også brukes for å beskrive gyldighet (Lukka og Modell, 2010). Autentisitet omhandler den emiske kvaliteten til studien, altså i hvilken grad beskrivelsene er meningsfulle for dem som blir studert, og dermed representativ for deres atferd og holdninger. Plausibilitet omhandler i hvilken grad en forklaring “gir mening” og kan aksepteres som mest sannsynlig eller troverdig (Lukka og Modell, 2010, s. 469). Lukka og Modell (2010) argumenterer for at studiers plausibilitet kan styrkes gjennom samspill mellom teori og “tykke forklaringer”, altså en abduktiv tilnærming.

For å sikre at analysen vår reflekterer virkeligheten beskrevet av informantene, utfører vi sitatsjekk av alle svar som brukes i analysen. I henhold til Saunders et al. (2016) er slik “deltakervalidering” et viktig grep for å sikre gyldigheten i kvalitative studier. Når det har vært uklart hva respondentene mente har vi også bedt om avklaring. Ved intervjuer ansikt-til-ansikt

ble dette gjort både umiddelbart, men også i ettertid når intervjudata ble behandlet. For skriftlige svar ble avklaringer gjort per mail.

Som tidligere nevnt benyttet vi også triangulering, i form av både dokumentanalyse og intervjuer. Ved å bruke to eller flere uavhengige datakilder kan man sikre at "*dataene forteller hva du tror de forteller deg*" (Saunders et al., 2016, s. 207). Det kan bemerkes at enkelte av dokumentene vi har hatt tilgang til er interne presentasjoner laget av én av informantene. Disse presentasjonene kan da ikke nødvendigvis beskrives som uavhengige. Vi anser de imidlertid likevel som nyttig for å sikre studiens gyldighet. Hvis vår tolkning av intervjudata samsvarer med hva informantene skriver i interne dokumenter, indikerer det at vår tolkning er representativ for informantenes mening og intensjon. På denne måten kan vi danne tykke forklaringer, det vil si forklaringer som oppnår kvalitet ved å være "*dypt fundert i livsverdenen til menneskene som studeres*" (Lukka og Modell, 2010, s. 466). Slik "tykkhet" styrker autentisiteten til studien (Lukka og Modell, 2010).

Et annet moment Saunders et al. (2016) trekker frem for å styrke gyldigheten til en kvalitativ studie er å reflektere sammen med én eller flere utenforstående, for å diskutere idéer og teste funn. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi benyttet veiledningstimene med vår veileder, Professor Trond Bjørnenak, til nettopp å diskutere ideer og funn. Vi har også diskutert oppgaven med Professor Kari Nyland. Guba og Lincoln (1989) trekker frem slik "peer debriefing" som et nyttig tiltak for å styrke gyldighet.

Det kan også bemerkes at vår abduktive tilnærming til analysen innebærer å trekke på eksisterende teori. Forklaringer gjennom eksisterende teori kan styrke plausibilitet ved å være gjenkjennelig, men har også svakheten at det kan oppfattes som trivielt (Lukka og Modell, 2010). Samtalene med professorene Bjørnenak og Nyland har vært nyttig i denne sammenheng, for å sikre at vår anvendelse av teori både gir plausible og ikke-trivielle forklaringer.

Når det gjelder om studien vår kan svare på problemstillingen på gyldig vis, er det spesielt ett stort hinder. Omstendighetene våren 2020 begrenset studien i praksis til kun fire informanter, noe vi anser som en svakhet. En tommelfingerregel ved utvalg til kvalitative studier er å samle data inntil man når et "metningspunkt", hvor ytterligere data ikke påvirker analysen (Saunders et al., 2016). Vi anser det imidlertid som sannsynlig at ytterligere intervjuer, spesielt med medisinskfaglig personell, ville kunne tilføre ytterligere dybde til analysen av andre

forskningsspørsmål. Som tidligere illustrert har vi kun hatt informanter innenfor tre av de fire kategoriene vi utviklet for utvalget.

I møte med utfordringen beskrevet over har vi tilpasset og omstrukturert oppgaven noe. Vi har lagt større vekt på dokumentanalysen samt det teoretiske rammeverket, for å kompensere for begrensningene i intervjudataene. Samtidig har vi fått ulike perspektiver fra informantene våre, og indikasjoner på at det først og fremst er våre informanter som er involvert i arbeidet med KPP i det daglige. Slik sett anser vi kombinasjonen av tilpasninger i oppgaven, samt et hensiktsmessig (om lite) utvalg av informanter som noe som styrker gyldigheten i studien.

2.5.3 Overførbarhet

Innenfor kvantitative studier bør det tilstrebes generaliserbarhet, altså at funnene fra utvalget i studien også kan generaliseres til en større populasjon (Saunders et al., 2016). Generaliserbarhet er imidlertid ikke en relevant målestokk for en kvalitativ casestudie. Ved et kritisk case, slik som i vår studie, er caseenheten valgt fordi den er spesielt viktig eller vil gi et spesielt sterkt utfall. Følgelig er det ikke gitt at funnene våre vil være generaliserbare til en større populasjon.

For kvalitative studier er det imidlertid mer relevant å vurdere overførbarhet, heller enn generaliserbarhet (Saunders et al., 2016). Dette innebærer at funnene bidrar til ny konseptuell eller teoretisk forståelse av temaet som studeres, heller enn at funnene kan overføres direkte til en større populasjon. Dersom studien er overførbar vil imidlertid de konseptuelle eller teoretiske innsiktene kunne anvendes utenfor studien.

Vi vil imidlertid bemerke at for første forskningsspørsmål vil funnene våre være generelle for den norske helsesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å innføre KPP i hele sektoren. Følgelig vil våre funn knyttet til forventningene til KPP-systemet også potensielt ha relevans for hele sektoren.

For andre del av vår problemstilling, knyttet til faktisk bruk av KPP-systemet, er det ikke gitt at funnene i seg selv kan overføres til utenfor universitetssykehuset vi studerer. Ved å bruke caset til å bygge et teoretisk rammeverk rundt temaet som studeres, kan vi imidlertid skape et overførbart bidrag (Yin, 2014). Studien vår vil altså kunne bidra med teoretiske innsikter om innføringen av et styringssystem i helsesektoren. Studiens overførbarhet ligger dermed i at vi bygger et teoretisk rammeverk for å forstå innføring av styringssystemer i helsesektoren, som

så kan testes og anvendes i lignende case og kontekster. Det vil si, vårt teoretiske rammeverk kan være nyttig både for å forstå implementering av styringssystemer i helsesektoren, men også implementering av styringssystemer i andre offentlige sektorer, eller andre sektorer med sterke profesjoner.

2.6 Etiske vurderinger

Som forskere er det viktig å opptre etisk. Etikk refererer i denne sammenhengen til standardene for atferd som veileder fremferden vår relatert til rettighetene til de som deltar i forskningen, eller blir berørt av den (Saunders et al., 2016, s. 239). Her er det spesielt viktig å fremheve hvordan vi behandler og ivaretar informantene våre.

Det første og viktigste grepet vi har tatt for å ivareta informantene er å anonymisere både informantene selv og caset. Ettersom det er relevant hvilken faglig bakgrunn informantene har, samt hva slags helseforetak vi bruker som caseenhet, kan det hevdes at informantene ikke er fullstendig anonymisert. I samråd med vår veileder har vi imidlertid vurdert det slik at ved å referere til caseenheten som et universitetssykehus, vil det ikke være mulig å identifisere informantene for utenforstående. Det er seks ulike universitetssykehus i Norge, fordelt på fire ulike regionale helseforetak.

Videre har alle informanter fått informasjon om hensikten og rammene for oppgaven vår. Informantene har videre blitt opplyst at deltakelse er frivillig og basert på deres samtykke. Av praktiske årsaker knyttet til at intervjuer ansikt-til-ansikt ble avlyst, har vi ikke hatt anledning til å få signatur på samtykkeskjema. Informantene har imidlertid gitt samtykke muntlig eller skriftlig per mail.

Svarene på intervjuene blir behandlet konfidensielt. Videre gis informantene mulighet til sitatsjekk, slik at vi sikrer at de blir gjengitt i henhold til deres mening og intensjon. Som tidligere diskutert er dette viktig for kvaliteten på forskningen, men er også en etisk vurdering. Det er uetisk å manipulere eller gi en feilaktig fremstilling av informantene.

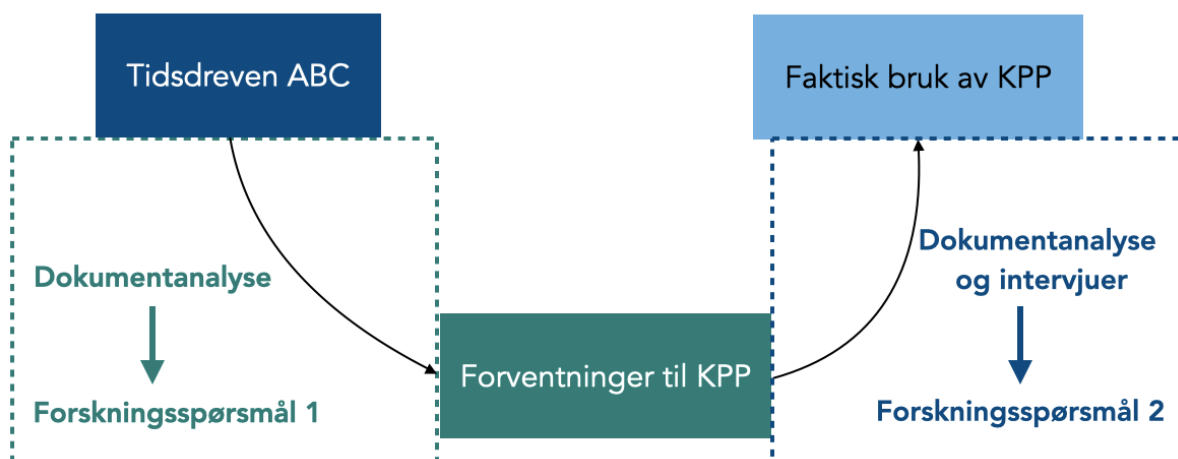
2.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gjennomgått det metodiske rammeverket for oppgaven vår, med utgangspunkt i Saunders et al. (2016) sin forskningsløk. Studien er bygget på en pragmatisk tilnærming og en abduktiv logikk. Med dette utgangspunktet har vi valgt et kvalitativt, intensivt, forskningsdesign med case som vårt hoveddesign, og tverrsnitt som tidshorisont.

Caset vi har valgt ut er et universitetssykehus i den norske helsesektoren. For å samle data om dette caset har vi benyttet både dokumenter fra Helsedirektoratet, interne dokumenter fra universitetssykehuset, samt intervjuer med nøkkelpersoner involvert i utviklingen og implementeringen av KPP ved universitetssykehuset. Vi har benyttet en snøballmetode for å velge informanter. Grunnet at helseforetak ble satt i beredskap og stengt for besøkende som følge av Covid-19-utbruddet, har det kun vært mulig å gjennomføre ett intervju ansikt-til-ansikt. Resten av intervjuene har derfor blitt utført skriftlig.

Dataanalysen vår har blitt utført etter en iterativ prosess basert på vår abduktive tilnærming, hvor vi har vekslet mellom teori og empiri. Basert på denne iterative prosessen bygger vi et rammeverk for å forstå både forventningene til KPP-systemet og den faktiske bruken av systemet i caseenheten, som illustrert i Figur 2.4. Dette rammeverket danner grunnlaget for våre konklusjoner og forslag til videre forskning.

Figur 2.4: Datagrunnlag for å besvare forskningsspørsmål



3. Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil vi bygge et teoretisk grunnlag for å besvare problemstillingen. Innledningsvis vil vi redegjøre kort for hva et styringssystem er og peke på særtrekk ved styring av helsesektoren. Videre vil vi gå nærmere inn på ABC og tidsdreven ABC (TD-ABC), herunder fordeler, svakheter og bruksområder ved disse teknikkene. Deretter vil vi gjennomgå sentral litteratur om bruk og potensiell bruk av TD-ABC for styring i helsesektoren. Denne gjennomgangen vil danne grunnlaget for et rammeverk for TD-ABC i helsesektoren, som vi vil anvende for å forstå forventningene til KPP-systemet. Til sist vil vi gjennomgå litteratur om institusjonell logikk tilknyttet helsesektoren og andre offentlige sektorer. Slik vil vi også danne et teoretisk rammeverk for institusjonell logikk i et offentlig helsevesen, som vil bidra til analysen av den faktiske bruken av KPP-systemet.

3.1 Styringssystem

Styring av en organisasjon innebærer å sikre at ressurser allokeres og atferd vris i en retning som sikrer at organisasjonen når sine mål (Kaplan og Atkinson, 2014). I henhold til Chenhall og Langfield-Smith (1998) har styring tradisjonelt vært knyttet til systemer basert på regnskapsverktøy og -teknikker. Formålet med disse systemene er å tilgjengeliggjøre informasjon som støtter ledere i deres planleggings- og kontrollaktiviteter (Kaplan og Atkinson, 2014), og spesielt forvalte og bruke ressurser på en effektiv måte (Langfield-Smith, 2009). Styring inkluderer aktiviteter som å samle, klassifisere, prosessere, analysere og rapportere informasjon til ledere (Kaplan og Atkinson, 2014). Disse aktivitetene er ment å tilrettelegge for at ledere kan ta beslutninger som muliggjør oppnåelse av organisasjonens mål. Siden styringssystemer da har et *internt* fokus (Chenhall og Langfield-Smith, 1998) kan det brukes et bredere datagrunnlag enn eksterne dokumenter som finansregnskapet, inkludert både rent regnskapsmessige tall, men også mindre objektive eller verifiserbare data som estimer, anslag av alternativkostnader med mer (Kaplan og Atkinson, 2014).

Det kan bemerkes at styringssystemer er *“opptatt med å definere, kontrollere og styre både oppnåelse av utfall, så vel som metodene brukt for å oppnå disse resultatene”* (Broadbent og Laughlin, 2009, s. 283). I moderne styringssystemer kombineres derfor regnskapstall og andre finansielle tall med ikke-finansiell informasjon (Kaplan og Atkinson, 2014). Denne utvidelsen fra det finansielle perspektivet åpner i større grad for strategisk utvikling og læringsprosesser,

fremfor å hovedsakelig være egnet for kortsiktig planlegging og evaluering av ytelse (Merchant og Otley, 2007).

Moderne styring kan altså regnes som mer omfattende enn tradisjonelle regnskapsbaserte systemer. Tradisjonelle regnskapsbaserte systemer har også svakheter (se eksempelvis Hansen, Otley og Van der Stede, 2003; Neely, Sutcliff og Heyns, 2001). Det argumenteres for at tradisjonelle regnskapsverktøy har begrensninger knyttet til omfang, kompleksitet og hurtighet (Johnson og Kaplan, 1987). Johnson og Kaplan (1987) hevder derfor at det er nødvendig med nye verktøy. Ett av verktøyene som er utviklet som svar på tradisjonelle regnskapsverktøys svakheter er aktivitetsbasert kalkulasjon (Bjørnenak, 1993), som vi vil gå nærmere inn på senere i kapitlet. Først vil vi imidlertid redegjøre for særtrekk ved styring i helsesektoren.

3.1.1 Styring i helsesektoren

Helsesektoren i ulike land er organisert på forskjellig vis. Eksempelvis er den i Tyskland hovedsakelig drevet av private aktører, men med obligatorisk helseforsikring. I Norge er helsesektoren i hovedsak drevet av offentlige myndigheter. Uavhengig av hvordan sektoren er organisert i praksis, regnes det gjerne som et gode for samfunnet med grunnleggende helsetjenester som er allment tilgjengelig, heller enn utelukkende tilgjengelig gjennom markedsmekanismer. I Norge betyr dette at målene til et helseforetak er knyttet til å realisere velferdspolitiske og samfunnsmessige mål (Mauland og Mellemvik, 2004). Dette skal oppnås ved effektiv utnyttelse av tildelte ressurser, men foretakene betraktes ikke som profittmaksimerende (Nyland og Pettersen, 2010). Helseforetak skiller seg dermed fra typiske markedskoblede virksomheter. Helseforetak er derimot budsjettkoblede og må operere innenfor de økonomiske grensene det innebærer, samtidig som andre mål og hensyn skal tas, herunder pasientutfall og -velferd. I henhold til Nyland og Pettersen (2010) gjør dette intern styring i helsesektoren mer kompleks.

Kompleksiteten ved styring av offentlige foretak, herunder helseforetak, kan illustreres gjennom de ulike formålene ved prestasjonsmåling. Mens prestasjonsmåling i privat sektor gjerne kan knyttes til å oppnå lønnsomhet, argumenterer Behn (2003) for at prestasjonsmåling i offentlig sektor utføres for å oppnå hele åtte ulike formål. Disse formålene er oppsummert i Tabell 3.1.

Tabell 3.1: Formål ved prestasjonsmåling i offentlige foretak

Formål	Lederens spørsmål som målingen kan besvare	For å oppnå formål trenger lederen
Evaluere	Hvor god er ytelsen til mitt offentlige foretak?	Utfall, kombinert med innsatsfaktorer og effekten av eksogene faktorer
Kontrollere	Hvordan kan jeg sikre at mine medarbeidere gjør de rette tingene?	Innsatsfaktorer som kan reguleres
Budsjettere	Hvilke program, mennesker og prosjekter skal mitt foretak bruke offentlige midler på?	Mål på måloppnåelse (effisiens). Utfall eller produksjon delt på innsatsfaktorer.
Motivere	Hvordan kan jeg motivere medarbeidere, mellomledere, veldedige og kommersielle samarbeidspartnere, interessenter og borgere til å gjøre det nødvendige for å øke ytelse?	Nesten-samtids-produksjon sammenlignet med produksjonsmål.
Promotere	Hvordan kan jeg overbevise politiske overordnede, lovgivere, interessenter, journalister og borgere om at mitt foretak gjør en god jobb?	Aspekter ved ytelse som er lett å forstå, og som borgere bryr seg om.
Feire	Hvilke prestasjoner er verdige å bli feiret som suksess?	Periodiske og signifikante ytelsesmål som, når oppnådd, gir mennesker en ektefølt opplevelse av personlig og kollektiv måloppnåelse.
Lære	Hvorfor fungerer eller fungerer ting ikke?	Disaggregert data som kan avdekke avvik fra det forventede.
Forbedre	Hva nøyaktig burde hvem gjøre annerledes for å forbedre ytelse?	Inni-den-sorter-boksen-sammenhenger som kobler endringer i operasjoner til endringer i produksjon og utfall.

Kilde: Behn, 2003

Styring i helsesektoren er også knyttet til viktigheten av helseprofesjonene. Helseforetak kjennetegnes av at driften påvirkes både av tradisjonelle hierarkier, men også strukturer og kultur knyttet til disse profesjonene (Nyland og Pettersen, 2004). Leger, kirurger, sykepleiere og annet helsefaglig personell har sine egne prioriteringer, normer og verdier (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak, 2008). Disse er ikke nødvendigvis innrettet etter helseforetakenes mål, noe som kompliserer intern styring.

Helseprofesjonene har spesielt innflytelse på utvikling av “beste praksis”. Det vil si, ledelsen i helseforetak utarbeider normer, regler og prosedyrer basert på profesjonenes erfaringer og kunnskap (Pettersen et al., 2008). Slik beste praksis kan regnes som særlig viktig i helsesektoren, hvor kvalitet i ytterste konsekvens kan stå om liv og død, men er også viktig for effektiv ressursbruk.

Som nevnt er helseforetak i Norge budsjettkoblet heller enn markedskoblet. Dette innebærer at ressurser gjøres tilgjengelig fra myndighetene basert på aktivitetsnivå, heller enn gjennom markedsmekanismer (Mauland og Mellemvik, 2004). Intern styring i helseforetak blir dermed påvirket av politisk styring og målsetting, både i form av rapporterings- og avleveringskrav, og gjennom de økonomiske rammene i budsjettet. Dette leder ifølge Mauland og Mellemvik (2004) til at budsjettet blir spesielt viktig.

Også i land hvor helsesektoren i større grad er privatisert er inntektene ofte basert på overføringer fra myndighetene eller forsikringsselskap, heller enn flytende markedspriser basert på kundetransaksjoner. Kaplan og Porter (2011) mener den sentrale utfordringen i helsesektoren er samspillet mellom manglende forståelse av pasientkostnader, et påfølgende sviktende grunnlag for å beregne nevnte overføringer, og dermed økonomisk ugunstige vridninger i prioriteringer og atferd. Kaplan og Porter (2011) hevder det først og fremst er denne utfordringen, heller enn eksempelvis politiske spørsmål, som må løses for å styrke helsesektoren. De mener derfor helsesektorens utfordringer til dels kan løses av nye styringsverktøy, spesifikt innføring av tidsreven aktivitetsbasert kalkulasjon (TD-ABC). I resten av dette kapitlet skal vi derfor redegjøre for aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC) og TD-ABC spesifikt, før vi går gjennom potensiell anvendelse av denne metoden for helseforetak.

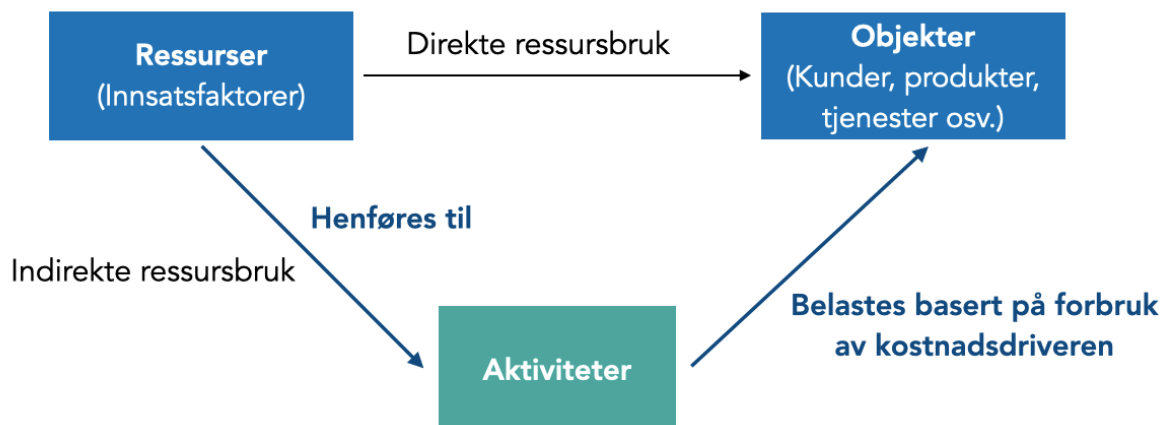
3.2 Aktivitetsbasert kalkulasjon

Aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC) er en avansert kalkuleringsmetode som ble introdusert av Robin Cooper og Robert S. Kaplan på slutten av 1980-tallet. Metoden ble utviklet for å gi mer treffsikre måter å fordele kostnaden ved indirekte ressurser til aktiviteter, forretningsprosesser, produkter, tjenester og kunder (Kaplan og Atkinson, 2014). Formålet med ABC er å måle og deretter prise ressursbruk i aktiviteter, som støtter produksjonen og leveransen av produkter og tjenester (Kaplan og Atkinson, 2014).

Kaplan og Anderson (2007) hevder at aktivitetsbasert kalkulasjon overkommer svakhetene til de tradisjonelle kalkylene ved å i større grad basere seg på hva som forårsaker kostnadene. Det grunnleggende prinsippet i ABC er at et kostnadsobjekt, eksempelvis et produkt, en tjeneste eller en kunde, genererer aktiviteter som forbruker ressurser (Demeere, Stouthuysen og Roodhooft, 2009). Med andre ord er det aktivitetene som forårsaker kostnadene. ABC søker derfor å spore indirekte kostnader til kostnadsobjektet gjennom aktiviteter. Dette betyr også at ikke alle kostnader skal inkluderes i ABC-kalkylen. Kostnader som ikke kan spores gjennom aktiviteter, eksempelvis bedriftsnivåkostnader som kontorleie, fordeles normalt ikke i ABC (Bjørnenak, 2019). Dette er i kontrast med eksempelvis selvkostkalkyler, hvor alle påløpte kostnader fordeles (Kaplan og Anderson, 2007).

Som illustrert i Figur 3.1 utføres kostnadsfordelingen etter ABC-prinsippet i en to-steps prosess. Et kostnadsobjekt forbruker noen direkte ressurser, men mesteparten av ressursforbruket skjer indirekte via aktiviteter (Bjørnenak, 2019). I det første steget identifiseres de ulike aktivitetene som blir utført av organisasjonens støtteressurser (Kaplan og Atkinson, 2014). Deretter henføres kostnader til disse aktivitetene basert på hvordan aktivitetene beslaglegger ressurser (Bjørndal, Bjørnenak og Johnsen, 2003). På denne måten ender man opp med den totale kostnaden for å utføre hver av organisasjonens støtteaktiviteter. I det andre steget sporer ABC-systemet aktivitetskostnader til kostnadsobjektet ved å identifisere en kostnadsdriver for hver aktivitet. Bjørnenak (2019) definerer en kostnadsdriver som en faktor som dimensjonerer en aktivitets ressursbehov. Kostnader blir deretter fordelt til kostnadsobjektet basert på forbruket som objektet har av kostnadsdriveren. Aktivitetsbasert kalkulasjon henfører altså kostnader først fra ressurser til aktiviteter, og deretter fra aktiviteter til endelig kostnadsobjekt, for eksempel kunder, produkter eller tjenester.

Figur 3.1: ABC-metodens grunnprinsipper



Kilde: Bjørnenak, 2019

Et ABC-system bidrar til å innhente mer nøyaktige produktkostnader, noe som kan gi viktig beslutningsinformasjon. Eksempelvis viser Kaplan og Anderson (2007) til at ledere benyttet ABC-informasjon til å fatte bedre beslutninger om prosessforbedringer, prising og kundeforhold, som videre ledet til forbedringer i produkt- og kundelønnsomhet. ABC har et spesielt stort potensial for bedrifter med en stor andel indirekte kostnader, noe som ofte er tilfelle i tjenesteytende virksomheter. Dette kommer nettopp av at ABC omhandler fordelingen av indirekte kostnader (Datar og Rajan, 2018).

Til tross for mulighetene som aktivitetsbasert kalkulasjon gir er det flere utfordringer med ABC-metoden. Som Kaplan og Anderson (2007) påpeker er et ABC-system tidkrevende og dyrt å bygge, samt vanskelig å opprettholde og oppdatere. For å kunne beregne kostnaden til hver aktivitet er det nødvendig å samle data om hvor mye ressurser som går med til den enkelte aktivitet (Bjørnenak, 2019). Dette innebærer eksempelvis bruk av spørreskjema, tidsregistrering eller intervjuer med ansatte for å finne prosentandelen av tiden de bruker, eller forventer å bruke, på de ulike aktivitetene. Et annet problem oppstår dersom aktivitetene som virksomheten utfører endrer seg over tid (Bjørnenak, 2019). Med nye aktiviteter er det nødvendig å gjennomføre nye kostnadsberegninger, og dermed også nye fordelinger av tiden brukt på ulike aktiviteter. Som konsekvens må det utarbeides en ny ABC-kalkyle hver gang aktivitetene endres. ABC-systemet kan dermed både bli dyrt og tidkrevende i stor skala (Kaplan og Anderson, 2004). Det kan også bemerkes at hvor nøyaktig en kalkyle blir avhenger ofte av hvor detaljert man lager kalkylen (aggregeringsfeil) og i hvilken grad man finner passende fordelingsnøkler for å fordele kostnaden (spesifikasjonsfeil). Samtidig kan kalkylen

bli for kompleks (målefeil). Mens ABC gjerne reduserer aggregeringsfeil og spesifikasjonsfeil, vil typisk målefeil øke ved innføring av ABC (Bjørnenak, 2019). Disse utfordringene har utgjort en barriere for implementering av ABC i mange virksomheter (Kaplan og Anderson, 2004).

3.2.1 Tidsdreven ABC

For å løse utfordringene med ABC utviklet Kaplan og Anderson (2004) en ny tilnærming til metoden, nemlig tidsdreven ABC (TD-ABC). I motsetning til tradisjonell ABC, som fokuserer på aktiviteter, er TD-ABC orientert rundt ressurser. Den nye modellen tildeler ressurskostnader direkte til kostnadsobjektet ved å bruke et rammeverk som kun krever to parametre: ressurskostnad per tidsenhet og tidsforbruk per aktivitet.

Ressurskostnad per tidsenhet beregnes ved å først identifisere ressursbruken, og på denne måten ressurskostnadene, til de ulike avdelingene (Kaplan og Anderson, 2007). Dermed divideres avdelingens totale ressurskostnad med avdelingens kapasitet, der sistnevnte refererer til tiden som de ansatte har tilgjengelig for å utføre avdelingens arbeidsoppgaver. På denne måten oppnår man en ressurskostnad per time eller per minutt.

Tidsforbruk per aktivitet finner man ved å følge hvor mye tid som går med i ulike aktiviteter, derav navnet tidsdreven ABC. Ofte benyttes standardverdier (Bjørnenak, 2019), men tidsestimatene kan også erverves ved hjelp av direkte observasjon eller intervjuer (Kaplan og Anderson, 2007). Her er det viktig å bemerke at presisjon ikke er kritisk. Det holder ofte med nøyaktighet. Keel, Savage, Rafiq og Mazzocato (2017, s. 756) poengterer at TD-ABC prioriterer nøyaktighet over presisjon, og at det er bedre å være "*omtrent rett enn presis feil*". Nøyaktighet betyr hvor nære kostnadsestimatet er faktisk kostnad, mens presisjon betyr antall desimaler som inkluderes i estimatet.

Ved hjelp av de to parameterne kan avdelingens ressurskostnader fordeles til kostnadsobjektet. Dette gjøres ved å multiplisere ressurskostnad per tidsenhet med tidsforbruk per aktivitet. Demeere et al. (2009) bemerker at det er her det store gjennombruddet til TD-ABC ligger. Heller enn å se på andelen tid brukt på hvert objekt eller definere "separate aktiviteter" for kombinasjonene av karakteristikk ved hvert objekt, lages det en tidsligning. Slike ligninger modellerer hvordan ulike *tidsdrivere* (spesifikke karakteristikk ved et produkt, en kunde eller en transaksjon) endrer tiden brukt på en aktivitet. Dette forenkler estimeringsprosessen og tar høyde for at tid per objekt kan variere (Demeere et al., 2009). På denne måten kan

modellen fange opp langt mer variasjon og kompleksitet enn ved den tradisjonelle ABC-tilnærmingen (Kaplan og Anderson, 2007).

Kaplan og Anderson (2007, s. 7) hevder at TD-ABC er et sjeldent eksempel på en “gratis lunch”, ettersom at den er enklere, mindre ressurskrevende og mer kraftfull enn tradisjonell ABC. For det første unngår TD-ABC den tidkrevende oppgaven med å undersøke hvor mye av de ansattes tid som går med til ulike aktiviteter. Videre er TD-ABC mer dynamisk enn tradisjonell ABC, da modellen enkelt lar seg oppdatere for å reflektere endringer. Med inntog av nye aktiviteter er det ikke nødvendig å oppdatere hele kalkylen, det holder å kun oppdatere standardverdiene (Bjørnenak, 2019). Til slutt legger TD-ABC til rette for at virksomheter kan omfavne kompleksitet, heller enn å være tvunget til å bruke forenklete og unøyaktige ABC-modeller.

Det kan imidlertid bemerkes at TD-ABC først og fremst fokuserer på de aktivitetene som er direkte tilknyttet objektet (Bjørnenak, 2019). Likevel har de fleste virksomheter et omfattende ressursforbruk som ikke er koblet direkte til produkter. Et problem som følgelig reiser seg er at TD-ABC ikke gir den samme oversikten over ressursbruken på aktiviteter utover produksjon av produkter og tjenester.

3.2.2 Tidsdrevne ABC og benchmarking

Ifølge Kaplan og Anderson (2007) komplementerer TD-ABC viktige initiativer for prosessforbedringer. Et av bruksområdene til TD-ABC som fremheves er benchmarking. I neste delkapittel vil vi redegjøre for potensielt bruk av TD-ABC i helsesektoren, inkludert rollen TD-ABC kan spille for å heve kvaliteten på helsetjenester, noe som gjør benchmarking særlig relevant.

Kouzman, Löffler, Klages og Korac-Kakabadse (1999) definerer benchmarking som en kontinuerlig, systematisk prosess for å måle produkter, tjenester og praksiser mot andre organisasjoner som presterer bedre enn bransjegjennomsnittet, der målet er å utbedre prestasjonsgap. Virksomheter bruker benchmarking til å sammenligne forretningsprosesser med både interne og eksterne sammenlignbare forretningsenheter (Kaplan og Anderson, 2007). Imidlertid er benchmarking av prosesskostnader ofte villedende. Dette skyldes at virksomheter kan ha forskjellig definisjoner av hvilke kostnader som skal inkluderes i prosessene, samt oppleve betydelig variasjon i antall transaksjoner som er nødvendig for å

håndtere en tilsynelatende lik prosess. TD-ABC-modeller kan bidra til å gi mer sammenlignbare kostnadsdata, og på denne måten gjøre benchmarking mindre villedende.

Det er tidsligningene i TD-ABC som presenteres som nøkkelen for å gjøre intern og ekstern benchmarking mer treffsikkert. Tidsligningene fungerer som et verktøy for å sammenligne prosesser på tvers av forretningsenheter (Kaplan og Anderson, 2007). Dersom enkelte prosesser er mer komplekse enn andre blir dette fanget opp i tidsligningene.

Et eksempel som trekkes frem av Kaplan og Anderson (2007) er en amerikansk stålvirksomhet, der noen av enhetene utfører ekstra kvalitetssikringstiltak for å oppnå ISO-sertifisering. Som en konsekvens vil en monteringsprosess hos en ISO-sertifisert enhet ta betydelig lenger tid enn en tilsvarende monteringsprosess hos en ikke-sertifisert enhet. En slik forskjell vil fremgå av tidsligningen. Dermed kan det kontrolleres for variasjoner i kompleksitet slik at man sammenligner “epler og epler”.

Videre kan tidsligningene bidra til å peke ut de mest effektive prosessene, samt karakteristikker ved disse. Eksempelvis kan kostnad per time eller minutt sammenlignes slik at man får bedre forståelse for hvor kostnadsforskjellene ligger. Innsikten dette gir kan brukes til å identifisere beste praksis på tvers av forretningsenheter. En ytterligere fordel er at når flere virksomheter innen den samme bransjen har utviklet TD-ABC-modeller, kan selskapene sammenligne prosesseffektivitet seg imellom. Dette forutsetter en viss bransjestandard, eksempelvis fra fagforeninger eller regulerende myndigheter. På denne måten fasiliterer TD-ABC både for intern og ekstern benchmarking.

3.3 Tidsdrevne ABC i helsesektoren

I denne seksjonen vil vi se nærmere på bruk av TD-ABC i helsesektoren. Kaplan og Porter (2011) argumenterer som nevnt i innledningen for at den sentrale utfordringen i helsesektoren *“ikke er forsikring eller politikk. Det er at feil ting måles feil”*, og lanserer TD-ABC som løsningen på problemet. Det er derfor hensiktsmessig å kartlegge både hva litteraturen sier om nåværende bruk av TD-ABC i helsesektoren, samt hvilken potensiell bruk som kan identifiseres.

Et raskt søk på Google Scholar viser at over halvparten av treffene på TD-ABC er knyttet til nettopp helse. Vi fant 186 000 treff på søkeordene *“time driven activity based costing health”* mot 347 000 totalt på *“time driven activity based costing”*. Utgivelsene er blant annet i

helsetidsskrifter som Health Policy og Journal of Healthcare. På bakgrunn av vårt litteratursøk har vi valgt ut fire artikler som spesifikt omhandler den potensielle nytten ved å innføre TD-ABC i helsesektoren. De utvalgte artiklene er presentert under i Tabell 3.2.

Tabell 3.2: Utvalgte artikler om TD-ABC i helsesektoren

Forfatter	År	Tittel	Tidsskrift
Kaplan og Porter	2011	<i>How to Solve the Cost Crisis in Health Care</i>	Harvard Business Review
Demeere, Stouthuysen og Roodhooft	2009	<i>Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: Development, relevance and managerial impact</i>	Health Policy
Kaplan, Witkowski, Abbott, Guzman, Higgins....	2014	<i>Using Time-Driven Activity-Based Costing to Identify Value Improvement Opportunities in Healthcare</i>	Journal of Healthcare management
Keel, Savage, Rafiq og Mazzocato	2017	<i>Time-driven activity-based costing in health care: A systemic review of the literature</i>	Health Policy

3.3.1 Potensiell bruk av tidsdrevne ABC i helsesektoren

Ettersom Kaplan og Porter (2011) mener den sentrale utfordringen i helsesektoren er upresise styringsverktøy heller enn politikk og finansiering, legges ambisjonsnivået for bruk av TD-ABC innenfor helsesektoren høyt. Kaplan og Porter (2011) argumenterer for at manglende kunnskap om kostnadene som inngår i pasientbehandling er et hinder for økonomisk drift og positive pasientutfall. Det “riktige målet” for helsesektoren er å levere verdi til pasientene, hvor verdi måles som pasientutfall per innsatsfaktor (Kaplan og Porter, 2011, s. 5). For å kunne styre verdi er det derfor nødvendig å måle både utfall og kostnader på pasientnivå (Kaplan og Porter, 2011). Det vil nødvendigvis være betydelig variasjon mellom pasienter, grunnet ulike

diagnoser, ulike sykdomsforløp og ulike komplikasjoner. Som tidligere beskrevet er TD-ABC spesielt egnet for å takle kompleksitet og variasjon mellom kostnadsobjekter (Kaplan og Anderson, 2007), og fremstår dermed som velegnet for bruk i helsesektoren (Keel et al., 2017).

Kaplan og Porter (2011) lister imidlertid en rekke mer spesifikke bruksområder for TD-ABC. Disse bruksområdene støttes eller komplementeres også av annen litteratur, som vist i Tabell 3.3. For identifisering av potensielle bruksområder trekker vi spesielt på Demeere et al. (2009), som har undersøkt ulike avdelinger ved en poliklinikk i Belgia, samt Kaplan et al. (2014) som beskriver innledende bruk av TD-ABC i en rekke helseorganisasjoner i USA og Europa.

Tabell 3.3: Potensielle bruksområder for tidsdreven ABC i helsesektoren

Demeere et al. (2009)	Kaplan og Porter (2011)	Kaplan et al. (2014)
<ul style="list-style-type: none"> ● Operasjonelle forbedringer ● Lønnsomhetsanalyse per avdeling ● Fremtidige investeringsbeslutninger 	<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminere unødvendig prosessvariasjon og prosesser som ikke tilfører verdi ● Forbedre utnyttelse av ressurskapasitet ● Levere de riktige prosessene på riktig lokasjon ● Overensstemmelse mellom kliniske ferdigheter og prosesser ● Fremskynde og optimere omsorgssyklusen ● Endre refusjonsordninger 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifisere forbedringsmuligheter ● Verdiskapende omstruktureringer ● Benchmarking og beste praksis-deling på tvers av fasiliteter

Bruksområdene for TD-ABC i helsesektoren kan sorteres i tre grove kategorier. For det første, til å **skape sammenheng mellom kostnader og prising**. Prising og refusjonsordninger i helsesektoren samsvarer ikke nødvendigvis med faktiske kostnader, noe som kan gi utfordringer med kryssubsidiering og ugunstig vridning i behandlingspraksis (Kaplan og

Porter, 2011). For det andre, til **økonomisk planlegging og ressursallokering**. Eksempelvis kan økt forståelse av kostnader påvirke fremtidige investeringer (Demeere et al., 2009). For det tredje kan TD-ABC identifisere muligheter for **kvalitetsforbedring og effektivitetsbesparelser**. Som nevnt kan eksempelvis TD-ABC brukes til benchmarking (Kaplan og Anderson, 2007), noe som også er høyst relevant innenfor helsesektoren (Kaplan et al., 2014).

Det kan bemerkes at den utvalgte litteraturen vektlegger at TD-ABC kan bli en suksess i helsesektoren gjennom endringene TD-ABC potensielt legger til rette for, eksempelvis ved å “*gjenoppfinne refusjon*” (Kaplan og Porter, 2011, s. 17) eller “*tillate ledelsesanbefalinger angående forbedringsmuligheter*” (Demeere et al., 2009, s. 304). Det argumenteres for at TD-ABC oppnår dette gjennom riktigere kostnadsestimater sammenlignet med implisitte alternativer. Det legges da til grunn at TD-ABCs potensielle suksess både er knyttet til teknisk egnethet ved kalkulering av kostnader og som et verktøy for å støtte endring.

Cinquini og Mitchell (2005) peker imidlertid på at det er krevende å vurdere suksessen til ABC-systemer. Om innføringen er vellykket kan avhenge av ulike faktorer, inkludert personlige (eller gruppe-) vurderinger (Cinquini og Mitchell, 2005). Litteraturgjennomgangen av Keel et al. (2017, s. 761) konkluderer med at “*TD-ABC er aktuell innenfor helsetjenester og kan avhjelpe [...] utfordringer med nåværende regnskapsmetoder*”, men konkluderer ikke nærmere om innføring av TD-ABC er en suksess. Bruksområdene som vil redegjøres for videre må derfor regnes som et uttrykk for potensialet ved TD-ABC, heller enn sikre suksessområder.

3.3.2 Sammenheng mellom kostnader og prising

Det er variasjon i hvordan helsetjenester finansieres mellom land, med ulike kombinasjoner av egenandel for pasienter, offentlig støtte og forsikring. Offentlig støtte kan komme i form av direkte overføringer, men også refusjonsordninger på linje med hva forsikringsselskaper tilbyr. I Norge er det en lav egenandel for pasienter, og helseforetak finansieres i hovedsak av det offentlige. Halvparten av denne støtten er rammeoverføringer, men den andre halvparten er gjennom refusjonsordningen Innsatsstyrt Finansiering (ISF), hvor foretakene får utbetalt en vektet sum per pasient, basert på hvilken diagnoserelatert gruppe (DRG) denne tilhører (HDIR, 2020). Dersom slike refusjoner er prissatt feil kan det lede til utfordringer med krysssubsidiering og uheldige vridninger i behandlingspraksis (Kaplan og Porter, 2011). Det kan bemerkes at siden finansieringssystemet i Norge kun er 50 prosent refusjonsbasert vil

krysssubsidiering være et mindre problem, men vridningseffekter er like fullt et reelt problem. Demeere et al. (2009) peker også på hvordan offentlige utbetalinger i deres undersøkelser kun dekker standardkonsultasjoner, noe som medfører at avdelinger med krevende pasienter blir ulønnsomme.

Kaplan og Porter (2011) argumenterer nettopp for at manglende forståelse for kostnader i helsesektoren innebærer at prising og refusjonsordninger ikke samsvarer med faktiske pasientkostnader. Det fremlegges som en myte at *“gebyrer er et godt surrogat for leverandørkostnader”* (Kaplan og Porter, 2011, s. 6). Kaplan og Porter (2011, s. 17) argumenterer videre at *“for å stoppe eskaleringen av totale kostnader for helsetjenester må nivået på refusjoner reduseres”*. Hvordan dette gjøres er imidlertid avgjørende. Ved flate kutt *“over hele linjen”* frykter Kaplan og Porter (2011, s. 17) rasjonering og fallende kvalitet. Dette samsvarer med kritikken av ABE-reformen i Norge, som populært betegnes som *“ostehøvelkutt”* (se for eksempel Gundersen og Skodvin, 2019; Grønli og Alnes, 2019; Hansen, 2018; Hansen og Hauge-Eltvik, 2018).

Heller enn kostnadsbesparelser gjennom flate kutt i finansiering foreslår Kaplan og Porter (2011) å gå over på finansieringsordninger basert på verdibasert refusjon. Alternativet som foreslås er grupperte betalinger som dekker hele pleiesyklusen, og inkluderer pleie for komplikasjoner og vanlige tilleggslidelser (Kaplan og Porter, 2011; Kaplan et al., 2014). Når refusjonen er basert på faktiske kostnader ved pleiesyklusen, vil ordningen da belønne leverandører av helsetjenester som leverer den beste pleien til lavest kostnad, og som minimerer komplikasjoner heller enn å skape dem. Ifølge Kaplan og Porter (2011, s 18) er mangelen på kostnadsdata som dekker den fulle pleiesyklusen den viktigste barrieren for en verdibasert ordning, noe TD-ABC vil løse.

I henhold til Kaplan og Porter (2011, s. 18) er korrekte målinger av kostnader og utfall *“den mest kraftfulle styringsspaken vi har i dag for å transformere helsetjenesteøkonomien”*. Keel et al. (2017, s. 762) bemerker imidlertid at TD-ABCs *“evne til å informere grupperte betalingsrefusjoner [...] gjenstår å bli demonstrert”*.

3.3.3 Økonomisk planlegging og ressursallokering

Kjennskap til riktige kostnader er ikke bare relevant for ekstern styring av helseforetak i form av finansieringsordninger, men også for intern økonomisk styring. Dette kan eksempelvis inkludere budsjettarbeid, ressursallokering, fordeling av funksjoner og investeringsbeslutninger.

Demeere et al. (2009, s. 303) peker på at ledelsen i klinikken og avdelingene de undersøkte tok spesielt hensyn til TD-ABC-data da de designet nye bygningsplaner. Dette er et eksempel på hvordan TD-ABC kan brukes til å informere investeringsbeslutninger.

TD-ABC-data kan også brukes til å *“levere de riktige prosessene på riktig lokasjon”* (Kaplan og Porter, 2011, s. 14). Ved å beregne riktige pasientkostnader kan funksjoner organiseres mer kostnadseffektivt. Kaplan og Porter (2011) hevder en utfordring er at helseforetak er designet med hensyn til sine mest komplekse pasienter, heller enn den typiske pasient. Ressurser kan imidlertid benyttes mer effektivt ved å fordele funksjoner mellom billigere generalist-fasiliteter og høyt spesialiserte fasiliteter for kompleks pleie. Ved Boston Children’s Hospital fant de eksempelvis at det var mer effektivt å plassere barn som var blitt operert for hareskår på en *“step down”*-enhet heller enn på intensivavdelingen (Kaplan et al., 2014, s. 406). Når kostnader kalkuleres basert på en kombinasjon av direkte kostnader og *“unøyaktige tildelinger av overhead”* (Kaplan og Porter, 2011, s. 14) er det imidlertid vanskelig å identifisere muligheten for slik funksjonsdeling.

TD-ABC-tilnærmingen kan også brukes til å *“identifisere hvor mye av hver ressurs sin kapasitet som faktisk brukes til å utføre prosesser og behandle pasienter, mot hvor mye som er ubrukt og uvirksom”* (Kaplan og Porter, 2011, s. 13). Faktisk behov og forbruk av ressurser er spesielt relevant for økonomisk planlegging, eksempelvis utforming av årlige budsjetter. Innsikt i ressursbruk gir også mulighet til å avdekke flaskehalsen i verdikjeder og behandlingsløp. Ved å åpne flaskehalsen kan da betydelig flere pasienter behandles for kun en moderat kostnadsøkning.

3.3.4 Kvalitetsforbedring og effektivitetsøkning

I økonomiske lærebøker forstås effektivitetsøkning gjerne gjennom kostnadskutt (eksempelvis Datar og Rajan, 2018, s. 27). Det kan da fremstå som underlig å samle kvalitetsforbedring og effektivitetsøkning i samme kategori. Kaplan og Porter (2011, s. 5) bemerker imidlertid at

“*mer pleie og dyrere pleie er ikke det samme som bedre pleie*”. Både kvalitet og kostnader ved pasientpleie er knyttet til hvilke aktiviteter hver pasient utløser, og hvordan disse organiseres og utføres.

Demeere et al. (2009) legger spesielt stor vekt på de operasjonelle forbedringene TD-ABC kan legge til rette for, både kvalitets- og kostnadsmessig. Et eksempel Demeere et al. (2009, s. 302-303) oppgir er sentralisert administrasjon som en beste praksis, identifisert ved hjelp av TD-ABC. Ved å omorganisere administrasjonen i avdelingene som ble undersøkt kunne oppgaver som klassifiseringsarbeid, telefonsvar og pasientmottak effektiviseres, samtidig som administrasjonsmedarbeiderne ble mer motiverte og fokuserte.

TD-ABC kan også brukes til å identifisere beste praksis på materialbruk og bruk av tekniske verktøy. Her identifiserer Demeere et al. (2009) TD-ABC-data som en driver for digitalisering, i form av eksempelvis utstyr for stemmegjenkjenning og transkribering, samt digitale pasientjournaler. Kaplan og Porter (2011) argumenter for at TD-ABC-data kan brukes for å standardisere materialbruk og dermed redusere kostnader og kompleksitet.

Et annet tiltak som TD-ABC kan bidra til å belyse er å plassere riktig fagpersonell til riktig arbeidsoppgave (Kaplan og Porter, 2011). Prosesskart utviklet for TD-ABC kan avdekke om det finnes prosesser som nå utføres av eksempelvis leger, heller kan utføres av annet helsepersonell med hensiktsmessige ferdigheter. Målet ved dette vil være å frigjøre tiden til helsepersonell til å utføre sine “*høyest verdi tilført-roller*”, uten at det går på bekostning av helseutfall (Kaplan og Porter, 2011, s. 14). MD Anderson Cancer Center oppnådde betydelige kostnadsbesparelser gjennom omorganiseringer basert på slik innsikt (Kaplan et al., 2014). Det er også mulig å oppnå kvalitetsforbedringer som følge av at høyt kvalifisert helsepersonell får frigjort tid til mer krevende oppgaver.

Generelt tilrettelegger innføring av TD-ABC for økt og mer treffsikker bruk av benchmarking, som i neste steg kan åpne for endringer som både er kvalitetsøkende og kostnadsbesparende. Demeere et al. (2009) bemerker muligheten for intern benchmarking på klinikk- og avdelingsnivå, mens Kaplan et al. (2014) trekker frem muligheten for benchmarking også på tvers av fasiliteter. Som tidligere beskrevet kan TD-ABC være spesielt nyttig for dette, siden det tilrettelegger for sammenligning mellom “*epler og epler*”. Dette forutsetter at TD-ABC implementeres etter samme prinsipper i enhetene som sammenlignes. Keel et al. (2017) finner imidlertid at det er variasjon i hvordan TD-ABC implementeres og anvendes.

En mulig forklaring på hvorfor implementeringen varierer er påvirkningen fra institusjonell logikk. I resten av dette kapittelet vil vi derfor bygge et rammeverk for institusjonell logikk i offentlig helsevesen.

3.4 Institusjonell logikk i offentlig helsevesen

Institusjonell logikk er “*sosialt konstruerte, historiske mønstre av materielle praksiser, antakelser, verdier, oppfatninger og regler*” (Thornton og Ocasio, 1999, s. 804). Thornton og Ocasio (1999) beskriver at det er gjennom disse mønstrene individer og organisasjoner organiserer seg og finner mening. Institusjonell logikk har sitt opphav fra sosiologisk institusjonalisme, og fokuserer på rollen kultur har i analysen av institusjoner (Thornton, Ocasio og Lounsbury, 2014). Friedland og Alford (1991) argumenterer også for at det institusjonelle perspektivet er viktig for å forstå hvordan preferanser oppstår, spesielt som et alternativ til nyklassisk økonomisk tenkning, hvor preferanser er gitt eksogent.

Institusjonell logikk er altså et rammeverk for å forstå hvordan aktører i en organisasjon, samt organisasjonen som helhet, finner mening og danner preferanser gjennom kulturelle og sosiale mønstre. Dermed kan det argumenteres for at institusjonell logikk “*former rasjonell og legitim atferd i institusjonelle felt og påvirker dermed organisasjonspraksis*” (Knardal, 2019, s. 1). I tråd med hvordan mer uformelle kontrollmekanismer som kultur og ideologi har blitt inkludert i styringssystemer (e.g. Malmi og Brown, 2008), utforsker Knardal (2019) hvordan styring av ytelse kan integreres med institusjonell logikk. Paauwe et al. (2013) sin studie av innføringen av et nytt styringssystem på et nederlandsk sykehus viser også at institusjonell logikk kan være spesielt interessant for å forstå styring i helsesektoren. De fant at “*institusjonelle logikker spiller en viktig rolle i løpet av tilegnelse og implementering av programmet*” (Paauwe et al., 2013, s. 15).

I likhet med Knardal (2019) og Paauwe et al. (2013) vil vi undersøke sammenhengen mellom institusjonell logikk og styringssystemer. Vi vil derfor bygge et rammeverk for institusjonell logikk i helsesektoren basert på tidligere litteratur. Dette rammeverket vil vi så anvende på gapet mellom faktisk forventet bruk av KPP i kapittel 6.

Thornton et al. (2014) viser i sin historiske gjennomgang til en rekke institusjonelle logikker: profesjonslogikk, statslogikk, bedriftslogikk, markedslogikk, familielogikk og fellesskapslogikk. Hvor relevant eller fremtredende de ulike logikkene er varierer etter tid, sted og

situasjon. For vår studie er det først og fremst logikker som kan knyttes til offentlig styring og til helse som er relevant. Vi vil derfor basere vårt rammeverk på et litteraturutvalg knyttet til disse to temaene.

Scott et al. (2000) skriver om utviklingen av institusjonelle logikker i helsesektoren i Bay Area, California. De finner at utviklingen kan grovt deles inn i tre tidsepoker etter hvilke institusjonelle logikker som dominerte. I den første epoken var den dominerende logikken *kvalitet på behandling*, definert av helsepersonell. Leger fremstilte seg som forpliktet først og fremst til kvalitet på behandling, og rettfærdiggjorde dermed "*motstand mot "bedriftspraksis" i helsetjenesten*" (Scott et al., 2000, s. 182). Pasientens rett til å velge behandler og behandling, inkludert tilgang til de nyeste teknologier og prosedyrer, ble vektlagt. Samtidig ble det lagt stor vekt på spesialisering innenfor helseprofesjonene, noe som skulle gi bedre helsetilbud, men som også var i

"legers interesse gjennom søk etter status og inntjening, samt interessen til medisinskoler og universitetssykehus for å øke både vitenskapelig grunnlag for medisin, samt egen dominans" (Scott et al., 2000, s.182).

Den andre perioden som Scott et al. (2000) beskriver er dominert av en *statslogikk*. En sekundærlogikk basert på "frivillig etos", som knyttet helsetjenester til humanitært arbeid, hadde ikke stoppet løpske kostnader. Statslogikken kan betegnes som et svar til dette, gjennom at nettopp statsapparatet involverte seg mer i helsesektoren. Statslogikken er i likhet med behandlingslogikken knyttet til kvalitet i behandlingen, men fremmer også tilgjengelighet som viktig. Statslogikken slik Scott et al. (2000) beskriver den inneholder dermed både et sentralisert syn på kvalitet, i form av lisensiering og overvåking, samt en grunnverdi av tilgjengelighet i form av fellesløsninger for planlegging og finansiering. Slik ble også sekundærlogikken basert på frivillighet med "*filantropisk og paternalistisk organisering, erstattet med en mer "assosiativ" og rasjonalisert modell*" (Scott et al., 2014, s. 214).

Scott et al. (2000) beskriver imidlertid at den mer rasjonaliserte statslogikken ikke stoppet kostnadsøkningene. Samtidig oppstod nye sekundærlogikker basert på konsumenthelse og alternativhelse, begge med utspring i en *konsumentlogikk* hvor individets rettigheter og valgfrihet, men også ansvar, sto sentralt. Kombinasjonen av konsumentlogikk og et økende behov for kostnadskontroll ledet til den tredje perioden, med en dominerende logikk basert på *økonomistyring og markedsmekanismer*.

I den tredje perioden Scott et al. (2000) skildrer ble markedsmekanismer fremmet over statlig kontroll, med effektivitet som den sentrale verdien. Dette var en del av en større samfunnstrend om å erstatte “big government” med markedsmekanismer, drevet frem av nyklassisk økonomisk tankegods, men som fikk spesielt sterkt fotfeste i helsesektoren i USA grunnet bekymringer om kostnader. Dermed ble “*regulerende og administrative byråer [erstattet] med private markeder som opererer under passende insentiver*” (Melhado, 1988, sitert i Scott et al., 2000, s. 218). Denne nye markedslogikken var altså basert på antakelser om at private aktører i et marked, gitt passende insentiver, ville gi de mest effektive løsningene.

Scott et al (2000) beskriver altså tre dominerende logikker innenfor helsesektoren:

1. Behandlingslogikk: Har sitt opphav i profesjonene, vektlegger kvalitet på behandling og spesialisering i helsetjenestene.
2. Statslogikk: Har sitt opphav hos myndighetene og vektlegger kvalitet på behandling og tilgang til helsetjenester, gjennom sentralisert planlegging og fellesskapsløsninger.
3. Markedslogikk: Har sitt opphav hos økonomer, og vektlegger effektivitet og kostnadskontroll gjennom markedsmekanismer og insentiver.

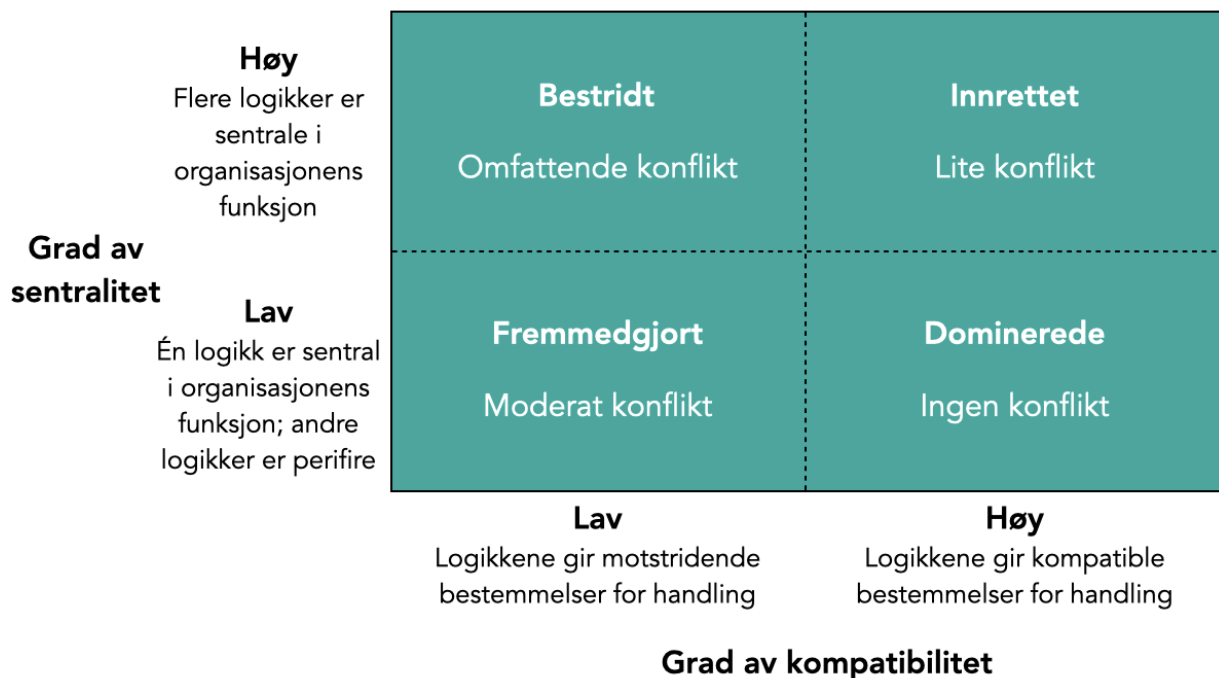
Varianter av disse tre logikkene er også å finne igjen i annen litteratur. Paauwe et al. (2013) skiller mellom en (medisinsk) profesjonslogikk og en forretningsmessig logikk. Profesjonslogikken sine sentrale aspekter er “*høy kvalitet på omsorg, nok tid brukt direkte med pasienter, samt autonomi*” (Paauwe et al., 2013, s. 4). Dette samsvarer i stor grad med behandlingslogikken Scott et al. (2000) beskriver. Den forretningsmessige logikken, derimot, “*tilskriver viktighet til praksiser som kan lede til kostnadsreduksjon*” (Paauwe et al., 2013, s. 4). Både Scott et al. (2000) sin markedslogikk og Paauwe et al. (2013) sin forretningsmessige logikk har sitt opphav i økonomisk tenkning, hvor effektivitet verdsettes spesielt høyt, og det er en grunnantakelse om at markedsmekanismer og konkurranse er best egnet for å oppnå effektivitet.

Det kan imidlertid bemerkes at der Scott et al. (2000) beskriver en overgang mellom dominerende logikker, beskriver Paauwe et al. (2013) en samtidig tilstedeværelse av to sterke logikker, fordelt på ulike faggrupper. Profesjonslogikken er knyttet til medisinske profesjonsutøvere, slik som sykepleiere, mens den forretningsmessige logikken knyttes til ledere og økonomiske medarbeidere. Paauwe et al. (2013) beskriver at de forskjellige logikkene leder til gnisninger, noe som eksempelvis kan lede til at “*sykepleiere føler at mye*

arbeid er upassende og tvunget på dem. Dette skaper misnøye og motstand mot innovasjon og endring” og at “*innovasjon i helsetjenesten er ofte ovenfra-og-ned og et styringsverktøy*” (Paauwe et al., 2013, s. 11).

Det kan påpekes at det ikke er gitt at ulike logikker vil lede til gnisninger. Besharov og Smith (2014) har laget en modell for konfliktnivået i organisasjoner med flere institusjonelle logikker, basert på *sentralitet* og *kompatibilitet*. Denne modellen er illustrert under i Figur 3.2.

Figur 3.2: Typer av logikk mangfold i organisasjoner



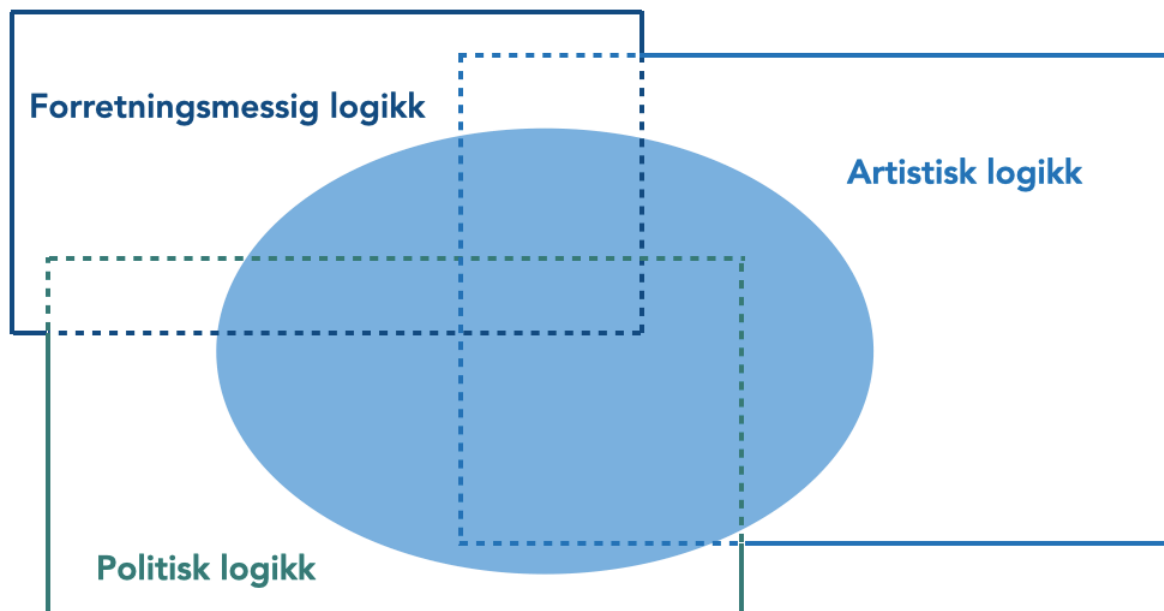
Kilde: Besharov og Smith (2014, s. 371)

I studien til Paauwe et al. (2013) fremgår det at det er høy konflikt mellom profesjons- og forretningsmessig logikk. Ved innføringen av det nye styringssystemet ble det forsøkt å forplikte sykepleiere til endringen “*ved å appellere til deres profesjonslogikk, selv om det egentlig var et økonomiseringsprogram*” (Paauwe et al., 2013, s. 17). Dette ledet imidlertid til tilbakeslag for styringssystemet, og mistanke blant sykepleierne om at det var “*enda et verktøy for å øke produktivitet og effektivitet som ville lede til nedbemanning*” (Paauwe et al., 2013, s. 16).

Det er imidlertid ikke gitt at det vil oppstå konflikt mellom ulike logikker ved innføring av styringssystemer. Knardal (2019, s. 15) finner at de ulike logikkene kan blandes når de er basert på en “*felles universell idé*”. I Knardals (2019) studie av symfoniorkester var denne

ideen knyttet til kvalitetskunst, og skapte en overlapp mellom logikkene som lot dem sameksistere, illustrert i Figur 3.3.

Figur 3.3: Relasjoner mellom logikker og system for ytelsesmåling



Kilde: Knardal (2019, s. 14)

Som det fremgår av figuren over fant Knardal (2019) at det var tre logikker som gjorde seg gjeldende i symfoniorkestre, nemlig artistisk logikk, en forretningsmessig eller økonomistyringslogikk og en politisk logikk. Det er altså det samme skillet mellom profesjon og økonomi som Paauwe et al. (2013) beskriver. Knardal (2019, s. 15) vektlegger imidlertid også viktigheten av en politisk logikk, ettersom *“norske symfoniorkestre mottar 90 prosent av sin finansiering fra myndighetene”*. Kultursektoren (som symfoniorkestre inngår i) er sammen med helse og samferdsel spesielt viktige sektorer for offentlig styring (Colbjørnsen, 2020), noe som taler for at inkluderingen av denne tredje logikken er overførbar mellom de nevnte sektorene.

Det kan imidlertid bemerkes at målene for styring av kultursektoren og helsesektoren er ulik. Kultursektoren styres etter *“armlengdes-avstand”*-prinsippet, med vekt på kunstnerisk frihet, mens målet for styring av helsesektoren er å sikre gode og likeverdige helsetjenester i hele landet (Colbjørnsen, 2020). Videre er denne styringen basert på to premisser. For det første forutsigbarhet og effektivitet, og for det andre politisk legitimitet. Disse premissene former den politiske logikken for styring, og gjenspeiles i fraser som *“mer helse per krone”* (effektivitet). I den politiske logikken står også likebehandling sterkt, som uttrykt blant annet

gjennom HDIRs retningslinjer, hvis formål er “å skape ensartede helsetilbud i hele landet” (Colbjørnsen, 2020, s. 143). Det kan også bemerkes at i en helsesektor som er primært drevet av offentlige aktører, vil myndighetene innta en administrativ rolle i tillegg til en rolle som premissleverandør. Av den grunn vil vi i det videre betegne den politiske logikken som en *statsadministrativ* logikk.

Den statsadministrative logikken er altså basert på to ulike premisser, mens vi til nå har beskrevet medisinsk profesjonslogikk som hovedsakelig er knyttet til kvalitet på behandling. Dunn og Jones (2010) problematiserer imidlertid idéen om at profesjoner følger én enkel logikk, og undersøker om dette er tilfellet innenfor medisin. De finner at medisinsk profesjonslogikk inneholder både en *omsorgslogikk* og en *vitenskapslogikk*. Omsorgslogikken er basert på at “*kvalitetshelsetjenester blir sett på som leger som gir medfølende, preventiv behandling til pasienter og behandler dem som fullstendige mennesker heller enn bare sykdommer*”, mens vitenskapslogikken ser på kvalitetshelsetjenester som “*innovative diagnostiske og terapeutiske prosedyrer for å lindre lidelse og utrydde sykdom*” (Dunn og Jones, 2010, s. 117). Omsorgslogikken vektlegger videre livskvalitet og at pasienten opplever å bli sett. Vitenskapslogikken er sterkere knyttet til kunnskap og tekniske innovasjoner. Riktig informasjon og vitenskapelig funderte prosedyrer er da viktigere enn pasientens opplevelse. I henhold til Dunn og Jones (2010) sameksisterer disse perspektivene innenfor den medisinske profesjonslogikken, men omsorgslogikken står nå sterkere enn vitenskapslogikken.

Til sist kan man også nyansere den forretningsmessige logikken. Både Paauwe et al. (2013) og Knardal (2019) beskriver en økonomisk logikk som er noe mer orientert mot intern kostnadskontroll, enn den konkurranseorienterte markedslogikken til Scott et al. (2000). Samtidig har eksempelvis Knardals (2019) symfoniorkester enkelte verdier som kan beskrives som markedsorienterte, som å øke besøkstall. Det er imidlertid ikke innlysende at aktører i en offentlig drevet helsesektor vil finne det meningsfullt å konkurrere om “kunder”, slik en markedslogikk eller forretningsmessig logikk impliserer. Innenfor offentlig helsevesen er det derfor kanskje mer betegnende å snakke om en *økonomistyringslogikk*, som vektlegger effektivitet gjennom intern kostnadskontroll fremfor markedsmekanismer.

3.5 Oppsummering

I litteraturen er det beskrevet et omfattende potensial for bruk av TD-ABC i helsesektoren. TD-ABC fremstår som egnet for både justering av finansiering, for planlegging og ressursallokering, så vel som kvalitets- og kostnadsforbedringer gjennom blant annet benchmarking. Samtidig advarer Behn (2003) mot troen på “ett magisk måltall”. Det fremstår som om potensielle bruksområder for TD-ABC vil dekke de fleste av de åtte formålene Behn identifiserer for prestasjonsmåling i offentlige foretak (se Tabell 3.1). Eksempelvis kan økonomisk planlegging knyttes til å kontrollere og budsjettere, mens benchmarking til å lære og forbedre.

Bjørnenak (1993) advarer også mot at ambisjonene for ABC-kalkyler kan bli for vide. Han poengterer at

“problemet med ABM [activity-based management] er trolig at man forsøker å gjøre alt med ett verktøy. Å kombinere en stridsvogn, en lastebil og en buss i ett fremkomstmiddel (“stridslastebuss”) er som kjent ikke nødvendigvis den beste løsningen” (Bjørnenak, 1993, s. 22).

Selv om TD-ABC fremstår som lovende, kan altså en viss varsomhet være hensiktsmessig for å unngå at helseforetak ender opp med en “stridslastebuss”.

Når man implementerer styringssystemer i helsesektoren kan dette også påvirkes av hvilke institusjonelle logikker som er dominerende. Vi finner at det er spesielt tre logikker som gjør seg gjeldende i en offentlig drevet helsesektor, nemlig statsadministrativ logikk, økonomistyringslogikk og medisinsk profesjonslogikk. I den statsadministrative logikken verdsettes politisk legitimitet og rettferdighet. Innenfor økonomistyringslogikken er effektivitet og kostnadskontroll viktig. Medisinsk profesjonslogikk legger vekt på kvalitet i behandling, både fra et omsorgsperspektiv og et vitenskapsperspektiv.

4. Kostnad per pasient

Allerede i 2005 startet SINTEF Helse, på oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD), å utarbeide et nasjonalt rammeverk for å beregne kostnad per pasient. Dette arbeidet ligger til grunn for det som i dag kalles Kostnad Per Pasient (KPP). I dette kapittelet skal vi først beskrive KPP. Deretter skal vi kort redegjøre for modellens metodiske tilnærming, før vi tar for oss modellens intenderte bruk på ulike nivåer i helseforvaltningen. Til sist vil vi se KPP i lys av litteraturen om TD-ABC i helsesektoren. Dette vil vi gjøre for å belyse i hvilken grad det er samsvar mellom potensialet beskrevet i litteraturen og Helsedirektoratets ambisjoner for KPP. Vi vil også forsøke å kategorisere bruksområdene Helsedirektoratet beskriver.

4.1 Beskrivelse av KPP-modellen

Kostnad per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for å stille opp hvilken behandling en pasient har mottatt og hva denne behandlingen har kostet (HDIR, 2012; 2018). Denne oppstillingen og kostnadsberegningen skal kunne gjøres enten det er snakk om et døgnopphold, en dagbehandling eller en poliklinisk konsultasjon. Det legges til grunn at pasientens utredning og behandling kan betraktes som en arbeidsprosess bestående av flere delprosesser. Disse delprosessene klassifiseres så i KPP-modellen som gjensidig utelukkende medisinske tjenester. De skal ha et helsefaglig meningsfylt innhold og kunne kostnadsberegnes separat. Videre legges det til grunn at materialforbruk, inkludert både forbruksmateriell og legemidler kan knyttes til den enkelte pasient. Med andre ord er KPP en metode for å beregne kostnaden ved spesifiserte aktiviteter, og deretter ved hjelp av aktivitetskostnadene finne kostnaden per pasient.

I henhold til Helsedirektoratet (2018, s. 6) vil en KPP-modell *“ikke bare gi bedre innsyn i pasientrelaterte kostnader, den gir også en systematisk og oversiktlig fremstilling av den helsefaglige aktiviteten i et pasientopphold”*. KPP-metodikken vil dermed

“gi et datagrunnlag som setter helseforetak i bedre stand til å vurdere ressursforbruket opp mot behandlingskvalitet, praksisforskjeller, behandlingslinjer og pasientforløp” (HDIR, 2018, s. 6).

Ambisjonen for KPP er altså at det skal bli et viktig styringsverktøy i helseforvaltningen, og er ment å generere kvalitets- og styringsdata som kan anvendes på ulike nivåer. For

helseforetak og regionale helseforetak anses det som særlig relevant med forbedret og mer tilgjengelig informasjon om pasienters aktiviteter og ressursforbruk.

Det bemerkes imidlertid av Helsedirektoratet (2018) at KPP-beregninger ikke alene vil kunne erstatte eksisterende systemer for planlegging, budsjettering og oppfølging. Derimot vil

“KPP-beregninger [...] være en av flere informasjonskilder som kan inngå i arbeidet med å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen, effektivisere driften og styringen av helseforetakene” (HDIR, 2018, s. 6).

KPP skal dermed bidra til en økning både i kvalitet og effektivitet, spesielt på foretaksnivå. På denne måten kan KPP også forstås som en nøkkelsatsing for å oppnå “mer helse per krone”.

4.2 KPPs kalkylemetodiske tilnærming

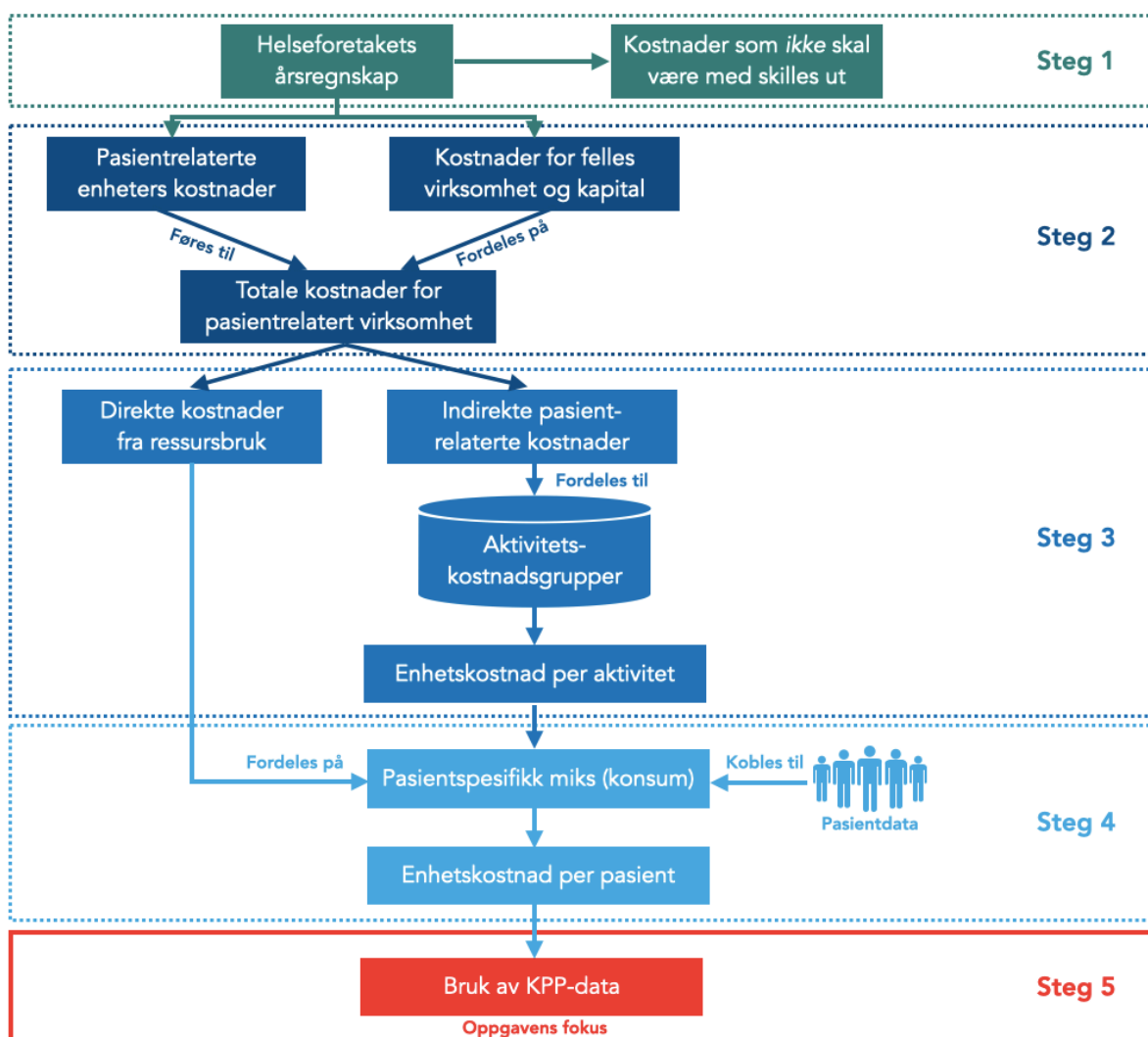
For å forstå hvordan KPP kan brukes til å gi mer helse per krone, er det formålstjenlig å beskrive kort hvordan KPP som metode er ment å fungere. Helsedirektoratet (2012; 2018) legger til grunn at alle kostnader som har blitt regnskapsført i en gitt tidsperiode også skal som prinsipp fordeles ut på pasientene som har blitt behandlet i samme periode. Helsedirektoratet (2018, s. 10) beskriver at *“en slik tilnærming innebærer at alle ressurser som er forbrukt, synliggjøres i beregningen av pasientkostnader”*.

Videre bygger den nasjonale KPP-spesifikasjonen på grunnprinsippene i ABC (HDIR, 2018). Som påpekt i kapittel 3 innebærer det at det legges til grunn at det er *aktiviteter* som driver kostnader. Overført til sykehus er det ikke pasientene i seg selv som driver kostnader, men aktivitetene og tjenestene som utføres for dem. Regnskapstall kan derfor ikke fordeles direkte på pasienter ved at man tar totale kostnader og deler på antall pasienter, slik man gjør ved en tradisjonell enkel selvkostkalkyle. Tvert imot må ressursbruk først identifiseres og kobles til spesifikke aktiviteter. Deretter må disse aktivitetene knyttes til pasientene for å få et bilde av kostnadene som hver pasient utløser. Eksempelvis beregnes kostnaden ved å utføre én MR-undersøkelse. Denne kostnaden plasseres så på pasienten hvis og når vedkommende går gjennom en slik undersøkelse.

KPP-modellen, som illustrert av Figur 4.1, består av fem steg. Det første steget er *klargjøring av regnskapsdata*, hvor kostnader relatert til andre virksomhetsområder enn modellens bruksområde identifiseres og skilles ut (Sandvik et al., 2006). Andre steg er å identifisere og

fordele *felleskostnader* og *kapitalkostnader* til *pasientrelatert virksomhet*. Alle relevante kostnader skal inkluderes i modellen (HDIR, 2018), og derfor fordeles også felleskostnader til pasientvirksomhet (Sandvik et al., 2006). Det tredje steget er *beregning av enhetskostnader*. Dette steget skiller ut direkte kostnader som kan knyttes entydig til pasienter, som eksempelvis medisinbruk. De indirekte kostnadene som ikke har en slik entydig kobling knyttes til aktiviteter. Enhetskostnad for aktiviteter beregnes så ved å dele den totale kostnaden for aktiviteten ved en egnet mengdeenhet (HDIR, 2018). Det fjerde steget er *kobling av enhetskostnader og pasientdata*. Gjennom denne koblingen får man kostnaden per pasient. Det femte steget er å faktisk analysere og anvende kostnadsdataen som KPP-modellen genererer. Det er det femte steget som er fokuset i denne oppgaven.

Figur 4.1: Stegvis kalkulasjonsmodell for beregning av kostnad per pasient



Basert på Sandvik, Weider og Solstad (2006)

Arbeidskraft er den viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. Dette er eksempelvis i form av hvor lang tid en sykepleier bruker på å følge opp behandlingen av en gitt pasient, eller hvor lang tid en biokjemiker bruker på å analysere en prøve. Helsedirektoratet (2018, s. 10) påpeker at *“tid egner seg godt for måling av denne typen ressursforbruk og er samtidig en enkel måleparameter.”* På bakgrunn av at tid er en *“enkel måleparameter”* (HDIR, 2012; 2018) er det derfor *“rent konkret [...] lagt til grunn en tidsdrevet aktivitetsbasert kalkulasjonsmetode”* (HDIR, 2018, s. 10). Helsedirektoratet kategoriserer altså selv KPP som et TD-ABC-verktøy.

De grunnleggende prinsippene ved TD-ABC kan sies å samsvare med prinsippene som legges til grunn for den nasjonale KPP-spesifikasjonen (HDIR, 2012; 2018). TD-ABC legger til rette for at ressursforbruket i virksomhetens sentrale arbeidsprosesser blir beregnet, noe som tilsvarer tjenestene i den nasjonale KPP-spesifikasjonen. Vi ser imidlertid et brudd mellom ABC-prinsippene og KPP-beregningene. Det er nemlig et metodisk krav at KPP-beregningen inkluderer alle påløpte kostnader (HDIR, 2012; 2018). Dette er mer i tråd med prinsippene i en selvkostkalkyle enn en ABC-kalkyle. Som nevnt i kapittel 3 fordeles ikke kostnader som ikke kan knyttes til aktiviteter i en ABC-kalkyle.

Det kan bemerkes at innføringen av KPP innebærer en ny metodikk for registrering og analyse av kostnader. I henhold til Helsedirektoratet (2018, s. 15) har imidlertid *“et avgjørende hensyn vært at inndelingen i tjenester ikke skal medføre mange nye krav til registrering av medisinske eller andre data”*. KPP-modellen skal bruke allerede registrerte opplysninger om pasientbehandlingen. Disse inkluderer tilstandskoder og prosedyrer, behandlingssted (e.g. ambulant, i poliklinikk), samt administrative opplysninger om pasienter og behandling, og regnskapsførte kostnader.

Et annet sentralt poeng ved den nasjonale KPP-spesifikasjonen er å sikre sammenlignbare data. Helsedirektoratet (2018, s. 11) beskriver at *“ett av formålene med en nasjonal standardisering er å sikre sammenlignbare KPP-data på tvers av helseforetakene”*. Grunnet den høye kompleksiteten i helsetjenester kan man anse TD-ABC som spesielt egnet for kostnadsberegninger (Kaplan og Atkinson, 2007; Keel et al., 2017), som beskrevet i kapittel 3. Om man ønsker å finne riktige kostnader per pasient fremstår det som lite hensiktsmessig å fordele indirekte kostnader likt mellom to pasienter, hvorav en av dem mottar en mer intensiv og langvarig behandling. Ei heller virker det nyttig å sammenligne et stort universitetssykehus med et lite lokalsykehus direkte, ettersom skalaen og kompleksiteten på virksomhetene er forskjellig. Ved å bruke TD-ABC-metodikken til å sammenligne ressursbruk ved utførelse av

standardiserte aktiviteter knyttet til sorterbare pasienter, blir det imidlertid potensielt mer meningsfullt med sammenligninger på tvers av helseforetak.

4.3 Intenderte bruksområder for KPP

Som nevnt er KPP ment som et styringsverktøy innenfor helseforvaltningen. Hvilke bruksområder verktøyet har vil imidlertid variere avhengig av hvilket nivå i forvaltningen man befinner seg på. Spesifikt er det tre ulike nivåer hvor det er forespeilet bruk av KPP (HDIR, 2012; 2018): sentrale helsemyndigheter, regionale helseforetak og helseforetak.

4.3.1 Sentrale helsemyndigheter

Et potensielt viktig fortrinn ved innføring av KPP er at det er basert på en nasjonal spesifisering. Selv om det åpnes for lokal tilpasning og variasjoner i bruk, vil dataene som blir tilgjengelig for sentrale helsemyndigheter være fremstilt basert på samme standard. Dataene blir da mer sammenlignbare, og man kan i større grad lage nasjonale gjennomsnitt og estimater. Slike KPP-data er spesielt relevante for forvaltningen av DRG-systemet (HDIR, 2012).

Tekstboks 4.1: Diagnoserelaterte grupper

DRG, kort for diagnoserelaterte grupper, er et pasientklassifiseringssystem. De diagnoserelaterte gruppene er klassifisert slik at de skal være medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Gruppene er basert på sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner.

Alle pasienter skal kunne klassifiseres ved hjelp av DRG, selv om de har ulike diagnoser og behandlinger. Slik er DRG ment å gi en mer oversiktlig beskrivelse av aktivitetene på sykehusene og muliggjør sammenligning av sykehus, selv om de har ulike pasienter. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser. Altså gir DRG både medisinsk og økonomisk informasjon.

Pasienter plasseres i en DRG gjennom DRG-gruppering. Grupperingen gjøres ut fra registrerte data om pasienten, og gjøres ved hjelp av et dataprogram. De sentrale variablene for gruppering er diagnoser, prosedyrer (operasjoner med mer), kjønn, alder og utskrivningsstatus.

DRG brukes som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering i Norge, gjennom ISF-ordningen. Som en forutsetning for dette beregnes det kostnadsvekter for hver DRG. DRG tar hensyn til alle sykehusets kostnader, inkludert medisinsk service, administrasjon og annet.

KPP-data vil i henhold til Helsedirektoratet (2018, s. 9) kunne *“utnyttes i forvaltningen av DRG-systemet og i utvikling av den innsatsstyrte finansieringen (ISF) når resultatene samles inn i en nasjonal KPP-database”*. I denne forbindelse peker Helsedirektoratet (2012; 2018) særlig på to anvendelser av KPP-data for sentrale helsemyndigheter. For det første bemerker Helsedirektoratet (2018, s. 8) at *“sekundærbruk av KPP-data vil effektivisere kostnadsvektberegningen”*. Kostnadsvektene benyttes i ISF for å beregne refusjonene helseforetak mottar for helsetjenestene foretakene utfører. Dersom KPP implementeres som intendert, vil det gi løpende tilgang til sammenlignbare data på pasient- og aktivitetsnivå. Dette gjør det enklere å sammenstille nasjonale data og beregne vektorer basert på disse dataene. For det andre vil KPP-beregninger kunne belyse kostnadshomogeniteten i de ulike DRG-ene (HDIR, 2012; 2018). I henhold til Helsedirektoratet (2018, s. 8) vil

“KPP-beregninger innbefatte informasjon om aktuell medisinsk praksis og de ressurser den behandlingen krever på pasientnivå. Slike kostnader er en viktig forutsetning for å kunne belyse kostnadshomogeniteten i ulike pasientgrupper”.

Ved å belyse kostnadshomogenitet kan det settes en mer treffsikker standard for forventet kostnader ved en pasient, og dermed hvor stor refusjon behandlingen bør utløse. Slik kan KPP-data *“bli et viktig element i revidering og videreutvikling av finansieringssystemet, og legge til rette for et mer oppdatert system”* (HDIR, 2018, s. 8).

Generelt forespeiler Helsedirektoratet (2012; 2018) at KPP-data kan benyttes ved utforming av alle typer finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet legger altså til grunn at KPP vil være et viktig verktøy i videre utvikling av ISF-systemet.

4.3.2 Regionale helseforetak

Innføring av KPP vil ifølge Helsedirektoratet (2012) gi bedre dokumentasjon av sykehusenes aktivitet. Regionale helseforetak (RHF) vil dermed ha et mer solid grunnlag for å fatte beslutninger om endringer i funksjonsfordeling mellom helseforetak. Det vil si,

“med KPP-data får RHF-ene informasjon om hvilke sykehus som har kostnader som overstiger nasjonale gjennomsnittskostnader og hvilke som ligger under, både for sykehuset som helhet og fordelt på de ulike pasientgruppene” (HDIR, 2012, s. 6).

Dette er nyttig informasjon både for fordeling av funksjoner og for finansiering av helseforetak.

KPP-beregninger omfatter en systematisk fremstilling av tjenester pasienten mottar, heller enn å basere seg utelukkende på regnskapsførte kostnader (HDIR, 2012; 2018). Dette gir RHF-ene et mer helhetlig bilde for å vurdere hvordan pasienter og behandlinger skal prioriteres mellom underliggende helseforetak. Det innebærer også at kostnadsbildet i det enkelte helseforetak vil kunne vurderes i lys av pasientsammensetningen. Eksempelvis kan man unngå at helseforetak med høyere kompleksitet, eller en mer krevende pasientportefølje, feilaktig fremstår som mindre effektiv. Helsedirektoratet (2012, s. 6) legger til grunn at ved bruk av KPP vil *“informasjon om behandlingspraksis og pasienttyngde [...] også kunne trekkes inn i beslutningsgrunnlaget”*. På denne måten kan helseforetak sammenlignes basert på hvor effektivt de fyller gitte funksjoner, og RHF-ene kan allokere ressurser basert på slike vurderinger.

Tilgangen på gjennomsnittsdata som kan kontrolleres mot behandlingspraksis og pasienttyngde kan imidlertid ikke bare brukes for funksjonsfordeling. RHF-ene kan også bruke slik data til benchmarking. Det vil si, praksis i helseforetakene kan sammenlignes mot en nasjonal standard. Dette kan avdekke om enkelte helseforetak utmerker seg spesielt. Slik kan det identifiseres hvor det behøves spesielle forbedringstiltak, og hvor erfaringer kan hentes for å etablere beste praksis.

Til sist kan KPP-data om behandlingspraksis og pasienttyngde brukes til å vurdere kostnadsbildet ved det enkelte helseforetak (HDIR, 2012). Slik informasjon *“kan utnyttes av RHFene når finansieringsrammene for de enkelte helseforetak skal fastsettes”* (HDIR, 2012, s. 6). Videre poengterer Helsedirektoratet (2012, s. 6) at *“for prioriterte behandlinger kan det etableres et samsvar mellom behandlingens kostnader og dens finansiering”*. Tydeliggjøring av denne sammenhengen kan gi sterkere insentiver til prioritering av behandling ved helseforetak.

4.3.3 Helseforetak

Helsedirektoratet (2012, s. 5) peker på at *“erfaringer fra andre nordiske land viser at anvendelsen av KPP-beregninger øker kvaliteten på aktivitetsdata og kostnadsdata”*. Den økte kvaliteten i dataene åpner særlig for tre bruksområder i helseforetak. Disse er rapportering og fakturering, planlegging og budsjettering, samt vurdering av kvalitet i behandling for å endre praksis i retning høyere kvalitet.

Helsedirektoratet (2012, s. 5) fremstiller at *“KPP-modeller gjør det meningsfullt å sette kvalitative behandlingsmål for pasientgrupper”*. Videre argumenterer Helsedirektoratet (2012, s. 5) at *“i oppfølging og evaluering av slike mål vil en KPP-modell gi data som kan belyse/forklare avvik når det er forskjell mellom medisinske mål og resultater”*. Det vil si, høyt ressursforbruk og høy variasjon i ressursforbruk (volatilitet) kan tyde på lav behandlingskvalitet. Helsedirektoratet (2012, s. 5) oppgir at *“en mulig forklaring på høye behandlingskostnader kan være sykehusinfeksjoner, re-operasjoner eller komplikasjoner etter operative inngrep med påfølgende lange sykehusopphold”*. På den andre siden kan lav kostnad med liten variasjon innenfor en pasientgruppe innebære høy kvalitet i behandling og lav risiko for medisinske feil (HDIR, 2012).

Et fortrinn ved KPP-modellen er at den *“resulterer i personentydige data om hvilken behandling pasienten har mottatt og hvilke ressurser denne behandlingen krever”* (HDIR, 2012, s. 5). Det blir da mulig å analysere og sammenligne ressursbruken på tvers av pasienter og pasientgrupper, og hvilke kostnader (aktiviteter og ressurser) disse utløser. En implikasjon av dette er at KPP kan bidra med data for å evaluere, diskutere og implementere prosedyrer og behandlingsløp. Verktøyet kan da anvendes til å avdekke og utfase praksis som er ineffektiv eller av lav kvalitet, samt å oppdage, innføre eller spre praksis som er spesielt effektiv eller av høy kvalitet.

Data fra KPP-beregninger vil imidlertid også kunne brukes til planlegging og økonomisk styring (HDIR, 2012). Helsedirektoratet (2012, s. 6) peker på at *“KPP-beregninger gir blant annet estimater på gjennomsnittskostnader i pasientbehandling, som for eksempel kan benyttes i budsjettarbeidet”*. Helseforetak kan kombinere dette med anslag om antall pasienter i arbeidet med å utforme årlige budsjetter. Videre vil helseforetakene kunne øke egen innsikt om konsekvensene ved endringer. Eksempelvis kan KPP brukes til å beregne kostnadene dersom helseforetaket blir pålagt omprioriteringer, eller må øke aktivitet på et gitt felt for å avvikle køer. Videre vil *“KPP-data [...] også gi muligheter til å se kostnader i sammenheng med inntekter”* samt *“bærer informasjon som kan belyse pasienttyngde”* (HDIR, 2012, s. 5).

Et annet viktig poeng er at

“etablering og drift av KPP-modeller vil innebære at relevant informasjon er løpende tilgjengelig når slike behov oppstår på ulike nivå i en organisasjon. Slik informasjon er ofte svært ressurskrevende å hente frem på ad hoc basis” (HDIR, 2012, s. 6).

Helsedirektoratet forespeiler altså at KPP-data vil være relevant som støtte til både langsiktig beslutningstaking i form av blant annet investeringsbeslutninger, men også beslutningstaking med en kortere horisont. Sistnevnte kan inkludere årlig budsjettarbeid, eller være i tilknytning til prosjekter og utilsiktede hendelser.

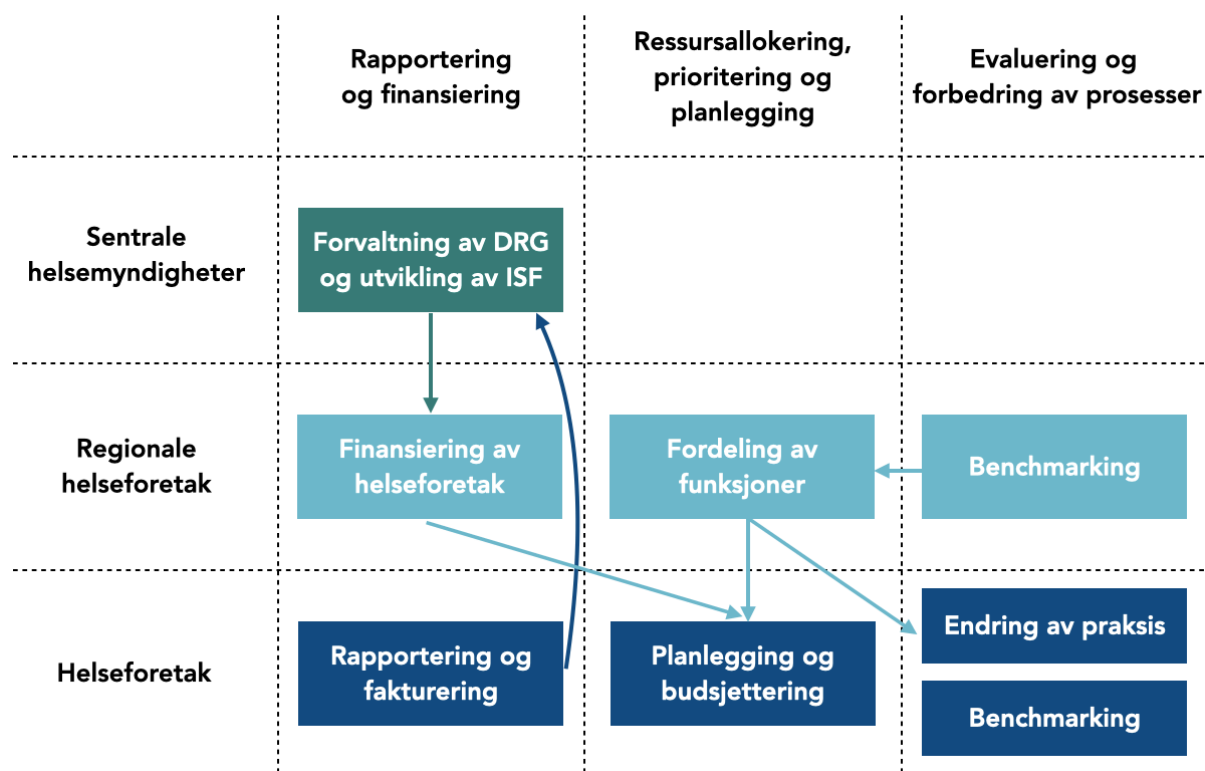
Til sist vil *“eksistensen av KPP-modeller også forenkle og effektivisere helseforetakenes arbeid med innrapportering av data til RHF og sentrale myndigheter”* (HDIR, 2012, s. 5). Med andre ord kan bruk av KPP på helseforetaksnivå forenkle styringsarbeidet som gjøres på regionalt helseforetaksnivå og hos sentrale helsemyndigheter. Det kan også bemerkes at KPP-data regnes som velegnet for fakturering av pasientkostnader (HDIR, 2012). Ved gjestepasientoppgjør og selvbetalende pasienter kan helseforetak oppgi priser som i større grad samsvarer med faktisk ressursbruk.

For å oppsummere bruken på helseforetaksnivå kan KPP benyttes til både medisinsk og økonomisk styring. Med medisinsk styring menes å kvalitetssikre pasientbehandling og identifisere praksis av lav eller høy kvalitet. Dette vil muliggjøre endring av praksis i retning høyere kvalitet. Med økonomisk styring menes at KPP vil gjøre beslutningsrelevant informasjon løpende tilgjengelig for ledelsen i forbindelse med planlegging, budsjettarbeid og endringer. Videre er KPP velegnet til rapportering og for å sørge for samsvar mellom kostnader og inntekter.

4.3.4 En modell for bruk av KPP

Den intenderte bruken av KPP har nå blitt gjennomgått på tre ulike nivåer innen helseforvaltningen. For sentrale helsemyndigheter står forvaltning av DRG og utvikling av ISF sentralt. RHF-ene kan benytte KPP til benchmarking, fordeling av funksjoner samt beslutninger om finansiering av helseforetak. Til sist kan helseforetakene bruke KPP for å vurdere kvalitet i behandling med den hensikt å endre praksis, til å fasilitere planlegging og budsjettering, så vel som å forenkle rapportering og fakturering. Disse bruksområdene er illustrert i Figur 4.2 under.

Figur 4.2: Bruksområder for KPP på ulike nivåer



Bruksområdene som har blitt identifisert i Helsedirektoratets dokumenter har vi grovt delt inn i tre kategorier: (1) rapportering og finansiering, (2) ressursallokering, prioritering og planlegging, samt (3) evaluering og forbedring av prosesser. Kategorien **rapportering og finansiering** samler bruken på ulike nivåer knyttet til KPPs rolle i forvaltning og utvikling av DRG- og ISF-systemet. Kategorien for **ressursallokering, prioritering og planlegging** samler bruksområdene som kan knyttes til økonomiske beslutninger. Til sist dekker kategorien **evaluering og forbedring av prosesser** bruksområdene knyttet til å lære om, endre og forbedre pasientbehandling.

Det er imidlertid viktig å bemerke at de forskjellige bruksområdene til KPP ikke eksisterer i et vakuum. Tvert imot vil flere av bruksområdene, også mellom forskjellige nivåer, være knyttet til hverandre, og i noen tilfeller avhenge av hverandre. Hvordan de ulike bruksområdene henger sammen er illustrert ved hjelp av pilene i Figur 4.2.

For det første vil det ikke være mulig å utvikle en nasjonal KPP-database dersom ingen helseforetak gjør beregninger og rapporterer ved hjelp av KPP. Dette innebærer at sentrale

helsemyndigheters bruk av KPP for forvaltning og utvikling av DRG og ISF, avhenger nettopp av at helseforetakene rapporterer ved hjelp av KPP.

Videre vil forvaltning og utvikling av DRG og ISF påvirke finansieringsmodellen innen helseforvaltning. Dette vil i sin tur påvirke beslutninger som regionale helseforetak tar knyttet til finansiering av helseforetak, og videre til helseforetakenes prosesser knyttet til planlegging og budsjettering.

Opprettelse av en nasjonal KPP-database vil også kunne påvirke RHF-enes arbeid med benchmarking, gitt at nasjonale gjennomsnitt brukes som benchmark. Uansett hvilken standard som brukes for benchmarking, kan man imidlertid også forvente at RHF-enes vurderinger om fordeling av funksjoner påvirkes av prosessen. Denne fordelingen av funksjoner mellom helseforetak vil følgelig også få konsekvenser for de berørte foretakenes planlegging og budsjettering.

Til sist kan det forventes at det vil være en sammenheng mellom benchmarking og vurdering av kvalitet i behandling på helseforetaksnivå. Begge disse bruksområdene ved KPP er basert på sammenligning av like behandlinger og pasientgrupper mellom enheter, med den hensikt å heve kvalitet og effektivitet i behandling. For å identifisere behandling av særlig høy kvalitet eller som er særlig effektiv, vil det imidlertid være mest relevant med benchmarking på nivået hvor behandlingen gis. Dette innebærer at benchmarking også vil utføres på helseforetaksnivå, gjerne ned på klinikk- eller avdelingsnivå, og ikke bare på RHF-nivå, som illustrert i figuren.

4.4 Kategorisering av KPP som styringsverktøy

I Helsedirektoratets dokumenter er bruksområdene til KPP organisert etter organisasjonsnivå, slik vi også har gjengitt bruksområdene til nå. Vi har imidlertid også lagt frem at bruksområdene kan kategoriseres basert på om de er knyttet til rapportering og finansiering, beslutninger og planlegging, eller forbedringsprosesser. I dette delkapittelet vil vi analysere om det er konsistens mellom disse kategoriene og den normative litteraturen gjennomgått i kapittel 3. Denne analysen vil vise at KPP i praksis vil brukes som tre ulike typer verktøy, nemlig:

1. Statsadministrativt rapporteringsverktøy
2. Økonomisk styringsverktøy
3. Medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy

4.4.1 Statsadministrativt rapporteringsverktøy

I Helsedirektoratets dokumenter vektlegges den rollen som KPP er tiltenkt i forvaltningen og utviklingen av DRG- og ISF-systemet. Dette innebærer at refusjonsprisene og vektingene som settes i ISF-systemet, og dermed refusjonen helseforetak får per pasient, vil være basert på kostnadsestimater utarbeidet ved bruk av KPP-data.

Det kan også bemerkes at rapportering og finansiering er den eneste av kategoriene som er relevant på alle tre nivåer, det vil si for både sentrale helsemyndigheter, RHF og helseforetak. Dette understreker at Helsedirektoratet anser KPP som en viktig brikke i den statlige finansieringen av helsesektoren.

Her ser vi en sammenheng mellom den forespeilede bruken av KPP og potensialet beskrevet i kapittel 3. Kaplan og Porter (2011, s. 17) hevder som nevnt at TD-ABC kan bidra til å “gjennopfinne refusjon”. Keel et al. (2017) beskriver også at TD-ABC kan brukes til å forme refusjonsordninger, men er mer reservert om potensialet. De poengterer at “*rollen til TD-ABC i dette regnskapslandskapet er fremdeles i utvikling*” (Keel et al., 2017, s. 762).

Kaplan og Porter (2011) legger til grunn at TD-ABC vil lede til sterkere samsvar mellom prising av helsetjenester og de faktiske kostnadene en pasient utløser. Spesielt kan dette samsvaret styrkes ved at TD-ABC muliggjør kartlegging av kostnader over hele pleiesyklusen. Dette er forenlig med hvordan Helsedirektoratet ønsker å bruke KPP for å videreutvikle ISF. KPPs tiltenkte rolle for å skape sammenheng mellom prising og kostnader kommer også tydelig frem når Helsedirektoratet beskriver KPP-datas egnethet som grunnlag for fakturering.

Det er imidlertid viktig å påpeke at bruken av KPP i forvaltning og utvikling av ISF-systemet, eller bruken av TD-ABC for å støtte refusjonsordninger mer generelt, ikke direkte korresponderer med noen av Behns (2003) formål for prestasjonsmåling i offentlig sektor. Det å skape samsvar mellom prising og kostnader vil kunne være nyttig for en leder i et offentlig foretak for eksempelvis evaluering og budsjettering. Både Helsedirektoratet og den gjennomgåtte litteraturen skiller imidlertid mellom forvaltning av refusjonsordninger og intern styring på helseforetak. Behn (2003, s. 587) fokuserer på “*folkene som styrer offentlige foretak*”, altså et internt fokus. KPP er imidlertid også tiltenkt et eksternt formål.

Med “eksternt” mener vi her den overordnede politiske styringen av helsesektoren, i kontrast med den interne styringen på RHF- og helseforetaksnivå. Gjennom å danne grunnlaget for

utvikling av ISF-systemet vil KPP-data spille en rolle i hvordan staten administrerer, og spesifikt finansierer, helsesektoren. Dette vil foregå gjennom at helseforetak bruker KPP til å beregne kostnader, som så rapporteres til staten, representert ved Helsedirektoratet. KPP vil dermed fungere som et *statsadministrativt rapporteringsverktøy*.

4.4.2 Økonomisk styringsverktøy

Den andre grupperingen av potensielle bruksområder for TD-ABC i helsesektoren, som vi identifiserte i litteraturen, er økonomisk planlegging og ressursallokering. Dette er forenlig med bruksområdene for KPP under beslutninger og planlegging.

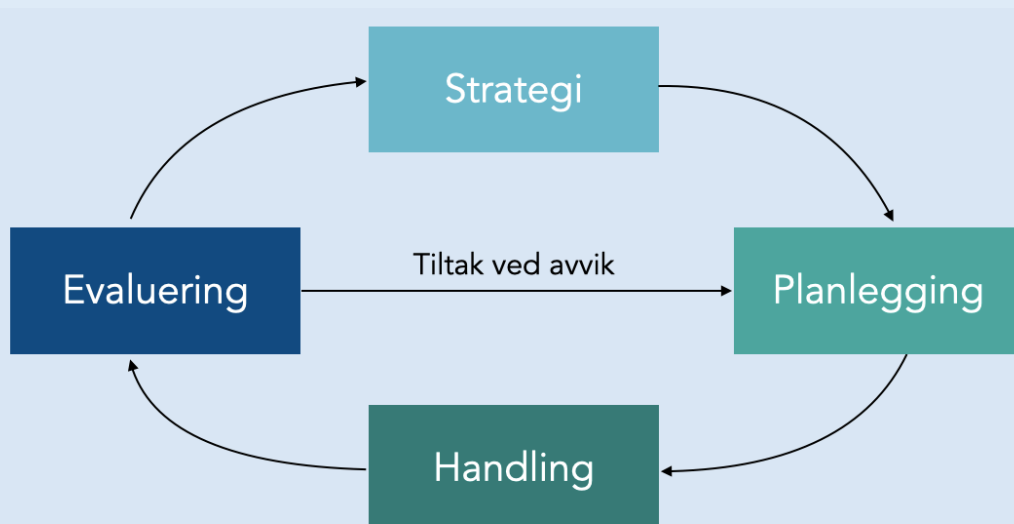
Et viktig bruksområde innenfor denne kategorien som Helsedirektoratet nevner, er at KPP vil gi RHFer nyttig informasjon for beslutninger knyttet til fordeling av funksjoner mellom helseforetak. Med andre ord, beslutninger hvor man ønsker å “*levere de riktige funksjonene på riktig lokasjon*”, slik Kaplan og Porter (2011, s. 14) som nevnt ordlegger det. I dette ligger viktige strategiske og økonomiske valg om hvordan RHFene skal organisere seg for å tilby mest mulig effektive helsetjenester, eller “*omstruktureringer for å forbedre verdi*” (Kaplan et al., 2014, s. 406). Disse valgene kan innebære nye investeringer og utvidelser i enkelte helseforetak, men også nedbygging eller stenging av andre helseforetak. Demeere et al. (2009) peker som nevnt nettopp på vurdering av fremtidige investeringer som et bruksområde for TD-ABC, men også på at TD-ABC kan brukes til å gjøre lønnsomhetsanalyser. Verdiskapende omorganiseringer kan også utføres på helseforetaks- eller selv avdelingsnivå (Kaplan et al., 2014).

I likhet med RHFer vil også helseforetak gjøre investeringsbeslutninger. Demeere et al. (2009) peker eksempelvis på utforming av bygningsmassen, og at TD-ABC kan bidra til at dette gjøres mer effektivt. KPP vil altså muliggjøre evaluering av helseforetakene, for å informere økonomiske og strategiske beslutninger. Evaluering inngår også i styringsløyfen (Anthony og Govindarajan, 2006), noe som innebærer at data fra KPP får en rolle i styringen av foretakene.

Tekstboks 4.2: Styringsløyfen

Styringsløyfen er en beskrivelse av den sirkulære prosessen som inngår i styringen av virksomheter. Anthony og Govindarajan (2006) peker på at styring skjer på tre nivåer, nemlig strategisk, taktisk og operativt. På strategisk nivå utformes visjon og overordnede mål. På taktisk nivå inngår prosessene foretaket benytter for å anskaffe og allokere ressurser, samt å bryte de overordnede målene ned i konkrete gjennomføringsplaner og evaluering. Til sist er det operative nivået hvor handlinger utføres i det daglige for å faktisk oppnå målene.

Styring som beskrevet over fremstår ved første øyekast som “ovenfra-og-ned”, men i realiteten innebærer det en tilbakemeldingssirkel, hvor strategi og mål (strategisk nivå) leder til planlegging (taktisk), som leder til handling (operativt), som leder til evaluering (taktisk), som leder tilbake til strategi og mål. Dette er illustrert figuren under.



Basert på Bjørnenak, Kaarbøe og Meidell (2017)

Evaluering er også det første formålet med prestasjonsmåling på Behns (2003) liste. Behn (2003, s. 589) advarer imidlertid om at uten en “klar, koherent misjon, strategi og mål kombinert med en rasjonell programstruktur” vil ledere frykte å bli bedømt for manglende oppnåelse av mål de ikke forfulgte, eller at de ikke får rammevilkårene til å oppnå forfulgte mål. Dette kan være en særlig utfordring i helsesektoren, ettersom bredden av mål og hensyn øker kompleksiteten (Nyland og Pettersen, 2010). Den gjennomgåtte litteraturen om TD-ABC i helsesektoren er imidlertid optimistisk om at TD-ABC vil lede til bedre økonomiske beslutninger gjennom å gi mer treffsikre data.

Ressursallokering skjer imidlertid ikke bare gjennom investeringsbeslutninger og omorganiseringer. På helseforetaksnivå allokteres ressurser årlig gjennom budsjettet, som Helsedirektoratet mener KPP kan bidra til. I henhold til Kaplan og Porter (2011) ligger det her muligheter til blant annet utnyttelse av ressurskapasitet i klinikker og avdelinger. Dette potensialet kan knyttes blant annet til at Helsedirektoratet mener KPP kan brukes til å beregne kostnadene ved omprioriteringer og avvikling av køer. Ressursallokering er også sentralt i planleggingsdelen av styringssløyfen (Anthony og Govindarajan, 2006).

KPP kan altså kobles til ytterligere ett av Behn's (2003) formål for prestasjonsmåling, nemlig budsjettering. Behn (2003, s. 590) beskriver dette som "*hvilke programmer, mennesker og prosjekter skal myndighetene bruke penger på?*", noe som samsvarer med de økonomiske bruksområdene Helsedirektoratet peker på for KPP på RHF- og helseforetaksnivå.

I sum kan det sies at KPP er ment til å støtte økonomiske beslutninger og fasilitere for styringssløyfen. Det er altså et *økonomisk styringsverktøy*, både på RHF- og helseforetaksnivå.

4.4.3 Medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy

Den siste grupperingen av bruksområder vi identifiserte i litteraturen er kvalitetsforbedring og effektivitetsøkning. Dette innebærer hva Demeere et al. (2009, s. 301) beskriver som "*operasjonelle forbedringer*", mens Kaplan et al. (2014, s. 408) blant annet nevner "*benchmarking og beste praksis-deling*".

For de forespeilede bruksområdene til KPP er det også prosesser som skal sikre kvalitetsforbedring og effektivitetsøkning. Som tidligere diskutert kan KPP-data anvendes til benchmarking både på RHF-, helseforetaks-, klinikk- og avdelingsnivå. Det legges til grunn at kostnader kalkulert ved hjelp av KPP kan gi et bedre sammenligningsgrunnlag mellom ulike foretak og avdelinger. Dermed blir det mulig å avdekke om enkelte enheter presterer spesielt sterkt (eller svakt), og tiltak kan gjøres basert på denne innsikten. Dette er helt i tråd med Kaplan et al. (2014).

Her ser vi altså at KPP er ment som et verktøy som skal fasilitere læring og endring. Å lære og å forbedre er nettopp to av formålene ved prestasjonsmåling Behn (2003) peker på. Behn (2003, s. 596) viser videre til at benchmarking er "*en tradisjonell form for prestasjonsmåling som er designet for å fasilitere læring*".

Det kan imidlertid bemerkes at benchmarking i seg selv ikke nødvendigvis leder til forbedring (Behn, 2003). Det krever også innsikt "*i den sorte boksen*" (Behn, 2003, s. 597) som forklarer hvordan innsatsfaktorer, omgivelser og operasjoner eller prosesser endrer, forårsaker eller skaper produksjon og utfall. Både Demeere et al. (2009) og Kaplan et al. (2014) vektlegger operasjonell forståelse i sammenheng med bruk av TD-ABC for å skape kvalitets- og effektivitetsforbedringer. Dette innebærer at kostnadsestimatene må kombineres med klinisk forståelse for å utvikle beste praksis. Helsedirektoratet bemerker også hvordan volatilitet (som kan leses ut fra KPP) kan knyttes til kvalitet og effektivitet ved hjelp av kliniske forklaringer, som sykehusinfeksjoner og komplikasjoner. Helsedirektoratet peker som nevnt videre på at KPP kan gi personentydige data, noe som legger til rette for nettopp slik klinisk forståelse i kombinasjon med kostnadsestimatene. Det fremstår dermed som at Helsedirektoratet forespeiler at KPP vil være et kvalitetsverktøy fra et medisinsk perspektiv, gjennom å bidra til å avdekke effektive behandlinger, så vel som et økonomisk verktøy.

Som kvalitetsverktøy kan KPP også knyttes til prestasjonsmålingsformålet kontroll. Behn (2003, s. 589) poengterer at ledere kan ønske å måle prestasjoner for å sikre at medarbeidere "*gjør den rette tingen*". Kaplan og Porter (2011, s. 12) beskriver eksempelvis hvordan "*kirurger bruker forskjellige implantater, ulike kirurgiske sett og utstyr, og introduserer dermed betydelig kostnadsvariasjon*". Kaplan og Porter forespeiler videre at helseforetak kan redusere kostnader uten at det går på bekostning av kvalitet ved å redusere slik variasjon. Her foreslås det altså at kvalitet og effektivitet kan heves gjennom standardisering. Ved å identifisere "beste praksis" for både prosesser og utstyr, og så innføre dette som en standard kan det potensielt bli "mer helse per krone".

Potensielle formål ved KPP kan altså være å lære om og endre, så vel som å kontrollere medisinsk praksis, med den endelige hensikt å heve kvalitet og effektivitet. Således blir KPP også et *medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy*.

4.5 Oppsummering av KPP-modellen

Oppsummert beskriver Helsedirektoratet KPP som en modell basert på prinsippene i TD-ABC. Helsedirektoratet har ambisjoner for at KPP vil kunne gi hurtigere, mer treffsikre og mer detaljerte kostnadsestimater for pasientbehandlinger. Det forespeiles også at kostnadsestimatene vil være mer sammenlignbare både internt, men også på tvers av enheter.

Helsedirektoratet legger til grunn at KPP vil anvendes på alle nivåer i helsesektoren: av sentrale helsemyndigheter, RFHer og helseforetak. KPP vil få en betydelig rolle i forvaltning og utvikling av DRG- og ISF-systemet. KPP er også tiltenkt en rolle i økonomisk planlegging og beslutningstaking, spesielt knyttet til ressursallokering. Til sist har Helsedirektoratet en ambisjon om at KPP kan bidra til å kartlegge kvalitet i behandling. Slik kan beste (og verste) praksis avdekkes, og endringer kan gjøres i behandlingsløp.

Vi finner at forventningene til Helsedirektoratet for KPP er i tråd med de potensielle bruksområdene for TD-ABC i helsesektoren. KPP vil brukes til å øke samsvaret mellom refusjonsordningen ISF og faktiske kostnader ved effektiv behandling. I tillegg vil KPP som nevnt også brukes til økonomisk planlegging, samt til arbeid med kvalitetsforbedring og effektivitetsøkning. Disse bruksområdene dekker ulike formål. I praksis fremstår det som om KPP vil brukes på tre ulike måter: statsadministrativt rapporteringsverktøy, økonomisk styringsverktøy og medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy.

4.5.1 Modell for bruk av KPP på helseforetaksnivå

I neste kapittel vil vi gå nærmere inn på implementeringen av KPP i et norsk helseforetak. I den sammenheng er det hensiktsmessig med en avgrensning av bruken ved KPP til hva som er relevant på helseforetaksnivå.

På helseforetaksnivå er den intenderte bruken ved KPP bred, med ulike formål. Det kan også bemerkes at for disse formålene kan det skilles mellom økonomisk og medisinsk styring, og administrativt og operasjonell bruk. Operativ bruk vil være på klinikker, avdelinger og mindre enheter med medisinske funksjoner, hvor fokuset vil være knyttet til behandlingskvalitet. Administrativ bruk, på den andre siden, innebærer bruk av ledelsen og økonomiavdelingen for eksempelvis planlegging, budsjettering og rapportering. Med andre ord kan KPP brukes administrativt som et rapporteringsverktøy og beslutningsverktøy, eller operativt som et kvalitets- og prosessendringsverktøy, som illustrert i Figur 4.3.

Figur 4.3: Klassifisering av bruken av KPP på helseforetaksnivå

	Statsadministrativt rapporteringsverktøy	Økonomisk styringsverktøy	Medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy
Sentrale helsemyndigheter	Forvaltning av DRG og utvikling av ISF		
Regionale helseforetak	Finansiering av helseforetak	Fordeling av funksjoner	Benchmarking
Helseforetak	Rapportering og fakturering	Planlegging og budsjettering	Endring av praksis Benchmarking

↓ **Administrativt bruk**
↓ **Operativt bruk**

5. Implementering av KPP i et universitetssykehus

I forrige kapittel analyserte vi samsvaret mellom potensiell nytte ved å innføre TD-ABC i helsesektoren basert på den normative litteraturen, og ambisjonene HDIR beskriver for KPP i ulike dokumenter. Her fant vi konsistens. Det neste spørsmålet blir da i hvilken grad det også er samsvar mellom HDIRs ambisjoner og den faktiske implementeringen av KPP i et helseforetak, eller om det er et gap.

For å undersøke om et slikt gap finnes, vil vi i dette kapittelet ta for oss implementering og bruk av KPP ved et større norsk universitetssykehus. Vi vil videre i teksten referere til dette helseforetaket som “US”. Det regionale helseforetaket som universitetssykehuset hører under vil bli referert til som “RHF”. Vi vil starte med å beskrive hvordan arbeidet med å implementere KPP ble innledet, før vi går videre på planer og faktisk bruk per i dag.

5.1 Oppstartsprosjekt på et større norsk universitetssykehus

Det innledende arbeidet med KPP startet med opprettelsen av et KPP-prosjekt. Dette prosjektet var aktivt fra august 2015 til januar 2017. Prosjektet hadde som oppgave å anskaffe og innføre en systemløsning for KPP for å innrapportere KPP-data.

Tekstboks 5.1: Implementeringsfaser for KPP

Oppstartsprosjektet blir beskrevet i interne dokumenter som fase 1 av implementeringen av KPP. Denne første fasen er knyttet til innføringen av KPP som statsadministrativt rapporteringsverktøy. Målet er å erstatte tidligere metoder for å beregne og rapportere kostnader til HDIR med KPP-beregninger.

Fase 2 og fase 3 er ikke entydig beskrevet i dokumentene vi har hatt tilgang til. Fase 2 og 3 er samlet knyttet til bruk av KPP-data som “kvalitets- og styringsverktøy”. Altså vil innføring av KPP som økonomisk styringsverktøy og medisinsk kvalitets- og prosessverktøy finne sted gjennom fase 2 og 3.

I henhold til prosjektets sluttrapport (2017, s. 3) var

“I dette prosjektet (KPP fase 1) [...] løsningen et rapporteringsverktøy for lovpålagt rapportering av KPP-data til Helsedirektoratet. På sikt har nasjonal arbeidsgruppe for KPP, og [RHF], som ambisjon å benytte KPP-data (og løsning) som kvalitets- og styringsverktøy.”

Arbeidet i oppstartsprosjektet var altså knyttet til at *“samtlige helseregioner er pålagt av HOD å implementere KPP for somatiske fagområder innen 1.1.2017”* (sluttrapport, 2017, s. 3), og at innrapportering av data fra helseforetakene skulle gjøres ved hjelp av beregninger i KPP heller enn eldre systemer. Andre bruksområder ville komme på sikt.

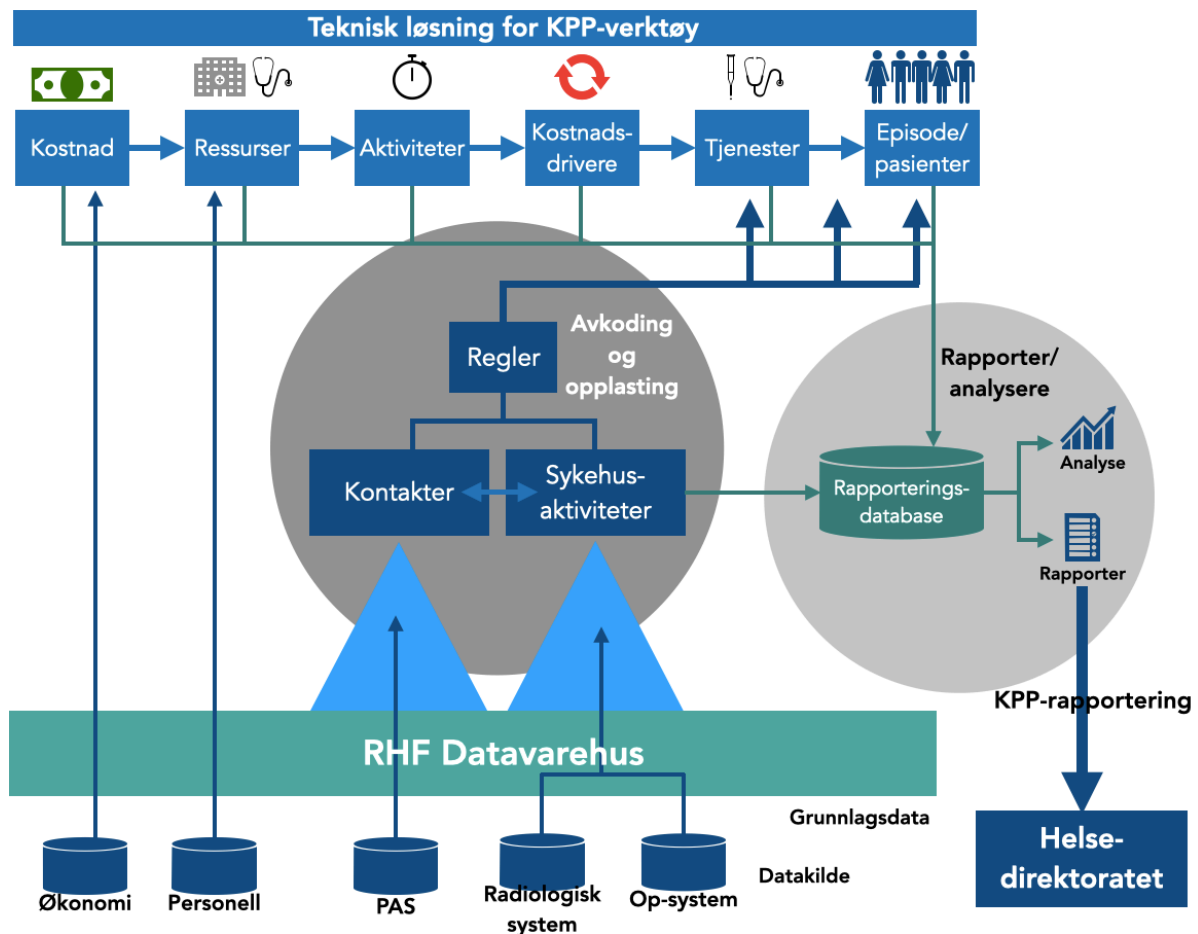
For at KPP skulle implementeres for somatiske fagområder hadde oppstartsprosjektet en rekke leveranser. I sluttrapporten (2017, s. 3-4) var disse beskrevet som følger:

1. Modeller og beskrivelse av hoved- og delprosesser innen KPP skal utarbeides som spesifisert.
2. Konseptuell modell (prinsipper) for kostnadsgrunnlaget som benyttes for å beregne KPP.
3. Beslutning om prosjektet skal anskaffe løsning fra ekstern leverandør eller videreutvikle [RHF]s eksisterende datavarehusløsning.
4. Gjennomføre en eventuell anskaffelse av eksternt verktøy.
5. Konfigurert/utviklet løsning for å beregne KPP.
6. Implementert KPP-løsning i [RHF].
7. Avklart eierskap ift regionale og lokale KPP-prosesser.

Gi innspill til videreføring av KPP-prosjektet.

I henhold til sluttrapporten ble alle disse leveransene oppfylt. Det ble besluttet at prosjektet skulle anskaffe den tekniske løsningen fra en ekstern leverandør, noe som også ble utført. Det kan bemerkes at prosjektet anskaffet løsningen fra samme leverandør som tidligere prosjekt i andre deler av Norge har benyttet. Anskaffelsen av teknisk løsning for KPP virker imidlertid ikke å være koordinert mellom ulike oppstartsprosjekter. Prosjektet ble ledet gjennom en *“standard anskaffelsesprosess”* (sluttrapport, 2017, s. 5) av RHF Innkjøp. Dette ble gjort våren 2016. KPP-verktøyet anskaffet og implementert av prosjektgruppen er strukturert som vist under i Figur 5.1.

Figur 5.1: Overordnet løsningskisse for KPP



Kilde: Sluttrapport (2017, s. 3)

Parallelt med at løsningsspesifikasjonen ble utarbeidet, startet prosjektet ukentlige møter med helseforetak for å få på plass kliniske, økonomiske og organisatoriske kildedata for ulike systemer. En ekstern konsulent utførte så konfigurering av løsningsspesifikasjonen sommeren 2016.

Fra høsten 2016 av deltok representanter for KPP-prosjektet på RHF IKT Styringsdata sine spesifikasjons- og demomøter knyttet til datavarehus. Dette ettersom implementering av KPP er "avhengig av mange leveranser fra [RHF] IKT Styringsdata" (sluttrapport, 2017, s. 5). Samarbeidet var imidlertid ikke uproblematisk. Det beskrives i sluttrapporten (2017, s. 5) at

"Det er utfordrende for et prosjekt å ha nødvendig forutsigbarhet når man er del av den "smidige" arbeidsmåten til datavarehuset. For å løse dette ble det etablert en tettere dialog enn de "vanlige" møtene i den "smidige" metodikken legger opp til. For fremtidige prosjekter anbefales det at datavarehuset vurderer alternativer til den "smidige" metodikken for å bedre prosjektenes forutsigbarhet."

Prosjektet støtte altså på utfordringer med forutsigbarhet grunnet den “smidige” arbeidsmetodikken til RHF IKT Styringsdata. Siden løsningen var flere møter enn “vanlig” kan det virke som utfordringen var manglende kommunikasjon eller samhandling mellom avdelingen og prosjektet. Det kommer også frem i sluttrapporten (2017, s. 9) at “*prosjektet ønsket opprinnelig å kjøpe fri ressurser rundt 100 % [fra RHF IKT Styringsdata] for å sikre at vi klarte å levere, dette var ikke mulig*” og at prosjektet hadde sett det som en fordel om det kunne “*frikjøpe ressurs fra datavarehusmiljøet i neste fase*”. Her antydes det at prosjektgruppen mener RHF ikke prioriterte tilstrekkelige ressurser til KPP-prosjektet.

Manglende prioritering og involvering er også antydnet på helseforetaksnivå. I sluttrapporten (2017, s. 10) blir det etterspurt “*mer involvering fra klinikere og analyse, de som kjenner aktivitetsdataene, i prosjektgruppen*” og at “*fag klinisk bør involveres som referansegruppe*”. Samtidig foreslås det at “*I fase 2 og 3 (kvalitets- og styringsverktøy) så bør man vurdere om noen fra leverandør bør reise til hvert enkelt foretak for opplæring*”, noe som antyder at kunnskap om KPP er lav eller fraværende i helseforetakene. Dette til tross for at å “*påvirke og involvere fag*” oppgis som en suksessfaktor for prosjektet.

Til tross for tilsynelatende manglende involvering og tilgang på eksterne ressurser, fullførte imidlertid oppstartsprosjektet som nevnt sine leveranser. Det bemerkes at “*løsningen ble også implementert slik at KPP-data for 2015 ble innrapportert i tide, noe som innebærer at man leverer kun KPP-data (ikke KVA [kostnadsvektarbeid]) for 2017 våren 2017*” (sluttrapport, 2017, s. 3). Fase 1 av implementeringen av KPP, som oppstartsprosjektet utgjorde, var også nettopp knyttet til rapportering pålagt av HOD. I sluttrapporten pekes det likevel på utfordringer for arbeid med fase 2 og 3. Dette inkluderer blant annet utfordringer knyttet til datakvalitet og manglende data, men også organisering av videre arbeid. Det anbefales at

“*Det identifiseres en representant på direktørnivå fra fag og økonomi i hvert av [helseforetakene og RHF] hvis rolle er å eie gevinstene knyttet til all KPP videreutvikling som har til hensikt å gi [RHF] et verktøy for å redusere variasjon/øke kvalitet. Denne gruppen av gevinsteiere bør inkludere alle systemeiere, men omfatte fag og økonomi i hvert foretak. Identifikasjon av gevinsteiere er en forutsetning for en vellykket videreutvikling av [teknisk løsning for KPP] som beslutningsverktøy.*” (sluttrapport, 2017, s. 14)

Her understrekes det altså at videre utvikling av KPP bør eies både av medisinskfaglige og økonomiledere for at KPP skal være nyttig utover funksjonen som rapporteringsverktøy.

I sluttrapporten (2017, s. 14) anbefales det også at det videre arbeidet med innføring av KPP følger en “*smidig modell*” hvor

“mandatet til gruppen av systemansvarlige utvides til å spesifisere og bestille ny funksjonalitet i henhold til smidig utviklingsmetodikk, altså et regime hvor man utvikler ny funksjonalitet og realiserer gevinster inkrementelt”.

Sett i sammenheng med anbefalingen om å involvere klinikere og analyse, fremstår det dermed som at oppstartsprosjektet forespeiler at både medisinskfaglige og økonomifaglige brukere involveres fortløpende i den videre utviklingen av KPP.

5.2 Fremdrift i implementering av KPP til dags dato

Arbeidet i oppstartprosjektet ble videreført i en regional KPP-arbeidsgruppe. I et skriv fra US til RHF (fremdriftsplan, 2018) beskrives det at “*formålet med arbeidsgruppen er å sikre en felles tilnærming til KPP og dermed sammenlignbare tall mellom [helseforetak]-ene i [regionen].*” Det poengteres videre at “*KPP-tallene fortsatt er umodne*” og at primærfokuset derfor er “*å kvalitetssikre og forbedre beregningsmodellene slik de foreligger i dag, i samarbeid med klinikere og innspill fra Helsedirektoratet*”. Det bemerkes også at det må gjøres tilleggsinvesteringer på verktøysiden for å etterleve endrede rapporteringskrav fra HDIR.

Videre forklares det at på helseforetaksnivå pågår

“et arbeid for å markedsføre og validere modellen mot ledelse og klinikere. Dette arbeidet dreier seg om å sikre at klinikere kjenner seg igjen i kostnadsbildet som modellen beregner, slik at de opplever KPP som en troverdig kilde til informasjon. Først da kan KPP benyttes som et hjelpemiddel for å analysere medisinsk praksis og kvalitet. Gjennom KPP involveres klinikere i arbeid med å sikre bedre datakvalitet og ha mer eierskap til sin drift.”

Involvering og eierskap av prosjektet av ledelse og klinikere ble som tidligere beskrevet trukket frem av oppstartsprosjektet som viktige suksessfaktorer. At det forespeiles at klinikere involveres og har eierskap er dermed konsistent med anbefalingene til oppstartsprosjektet. Det fremkommer imidlertid som at arbeidet med KPP i stor grad er dreid i retning å sikre kvaliteten på KPP-dataene, og at dette må gjøres før KPP anvendes som et verktøy. Dette kan betraktes

som et brudd med oppstartsprosjektets anbefaling om en smidig modell, med en inkrementell realisering av ny funksjonalitet og nytte. Dette bruddet vil vi analysere nærmere i kapittel 6.

I fremdriftsplanen (2018) bemerkes det at *“KPP har allerede bidratt til betydelig effektivisering og økt datakvalitet i innrapportering av kostnadsvekter til Helsedirektoratet”*. På dette tidspunktet regnes altså KPP-dataene som både av for dårlig kvalitet, men også som en forbedring i innrapporterings-sammenheng. Det argumenteres videre at en grunn til dette er at *“for å kunne bruke KPP-dataene i forbedringsarbeid på [helseforetaks]nivå, er det imidlertid viktig at tallene oppdateres hyppigere enn én gang årlig”*. Arbeidet med hyppigere oppdatering ble imidlertid utsatt til 2019, og ble lagt frem som en beslutningssak på økonomidirektørmøtet i RHF mars 2019. Det beskrives også at RHF har *“ambisjon om å tilføre nye datakilder til modellen (MEONA, Cytodose, LAB, SAP, osv.) for å få mer presise KPP-tall”*. Datakildene som nevnes er knyttet både til ulike dataverktøy i bruk i helseforetakene, men også data fra spesifikke funksjoner (som laboratorieundersøkelser) som i 2018 enda ikke var inkorporert i KPP.

Til tross for manglene beskrevet over, fremgår det fra fremdriftsplanen (2018) at RHF har jobbet med *“diverse analyser av data”* i 2018. Det fremlegges at KPP i daværende tilstand kan brukes til følgende formål:

- Forbedring av kodekvalitet.
- Benchmark og identifisering av avvikende behandlingspraksis.
- Kvalitetssikring av datakvalitet og systemintegrasjoner som sikrer at informasjon om pasienten er lik og korrekt på tvers av systemene.
- KPP gir muligheter til å følge pasienten på tvers av avdelinger i sykehuset slik at man får litt mer helhetlig bilde av kostnadsdriverne.
- Uttrekkene som brukes i KPP blir også gjenbrukt i andre sammenhenger, som for eksempel i LIBRA.

Bruksområdene som nevnes er ikke utelukkende knyttet til rapportering. Eksempelvis fremstår *“benchmark og identifisering av avvikende behandlingspraksis”* som tydelig tilknyttet KPPs potensielle anvendelse som medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy, som beskrevet i forrige kapittel. Likevel poengteres det at KPP ikke enda er i bruk som *“et gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy”*, noe RHF ønsker (fremdriftsplan, 2018). Igjen fremgår det at

arbeidsgruppen ligger til grunn at kvaliteten i modellen ikke er god nok for andre formål enn rapportering, ettersom de *“fortsetter arbeidet med å forbedre modellen slik at den kan brukes til mer enn rapportering og retrospektive analyser”*.

Hvordan forbedringsarbeidet av KPP-modellen skal foregå fremgår også av fremdriftsplanen (2018). Planen er som følger:

2019

- Utarbeide en felles modell for somatikk og psykiatri/rus for å kunne følge opp pasienter på tvers av sektorene. Samtlige helseforetak i [RHF] skal levere KPP-data for psykiatri og rus innen 01.06.2019.
- Innarbeide akutt-data fra MEONA.
- Begynne med månedlige KPP-oppdateringer for å kunne korrigere eventuelle feil før perioden er avsluttet.
- Kartlegge og beslutte hvordan vi bevarer personvern ved tilgjengeliggjøring av data, slik at flere kan bruke dataene til analyser og forbedringsarbeid.

2020

- KPP som en integrert del av foretakenes styringssystem; brukes aktivt av ledere på alle nivå. For eksempel så kan lederne bruke KPP til å analysere egen drift og få bedre forståelse for kostnadsdrivere.
- Fortsette med forbedring av modellen med særlig fokus på forbedring av LAB-data.
- Regionale tjenestetilbud - integrert del av det som går på tvers av helseforetak (for eks. LAB-kostnader som er utført for andre helseforetak).

2021

- KPP inkluderer hele sykehusøkonomien (som for eksempel pasientreiser og prehospitale tjenester).
- KPP-data kan brukes av RHF som grunnlag til funksjonsfordeling mellom sykehus.
- Innarbeide innkjøpsdata fra SAP.
- KPP kan gi indikasjoner på ineffektive områder eller synliggjøre over-/underfinansierte områder. Det kan dermed brukes i den økonomiske planleggingsprosessen.
- KPP-data anvendes til forskning og måling/estimering av økonomiske effekter av endringer i pasientforløp.

På sikt

- Helhetlig pasientforløp (inkludert primærhelsetjenesten).

Av planen fremgår det en tydelig prioritering mellom de ulike bruksområdene. KPP som statsadministrativt rapporteringsverktøy ble innført for somatikk allerede i fase 1, altså under oppstartsprosjektet. Rapportering innen psykiatri og rus var så planlagt i 2019. Det er først i 2020 og 2021 at det er planlagt betydelige fremskritt for innføring av KPP som økonomisk styringsverktøy, eksempelvis ved å bli “*en integrert del av foretakenes styringssystem*” (2020) og “*brukes av RHF som grunnlag for funksjonsfordeling mellom sykehus*” (2021).

Informant 1 forklarer i møtet 17. februar 2020 at KPP fremdeles brukes stort sett som et rapporteringsverktøy. Det blir indikert i møtet at det i stor grad fremdeles jobbes med å forbedre kvaliteten på dataene. I februar 2020 er også oppdateringene fremdeles årlige, selv om månedlige oppdateringer var planlagt innført i løpet av 2019.

5.3 Bruk og videre implementering av KPP

Som det fremgår av beskrivelsen så langt er ikke KPP implementert i tilstrekkelig grad, verken på US eller RHF, til å oppfylle alle ambisjonene til HDIR. Det er dermed et gap mellom forventningene til KPP og faktisk bruk. Som informant 1 poengterer: “*HDIR sine ambisjoner er greie, men det tar mer tid*”. I resten av dette kapitlet vil vi derfor gå gjennom hva status for KPP er innenfor hvert av de overordnede bruksområdene vi identifiserte i kapittel 4, og hva som kan være potensielle barrierer for at KPP blir implementert i henhold til HDIRs forventninger.

5.3.1 KPP som statsadministrativt rapporteringsverktøy

Innføring av KPP som et statsadministrativt rapporteringsverktøy har gjennomgående vært prioritert i implementeringsprosessen. Som tidligere beskrevet var dette formålet med oppstartsprosjektet. Siden har rapportering basert på KPP også blitt innført innen psykiatri og rus i tillegg til somatikk. Det kan bemerkes at i dokumentene vi har fått tilgang til er rapportering oppgitt som et eksplisitt, lovpålagt krav fra HOD. Tilsvarende krav er ikke beskrevet for andre bruksområder. Det kan også bemerkes at i løsningskissen for KPP, illustrert i Figur 5.1, er rapportering “adressert” til HOD, mens analyse ikke har noen adresse. Samlet fremstår det da tydelig som at rapportering har vært fokuset i arbeidet med KPP frem til nå.

Fokuset på rapportering gjenspeiles også i tidsbruken blant dem som jobber med KPP i det daglige. Informant 2 beskriver at

“Vår oppgave er blant annet å jobbe med å utvikle og forbedre modellen som vi bruker for innlevering av KPP-data, og forsøke å få mest mulig riktig kostnadsfordeling før innlevering av data til HDIR 15. april. Det innebærer blant annet å involvere øvrige kontrollere og eventuelt fagmiljø for å gå gjennom fordelingsnøkler og oppdatering av prislister per prosedyre. [...] Vi har jobbet med KPP gjennom hele året, men den mest arbeidskrevende perioden er fra og med februar til levering 15. april.”

Videre bemerker informant 2 at *“vi bruker i dag KPP forholdsvis lite utover selve innleveringen.”* Tilsvarende skriver informant 3 at KPP brukes *“først og fremst for Helsedirektoratet som bedre grunnlag for ISF-prisingen (kostnadsvekter) av de forskjellige DRG som sykehusene “produserer”.*”

Tidsbruken på rapportering ved hjelp av KPP har også gitt en viss nytte. Informant 1 skriver at *“KPP har økt kvaliteten i innrapportering av kostnadsgrunnlag for beregning av DRG-vektene. KPP har også effektivisert denne prosessen.”* Informant 3 peker som nevnt over på at KPP brukes til å gi et bedre grunnlag for ISF, noe *“vi som foretak er glade for. Før var det i større grad tilfeller hvor økonomisk prioritering på grunn av feilprising av DRG-er overstyrte medisinsk vurdering av nødvendighet”.* Implikasjonen er altså at en finansiering der KPP har lagt grunnlaget for prislister, gir riktigere insentiver sammenlignet med tidligere rapporteringsmetoder. Det vil si at finansieringen i større grad samsvarer med hva som er medisinsk nødvendig. Dette kan regnes som en viktig gevinst ved innføringen av KPP, selv om endringen omhandler insentivene ved den statlige finansieringen, heller enn intern styring i helseforetaket. Særlig vektlegger Kaplan og Porter (2011) innføring av TD-ABC for å forbedre finansieringssystemet i helsesektoren. Dette er også en gevinst som kan være krevende å oppnå (Keel et al., 2017).

Oppsummert fremstår det som at KPP bidrar til å effektivisere rapporteringsprosessen og gir utslag i den statlige finansieringsordningen, noe informantene beskriver positivt.

5.3.2 KPP som økonomisk styringsverktøy

I henhold til informant 1 brukes ikke KPP som styringsverktøy på US. Dette støttes av informant 2 som skriver at *“vi bruker i dag KPP forholdsvis lite utover selve innleveringen [av rapporter til HDIR].”* Årsaken til dette er at *“vi fortsatt mener det er kvalitetsforbedringer som må på plass i modellen før vi kan bruke det til ytterligere analyser.”* Informant 2 forklarer at

“vi ser for oss at vi kan bruke KPP mer i analysearbeid og til intern styring, men har for tiden mest fokus på å forbedre modellen og få opp kvaliteten av dataene” ettersom *“det vil ta tid å få KPP-modellen til å bli så god som vi ønsker den skal være”*.

Her ser vi igjen en bortgang fra oppstartsprosjektets forslag om en smidig arbeidsmetode med inkrementelle gevinster, mot en vektlegging av å forbedre kvaliteten på modellen før den settes i bruk.

Informant 1 forespeiler også at implementering av KPP som økonomisk styringsverktøy vil ta tid. Heller enn fremdriftsplanen forespeilet i interne dokumenter presentert i seksjon 5.2, ser informant 1 for seg følgende fremdriftsplan for videre implementering av KPP:

Nærmeste 1-2 år:

- Forbedring av KPP-modellen: Det skjer mye på systemsiden de nærmeste årene, - noe som gjør at en vil bruke ressurser på å koble nye datakilder til KPP-modellen for å få mer presise KPP-tall (bl.a. MEONA, Cytodose, lab.system mv). Alle foretakene i [RHF] går også over til ny ERP-løsning i perioden 2019-2021, noe som også påvirker arbeidet med KPP.
- Tettere kobling mellom modell for somatikk og psykisk helsevern/rus for å følge pasientene opp på tvers av sektorene.
- KPP som integrert del av sykehusets styringssystem, der data fra KPP brukes til internt forbedringsarbeid på flere nivå. Ledere bruker KPP-data for å analysere egen drift og få større forståelse for kostnadsdrivere.

På lengre sikt (3-5 år):

- KPP inkluderer hele sykehusøkonomien (også pasientreiser, prehospitaltjenester mv).
- KPP til bruk i økonomisk planlegging, synliggjøring av over-/underfinansierte områder.
- KPP til bruk i forskning og estimering av økonomisk effekt av endringer i pasientforløp.

Informant 1 legger altså til grunn at det vil ta 1-2 år før KPP er integrert i US sitt styringssystem. Bruk i økonomisk planlegging og ressursallokering (synliggjøring av over-/underfinansierte områder bør bidra til endringer i ressursallokering) vil først komme på lengre sikt, altså om 3-5 år. Jamfør bruksområdene forespeilet i litteraturen, gjennomgått i kapittel 3,

og HDIRs forventninger, analysert i kapittel 4, innebærer dette at nytten av KPP som økonomisk styringsverktøy først vil komme om flere år.

Som indikert i planen beskrevet over er et hinder for hurtig implementering at det er en rekke ulike datasystemer som skal kommunisere. US står i en situasjon hvor flere av disse holder på å bli implementert eller byttet ut. Dette både forsinker og øker kompleksiteten i arbeidet med å forbedre kvaliteten på KPP-dataene.

Informant 2 peker på en annen forsinkende faktor, og beskriver at

“Vi har en regional gruppe i [RHF] som samarbeider med å kontinuerlig utvikle modellen og forbedre kvaliteten på innleveringen. Der lages det en prioriteringsliste på tiltak som skal iverksettes for å bedre kvaliteten, ofte er vi da avhengig av å få hjelp fra leverandøren av programvaren. Så listen er lengre enn det vi klarer å få til hvert år.”

Det fremstår da som at tekniske forbedringer på modellen er en flaskehals. Siden US er avhengig av hjelp fra leverandøren, tyder det på manglende interne ressurser til å gjøre forbedringene på modellen de ønsker, noe som forsinker arbeidet.

En annen utfordring er at arbeid med implementering av KPP ikke “brenner”, slik informant 3 beskriver det. Informant 3 anser det som et hinder for implementeringsarbeidet at *“med bare to relevante personer i økonomiavdelingen så blir det helt avhengig av hva annet som “brenner”.*” Informant 1 poengterer også at *“det som ikke haster blir forskjøvet fremover”.* Dette indikerer at det er andre oppgaver som har høyere prioritet enn utvikling av KPP, og at det ikke “haster” med potensielle økonomiske gevinster fra et forbedret styringssystem.

Blant informantene legges det altså betydelig vekt på faktorer som forsinker eller kompliserer arbeidet med å implementere KPP, spesielt i lys av at kvaliteten på modellen bør heves. Informant 3 poengterer imidlertid at det er

“liten vits i å perfektionere modellen når de overordnede tallene endrer seg lite og dermed ikke endrer finansieringen til foretaket, og vi ikke greier å ta KPP i bruk internt til effektivisering”.

Mens informant 1 og 2 i liten grad beskriver bruk av KPP til økonomisk styring, har også informant 3 flere eksempler på hvordan KPP har begynt å få betydning. Informant 3 beskriver at KPP er

“brukt noe i forbindelse med de årlige nedskjæringene. I stedet for å beskjære alle likt, så har direktørene ihvertfall hatt KPP i øyekroken når de har vurdert hvor mye “spekk” det er å ta av på de enkelte avdelingene”.

Som poengtert i kapittel 3 kan TD-ABC-verktøy spille en viktig rolle i å tilrettelegge for målrettede kutt, heller enn flate osthøvelkutt. Dette er nettopp hva informant 3 beskriver at KPP har begynt å bidra noe til.

Informant 3 beskriver også at

“KPP-materialet blir brukt i mange andre tilstøtende analyser. F. eks. til å vurdere i hvilken grad vi selv skal tilby rehabilitering som en tjeneste. Eller svare ut spørsmål relatert til diabetespasienter og deres behandling. Eller om pasientene blir meldt utskrivningsklare i overvekt på fredager, til ekstra belastning for kommunene.”

Her trekkes det også inn bruksområder som hvilke funksjoner og tjenester helseforetaket skal tilby. Informant 3 trekker også frem at det *“Ikke er greit å være klinikkdirektør å sette avdelinger opp mot hverandre når det er umulig å kunne vite hvem som er mest effektive allerede”*. Altså kan data fra KPP ikke bare gi grunnlag for beslutninger som er mer økonomiske, men også for å ta økonomiske beslutninger i det hele tatt. Uten konkrete tall å forholde seg til, kan det være politisk krevende for ledere å gjøre prioriteringer.

Informant 3 tar imidlertid forbehold om at *“KPP kun gir indikasjoner på om det finnes forskjeller. Og så må vi begynne å grave i hvorfor det, i hvert fall tilsynelatende, er forskjeller.”* KPP blir dermed en inngangsport for nærmere analyser. Da er det ikke nødvendig med like høy kvalitet på dataene, ettersom nærmere analyser kan avdekke hva som ligger bak indikasjonene. Det kan likevel argumenteres for at bruken forespeilet i både litteraturen og HDIRs forventninger er høyere enn at KPP kun skal være en inngangsport for nærmere analyser.

Uavhengig av hvor høy kvaliteten på KPP-dataene er på et gitt helseforetak, kan det imidlertid være et problem i styringssammenheng om dataene beregnes ulikt. Informant 1 poengterer at det er *“vanskelig å sammenligne med andre ettersom man bruker forskjellige metoder for å beregne kostnaden. Men man kan sammenligne med seg selv.”* Dette kan gjøre det vanskeligere å få datagrunnlag for beslutninger slik som fordeling av funksjoner mellom ulike helseforetak. Å *“sammenligne med seg selv”* kan være nyttig for å unngå eksempelvis løpske

kostnader internt i avdelinger. Benchmarking blir også mer krevende om kostnadene beregnes ulikt. Dette kan i så fall få implikasjoner både for KPPs nytte som økonomisk styringsverktøy, men også som medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy.

Oppsummert benyttes KPP ifølge våre informanter i liten grad som et økonomisk styringsverktøy. Én informant forklarer at KPP brukes til å gi “indikasjoner”, men ved US brukes KPP lite utover rapportering til HDIR.

Informant 1 og 2 peker gjennomgående på datakvalitet som en barriere for ytterligere bruk, noe som også kompliseres av pågående prosjekter med innføring og bytte av IT-systemer. Informant 3 er imidlertid mer kritisk til å vektlegge datakvalitet først. En annen barriere som imidlertid deles av informantene er at videreutvikling av KPP ikke prioriteres i hverdagen når andre oppgaver “brenner”.

5.3.3 KPP som medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy

Som vi poengterte avslutningsvis i kapittel 4, kan rapportering og styring samlet regnes som administrative oppgaver, som utføres av ledere og økonomimedarbeidere. Bruk av KPP som medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy er imidlertid operativ. Følgelig innebærer det involvering av operativt, medisinsk personell, som leger, sykepleiere og andre som arbeider klinisk. Alle våre informanter oppgir imidlertid at det er økonomimedarbeidere som arbeider med KPP. I den grad medisinsk personell er involvert, er det hovedsakelig i form av avdelingsoverleger som samarbeider med kontrollere om å slutføre og kontrollere kostnadsberegninger for rapportering til HDIR. Informant 4, som jobber som avdelingsoverlege, bemerker imidlertid at *“Jeg er per i dag ikke involvert i KPP. Det har vært et regionalt prosjekt for 3-4 år siden, men har ikke hørt mer om det de siste par år”*. Dette til tross for at informant 1 mener informant 4 er blant legene som er mest involvert i KPP.

Basert på den manglende involveringen av medisinsk personell, er det tydelig at KPP i skrivende stund i liten grad brukes som medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. Det er likevel viktig å bemerke at våre informanter ser nytten av å bruke KPP til dette formålet, og å involvere medisinsk personell. Eksempelvis trekker informant 2 frem at *“fordelen er at [medisinsk personell] har kunnskap om pasientflyt, og om hvilken behandling som er ressurskrevende, enten personalmessig eller forbruksvarer/implantater.”* Informant 1 trekker

også frem kunnskap om pasientflyt som en viktig fordel medisinsk personell har ved bruk av KPP.

KPP-data blir også trukket frem som et potensielt nyttig virkemiddel for å endre operativ praksis. Som tidligere nevnt tilknyttet prioriteringer er det lettere å argumentere for endring når det er basert på et konkret datagrunnlag. Informant 1 trekker eksempelvis frem hvordan KPP kan bidra til “Gjør kloke valg”-kampanjen (se tekstboks 5.2). Informant 1 beskriver at KPP-data kan brukes *“for å forhindre at man tar for mange røntgenbilder for eksempel. Lettere å ta diskusjoner når man kan vise til kostnader”*. Informant 3 viser også til hvordan KPP kan bidra til

“mest mulig helseeffekt av hver enkelt krone. Samt for å vise om vi har grunn til å være fornøyd eller ikke. Altså motarbeide at det oppstår lokale myter om hva som er best/lokale “konger på haugen”.”

Tekstboks 5.2: Gjør kloke valg-kampanjen

Gjør kloke valg-kampanjen har som hensikt å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helsevesenet. Overdreven bruk av undersøkelser og behandling er ikke bare unødvendig, men kan også være skadelig, eksempelvis i form av bivirkninger for pasientene. Det innebærer også sløsing med ressurser som kunne vært brukt på mer nødvendig og effektiv behandling.

Kampanjen ble startet på initiativ fra Den norske legeforening, som en norsk versjon av den internasjonale Choosing wisely-kampanjen, startet i USA i 2012. Den norske tannlegeforening, Norsk pasientforening, Norsk kiropraktorforening, Norsk fysioterapeutforbund, Norges optikerforbund, Jordmorforbundet NSF og Norges farmaceutiske forening er også med i arbeidet.

Målet er at kloke valg skal fattes sammen av helsepersonell og pasienter om undersøkelser og behandling. Fagmedisinske foreninger arbeider derfor med anbefalinger om prosedyrer og behandlinger som bør unngås.

Basert på legeforeningen (2020)

For at KPP skal bidra til å lede til endringer i operativ praksis fremstår det imidlertid som en forutsetning at også operativt, medisinsk personell er involvert i og ser verdien av KPP som verktøy. Det har i henhold til informant 4 *“alt å si for at det skal bli vellykket at klinikere er involvert. Man må ha helhetlig forståelse for driften”*. Her må den begrensede muligheten til

å innhente empiri for denne oppgaven bemerkes. De av våre informanter som jevnlig er involvert i arbeid med KPP jobber med økonomi og administrasjon, ikke medisinsk og operativt. Dette begrenser muligheten til å stadfeste hvilke holdninger medisinsk personell har til KPP, samt hvilke barrierer de ser for å ta KPP i bruk som et kvalitet- og prosessendingsverktøy. Det vi har å forholde oss til er først og fremst hvordan informantene oppfatter disse holdningene og barrierene. Informant 3 bemerker en potensiell utfordring ved å ha kun økonomer som jobber med KPP: *“de kommer fort med et mindset som sier “kan vi spare noen penger” i motsetning til “gir vi det beste helsetilbudet”.”*

Informantene peker på en rekke mulige barrierer til at KPP kan tas i bruk som et kvalitet- og prosessendingsverktøy. Disse barrierene inkluderer at dataene må være gjenkjennbare, at medisinsk personell må se nytten av KPP, at det settes av nok tid og ressurser, og at dataene må være tilgjengelig for brukerne.

Som diskutert i seksjon 5.3.2 legger spesielt informant 1 og 2 stor vekt på at kvaliteten på KPP-dataene må forbedres, og at dette er en forutsetning for at KPP kan brukes til andre formål enn som et statsadministrativt rapporteringsverktøy. Informant 1 beskriver at det ikke ville bli godt mottatt av legene om KPP-data ikke er treffsikre nok, ettersom de er *“opptatt av at det ikke skal være vesentlige feil. Legen må kunne kjenne seg igjen i det.”* Informant 1 deler imidlertid også en anekdote om en lege som på eget initiativ beregnet kostnader for en behandling. Kostnadene for samme pasientforløp ble også registrert i KPP, og forskjellene mellom de to beregningene var marginale. Et slikt samsvar fremstilles som viktig for KPPs troverdighet blant medisinsk personell. Fokuset ligger derfor på å forbedre kvalitet før bruksområder utvides. Her ser vi imidlertid igjen utfordringen med at kvalitet vektlegges uten at brukerne i særlig grad er involvert. Dette innebærer en risiko for å bruke betydelige ressurser på å finslipe et verktøy som brukerne enten ikke er interessert i, eller som ikke har den riktige funksjonaliteten, og dermed forblir ubrukt.

Den andre potensielle barrieren er at medisinsk personell ikke ser nytten av KPP. Informant 3 påpeker at det vil være en utfordring om *“dette oppfattes som byråkrati og ikke direkte pasientarbeid”*. Informant 1 legger som en forutsetning *“at brukerne må se faktisk nytteverdi av KPP på sitt nivå”* for at KPP skal bli et nyttig verktøy på lavere nivå i sykehuset. Vedkommende anser også at *“klinikere ser ikke nytten av å bruke KPP”* som en potensiell barriere. Her kan man kanskje se konturene av en klisjé: Klinikere ser ikke vitsen i økonomisk styring, mens økonomene bare teller penger. Informant 1 er imidlertid tydelig på

at det er *“ingen spenninger mellom økonomer og leger. Ingen av legene er imot KPP”*. Tvert imot legger informant 1 frem at *“mange leger jobber tett med kontrollere. Økonomi er vanlig å snakke om ute”*.

Samtidig er det ikke sikkert økonomer og leger forstår økonomi og styringssystemer på samme måte, selv om det snakkes om jevnlig. Informant 4 har utfyllende synspunkter på ISF, og bemerker at *“KPP kan erstatte ISF dersom det viser seg å fungere i praksis”*. Som vi tidligere har diskutert skal imidlertid KPP bidra til utviklingen av ISF, ikke være en erstatte. Her er altså en antydning til at skillene mellom de ulike systemene ikke er tydelig for medisinsk personell. KPP kan da bli oppfattet som nok et system som er der for å måle og rapportere kostnader, heller enn å bidra til medisinsk beste praksis.

Det er altså ikke gitt hvordan medisinsk personell vil se på nytten av KPP. Informant 4 mener systemet *“krever god pilotering og evaluering før eventuell utrulling”*. Her kan det også være en potensiell gnising. På den ene siden vil økt involvering gi større mulighet til å tilpasse funksjonaliteten i KPP, og gjøre medisinsk personell kjent med mulighetene. Samtidig kan det være en utfordring med tidlig involvering dersom medisinsk personell legger stor vekt på *“at data er mest mulig korrekte, samstemte og gjenkjennbare for klinikkene”*, slik informant 1 legger det frem. KPP kan da fremstå som lite troverdig ettersom beregningene fremdeles har mangler, slik som at kostnadene kun oppdateres årlig og at lab-kostnader enda ikke er inkludert. Informant 1 påpeker nettopp også at

“Når KPP har vært i bruk over lengre tid og/eller oppdatering av tallene skjer oftere enn en gang per år, er det interessant å se utvikling over tid i egen enhet, - kanskje særlig der behandling og behandlingsform endres. Da kan KPP-data brukes mer aktivt i forbedringsarbeid i sykehuset.”

Dersom medisinsk personell skal være involvert i utviklingen og implementeringen av KPP som medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy, og bruke verktøyet i sitt vanlige arbeid, er det imidlertid en forutsetning at det settes av tid. Manglende tid til KPP er en gjennomgående bekymring hos alle informantene. Som et hinder for videre implementering av KPP peker informant 1 på *“at fokus og ressursbruk dreies over på andre områder. Ved å sikre forankring på øverste nivå (foretaksledelse) vil dette unngås”*. Altså kan andre prioriteringer komme i veien for KPP. Dette gjelder også involvering av medisinsk personell, hvor informant 1 anser *“prioritering i en hektisk hverdag”* som en barriere. Informant 2 skriver

også at en *“barriere kan være at de i en travel arbeidsdag ofte har lite tid til å sette av til denne type arbeid”*. Informant 3 stemmer også med at *“mangel på ledig tid”* er en barriere.

Til sist kan det nevnes som en barriere at KPP-dataene må være tilgjengelig for medisinsk personell dersom de skal ta det i bruk. Informant 1 anser *“at data må være lett tilgjengelig for brukerne av dataene”* som en forutsetning for at KPP blir nyttig på klinikk- og avdelingsnivå. Samtidig peker informant 1 på at *“KPP-tallene er vanskelig tilgjengelig”* som en potensiell barriere. Årsaker til manglende eller vanskelig tilgang kan være at det kjøpes inn få lisenser til den tekniske løsningen, eller skyldes bekymringer om personvern. Informant 3 forklarer at *“de mest interessante analysene innebærer innsyn i personsensitive opplysninger, så ingen klinikere får se på dataene på egenhånd, men må gå gjennom meg (flaskehals)”*. Det kan være krevende å ta KPP i bruk for å endre klinisk praksis, dersom klinikere selv ikke har anledning til å bruke verktøyet.

Oppsummert fremstår det som at KPP ikke brukes som medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. Det er betydelige barrierer for at KPP kommer i bruk på dette området. Medisinsk personell er i liten grad involvert i arbeidet med KPP, noe som kan hindre at de ser nytten i verktøyet og at funksjonaliteten i KPP blir utformet for å møte deres behov. Samtidig er det en potensiell gnisning mellom tidlig involvering i KPP og troverdigheten til KPP-modellen, dersom medisinsk personell opplever at kostnadsberegningene ikke samsvarer med deres opplevelser. Økt involvering kan også hindres av manglende tilgang på KPP-data, samt at det ikke avsettes tid og ressurser til arbeid med KPP. Når andre oppgaver prioriteres følger det at KPP får lite oppmerksomhet og at bruken dermed ikke videreutvikles.

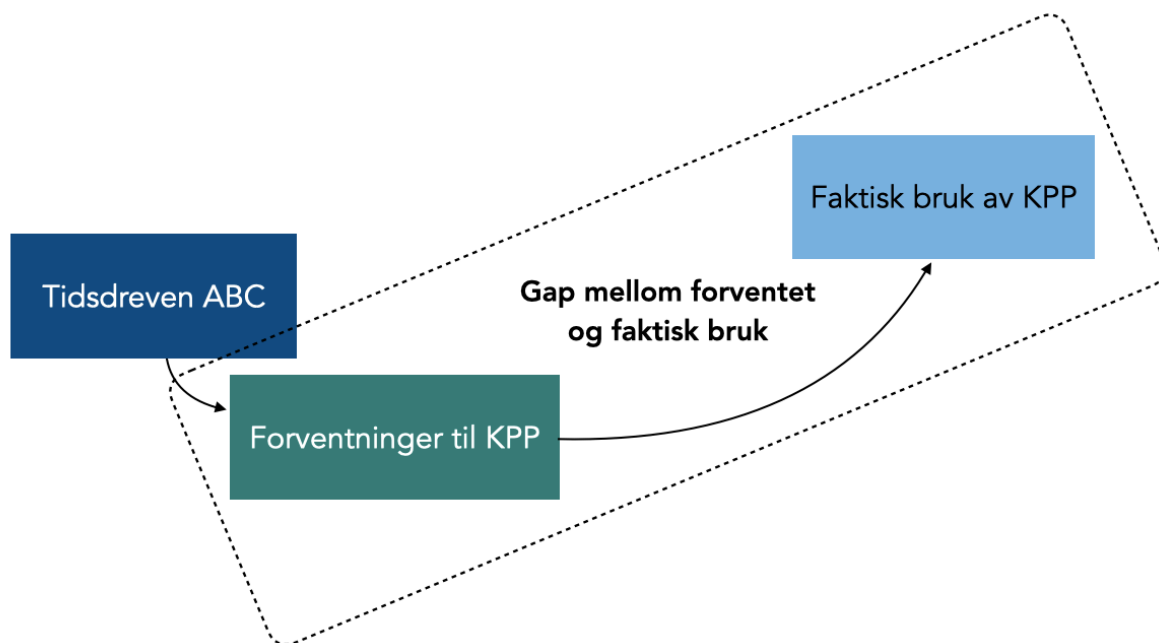
5.4 Oppsummering

I vår analyse av innføringen av KPP ved et større norsk universitetssykehus finner vi et tydelig gap mellom forventningene til KPP og den faktiske bruken. Dette er illustrert i Figur 5.2. Oppstartsprosjektet (fase 1) for KPP var vellykket og KPP ble innført som et stats-administrativt rapporteringsverktøy. På dette bruksområdet beskriver informantene positive effekter av å bruke KPP, men at det fremdeles også er mulig med forbedringer.

Når det gjelder bruk som økonomisk styringsverktøy, og spesielt medisinsk kvalitet- og prosessverktøy, finner vi imidlertid at KPP i liten grad har blitt implementert. Det fremstår som at mye av ressursene som tildeles KPP brukes til rapporteringsformål heller enn å utvikle

KPP som styrings- og kvalitetsverktøy. Det legges også stor vekt på å heve kvaliteten på modellen og dataene som genereres, før KPP kan tas i bruk som annet enn rapporteringsverktøy. Dette kan anses som et brudd med anbefalingen fra oppstartsprosjektet om en smidig arbeidsmetode for å kapre inkrementelle gevinster.

Figur 5.2: Gap mellom forventninger til KPP og faktisk bruk



Mens vi har funnet liten avstand mellom litteraturen og forventningene til HDIR, finner vi et stort gap mellom disse forventningene og faktisk bruk av KPP.

Informantene våre er tydelig på at det ligger betydelig potensiell nytte i KPP, og som det bemerkes i en presentasjon til styringsgruppen (2018): *“Hvis vi ikke jobber med å videreutvikle og kvalitetssikre KPP-modellen, mister vi et potensielt styrings- og kvalitetsverktøy.”* Det er imidlertid betydelige barrierer for å lykkes med dette, inkludert blant annet flaskehals i teknisk utvikling, involvering av klinisk personell, manglende oppmerksomhet og ressurstilgang.

Oppsummert har altså innføringen av KPP som statsadministrativt rapporteringsverktøy vært prioritert, og oppfattes som vellykket i form av at KPP-data har erstattet KVA-data i den årlige rapporteringen til ISF- og DRG-systemet. Innføringen av KPP som økonomisk styringsverktøy og medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy har derimot ikke vært prioritert. Det er interessant at oppstartsprosjektet nådde sine mål og KPP var på plass som rapporteringsverktøy i henhold til planen, mens planer for innføring av KPP på andre områder stadig endres og utsettes.

Gapet mellom forventet og faktisk bruk kan være et “tidsgap”. Som informant 1 sier “*det tar mer tid*”. Informant 2 forklarer imidlertid at mesteparten av tidsbruken nå er tilknyttet rapportering, noe som taler for at det heller er et “prioriteringsgap”. I neste kapittel vil vi derfor belyse gapet mellom forventninger og faktisk bruk ytterligere, og vise hvordan implementeringsprosessen og de institusjonelle logikkene i helsesektoren taler for at gapet er en konsekvens av prioriteringer.

6. Analyse av gapet mellom forventet og faktisk bruk av KPP

I dette kapittelet skal vi analysere mulige årsaker til gapet mellom forventet og faktisk bruk av KPP. Vi vil først belyse spørsmålet fra et *prosessperspektiv*, altså om gapet kan forklares basert på fremgangsmåten for å utvikle og implementere KPP-systemet. Som vi beskrev i forrige kapittel ble det anbefalt å benytte en smidig arbeidsmetodikk i videre implementering (sluttrapport, 2017), men anbefalingen virker ikke å være hensyntatt. Prosessperspektivet er basert på funn som dukket opp gjennom dokumentanalysen. Vi anser det som interessant å undersøke om det kan være en sammenheng mellom metoden for implementering av KPP, og gapet mellom forventet og faktisk bruk.

Det er imidlertid også mulig at det er mer dyptliggende sammenhenger enn tilknyttet selve implementeringsprosessen, enten ved at andre årsaker i seg selv påvirker gapet, eller indirekte ved å påvirke implementeringsprosessen. Vi vil derfor også ta et *aktørperspektiv*, hvor vi undersøker om måten de involverte aktørene ansvarliggjøres og finner mening i arbeidet har påvirket hvordan KPP implementeres. For å forklare implementeringen av KPP fra aktørperspektivet vil vi ta utgangspunkt i de institusjonelle logikkene identifisert i kapittel 3.

6.1 Implementering av KPP: Smidighet eller fossefall

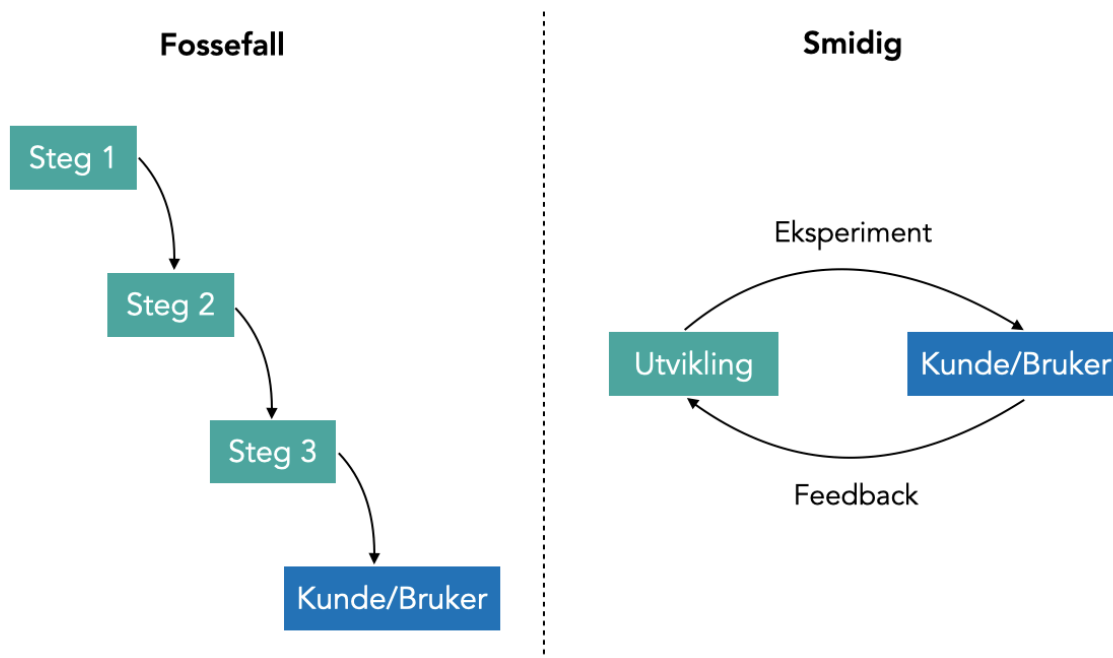
Det smidige metodikken som anbefales i sluttrapporten har en lang historie innenfor software-utvikling. Rigby et al. (2016, s. 41) skriver at smidig metodikk “*over de siste 25 til 30 årene har økt suksessraten til software-utvikling, bedret kvalitet og hurtighet til marked, og økt motivasjonen og produktiviteten til IT-team*”. Slik sett er det ingen overraskelse at smidig metodikk blir anbefalt av oppstartsprosjektet (sluttrapport, 2017).

Smidig metodikk ble i stor grad utviklet som en forbedring eller ett alternativ til den mer tradisjonelle fossefallsmetodikken (Rigby et al., 2016). Fossefallsmetodikk er basert på et betydelig planleggingsarbeid i forkant av utviklingen av et produkt. I dette planleggingsarbeidet utformes detaljerte krav og planer for utføring. Disse planene deles inn i faser eller stadier som så utføres sekvensielt. Derav fossefallsnavnet: Som i et bratt elvestryk hvor vannet fosser nedover ett nivå av gangen, beveger også utviklingen seg gjennom én fase av gangen.

Som illustrert i Figur 6.1 skiller smidig metodikk seg tydelig fra den tradisjonelle fossefallstankegangen. Fremfor detaljerte planer er interaksjon med kundene eller brukerne av

produktet sentralt (Rigby et al., 2016). Vesentlig i prosessen er at utfordringer og uenigheter løses “gjennom eksperimenter og tilbakemeldinger, heller enn uendelige debatter og appeller til autoritet” (Rigby et al., 2016, s. 43).

Figur 6.1 - Forskjellen mellom fossefallsmetodikk og smidig metodikk



Basert på Rigby et al. (2016)

Det kan bemerkes at én av drivkreftene bak utviklingen av smidig metodikk er et behov for større tilpasningsevne i utviklingen av produkter, i møte med skiftende omgivelser og uklare brukerbehov (Rigby et al., 2016). Et typisk ABC-system vil imidlertid ha et ganske klart formål, nemlig å beregne kostnader ved ulike aktiviteter. Som diskutert i kapittel 3 er ABC ment å gi en mer treffsikker fordeling av kostnader ved indirekte ressurser til aktiviteter, produkter og annet (Kaplan og Atkinson, 2014). Når utviklingen og implementeringen av et system er basert på et klart formål og et tydelig behov hos kunden, kan fossefall være en velegnet tilnærming.

Som et statsadministrativt rapporteringsverktøy har KPP erstattet tidligere KVA-leveranser til DRG og ISF-systemet (sluttrapport, 2017; presentasjon til styringsgruppen, 2018), og er ment å bidra til den videre utviklingen av ISF-systemet (HDIR, 2012; 2018). Alle våre informanter uttrykker kjennskap til ISF-systemet, hva det brukes til og rapporteringsrutinene til HDIR. Anvendelsen av KPP som rapporteringsverktøy fremstår dermed som basert på et klart og kjent formål. Slik sett fremstår det som forståelig at dette bruksområdet ble utviklet i en egen oppstartsfase, heller enn gjennom en smidig prosess.

Et poeng her er at KPP-kalkylen inkluderer alle regnskapsførte kostnader, slik en selvkostkalkyle gjør. Når alle kostnader tas med gir det et generelt kostnadsbilde, som ikke nødvendigvis er tilpasset spesifikke bruksområder. Utvikling av en kalkyle som gir et generelt kostnadsbilde er også konsistent med fossefallsmetodikk. Her er det ikke nødvendig med brukertilpasninger, så utviklingen kan følge en forutbestemt, detaljert plan med sekvensielle steg. Som Behn (2003) påpeker krever imidlertid ulike formål ulike tilpassede verktøy. Selvkosttilnærmingen kan være et resultat av rapporteringsformålet, ettersom myndighetene vil ønske å ha oversikt over all offentlig pengebruk. Vi kommer tilbake til årsaker for at bruksområdet som statsadministrativt rapporteringsverktøy har vært særlig prioritert i neste delkapittel.

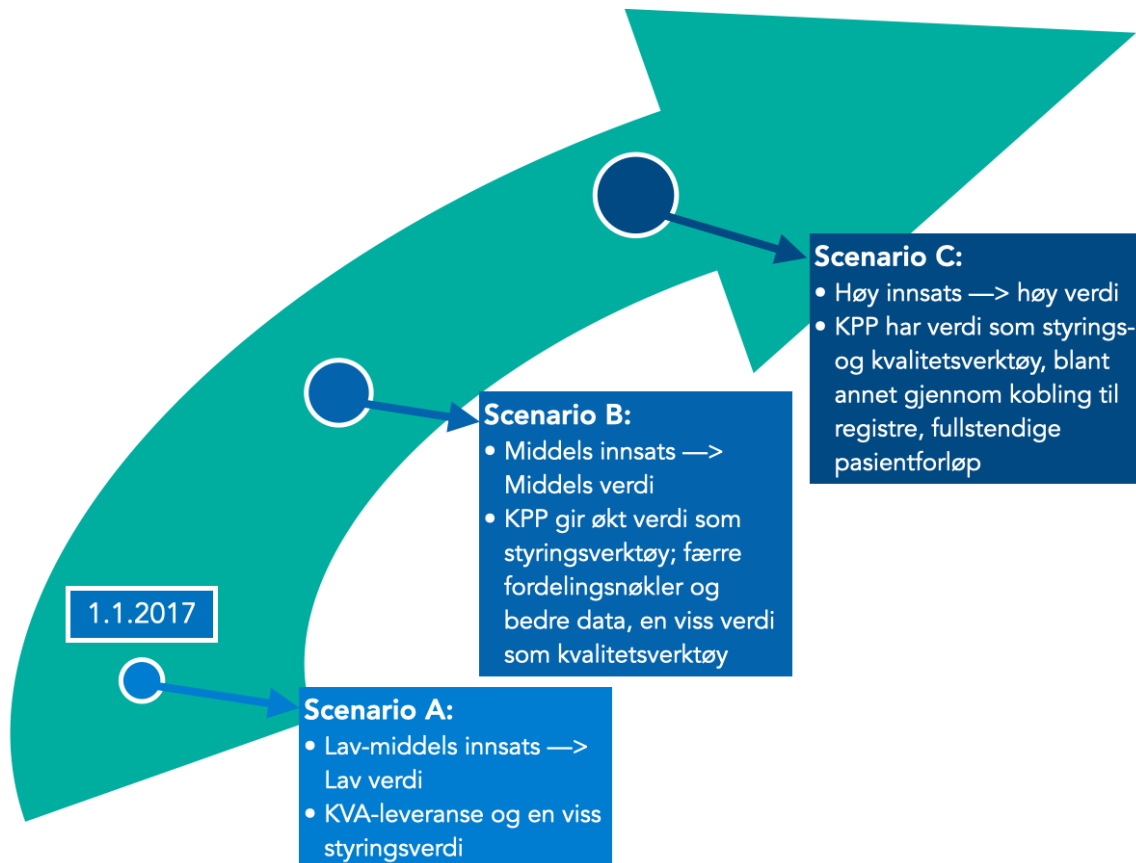
Hvordan KPP skal brukes som økonomistyringsverktøy, og kanskje spesielt medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy, er imidlertid ikke like klart. Som diskutert i kapittel 4 har HDIR beskrevet omfattende forventninger for hva KPP kan brukes til, noe som også er konsistent med den normative litteraturen. Det er imidlertid ikke klart *hvordan* KPP skal anvendes på disse områdene, spesielt som medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy. Våre informanter har gitt noen eksempler, som at kostnadsestimatene fra KPP kan brukes til å støtte beslutninger om ressursallokering, eller som argumenter tilknyttet Gjør Kloke Valgkampanjen. Utover slike enkeltstående eksempler gir informantene imidlertid ikke et tydelig bilde av hvordan KPP vil brukes utover rapportering. Ei heller gir de et tydelig bilde på hvilket behov systemet dekker hos brukerne i US, altså økonomer og andre administrative medarbeidere på ene siden, og medisinske profesjonsutøvere på andre siden.

For bruk som økonomistyringsverktøy og medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy er det altså behov for en viss brukertilpasning. Videre er det ikke nødvendigvis alltid like relevant å ta med alle kostnader. Et grunnleggende prinsipp innen økonomistyring er at man trenger ulike kostnader for ulike formål (Datar og Rajan, 2018). Eksempelvis kan det være ulike kostnader som er relevant å vurdere når man skal gjøre ressursallokeringer på RHF-nivå, enn når man skal gjøre benchmarking mellom to klinikker. Dette tilsier en utviklingsmetodikk som tar utgangspunkt i bruksområdene, heller enn et generelt kostnadsbilde.

Når det er usikkerhet tilknyttet hvilke behov et produkt er ment å dekke, og hvordan behovet blir dekket, kan smidig metodikk være spesielt effektivt (Rigby et al., 2016). Arbeidsmetodikken vil da være basert på eksperimenter sammen med brukerne, som gir hurtige tilbakemeldinger og mulighet for iterative forbedringer. Oppstartsprosjektet anbefaler også

som nevnt nettopp en slik tilnærming for videre implementering av KPP (sluttrapport, 2017). Heller enn gjennom slike eksperimenter, fremgår det imidlertid i en presentasjon til styringsgruppen (2018) at KPP implementeres gjennom tre sekvensielle faser, betegnet som “scenarioer”. Disse fasene er gjengitt under i Figur 6.2.

Figur 6.2: Utfall for implementeringen av KPP etter hvilke faser som gjennomføres



Kilde: Presentasjon til styringsgruppen (2018, s. 4)

De såkalte “scenarioene” illustrert over (presentasjon til styringsgruppen, 2018), tilsvarer i praksis implementeringssteg etter fossefallsmetoden. Fra rekkefølgen på stegene fremgår det en tydelig prioritering av bruksområdene for KPP. KPP som rapporteringsverktøy (KVA-leveranse) er det første som skal gjennomføres og det eneste som er implementert. Dette er, som beskrevet i forrige kapittel, fase 1 av implementeringen, utført av oppstartsprosjektet. I dokumentene fra US er det også kun til rapportering det har vært tydelige krav til bruk av KPP. Slik sett er det ikke overraskende at dette bruksområdet ble prioritert som første fase. Kombinasjonen av formelle krav og egnethet for en fossefallstilnærming gjør at rapporteringsverktøyet fremstår som en naturlig start.

I stegene illustrert i Figur 6.2 forespeiles det også en klar sammenheng mellom innsats i implementeringen og verdi. Ved første øyekast kan det virke åpenbart at høyere verdi krever høyere innsats. Man kan imidlertid stille spørsmål ved hvorfor det eksempelvis skal kreve høyere innsats å få verdi som kvalitetsverktøy enn som styringsverktøy. Dette virker å være basert på at sistnevnte må være på plass før implementering av førstnevnte. Altså drives innsatsen av hvor mange steg i fossefallet som utføres, heller enn hvilken nytte som faktisk genereres i hvert steg.

At implementeringen følger en streng rekkefølge i et fossefall gjenspeiles også i hvordan informant 1 og 2 insisterer på datakvalitet først, som beskrevet i forrige kapittel. Dette innebærer i praksis en utsettelse av arbeidet som er forespeilet å gi mest nytte, nemlig den faktiske implementeringen som styringsverktøy og spesielt kvalitetsverktøy. Som redegjort for i kapittel 3 er imidlertid TD-ABC-kalkyler ikke nødvendigvis egnet til å finne helt presise kostnadsestimater. Fortrinnet til TD-ABC-kalkyler er derimot at det er bedre å være *“omtrent rett enn presis feil”* (Keel et al., 2017, s. 756). Informant 3 poengterer også som tidligere nevnt at det er

“liten vits i å perfeksjonere modellen når de overordnede tallene endrer seg lite og dermed ikke endrer finansieringen til foretaket, og vi ikke greier å ta KPP i bruk internt til effektivisering”.

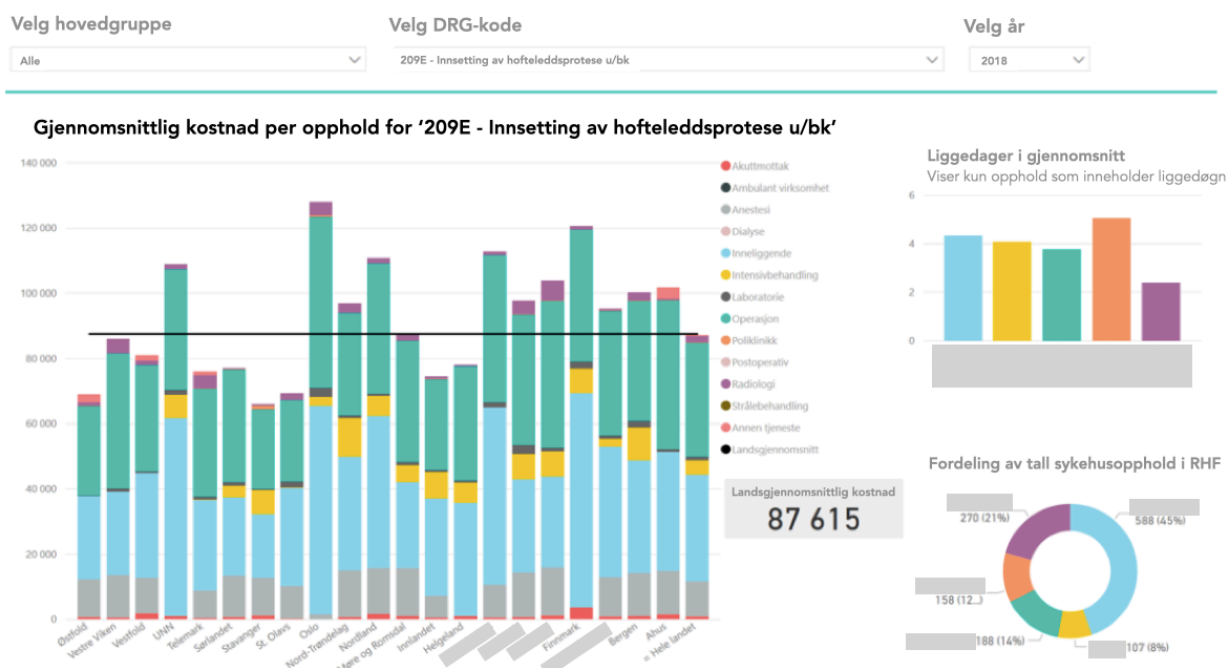
Med andre ord, økt presisjon i kalkylen skaper ikke verdi enn så lenge KPP forblir ubrukt utover som rapporteringsverktøy.

En konsekvens av utsettelsen av implementering utover rapporteringsformålet er også at medisinsk personell i liten grad involveres. Som nevnt i kapittel 3 har medisinsk personell en nøkkelrolle i utviklingen av beste praksis innenfor helsesektoren. Slik involvering trekkes også frem som en suksessfaktor i sluttrapporten (2017). Informantene er samstemte om at medisinsk involvering er nyttig i implementeringen grunnet kjennskap til pasientforløp. Når medisinsk personell likevel ikke involveres oppgis det to grunner for dette. For det første at datakvaliteten må være høy nok for at systemet aksepteres, og for det andre at det ikke er tid i en hektisk hverdag.

Informantene er imidlertid ikke samstemte om datakvalitet. Informant 3 stiller som nevnt spørsmål ved nytten av bedre datakvalitet. Det kan også stilles spørsmål ved om det viktigste for å sikre aksept for systemet er hvor presise og nøyaktige dataene er, eller om KPP som

verktøy er tilpasset brukernes behov. Med andre ord, om det er viktigere at “*legen må kunne kjenne seg igjen i [KPP-dataene]*” slik informant 1 sier, eller at legen kjenner seg igjen i hva KPP-dataene kan brukes til. Informant 4 legger det som en forutsetning at KPP “*ikke blir et for komplisert system*” for å bruke det i sitt daglige arbeid, noe som antyder viktigheten av brukergrensesnitt og funksjonalitet som er tilpasset brukerne. Her kan det bemerkes at KPP-dataene fremstilles hovedsakelig i form av hvor mange kroner en gitt DRG-kode koster, som illustrert i Figur 6.3 under, heller enn tilpasset informasjon som er gjenkjennelig eller forståelig for ulike brukergrupper.

Figur 6.3: Skjerm bilde fra KPP



Som tidligere poengtert er en viktig fordel med smidig metodikk, sammenlignet med den eldre fossefallsmetodikken, at den er brukerorientert og inkrementell, slik at funksjonalitet stadig tilpasses brukernes behov (Rigby et al., 2016). En viktig grunn til at dette er mer effektivt er nettopp at ressurser ikke kastes bort på en grundig prosess med å utvikle og kvalitetssikre et produkt, som ikke er tilpasset brukernes behov. Dette er også nettopp implikasjonen av informant 3 og 4 sine kommentarer.

Ved å fokusere på kvalitetsforbedringer i den tekniske løsningen og presisjon i KPP-dataene bruker US ressurser på å kvalitetssikre et produkt det er uklart hvordan skal brukes, og av hvem. Samtidig blir implementering av nye bruksområder tilsynelatende skjøvet fremover i

påvente av “kvalitetsforbedringer som må på plass i modellen før vi kan bruke det til ytterligere analyser,” slik informant 2 beskriver det. Enn så lenge den faktiske anvendelsen av KPP er begrenset, vil også nytten av å innføre systemet også begrense seg, uansett hvor god kvalitet den tekniske løsningen og dataene holder. I utgangspunktet er også et sentralt fortrinn med TD-ABC-kalkyler at disse er mindre ressurskrevende å utarbeide og endre (Kaplan og Anderson, 2004). Dette fortrinnet forsvinner om fokuset forblir på kvalitetssikring av dataene. Slik sett kan det oppstå en situasjon med høy innsats, men liten nytte, i kontrast til “scenarioene” beskrevet i presentasjon til styringsgruppen (2018).

Alternativet, som er et grunnprinsipp i smidig metodikk, er å utvikle fungerende prototyper som hurtig kan testes, gis tilbakemelding på og så forbedres basert på brukernes behov (Rigby et al., 2016). Heller enn kvalitetssikring vil da fokuset være på involvering og at KPP-systemets brukergrensesnitt utvikles slik at eksempelvis leger kan dra innsikter ut av dataene. Selv om KPP-dataene ikke er presise, kan de likevel være gode nok til eksempelvis å starte diskusjoner mellom leger om behandlingspraksis.

På den andre siden krever det tid og oppmerksomhet fra brukerne om de skal involveres i utviklingen av KPP-systemet. Som nevnt er nettopp manglende tid en barriere for implementering av KPP, spesielt som medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. Hvis arbeid med KPP generelt anses som å være av lavere prioritet enn andre oppgaver, er det ikke overraskende om KPP også får lite oppmerksomhet. Atferden i et foretak kan forklares av hvordan oppmerksomheten til beslutningstakere styres (Ocasio, 1997).

Hvis KPP ikke tildeles tilstrekkelig oppmerksomhet kan det tenkes at implementeringen ikke gjør videre fremskritt fra fase 1, uavhengig av hvilken utviklingsmetodikk som følges. Da forblir også utfallet lav innsats og lav nytte. Arbeidet med å innføre og bruke KPP som statsadministrativt rapporteringsverktøy har imidlertid blitt prioritert. Det er viet tilstrekkelig oppmerksomhet til at KPP har erstattet tidligere KVA-rapporteringer til HDIR. Det kan tenkes at heller enn å være årsaken til gapet mellom forventet og faktisk bruk, er måten KPP har blitt implementert på et symptom på hva som tillegges verdi og mening ved US. For å forstå gapet mellom forventet og faktisk bruk av KPP, kan det derfor være relevant å forstå hva som styrer prioriteringene til aktørene som jobber med implementeringen av KPP-systemet. I resten av dette kapitlet vil vi derfor belyse dette aktørperspektivet gjennom institusjonell logikk.

6.2 Institusjonell logikk og KPP

Som beskrevet i kapittel 3 er det tre institusjonelle logikker som er spesielt relevante for helsesektoren, nemlig statsadministrativ logikk, økonomistyringslogikk og medisinsk profesjonslogikk. Disse logikkene samsvarer også med bruksområdene vi har identifisert for KPP, som oppsummert under i Tabell 6.1.

Tabell 6.1: Logikker i helsesektoren og bruksområder for KPP

Logikk	Karakteristikk	Bruksområde for KPP	Representativt sitat
Statsadministrativ logikk	Politisk legitimitet, ensartet tilbud/ rettferdighet	Statsadministrativt rapporteringsverktøy	<i>“formålet med arbeidsgruppen er å sikre en felles tilnærming til KPP”</i>
Økonomistyringslogikk	Kostnadskontroll og effektivitet	Økonomisk styringsverktøy	<i>“mindset som sier ‘kan vi spare noen penger’”</i>
Medisinsk profesjonslogikk	Kombinasjon av omsorg og vitenskap	Medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy	<i>“opptatt av at det ikke skal være vesentlige feil”</i>

6.2.1 Statsadministrativ logikk og KPP

Den *statsadministrative* logikken har klare fellestrekk med hva Scott et al. (2000) betegner som statslogikk og Knardal (2019) kaller politisk logikk, og kan knyttes til KPP som rapporteringsverktøy. Innenfor denne logikken skapes mening gjennom politisk legitimitet og rettferdighet. Som nevnt er et sentralt mål for styring av helsesektoren i Norge å sikre et ensartet tilbud. Her legges det til grunn en verdi om at staten involverer seg for å sikre at alle har tilgang til de samme tjenestene, og av samme kvalitet. Som illustrert med “mer helse per krone” er effektivitet også viktig, men dette er underordnet hensynet til et ensartet tilbud. Effektivitet og forutsigbarhet er midler for å oppnå det ensartede tilbudet. Dog spiller effektivitet også en rolle for politisk legitimitet. I tillegg til en demokratisk forankring, bygger den politiske legitimiteten også på en oppfattelse av at felleskapets ressurser anvendes ansvarlig og etter hensikt. Ifølge den statsadministrative logikken blir dermed styrings-

systemer nyttig når de kan fremstille pengebruk som nettopp ansvarlig og hensiktsmessig. Knardal (2019, s. 15) illustrerer denne bruken av styringssystemer for symfoniorkestre:

“Kulturdepartementet hadde et instrument som kunne brukes til å demonstrere ansvarlighet i feltet. Mot dette bakteppet virket ytelsesmålingssystemet sterkest koblet til den politiske logikken, siden målingene representerer et formelt byråkratisk verktøy som gir mulighet for ansvarlighet og legitimitet.”

Vi kan dermed se koblingen mellom statsadministrativ logikk og KPP som rapporteringsverktøy. Som beskrevet i kapittel 4 argumenterer HDIR for kvaliteten og treffsikkerheten til dataene generert av KPP-systemet. Ved å basere ISF-ordningen på slike data, kan finansieringen av helseforetak fremstå som mer ansvarlig og hensiktsmessig. For å vise dette er det imidlertid et fortrinn om alle kostnader inkluderes. Ellers kan kritikere argumentere for at kostnader skjules for offentligheten. At KPP-kalkylen fordeler alle regnskapsførte kostnader virker dermed å være konsistent med den statsadministrative logikken. Informantene våre peker også nettopp på at KPP kan gi et bedre grunnlag for ISF. KPP kan dermed fungere som et legitimitetsbyggende verktøy.

KPP kan også tenkes å ha en funksjon i lys av den statsadministrative verdien om rettferdighet eller ensartet tilbud. Ved å etablere et mer treffsikkert felles rapporteringssystem med sammenlignbare tall mellom (regionale) helseforetak, som gir data om behandlingsløp, vil det i større grad bli mulig å vurdere om tilbudene faktisk er ensartet eller ikke. Her kan det bemerkes som en utfordring at KPP ikke implementeres likt i ulike (regionale) helseforetak. Som eksempelvis informant 1 bemerket er dataene da hovedsakelig egnede til å sammenligne med seg selv over tid, heller enn å sammenligne med andre.

6.2.2 Økonomistyringslogikk og KPP

Det andre bruksområdet vi har identifisert for KPP er som økonomisk styringsverktøy. Dette bruksområdet kan ikke overraskende knyttes til en økonomistyringslogikk. Denne logikken uttrykkes tydelig gjennom informant 3 sin kommentar om at økonomer tenker på å spare penger. Imidlertid er det uklart hva mer som ligger i denne logikken. Ingenting informantene våre sier tilsier at økonomistyringslogikken er spesielt orientert mot markedsmekanismer, konkurranse eller å nå ut til nye kunder. Slik skiller den seg fra Scott et al. (2000) sin markedslogikk og Knardals (2019) forretningsmessige logikk.

Den forretningsmessige logikken beskrevet i Paauwe et al. (2013, s. 4) som *“tilskriver viktighet til praksis som leder til kostnadsreduksjon”* virker ved første øyekast mer treffende. Økonomistyringslogikken ved US er imidlertid også forskjellig fra denne. Den forretningsmessige logikken knyttes nemlig til beslutningstakere, som *“ofte er styremedlemmer og direktører”*. Én av våre informanter er en økonom i en direktørstilling. Vedkommende omtaler imidlertid ikke sin beslutningsmyndighet og tilknytning til implementering av styrings-systemer på samme måte som lederne intervjuet av Paauwe et al. (2013). Det vil si, lederne i Paauwe et al. (2013) sin studie fremstår som eiere og pådrivere for styringssystemet. Våre informanter fremstår derimot mer som fasilitatorer eller forvaltere av styringssystemet.

En mulig forklaring på forskjellen i holdninger til styringssystemet er hvordan helsesektoren er organisert. Paauwe et al. (2013) sin studie fant sted i Nederland, hvor helsesektoren er organisert rundt private tjenester som er finansiert gjennom universelle forsikringer subsidiert av staten. I Norge har imidlertid myndighetene, som beskrevet i kapittel 3, en mer aktiv rolle. Styringssystemene ved US er derfor knyttet til de krav og føringer gitt av HOD og HDIR. Dette kan forklare at økonomistyringslogikken fremstår mer fasiliterende og forvaltende, enn forretningsmessig og beslutningsorientert.

KPP blir omtalt som et nyttig system av økonomene ved US. For at denne nytten ikke skal gå til spille mener økonomene at det er viktig at systemet videreutvikles (presentasjon til styringsgruppen, 2018; 2019). Oppslutningen til KPP kan forstås gjennom effektivitetstenkning, hvor systemet kan bidra til å kutte kostnader og allokere ressurser. Oppslutningen kan imidlertid også forstås gjennom en forvaltningstenkning, hvor økonomene anser det som meningsfullt å sette statlige styringsinitiativer ut i live. Basert på våre undersøkelser er det imidlertid ikke klart hvordan den økonomiske styringslogikken fungerer.

6.2.3 Medisinsk profesjonslogikk og KPP

Den tredje logikken i vårt rammeverk er medisinsk profesjonslogikk, som vi knytter til KPPs bruksområde som medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. Som beskrevet består denne profesjonslogikken både av en omsorgslogikk og en vitenskapslogikk (Dunn og Jones, 2010). Det fremstår i utgangspunktet som rimelig å anta at begge disse logikkene er tilstede blant medisinsk personell i Norge.

Avhengig av om vitenskap eller omsorg står sterkest, kan det tenkes ulike tilnærminger til bruk av KPP. Hvis vitenskap står sterkest, kan KPP bli et verktøy for å få korrekte, entydige

data, noe som informant 1 og 2 fremhever som en prioritet. Hvis omsorg står sterkest, kan det imidlertid tenkes at KPP brukes for å se pasientforløp mer helhetlig.

Våre informanter har i stor grad vektlagt viktigheten av korrekte data i møte med medisinsk personell. Dette taler for en oppfatning av at vitenskapslogikken står spesielt sterkt. Informant 1 sitt eksempel hvor KPP-data kan brukes til å støtte Gjør Kloke Valg-kampanjen, og informant 3 sin kommentar om å motvirke myter om “konger på haugen”, virker treffende her. I vitenskapslogikken vektlegges kunnskap. KPP-systemet kan da være en kilde til treffsikre data. I et slikt tilfelle blir det forståelig at kvaliteten på KPP-dataene vektlegges for å nå et nivå som oppfattes som tilstrekkelig vitenskapelig. Informant 1 og 2 poengterer også nettopp at høy datakvalitet er nødvendig for at systemet skal kunne aksepteres av medisinsk fagpersonell.

Dersom omsorgslogikken står sterkt, eller om den vil bli viktigere i fremtiden, kan det innebære at den oppfattede nytten av KPP som medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy kommer fra muligheten til å se hele pasientløp, fremfor hvor presis informasjonen er. I omsorgslogikken er det også spesielt viktig med nok tid til pasientene. Medisinske medarbeidere blir mer positivt innstilt til styringssystemer som de opplever frigir tid til pasientkontakt (Paauwe et al., 2013). Da kan heller ikke systemet bli for komplisert å bruke, som informant 4 legger som en forutsetning for bruk, ettersom det da blir mer tidkrevende.

En utfordring for styringssystemer i møte med medisinsk profesjonslogikk er uansett hvordan systemet oppfattes: Er det et nyttig verktøy, eller bare enda mer unyttig byråkrati som fjerner tid som kunne vært brukt med pasienter? Dette er en utfordring både informant 1 og 3 peker på. Mistenksomhet og motstand mot nye styringssystemer kan anses som typisk for medisinske fagarbeidere, spesielt når det er et økonomisk styringssystem (Paauwe et al., 2013). KPP kan vanskelig beskrives som noe annet enn et økonomisk styringssystem, både fordi ett av bruksområdene er nettopp for å støtte økonomisk styring, men også fordi KPP-data uttrykkes som kostnader, målt i kroner og øre.

Med bare én medisinskfaglig informant er det begrenset hvilke slutninger vi kan dra om medisinsk profesjonslogikk, og hvordan denne samspiller med innføringen av KPP. Det er imidlertid interessant at informant 4 sier at “*KPP kan erstatte ISF dersom det viser seg å fungere i praksis*”. Som vi peker på i kapittel 5 er implikasjonen at skillet mellom ISF og KPP ikke er tydelig. I så fall er det mulig at innføringen av KPP er frakoblet den medisinske

profesjonslogikken, heller enn at denne logikken støtter opp under KPP som medisinsk kvalitet- og prosessendringsverktøy, og dermed gjør dette bruksområdet meningsfullt.

6.2.4 Interaksjon mellom logikkene

I en organisasjon med flere fremtredende institusjonelle logikker må man ikke bare vurdere påvirkningen til hver enkelt logikk i isolasjon, men også hvordan disse samspiller (Besharov og Smith, 2014; Paauwe et al., 2013). I henhold til Besharov og Smith (2014) kan dette samspillet som nevnt vurderes etter sentralitet og kompatibilitet.

Det fremstår som tydelig for oss at den statsadministrative logikken har en dominerende posisjon knyttet til innføringen av KPP. Vi finner mindre grunnlag for at økonomistyringslogikk og medisinsk profesjonslogikk har en dominerende posisjon. Det er særlig knyttet usikkerhet til økonomistyringslogikken, da det er utydelig hva denne innebærer. Vi finner imidlertid støtte for at den vitenskapelige siden av medisinsk profesjonslogikk blir vektlagt, spesielt når det argumenteres for kvalitetssikringsarbeid. Det kan også bemerkes at de medisinske profesjonene har en sterk stilling i norsk helsevesen, med sin egen kultur, verdier og normer (Nyland og Pettersen, 2004; Pettersen et al., 2008). Vi vil derfor ikke utelukke at den medisinske profesjonslogikken også er i en dominerende posisjon.

Med potensielt to dominante logikker er det en viss sentralitet i US. Med høy sentralitet, kan det også forventes omfattende konflikt dersom logikkene ikke er kompatible (Besharov og Smith, 2014). Om statsadministrativ logikk har en dominerende situasjon alene, og det dermed er lav sentralitet, kan det fremdeles være moderat konflikt ved manglende kompatibilitet.

Ved første øyekast kan det være kompatibilitet mellom den statsadministrative logikken og medisinske profesjonslogikken. I begge logikkene verdsettes kvalitet på behandling. Vi vil imidlertid argumentere for at den legitimitetsbyggende rapporteringen, som er viktig etter statsadministrativ logikk, er nettopp den type aktivitet medisinsk fagpersonell anser som unødvendig byråkrati og en tidstyv som hindrer pasientkontakt. Informant 4 anser som nevnt KPP som en mulig erstatte for ISF, og stiller spørsmål om *“vil det gi mer enn dagens system?”* Dette til tross for at vedkommende har følgende å si om ISF:

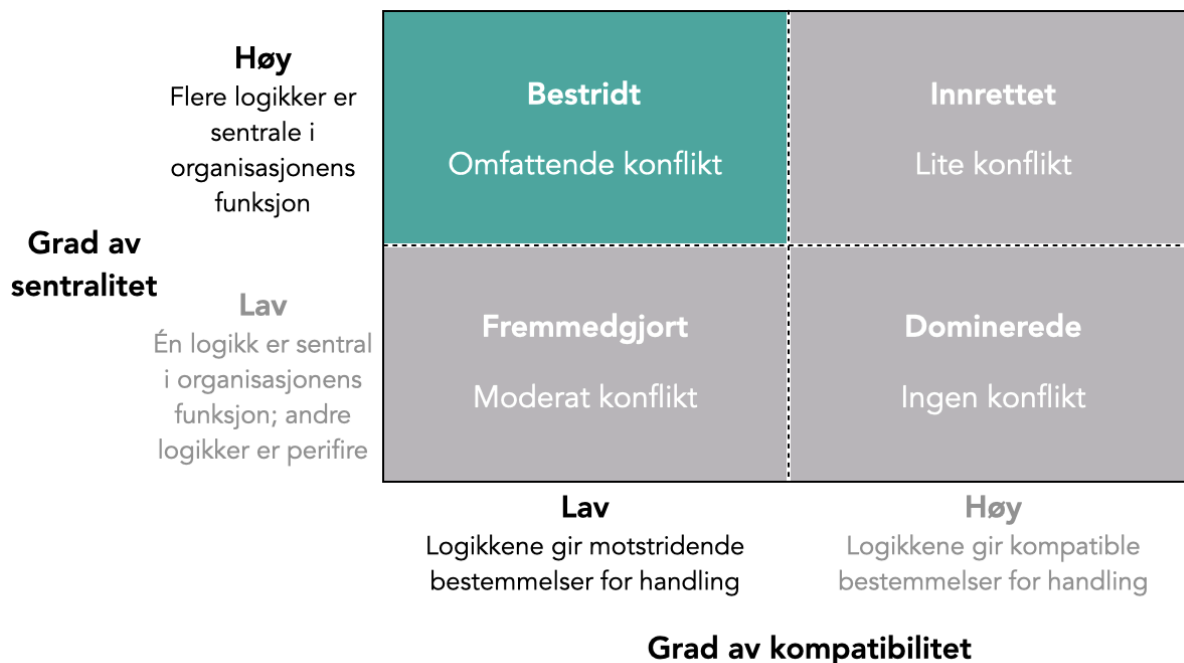
“Dessverre går det tregt med innføring/tilpasning av takster i forbindelse med innovasjoner: Medisinske nyvinninger, dvs. nye måter å arbeide på, som innebærer en effektivisering og en kostnadsbesparelse for det nasjonale helsebudsjett. For de som er tidlig ute innebærer det

dessverre ofte et økonomisk tap. Det illustrerer baksiden av medaljen. Siden de kliniske avdelingene har nokså rigide inntektskrav vil en slik effektivisering kunne føre til reduserte inntekter og røde tall.”

Mens selve karakteristikken av ISF er utenfor vår studie, er det like fullt en viktig implikasjon i denne kommentaren, nemlig at ISF kan bli sett på som en hemsko for medisinske nyvinninger. Når KPP anses som en erstatning for ISF, heller enn et separat system, følger det en bekymring for at også KPP vil gi “røde tall” i forbindelse med innovasjoner. Dette er det omvendte av hensikten med KPP som medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy.

Sitatet over indikerer også en konflikt mellom logikker. Selv om endringer i medisinsk praksis gir kostnadsbesparelser for det nasjonale helsebudsjettet, fremstilles de likevel i opposisjon til den økonomiske styringen. Det fremstår da som om den statsadministrative logikken, som dikterer styringssystemene og fordeling av inntekter, blir ansett som motstridende til den medisinske profesjonslogikken til informant 4. Man kan også stille spørsmål ved hvor økonomistyringslogikken står i denne konflikten. Den kan være i skvis mellom å forvalte den statsadministrative styringen på den ene siden, og å støtte effektivitetsfremmende medisinske innovasjoner på den andre siden.

Det fremstår med andre ord som at kompatibiliteten mellom de ulike logikkene oppfattes som lav. En slik situasjon gir grobunn for konflikt (Besharov og Smith, 2014), som følgelig også kan innebære konsekvenser for implementeringen av KPP. Ettersom innføringen av KPP-systemet er initiert av myndighetene, i form av HOD og HDIR, vil prioriteringene i implementeringen av systemet være påvirket av statsadministrativ logikk. Dette fremgår tydelig gjennom det eksplisitte kravet om at KPP skal brukes til rapportering. Situasjonen kan da karakteriseres som “bestridt” i henhold til Besharov og Smiths modell (2014), som illustrert i Figur 6.4.

Figur 6.4: Grad av sentralitet og kompatibilitet i US

Når KPP har utgangspunkt som et statsadministrativt styringssystem, foreløpig implementert som et rapporteringsverktøy, er det da ikke overraskende om systemet blir møtt med mistenksomhet og motstand blant medisinske fagarbeidere. Dette kan i så fall bidra til å forklare gapet mellom forventet og faktisk bruk. På den ene siden er det tenkelig at HDIR er tilfreds med at KPP brukes som rapporteringsverktøy, siden det er tilstrekkelig for å styrke politisk legitimitet. På den andre siden ønsker ikke medisinske fagarbeidere å ha noe med systemet å gjøre, siden det oppleves som en byråkratisk tidstyv. Samtidig er det mulig at økonomene mangler påvirkningskraft eller står i en skvis mellom ulike verdier.

Det som derimot kan dempe motsetningene er en felles idé for styringssystemet (Knardal, 2019). Det er rimelig å anta at både statlige byråkrater, økonomer og medisinske fagarbeidere ved helseforetakene kan samles rundt et formål knyttet til bedre helseutfall. “Mer helse per krone” uttrykker også et formål som kan tenkes å være samlende. Det kan imidlertid være utfordrende å kommunisere én felles idé for en stridslastebuss av et styringssystem; ettersom KPP både skal være et rapporteringsverktøy, et økonomisk styringsverktøy, og et kvalitet- og prosessendringsverktøy, er det desto vanskeligere å kommunisere et enhetlig formål. Når det skapes ulike oppfatninger kan det også slå tilbake i form av mistenksomhet, og dermed fallende oppslutning om systemet (Paauwe et al., 2013).

Det kan dermed argumenteres for at KPP-systemet mangler sterke forkjempere som kan vri oppmerksomhet blant beslutningstakere til å prioritere implementering av systemet som økonomisk styringsverktøy og medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy.

6.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi analysert gapet mellom forventet og faktisk bruk av KPP, først med utgangspunkt i et prosessperspektiv, og deretter et aktørperspektiv.

Fra et prosessperspektiv har vi diskutert hvordan KPP blir implementert etter en fossefallsmetodik eller enn den smidige metodikken anbefalt av oppstartsprosjektet. Som følge av dette har fokuset vært på å heve datakvalitet, heller enn å involvere brukere og utvikle funksjonaliteten i systemet. Dermed har heller ikke KPP blitt tatt i bruk på andre områder enn rapportering. De ressursene som er satt av til systemet brukes i hovedsak til nettopp rapportering og datakvalitet, mens medisinsk personell ikke har mulighet til å påvirke utviklingsprosessen.

Fra et aktørperspektiv har vi undersøkt hvordan institusjonell logikk kan påvirke implementeringen av KPP. Vi har bygget et rammeverk for institusjonell logikk i offentlig helsesektor, hvor statsadministrativ logikk, økonomistyringslogikk og medisinsk profesjonslogikk fremstår som de viktigste logikkene. Disse logikkene kan kobles til KPPs bruksområder som rapporteringsverktøy, økonomisk styringsverktøy, og medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy, respektivt.

Vi finner at implementeringen av KPP som rapporteringsverktøy har tydelig støtte i den statsadministrative logikken. I den statsadministrative logikken verdsettes politisk legitimitet. Rapporterte KPP-data kan benyttes til å legitimere og ansvarliggjøre offentlig pengebruk. Vi finner imidlertid ikke en like tydelig kobling mellom de andre logikkene og KPP, noe som kan forklare manglende implementering av de andre bruksområdene.

Vi har også analysert interaksjonen mellom de ulike logikkene. Det er ikke entydig hvor høy sentraliteten i US er. Statsadministrativ logikk fremstår som dominerende når det gjelder innføringen av KPP, og det er mulig også medisinsk profesjonslogikk står sterkt. Disse logikkene virker å ha lav kompatibilitet, noe som leder til konflikt. Økonomistyringslogikken synes å ha en underordnet posisjon. Det virker som om den statsadministrative logikken dikterer utformingen og bruken av KPP, og rapporteringsformålet vektlegges. Etersom

medisinsk profesjonslogikk står i konflikt, mens økonomistyringslogikkens påvirkning er uklar, er utfallet da at kun det statsadministrative formålet prioriteres.

7. Konklusjon og fremtidig forskning

I dette avsluttende kapitlet skal vi først gjennomgå funnene vi har gjort i vår studie. Deretter vil vi kort diskutere begrensninger og gyldighet ved studien. Til sist vil vi komme med forslag til videre forskning.

7.1 Hovedfunn

Formålet med vår masteroppgave har vært å undersøke forventningene til KPP-systemet og hvordan dette blir implementert i den norske helsesektoren, med utgangspunkt i følgende overordnede problemstilling:

Hvordan kan vi forstå forventninger og bruk av KPP-systemet?

Videre har vi utdypet problemstillingen gjennom to forskningsspørsmål, nemlig:

1. *Hvordan kan vi med utgangspunkt i TD-ABC-litteraturen forstå forventninger til KPP-systemet?*
2. *Hvordan kan nærværet av ulike institusjonelle logikker forklare gapet mellom forventet og faktisk bruk av KPP-systemet?*

7.1.1 Forventninger til KPP-systemet

For å besvare det første forskningsspørsmålet har vi tatt utgangspunkt i normativ litteratur om TD-ABC i helsesektoren for å identifisere hvilke potensielle bruksområder forskning tilsier systemer som KPP kan anvendes på. Vi har deretter gjennomgått HDIRs dokumenter som beskriver forventningene til KPP. Basert på denne gjennomgangen finner vi tre overordnede bruksområder for KPP-systemet. Disse bruksområdene er som statsadministrativt rapporteringsverktøy, økonomisk styringsverktøy, og til sist som medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy.

Som statsadministrativt rapporteringsverktøy skal KPP overta for tidligere KVA-leveranser, slik at kostnadsdata utarbeidet ved hjelp av KPP-beregninger danner grunnlaget for det nasjonale DRG- og ISF-systemet. Det forespeiles at KPP vil effektivisere rapporteringsprosessen og gi riktigere kostnadsdata. Disse kostnadsdataene er også ment å bidra til videreutvikling av ISF-systemet. KPP vil dermed bidra til hvordan finansieringen av

helseforetak utformes. Dette er et bruksområde som også trekkes frem i den normative litteraturen (Kaplan og Porter, 2011; Keel et al., 2017).

KPP som økonomisk styringsverktøy er ment å bidra til styringsløyfen i (regionale) helseforetak, blant annet gjennom å levere beslutningsrelevant informasjon ved investeringsbeslutninger, ressursallokering og budsjettarbeid, samt å evaluere driften i helseforetakene. Dette er bruksområder som vi også finner i litteraturen (Demeere et al., 2009; Kaplan og Porter, 2011; Kaplan et al., 2014). Budsjettering og evaluering er viktige formål ved styringssystemer i offentlige foretak (Behn, 2003), og KPP er ment å støtte disse aktivitetene.

Til sist er KPP ment å fungere som et medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. Her skal KPP bidra både til å sikre kvaliteten på behandling, men også å identifisere mer effektiv praksis. KPP er ment å gi økt mulighet til å sammenligne ulike enheter både innad i og mellom ulike helseforetak, og dermed avdekke om enkelte enheter presterer spesielt godt (eller dårlig). Dette skal fasilitere overføring av beste praksis. KPP kan også kontrollere at beste praksis følges. Læring, endring og kontroll er alle formål ved styringssystemer i offentlige foretak (Behn, 2003), og bruken som medisinsk kvalitets og prosessendringsverktøy er gjenkjennbar fra litteraturen (Demeere et al., 2009; Kaplan og Porter, 2011; Kaplan et al., 2014).

Vi finner altså høy grad av konsistens mellom den normative litteraturen om TD-ABC i helsesektoren og ambisjonene for KPP. Forventningene til KPP-systemet kan dermed forstås som et ønske om å oppnå det teoretiske potensialet for TD-ABC-systemer i helsesektoren.

7.1.2 Gap mellom forventet og faktisk bruk av KPP-systemet

Vi finner ikke at KPP-systemet er implementert i tråd med ambisjonene beskrevet av HDIR. Ved universitetssykehuset vi har studert er KPP foreløpig implementert som statsadministrativt rapporteringsverktøy. Dette ble gjort gjennom et oppstartsprosjekt som ble fullført ved inngangen av 2017, og som er i tråd med krav fra HDIR om at kostnadsdata fra KPP skal erstatte tidligere KVA-leveranser til ISF-systemet.

KPP er imidlertid ikke implementert som økonomistyringsverktøy eller medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. I interne dokumenter ved universitetssykehuset ser vi flere endringer i implementeringsplanen, hvor bruk av KPP til andre formål enn rapportering stadig forskyves, i påvente av annet arbeid. Mer konkrete implementeringstiltak, slik som at KPP-dataene blir oppdatert månedlig heller enn årlig, har også blitt utsatt flere ganger. Informantene

våre vektlegger også nødvendigheten av kvalitetsforbedringer på dataene før KPP kan tas i bruk.

Med utgangspunkt i situasjonen beskrevet over blir det derfor relevant å utforske vårt andre forskningsspørsmål, om hvordan institusjonell logikk kan forklare gapet mellom forventet og faktisk bruk. Dette kan betraktes som et *aktørperspektiv* på gapet. Under våre undersøkelser avdekket vi også utfordringer med arbeidsmetodikken ved implementeringen av KPP, som kan betraktes som et *prosessperspektiv* på gapet.

Utviklingen og implementeringen av KPP følger en fossefallsmetodikk. KPP er utformet til å inkludere alle regnskapsførte kostnader, noe som gir et generelt kostnadsbilde. Implementeringens første fase omhandlet også å innføre KPP som rapporteringsverktøy. Som en ren oppgradering av tidligere KVA-leveranser var dette et kjent bruksområde for et kjent behov. En prosess basert på fossefall kan dermed være passende for denne fasen.

Utfordringen med implementeringsprosessen oppstår når KPP skal anvendes til andre formål enn rapportering. Det er et generelt prinsipp at man behøver ulike kostnader for ulike formål (Datar og Rajan, 2018). Videre er det ikke klart hvilke behov hos brukerne KPP vil dekke, og hvordan dette vil gjøres. Dette tilsier at prosessen bør være brukerorientert med fokus på iterative tilpasninger og forbedringer, noe som gjør en smidig metodikk spesielt egnet (Rigby et al., 2016). Dette er også anbefalingen fra oppstartsprosjektet (sluttrapport, 2017). Likevel forblir implementeringsprosessen basert på fossefallsmetodikk. Oppmerksomheten ligger på kvalitetsforbedringer og rapportering, heller enn tilpasninger i brukergrensesnitt og funksjonalitet.

Hvordan oppmerksomhet styrer implementeringsprosessen leder oss tilbake til aktørperspektivet for å forstå gapet mellom forventet og faktisk bruk av KPP. For å undersøke dette perspektivet har vi tatt utgangspunkt i institusjonell logikk. Fra litteraturen finner vi at det er spesielt tre logikker som kan være relevant i offentlig helsevesen. Disse logikkene er statsadministrativ logikk, økonomistyringslogikk og medisinsk profesjonslogikk.

Statsadministrativ logikk finner mening og verdi gjennom politisk legitimitet og rettferdighet. Vi finner støtte for at denne logikken spiller en sentral rolle i styringen av helseforetak og innføringen av KPP. Det er et politisk mål om ensartet helsetilbud i hele Norge (Colbjørnsen, 2020) og KPP er ment å gi bedre sammenligningsgrunnlag nasjonalt, noe som gjenspeiler verdien om rettferdighet. Styringssystemer som bidrar med rapportering av kostnader kan

bidra med legitimitet for myndighetene (Knardal, 2019), noe som også virker å være tilfellet med rapportering av KPP-data.

Økonomistyringslogikken verdsetter kostnadskontroll og effektivitet. Økonomistyringslogikken i norsk helsevesen skiller seg fra markedslogikken og den forretningsmessige logikken vi finner i litteraturen. Mens disse logikkene deler effektivitet som en grunnverdi, er de sistnevnte mer orientert mot markedsmekanismer som konkurranse og å tiltrekke seg kunder, noe vi ikke finner i vår studie. Økonomistyringslogikken skiller seg også ut ved at økonomene (inkludert i ledende stilling) ved helseforetak fremstår som fasilitatorer og forvaltere av styringssystem, heller enn eiere og pådrivere. Av den grunn er det uklart hvilke rolle og påvirkning økonomistyringslogikken har i innføringen av KPP.

Den medisinske profesjonslogikken er en blanding av vitenskapslogikk og omsorgslogikk, begge med kvalitet på behandling som sin grunnverdi. I forbindelse med innføringen av KPP finner vi først og fremst tegn på vitenskapslogikk, som påvirker implementeringen gjennom at datakvalitet vektlegges høyt. I mangelen på involvering av medisinske fagarbeidere i implementeringen av KPP, er det imidlertid begrenset hvor stor påvirkning den medisinske profesjonslogikken kan ha på hvordan KPP brukes. Det er også uklart i hvilken grad medisinske fagarbeidere oppfatter KPP som et separat system fra ISF, og dermed muligheten til bredere bruksområder.

Ved tilstedeværelsen av flere logikker er det imidlertid også viktig å vurdere hvordan disse samspiller. Vi har undersøkt dette samspillet med utgangspunkt i sentralitet og kompatibilitet (Besharov og Smith, 2014). Når det gjelder sentralitet finner vi at statsadministrativ logikk er dominerende, og at det er mulig, men ikke entydig, at medisinsk profesjonslogikk også har en dominerende posisjon. Dette tilsier at det er en viss sentralitet.

Når det gjelder kompatibilitet finner vi at denne er lav, spesielt i tilknytning til innføring av styringssystemer. Vi observerer en gnisning mellom den statsadministrative logikkens verdi om politisk legitimitet, og den medisinske profesjonslogikkens verdsettelse av både innovasjon og omsorg. For å bygge politisk legitimitet benyttes som nevnt styringssystemer til rapportering, noe som oppfattes av profesjonene som en byråkratisk tidstyv, som fjerner tid fra pasientarbeid. Vi får også indikasjoner på at koblingen mellom rapportering og finansiering oppfattes som et hinder for innovasjon.

Basert på gnisningene beskrevet over, og at både statsadministrativ og medisinsk profesjonslogikk har dominerende posisjoner i helsesektoren, er det grunn til å tro at logikkene står i omfattende konflikt i tilknytning til implementeringen av KPP. Det vil si, vår studie indikerer at KPP blir innført basert på den statsadministrative logikken uten noen tilslutning blant profesjonene. Samtidig havner økonomistyringslogikken i en skvis mellom lojal forvaltning av styringssystemene og å støtte effektivitet gjennom innovasjon i behandling.

Som et resultat av konflikten mellom den statsadministrative og medisinske profesjonslogikken blir det i praksis ingen tydelige forkjempere for at KPP skal innføres på nye bruksområder. Vi kan dermed forstå gapet mellom forventninger og faktisk bruk av KPP ved at aktørene som følger den statsadministrative logikken er tilfreds med at systemet brukes til rapportering, mens andre aktører i mindre grad er villig, eller har begrenset mulighet, til å drive frem implementering av KPP-systemet på nye bruksområder.

7.2 Bidrag og implikasjoner

Basert på vår studie vil vi spesielt trekke frem to bidrag og to implikasjoner. Det første bidraget er at vi har kartlagt forventningene til KPP-systemet, fra myndighetenes perspektiv. Dermed klargjør vi hva som er KPPs intenderte bruksområder, og at disse er konsistent med litteraturen om TD-ABC i helsesektoren.

Det andre bidraget er at vi har utarbeidet et rammeverk for institusjonell logikk innenfor offentlig helsesektor. Dette rammeverket gir et utgangspunkt for å undersøke og forstå hvilke logikker som danner grunnlaget for verdier og prioriteringer i sektoren, samt hvordan disse interagerer med hverandre, og med formelle styringssystemer. Rammeverket kan også være relevant for andre offentlige sektorer, samt sektorer med sterke profesjoner.

Av implikasjoner kan vi først trekke frem at den statsadministrative logikken har dominert innføringen av KPP. Når et styringssystem med flere ulike formål skal innføres, bør det vurderes hvordan disse formålene kan knyttes til institusjonelle logikker og hvilke vridninger dette kan gi. En konsekvens av slike vridninger kan være at prioriteringer ikke gjøres etter hva som er mest nyttig bruk av styringssystemet, men hva den dominerende logikken tillegger verdi og mening. I offentlig sektor kan dette være spesielt viktig å reflektere over, ettersom prioriteringer kan vris gjennom statsadministrative krav.

En annen implikasjon er at ureflektert vektlegging av kvalitetssikring kan medføre en risiko for at man ikke løser problemer. I vårt case prioriteres arbeid med å heve datakvalitet fremfor å utvikle funksjonalitet. Her forsøker man å løse ett problem, men forårsaker samtidig et annet. Problemet som forsøkes løses er at data kan være for dårlig til å brukes som beslutningsgrunnlag. Problemet som oppstår er at selv om styringssystemet gir imperfekt informasjon kan det fremdeles bidra til at bedre beslutninger fattes, men denne muligheten går til spille enn så lenge systemet forblir ubrukt.

7.3 Begrensninger og gyldighet

I masteroppgaver er vanlige innvendinger at rammevilkårene nødvendigvis begrenser både omfang og tidsperspektiv. Dette er selvsagt også begrensninger ved vår studie. En ytterligere innvending er imidlertid at vi ikke har hatt mulighet til å samle et like omfattende empirisk grunnlag for vår analyse som planlagt.

Et prinsipp for datainnsamling i kvalitative studier er å samle data inntil et “metningspunkt”, hvor ytterligere data ikke endrer analysen (Saunders et al., 2016). Som beskrevet i kapittel 2 ble mulighetene til å utføre intervjuer ved vårt casesykehus begrenset av Covid-19-utbruddet. Selv om vi har gjort tilpasninger gjennom å legge større vekt på dokumentanalyse og vårt teoretiske rammeverk, er det imidlertid grunn til å tro at mer omfattende datainnsamling ville styrket vår analyse.

En relativ mangel på empiri svekker autentisiteten til studien vår. For første forskningsspørsmål er ikke dette problematisk, ettersom dokumentene fra HDIR gir utfyllende beskrivelser. Mer omfattende empiriske undersøkelser ville imidlertid vært en fordel for analysen tilknyttet vårt andre forskningsspørsmål og beskrivelsen av institusjonell logikk i universitetssykehuset. Her mener vi at mer omfattende intervjuer ville åpnet for en tykkere beskrivelse, som i større grad er “*dypt fundert i livsverdenen til menneskene som studeres*” (Lukka og Modell, 2010, s. 466).

Et viktig tiltak for å øke tykkheten i våre beskrivelser, og dermed styrke autentisiteten til studien, er bruk av triangulering. Selv om vi har hatt et begrenset utvalg av respondenter, har vi kunnet sammenligne respondentenes svar med hva som er skrevet i interne dokumenter. Vi finner konsistens mellom respondentenes svar og de interne dokumentene, noe som taler for styrket autentisitet.

Når det gjelder studiens plausibilitet er et viktig grep vi har gjort å benytte “peer debriefing” (Guba og Lincoln, 1989). Som nevnt i metodekapittelet har vi diskutert masteroppgaven både med vår veileder Professor Trond Bjørnenak og Professor Kari Nyland. Basert på deres kunnskap og erfaring med økonomisk styring, spesielt innen helsesektoren, har de vært verdifulle kilder til idéer og tilbakemeldinger. Vi har imidlertid også testet oppgavens plausibilitet ved å få gjennomlesning og tilbakemelding fra en overlege ved en større kirurgisk avdeling i en annen region enn vårt casesykehus. Vedkommende har medisinskfaglig, men ikke økonomisk-administrativt lederansvar. Vedkommende anser vår beskrivelse og analyse av institusjonelle logikker som gjenkjennelig. Dette styrker plausibiliteten i vår studie.

Til sist kan tidsbegrensningen som følger av en masteroppgave trekkes frem. Denne begrensningen gir utslag på hvilken informasjon vi kan basere analysen vår på. Én dag før innlevering fikk vi høre fra informant 1 at nasjonale KPP-data nylig er gjort tilgjengelig i den regionale styringsportalen, noe som *«har allerede skapt engasjement og ulike diskusjoner»*. Dette er en interessant utvikling vi dessverre ikke har anledning til å følge opp i denne utredningen. Med utgangspunkt i rammeverket vi har bygget i vår masteroppgave kan imidlertid denne utviklingen belyses gjennom videre forskning.

7.4 Videre forskning

Basert på begrensningene ved vår masteroppgave er et naturlig forslag til videre forskning å fortsette studien av universitetssykehuset vi har undersøkt. En mer omfattende studie kan gi en tykkere beskrivelse og dermed mer autentiske funn. Videre åpner det for å følge implementeringen av KPP over tid, samt undersøke effekten av at nasjonale data nå er tilgjengelig.

Ved en longitudinell studie av implementeringen av KPP kan det være relevant å ta utgangspunkt i prosessperspektivet vi har analysert. På bakgrunn av at den videre implementeringen virker spesielt egnet for smidig metodikk, kan det være relevant med en action research-tilnærming. Altså at forskeren bidrar til å innføre en smidig implementeringsprosess, og samtidig undersøker hvilken effekt denne tilnærmingen har på implementeringen av KPP.

En landsdekkende studie av implementeringen av KPP kan også være interessant, ettersom det åpner for å sammenligne implementeringen mellom ulike helseforetak. Det er interessant

at Skrove og Utnes (2019, s. 85) sin studie av KPP på et annet helseforetak konkluderer med at mens

“KPP-modellen i starten var assosiert med formell rapportering, viser studien at modellen nå betraktes som et fremtidsrettet og viktig verktøy for å kunne håndtere fremtidens utfordringer og nå helseforetakets målsetninger.”

samt at *“rapporteringskrav fra myndighetene også kan stimulere til innovasjon”*. Riktignok har Skrove og Utnes sin studie en noe annerledes tilnærming til å studere KPP, inkludert ulikt teoretisk rammeverk, men det er likevel interessant hvor ulik konklusjonen er. Våre funn tilsier at KPP fra starten av var ment å ha mer omfattende bruksområder enn rapportering, og at slik rapportering kan oppfattes som et hinder for innovasjon. Her kan det altså være betydelige ulikheter i hvordan KPP oppfattes i forskjellige helseforetak, noe som vil være spennende å undersøke nærmere.

I vår studie har vi antatt at KPP-kalkylene er utformet på en hensiktsmessig måte for å oppfylle KPP-systemets formål. Bakken og Kristiansen (2019) peker imidlertid på svakheter ved KPP-kalkylene. For å sikre et best mulig system kan det være fordelaktig at spørsmålet om KPP-kalkylenes egnethet utforskes videre. Med utgangspunkt i våre funn er det spesielt relevant å undersøke hvordan selvkost-aspektene ved KPP påvirker bruk, og om én metode for å beregne kostnader er forenelig med alle de ulike bruksområdene vi har beskrevet.

Et annet interessant område for videre forskning er ytterligere beskrivelser av de institusjonelle logikkene i helsevesenet. Her kan det være spesielt interessant å kartlegge økonomistyringslogikken og den medisinske profesjonslogikken.

Som nevnt skiller økonomistyringslogikken i norsk helsevesen seg fra markedslogikken og den forretningsmessige logikken vi finner i litteraturen. I vår studie har vi funnet klare indikasjoner på at det finnes en logikk hvis verdigrunnlag inkluderer kostnadskontroll og effektivitet. Vi har imidlertid ikke hatt grunnlag til å lage en rik beskrivelse av denne logikken, eller hvordan den påvirker organisasjoner i helsesektoren. Rollen til det offentlige i helsesektoren, og dermed den dominerende posisjonen til den statsadministrative logikken, gjør det særlig interessant å undersøke hvilken posisjon økonomistyringslogikk har. Dette kan også gi innsikter i hvordan det statsadministrative og økonomiske samspiller mer generelt.

Videre forskning på den medisinske profesjonslogikken kan også være interessant. I vår studie har vi først og fremst funnet indikasjoner på vitenskapslogikk. Dunn og Jones (2010) hevder imidlertid at omsorgslogikken har fått en sterkere posisjon enn vitenskapslogikken. I Gjør Kloke Valg-kampanjen fremstilles også overbehandling og overdiagnostikk som et resultat av legens ønske om å hjelpe pasienten (Legeforeningen, 2020), heller enn som et resultat av innovative prosedyrer. Det vil derfor være interessant å undersøke hvordan omsorg og vitenskap samspiller innenfor den medisinske profesjonslogikken, og hvilke konsekvenser dette har for hvordan den medisinske profesjonslogikken samspiller med andre logikker.

En av grunnene til at omsorgslogikken står sterkere er ifølge Dunn og Jones (2010) en økende andel kvinnelige leger. Kvinneandelen blant norske leger er også økende. Det anslås en majoritet av kvinner i de fleste spesialiteter i løpet av 2020-tallet, med kirurgiske fag og lederstillinger som unntak (Holm, 2005). I lys av dette kan det være interessant å undersøke hvordan sammensetningen av grupper påvirker den institusjonelle logikken. Det kan tenkes at endringer i sammensetning av grupper kan påvirke oppslutning til og bruk av styringssystemer som KPP, noe som vil være interessant å undersøke nærmere.

På et overordnet nivå anbefaler vi videre forskning på hvordan disse logikkene samspiller, inkludert hvilke logikker som har dominerende posisjoner og hvor kompatible de er. Basert på Knardals (2019) innsikt om en forenende idé kan det også være interessant å forske på hvordan gnisninger mellom de ulike logikkene kan reduseres. Dette fremstår som spesielt viktig i lys av vårt funn om at statsadministrativ rapportering og finansiering oppfattes som i opposisjon til medisinsk innovasjon og omsorg.

8. Referanseliste

8.1 Litteratur

Anthony, R. og Govindarajan, V. (2006). *Management Control Systems*. (12. utg.). Boston: McGraw-Hill.

Bakken, M. og Kristiansen, M. B. (2019). *Kostnadskalkulasjon i helsesektoren - En studie av KPP-modellen hos St. Olavs hospital*(Masteroppgave). NTNU Handelshøyskolen, Trondheim.

Behn, R. D. (2003). Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*, 63(5), s. 586-606. Wiley, American Society for Public Administration.

Besharov, M. L., og Smith, W. K. (2014). Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *The Academy of Management Review*, 39(3), s. 364-381.

Bjørndal, M., Bjørnenak, T., og Johnsen, T. (2003). *Aktivitetsbasert kalkulasjon for regulerte tjenester*. Samfunns- og Næringslivsforskning AS.

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

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

Broadbent, J. og Laughlin, R. (2009). Performance Management Systems: A Conceptual Model. *Management Account Research*, s. 283-295.

Burrell, G. og Morgan, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*. London: Heinemann.

Chenhall, R. H. og Langfield-Smith, K. (1998). Adoption and benefits of management accounting practices: an Australian study, *Management Accounting Research*, 9(1), s. 1-19. doi: 10.1006/mare.1997.0060.

Cinquini, L. og Mitchell, F. (2005). Success in management accounting: lessons from the activity-based costing/management experience. *Journal of Accounting & Organisational Change*, 1, s. 63-78.

Colbjørnsen, T. (2020). *Og bakom synger Stortinget*. Oslo: Spekter.

Corbin, J. og Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research* (3. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Datar, S. M. og Rajan, M. V. (2018). *Horngren's Cost Accounting: A Managerial Emphasis* (16. Utg.). Harlow: Pearson Education.

Demeere, N., Stouthuysen, K. og Roodhooft, F. (2009). Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: Development, relevance and managerial impact. *Health Policy*, 92, s. 296-304.

Den Norske Legeforening. (2020). Om Gjør kloke valg. Hentet den 15.05.20 fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/>.

Denzin, N.K. og Lincoln, Y.S. (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4. utg.). London: Sage.

Dunn, M. B. og Jones, C. (2010). Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in the Medical Education, 1967-2005. *Administrative Science Quarterly*, 55, s. 114-149.

Friedland, R. og Alford, R. R. (1991). Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. I W. W. Powell og P. J. DiMaggio, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, s. 232-266. The University of Chicago Press.

Grønli, H. og Alnes, E. (2019). Støre ut mot regjeringas «ostehøvelkutt»: Ein feig strategi. *NRK*. Hentet den 05.04.20 fra <https://www.nrk.no/norge/full-strid-mellom-store-og-jensen-om-ostehovelkutt-1.14790992>.

Guba, E.G. og Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

Gundersen, H. og Skodvin, H. (2019). – Skjerm kjernen. *Morgenbladet*. Hentet den 05.04.20 fra <https://morgenbladet.no/aktuelt/2019/09/skjerm-kjernen>.

Hansen, N. (2018). – Ostehøvelkuttene er en stor trussel mot produktivitet og kvaliteten i offentlig sektor. *FriFagbevegelse*. Hentet den 05.04.20 fra <https://frifagbevegelse.no/aktuell/-ostehovelkuttene-er-en-stor-trussel-mot-produktiviteten-og-kvaliteten-i-offentlig-sektor-6.158.588519.2c0b5bafc7>.

Hansen, N. og Hauge-Eltvik, A. (2018). Ostehøvelkuttene får kritikk fra mange hold. – Flate kutt uten prioriteringer er ingen god måte å styre et land på. *FriFagbevegelse*. Hentet den 05.04.20 fra <https://frifagbevegelse.no/aktuell/ostehovelkuttene-far-kritikk-fra-mange-hold--flate-kutt-uten-prioriteringer-er-ingen-god-mate-a-styre-et-land-pa-6.158.583035.d0c09d6d1f>.

Hansen, S. C., Otley, D. T. og Van der Stede, W. A. (2003). Practice Developments in Budgeting: An Overview and Research Perspective. *Journal of Management Accounting Research*, 15, s. 95-116.

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

Helsedirektoratet (HDIR). (2018). Revidert versjon Nasjonal spesifikasjon for KPP-modellering - psykisk helsevern og TSB. (IS-2756). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (HDIR). (2020). Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2020 (ISF-regelverket). Oslo: Helsedirektoratet.

Holm, H. A. (2005). Andelen kvinner i medisinen: Noen utviklingstrekk basert på Legeforeningens legestatistikk. Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/0bdafe0d9fe0431bb968fa006ffef34d/kvinneandel-og-antallet-kvinnelige-leger-1930-2020.pdf>

Johnson, P. og Clark, M. (2006). *Business and Management Research Methodologies*. London: Sage.

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

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

Kaplan, R. S. og 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. og Atkinson, A. A. (2014) *Advanced Management Accounting*. Harlow: Pearson Education.

Kaplan, R. S. og Porter, M. E. (2011). How to Solve The Cost Crisis In Health Care. *Harvard Business Review*.

Kaplan, R. S., Witkowski, M., Guzman, A. B., Higgins, L. D., Meara, J. G., Padden, E. ... Feeley, T. W. (2014). Using Time-Driven Activity-Based Costing to Identify Value Improvement Opportunities in Healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 59(6), s. 399-413.

Keel, G., Savage, C., Rafiq, M., og Mazzocato, P. (2017). Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy*, 121, s. 755-763.

Knardal, P. S. (2019). Orchestrating institutional complexity and performance management in the performing arts. *Financial Accountability & Management*. doi: 10.1111/faam.12223

King, N. (2012). Doing template analysis. I G. Symon og C. Cassell (red.), *Qualitative Organizational Research: Core Methods and Current Challenges*. London: Sage

Kouzmin, A., Löffler, E., Klages, H., og Korac-Kakabadse, N. (1999). Benchmarking and Performance Measurement in Public Sectors. *International Journal of Public Sector Management*, 59(2), s. 124-134.

Langfield-Smith, K. (2009). *Management Accounting: Information for Creating and Managing Value*. 5. utg. Sydney McGraw-Hill Higher Education

Lukka, K. og Modell, S. (2010). Validation in interpretive management accounting research. *Accounting, Organizations and Society*, 35, s. 462-477.

Malmi, T. og Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions, *Management Accounting Research*, 19(4), s. 287-300. doi: 10.1016/j.mar.2008.09.003.

Mauland, H. og Mellemvik, F. (2004). *Regnskap og økonomistyring i staten*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Merchant, K. A. og Otley, D. T. (2007). A review of the literature on control and accountability, i Chapman, C. S., Hopwood, A. G. og Shields, M. D. (red.) *Handbook of Management Accounting Research* 2. utg. Amsterdam Elsevier Ltd., s. 785-802.

Neely, A., M. R. Sutcliff, og H. R. Heyns. (2001). *Driving Value Through Strategic Planning and Budgeting*. New York, NY: Accenture.

Nyland, K. og Pettersen, I. J. (2004). Performance management and measurement concepts for better management control in public hospitals? : a study of the hospital sector in Norway. Oslo: Health Management Research Program Norway.

Nyland, K. og Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten; likhet eller mangfold?, *Magma*, 13(4), s. 27-35.

Nyland, K. og Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse: Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ocasio, W. (1997). Towards an Attention-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*, 18, s. 187 - 206.

Paauwe, J., van den Broek, J. og Boselie, P. (2013). Multiple Institutional Logics in Health Care: 'Productive Ward: Releasing Time to Care'. *Public Management Review*. doi: 10.1080/1471937.2013.770059

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. og Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse*. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Regjeringen. (2019, 5. oktober). Langsiktige utfordringer som følge av en aldrende befolkning. Hentet 16. juni 2020 fra https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/bruk-av-oljepenger-/langsiktige-utfordringer-som-folge-av-en/id450473/

Ridder, H-G., Hoon, C. og McCandless Baluch, A. (2014). Entering a dialogue: Positioning case study findings towards theory. *British Journal of Management*, 25 (2), s. 373-387.

Rigby, D. K., Sutherland, J. og Takeuchi, H. (2016). Embracing Agile. *Harvard Business Review*.

Sandvik, A. L., Weider, I. og Solstad, K. (2006). *KPP ved norske sykehus - Prinsipper og retningslinjer*. Trondheim: SINTEF Helse.

Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students*. Harlow: Pearson Education.

Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., Caronna, C. A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. University of Chicago Press.

Skrove, M. S. og Utnes, I. K. (2019). *KPP som internt styringssystem - en casestudie av St. Olavs Hospital*(Masteroppgave). NTNU Handelshøyskolen, Trondheim.

Theie, M. G., Skogli, E., Jenssen, T. B., Lind, H. L. og Nellesmann, R. (2017). *Bruker vi for mye på helse? - En vurdering av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten. (Rapport nr. 06/2017)*. Menon Economics.

Thornton, P. H. og Ocasio, W. (1999). Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958-1990. *American Journal of Sociology*, 105. s. 801-843.

Thornton, P. H., Ocasio, W. og Lounsbury, M. (2014). The Institutional Logics Perspective. I R. Scott og S. Kosslyn (red.), *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*. Wiley.

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

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Method* (5. utg.). London: Sage.

8.2 Interne dokumenter

Merk at tittelen på de interne dokumentene er noe endret for å beskytte casesykehusets identitet.

Beslutningssak til økonomidirektørmøte. (2019)

Controllermøte. (2018).

Fremdriftsplan. (2018).

Orientering til økonomidirektørmøte. (2018)

Presentasjon til styringsgruppen. (2018).

Presentasjon til styringsgruppen. (2019).

Sluttrapport, oppstartsprosjekt. (2017).

9. Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjon til informanter og intervjuguide

Introduksjon

Spørsmålene som følger er knyttet til masteroppgaven Daniel Flokenes og Marit Helene Gladhaug skriver ved Norges Handelshøyskole, våren 2020. Veileder er Trond Bjørnenak.

Det er frivillig å besvare spørsmålene. Eventuelle svar blir behandlet konfidensielt. Dersom svarene brukes i masteroppgaven vil de bli gjengitt på en måte som ikke er egnet til å identifisere hvem som har svart. Det vil videre alltid bli tilbudt sitatsjekk, også på skriftlige svar. Dette for å sikre at svarene oppleves som å bli gjengitt riktig og i riktig kontekst eller i henhold til intensjonen med svaret.

Masteroppgaven omhandler implementeringen av Kostnad Per Pasient (KPP) ved norske helseforetak, med et universitetssykehus som caseforetak. Oppgaven tar for seg hvilke intensjoner Helse- og omsorgsdepartementet har med implementeringen av KPP, og hvilke føringer som er gitt fra departementet samt Helsedirektoratet. Videre tar oppgaven for seg hvordan KPP blir implementert på universitetssykehuset og hva som er planene for videre implementering.

Formålet med oppgaven er å bedre forstå hensikten med KPP samt hva som skal til for å oppfylle denne ute i helseforetak.

I dette dokumentet vil vi først gi noen få innledende spørsmål, før vi retter fokuset mot KPP. Spørsmålene knyttet til KPP vil først omhandle om du jobber med KPP i det daglige, samt bruksområdene for KPP. Deretter vil vi stille spørsmål om den videre implementeringen av KPP.

Kan du beskrive kort din bakgrunn og rolle på universitetssykehuset?

Eksempelvis utdanning, antall års erfaring, nåværende stilling.

Har du kjennskap til ISF (innsatsstyrt finansiering)?

Er det noe som jobbes med i din avdeling?

Hvordan synes du ISF fungerer?

Kostnad Per Pasient

Er du per i dag involvert i KPP, og hvis ja, hva er din rolle?

Hva brukes KPP til i dag?

Hvis KPP er i bruk, hva kan du si om hvor egnet KPP er til disse bruksområdene?

Videre implementering av Kostnad Per Pasient

Fremdriftsplan

I grove trekk, hva er planene for videre implementering av KPP?

Hvordan blir implementeringen av de forskjellige bruksområdene prioritert?

Ser du noen hindre for videre implementering av KPP, og i så fall hva er disse hindrene?

Vi ser selvsagt bort fra den ekstraordinære situasjonen forårsaket av covid-19.

Er det noe du ville ha endret ved implementeringen av KPP?

Hvis ja, hva ville du endret?

Hvorfor ville du endret det?

Involvering

Hvilke faggrupper er, så vidt du vet, per i dag involvert i implementeringen av KPP?

Involvering av individer med økonomisk bakgrunn/rolle:

Hva er nytten eller fordelene med at disse er involvert?

Hva er eventuelle barrierer for at disse involveres?

Involvering av individer med helsefaglig bakgrunn/rolle:

Hva er nytten eller fordelen med at disse er involvert?

Hva er eventuelle barrierer for at disse involveres?

Fremtidig bruk

Kunne du tenke deg å bruke KPP i ditt daglige arbeid?

I så fall, hva vil du bruke det til?

Hvorfor vil du bruke KPP?

Kan du se for deg at KPP kan bli et nyttig verktøy på klinikk- og avdelingsnivå?

Hvis ja, hva kan det brukes til på det nivået?

Hvordan tror du KPP kan tilføre nytte på det nivået?

Hvilke barrierer ser du for deg eksisterer for at KPP blir tatt i bruk?

Hvis nei, hvorfor ikke?

Hva måtte endres ved KPP for at det skal være nyttig på klinikk- og avdelingsnivå?

Hvis KPP ikke er egnet, hva ville du innført istedenfor?