



BACHELOROPPGAVE

Innsatsstyrt Finansiering (ISF) av helsevesenet

- En kvalitativ studie om bruken av innsatsstyrt finansiering i det offentlige helsevesenet i Norge.

Activity-Based Funding (ABF) of public health services

- A qualitative study of the impact of activity-based funding in the public health sector.

**Askild Grønsnes Oddekalv, Erlend Kleppe og Henrik Lyngtun
Vik**

Bachelor i Økonomi og Administrasjon

Fakultet for Økonomi og Samfunnsfag

Veileder: Tore Frimanslund

17.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet som en avsluttende del av bachelorstudiet i Økonomi og Administrasjon ved fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet. Oppgaven utarbeides og ferdigstilles våren 2021 og utgjør 15 studiepoeng.

Å skrive denne oppgaven har vært spennende og lærerikt og har gitt oss, som økonomi- og administrasjons studenter, nytt innsyn i hvordan organisering og finansiering fungerer i praksis. Det har gitt oss mulighet til å snakke med mennesker som brenner for yrket sitt og har enorme mengder kunnskap og erfaring fra sine respektive yrker. Vårt forskningsspørsmål tok for seg en mye diskutert sektor, helsesektoren. Finansiering og økonomispørsmål i offentlige bedrifter er ofte oppe i media og diskutert i forskjellige debatter. Derfor var det å finne engasjerte ildsjeler å snakke med en enkel jobb.

Vi ønsker å rette en takk til vår engasjerte veileder Tore Frimannslund som alltid stilte med gode råd og effektiv veiledning. Det har gjort arbeidet med denne oppgaven mye enklere og og videre økt læringsutbyttet for vår del. Videre vil vi takke alle informanter for godt engasjement og mye kunnskap. Til slutt vil vi takke bibliotekarene på Campus Sogndal som har stilt med god kunnskap om informasjonskilder og tekstutforming.

Sogndal 19. mai

Askild G. Oddekalv, Erlend Kleppe og Henrik L. Vik

Forkortelser

ISF	Innsatsstyrt finansiering
DRG	Diagnoserelaterte grupper
HUS	Haukeland universitetssykehus
BUK	Barne- og Ungdomsklinikken
NPM	New Public Management
ICD (-10,-11)	Internasjonal statistisk klassifisering av sykdommer og helse relaterte problemer. Utarbeides av WHO
NSD	Norsk Senter for Forskningsdata
ABF	Activity-Based Funding

Sammendrag

Barne- og ungdomsavdelingen ved Haukeland universitetssykehus er en kompleks og stor klinikk med mange pasienter hvert år. Her benytter de innsatsstyrt finansiering som går ut på at man får en del av inntekten basert på hvor mange pasienter man har. Dette har bakgrunn i et forsøk på å få hver skattekrone til å strekke lengre gjennom å drive sykehuset på en måte som likner mer på en privat bedrift.

For å svare på vår problemstilling benyttet vi et bredt utvalg av teori. For å forklare de motstridende målene ved BUK benyttet vi oss av prinsippal- agentteori samt mål- og resultatstyring. Ettersom mye av dette har bakgrunn i New Public Management gikk vi grundig gjennom denne teorien. Et av utfordringene vi fant grunnet ut i de store talls lov og vi gikk derfor gjennom dette også.

For å besvare problemstillingen vår benyttet vi oss av kvalitativ metode. Dette har vi gjort for å kunne beskrive og få innsyn i holdninger og erfaringer av ISF i praksis på best mulig måte. Vi valgte å benytte oss av semi-strukturerte intervjuer. Vi valgte dette fordi informantene våre sitter på mye informasjon og semi-strukturerte intervjuer tillater informantene å trekke frem de poengene de synes er viktig. Datainnsamlingen har blitt gjennomført av å intervjuer fire ansatte i forskjellige stillinger ved HUS. Disse intervjuene er blitt analytisk kodet for å anonymisere intervju kandidatene.

Våre informanter var i stor grad enig om hvilke utfordringer ISF- systemet hadde. Uklare målsetninger, store variasjoner i inntekt og vanskeligheter med bemanning ble trukket frem som de største problemene. Dette medførte store avvik i budsjettet og dyre reserveløsninger. At dette systemet opplevdes som en utfordring var det stor enighet rundt blant samtlige av våre informanter og at et nytt system bør bli implementert.

Abstract

The pediatric ward at Haukeland University Hospital is a large and complex clinic that treats many children and young people every year. The ward uses activity-based funding, which means they get a predetermined amount of funding for each patient they treat for a certain prognosis. This was implemented as an attempt to make every tax dollar stretch further by running the ward in a way that resembles a private corporation.

To elucidate on our research problem, we have used a wide variety of theories within the subject matter. To describe the contradictory goals at the pediatric ward we have used principal agent theory alongside objectives and results management. As many of the problems we see in management of the public sector have a base in New Public Management we have also gone through it to further explain the issues. As we found that one of the main complications in the budgeting of the ward closely resembled the law of large numbers we have decided to incorporate it into our paper.

To answer the research problem, we have used a qualitative research methodology to get an insight into and describe our interviewees attitudes and experiences with activity-based funding in the public health sector. We decided to go for a semi-structured interview because it allows our interview subjects to elaborate on the parts of ABF, they find most problematic. The collecting of data has been conducted by interviewing four employees at the pediatric ward. The interviews have been analytical coded to anonymise the subjects.

Our informants all seemed to agree when it came to the problems that ABF system brought with it. Unclear goals, large variation in the income and difficulties with staffing that lead to large aberrations in the budget and expensive backup solutions were the main issues with the system. All our interviewees agreed that the system was challenging to use and work under, and that there is a need for a better system to replace it.

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Sammendrag	iv
Abstract.....	v
Kapittel 1 – Bakgrunn	1
1.1 Praksis i helsesektoren.....	2
1.1.1 Diagnoserelatert Gruppe (DRG)	2
1.1.2 DRG-systemet.....	2
1.1.3 Kostnader	3
1.2 ISF – Innsatsstyrt Finansiering.....	3
1.2.1 Hva er ISF?	3
1.2.2 Formålet til ISF.....	3
1.2.3 Finansieringsordningen i dagens samfunn.....	4
1.2.4 Aktivitetsuavhengig bevilgning.....	4
1.2.5 Aktivitetsavhengig bevilgning.....	4
1.2.6 Problemstilling.....	5
Kapittel 2 – Teorigrunnlag	6
2.1 New Public Management	6
2.1.1 De to søylene i NPM	8
2.1.2 Modernisert NPM.....	9
2.2 Prinsippal- agent teori	10
2.2.2 Insentiver	11
2.3 Målstyring	12
2.3.1 Kritikk av målstyringsmodellen	15
2.3.2 Produktivitet og effektivitet som mål.....	14
2.4 De store talls lov.....	16
Kapittel 3 – Metode	18
3.1 Valg av metode.....	18
3.2 Semistrukturert intervju som metode	19
3.3 Dataanalyse metode.....	20
3.4 Informanter.....	20
3.5 Oppgavens reliabilitet og validitet.....	21
3.6 Etikk	22
3.7 Intervjusituasjon	23

Kapittel 4 – Presentasjon av funn	24
4.1 Områder informanter syns ISF fungerer dårlig	24
4.2 Områder informanter syns ISF fungerer bra.....	25
4.3 Økonomisk påvirkning av ISF.....	26
4.4 Etikk	27
Kapittel 5 – Diskusjon	29
5.1 Motstridene mål.....	29
5.2 Prinsipal-agent problemet.....	30
5.3 Problematikken med budsjetteringen	32
5.4 Utdfordrende å planlegge bemanning	33
5.5 Oppgavens videre forskning og implikasjoner.....	34
5.5.1 Oppgavens implikasjoner	34
5.5.2 Videre forskning	34
Kapittel 6 – Konklusjon.....	35
6.1 Bemanning.....	35
6.2 Diffuse mål	35
6.3 Mikronivå	36
6.4 Begrensninger for oppgaven.....	36
Kapittel 7 – Referanser	37
Figuroversikt	42
Vedlegg 1: Intervjuguide	42

Kapittel 1 – Bakgrunn

Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ved Haukeland Universitetssykehus (HUS) er en klinikk med seks enheter som behandler og oppfølger barn og unge fra 0- 18 år. Her behandler de om lag 4 000 pasienter årlig og utfører i underkant av 20 000 polikliniske pasientkonsultasjoner i året. (*Barne- og ungdomsklinikken*, u.å.) Det er med andre ord en stor bedrift, ikke bare med tanke på pasientvolum, men også økonomisk.

Da vi skulle velge tema for vår bacheloroppgave begynte vi med å snakke med venner og bekjente for å få inspirasjon. Da kom vi over en problemstilling ved barne -og ungdomsklinikken på Haukeland Universitetssykehus hvor finansieringssystemet virket å ikke være optimalt for deres drift. Dette finansieringssystemet tar utgangspunkt i at 50% av inntekten til BUK skal komme gjennom et aktivitetsbasert system som vil variere etter hvor stort behandlingstrykket er over en viss periode. Denne finansieringsordningen kalles populært stykkprisfinansiering og beregnes ut fra DRG poeng som utarbeides med bakgrunn i gjennomsnittskostnaden for en spesifikk behandling. Dette sammen med et rammetilskudd utgjør inntekten til klinikken. Her var vårt førsteinntrykk at det kunne oppstå konflikter mellom hvilke mål som var viktigst å nå, hvilket vi ønsket å undersøke mer.

Etter å ha leitet en del rundt på internett fant vi at dette var lite diskutert i media og hadde lite tidligere forskning. Likevel var det ett punkt som stadig ble nevnt; de minste premature og deres påvirkning på den økonomiske situasjonen ved BUK. Dette er veldig ressurskrevende pasienter og krever mange ansatte både i forma av leger, sykepleiere og annet. Bemanning i helsevesenet er ofte diskutert i media og det er slått fast at deler av helsevesenet er underbemannet (Gautun et al., 2016). Siden sykehus i stor grad er finansiert med offentlige midler og deres arbeid har en stor påvirkning på både livskvaliteten til pasientene og samfunnsøkonomien for øvrig, ønsket vi å belyse dette temaet. For å gjøre dette leste vi oss opp på systemet og dets utfordringer samt kommuniserte med dem som brenner for saken og har opplevd hvordan det fungerer på nært hold. Med bakgrunn i dette utarbeidet vi en problemstilling, for å finne ut mer og nansere informasjonen som ligger tilgjengelig fra rapporter og teori.

1.1 Praksis i helsesektoren

1.1.1 Diagnoserelatert Gruppe (DRG)

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et system vi bruker for å kunne klassifisere pasienter. Hvert sykehusopphold blir plassert i en diagnoserelatert gruppe, avhengig av medisinsk og administrativ bakgrunn for oppholdet. De sentrale variablene i DRG-klassifiseringen er diagnose, prosedyre, kjønn, alder og utviklingsstatus. Pasienter i lik DRG-gruppe skal være så like som mulig, både medisinsk og kostnadmessig.

DRG-systemet i dag håndterer tusenvis av diagnoser og behandlinger. I dag finnes det ca. 900 DRG-grupper. Inndelingen er basert på 20 000 diagnosekoder og 8000 prosedyrekoder (*Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*, u.å.). Det blir brukt data som er registrert om pasienten for å gruppere pasientene. Hvert opphold blir plassert i en hoveddiagnosegrupper, som videre blir fordelt inn i bidiagnoser basert på prosedyrer, utviklingsstatus og alder (Greeny & Karlsen, 2014, s. 14). Disse faktorene gjør en bestemmelse på hvilke DRG-gruppe en pasient blir plassert i.

Helt siden tidlig 90-tall har de nordiske landene prøvde forskjellige systemer for å klassifisere pasienter på. I midten av 90-tallet fikk Norden et felles system, dette systemet er kalt NordDRG (Busse, 2011).

1.1.2 DRG-systemet.

All informasjon som blir registrert i DRG-systemet, blir sendt til sentrale myndigheter, og videre til pasientregistre. Målet med denne informasjonen er å få en oversikt over ulike sykdommer man har i befolkningen. Informasjonen man får av DRG-systemet brukes til å forebygge, forske og overvåke andre tilfeller (Helsedirektoratet, 2021).

DRG-systemet sin logikk er at desto flere DRG-poeng en pasient har, desto høyere vil kostnaden være, og dette vil gjøre at inntekten for behandling blir øker. Problemet med denne logikken er at antall liggedøgn og prosedyrer ikke blir tatt hensyn til i dette systemet, og videre gjør at DRG-poeng blir brukt som aktivitetsmål, og ikke for å beskrive oppholdet til pasienten eller prosedyrene pasienten trenger.

1.1.3 Kostnader

Hver diagnoserelatert gruppe (DRG) blir igjen inndelt i grupper, og får et visst antall DRG-poeng. Hvert DRG-poeng i somatikk har en enhetspris på 46 719 kr per 2021 (*ISF-regelverket*, 2021). Antall DRG-poeng en pasient får bestemmer hvor mye penger ISF-systemet utbetaler sykehuset som behandler pasienten. ISF-andelen av den totale finansieringen er 50%, dette gjør at hvert DRG-poeng gir sykehusene en inntekt på 50% av DRG-poeng prisen.

Hvert DRG-opphold kombineres med andre DRG-er, og har gjennomsnittskostnader basert på alle DRG-er for å få fram et mål på hvor mye ressurser, og kostnader som skal til for alle DRG-ene, og de enkelte DRG-ene i forhold til hverandre.

1.2 ISF – Innsatsstyrt Finansiering

1.2.1 Hva er ISF?

ISF er et aktivitetsbasert vedtak for de regionale helseforetakene gjennom statsbudsjettet. Basisbevilgninger og aktivitetsbaserte bevilgninger er de to måtene vi finansierer de regionale helseforetakene. For 2021 er basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning delt opp 50/50 for somatisk spesialisthelsetjeneste (ISF-regelverk, 2021).

Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes av flere faktorer, disse faktorene er blant annet antall innbyggere og alderssammensetningen av disse. ISF tar også for seg hvor mange som får behandling, og hvilken type behandlinger som blir gjennomført. ISF-bevilgningene (basis og aktivitets) skal dekke 50% av ordinære driftskostnader knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste (ISF-regelverk, 2021).

1.2.2 Formålet med ISF

Formålet med ISF er å hjelpe regionale helseforetak, og prøve å sørge for kostnadseffektiv pasientbehandling. Hvor mange og hvilken type pasienter som får behandling, blir avgjørende for helseforetakenes budsjett gjennom finansieringssystemet. Desto mer ressurskrevende en behandling er, desto mer refusjon får helseforetakene gjennom ISF systemet.

1.2.3 Finansieringsordningen i dagens samfunn

Finansieringen av regionale helseforetak skjer på forskjellige måter: faste rammebevilgninger (aktivitetsavhengig), aktivitetsbaserte bevilgning (ISF), og kjøp og salg til andre regionale helseforetak.

1.2.4 Aktivitetsuavhengig bevilgninger

Den faste rammebevilgningen blir fordelt til de fire regionale helseforetakene: Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Inntektsmodellen til helseforetakene regulerer fordelingen av basisrammen mellom de fire helseforetakene basert på ulike kriterier.

Målet med denne fordelingen er at alle helseforetak har mulighet å tilby lik tilgang på spesialhelsetjenesten. Basisrammen bli fordelt ved hjelp av en indeks. Denne indeksen skal hjelpe å fordele ressursbehovet til hvert av de fire regionale helseforetakene opp mot landsgjennomsnittet. Kriterier indeksen bygger på er

- Alder
- Antall sykemeldt
- Antall uføretrygdede
- Levekårsindeks
- Utdanningsnivå
- Klima

1.2.5 Aktivitetsavhengig bevilgning

Aktivitetsavhengig bevilgning er finansiering fra staten som også blir kalt innsatsstyrt finansiering (ISF). Denne finansieringen blir tildelt gjennom statsbudsjettet til de fire regionale helseforetakene, etter hva hvert av foretakene har planlagt og utført av aktiviteter. Målet er å øke aktiviteten, øke effektivitet og redusere ventelister.

Inntektene de regionale helseforetakene får fra ISF, er avhengig av hvor mange pasienter helseforetakene har inne, hvilke diagnose og hvilken type behandling den enkelte får (omsorgsdepartementet, 2014)

1.2.6 Problemstilling

På bakgrunn av alt dette velger vi følgende problemstilling:

«Hvordan Innsatsstyrt Finansiering (ISF) av premature barn påvirker resten av barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, sin økonomiske situasjon?»

Kapittel 2 – Teorigrunnlag

I dette kapitlet vil vi presentere teoriene som utgjør grunnlaget vi vil bruke for å drøfte oppgavens problemstilling i kapittel 5. Vi vil komme inn på teorier som New Public Management (NPM), prinsippal- agent teori og mål- og resultatstyring. Teoriene vil legge grunnlaget for å tolke svarene vi får av intervjuobjektene i kapittel 4 samt til å analysere og konkludere oppgaven heilt til slutt.

2.1 New Public Management

I nyere tider har det vært en betydelig økning innenfor norsk helsepolitikk om at samfunnets fellesressurser burde bli forvaltet på en måte som ville gjøre at hver skattekrone går lengre enn tidligere. Dette gjøres for å dekke det stadig økende behovet som blir stilt til helsetjenestene ved at vi lever lengre enn tidligere. Kompleksiteten av helsetjenestene som blir tilbudt, øker kontinuerlig og andelen eldre personer som har behov for omsorg av profesjonelle helsearbeidere, i forhold til antall skattebetalere som kan finansiere kostnaden av disse tjenestene blir mindre og mindre (Christensen et al., 2014).

Ønsket om å organisere offentlige organisasjoner etter prinsippene i det private markedet som vi har sett i de siste ti-årene hvor effektivitet, resultatstyring, kritisk ressursbruk og konkurranse er sentrale temaer for å redusere kostnaden av tilbudet uten å gå utover kvaliteten eller dekningen som den gir til folket. Noen som ofte blir beskrevet under samlebetegnelsen *New Public Management* (Hood, 1991). Begrepet New Public Management (heretter NPM) ble først introdusert av Christopher Hood for å beskrive utviklingen innen offentlig styring. Fra den tradisjonelle måten å organisere offentlige foretak til en mer markedsbasert modell som blomstret frem på 1980-90 tallet i OECD-landene (Lian, 2007).

New Public Management er i stor grad en reaksjon mot den tidligere tankegangen rundt organisering og strukturering av offentlige organisasjoner, som lider av at de er for store og statisk. Dette gjør at de har det vanskelig for å tilpasse seg til endringer i arbeidsoppgaver eller den offentlige politikken som de skal rette seg etter. Offentlige organisasjoner er ofte lite effektive i utførelsen av arbeidsoppgavene og for regelbundet til å foreta kontinuerlige

endringer i styremåten for å tilpasse seg de nye omstendighetene. NPM blir sett på som en måte å strukturere seg på slik at mange av problemene som offentlig sektor lider av vil bli redusert eller fjernet (Lian, 2007).

For å oppnå mer markedslignende struktur i det offentlige trekker Hood (1991) frem flere nøkkelpoeng innenfor NPM-teori for hvordan en offentlig virksomhet kan best mulig bli tilpasset for å operere i et åpent marked.

- Resultat: NPM legger til grunn at resultatet av virksomhetens arbeid er viktigere enn å slavisk følge reglene og prosedyrene ettersom det er produksjonen av varer eller tjenester som samfunnet har behov for som er hovedoppgaven til organisasjonen.
- Målsettinger/Resultatkrav: Organisasjonen bør ha tydelige overordnede mål som de skal jobbe mot og det bør settes resultatkrav til utførelsen av arbeidet for å forsikre seg om at det blir utført slik det er planlagt.
- Desentralisering: For å unngå infleksibilitet og for å få en mer oversiktlig ansvarsstruktur bør store offentlige organisasjoner deles opp i flere mindre og mer styrbare organisasjoner med egne ansvarsområder og som opererer sammen med hverandre, fra en avstand og ikke som en enhet.
- Konkurransen: Konkurransen er et av de viktigste verktøyene som blir brukt for å effektivisere virksomheter i det private markedet, ved å implementere interne markeder som offentlige organisasjoner kan konkurrere om å tilby varer eller tjenester og hvor private bedrifter også får delta, så vil konkurransen bidra til å øke kvalitet/effektivitet på de ulike aktørene.

Sentrale emner i NPM som å være kritisk til egen ressursbruk for å redusere sløsing i offentlig sektor. Dette gjør de ved å gi ledelsen i de ulike organisasjonen makten til å foreta endringer de mener er nødvendig for å holde seg konkurransedyktig, samtidig som at de blir holdt ansvarlig hvis de ikke klarer å oppnå målet, blir også trukket frem som svært viktig for suksessen til organisasjonene (Hood, 1991).

Den formen av NPM som har blitt fremmet her i Norge kjennetegnes i stor grad av en beslutningsstil som er basert på samarbeid istedenfor konfrontasjon. Kostnadseffektivitet skal ikke gå utover de mer tradisjonelle hensynene til virksomheten, men heller være et supplementerende tiltak for å styrke bedriften. Det er i all hovedsak de ledelses elementene i

NPM og ikke markeds elementene som har fått fotfeste her i landet (Christensen et al., 2014). Det er to hovedprinsipp i NPM som har fått mer fokus i Norge enn de andre, det er mål- og resultatstyring og organisatorisk fristilling som vi kommer mer detaljert inn på senere.

2.1.1 De to søylene i NPM

Det blir ofte hevdet at NPM ligger og hviler på to søyler av teori-samlinger rundt struktureringen av offentlige virksomheter; teorier om en liberal markedsorientering i det offentlige og intern organisering utgjør de to hjørnesteinene i New Public Management teorien (Klausen, 2001).

Den første søylen tar innsikt fra nyere økonomisk teorier om offentlige institusjoner som opererer i et fritt marked. I denne søylen står teorier som transaksjonskostnads og prinsipal/agent-teorier samt *public choice* heilt sentralt i utformingen av organisasjonene og deres operasjonsmåter i markedet (Barzelay, 2001).

I den andre søylen av NPM ligger hovedfokuset på hvordan ledelsesstrukturen til selskapet bør bli utformet for å maksimere effektiviteten til bedriften som en helhet og kvalitet på produktene. Virkemidler som kan tas i bruk for å oppnå dette er “å skape sterkere oppslutning eller disiplinering blant medarbeidere i forhold til organisasjonens interesser, legge større vekt på organisasjonskultur og innføre bedre systemer for rekruttering, belønning, kvalitetssikring og mål- og resultatstyring i virksomheten” (Lian, 2007, s.126).

En sterk ledelse som har reell makt til å kontinuerlig utføre endringer og justeringer på arbeidsprosessen i virksomheten, er en fundamental forutsetning for effektiv og meningsfull styring av bedriften. Derfor legger de ledelses- og organisasjonsteoriene som er innenfor denne søylen av NPM. Det er særdeles viktig at det blir gitt handlingsrom til ledere på ulike nivåer til å foreta slike endringer for å kunne styre virksomheten i ønsket retning (Lian, 2007).

2.1.2 Modernisert NPM

Mot slutten av 1990-tallet vokste det fram en modernisert versjon av NPM som la større vekt på samordning og økt sentral styring av det offentlige. Denne nye reformen av NPM fikk navnet “joined-up-government” og ble først introdusert i Storbritannia da Tony Blair kom til makten i 1997. Denne reformen kom på bakgrunn av at en økende konsensus blant politikere at endringen som NPM brakte med seg, endringene svekket politikeres innflytelse til å kontrollere hvilken retning offentlige virksomheter tok og at deres kapasitet til å foreta endringer var blitt for lav (Christensen et al., 2014).

En annen vesentlig grunn til at post-NPM vokste frem og fikk momentum i den vestlige verden var at det ikke var klart å se at bruken av NPM hadde ført til en økt kostnadseffektivitet i samfunnet. Ettersom at land som hadde benyttet seg av NPM i stor grad fortsatt hadde like makroøkonomiske forhold som land som ikke hadde benyttet NPM. Det ble også uttrykt bekymringer om presset til å øke kostnadseffektiviteten gikk på bekostning av kvaliteten på tjenestene som det offentlige tilbyr (Christensen et al., 2014).

“Post-NPM bygger på noen sentrale organisatoriske prinsipper som er temmelig motsatt av NPM, nemlig ønsker om å sentralisere og koordinere det offentlige apparatet” (Christian et al., 2014, s.213). Ønsket som post-NPM fremmer om å sentralisere og koordinere det offentlige gjennom reorganisering, sammenslåing og økt kontroll over offentlige organisasjoner. Hvilket står i sterk kontrast til de fundamentale prinsippene i NPM om en mindre stat og mer markeds kontroll som var sentrale temaer i politikken på 1990-tallet. Et tydelig eksempel på post-NPM trekk i norsk politikk var i 2002 når staten overtok eierskap av de fleste norske sykehus fra fylkeskommunene gjennom sine regionale helseforetak (Iversen & Braut, 2021).

2.2 Prinsipal- agent teori

«Hovedpoenget i prinsipal- agentteorien er at det inngås en kontrakt mellom prinsipal og agent, der oppgavene blir delegert fra prinsipalen til agenten»

- Leiv Opstad, 2000, s.209

Prinsipal-agentteori ble diskutert i *The theory of the firm*, i 1976 (Jensen & Meckling, 1976), samt *The Economic Theory of Agency* (Ross, 1973) og beskriver eier og ledelsesforhold i alle organisasjoner- deriblant helsesektoren. I denne sektoren tas det også hensyn til ikke økonomiske hensikter, som legger mye av grunnlaget for denne oppgaven. Denne tilnærmingen baserer seg på at en prinsipal og en agent inngår en kontrakt, hvor agenten utfører arbeid på vegne av prinsipalen: og gjennom denne skal agenten ivareta prinsipalens interesser (Eisenhardt, 1989; Opstad, 2000). Denne teorien legger flere antakelser om mennesket til grunn som egeninteresse, grunnleggende rasjonalitet og risikoaversjon samt målkonflikter mellom medlemmene i en organisasjon og at informasjon kan kjøpes (Eisenhardt, 1989).

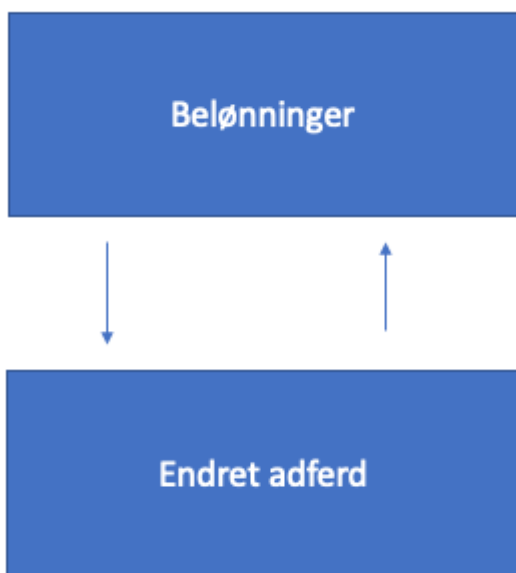
Agentteorien har delt seg mellom prinsipal- agentteori og positivist agent teori (Eisenhardt, 1989). Prinsipal- agentteorien er mer matematisk og tar mer spesifikke forutsetninger fulgt av en logisk deduksjon, denne har også et bredere fokus. Positivist agentteori er noe smalere og fokuserer mer på eier/ daglig leder forholdet i store selskap (Eisenhardt, 1989). For denne oppgaven vil prinsipal-agentteori være den vi støtter oss på.

Et eksempel på agentteori i praksis kan være klinikkleder som prinsipal og leger som agenter. Her vil det i mange tilfeller oppstå interessekonflikter mellom de to partene. Prinsipalen kan ha større fokus på å nå budsjett- og effektivitetsmål, mens nærheten mellom agent og pasient gjør at fokuset flyttes bort fra denne typen mål og over på pasientens velvære. Dette forsterkes ved en informasjonsskjevheter mellom agent og prinsipal, hvor agenten sitter på mer informasjon om den enkelte pasient som prinsipalen ikke har tilgang på. Asymmetrisk informasjon oppstår fordi agenten og prinsipalen er ansvarlige for forskjellige oppgaver, hvor agenten ikke ønsker å dele informasjon med prinsipalen da de kan ha handlet utenfor prinsipalens ønsker (Hoff, 2009). Et eksempel på dette kan være at det blir rapportert feilaktig informasjon gjennom ISF systemet for å frigi mer ressurser.

Differansen i prioriteringer mellom prinsipal og agent kan føre til forskjellig oppfatning av hva som må gjøres for å nå målene samt hvilke mål som er viktigst. Dette vil gjøre seg gjeldende i nedsatt måloppnåelse. Om det oppstår en situasjon der agenten ikke utfører jobben like godt som prinsipalen selv hadde gjort, oppstår det et rettstap og et behov for økt styring hos prinsipalen (Opstad, 2000). Det er her viktig å finne balanse mellom hvor mye styring man er villig til å utføre, i forhold til rettstapet.

2.2.2 Insentiver

Som vi var inne på over kan det mellom agent og prinsipal oppstå forskjellig oppfatning av hva som er viktigst å få gjort. Her vil insentiver være en mulig løsning. Kort fortalt er insentiver en belønning en ansatt får av en overordnet for å styre atferden til den ansatte. Dette er ofte en økonomisk belønning for å nå målene som bedriften har satt seg (Hoff, 2009).



Figur nr.2.2.1 Kilde: (Hoff, 2009, s. 428, kap. 15)

Vi skiller ofte mellom to forskjellige typer insentivtyper, disse kalles eksplisitte insentiver og implisitte insentiver. Eksplisitte insentiver er rent økonomiske belønninger, som bonusordning, provisjonslønn etc. Med implisitte insentiver menes økning i fastlønn, forfremmelser og andre forbedrede betingelser for arbeidstakeren (Kvaløy & Mohn, 2018). Hvordan de forskjellige insentivtypene brukes avhenger i stor grad av arten av arbeidet som gjøres, dersom arbeidsoppgavene i stor grad er programmerbare vil implisitte insentiver være mer gunstig

(Eisenhardt, 1988). I tilfeller hvor arbeidsoppgavene i større grad avhenger av den ansatte sine egenskaper og evner vil eksplisitte insentiver fungere bedre.

Insentivordninger finner vi i de aller fleste private bedrifter (Kvaløy & Mohn, 2018), men også i det offentlige finner vi mye de samme ordningene om enn ikke i like stort omfang som i det private. Kvaløy og Mohn peker på mer komplekse oppgaver hvor verdiskapning er vanskeligere å måle og høyere bruk av team i det offentlige som mulige årsaker til dette. Det er også mer komplekst hvilke mål som skal belønnes i det offentlige. Hvor det i det private profittmaksimeres, har sykehus andre kvalitetsparametre som ikke kan måles i monetære verdier (Kvaløy & Mohn, 2018). I denne oppgaven vil de økonomiske belønningene for arbeidet knyttes til den enkelte avdeling, heller enn til den enkelte person sin lønn.

2.3 Målstyring

Styringsprinsippet fra målstyring er tatt fra privat sektoren, men er i nyere tid blitt knyttet til den offentlige sektoren, som f.eks. til sykehusene (Johnsen & Hansen, 2020) gjennom NPM. Målstyring er en overordnet styringsteknikk, hvor hovedprinsippet er at individ i bedriften skal vite alle målene, og jobbe for å oppnå de.

Å benytte mål- og resultatstyring som en styringsteknikk innebærer å ha klare, konkrete og spesifikke mål. Det skal settes opp med hovedmål og delmål, på samme måte som i et målhierarki (Helgesen, 2001, s. 54). Viktige deler innen mål- og resultatstyring er hvordan målene blir oppnådd og hvordan tiltaket opererer. Man trenger resultatindikatorer for å kunne etterprøve måloppnåelsen. Eksempler på resultatindikatorer i spesialhelsetjenesten kan være ventetiden til pasienter eller antall konsultasjoner.

Spesialhelsetjenesten sin kvalitetsindikator blir basert på informasjon som er rapportert til de ulike registrene. Om denne informasjonen er feil eller mangler viktig informasjon, påvirker dette resultatet for den nasjonale kvalitetsindikatoren (Helsedirektoratet, 2019). Kvalitetsindikatoren er noe alle sykehus i landet bruker og bygger sammen, ved å registrere hvordan en pasient har opplevd oppholdet, til registrene. Dette hjelper alle sykehus å ha en felles kvalitetsindikator for behandlingen sin. Fordelen med dette er at du kan sammenligne med et annet behandlingssted for å se nærmere på resultatene. Problemet med dette er at ikke alle behandlingssteder har egne kvalitetsindikatorer, eller at antallet på de som er med i

beregningen i kvalitetsindikatorer, kan variere (*Bruk av kvalitetsindikatorer ved valg av behandlingssted*, 2019).

Målet med målstyringen er å nå de overordnede målene satt av ledelse, på en rasjonell og effektive måte. I spesialhelsetjenesten er disse målene satt av regjeringen. Hovedpoenget med å ha disse overordnede målene er å motivere og effektivisere det daglige arbeidet (Hansen, 2020).

Sykehusene er typiske kunnskapsbedrifter/kunnskapsorganisasjoner, det er komplekse problemstillinger som løses tverrfaglig- og tverrprofesjonelt, ved samhandling mellom faggrupper, og spesialister med høy kompetanse (Spesialhelsetjenesten, 2007). I en kunnskapsbedrift er menneske deres viktigste eksport, hvilket har gjort at det å lede en kunnskapsbedrift krever nye egenskaper og tilnærmelser. Spesialhelsetjenesten er i et marked som endres hurtig, noe som fører til at målene blir rettet mot verdiskaping, kunnskap, samhandling, motivasjon, ledelse og prosesser for dem som jobber i spesialhelsetjenesten. Dette gjør at målstyringen i spesialhelsetjenesten skiller seg veldig fra målstyringen man ser i en privat bedrift. En privat bedrift vil ha profitt som hovedmål, noe mange sykehus også vil ha, det ligger dog i sakens natur at de også har mål som ikke kan regnes ut med tall. Disse målene kalles kvalitetsparametre og beskriver behandlingen som tilbys, livskvaliteten pasienter får og effektiviteten sykehuset har.

Det har kommet mange forskjellige modeller for å gjøre ledelsen i spesialhelsetjenesten lettere og holde søkelys på mål som gir mening for dem. Videre skal vi gå kjapt gjennom de mest populære modellene som blir brukt i dag.

Balansert målstyring er et styringsverktøy som blir brukt til å måler kvantitative og kvalitative resultater. Balansert målstyring definerer strategiske mål, kvalitetsindikatorer og konkretiserer områder det måles og rapporteres (Krogstad et al., 2007).

Transformasjonsledelse handler om å utvikle en visjon for å forbedre en organisasjon, disse visjonen kan f.eks. være lønnsomhet. Verdier i disse visjonene kan være ansvar og integritet. Fordelen med transformasjonsledelse er at den retter seg ikke bare ut mot organisasjonen, men også medarbeidere individuelt. Burns skriver i boken sin *“Leadership”*: *“leadership is the reciprocal process of mobilizing, by persons with certain motives and values, various economic, political, and other resources, in a context of competition and conflict in order to realize goals independently or mutually held by both leaders and followers”* (Burnes, 1978, s. 425). Dette er en god oppsummering på transformasjonsledelse og hvordan dette leder systemet virker.

Transformasjonsledelse resonneres bra med medarbeiderne sine moralske verdier, ved å gjøre de bevisste på etiske spørsmål, og prøver å nytte deres energi og ressurser til å forbedre organisasjonen.

Målstyring for regionale helseforetak (dette inkluderer også spesialhelsetjenestene i hvert av de fire regionale helseforetakene) er ikke lik målstyringen i en vanlig privat bedrift, målstyringen til regionale helseforetak tar for seg mer enn bare profitt, de tar også med kvalitet på behandling, effektivitet, drift, helse og livskvalitet. Dette gjør at det er vanskelig å bestemme hvilken måter regionale helseforetak skal styres på, og målene de skal ha (Lian, 2007). Om profitt var det eneste målet for regionale helseforetak, kunne man målt dette for å se hvor bra eller dårlig spesialhelsetjenesten gjorde det, men når vi trekker inn variabler som f.eks. livskvalitet, blir dette umulig å måle gjennom tall. Derfor blir det brukt mange forskjellige ledelsesmodeller i regionale helseforetak.

2.3.1 Produktivitet og effektivitet som mål



Fig: 2.3.1 Kilde: Opstad, 2000, s. 131

Når resultat måles må man vite at det er mye som kan påvirke resultatet. Det kan være at faktorer vi ikke har kontroll over eller at det kan være faktorer som vi ikke kan måle. Dette kan gjøre det vanskelig å anerkjenne effekten av nye tiltak. Hva er det så sykehusene gjør? De gjør mye mer enn å bare ha mål om profitt som vi har snakket om over; de har kontakt med pasientene i alle ledd, utfører pleie og ulike behandlinger. Produktet er resultatet av behandlingen som blir gjort på sykehuset. Et produkt innenfor helsesektoren kan f.eks. være et DRG-poeng, pasient eller liggedøgn, dette gjør det vanskelig å ha et entydig svar på hva et produkt er i helsesektoren.

Et produkt ikke er et mål alene, vi må se på målene vi har oppnådd og nytten vi har skapt. Dette kan være hvordan en pasient har det etter et sykehusopphold, altså effekten sykehuset har hatt.

Effektivitet handler om på hvilken måte målene blir oppnådd og om tjenestene produseres på en mest mulig kostnadseffektiv måte (Christensen et al., 2010). Om et sykehus har mange pasienter som trenger prioriteringer, vil høy effektivitet føre til at mindre pasienter blir behandlet.

Produktiviteten har mange ulike faktorer som påvirker den, dette gjør at vi kan måle produktiviteten på ulike måter. $Produktivitet = \text{Produksjon} / \text{Ressursinnsats}$. I et sykehus har produktivitetsmål svakheter. Dette skyldes at i en vanlig bedrift kan mengde påvirke gjennomsnittskostnader - større mengde kan få gjennomsnittskostnadene til å gå ned, eller omvendt. I et sykehus har ikke denne mengden så mye å si, det skilles ikke mellom nyttige og unyttige tjenester. Dette gjør at produktivitetsmål i et sykehus ikke er optimalt på grunn av at det er en mangel på gode resultatmål for enkeltheter.

2.3.2 Kritikk av målstyringsmodellen

Hoved kritikken modellen får er at den skaper mye rapportering for lite nytte, både for de som rapporterer og for overordnede. Målstyringen kan gi uønskede resultat om man kun har fokus på belønning på individnivå. Et eksempel på dette er dersom en lege bare fikk betalt for hvor mange pasienter han hjalp og reddet; ville da legen bare hjulpet de pasientene han visste han kunne redde og hjelpe, for å tjene mer penger? (Hansen, 2020).

2.4 De store talls lov

De store talls lov er et prinsipp i sannsynlighet- og statistikk teori som fastslår at når utvalget vokser i antall, så vil det aritmetiske gjennomsnittet nærme seg det sanne gjennomsnittet i populasjonen. De store talls lov ble først identifisert av Girolamo Cardano på 1500-tallet, men ble først bekreftet av den sveitsiske matematikeren Jakob Bernoulli i 1713 og videre raffinert i ettertid av andre matematikere som Pafnuty Chebyshev (Investopedia, 2020).

“Praktisk erfaring tyder på at hvis en mynt blir kastet tusener av ganger, vil den relative hyppigheten av f.eks. “kroner” etter hvert ta seg fullstendig ut som en rett horisontal linje når den tegnes i et diagram” (Wenstøp, 2006, s. 107).

Lov om store tall i statistikk går ut på at det ved et for lite utvalg av observasjoner når man beregner et gjennomsnitt for populasjonen, vil gi et resultat med altfor høy standardfeil. Om vi tar for oss et eksperiment hvor vi kaster en mynt 100 ganger, hvor utfallet bare kan være kron eller mynt vil vi finne hvor mange ganger vi får kron i gjennomsnitt. For å spare tid tar vi og regner gjennomsnittet av noen punkter i datasettet (utvalg) istedenfor alle 100. Hvis vi bare trekker tre tilfeldige punkter fra datasettet vil det være en betraktelig sannsynlighet for at vi får kun trekker kron utfall. Om vi regner gjennomsnittet av dette vil vi få at det er 100% sannsynlighet for at vi får kron når vi kaster en mynt, men om vi trekker ut 25 punkter så vil vi nærme oss det matematiske gjennomsnittet på 50% (Wenstøp, 2006).

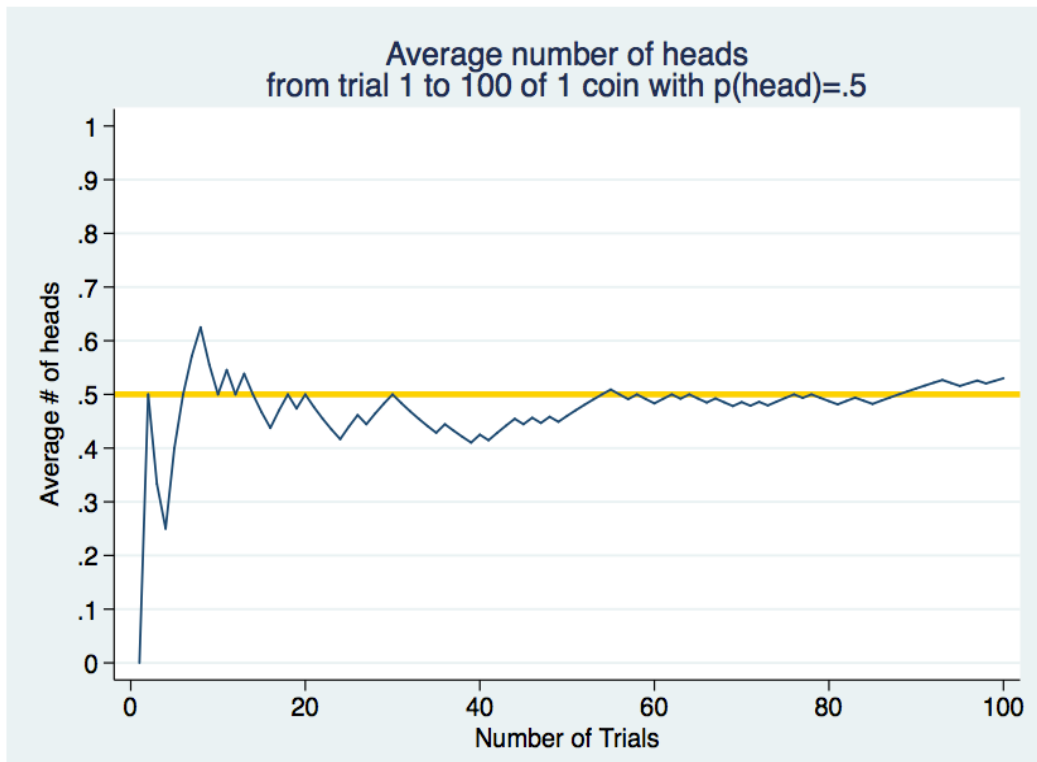


Fig. 2.4.1 Kilde: UCLA, STATA TEACHING TOOL (u.å.)

De store talls lov kan enkelt bli illustrert grafisk ved å sette datasettet inn i et dataprogram som Excel eller Google Sheets. Ovenfor er gjennomsnittet av hvor mange ganger utfallet ble kron ved å kaste en mynt 100 ganger, vist grafisk i et diagram. Vi ser at når antallet forsøk øker så vil prosentandelen av kron stabilisere seg og gå nesten til 50% hvilket er det sanne gjennomsnittet. Ved de første kastene kan de se ut som at andelen for kron er ganske lav (rundt kast nr. 5) og så ganske høy (rundt kast nr. 10). Videre blir avviket fra den matematiske gjennomsnittet mindre og mindre jo flere kast som blir gjennomført.

Kapittel 3 – Metode

I dette kapittelet skal vi gå gjennom hvilken metode vi har brukt for å belyse vår problemstilling. Først skal vi gå gjennom innsamling av informasjon, videre skal vi se på gjennomføringen av dette arbeidet. Til slutt vil vi gjennomgå analysen av informasjonen, samt validiteten og reliabiliteten for vår oppgave.

3.1 Valg av metode

Vi har i vår oppgave valg å bruke kvalitativ metode for å svare på vår problemstilling. Dette har vi gjort fordi vi ønsker å beskrive den økonomiske situasjonen på BUK for å øke forståelsen rundt saken, hvor en kvalitativ tilnærming er foretrukket (Thagaard, 2013). Kvalitativ metode baserer seg på innsamling av beskrivende data som en kan tilegne seg gjennom blant annet intervju eller observasjon (Askheim & Grennes 2008). Da er vi ikke ute etter tallmateriale, men heller beskrivende data som gir innsyn i holdninger ovenfor og erfaringer av ISF i praksis.

Denne studien tar for seg hvordan et finansieringssystem fungerer i praksis. Vi har derfor en *case* (kasus-)studie, med fire informanter. Denne typen studier passer når man ønsker dyptgående informasjon om et enkelt fenomen (her; et finansieringssystem sine ringvirkninger) (McLeod, 2014). I dette forskningsdesignet er det vanlig å basere seg på forskjellige datainnsamlingsmetoder, som intervju og relevante rapporter og dokumenter. Det finnes flere måter å ha en *case*studie. I denne studien benytter utelukkende informasjon fra intervjuene våre som kilder og har en enkelt *case*, dette blir derfor et såkalt *holistic single-case study* (Yin, 2012). Dette gjør at vi kan gå mer i dybden på det vi studerer samtidig som vi holder oss innenfor de ressursrammene vi har fått. Illustrasjonen av dette er øverst t.v. i modellen.

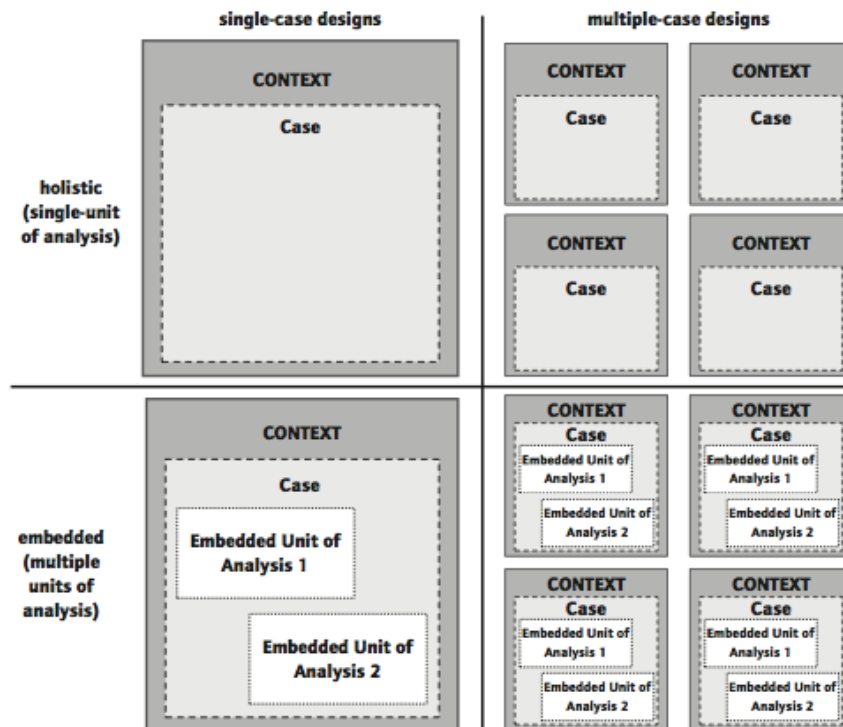


Fig. 3.1 Kilde: (Yin, 2012) s. 8, kap. 1

For å innhente informasjon har vi funnet det mest gunstig å benytte oss av semistrukturerte intervju. Dette har vi kommet frem til fordi vi ønsker å bedre forstå hvordan ISF påvirker den økonomiske situasjonen ved BUK, hvilket er et komplekst og sammensatt problem som vanskelig lar seg kvantifisere til tallmateriale. Gjennom semistrukturerte intervjuer kan vi tilegne oss kunnskap, som belyser vår problemstilling, fra dem som jobber med dette til vanlig. Denne metoden gjør at vi får sette temaet for samtalen med informantene, samtidig som informantene lettere kan få frem sine synspunkter rundt saken. Informantene sitter på mye informasjon om hvordan praksisen rundt vår problemstilling forgår, dette vil gi oss unik innsikt i hvor problemene ligger.

3.2 Semistrukturert intervju som metode

Et semistrukturert intervju tar utgangspunkt i en intervjuguide (se vedlegg 1), og stiller oppfølgingsspørsmål etter hvert for å få en dypere beskrivelse av temaet (Thagaard, 2009). Her er det viktig å tilpasse oppfølgingsspørsmål til den enkelte informant, fordi man ønsker beskrivelse av de samme tingene fra forskjellige informantene, som uttrykker seg på forskjellig måte. Dette designet gir også bedre mulighet for oss til å finne ut hvor “skoen trykker” da vi står fritt til å gå av manus og ikke er knytt til en satt lenke med spørsmål.

3.3 Dataanalyse metode

For å analysere de dataene vi hadde samlet inn gjennom intervjuene våre, valgte vi fire hovedtemaer for vår oppgave, disse kommer vi tilbake til i kapittel 4 Funn. Videre sorterte vi sitater, notater og tanker rundt disse fire temaene for å lettere organisere våre funn og utarbeide en analyse på bakgrunn av dette. For hvert av disse temaene laget et avsnitt hvor vi trakk ut det vi vurderte som de viktigste refleksjonene og inntrykkene våre informanter hadde gitt oss. På bakgrunn av dette diskuterte vi funnene våre opp mot teorien for å finne ut hvor teori og praksis overlappet og hvor det ikke var samsvar mellom de to. Med bakgrunn i denne drøftingen trakk vi en konklusjon, som vi kommer tilbake til i kapittel 6.

3.4 Informanter

Når vi driver med kvalitative intervjuer er vi ikke ute etter statistisk generaliserbar kunnskap, derfor vil det ikke ha noe for seg å lage et sannsynlighetsutvalg (Ryen, 2002). I denne typen studier er det viktig at man har informanter som sitter på mye informasjon om det man vil undersøke. En god strategi for å sette sammen et utvalg er: *“Go for the meatiest, most study-relevant sources”* (Miles & Huberman, 1994 s.34). Dette beskriver også vårt utvalg.

Det er også en del begrensende faktorer vi må ta hensyn til i denne oppgaven som tilgjengelige økonomiske ressurser og en tidsbegrensning. Dette fører til at vi har et utvalg på fire intervjuobjekter. Disse her hentet fra forskjellige stillinger ved BUK som alle jobber med ISF systemet og har innsikt i hvordan den økonomiske situasjonen er. Grunnet personvern kan vi ikke gå nærmere inn på hvilke stillinger det er snakk om, men det er utvalgte informanter med mye kunnskap om driften og pasientgruppene vi er interessert i. Utvalget består av en variasjon av ansatte som har forskjellig forhold til temaet og ser det fra flere vinkler for at vi skal få et mest mulig helhetlig bilde på situasjonen og trekke en mest mulig korrekt konklusjon.

3.5 Oppgavens reliabilitet og validitet

“Attaining absolute validity and reliability is an impossible task for any research model”
- LeCompte & Goetz, 1982, s. 55

Validiteten og reliabiliteten til en oppgave sier noe om hvor gyldige resultatene man kommer fram til er og hvor mye man kan stole på dem. Reliabiliteten til resultatene sier noe om i hvilken grad tilfeldige forhold kan påvirke resultatene og i hvilken grad de er til å stole på (Askheim, 2008; Lecompte & Goetz, 1982). Slike forhold kan være forskeren selv, omgivelsene rundt intervjusituasjonen eller måten datamaterialet har blitt analysert på.

For å øke reliabiliteten til et forskningsprosjekt er det viktig å i størst mulig grad ikke påvirke informantene, dette kan føre til at de oppgir uriktig informasjon og at resultatene av forskningen i mindre grad kan stoles på (Askheim, 2008). For å unngå dette i størst mulig grad var vi bevisst på å ikke stille ledende spørsmål under intervjuene, og lot informantene i stor grad selv bestemme selv hva de ønsket å trekke fram. På denne måten forsøkte vi å finne de viktige poengene og opplevelsene informantene hadde som vi kunne analysere. Fremgangsmåten for dataanalysen ble også valgt for å styrke reliabiliteten da den trakk ut hovedpoeng og gjengangere fra flere informanter.

Validiteten til oppgaven forteller hvorvidt datamaterialet vi har samlet inn svarer på det vi ønsker å forklare gjennom prosjektet. I kvalitative undersøkelser som denne er det vanskelig å analysere data fordi man ikke har konkrete tall, men heller meninger som gjør arbeidet mer komplisert og utsatt for feil (Askheim, 2008). I intervjusituasjoner ligger det også en mulighet for kommunikative feil mellom forsker og intervjuobjekt som kan være en mulig feilkilde. Dette kan enten være i formulering av spørsmål, formulering av svar og tolking fra forskerens side. For å forhindre dette i størst mulig grad stilte vi oppfølgingsspørsmål dersom vi var i tvil om hva informantene mente med sine uttalelser. Et kriterie her vil være hvorvidt vi som utfører intervjuene er i stand til å legge merke til når det oppstår en misforståelse. Det er også av interesse hvorvidt informantene er interessert i temaet og oppriktig engasjert i å bidra med oppgaven. Vi opplevde at alle informantene var og at de ønsket å bidra på en korrekt og rettferdig måte. Flere av respondentene hadde også særs høy utdanning og stor erfaring med forskjellige forskningsprosjekt, både gjennom egen utdanning og forskning på andre områder.

Dette kan hjelpe validiteten ytterligere da det gir engasjement og kunnskap, men også medføre en fare for *bias* da de kan ha egeninteresser som gjør at de ønsker å svare i en spesiell retning.

3.6 Etikk

Etikk er en sentral del av enhver undersøkelse. I Norge har vi noen av de mest detaljerte lovene og reguleringene for etikk i undersøkelser (Oppen et al., 2020, s. 394). Man må ha et kontinuerlig forhold til etikken i alle faser av undersøkelsen, og om man skal ha med personopplysninger har man meldeplikt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Det er mye man må informere om før undersøkelsen starter, som hvor lenge du skal ta vare på lydopptaket etter undersøkelsen, hvordan opplysningene bevares trygt, anonymitet, samtykke og konsekvensene for å delta i undersøkelsen. Informert samtykke handler om å informere dem som deltar i undersøkelsen om formål og bruk av resultat. De skal også vite at de kan trekke seg når de selv måtte ønske samt eventuelle fordeler og ulemper ved å delta i undersøkelsen (Oppen et al., 2020, s. 397).

Det er helt vanlig i undersøkelser å love deltakerne konfidensialitet. Det betyr at alt av informasjon som deltakeren gir ikke skal kunne bli presentert på en måte som kan gjøre at deltakeren kan bli gjenkjent. Når vi skal bruke sitater må vi derfor gi deltakeren en rolle som f.eks. “informant 1”, “deltaker 1” eller “intervjuobjekt 1”. Dette er med på å sikre identiteten til deltakeren (Oppen et al., 2020, s. 402).

I vår undersøkelse har vi lovet konfidensialitet for alle deltakere. For å sikre dette har vi skrevet om dialekten til dem vi har intervjuet, lydopptak ble slettet etter vi hadde transkribert dem og navn, stilling, tittel eller annet som kunne identifisert deltakerne er ingen sted å finne. Vi fikk også samtykke av alle deltakerne som deltok og sendte søknad til NSD for å gjennomføre undersøkelsen.

3.7 Intervjusituasjon

Vi utarbeidet en intervjuguide slik at vi hadde et utgangspunkt for intervjuene. Denne legger grunnlaget for samtalen og gir oss en god mulighet for videre spørsmål vi finner interessante. Denne fungerer mer som en rettesnor heller enn en liste med spørsmål da vår forskningsmetode er avhengig av at informantene snakke fritt for å fungere optimalt. Grunnet den pågående pandemien besluttet vi å utføre intervjuene over videosamtale og over telefon, nærmere bestemt Zoom, Skype og vanlig telefonsamtale. Informantene befant seg i trygge omgivelser og på en kjent plattform under intervjuene, som kan bidra til at de snakker mer fritt og gir et mest mulig korrekt bilde av den økonomiske situasjonen ved BUK. For å sikre best mulig informasjon til analysen transkriberte vi så snart som praktisk mulig etter intervjuene fant sted. Dette gjør at inntrykkene vi sitter igjen med etter intervjuet er med i analysen som gir et enda mer korrekt bilde av forskningsspørsmålet.

Kapittel 4 – Presentasjon av funn

I dette kapittelet skal vi presentere det viktigste vi har funne gjennom intervjuer vi har gjennomført og sitater fra alle intervjuene. Vi har noen hovedkategorier av funn vi vil presentere, de følgende kategoriene er:

- Områder informanter syns ISF fungerer dårlig
- Områder informanter syns ISF fungerer bra
- Økonomisk påvirkning av ISF
- Etske problemstillinger som oppstår

4.1 Områder informanter syns ISF fungerer dårlig

Her ønsket vi å undersøke områdene ISF fungerte dårlig på, for å kunne få bedre forståelse på ISF systemet sin påvirkning, både for den økonomiske situasjonen og for personalet. For å finne ut av dette spurte vi informantene våre om hva de ikke likte med ISF systemet, hvordan arbeidshverdagen deres blir påvirket av ISF systemet. Her var det konsensus om at ISF-systemet ikke var det mest passende systemet for sykehus i Norge.

Det var mange forklaringer på hvorfor det ikke passet: noen av informantene mente at systemet på ISF hadde mer fokus på resultat enn kvaliteten på behandlingen, andre informanter var mer inne på at det ble vanskeligere å planlegge økonomi, bemanning og liknende med ISF-systemet. Vi fikk å vite at ISF systemet fungerer bedre på større avdelinger og ikke på et mindre nivå.

Konklusjonen vår er at ISF-systemet ikke fungerer på de områdene det skal, ISF-systemet gjør det vanskeligere og mer komplisert for både leger, personell og administrasjon i henhold til mål og arbeid.

Informant 1:	<i>“Det påvirker oss på den måten at vi opplever at vi har et sånt resultatkrav” og “Det er på en måte et manglende samsvar mellom kvalitetsparametere og ISF belønning”</i>
---------------------	--

Informant 2	<i>“Ja, det fungerer jo ikke i det hele tatt, synes jeg da”, “Det fungerer veldig dårlig for vår del. Det blir vanskelig å planlegge økonomi, og planlegge for bemanning, stort sett blir det vanskelig å planlegge hele driften.”</i>
Informant 3	<i>“Det skaper store svingninger i inntjeningen fra år til år ettersom antall premature barn varierer ofte stort i de årene og dermed gjør det vanskelig å budsjettere og skaper store gap mellom inntjening og kostnader ettersom vi ikke bare kan gå ned i bemanning som det passer.”</i>
Informant 4	<i>“ISF systemet er lagt opp at totalen skal stemme bra. Desto mer ned på nivå man går, jo mindre vil det nok stemme.”</i>

4.2 Områder informanter synes ISF fungerer bra

Her ønsket vi å undersøke områder ISF fungerer bra, på dette punktet var det konsensus om at ISF ikke fungerte så bra som forventet. Vi spurte informantene våre om hva de synes fungerte bra med ISF-systemet og

På områder ISF fungerte bra fikk vi mange forskjellige svar. Noen mente at systemet ikke fungerte godt nok på noen for det leger og personell skal bruke det til. Andre mente at det fungerte bra på den måten at man fikk kartlagt hvordan pasienten sin “reise” hadde vært og dokumentert det på en oversiktlig måte.

Her kan vi konkludere etter intervjuer at ISF-systemet er flink til å kartlegge og registrere pasienter effektivt. Dette gjør det lettere for leger å ha oversikt over behov og statusen for alle sine pasienter.

Informant 1	<i>“for så vidt [...] jeg ble nesten fristet til å si nei, fordi det er viktigere for meg at man har en form for kvalitet-aktivitetsregister.”</i>
Informant 2	<i>“Nei det har jo fungert de årene vi har masse barn under 1000 gram, og har mye penger på konto”</i>

Informant 3	<i>“Som et system fungerer det jo på den måten at vi får finansiering for å gi helsetjenester”</i>
Informant 4	<i>“Med ISF systemet tenker jeg at når vi først har det, så forteller kodingen pasientens historie, når de er innlagt på sykehus. Det skal jo beskrive hvordan deres reise har vært og hva de har vært behandlet for.”</i>

4.3 Økonomisk påvirkning av ISF

Videre ønsket vi å undersøke den økonomiske påvirkningen av ISF, på dette punktet var det konsensus om at ISF ikke var den beste løsningen. Her spurte vi informantene om økonomisk påvirkning, underskudd på avdelingen og motstridende mål.

Flere av informantene nevnte på at bruken av ISF gjorde det vanskelig å planlegge for bemanningen på klinikken. Dette medførte at det ble brukt mer tid enn det som opplevdes som nødvendig på planlegging. Økonomisk tap satt også press på legene som jobber på BUK og ansatte ved klinikken, samt dem som svarer til den øvrige ledelsen ved sykehuset utenfor klinikken.

Konklusjonene her er at selv om avdelingen går med underskudd påvirker ikke dette hvordan leger behandler pasienter, men at dårlig økonomi påvirker organisering og planlegging videre framover for avdeling, bemanning og mer.

Informant 1	<i>“Det er litt problematisk, ikke i forhold til de små premature, men i den grad man tenker på det er det organiseringen rundt det.”</i>
Informant 2	<i>“Det blir vanskelig å planlegge økonomi, og planlegge for bemanning, stort sett blir det vanskelig å planlegge hele driften” og “[...]men budsjetteringen vår, rent økonomisk, ville vært bedre jo flere premature vi fikk.”</i>
Informant 3	<i>“Problemet med ISF på dette nivået er at vi kan ikke i særlig grad redusere kostnadene ved klinikken ettersom vi er nødt til å ha et viss bemanning til enhver tid så vi kan ikke gå ned der, mens antall premature barn vil utgjøre</i>

	<i>en forskjell på mengden finansiering vi får, så det blir et slags skille mellom kostnadene og inntektene.”</i>
Informant 4	<i>“Ja, det er jo det at vi ikke vet når de kommer. At vi ikke kan planlegge for det, så derfor er det en bemannings beredskap, der det noen ganger ikke er nok å gjøre ifht. bemanning, og andre ganger for lite bemanning ifht arbeidsmengden, og vi får overtid og dyre løsninger.” og “Men siden det er inntektssiden dere fokuserer på, kan vi jo tenke at hvis det plutselig er 6 færre av den minste vektklassen så kan det være 3 mill, og hvis det da er to i den neste er vi oppe i 4 mill.”</i>

4.4 Etikk

Vi ønsket å undersøke om etikken til personalet kan bli påvirket av ISF-systemet. Selv om koding er en stor del av hvor mye de får betalt, påvirker ikke økonomi og finansiering hvordan kodingen blir gjort. Her spurte vi om feil koding var vanlig, hvordan de kodet hver pasient og vi spurte om etiske påvirkninger med ISF-systemet.

Alle informantene var veldig nøye på at kodingen ble gjort riktig, og at det var viktig for alle som jobbet med dette at kodingen ble gjort rett. To av informantene fortalte oss at på en annen avdeling hadde kodingen blitt gjort feil. De fortalte oss også at barn ble ikke over prioritert hvis de kunne gi flere DRG-poeng.

Konklusjonen vår om etikk er at ingen gjør noe uetisk for å tjene penger for forskjellige grunner, en av hovedgrunnene vi fikk høre var at om de kodet feil for mye, må de opprettholde de tallene for neste år, og dette leder bare til mer problemer og stress for de som er involvert.

Informant 1	<i>(om feilkoding) “Det kan skje, men som sagt på alle norske avdelinger bruker vi i dag et program som legger inn aktiviteter hver dag og setter diagnoser etter dette og programmet vil komme opp med de viktigste diagnosene ligger på en måte innebygde i programmet.” og “Der er vi i den lykkelige situasjonen i Norge at i den graden det koster å behandle en pasient, så er det prognosen en pasient har som bestemmer hvordan vi skal behandle en</i>
--------------------	---

	<i>pasient og gjøre med han og ikke ISF inntektene, så ISF påvirker ingenting” (les: av behandlingen)</i>
Informant 2	<i>“Nei, det gjør ikke vi, det har vi vært sinnsykt nøye på.” og “Men det er jo klart at man kan bli fristet til å ta vekk 50 gram for å komme under 1000 grams grensen, men det er vi veldig nøye på at det gjør vi ikke.”</i>
Informant 3	<i>“Nei, all behandling av pasienter skjer ut fra et medisinsk grunnlag. Økonomien av behandlingen er en ettertanke når vi er ferdig og har spiller ingen rolle i behandlingen.”</i>
Informant 4	<i>“Men ellers er vi veldig nøye på dette, og det kan jo være litt slurv her og der, men dette har vi systemer for å fange opp” og “Og dette med kreativ koding har det, helt siden en tidligere direktør, vært veldig strengt på at ikke blir akseptert.”</i>

Kapittel 5 – Diskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere informasjonen vi tilegnet oss gjennom intervjuene med våre informanter og dra frem relevant teori som vi har beskrevet i teorikapittelet. Her skal vi forsøke å trekke ut de sentrale funnene våre i lys av et teoretisk rammeverk og diskutere dem for å videre trekke en konklusjon på bakgrunn av dette. Mot avslutningen vil vi presentere oppgavens begrensinger, implikasjoner samt forslag til videre undersøkelser som er relevante for tiden fremover.

5.1 Motstridene mål

Hensikten med NPM er å styre offentlige bedrifter mer likt som private bedrifter, gjennom forskjellige prinsipper og metoder for organisering og styring (Hansen, 2018), dette har vi alt gått gjennom i kapittel 2.0 - Teorigrunnlag.

Den generelle oppfatningen vi fikk fra intervjuer med informanter angående NPM, var at flere av informantene følte på presset av modellene angående økonomiske resultater og effektivitet. Flere informanter mente selv at disse modellene gjorde det vanskeligere å styre hverdagen sin pga. press for å nå økonomiske- eller effektivitetsmål. Informantene vi snakket med hadde alle en forståelse av hensikten til NPM, å effektivisere og forbedre systemet, men samtlige kunne peke på tydelige svakheter ved NPM.

Kritikk av NPM i våre funn var at målene man velger å bruke som hovedmål, som økonomiske mål og effektivitetsmål ikke virker på en avdeling i et sykehus. Grunnen til dette er at man har så mange andre viktige mål man ikke kan måle med tall, dette er mål som hvor fornøyd pasienten er med behandling og kvaliteten på behandlingen. Annen kritikk vi har på NPM modellen er hvordan den finansierer spesialhelsetjenesten, det er her DRG- og ISF-systemet kommer inn. Denne finansieringsordningen gjør det vanskelig å planlegge videre drift av klinikken og vil også påvirke målstyringen for avdelingen, dersom de ikke får inn nok penger til å nå de økonomiske målsettingene.

Et kriterium for god målstyring er at målene er klare og tydelige (Helgesen, 2001). BUK sine mål består av forskjellige kvalitetsparametere som lengden på oppholdet, kvaliteten på behandlingen, opplevelsen til pasient og pårørende samt et mål om å oppnå økonomiske mål. Dette vil påvirke hvorvidt målstyringen foregår på en effektiv og hensiktsmessig måte. Inntrykket vi fikk gjennom våre undersøkelser foreslår at disse motstridende målene oppleves som “støy” som kan ta opp energi fra legestanden som ellers kunne vært brukt på en mer effektiv måte. På en annen side kan det tenkes at målene være med på å bevisstgjøre legene og gjøre at de får et tettere forhold til arbeidsoppgavene sine, men dette var ikke våre informanter sin opplevelse.

5.2 Prinsipal-agent problemet

I våre funn i kapittel 4.1 (Ref. informant 1), fremkommer det at enkelte leger opplever et resultatkrav som i liten grad er knyttet direkte til behandlingen av, og helbredet til pasienter, men i stedet fokuserer på økonomiske mål. Dette kan tyde på diskrepans mellom målene til utvikler/implementør av modellen (ISF) og dem som har direkte kontakt med pasientene. Årsaken til dette kan være nærheten mellom leger og pasient (Hoff, 2009), som ikke finner sted mellom ISF systemet og pasientene. Dette kan føre til konflikter mellom agenten og prinsipalen som er beskrevet i kapittel 2.3. Videre kan det gi et effektivitetstap og føre til økt forsøk på styring av leger for dem som er høyere oppe i systemet og dermed koste BUK større summer.

Delkapittelet om agentteori beskriver at informasjonsskjevheten mellom de forskjellige delene av driften, kan føre til ulik oppfatning av målprioritering.. Samtlige informanter oppga dette (som en verdikonflikt) Agentteorien peker på at dette kan føre til nedsatt måloppnåelse, og videre kan det være rimelig å anta at det forårsaker en del av de varierende økonomiske resultatene på klinikken. Det fremkom tydelig at behandlere hadde andre mål enn det ISF-systemet er lagt opp til å måle, som ville gitt ytterligere effektivitetstap på bakgrunn av skjult informasjon (Hoff, 2009). Dette kunne ha blitt gjort ved såkalt kreativ koding (justere koder for å få større utbetaling) slik som agentteorien foreslår at kan forekomme dersom agenten ønsker å skjule at de har handlet utenfor prinsipalens ønsker og fokusert på andre mål.

“[...] , selv om det er like lite gøy med røde tall hver gang. Og overfor barn er det lovfestet at de skal være minst mulig på sykehus. Så disse verdiene står sterkt og vil trumfe gjennom. De (les; økonomiavdeling) vrir jo hodene sine hele tiden for å prøve å holde budsjett, for alt i verden. Men pasienten sitt velvære er alltid først likevel. Vi vil ikke dra ut oppholdene for å tjene mer, det er i hvertfall ikke ledelsen sitt mål. Og vi forteller ikke legene hva de har tjent (til BUK) gjennom et år sånn at de ikke skal ha det i bakhodet når de koder.”

Samtlige informanter oppgir at pasienthensynet alltid kommer i første rekke, uansett situasjon. Dette forsterker dog teorien om motstridende mål jfr. informant 1, i kapittel 4.1, da dette viser at dette går på bekostning av den økonomiske situasjonen. Selv om sitatet ovenfor foreslår at det gir underskudd og vanskeligere arbeidsoppgaver for dem som står ansvarlig for budsjetteringen, opprettholdes fokuset på pasientene. Ettersom det er den økonomiske situasjonen vi undersøker finner vi dette særs interessant. I sitatet ovenfor beskriver informanten at det krever mye og vanskelig arbeid å møte budsjettet, som igjen krever ressurser fra BUK. I våre intervjuer fremkom det at legene ikke informeres om hvor mye de bidrar med av ISF midler til BUK. Dette er et bevisst grep for å forhindre at det påvirker dem i koding og behandling av pasienter. På tross av dette fremkommer det at enkelte leger har følt på et resultatpress. Dette gir signaler om at den økonomiske situasjonen, og resultatet av ISF påvirker legestanden til en viss grad og gir dem ekstra arbeid og press.

Den økte inntekten BUK ville mottatt for å prioritere enkelte pasienter med høyere DRG-score kunne fungert som en insentivordning til å optimere pasientmiksen, på samme måte som man ser i andre bedrifter hvor insentiver blir brukt for å endre atferden til sine ansatte (Hoff, 2009). Våre funn antyder at dette ikke skjer, men at pasientenes behov alltid kommer i første rekke. Det er ikke brukt insentiver i den forstand at leger mottar eksplisitte og/eller implisitte insentiver, noe som er typisk i en offentlig bedrift hvor målene for driften er sammensatt og vanskelig kvantifiserbar (Kvaløy & Mohn, 2018). Selv om en prioritering av premature barn, over andre pasientgrupper, kunne vært ideelt for den økonomiske situasjonen og det faktum at IFS kan fungere som en insentivordning, opplever ikke våre informanter at dette påvirker hverken behandlingen eller driften av BUK.

5.3 Problematikken med budsjetteringen

Når de utarbeider budsjett på BUK tar de utgangspunkt i en indeks som baserer seg på gjennomsnittlig antall pasienter som forventes, slik en av våre informanter beskriver i sitatet under, for en gitt periode. Våre funn antyder at de store svingningene i pasientmiksen til klinikken gjør arbeidet med budsjettering vanskelig. Premature barn trekkes frem av samtlige informanter som en av hovedårsakene til det store avviket i budsjettet.

“Så det er en overordnet indeks basert på et gjennomsnitt. [...] Det som er litt problematisk for oss er at når vi har veldig få premature går indeksen ned og motsatt, og når det kan være så store svingninger fra måned til måned.”

“Det blir vanskelig å planlegge økonomi, og planlegge for bemanning, stort sett blir det vanskelig å planlegge hele driften.”

Som de store talls lov foreslår, vil man komme nærmere det sanne gjennomsnittet desto større utvalget man bruker i beregningen er (Investopedia, 2020). Antall datapunkt som klinikken har rådighet i beregningen av dette gjennomsnittet er relativt begrenset ettersom det ikke er særlig mange barn i de to laveste vektclassene på <1000 og <1500 gram. Det blir da utilstrekkelig med data for å fastslå et gjennomsnittlig antall premature barn for en gitt periode (Dekking et al., 2005). Dette vil i sin tur gi stor usikkerhet i tallmaterialet, som igjen fører til store avvik og en mer usikker økonomisk situasjon. En problematisk faktor for budsjettet til klinikken er at antallet premature barn er lavt, en informant nevnte at det var om lag 15-20 i året. Dette bidrar til at avviket mellom budsjettet og det faktiske regnskapet kan variere stort selv om det bare er et eller to premature barn flere enn man har budsjettert med ettersom at dette er ressurskrevende pasienter som gir høy DRG-score og mye ISF inntekt til klinikken.

“Ett år hadde vi 30 og neste år hadde vi 15, [...]”

Som sitatet over nevner har det fra år til år hendt at man har opplevd en halvering i antall premature barn (<1000 gram og <1 500 gram). En slik nedgang utgjør et fall i ISF- inntekt på om lag nærmere 6.5 millioner kroner etter 50% regelen som vi forklarte i innledningskapittelet helt i begynnelsen av oppgaven, sett 50/50 fordeling mellom de to gruppene (<1000 gram og <1500 gram).

5.4 Utfordrende å planlegge bemanning

Som i de fleste andre bedrifter utgjør lønnskostnader en stor andel av kostnadene ved BUK. Derfor er bemanning en sentral del av hvordan den økonomiske situasjonen på klinikken er i en gitt periode. Gjennom våre intervjuer var det et gjentakende tema rundt bemanning ved BUK. Dette var relatert til at inntekten varierte med antall pasienter, og igjen ble de minste premature trukket frem for å utgjøre en vesentlig utfordring. Årsaken til dette er ressursbehovet til denne pasientgruppen er særs høyt (ISF- regelverket, 2021). I en privat bedrift vil man i større grad kunne tilpasse bemanningen til etterspørselen av et produkt. Dersom man ser at man ikke har like stor omsetning i en nedgangskonjunktur, kan en privat bedrift tilpasse sin arbeidsstyrke tilsvarende med større frihet enn det BUK har mulighet til. Dette er relatert til de rammene satt av helsepersonelloven § 4 om bemanning av helseforetak. En informant uttalte seg på denne måten:

“Men vi må jo ha bemanning og kompetanse dersom vi får de sykeste, som alltid må være på plass[...].”

Og en annen informant beskrev samme situasjonen på følgende måte:

“Vi kan jo ikke redusere bemanningen og samtidig ha full beredskap 24/7, 365 dager i året.”

Ettersom svingningene i antall premature påvirker den økonomiske situasjonen i så stor grad som den gjør, og er så uforutsigbare må det til enhver tid være tilstrekkelig med både arbeidskraft og kompetanse til stede. Det er altså ikke mulig å nedjustere bemanningen selv om det ikke er mange premature og dermed lite inntekt. Dette kan være relatert til NPM som tar utgangspunkt i å drive offentlige foretak mer som man driver private for å få hver skattekrone til å strekke lengre (Christensen et al., 2014). Dette kan antyde at NPM ikke har tatt tilstrekkelig høyde for behovet for konstant bemanning i deler av helsevesenet. En informant hadde fra tidligere benyttet samme systemet uten å ha de samme problemene som foreslår at systemet ISF fungerer i større grad på avdelinger hvor det er flere lettere pasienter og man ikke får samme svingningene i inntekt.

“Jeg har tidligere jobbet med det samme systemet på andre avdelinger, [...] og ingen av oss har sett sånne svingninger før, så det er ikke vanlig

Dette har vi også sett i andre forskningsprosjekter, at hvor mindre kompliserte og kortere behandlingsløp utgjør en større del av driften egner seg bedre til ISF.

Den synkende barnepopulasjonen (*Barn og unge i befolkningen*, u.å.) vil sannsynligvis føre til at det er mulig å nedjustere bemanningen noe over tid. Likevel vil ikke dette påvirke den økonomiske situasjonen på BUK fordi den i stor grad blir påvirket av de store uforutsette inntektssvingningene og ikke den generelle nedadgående trenden. Trenden gir likevel en pekepinn på hvor mange som til enhver tid må være på jobb. Et intervjuobjekt beskrev trenden og utfordringene på følgende måte.

“Det er jo en trend, sånn hvis vi ser forbi svingningene, barnepopulasjonen er jo synkende over år. Dog ikke så mye at vi kan gå ned på bemanningen, siden det kommer i bølger og det må vi til enhver tid være forberedt på. Vi må jo se på hvor mye nedgang i premature vi har før vi tør å gå ned i bemanning, ...”

5.5 Oppgavens videre forskning og implikasjoner

5.5.1 Oppgavens implikasjoner

Vi har kommet frem til flere funn, flere av funnene våre går hånd i hånd med allerede eksisterende litteratur. For tiden finnes det mye litteratur om NPM og om finansieringssystemet i spesialhelsetjenesten. Vår oppgave kan være nyttig for alle organene som jobber med finansiering og styring av spesialhelsetjenesten. Funnene vi har kommet fram til kan bidra til hvordan spesialhelsetjenesten handler videre.

5.5.2 Videre forskning

Vi har i denne oppgaven sett på hvordan det norske helsevesenet blir finansieringen gjennom ISF, med hovedfokus på avdelingen BUK i Bergen. Videre forskning om dette kan være å ha et større utvalg av intervjuobjekter og se om dette påvirker resultatene. Det vil også være interessant å se på helt nye modeller for finansieringen og ISF. Et annet interessepunkt kan være påvirkningen til statistikk på ISF. En mulig løsning kunne vært å trekke de minste premature ut av ISF systemet og se hvordan dette påvirker BUK. Bemanning av flere avdelinger kan bidra med å løse problemene ved BUK, men dette må man eventuelt gjøre et forsøk på. Det er mye spennende her man kan gå videre å se på. Det kan også være av interesse å se om ISF- systemet forårsaker problemer på andre klinikker som også kan ha de samme utfordringene og ha interesse av mer forskning på saken.

Kapittel 6 – Konklusjon

Formålet med oppgaven vår å se på hvordan ISF påvirket spesialhelsetjenesten på BUK, og se på andre påvirkninger av ISF systemet som etikk og økonomisk. For å best mulig kunne forske på dette temaet, satt vi oss inn i relativ teori og begrep. Relevant teori vi brukte i oppgaven var blant annet NPM, Prinsipal-agent teori og de store talls lov. For å svare på forskningsspørsmålet har vi benyttet oss av kvalitativ forskningsmetode, vi samlet inn data fra fire intervjuobjekter som har ulik relevant erfaringer med systemet og dets påvirkning av økonomien til klinikken, vi har også samlet inn data fra offentlige rapporter og dokumenter.

6.1 Bemanning

Problemer for bemanningen på Barne- og ungdomsklinikken i Bergen ved HUS er at lønnskostnader utgjør en stor del av kostnadene for klinikken og denne kostnaden er vanskelig å justere. I en privat bedrift har man større mulighet til å justere antall ansatte dersom man opplever inntektsfall, den samme muligheten har man ikke på et sykehus hvor man til enhver tid må være i beredskap. Noen av informantene fortalte oss at de, i perioder, kan ha for overbemanning som skader avdelingen økonomisk, men at de likevel ikke kan redusere denne. Et problem med NPM er at de prøver å få offentlig bedrifter til å ha mer lik drift som private bedrifter for økt effektivitet og lønnsomhet, dette tyder våre funn på at ikke gir ønsket effekt i kunnskapsbedrifter som sykehus, og gjør seg på BUK gjeldende gjennom problemer med planlegging og finansiering av bemanning.

6.2 Diffuse mål

Et problem som oppstår med bakgrunn i NPM, her gjennom ISF systemet som brukes på BUK, er at målene for driften blir noe mer uklare. Det er både kvalitetsparametre som liggetid og kvaliteten på behandling, men også økonomiske mål. Dette strider mot målstyringsteori hvor det vektlegges at målene er klare og tydelige. Disse målene samsvarer heller ikke alltid og ettersom leger alltid vil prioritere kvaliteten på behandlingen, fremfor økonomiske mål vil den økonomiske situasjonen komme i andre rekke. Dette later det dog til at er akseptert i de fleste ledd på Barne- og ungdomsklinikken. Motstridende mål kan i enkelte tilfeller føre til et effektivitetstap grunnet ledelsen har fokus på et mål og de som arbeider under, et annet. Enkelte informanter nevnte på at de opplevde et resultatpress, som kan ha rot i dette.

6.3 Mikronivå

Ved at innsatsstyrt finansiering blir implementert helt ned til den enkelte pasient og avdeling strider imot et av hovedpunktene i New Public management om å gi ledelsen på hvert enkelt nivå reell makt til å foreta endringer innenfor sitt ansvarsområde som de oppfatter som viktig for å forbedre effektiviteten i virksomheten. Rammene ISF setter for drift av klinikken hindre ledelsen i å foreta de endringene som er nødvendig for å forhindre at virksomheten blir for infleksibel og ineffektiv.

Bruken av ISF på et mikronivå ved barne- og ungdomsklinikken, som belønner store summer til hvert premature barn, gjør at selv de små svingningen vi ser i antallet barn som blir behandlet på klinikken fra år til år vil ha stor betydning på budsjettet. Om klinikken får to eller tre barn færre enn det gjennomsnittet antydnet, så vil det forekomme store avvik mellom budsjettet som ble lagt fram og den faktiske inntjeningen klinikken har det året. ISF er ikke egnet til å være den dominante finansieringsordningen på et så lavt nivå hvor det er så mange variabler som spiller en rolle på selve driften.

Gjennom vårt arbeid med ISF, fant vi at BUK sin drift ikke er særlig godt egnet til dette systemet. Likevel har både en mastergrad fra NMBU (Greeny & Karlsen, 2014) og egne informanter beskrevet at finansieringssystemet fungerer bedre på andre avdelinger, hvor man gjerne har høyere pasientvolum og kortere og mindre kompliserte behandlinger. Noen eksempler på dette som har blitt nevnt er dagkirurgiske- og ortopediske avdelinger.

6.4 Begrensninger for oppgaven

Vi hadde forskjellige begrensninger for oppgaven. Vi hadde et knapt utvalg av informanter etter at noen av informantene meldte avbud og var vanskelig å finne nye informanter innen tidsrammen vår. Hadde vi hatt flere informanter kunne vi fått et større bilde av problemet og mer innsikt fra flere som jobber med ISF. Pandemien som har påvirket hele verden i 2020 og 2021 har også vært en begrensning, da vi ikke har hatt mulighet til å reise rundt for å møte informanter og hatt “face to face” intervjuer med dem.

Kapittel 7 – Referanser

Barne- og ungdomsklinikken. (u.å.). Helse Bergen. Hentet 26. april 2021 fra <https://helsebergen.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken>

Barn og unge i befolkningen. (u.å.). Hentet 11. mai 2021 fra <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2020/bef/>

Barzelay, M. (2001). *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue* (1. utg.). University of California Press. <https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pnxvw>

Burns, J. M. (1978). *Leadership*. Harper & Row.

Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. & Aars, J. (2010). *Forvaltning og politikk* (4 utg.). Universitetsforlaget.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991421882124702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Dekking, F. M., Kraaikamp, C., Lopuhaä, H. P. & Meester, L. E. (2005). *A Modern Introduction to Probability and Statistics: Understanding Why and How*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/1-84628-168-7>

DRG-systemet. (u.å.). Helsedirektoratet. Hentet 29. april 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet>

Eisenhardt, K. M. (1988). Agency- and Institutional-Theory Explanations: The Case of Retail Sales Compensation. *The Academy of Management Journal*, 31(3), 488–511. <https://doi.org/10.2307/256457>

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academy of Management Review*, 14(1), 57–74. <https://doi.org/10.2307/258191>

Fred. (2006). *Statistikk og dataanalyse* (9. utg.). Universitetsforl.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990604389754702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Greeny, H. H. & Karlsen, N. (2014). Aktivitetsbasert finansiering: En studie av hvordan innsatsstyrt finansiering har påvirket spesialhelsetjenesten i Norge. [Masteroppgave]. Norgesmiljø- og biovitenskapelige universitet

Hansen, T. (2018, 17. september). New Public Management. I *Store norske leksikon*.
http://snl.no/New_Public_Management

Helgesen, S.B., (2001). Aktivitetsmåling og adferdskontroll. En studie av mål- og resultatstyring gjennom Økonomiregelverket for staten. Rapport R0102, LOS – senteret, Bergen

Helsedirektoratet. (u.å.). *DRG-systemet*. Helsedirektoratet. Hentet 10. mai 2021 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet>

Helsenorge. (2019, 9. mai). *Bruk av kvalitetsindikatorer ved valg av behandlingssted*.
<https://www.helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg/hvordan-tolke-resultater/>

Helsepersonelloven—Hpl—Lovdata Pro. (u.å.). Hentet 11. mai 2021 fra
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64?searchResultContext=1241&rowNumber=1&totalHits=3330>

Hoff, K. G. (2009). *Strategisk økonomistyring* (2.). Universitetsforlaget.

Hood, C. (1991). A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS? *Public Administration*, 69(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

ISF-regelverket 2021.pdf. (u.å.). Hentet 3. april 2021 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF->

regelverket%202021.pdf/_/attachment/inline/3e084cec-bce9-4a44-89f0-f8d179b4e478:5229e063e72719e76f57316d73d45ee57fb60a96/ISF-regelverket%202021.pdf

Iversen, O. H. & Braut, G. S. (2021, 6. januar). Sykehus. I *Store medisinske leksikon* (s. 1). <http://sml.snl.no/sykehus>

Jensen, M. C. & William Mecling. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics.*, 3(4), 305–360. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)

Johnsen, Å. & Hansen, T. (2020, 7. oktober). Resultatstyring. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/resultatstyring>

Klausen, K. K. (2001). New Public Management - en fortolkningsramme for reformer. In T. Tor Busch (Ed.), *Modernisering av offentlig sektor: New Public Management i praksis* (pp. 24-34). Universitetsforlaget.

Kodeverket ICD-10 (og ICD-11). (u.å.). ehelse. Hentet 29. april 2021 fra <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Krogstad, U., Ormstad, S. & Norderhaug, I. (u.å.). *Use of Scorecards in Hospitals*.

Kvaløy, O. & Mohn, K. (2018). Produktivitet og insentiver i offentlig sektor. *Beta*, 32(02), 148–164. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3134-2018-02-02>

Lecompte, M. & Goetz, J. (1982). Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research. *Review of Educational Research - REV EDUC RES*, 52, 31–60. <https://doi.org/10.2307/1170272>

McLeod, S. (2014). *Case Study Method*. 3.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994-januar). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. SAGE.

Olaug S. (2007). *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg.). Høyskoleforl.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990709873864702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Ole-Jørgen. (2004). *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming* (2. [rev. og utvidet] utg.). Gyldendal akademisk.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990411555484702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Omsorgsdepartementet, H. (2014, 30. oktober). *Statlig finansiering av de regionale helseforetak* [Redaksjonellartikkel]. 042031-990095; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>

Omsorgsdepartementet, H. (2020, 26. august). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp* [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>

Oppen, M., Mørk, B. E. & Haus, E. (2020). *Kvantitative og kvalitative metoder i merkantile fag* (utgave 1). Cappelen Damm Akademisk.

Opstad, L. (2000). Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren. I *Norbok*. Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009041504145

Ross, S. A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *The American Economic Review*, 63(2), 134–139.

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid* (1. utg.). Fagbokforl.

Staff, I. (2021, 29. april). *Law Of Large Numbers Definition*. Investopedia. <https://www.investopedia.com/terms/l/lawoflargenumbers.asp>

Spesialhelsetjenesten. (2007). *Endringsledelse med eller mot sterke fagfolk.pdf*. Hentet 9. mars 2021 fra <https://spesialisthelsetjenesten.no/seksjon/nasjonalledelsesutvikling/Documents/Kull%203/Endringsledelse%20med%20eller%20mot%20sterke%20fagfolk.pdf>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Fagbokforl. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990900005874702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

UCLA, STATA TEACHING TOOLS COIN-TOSSING SIMULATION. url: <https://stats.idre.ucla.edu/stata/ado/teach/stata-teaching-tools-coin-tossing-simulation/> (u.å.)

Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research* (3. utg.). SAGE.

Figuroversikt

Figurnummer	Navn	Sidetall
2.2.1	Insentiver, Hoff	16
2.3.1	Mål, Opstad	20
2.4.1	Store talls lov	22
3.1	CASE-oversikt, Yin	24

Vedlegg 1: Intervjuguide

I hvilken grad påvirker ISF din arbeidshverdag? utdyp (typ 1-10)

På hvilke områder syns du ISF ikke fungerer optimalt?

På hvilke områder syns du ISF fungerer bra?

Hvordan påvirker de minste premature den økonomiske situasjonen på BUK?

- Oppfølgings spørsmål: er det fordi de <1000g får for mye støtte eller fordi andre får for lite?

Er det mer variasjon i antall fra denne pasientgruppen enn andre?

Påvirker ISF slik den fungerer i dag måten dere behandler pasienter på? Utdyp

Oppstår det etiske problemstillinger slik ISF/DRG er utformet i dag?

Kjenner du til feilkoding av pasienter? Over/underkoding/ kodeoptimalisering på hvilken måte, er det forskjellige kodemønster fra forskjellige leger?

Får legene opplæring i koding? Sentralt gitt? Del av medisinstudiet?



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave - BO6- 2011

BO6-2011-BO-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	05-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	19-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BO6-2011 1 BO 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	234
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	12664
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	10
Andre medlemmer i gruppen:	262, 281

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei