



AALBORG UNIVERSITET

Værdibaseret Styring

MED UDGANGSPUNKT I SYGEHUSVÆSNET I REGION NORDJYLLAND

HENRIETTE MADSEN, JENS KJELDAGER RASK & MIKLLAS VISTI PETERS JENSEN



TITELBLAD

Værdibaseret Styring

Med udgangspunkt i sygehusvæsenet i Region Nordjylland

Aalborg Universitet

10. semester – Cand.merc. Økonomistyring

September 2019

Forfattere - Gruppe 14

Henriette Madsen,

Jens Kjeldager Rask,

Mikllas Visti Peters Jensen.

Vejleder

Margit Malmlose

Omfang

Antal anslag: 247.682

Antal sider: 138

Antal normalsider: 103

ABSTRACT

This master thesis seeks to explore to which extent value-based health care has been implemented in the Danish health care sector. The theoretical foundation of the thesis is based on *The Value Agenda*, which has been defined by Michael E. Porter & Thomas H. Lee in the article *The Strategy that Will Fix Health Care* (2013). In addition to this, these supporting theories has been included; *New Public Management* (Hood, 1991) (Greve, 2002), *New Public Governance* (Torring & Triantafillou, 2017), *Time-Driven Activity-Based Costing* (Kaplan & Anderson, 2008) and “*Effektbaseret styring*” (Bukh & Christensen, 2018b). In the analytical process empirical data has been attained through two semi structured interviews, of which the first one has been conducted at Aalborg University Hospital in collaboration with office manager Henrik I. Nielsen and project manager Helene H. Bjerregaard, this interview focused on *patient reported outcome data*. The second interview, regarding an experimental implementation of *Time-Driven Activity-Based Costing*, has been conducted with project manager Anne G. Dal at North Region Denmark.

The thesis has shown that the implementation of *value-based health care* in Denmark is difficult, due to heavy political influence in the sector. It has also been shown difficult because the theory has been developed for the American health care sector, which is vastly different from the Danish health care sector.

INDHOLDSFORTEGNELSE

TITELBLAD	1
ABSTRACT.....	2
FORORD	6
INDLEDNING	7
PROBLEMFELT.....	9
DEN NUVÆRENDE FINANSIERING AF DET DANSKE SYGEHUSVÆSEN.....	15
AFGRÆNSNING AF PROBLEMFELTET	18
PROBLEMFORMULERING	18
PROJEKTSTRUKTUR.....	19
VIDENSKABELIG METODE	21
ONTOLOGI	22
EPISTEMOLOGI	23
METODOLOGI.....	24
DEN MENNESKELIGE NATUR.....	25
PARADIGME	26
REGULERINGER VS. RADIKALE ÆNDRINGER.....	28
VALG AF PARADIGME.....	28
DET FORTOLKENDE PARADIGME.....	33
<i>Interpretive Accounting Research</i>	34
LITTERATURSOGNING	35
DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEW	36
TEORI	38
STRATEGISK NIVEAU	39
<i>New Public Management</i>	40
INTRODUKTION AF NEW PUBLIC MANAGEMENT I DANMARK.....	42
<i>New Public Governance</i>	43
<i>Værdibaseret Styring i Dansk Kontekst</i>	45
<i>Formula Funding</i>	48
TAKTISK NIVEAU.....	50
<i>Motivation</i>	50
<i>Incitament</i> er	51
<i>Principal-Agent-Teori</i>	52

<i>Ledelsesrummet</i>	53
<i>The Value Agenda</i>	55
Organize into Integrated Practice Units (IPU's).....	56
Measure Outcomes and Costs for Every Patient.....	57
<i>PRO</i> -data (Patient Reported Outcome-data)	58
Bundled Payments – Move to Bundled Payments for Care Cycles	59
Integrate Care Delivery Systems Across Separate Facilities	59
Expand Excellent Services Across Geography.....	61
Information Technology – Build an Enabling Information Technology Platform	61
OPERATIONELT NIVEAU	62
<i>Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC)</i>	62
Time Equations	63
<i>The Outcome Measures Hierarchy - Porters 3 Tiers Model</i>	65
Tier 1 – Health Status.....	66
Tier 2 - Recovery	66
Tier 3 - Sustainability.....	66
DELKONKLUSION	68
CASE RESEARCH DESIGN	69
ANALYSE	71
STRATEGISK NIVEAU	72
<i>New Public Management i Dansk Kontekst</i>	72
New Public Management og Opgøret med Bureaukratiet	73
New Public Management og Inddragelsen af Den Private Sektor	74
Key Performance Indicators (KPI'er).....	75
Kontraktstyring	76
<i>New Public Governance i Dansk Kontekst</i>	77
Samskabelse.....	77
Formula funding inden for New Public Governance	78
Digital Era Governance inden for New Public Governance	78
<i>Politisk Indflydelse på Værdibaseret Styring</i>	80
<i>Finansiering af Det Danske Sygehusvæsen Baseret på Værdibaseret Styring</i>	81
TAKTISK OG OPERATIONELT NIVEAU.....	84
<i>Incitament og Motivation i Det Danske Sundhedsvæsen</i>	85
<i>The Value Agenda i Dansk Kontekst</i>	87
Organize into Integrated Practice Units (IPU's).....	87
Measure Outcomes and Costs for Every Patient.....	88
Measure Outcomes	89
Outcomes målt med Key Performance Indicators (KPI'er)	89
Outcomes målt ved PRO-score	90

Outcomes målt ved Porters 3 Tiers.....	92
Prædiktionsmodel	94
Measure Costs	94
Eksempel på anvendelse af TDABC.....	96
Bundled Payments – Move to Bundled Payments for Care Cycles	97
Integrate Care Delivery Systems Across Separate Facilities	99
Expand Excellent Services Across Geography.....	101
Information Technology – Build an Enabling Information Technology Platform	102
<i>Vision for Fremtidigt Arbejde med Værdibaseret Styring i Dansk Kontekst.....</i>	<i>105</i>
DELKONKLUSION	110
DISKUSSION.....	111
REFLEKSIONER OM DEN VIDENSKABELIGE METODE I PROJEKTET.....	111
KOMPLEKSITETEN AF VÆRDIBASERET SUNDHED I DANSK KONTEKST	114
<i>Værdibaseret Styring under Politisk Indflydelse.....</i>	<i>116</i>
<i>Top-down eller Bottom-up.....</i>	<i>118</i>
<i>Produktivitetskravets Effekt</i>	<i>120</i>
FORDELE OG ULEMPER VED VÆRDIBASERET STYRING.....	123
<i>Erfaringer fra Sverige.....</i>	<i>123</i>
<i>Kritik af Pilotprojekterne.....</i>	<i>125</i>
EN (TIME-DRIVEN) ACTIVITY-BASED COSTING-MODEL MED FLERE FORMÅL.....	126
<i>Time-driven Activity-Based Costing VS. Diagnose Relateret Grupperingsystem.....</i>	<i>128</i>
KONKLUSION	130
LITTERATURLISTE	133
BILAG	138
<i>Bilag 1 – Interview Guide til Aalborg Universitetshospital.....</i>	<i>138</i>
<i>Bilag 2 – Lydfil fra interview med Aalborg Universitetshospital</i>	<i>138</i>
<i>Bilag 3 – Transskribering af interview med Aalborg Universitetshospital</i>	<i>138</i>
<i>Bilag 4 – Materiale udleveret ved interview med Aalborg Universitetshospital.....</i>	<i>138</i>
<i>Bilag 5 – Interview Guide til Region Nordjylland.....</i>	<i>138</i>
<i>Bilag 6 - Lydfil fra interview med Region Nordjylland</i>	<i>138</i>
<i>Bilag 7 - Transskribering af interview med Aalborg Universitetshospital</i>	<i>138</i>

FORORD

Denne afhandling er udarbejdet i tidsrummet 1. februar 2019 til 27. september 2019, og omhandler implementeringen af *værdibaseret styring* i den offentlige danske sundhedssektor. Undersøgelsen tager udgangspunkt i Aalborg Universitetshospital, suppleret med to interviews, hvoraf det første er med kontorchef ved Økonomi & Plan på Aalborg UH Henrik I. Nielsen og Projektleder på VBS-projektet på Aalborg UH Helene H. Bjerregaard. Andet interview er med Anne G. Dal project manager på VBS-development hos Region Nordjylland.

Vi blev først introduceret for begrebet *værdibaseret styring*, dets teoretiske baggrund og aktuelle problemstillinger vedrørende implementeringsprocessen af det dertilhørende styringsparadigme i den danske sundhedssektor i faget *Økonomistyring i den offentlige sektor*, som blev undervist af Per N. Bukh. Her blev vores interesse for emnet vakt, og vi har sidenhen arbejdet med emnet gentagne gange. Afhandlingen kan bruges som inspiration til fremtidigt arbejde med implementeringen af *værdibaseret styring*.

Vi vil her gerne bruge lejligheden til at sende en særlig tak til vejleder Margit Malmose for at komme med konstruktiv kritik, samt assistance i forhold til litteratursøgningen. Samtidig vil vi også gerne sige tak til Henrik I. Nielsen, Helene H. Bjerregaard og Anne G. Dal for deres tid i forbindelse med de udarbejdede interviews.

Henriette Madsen, Jens Kjeldager Rask & Mikllas Visti Peters Jensen

INDLEDNING

Den demografiske udvikling i samfundet hvor andelen af ældre i befolkningen stiger, mens arbejdsstyrken falder, har øget interessen for at finde nye styringsparadigmer som kan effektivisere sundhedssektoren. I denne diskussion har *værdibaseret styring* været et af de fremtrædende løsningsforslag for at effektivisere sundhedssektoren.

Der har inden for de seneste par år været et øget fokus på *værdibaseret styring*, men der kan spores elementer heraf tilbage til den *New Public Management* og *New Public Governance* tankegang som prægede den politiske dagsorden siden 1980'erne. Herunder kan nævnes at der har siden 2016 været inkluderet konkrete elementer fra *værdibaseret styring* i økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne. Her blev der lagt et øget fokus på at skabe et mere sammenhængende sygehusvæsen, samt at man som patient fik ret til hurtig udredning.

I 2017 blev der igangsat i alt syv pilotprojekter landet over, som skulle implementere værdibaseret styring på forsøgsbasis. Denne undersøgelse tager udgangspunkt i et af disse pilotprojekter, som er udarbejdet af Aalborg Universitetshospital på deres ortopædkirurgiske afdeling i Farsø. Her er der indsamlet empiri i form af et semistruktureret forskningsinterviews. Der er ligeledes foretaget et interview med project manager Anne G. Dal fra Region Nordjylland omhandlende implementeringen af *Time-Driven Activity-Based Costing* i dansk kontekst, som er inddraget i analyseafsnittet.

Undersøgelsens formål er at undersøge hvor langt man er kommet i implementeringen af *værdibaseret sundhed* med særligt fokus på Aalborg Universitetshospital. Anvendelsen af begrebet værdibaseret sundhed i dette projekt tager udgangspunkt i Porter & Lee's *Value Based Health Care*, som har *The Value Agenda* som fundament.

Projektet forsøger ligeledes at give et bud på hvilke elementer af *The Value Agenda* der endnu mangler at blive implementeret i dansk kontekst. Desuden er der inkluderet en diskussion af de problematikker, der er ved implementeringen af *værdibaseret sundhed* i dansk kontekst.

Da udarbejdelsen af undersøgelsen primært er subjektiv, og søger at forklare sammenhængen mellem samfundsfaglige problemstillinger, er den udarbejdet ud fra *Det Fortolkende Paradigme* jf. Burrell & Morgan (1979).

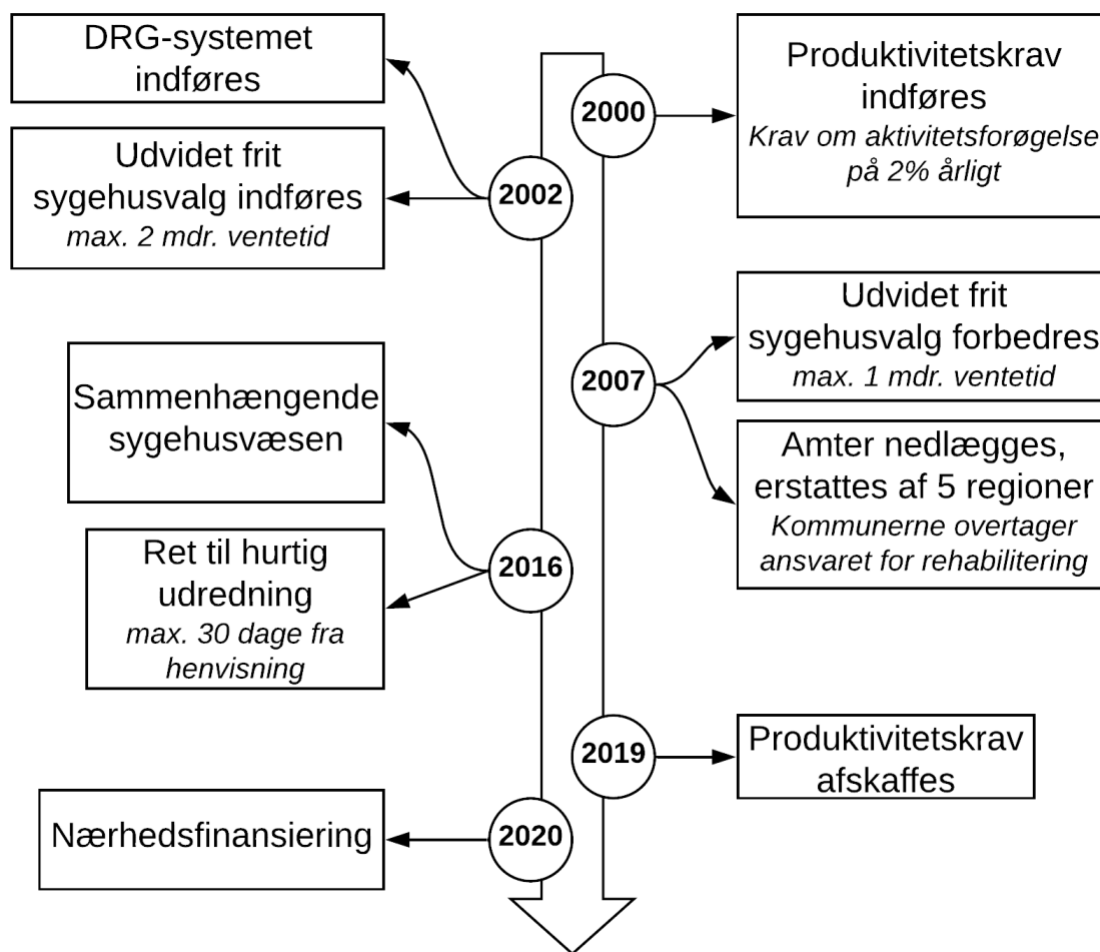
PROBLEMFELT

Her følger en kort begrebsafklaring af nogle begreber anvendt gennem projektet:

Gennem projektet bliver de tre begreber: *værdibaseret styring*, *værdibaseret sundhed* og *Value-Based Health Care* anvendt indifferently. *Værdibaseret sundhed* er *værdibaseret styring* anvendt inden for sundhedsvæsenet, mens det engelske begreb for dette er *Value-Based Health Care*. Idet projektet omhandler sundhedsvæsenet, bliver de tre begreber oftest gennem projektet anvendt om *værdibaseret styring* anvendt i sundhedsvæsenet og dermed om det samme. *værdibaseret sundhed* vil i projektet også blive forkortet *VBS*.

Derudover vil dette afsnit indeholde en præsentation af problemfeltet, der danner grundlaget for projektet.

Den danske sundhedssektor har oplevet en lang række fundamentale ændringer, i hvilke aktivitets- og kvalitetskrav sektoren skal overholde. Disse krav har alle haft en indflydelse i sundhedssektorens styringsparadigme. Før år 2000 blev sundhedssektoren hovedsageligt styret efter rammebudgetter, og sektoren blev ofte beskyldt for at være overvejende bureaukratisk af natur. Omkring årtusindeskiftet begyndte *New Public Management*-tankegangen at påvirke styringskulturen i den offentlige sektor som helhed, herunder også sundhedssektoren. *NPM* skulle afhjælpe de bureaukratiske problemer, og samtidig effektivisere sundhedssektoren så den kunne fremtidssikres til at opfylde den stadigt stigende efterspørgsel efter ydelser. Fra år 2002 og frem blev der indført en række tiltag, der alle skulle sikre, at sundhedssektoren kunne afhjælpe de hurtigt voksende ventelister på en række diagnoser (Danske Regioner, u.d.). Nedenstående figur, Figur 1, er sammensat for at vise, hvad vi mener, er de mest centrale ændringer, der er foretaget i sundhedssektoren, og har haft en indflydelse på sundhedssektorens kapacitet. M.a.o. er det de ændringer, der har betydet et ændret omkostningsniveau.



Figur 1 - Tiltag i sundhedssektoren fra år 2000

Med Figur 1 i mente vil der herunder være en kort gennemgang af de opstillede punkter i figuren for give et historisk perspektiv på udviklingen af ændringerne i sundhedssektoren.

I år 2000 blev produktivitetskravet første gang italesat i økonomiaftalerne med regionerne, dengang amterne. Produktivitetskravets indførelse bevirkede fra indførelsen et øget fokus på effektivisering af arbejdsgange i sundhedssektoren. Erhvervsøkonomiske arbejdsmetoder kendt fra det private erhvervsliv blev nu også i højere grad taget i brug, som eksempelvis strategiske værktøjer som *Balanced Scorecard* eller benchmarking efter finansielle KPI'er mellem individuelle afdelinger. (Finansministeriet, 2018, p. 4)

I år 2002 blev DRG (Diagnoserelaterede Grupper) indført som værende grundlaget for økonomistyringen i den offentlige sektor (Danske Regioner, u.d.). Systemet fungerer ved at gruppere diagnoser og give hver enkelt gruppe en takst, som den pågældende styrelse

afregnes efter. M.a.o. vil en styrelse få tildelt *DRG*-taksten ganget med aktivitetsniveauet for en given diagnose. *DRG*-systemet blev indført for at tilskynde et øget aktivitetsniveau, da aktørerne i sundhedssektoren blev belønnet for at have et så højt aktivitetsniveau som muligt jf. afregning efter *DRG*-takster.

I år 2007 ændres det frie sygehusvalg til det nuværende niveau, hvor patienter kan vælge et andet hospital, hvis det først anviste hospital ikke kan tilbyde behandling inden for 30 dage. Dette medførte et øget incitament for hospitaler til at øge kapaciteten for at kunne starte så mange behandlinger som muligt, der så vil medføre øget udbetaling af *DRG*-takster.

(Finansministeriet, 2007, p. 5)

I år 2016 blev de første konkrete tegn på *værdibaseret sundhed* italesat i økonomiaftalen med regionerne. *Det sammenhængende sygehusvæsen* var et tiltag, der skulle sikre et øget samarbejde på tværs af aktører i sundhedssektoren. Samtidigt blev *patientforløb* også italesat i økonomiaftalen, hvilket er en central del af *værdibaseret sundhed*. I aftalen for 2016 var der dog kun fokus på enkelte diagnoser, som eksempelvis KOL. (Finansministeriet, 2016, p. 3)

Da økonomiaftalen mellem Danske Regioner og Regeringen blev vedtaget for året 2019, i juni 2018, betød det, at det eksisterende, og ofte udskældte, årlige produktivitetskrav på 2 pct. blev afskaffet. Produktivitetskravet har været et fast krav siden år 2000

(Finansministeriet, 2018, p. 4). Begrundelsen for denne ændring skal findes i et politisk ønske om at ændre den hidtil anvendte styringsmodel, hvor der primært var fokus på forøgelse af aktivitetsniveau til nu at have et bredere fokus, der sætter værdi for patienten som ét af de vigtigste målepunkter. Specifikt bliver der opstillet seks målsætninger for den nye styringsmodel fra økonomiaftalen 2019, som vist nedenunder:

1. Hurtig udredning, behandling af høj, ensartet kvalitet og sammenhæng på tværs af aktører.
2. Opgaveløsning på det mest effektive sted.
3. Sammenhæng og nærhed som høj prioritet.
4. Hensigtsmæssig realisering af gevinster fra ny teknologi og bedre behandlingsmuligheder mv.
5. Fokus på værdi for patienten.
6. God ledelse.

(Finansministeriet, 2018, pp. 3-4)

Derudover bliver der også oprettet en ny finansieringspulje, der erstatter produktivitetspuljen fra tidligere aftaler. Denne nye finansieringspulje, kaldet *Nærhedsfinansiering*, har til formål at flytte sygehusenes fokus fra aktivitetsvækst til nu at have fokus på øget sammenhæng mellem alle aktører i et behandlingsforløb. Dette nye krav om øget fokus på nærhed og sammenhæng i behandlingen stammer fra et politisk ønske om øget ressourceeffektivitet. Denne øget effektivitet af ressourceudnyttelse menes at skulle findes ved at flytte en større andel af det samlede behandlingsforløb ud af hospitalet, hvis der i praksis ikke er behov for hospitalsekspertise, og hen til egen læge eller kommunale tiltag. Samtidig skal der også være et øget fokus på udnyttelse af digitale løsninger til behandlingsforløb. (Finansministeriet, 2018, pp. 5-7)

Med den øgede fokus på digitale løsninger og anvendelse af ny teknologi bliver der ligeledes øremærket et fast bidrag på ½ mia. dkk. årligt, det såkaldte teknologibidrag, til at modernisere og udvikle it-løsninger, nye behandlingsmetoder, nye arbejdsmetoder, og andet relevant nyt teknologi. (Finansministeriet, 2018, pp. 4-5)

Ud fra de ovenstående politisk besluttede målsætninger for den nye styringsmodel og de nye finansieringspuljer ses der tydelig inspiration fra Michael E. Porters opstillede *Value-Based Health Care*-model. Modellen indeholder også seks punkter, der hver beskriver en central del af et værdibaseret sundhedssystem. Eksempelvis er Michael E. Porters definition af punktet *IPU* i *Value-Based Health Care* tydelig at finde i ovenstående målsætninger fra økonomiaftalen 2019. Porter mener, at hvis sundhedsvæsenet korrekt implementerer disse integrerede behandlingsenheder, vil det resultere i hurtigere behandling, bedre resultater og færre omkostninger for den specifikke diagnose der behandles på denne *IPU* (Porter & Lee, 2013, p. 6), hvilket ligger nært målsætning nr. 1 og 2 i økonomiaftalen 2019.

Lighed mellem *Value-Based Health Care* og økonomiaftalen for 2019 findes også i de nye finansieringspuljer. Eksempelvis er puljen *Nærhedsfinansiering* tæt forbundet med Michael E. Porters *Integrate Care Delivery Systems* punkt i *Value-Based Health Care*. Porters definition af dette punkt er baseret på de fordele alle aktører i et givent behandlingsforløb vil opnå ved at integrere deres systemer så fragmentering elimineres i sundhedsvæsenet. Med aktører menes der sygehusene, egen læge, kommunale tiltag, speciallæger, genoptræningsforløb osv.

Derudover er det nye *Teknologibidrag* også i overensstemmelse med *Value-Based Health Care*. Punktet *Information Technology* er der, hvor Porter argumenterer for, den essentielle rolle ny teknologi og et fælles IT-system har i et værdibaseret sundhedsvæsen. Et fælles IT-systems rolle er netop at skabe en fælles referenceramme på tværs af sundhedssektoren og derved skabe øget effektivitet for behandlinger og bedre ressourceudnyttelse.

Der vil i projektets analyseafsnit ligeledes være fokus på begrebet patientværdi, hvori der vil indgå en analyse af den data, som er indsamlet i et interview med projektleder Helene H. Bjerregaard og kontorchef Henrik I. Nielsen ved Aalborg Universitetshospital, herunder primært data angående indsamling af *PRO*-data fra Aalborg UH's afdeling for ortopædkirurgi i Farsø. Der vil i denne sammenhæng være en kobling til Porters 3 Tiers, hvis teoretiske baggrund beskrives i projektets teoretiske afsnit.

Herudover vil der i projektets diskussionsafsnit være en sammenligning af begreberne *Diagnose-Relaterede Grupper (DRG)* og *Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC)*, da der i teorien omkring *værdibaseret styring* bliver argumenteret for brugen af *TDABC* (Kaplan & Porter, 2011), mens der i dansk kontekst primært har været anvendt en form for en *DRG*-model.

I økonomiaftalen for 2019 ses det også, at Regeringen og Danske Regioner er blevet enige om hvilket økonomisk værktøj, der skal anvendes for at monitorere produktionsværdi. *DRG* er stadig den foretrukne metode til dette (Finansministeriet, 2018), hvilket ikke stemmer overens med *værdibaseret sundheds* teoretiske baggrund. Dog er problemstillingen ved anvendelse af *Time-Driven Activity-Based Costing* til fordeling af omkostninger, at den er relativ ressource tung i implementering og brug, men resulterer i mere præcise data på aktivitetsniveau, hvorimod anvendelsen af *DRG* er simpel sammenlignet med *TDABC*, men resulterer i mindre præcise data.

I artiklen *How to solve the cost crisis in Health Care* argumenterer Kaplan og Porter for, at *Time-Driven Activity-Based Costing* vil give det mest præcise omkostningsbillede for et patientforløb. Fordelen ved *TDABC* er, at man gennem faktiske målinger får fordelt de variable omkostninger til enkelte aktiviteter, og samtidigt får taget højde for ledig kapacitet, noget *DRG* ikke kan. Dog er anvendelse af *TDABC* ikke uden problemer, da de nødvendige data for *TDABC* for at kunne fungere er så omfattende, at det ofte er urealistisk at

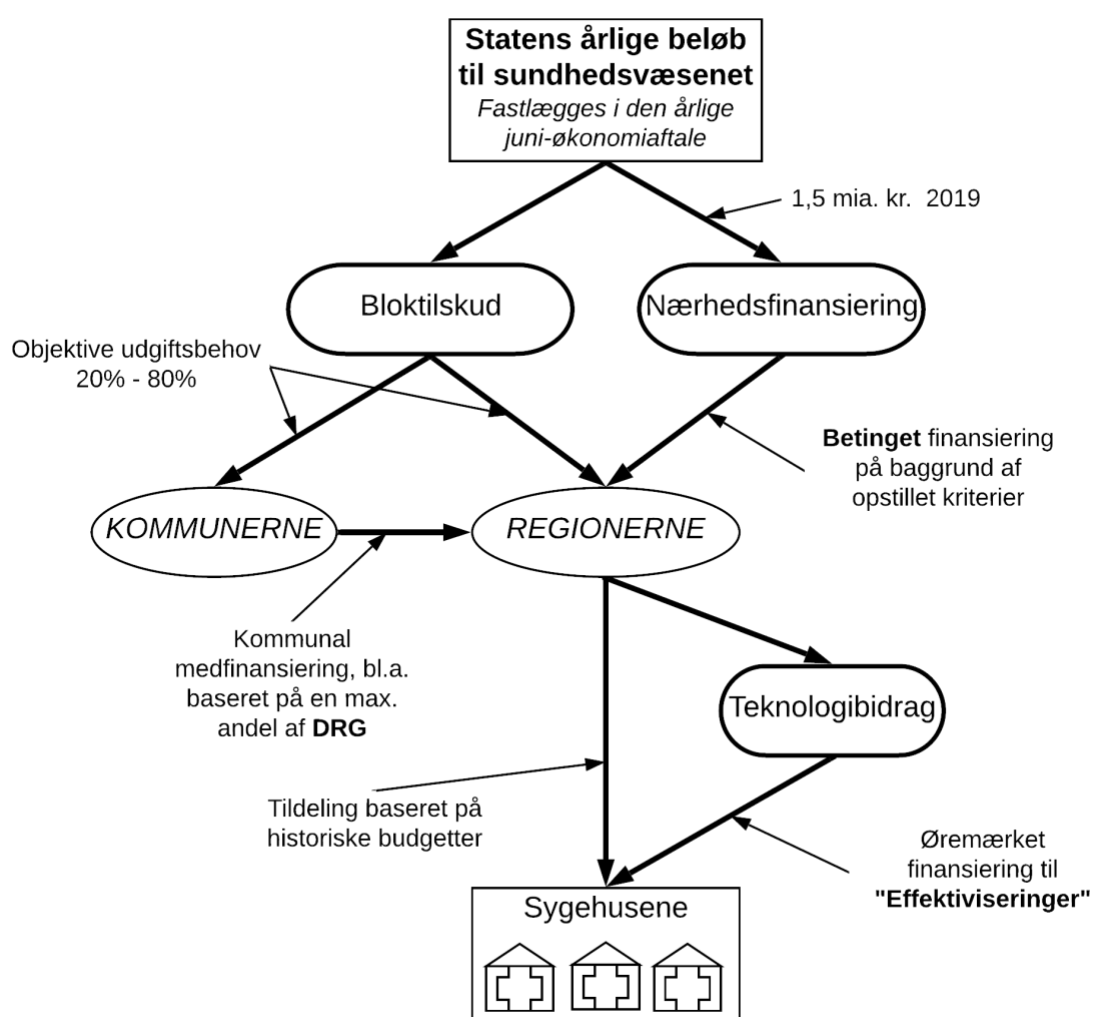
implementere fuldstændigt. Til sammenligning er anvendelse af *DRG* simpelt, da *DRG* er baseret på gennemsnitsomkostninger fordelt på antallet af patienter eller antallet af udførte aktiviteter. (Kaplan & Porter, 2011)

Der kan her argumenteres for, at der nu, fra politisk side, bliver fastlagt nogle overordnede krav til sygehusenes styringsmodeller, der er inspireret af et *værdibaseret sundhedsparadigme*. Før økonomiaftalen for 2019 var de eneste værdibaserede sundhedstiltag regioners egne pilotprojekter, der dog havde statslig finansiering bag, men uden specifikke krav om resultater og videre implementering i resten af organisationen. (Finansministeriet, 2016)

Herefter vil der være en gennemgang samt en illustration af den nuværende tildelingsmodel og finansiering af sygehusvæsenet.

DEN NUVÆRENDE FINANSIERING AF DET DANSKE SYGEHUSVÆSEN

I denne del af problemfeltet vil der være en gennemgang af, hvordan finansieringen af sygehusvæsenet foregår i dag. Gennemgangen vil bygge på lovgivningen på området samt økonomiaftalen for år 2019. Dette vil videre være udgangspunktet i analysen, hvor der analyseres på, hvordan en tildelingsmodel kan opbygges, hvis man følger principperne bag *Value-Based Health Care*.



Figur 2 - Finansiering af det danske sygehusvæsen (udgangspunkt i Region Nordjylland)

Det er i ovenstående Figur 2 vist, hvordan tildelingsmodellen ser ud for det danske sygehusvæsen, hvilket vil blive gennemgået herefter. Regionernes økonomi består overordnet af tre områder:

- Sundhedsområdet
- Udviklingsopgaver m.v. og
- Drift af institutioner på social- og undervisningsområdet

(Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). Bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering. LBK nr. 797 af 27/06/2011, ., p. §1)

I projektet fokuseres der på sundhedsområdet, hvorfor det er det, der vil blive gennemgået i dette afsnit. Dette område samt de regionale udviklingsopgaver mv. finansieres ved hjælp af:

1. *"et generelt tilskud fra staten",*
2. *"aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne og resultatafhængige bidrag fra staten til finansiering af sundhedsområdet"*
3. *"et udviklingsbidrag fra kommunerne til finansiering af de regionale udviklingsopgaver."*

(Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2018). Lov om regionernes finansiering. Lov nr. 1731 af 27/12/2018, ., p. §1 stk. 1)

Det generelle tilskud består af det foregående års tilskud med tillæg eller fradrag som følge af engangsreguleringer eller efterreguleringer. Reguleringerne kan eksempelvis stamme fra udviklingen i løn og priser. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). Bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering. LBK nr. 797 af 27/06/2011, ., p. §3 stk. 2)

En regions udgiftsbehov på sundhedsområdet opgøres som summen af:

1. Et basisbeløb på 100 mio. kr.
2. Regionens aldersbestemte udgiftsbehov.
3. Regionens socioøkonomiske udgiftsbehov.

(Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). Bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering. LBK nr. 797 af 27/06/2011, ., p. §4)

Dette vil sige at regionen på sundhedsområdet modtager et basisbeløb på 100 mio. kr. reguleret for aldersfordelingen og den socioøkonomiske fordeling, der gør sig gældende for den enkelte region. Det aldersbestemte udgiftsbehov beregnes som regionens indbyggertal i fastsatte aldersgrupper og den gennemsnitlige fordeling af de regionale sundhedsudgifter i de aldersgrupper. På samme vis beregnes regionens socioøkonomiske udgiftsbehov pr. indbygger ved et landsgennemsnitligt beløb pr. indbygger ganget med et beregnet socioøkonomisk indeks for den enkelte region. En regions socioøkonomiske indeks bestemmes af, hvordan regionens indbyggere er repræsenteret på forskellige vægtede

kriterier i forhold til på landsplan. Som eksempler på kriterier er blandt andet: *"Antallet af børn af enlige forsørgere med en andel på 15 pct."* og *"Antallet af familier på overførselsindkomst med en andel på 17,5 pct."*. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). Bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering. LBK nr. 797 af 27/06/2011, ., p. §4)

Med hensyn til punkt 2 som er de aktivitetsafhængige bidrag fra kommunerne og resultatafhængige bidrag fra staten, betaler kommunen en andel af regionens udgifter pr. ydelse, de har leveret til kommunens borgere, hvor der dog er en maksimal grænse. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2016). Lov om regionernes finansiering. Lov nr. 1735 af 27/16/2016, ., p. §1 stk. 3) Herudover betaler staten et Resultatafhængigt tilskud til regionens sygehusvæsen. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2018). Lov om regionernes finansiering. Lov nr. 1731 af 27/12/2018, ., p. §1 stk. 3)

Herudover fremgår det af økonomiaftalerne fra år 2019, at der i stedet for aktivitetspuljen, nu er oprettet en nærhedsfinansieringspulje på 1,5 mia. kr. med forbehold for folketingets tilslutning samt et nyt teknologibidrag, hvilket også kan ses af den opstillede Figur 2**Error! Reference source not found.**. (Finansministeriet, 2018)

Angående tildelingen af midler fra regionen ned til det enkelte sygehus er det ud fra interviewet med Aalborg Universitetshospital ikke i Region Nordjylland baseret på aktiviteten målt ved DRG-satserne. De er dog i tvivl om hvorvidt, der er andre regioner, der stadig benytter DRG i tildelingen af midler til deres sygehuse. Herudover får Aalborg Universitets afdelinger tildelt midler baseret på historiske budgetter. (Nielsen & Bjerregaard, 2019, pp. 15:00-17:00)

AFGRÆNSNING AF PROBLEMFELTET

I dette afsnit vil der en gennemgang af til- og fravalg foretaget i projektet. Der vil ligeledes argumenteres for disse valg.

I opgavens problemfelt viser Figur 1 en tidslinje indeholdende de forskellige tiltag, der er udført i den danske sundhedssektor, som vi har fundet væsentlige at medtage. Der er her fokuseret på tiltag, der har medført ændringer i økonomien eller driften af sygehusvæsenet.

I forhold til opgavens teoretiske afsnit er der foretaget en afgrænsning fra begrebet *Pay For Performance (P4P)*, dette fravalg er foretaget på baggrund af en undersøgelse beskrevet af Andersen et al. (2017), som viste problematikkerne ved at arbejde med økonomiske incitamenter i forhold til ansatte, som primært er drevet af en indre motivation.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i et italiensk studie foretaget om effekten af resultatafhængig løn i forhold til sygeplejersker, og viste at *P4P* har en effekt på folk, som er drevet af en indre motivation, hvis det ikke offentliggøres, at der ligger et økonomisk incitament bag. Undersøgelsen viste samtidig, at man kan skabe et lignende incitament ved at inddrage andre incitamentsformer end økonomiske, eksempelvis ved ros og anerkendelse. Derfor henviser vi i dette projekt til, at man i stedet for at arbejde med en *P4P*-løsning overvejer ikke-økonomiske incitamenter.

PROBLEMFÖRMULERING

Definitionen af projektets problemfelt, og den dertilhørende afgrænsning, har resulteret i følgende problemformulering:

Hvordan afviger Aalborg Universitetshospitals værdibaseret sundhed fra Porters Value-Based Health Care? Herunder hvilke udfordringer er der i implementering og drift af værdibaseret sundhed i dansk kontekst?

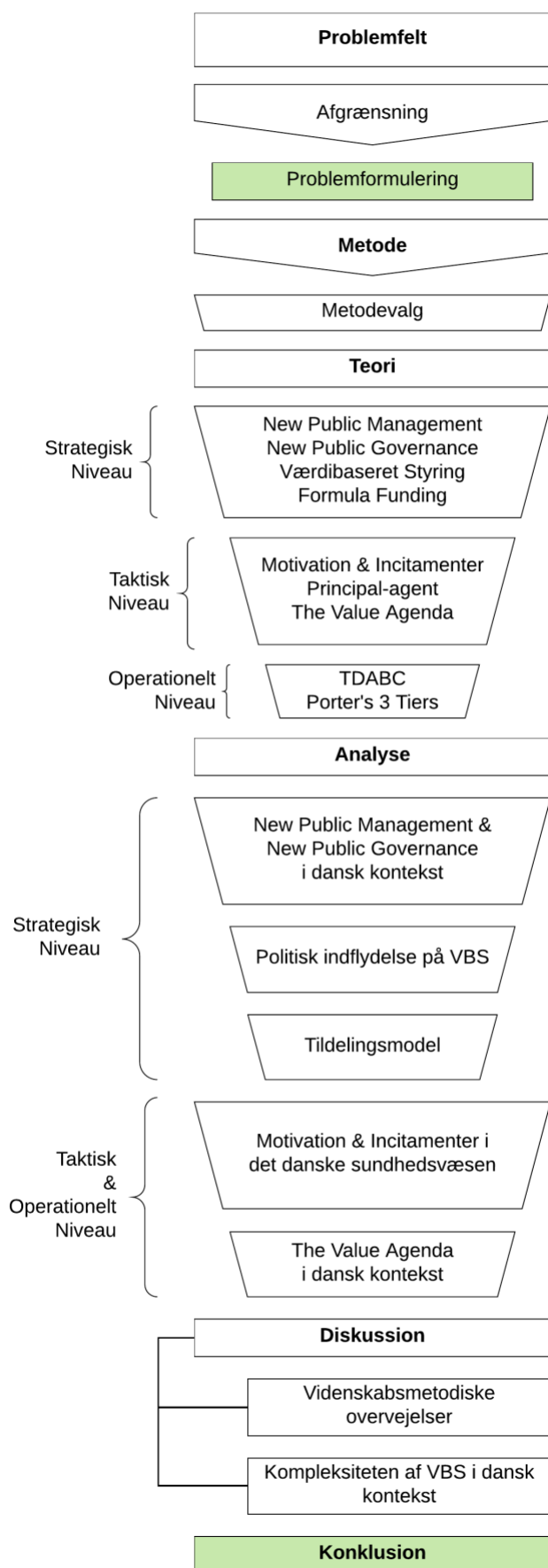
PROJEKTSTRUKTUR

Der vil i dette afsnit være en gennemgang af projektets overordnede opbygning, samt en begrundelse for elementernes relation til hinanden. Illustreret i Figur 3 her på siden.

Projektets indledning til tage udgangspunkt i *Problemfeltet*, der har til formål at dokumentere problemformulerings relevans. Dette er gjort ved en bred undersøgelse af de konkrete problemstillinger, der er blevet italesat mht. *værdibaseret styring* i dansk kontekst. Dette vil senere blive indsnævret via *Afgrænsningen* og ende ud i en præcis *Problemformulering*.

Dernæst vil der foretages konkrete overvejelser vedr. *Videnskabelig Metode*, såsom vores syn på subjektivitet / objektivitet, men også projektets formål i forhold til Burrell & Morgans kontinuum fra *Radikale Ændringer* til *Reguleringer*. Burrell & Morgan (1979) er ligeledes det teoretiske fundament for vores metodiske overvejelser.

Teoriafsnittet vil være inddelt i tre niveauer, hvor det første niveau *det strategiske niveau* har en mere generel



Figur 3 - Projektstruktur (egen tilpasning)

karakter i fht. *værdibaseret styring*. Dette niveau skal være med til at belyse det historiske fundament, *værdibaseret styring* udspringer fra, samt den politiske indflydelse *værdibaseret styring* har været påvirket af, til dette vil især *New Public Management* have en central rolle.

Dernæst vil *det taktiske niveau* være, hvori teoretiske problemstillinger, relateret til *værdibaseret styring*, vil blive beskrevet. Teorierne beskrevet på dette niveau vil relateres til konkrete problemstillinger, der udspringer af implementering af *værdibaseret styring*, og de danske regioner og hospitaler har direkte kontrol over. Til dette vil der primært være fokus på motivation og incitamenter med særlig fokus på disse i en offentlig sektors kontekst, samt *værdibaseret styrings* teoretiske fundament: *The Value Agenda* af Michael E. Porter og Thomas H. Lee.

Afslutningsvis i teoriafsnittet vil *det operationelle niveau* være. Heri vil specifikke teoretiske metodikker brugt i en *værdibaseret styrings* kontekst blive beskrevet. Her er *Time-driven Activity-based Costing* og *Porters 3 Tiers* i fokus til henholdsvis at måle omkostninger og effekterne af *værdibaseret sundhed*.

Med projektets teoretiske fundament fastlagt vil disse inddrages i det efterfølgende analyseafsnit, hvori der vil være en analytisk tilgang til teorierne i dansk kontekst. Som supplement til det teoretiske fundament vil der blive gjort brug af indsamlet empiri gennem interviews med personer tæt relateret til *værdibaseret styring* i Region Nordjylland og Aalborg Universitetshospital. Ligeledes som teoriafsnittet er analyseafsnittet inddelt i tre niveauer, dog er *det taktiske* og *det operationelle niveau* samlet for at præcisere analysen yderligere. Første niveau, *det strategiske niveau*, vil gøre brug af de historiske og politiske funderede teorier til at analysere udviklingen af *værdibaseret styring* i en dansk kontekst. *Det taktiske* og *det operationelle niveau* er samlet i analysen, og her vil specifikke metodikker anvendt under et VBS-paradigme analyseres nærmere, igen med fokus på dansk kontekst.

Diskussionsdelen af projektet vil have kompleksiteten af VBS som det primære fokus, herunder en diskussion om VBS's videre implementering i en politisk styret sektor.

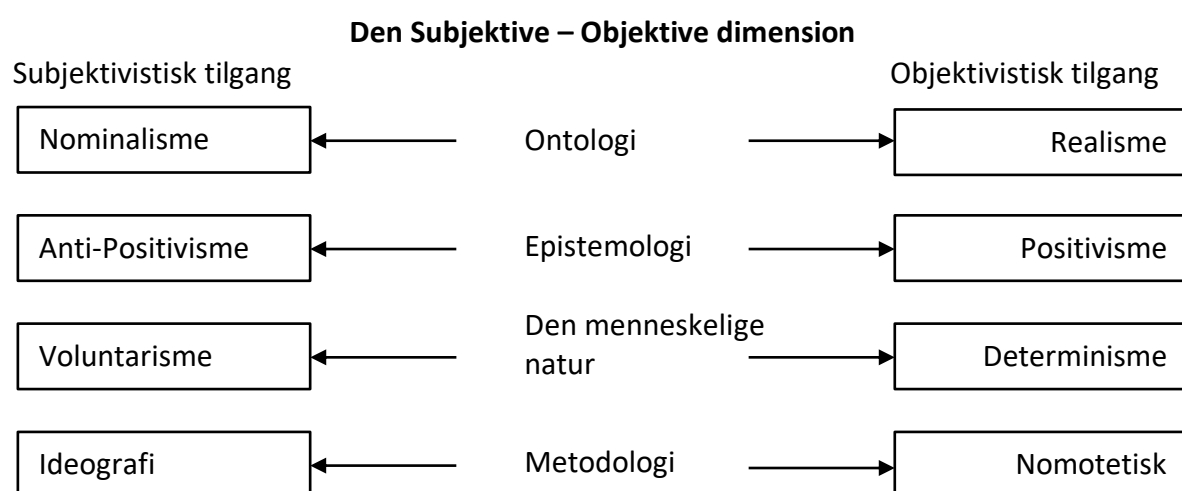
Afslutningsvis vil der, som svar på problemformuleringen, være en samlet konklusion.

VIDENSKABELIG METODE

Dette afsnit vil indeholde en gennemgang af den anvendte metode i udarbejdelsen af dette projekt. Det teoretiske udgangspunkt for afsnittet er bogen *Sociological Paradigms and Organisational Analysis* af Gibson Burrell og Gareth Morgan. Mens bogen *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* af Bob Ryan, Robert W. Scapens og Michael Theobald bruges som supplerende litteratur. Gennemgangen vil foregå ved, at de fem videnskabsteoretiske begreber Ontologi, Epistemologi, Metodologi, den menneskelige natur og paradigme vil blive gennemgået. I denne gennemgang vil der ligeledes indgå, hvordan der i projektet ses på de fem begreber. Dernæst vil paradigmevalget forekomme samt en gennemgang af det valgte paradigme. Til slut vil der forekomme en beskrivelse af processen der er brugt i litteratursøgningen og de to udførte interviews.

Dette projekts videnskabelige metode er baseret på Burrell & Morgans definitioner af samfundsvidenskabelige paradigmer. Burrell & Morgan definerer paradigmerne i bogen *Social Paradigms and Organisational Analysis*, hvori de videnskabsmetodiske begreber: Ontologi, Epistemologi, Den menneskelige natur og Metodologi bliver gennemgået på et subjektivt / objektivt spektrum.

Figur 4 illustrerer Burrell & Morgans subjektive / objektive spektrum, hvori centrale videnskabsmetodiske begreber bliver opstillet.



Figur 4 - Den Subjektive - Objektive dimension (Burrell & Morgan, 1979, p. 3)

ONTOLOGI

Et af de videnskabsteoretiske nøglebegreber er Ontologi. Ifølge bogen *Paradigmer i Praksis* omhandler Ontologi læren om verdens eksistensform. Det ontologiske spørgsmål formuleres ofte som: "*Hvad er virkelighed?*". Med hensyn til forskning kan det omhandle, hvordan videnskaberne opfatter genstandsfeltet. (Darmer, et al., 2010, p. 45)

I bogen *Sociological Paradigms and Organisational Analysis* af Burrell & Morgan opstilles et spektrum med de to modpoler: nominalisme og realisme, der er henholdsvis subjektiv og objektiv. Med en nominalistisk ontologi anser man ikke genstandsfeltet for at have en reel struktur uafhængigt af videnskaberne. Genstandsfeltet er derimod struktureret ved hjælp af kunstige navne og koncepter, for at man kan beskrive og diskutere den eksterne verden. Med en realistisk ontologi er genstandsfeltet derimod virkelig og findes uafhængigt af videnskabernes opfattelse heraf. Dette betyder også, at der kan findes koncepter, som videnskaberne ikke kender til, og som derfor ikke er blevet navngivet. (Burrell & Morgan, 1979, p. 4)

Det kan diskuteres hvilken ontologisk tilgang, der bliver anvendt i dette projekt. Alle de forskellige bestanddele af sygehusvæsnet, der analyseres på i projektet, anses for at være reelle virkelige koncepter. Gennemgangen af de anvendte teorier og hospitalsvæsnets bestanddele forsøges i projektet at være så objektiv som muligt. Dette trækker projektet i en mere realistisk retning, mens anvendelsen af teorierne i analysen af hospitalsvæsnet bygger på subjektive vurderinger og holdninger, hvilket trækker projektet i en mere nominalistisk retning. Men projektet anses for overvejende at befinde sig i den nominalistiske ende af spektret. Dette skyldes, at der ved hjælp af teorierne og informationerne fra de udførte interviews forsøges at skabe et indblik i, hvor langt man er med implementeringen, og hvordan VBS eventuelt kan videre udbredes.

I bogen *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* opstilles seks forskellige ontologiske antagelser, og dermed måder at opfatte genstandsfeltet på. Vi anser projektets ontologi til at passe bedst med den fjerde af de opstillede typer af ontologier, som kaldes *Reality as a symbolic discourse*. (Ryan, et al., 2002, p. 37) Grunden til dette er, at analysens resultater bygger på vores egne vurdering, men at de tager udgangspunkt i, at der findes en reel struktur, der udgør hospitalsvæsnet.

EPISTEMOLOGI

Tages der udgangspunkt i Ryan, Scapens & Theobalds definition af begrebet Epistemologi inden for den videnskabelige metode, defineres det som den måde hvorpå, viden om et givent fænomen kan erhverves. Det er ligeledes direkte påvirket af den ovenfor beskrevne *ontologi*. Denne definition stammer oprindeligt fra en artikel af Tomkins & Groves. (Ryan, et al., 2002, p. 35)

En lignende definition er beskrevet i bogen *Paradigmer i Praksis*, og lyder her som ”*Læren om hvordan vi kan erkende virkeligheden*”. Ud fra denne definition er begrebet også kendt under betegnelsen *erkendelsesteori*.

Som supplement til det ovenstående inkluderer Burrell & Morgans definition af begrebet epistemologi, som er kendetegnet ved at omhandle vidensdeling, det vil sige antagelser om, hvordan viden kan deles mellem mennesker. Burrell & Morgan ser epistemologien som værende et spektrum fra en anti-positivistisk til en positivistisk tilgang, dette er illustreret i Figur 4. Det ses også af figuren, at anti-positivismen/positivismen er underkategorier til hhv. Subjektiv og objektiv tilgange. Det betyder, at viden under den positivistiske tankegang anskues objektivt som noget målbart, og at det dermed kan overleveres fra et individ til et andet. (Burrell & Morgan, 1979, p. 5)

Ligeledes ligger den anti-positivistiske tilgang i den subjektive ende af spektret, hvilket betyder at viden betragtes som værende mere spirituel, i den forstand at det inden for anti-positivismen menes at viden kun kan erfares på egen hånd, og dermed ikke overleveres fra en person til en anden. Dermed skal videnskaberer selv undersøge fænomenet. (Burrell & Morgan, 1979, p. 5)

I dette projekt er det teoretiske afsnit primært udarbejdet ud fra en positivistisk epistemologisk tilgang, da afsnittet er udarbejdet ud fra den tankegang, at viden her kan overleveres fra en videnskaber til en anden. Herimod er projektets analyse og diskussion præget af en anti-positivistisk tilgang, da det ikke alene indeholder flere subjektive vurderinger fra videnskaberne, men det indeholder også et interview, som igen indeholder subjektive vurderinger fra fagpersonel på Aalborg Universitetshospital.

Det ovenstående taget i betragtning og med henblik på at elementerne fra teoriafsnittet vil blive behandlet ud fra en subjektiv tilgang, mener vi, at projektet overordnet set er udarbejdet ud fra den anti-positivistiske tilgang, og derfor ligger i den subjektive ende af spektret.

METODOLOGI

Begrebet metodologi defineres som de undersøgelseteknikker, videnskaberne benytter til at indsamle viden samt undersøge genstandsfeltet. Burrell & Morgan fastslår den tætte sammenhæng mellem videnskaberens syn på Ontologi, Epistemologi og Den menneskelige natur ved, at disse har direkte indflydelse på den anvendte metodologi. (Burrell & Morgan, 1979, p. 6)

Metodologien opstiller Burrell & Morgan også på det subjektive/objektive spektrum. Det subjektive yderpunkt ideografi omfatter kravet om, at videnskaberne er nødsaget til at få førstehåndsviden for at forstå genstandsfeltet. I praksis betyder det, at videnskaberne skal blive en del af det genstandsfelt, der undersøges, hvorefter det bliver muligt at få viden om, hvordan genstandsfeltet naturligt udspiller sig.

Det objektive yderpunkt på det subjektive/objektive spektrum, den nomotetiske tilgang, indeholder metodologier, der er baseret på systematiske teknikker. Den nomotetiske tilgang til metodologien ses ofte i naturvidenskaben, hvor der testes hypoteser, og data analyseres efter kvantitative teknikker. (Burrell & Morgan, 1979, pp. 6-7)

I dette projekt er der anvendt interviews, som er baseret på en semistruktureret opbygning. Denne måde at lave interviews på, hvor man har nogle faste rammer, men derudover forsøger at skabe en samtale gør, at projektet er placeret i den subjektive ende af spektret og dermed i den ideografiske ende af samme spektrum. Hvordan Interviewet er foretaget, kan der læses mere om i afsnittet længere nede, der hedder *det kvalitative forskningsinterview*.

DEN MENNESKELIGE NATUR

Ligeledes opstiller Burrell & Morgan den menneskelige natur på det subjektive/objektive spektrum, som vist i Figur 4. Den subjektive videnskaber vil være voluntaristisk af natur, hvilket vil sige, at vedkommende udelukkende er styret af egen fri vilje, og ikke er underlagt undersøgelsessituationen. Derimod vil den objektive videnskaber være deterministisk af natur, hvor vedkommende er fuldkommen underlagt undersøgelsessituationen. Burrell & Morgan understreger vigtigheden ved en stillingtagen til den menneskelige natur, ved at valget definerer videnskaberens forhold til det omkringliggende samfund, når der arbejdes med samfundsfaglige teorier. Det er dog også vigtigt at understrege, at man som videnskaber ofte vil have en natur, der er placeret mellem de to yderpunkter på det subjektive/objektive spektrum. (Burrell & Morgan, 1979, p. 6)

I dette projekt findes der elementer fra begge ender af spektret, teorien er forsøgt beskrevet så objektivt som muligt, og vi som videnskabere har derfor her arbejdet ud fra en deterministisk tilgang. Dette betyder, at man som videnskaber er styret af undersøgelsessituationen. I modsætning hertil er analyse- og diskussionsafsnittet udarbejdet ud fra en mere voluntaristisk natur, da disse afsnit bl.a. bygger på subjektive vurderinger, og at vi som videnskabere hermed i mindre grad har været underlagt undersøgelsessituationen.

PARADIGME

Hernæst beskrives det videnskabssteoretiske begreb paradigme, som er et centralt begreb inden for videnskabssteori, der findes dog ikke en entydig definition af begrebet.

Eksempelvist findes der i bogen *Paradigmer i Praksis* to definitioner fremsat af Thomas S. Kuhn som er blevet omtalt som paradigmets fader. Definitionerne lyder som følger:

"Et sæt af værdier og tro, som danner grundlag for vores handlinger."

"Et sæt af grundantagelser, der er karakteristisk for et fagområde, og som antages at være styrende for valg af problemstillinger, teorier, begreber, metoder, etiske overvejelser etc."

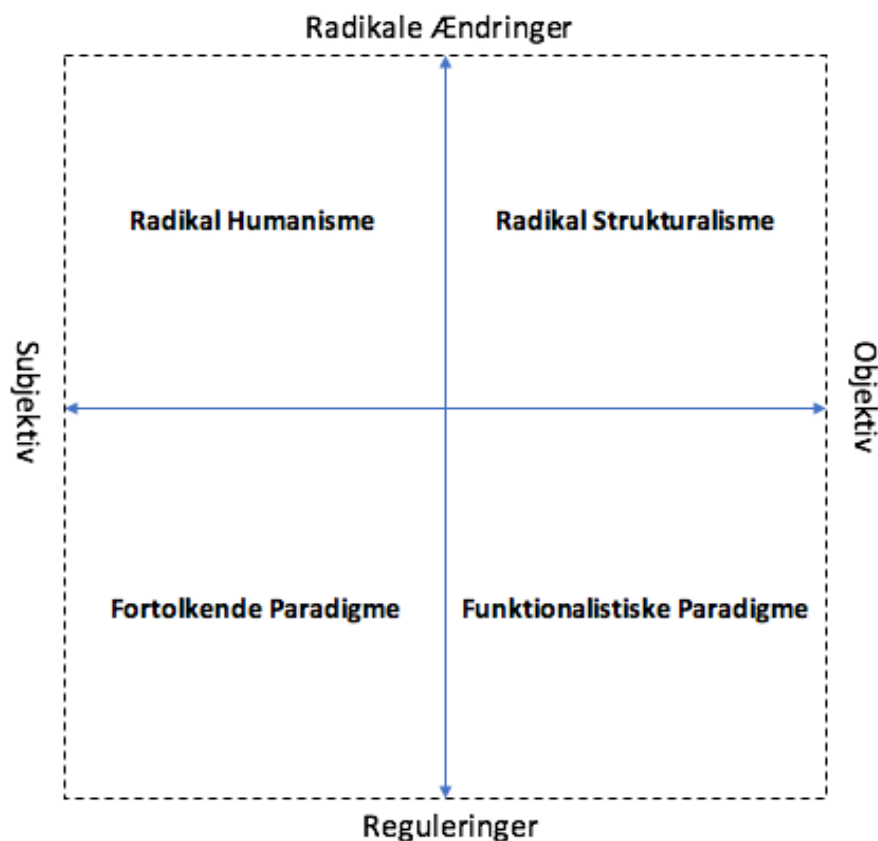
(Darmer, et al., 2010, pp. 43-44)

En tredje definition, som også er fremsat af Thomas S. Kuhn, findes i bogen *Research Method & Methodology in Finance & Accounting*. Her lyder definitionen som følger:

"Kuhn views science as process where 'paradigms' consisting of the corpus of theories and observations within a particular subject area pass through a definable 'life cycle'." (Ryan, et al., 2002, p. 22)

Denne 'life cycle' for et paradigme er karakteriseret ved, at videnskabere engagerer sig i det der beskrives som 'normal' videnskab, som indeholder relativt mindre problemstillinger, løsningsforslag og eksperimenter. Med tiden vil der blive mere og mere af det såkaldte 'uregelmæssigt bevis', som fører til at nogle videnskabere, og herunder navnlig unge videnskabere, danner et nyt teoretisk grundlag, med en skarpere definition. Hvilket gennem det der defineres som en 'intellektuel revolution' erstatter det gamle paradigme med et nyt, som så med tiden bliver det normale, hvorefter der igen vil komme mere 'uregelmæssigt bevis', som igen vil føre til en ny definition. (Ryan, et al., 2002, p. 22)

Bogen *Research Method & Methodology in Finance & Accounting* fortsætter arbejdet med videnskabsteori ved at tage udgangspunkt i de fire paradigmer, som oprindeligt er defineret af Burrell & Morgan, og som ses i Figur 5 herunder. Figuren er kendetegnet ved at X-aksen repræsenterer det subjektive- / objektive- spektrum, mens Y-aksen er defineret som et spektrum mellem *radikale ændringer* og *reguleringer* (Burrell & Morgan, 1979, pp. 21-22) (Ryan, et al., 2002, p. 40).



Figur 5 - De fire sociologiske paradigmer (Burrell & Morgan, 1979, p. 22)

Modellen har sidenhen fået en tilbygning i form af tre kategorier af 'Accounting research', som er tilføjet af Hopper & Powell. De tre kategorier er defineret som *Critical accounting research*, *Interpretive research* og *Mainsream accounting research*. (Ryan, et al., 2002, p. 40) Dette beskrives i afsnittet *Valg af Paradigme*, og illustreres her i Figur 7.

REGULERINGER VS. RADIKALE ÆNDRINGER

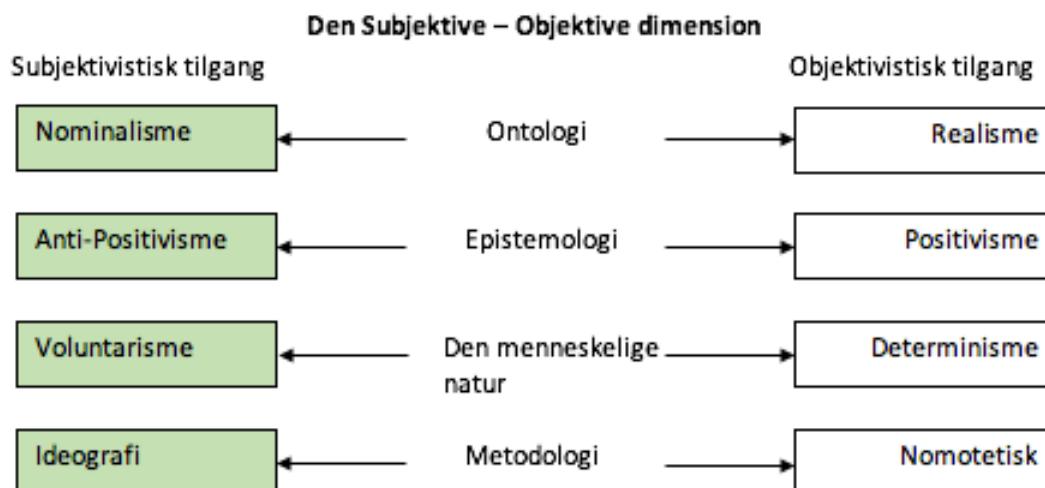
Figur 5 med de forskellige paradigmer indeholder, som nævnt, to dimensioner. Mens den ene dimension, som forklaret, består af de to ekstremer subjektiv og objektiv, består den anden dimension af ekstremerne radikale ændringer og reguleringer. Ifølge Burrell & Morgan er der tale om reguleringer, når videnskaberne fokuserer på at finde orden i samfundet og forklare, hvordan den hænger sammen. Her forsøger videnskaberne at forstå samt finde forklaringer på samfundsvidenskabelige forhold. Der er derimod tale om radikale ændringer, hvis man som videnskaber har fokus på uligheder og konflikter. Her fokuseres der på at finde forklaringer på, hvorfor radikale ændringer opstår. (Burrell & Morgan, 1979, p. 17)

Ligesom for dimensionen med de to yderpunkter objektiv og subjektiv er der også her tale om et spektrum, hvor man kan have sit udgangspunkt mellem de to ekstremer. (Ryan, et al., 2002, p. 40)

VALG AF PARADIGME

Dette afsnit indeholder dette projekts paradigmevalg samt argumentationen for dette. Grundlaget for paradigmevalget skal findes i gennemgangen af, hvordan der ses på de videnskabsteoretiske begreber i dette projekt. Derefter vil der være en beskrivelse af det anvendte paradigme samt den anvendte forskningsmetode.

I de ovenstående afsnit er de fire dimensioner *ontologi*, *epistemologi*, *den menneskelige natur* og *metodologien* blevet beskrevet. Det er ligeledes gjort klart hvor projektet placerer sig inden for hvert af disse dimensioner. Vi mener, at der i projektet primært er arbejdet ud fra en nominalistisk tankegang inden for ontologien, en anti-positivistisk fremgangsmåde for epistemologien, en voluntaristisk menneskelig natur og et ideografisk synspunkt indenfor metodologien. Dette er illustreret i Figur 6.



Figur 6 - Antagelser om subjektivitet og objektivitet

I forhold til Burrell & Morgans sociologiske paradigmer betyder det, at projektet befinder sig i den subjektive ende af spektret mellem subjektivitet og objektivitet. Spektret er illustreret i Figur 5, som også viser de fire paradigmer, som også er beskrevet af Burrell & Morgan. Herudfra kan det ses, at projektet derfor er placeret i *det radikal humanistiske paradigme* eller *det fortolkende paradigme*.

Disse paradigmer differentierer sig fra hinanden ved, at *det radikal humanistiske paradigme* stiler efter radikale ændringer, hvor der inden for *det fortolkende paradigme* foretages reguleringer. Burrell & Morgan definerer radikale ændringer, som værende hvor man forsøger at finde forklaringer på, hvorfor radikale ændringer opstår. Dette er illustreret i følgende citat.

“The 'sociology of radical change' stands in stark contrast to the 'sociology of regulation', in that its basic concern is to find explanations for the radical change, deep-seated structural conflict, modes of domination and structural contradiction which its theorists see as characterizing modern society.” (Burrell & Morgan, 1979, p. 17)

I modsætning hertil defineres reguleringer, som værende hvor man skal forstå og forklare samfundsvidenskabelige forhold. Dette er ligeledes understøttet i følgende citat af Burrell & Morgan.

“It is a sociology which is essentially concerned with the need for regulation in human affairs; the basic questions which it asks tend to focus upon the need to understand why society is maintained as an entity.” (Burrell & Morgan, 1979, p. 17)

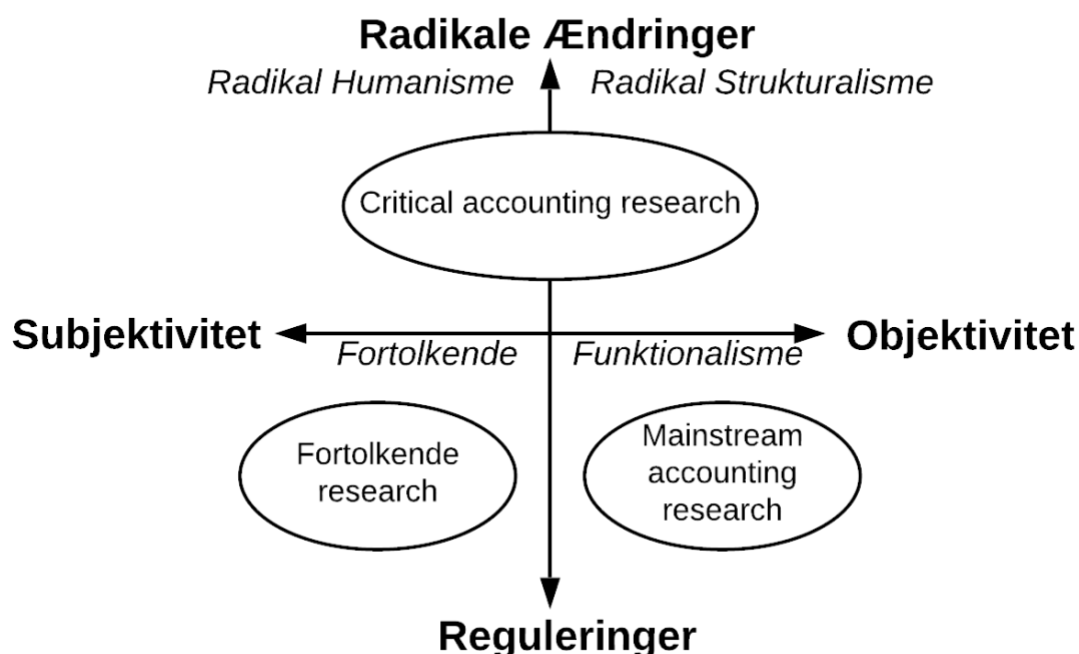
Ud fra disse definitioner mener vi, at der i dette projekt er fokus på en regulering fremfor en radikal ændring, dette betyder, at projektet er udarbejdet ud fra *Det Fortolkende Paradigme*. Dette skyldes at en radikal ændring, ifølge ovenstående definition, vil tilskynde en implementering af *værdibaseret styring* i det offentlige danske sundhedsvæsen. Ved en regulering vil man derimod forsøge at forklare begrebet *værdibaseret styring* i en samfundsaglig kontekst og i den forbindelse forsøge at forklare konsekvenserne heraf. Derfor mener vi at dette projekt stiler mere efter en regulering end en radikal ændring.

Hopper & Powell beskriver forskellen mellem radikale ændringer og reguleringer, som værende hvor de radikale ændringer er afledt af konflikter og uligheder i samfundet, mens videnskabere, som er optaget af reguleringer, søger efter at forklare samfundsvidenskabelige aspekter, som det før er beskrevet. (Ryan, et al., 2002, p. 40) Dermed stemmer dette projekts metodevalg af det fortolkende paradigme også overens med Hopper & Powells definitioner, da der i dette projekt ikke indgår en analyse af samfundsaglige konflikter eller uligheder, men derimod en forklaring af det samfundsaglige fænomen *værdibaseret styring* med fokus på Aalborg Universitetshospital.

I bogen *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* bliver det beskrevet, at Hopper & Powell har videreudviklet Burrell og Morgans figur over de fire paradigmer, hvor der er tilføjet tre accounting research kategorier. Denne figur er illustreret i Figur 7, i figuren ser man, at kategorien, der dækker over det fortolkende paradigme, er *Fortolkende research (Interpretive accounting research)*. Med denne type forskning fokuseres der på *den sociale verden*, hvilket inkluderer, at man forsøger at forstå den sociale natur af erhvervsøkonomisk forskning. Der argumenteres i samme bog for, at nogle kritisk analyserende videnskabere anvender den fortolkende research metode til fordel for den kritiske research metode, da den fortolkende research metode ikke stiler efter kritik eller en radikal ændring. (Ryan, et al., 2002, p. 42)

Dette synspunkt er også afspejlet i dette projekt, da der i projektets diskussionsafsnit vil indgå kritiske diskussioner af bl.a. hvorvidt *TDABC* kan erstatte det nuværende *DRG*-system.

Det ender dog ikke ud i den omtalte radikale ændring, og derfor mener vi dog stadig at projektet primært er udarbejdet ud fra *Det Fortolkende Paradigme* og dermed også inden for *den Fortolkende research* metode.



Figur 7 - Taxonomy of accounting research (Ryan, et al., 2002, p. 40)

Behandlingen af de videnskabsteoretiske antagelser i ovenstående afsnit danner fundamentet for udarbejdelsen af projektet, dette gør det mere overskueligt for læseren at vurdere validiteten af projektet. Desuden stilles der krav til subjektive undersøgelser, om at der er transparens i udarbejdelsen af opgaven, dette skyldes, at det er opgavens transparens, som udgør reliabilitetskravet for en subjektiv undersøgelse.

Der er i dette projekt forsøgt at opnå transparens i opgaven ved at beskrive flere af de undersøgelsesprocesser, som er indgået i udarbejdelsen af projektet, herunder kan nævnes afsnittene for litteratursøgning og gennemgangen af interviewprocesserne. Herudover er det forsøgt at sammenkoble de forskellige delafsnit i projektet ved metaafsnit hvorved tankeprocesserne igennem projektet er forsøgt afbilledet. Dette er gjort for at

overskueliggøre overfor læseren, hvilke processer der er foregået forud for, og som har ledt til de afsluttende vurderinger i de forskellige analyseafsnit.

Der vil i nedenstående afsnit være en gennemgang af *Det Fortolkende Paradigme*, som vil tage udgangspunkt i det ovenstående beskrevne paradigmevalg.

DET FORTOLKENDE PARADIGME

På baggrund af ovenstående dispositioner af paradigmevalg er projektet udarbejdet med udgangspunkt i *Det Fortolkende Paradigme*. Dette paradigme er karakteriseret ved at indeholde subjektive undersøgelsesmetoder. Ifølge Burrell & Morgan har man indenfor *Det Fortolkende Paradigme* subjektive antagelser i forhold til den videnskabelige metode. Specifikt betyder antagelserne, at *Ontologien* er funderet i *Nominalismen*, *Epistemologien* har en *Anti-positivistisk* tilgang, *Den Menneskelige Natur* er baseret på *Voluntarismen* og den anvendte *Metodologi* er hovedsagelig *Ideografisk*, som det også fremgår af Figur 6. (Burrell & Morgan, 1979, p. 28)

Samtidigt med det subjektive udgangspunkt for paradigmet, defineres *Det Fortolkende Paradigme* også, på Burrell & Morgans spektrum med modpolerne *Radikale Ændringer* og *Reguleringer*, ved at være placeret ved polen *Reguleringer*. Dette betyder, at de videnskabere der arbejder i *Det Fortolkende Paradigme* vil tilstræbe at forstå verden, som den ser ud fra et subjektivt standpunkt samt finde forklaringer på samfundsvidenskabelige forhold. (Burrell & Morgan, 1979, p. 28)

Da *Det Fortolkende Paradigme* er subjektivt funderet, er der særlige krav til reliabiliteten af undersøgelsen. Da det i praksis ikke vil være muligt at gennemføre en subjektiv undersøgelse gentagende gange, er det særligt vigtigt for videnskaberne at være transparente gennem hele undersøgelsen. Specifikt betyder det, at argumentationen for de foretagne valg i undersøgelsen er tydelige for læseren. Derved bliver det muligt for læseren at vurdere kvaliteten af undersøgelsen.

Dog er det vigtigt at understrege, at Burrell & Morgans definitioner af paradigmerne tager udgangspunkt i et kontinuum. Dvs., at man som videnskaber kan være placeret mellem to yderpunkter på det subjektive/objektive spektrum og/eller det radikale ændringer/reguleringer spektrum. Denne mellemliggende position af en given undersøgelse er dog ikke veldefineret af Burrell & Morgan. I bogen *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* af Ryan, Scapens & Theobald åbnes der dog op for denne mellemliggende position i Burrell & Morgans fastdefinerede paradigmer. (Ryan, et al., 2002, p. 40)

INTERPRETIVE ACCOUNTING RESEARCH

Interpretive accounting research er det overordnede paradigme indeholdende undersøgelsesmetoder, der forsøger at finde sammenhæng i den sociale verden, og i erhvervsøkonomisk kontekst forsøger at forstå den sociale natur, hvori undersøgelsen finder sted. Basalt set forsøger den fortolkende undersøgelse at finde sammenhæng i det sociale aspekt af dagligdagen. (Ryan, et al., 2002, p. 42) M.a.o. er udgangspunktet ikke naturligt opståede fænomener, men er derimod sociale konstruktioner. Dvs. disse sociale konstruktioner der undersøges, kan ændres af de aktører, der indgår i den. Dette medfører, at undersøgelsen forsøger at belyse de implicitte og eksplicitte regler, der måtte være i den sociale konstruktion, og ikke generelt gældende naturlove. (Ryan, et al., 2002, p. 86)

LITTERATURSØGNING

I dette afsnit vil der være en gennemgang af den anvendte litteratur, og hvordan det er fundet. Som tidligere nævnt findes transparens vigtigt ved anvendelse af en subjektiv metodetilgang. Dette afsnit er med til at øge transparensen ved at synliggøre litteratursøgningsprocessen.

En del af den anvendte litteratur i teoriafsnittet blev introduceret under valgfaget *Økonomistyring i den offentlige sektor*. Der er blandt andet tale om *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor* af Andersen et. al, *Strategi og styring med effekt* af Per N. Bukh & Karina S. Christensen samt *The strategy that will fix health care* af Michael E. Porter & Thomas H. Lee. Herudover har vejleder anbefalet følgende videnskabelige artikler i til gennemgangen af New Public Management: *A public management for all seasons* af Christopher Hood, *New Public Management* af Carsten Greve og *The New Public Management in the 1980s: Variation on a theme* af Christopher Hood. Herudover er der i gennemgangen af teorien om New public Governance anvendt bogen *New Public Governance på dansk*. Inspirationen til dette er kommet fra et lignende projekt omhandlende effektbaseret styring i den danske folkeskole af Kristoffer D. Møberg & Teis Justesen tidligere kandidatstuderende på Aalborg Universitet.

Med hensyn til metodeafsnittet anvendes bøgerne: *Sociological Paradigms and Organisational Analysis* af Burrell & Morgan samt *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* af Bob Ryan et. al. Den første stammer fra faget Videnskabelig Metode, som vi havde på 7. semester. Den anden er tilsendt af vejleder, og bruges til yderligere vinklinger på projektets anvendte metode.

Herudover er der i diskussionen anvendt artiklen *Managing in a complex world: Accounting and governance choices in hospitals* af Eddy Cardinaels & Naomi Soderstrom, tilsendt af vejleder, der er blevet anvendt til diskussionen angående de udfordringer, der kan findes til at etablere *værdibaseret sundhed* i det danske offentlige sundhedsvæsen.

Der bruges generelt også information fra Aalborg Universitetshospitals hjemmeside til kortlægning af strategien samt information fra retsinformation og økonomiaftalerne for regionerne i problemfeltet og videre i analysen.

DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEW

Der er som empiri i projektet anvendt to interviews. Der vil i dette afsnit være en gennemgang af de to interviews, og hvordan de er foretaget. Dette vil ligesom gældende for afsnittet om litteratursøgningen øge projektets transparens.

Opbygningen af interviewene er foregået efter det semistrukturerede forskningsinterview fra bogen *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* af Steinar Kvale & Svend Brinkmann. Herudover vil gennemgangen i et vist omfang også tage udgangspunkt i de syv faser for et interview, der opstilles i den nævnte bog: Tematisering, Design, Interview, Transskription, Analyse, Verifikation og Rapportering. Ved begge interviews blev det forsøgt at etablere en samtale, hvorigennem de på forhånd opstillede spørgsmål skulle besvares. Herudover blev begge interviews optaget og efter selve interviewet transskriberet. Informationen fra begge interviews anvendes i analysedelen i projektet. Spørgsmålene, som er udarbejdet til de to interviews, kan findes i *bilag 1* og *bilag 5* til projektet.

Der vil herunder være en gennemgang af de to udførte interviews, samt en beskrivelse af hvordan der er tænkt i forhold interviewets syv faser.

Titel	Interview 1	Interview 2
Navn	Henrik Imer Nielsen, Helene Hedensted Bjerregaard	Anne Graulund Dal
Dato	21/3-19	3/5-19
Funktion	Kontorchef v. Økonomi & Plan, Projektleder på VBS-projekt	Projektmanager på VBS- development
Placering	Aalborg Universitetshospital	Region Nordjylland

I det første interview var interviewpersonerne Helene H. Bjerregaard og Henrik I. Nielsen fra Aalborg Universitetshospital. Interviewet foregik på Aalborg Universitetshospital, syd.

Temaet var på forhånd implementeringen af *værdibaseret sundhed* på Aalborg

Universitetshospital, men endte ud i hovedsageligt at handle om det strategiske omkring Aalborg Universitetshospital og Helene H. Bjerregaards projekt omhandlende anvendelsen af *PRO*-data i ortopædkirurgien i Aalborg Universitetshospitals afdeling i Farsø. I selve designfasen af interviewet blev der opstillet en række spørgsmål som er vedlagt i *bilag 1*, vi gerne ville have besvaret.

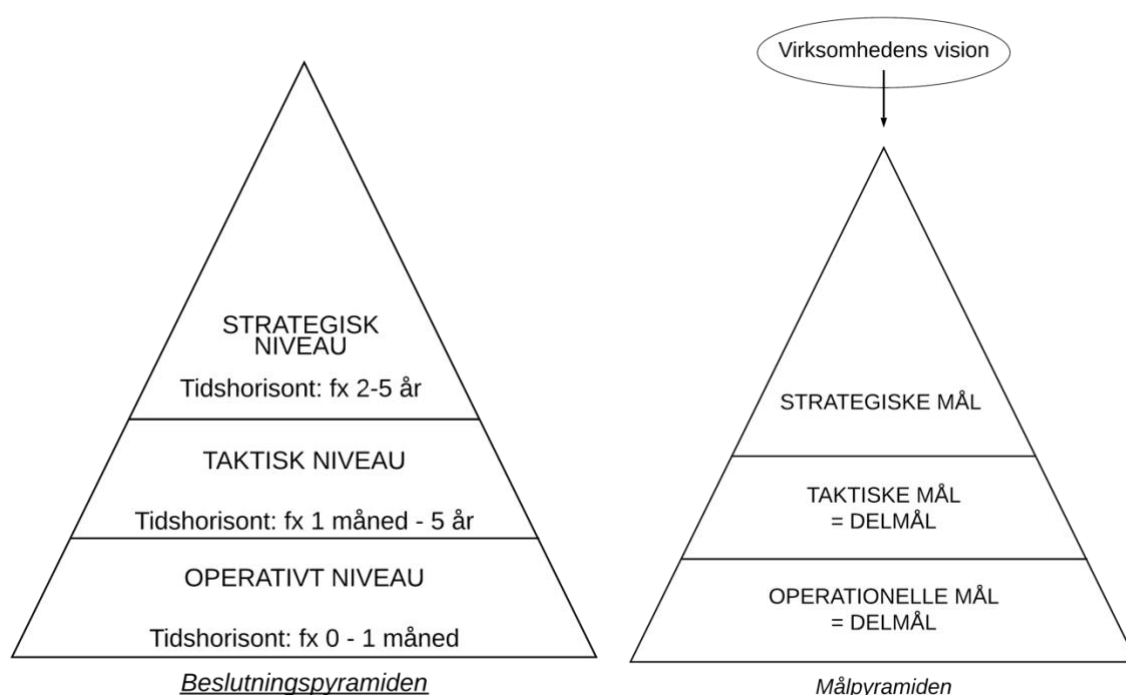
Idet de i interviewet på Aalborg Universitetshospital ikke kunne fortælle i så stort omfang omkring omkostningsopgørelser, etablerede de kontakten til projektets anden interviewperson Anne G. Dal, fra Region Nordjylland. Dette interview foregik på Regionshuset i Aalborg og omhandlede det projekt hun havde været med i omhandlende målingen af omkostninger for en afdeling ved hjælp af anvendelsen af *Time-Driven Activity-Based Costing*. Det er hovedsageligt den indhentede information fra disse interviews, der er anvendt i analysen, til at analysere og vurdere på, i hvor stort omfang, man på Aalborg Universitetshospital og i Region Nordjylland har implementeret *værdibaseret sundhed*, som Michael E. Porter foreskriver det.

Jf. metodevalget er der særligt fokus på interviewfasen *Verifikation*, da det er i denne fase validiteten, reliabiliteten og den potentielle generaliserbarhed fastslås (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 155, 317-318). Reliabiliteten er et særligt problemområde, da interviewene blev udført som semistrukturerede, hvilket betød, at interviewet foregik som en åben samtale dog med en fastlagt ramme for samtaleemnet. Da denne type interview kan være svære at reproducere, og få nøjagtig samme resultat, har vi lagt vægt på at være transparente i vores arbejde. For at sikre transparensen er interviewguide, transskriptioner og optagelser af interview vedlagt som bilag. Det er dog ikke kun for selve interviewprocessen reliabilitet er vigtig (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 318). Transskriptionen er også en interviewfase hvor reliabilitet er vigtig for at sikre korrekte data fra interviewene. Alle tre forfattere af dette projekt var involveret i transskriptionsprocessen, og derved med til at verificere processen. Dog er optagelserne af interviewene vedlagt som bilag, så verificering af de brugte citater er mulig.

TEORI

I det følgende afsnit vil der være en gennemgang af den anvendte teori, der skal være grundlaget for den videre analyse. Teorien skal fungere som fundament til en videre analytisk sammenligning af, hvorledes implementeringen af *værdibaseret sundhed* i den danske sundhedssektor er sket på baggrund af netop VBS's teoretiske fundament. Herunder om der er foretaget fundamentale ændringer for at tilpasse dette nye paradigme til en dansk kontekst.

Teoriafsnittets opbygning er udarbejdet med inspiration fra Michael Andersen og Carsten Rohdes figurer *Beslutningspyramiden* og *Målpyramiden*, som begge er illustreret og beskrevet i bogen *Virksomhedens Økonomistyring* af samme forfattere (Andersen & Rohde, 2007, pp. 18-23). Figurerne er også vist i Figur 8 herunder.



Figur 8 - Beslutningspyramiden & Målpyramiden (Andersen & Rohde, 2007, pp. 18-23)

Som det ses i Figur 8 er begge pyramider opbygget ud fra tre niveauer/mål, disse har været inspirationen til opbygningen af dette projekts teori og analyseafsnit, som også er opbygget ud fra tre niveauer. Afsnittene er opbygget i niveauerne: *Strategisk*-, *Taktisk*- og *Operationelt niveau*. Hvoraf det strategiske niveau er defineret som værende de fastlagte

fremtidige retningslinjer for virksomheden. Under *det taktiske niveau* konkretiseres og iværksættes de beslutninger, som er foretaget på *det strategiske niveau*. *Det operationelle niveau* er defineret som de værktøjer og midler, virksomheden gør brug af for at opnå de fastlagte mål i strategien.

Da sundhedssektoren, i dansk regi, er primært offentligt styret, tager især det strategiske niveau en særlig karakter, da den overordnede strategi for sundhedssektoren er bestemt ved lov. Det strategiske niveau i dette teoriafsnit vil primært fokusere på den politiske indflydelse på hospitalssektoren og særligt *værdibaseret sundhed*. Dernæst opfattes det taktiske niveau som værende det niveau, regionerne og hospitalerne har direkte kontrol over dog inden for rammerne fastsat i økonomiaftalerne. På dette niveau er der primært fokus på, hvorledes organisationerne kan bruge motivation og incitamenter til at tilskynde medarbejdere til handlinger, der afspejler principperne i *værdibaseret sundhed*. På samme niveau er også *The Value Agenda*, hvilket er *værdibaseret sundheds* teoretiske fundament, og det foretrukne framework til implementeringen af *værdibaseret sundhed* på tværs af organisationer. Afslutningsvist i nedenstående teoriafsnit er det operationelle niveau, hvori konkrete økonomistyringsredskaber tages i brug af organisationerne. Disse redskaber udspringer af *The Value Agenda*, og har alle til formål at afhjælpe måleopgaven i *værdibaseret sundhed*, både måling af omkostninger men også opstilling af konkrete effektmål, der har patientværdi som fokus.

STRATEGISK NIVEAU

Denne del af teoriafsnittet hører under det, vi har valgt at kalde *det strategiske niveau*. På dette niveau er placeret henholdsvis *New Public Management (NPM)*, *New Public Governance (NPG)*. *Værdibaseret styring* og *Formula Funding*. Både *NPM* og *NPG* handler om, hvordan samfundet politisk bliver styret, og der beskrives en samfundsudvikling, der er foregået. Dette regnes for det øverste niveau i teoriafsnittet, idet man fra politisk side kan bestemme retningen for det danske sygehusvæsen. Denne del af teoriafsnittet vil blive brugt i analysen som udgangspunktet for en analyse af, hvilke dele af og tiltag, der er foretaget i det danske sygehusvæsen, der passer overens med *NPM* og *NPG*. Herudover skal

gennemgangen af *NPM* og *NPG* være med til at skabe et billede af, hvordan udviklingen har været, og dermed også kortlægge hvordan *værdibaseret sundhed* er fremkommet.

Med hensyn til *værdibaseret styring* omhandler dette ligeledes en udvikling i specielt offentlige institutioner, hvor der fokuseres på at skabe resultater målt som effekt jf. værdibrøken, som uddybes senere i teoriafsnittet. Til slut indeholder *det strategiske niveau* af teoriafsnittet *Formula Funding*. Den er placeret i denne del af teoriafsnittet, idet den benyttes til analyse af, hvordan finansieringen af det danske sygehusvæsen skal foregå.

NEW PUBLIC MANAGEMENT

Generelt indeholder styringsparadigmer en grundlæggende opfattelse af, hvordan den offentlige sektor skal styres og ledes. Derudover udvikles nye styringsparadigmer ifølge bogen *New Public Governance på Dansk* som et resultat af problemer med de eksisterende styringsparadigmer. (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 13)

I dette afsnit vil det blive gennemgået hvad *New Public Management* er, og hvordan det er udbredt. Gennemgangen vil ende ud i et afsnit om *New Public Governance*.

New Public Management (herfra *NPM*) er et begreb, der dækker over nogle initiativer og reformer, der startede i de fleste OECD-lande i slutningen af 1970'erne. (Hood, 1991, pp. 1-2) Det var den britiske forsker Christopher Hood, der satte ord og begreb på den forandring af den offentlige sektor, der var sket siden starten af 1980'erne i artiklen *A Public Management for All Seasons*. I de nordiske lande havde man gennem 1980'erne skrevet om en modernisering af den offentlige sektor, hvilket overordnet indeholdt det samme som *NPM*-begrebet dækker over. Med begrebet *NPM* pegede Christopher Hood overordnet på to tendenser. Den første tendens var administrative reformer i den offentlige sektor. Dette indeholdt blandt andet "*decentralisering af ledelsesansvar, målstyring, brug af IT i sagsbehandlingen, output- og resultatfokus*" (Greve, 2002, p. 2). Den anden tendens var institutionelle reformer, der blandt andet indeholdt "*opsplitning af den offentlige sektor i mindre resultatenheder, adskillelse mellem bestiller og udfører og inddragelse af private*

virksomheder gennem udlicitering, dannelse af statslige aktieselskaber, privatiseringer og markedsgørelse i det hele taget” (Greve, 2002, p. 2).

Det nye ved *NPM* var, at man så det offentlige på en ny måde. Før var opfattelsen, at der var tale om et hierarki og et bureaukrati med lidt fleksibilitet. Herimod satte *NPM* fokus på ledelse, hvilket handlede om offentlige beslutninger og handlinger, mens bureaukrati havde associationer til stilstand og blokering af handlinger. Den teoretiske inspiration til *NPM* kom fra to forskellige steder. Den første er ledelsesteorien fra handelshøjskolerne, der havde udviklet sig fra, at man havde en maskinpræget tilgang, til at man fokuserede på hvordan, man kunne få mest ud af sine menneskelige ressourcer. En nyere tendens i ledelsesteorien er at fokusere på værdiernes betydning for en organisation, kendt som *værdibaseret ledelse*. Dette handler om at ledelse er en nødvendig funktion i en hver organisation, og at man gennem ledelse skal motivere sine medarbejdere til at yde deres maksimale. Den anden teoretiske inspiration for *NPM* stammer fra den nyere økonomiske teori om organisation og beslutning, kendt som *New institutional economics*. Ifølge denne teoriretning ses alle offentlige ansatte som nyttemaksimerende individer, der hellere vil opnå noget individuelt, end at tilfredsstille skatteborgernes reelle ønsker. Ud fra denne tankegang er det nødvendigt også i det offentlige at have kontrol- og styringssystemer, der motiverer til, at de ansatte følger de politiske overbevisninger. Under denne teoretiske overbevisning finder man *principal-agentteorien*. Inden for denne teori vil Principalen have Agenten til at udføre én bestemt handling, mens det antages, at agenten ikke vil udføre den ønskede handling eller holde information skjult for principalen. Dermed er det nødvendigt for principalen at opstille incitamentssystemer, der motiverer agenten til at udføre den ønskede handling. (Greve, 2002, p. 2)

I Hoods artikel fra år 1991, beskrev han modsætningen indeholdt i de to teorier. I den ene teori så man med mistillid på de egennyttemaksimerende ansatte, mens man i den anden teori havde tillid til de ansatte og forsøgte at motivere dem til at yde deres bedste. (Greve, 2002, p. 3)

Inden for *NPM* er der forskellige styringsredskaber, der benyttes i den offentlige sektor i dag. Her i blandt kan nævnes *værdibaseret ledelse*, *Balanced Score Card*, *målstyring*, *udlicitering* og *kontraktstyring*. (Greve, 2002, p. 3)

Ifølge Christopher Hood findes der syv doktriner, der går igen i beskrivelsen af *NPM* på tværs af de fleste diskussioner herom. De syv doktriner er:

1. *"Hands on Professionalism management" in the public sector*
2. *Explicit standards and measures of performance*
3. *Greater emphasis on output control*
4. *Shift to disaggregation of units in the public sector*
5. *Shift to greater competition in public sector*
6. *Stress on private-sector styles of management practice*
7. *Stress on greater discipline and parsimony in resource use*

(Hood, 1991, pp. 4-5)

Man bør bemærke, at det ikke er alle doktriner, der har været til stede i alle OECD-lande, og heller ikke har forekommet på samme vis i de forskellige lande. (Hood, 1991, p. 4) Ifølge Christopher Hood var grundlaget for *NPM*, at man ville mindske forskelle i ledelsen af henholdsvis den private og offentlige sektor samt skabe et større fokus på resultatansvar fremfor procesansvar. (Hood, 1995, p. 94)

INTRODUKTION AF NEW PUBLIC MANAGEMENT I DANMARK

Mens f.eks. New Zealand brugte den radikale strategi i implementeringen af *NPM*, har man i Danmark valgt en mere gradvis strategi, hvis man ser bort fra den første Schlüter-periode i 1980'erne. (Greve, 2002, pp. 5-6)

Især kontraktstyring er blevet udbredt i mange OECD-lande, og er et typisk *NPM*-redskab. (Greve, 2002, p. 4) I starten har kontraktstyringen gennemgået tre faser. I første fase blev styrelserne pålagt nogle bestemte opgaver, mod at finansministeriet gav budgetgaranti. I anden fase trak finansministeriet sig ud af forhandlingerne, hvormed budgetgarantien ophørte. I stedet blev forhandlingerne ført mellem departementerne og styrelserne. I tredje fase blev der fokuseret på opfølgning, afrapportering, kontrol og evaluering. Denne udbredelse er typisk for effekten af *NPM*. For det første er top-down styringen aftaget, idet det i højere grad er styrelserne selv, der har haft ansvaret for at overholde kontrakterne, hvilket de også har haft mulighed for at kunne uddelegere. For det andet øges

informationsniveauet, idet der produceres dokumentation for, hvordan der arbejdes. For det tredje udvikles *NPM* for brugeren og "kunderne". (Greve, 2002, pp. 4-5)

NEW PUBLIC GOVERNANCE

I forlængelse af afsnittet ovenfor omhandlende *New Public Management*, vil der i dette afsnit være en gennemgang af *New Public Governance* (Herefter *NPG*). Gennemgangen vil tage udgangspunkt i bogen *New Public Governance på Dansk* af Jacob Torfing & Peter Triantafillou.

Ligesom tidligere beskrevet omkring styringsparadigmer er hvert nyt styringsparadigme en kritik af det foregående, hvor *NPG* ikke er en undtagelse. Ifølge bogen er et af problemerne med *NPM*, at man anser borgerne som kunder, og dermed den offentlige sektor som en serviceleverandør. Forfatterne tilkendegiver, at jo mere man imødekommer borgernes ønsker, des mere stiger deres forventninger, og jo mindre mener borgerne, at de selv har et ansvar for at løse problemerne. (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 27) De offentlige ressourcers knaphed har medført, at det har været vanskeligt at indfri borgernes stigende forventninger til servicen. Ifølge forfatterne forårsagede dette et løft i interessen for, hvordan borgerne og andre interessenter selv kunne være med til at løfte de offentlige opgaver, hvilket er en af grundtankerne indenfor *NPG*-paradigmet. (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 27)

En grundlæggende antagelse i bogen er, at der i Danmark samt andre OECD-lande er ved at ske et skifte i forvaltningspolitikken mod *NPG*. Dette betyder ikke, at der er sket et skifte, men at der er sket ændringer i den offentlige styring, der ligger op ad *NPG*-tankegangen. (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 26) Dette underbygger også forfatternes mening om, at *NPG* er et relevant bud på fremtidens styringsparadigme. *NPG* går en helt anden vej end *NPM*, idet man under *NPG* ikke mener, at den offentlige sektor kan drives som en privat virksomhed. (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 25)

Ifølge *NPG*-paradigmet besidder offentlige aktører forskellige motiver. De har både egeninteresse, har et ønske om at gøre det fagligt ansvarlige, hjælpe andre mennesker og løse samfundsproblemer. Eksempler på komplekse samfundsproblemer, som det anses for

det offentliges opgave, at løse er *"ulighed i sundhed, negativ social arv, stort frafald på erhvervsuddannelserne, mangel på jobs i udkantsområderne, integration af flygtninge og klimaomstilling"* (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 26). Problemer som disse kan ifølge NPG-paradigmet ikke løses ved markedsbaseret konkurrence eller hierarkisk styring, idet de går på tværs af sektorer, og er svære at konkretisere. Her skal man i stedet, ifølge NPG-paradigmet, finde nye innovative løsninger ved at relevante berørte parter arbejder sammen. (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 26) Det grundlæggende i NPG er dette tværgående samarbejde, som man mener, er den mest effektive måde at løse de komplekse problemer, man møder i dag. Den offentlige sektor skal fungere som et mødested, hvor de relevante berørte parter kan mødes og efter bedste evne løse de problemer, vi har besluttet, er fælles. (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 27)

NPG medfører herudover også store forandringer i den kommunale og demokratiske styringsmodel, hvor borgerne traditionelt vælger politikerne, der laver regler, servicestandarder og ressourcefordelinger, som ligger til grund for embedsværkets serviceproduktion. I stedet for at politikere, embedsmænd og borgere handler hver for sig, skal der skabes løsninger på langsigtede samfundsmæssige problemer, i et samarbejde mellem offentlige og private aktører, hvor der fokuseres på outcome eller effekt frem for regeloverholdelse. (Torfing & Triantafillou, 2017, pp. 28-29)

NPG-paradigmet arbejder med en række styringsværktøjer, for at man kan opnå de opstillede mål og sikre, at man følger de opstillede principper. Nogle af værktøjerne er: *"tillidsbaseret ledelse"*, *"strategisk ledelse"*, *"offentlig-privat samarbejde"* og *"resultatkontrol"* (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 29).

Som beskrevet er en del af NPM værdibaseret ledelse, mens det også beskrives, hvordan der fokuseres på den opnåede effekt i NPG. På baggrund heraf vil der i næste afsnit blive beskrevet *værdibaseret styring*, og videre vil de øvrige teorier blive gennemgået, der gøres brug af i projektet. Teorierne vil alle være relateret til *værdibaseret sundhed* og hvad man skal være opmærksom på i implementeringen heraf.

VÆRDIBASERET STYRING I DANSK KONTEKST

Værdibaseret styring, som begreb, defineres som styring mod værdibaserede mål. Særligt i offentlige danske virksomheder har *værdibaseret styring* som styringsparadigme fået en central placering. I praksis betyder det, i kontekst af den danske offentlige sektor, at der med *værdibaseret styring* styres efter at skabe resultater, defineret som værdi, frem for at overholde faste normeringer. Dette stiller også nye krav til organisationen, da det i en styringskontekst betyder, at der gives større frihedsgrader til at træffe beslutninger rettet mod værdi, hvorimod før var der fokus på styring efter fastlagte aktiviteter. (Bukh & Christensen, 2018b, p. 25)

Et konkret skifte af styringsparadigmet i den offentlige sektor vil ikke blot betyde en ændring i ledelsesrummet i de enkelte organisationer, men det vil også betyde en fundamental ændring i de principper, der er grundlaget for de politisk bestemte tildelingsmodeller, der er grundlaget for offentlige virksomheders økonomi. Med *værdibaseret styring* som grundlag for tildelingsmodellerne vil dette medføre en tildeling efter størrelsen af den værdi der skabes for borgerne. I praksis vil det betyde, at de nuværende volumenbaserede tildelingstakster ikke længere benyttes. Volumenbaserede takster kan eksempelvis være antal indlæggelsesdage, i kontekst af et hospital. (Bukh & Christensen, 2018b, pp. 19-20)

Som før nævnt vil et paradigmeskifte for styring medføre ændringer i organisationens opbygning, men også måden hvorpå konkrete finansielle målepunkter udarbejdes på. Dvs. *værdibaseret styring* er et multidimensionelt begreb, indeholdende omfattende ændringer til mange aspekter i driften af en offentlig virksomhed, samt ændringer til tildelingsmodellerne, der er politisk fastlagt. (Bukh & Christensen, 2018b, pp. 249-274)

På organisatorisk niveau vil ændringerne komme til udtryk i organisationens overordnede strategi, hvori der nu skal være fokus på at skabe målkongruens mellem strategien og styringen efter værdi. Strategiændringen vil i sig selv medføre ændringer til konkrete styringsværktøjer såsom et *balanced scorecard*, eller blot de eksisterende *KPI*'er der anvendes i organisationen, hvis et konkret *balanced scorecard* ikke er formuleret.

I kontekst af den danske offentlige sektor vil et paradigmeskifte af styringen medføre særlige problemstillinger, der er specifikke for en politisk styret virksomhed. Disse

problemstillinger kommer særligt til udtryk i den finansielle dimension af værdibaseret styringsbegrebet, da tildelingsmodellerne er politisk bestemte, og derved kan ændres efter skiftende politiske syn på den offentlige sektor. Herunder vil det være en succesfaktor for implementeringen af *værdibaseret styring* at inddrage værdibaserede mål i de politiske mål for tildelingsmodellerne. I praksis vil det være svært at bruge *værdibaseret styring* som styringsværktøj hvis de overordnede politiske mål ikke er, eller indeholder, værdibaserede mål. Specifikt for de finansielle mål vil ændringen betyde at målene er baseret på skabelsen af værdi, frem for konkrete procesmål. (Bukh & Christensen, 2018b, pp. 249-274)

Den teoretiske baggrund for *værdibaseret styring* er funderet i den såkaldte værdibrøk, der udtrykker kernen i værdibaseret styringsparadigmet. Brøken er:

$$Værdi = \frac{Effekt}{Omkostninger} \text{ (Porter, 2010, p. 2477)}$$

Brøken blev defineret af Michael E. Porter i artiklen *What is Value in Health Care?* hvori værdi for borgeren, eller patienten i kontekst af et hospital, defineres som effekt relativ til omkostninger. (Porter, 2010, p. 2477)

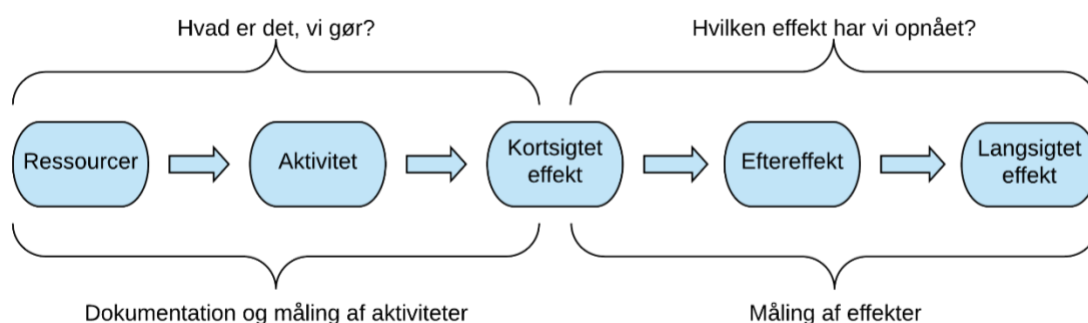
Brøkens delelement defineret som *værdi* er det endelige mål for *værdibaseret styring*, mere specifikt er det værdi for borgeren. Tælleren i brøken *Effekt* er defineret som den effekt der skabes i en specifik afdeling. Specifikt for hospitaler er, at effekt ikke kan udtrykkes som et overordnet effektmål for flere afdelinger eller hospitaler. Argumentation herfor er at effekt er specifik for hver enkelt diagnose, og derfor nødvendiggør et eller flere effektmål for den specifikke diagnose. Nævneren *Omkostninger* omfatter det samlede omkostningsbillede for et fuldt forløb med borgeren, specifikt for hospitaler er det behandlingsforløb. Det samlede omkostningsbillede er omkostninger for samtlige berørte services i et fuldt forløb. (Porter, 2010, pp. 2477-2478)

Værdibaseret styring omtales i nogen litteratur også som *effektbaseret styring*, vi mener dog at begreberne ikke dækker over det samme. Dette skal ses i forhold til *værdibrøken*, som er beskrevet ovenfor. Som det allerede er defineret, indgår både *effekt* og *omkostninger* i *værdibrøken*, og dermed *værdibaseret styring*. *Effektbaseret styring* må derfor defineres som værende styring efter *effekt* alene, og derfor inkluderer *effektbaseret styring* ikke

samme fokus på omkostningerne. Begrebet *effektbaseret styring* bliver derfor kun, i dette projekt, brugt i en henvisning til Bukh & Christensens beskrivelse af teorien.

I et organisatorisk styringsperspektiv viser der sig to overordnede mål at styre efter, m.a.o. giver det ledelsen to værdipåvirkende håndtag, der ultimativt vil påvirke organisationens levering af værdi til borgeren. Konkret fungerer forholdet mellem *Effekt* og *Omkostninger* således, at hvis en forøgelse af *værdi* ønskes, skal der ske en stigning i *effekt*, og samtidig en bibeholdelse af omkostningsniveauet. Anden mulighed er at nedbringe *Omkostninger*, og samtidig fastholde niveauet af effekt, m.a.o. mere værdi for pengene.

For at illustrere sammenhængen mellem indsatser og effekt henvises der til Figur 9, denne er udarbejdet af Trine K. Jensen og Kenwyn D. Olesen, med udgangspunkt i forandringsteori. Fra forandringsteorien har figuren også sin opbygning, som er illustreret som en kæde, som i dette tilfælde kaldes en effektkæde. Heri illustreres hvordan virksomhedens fokus flyttes fra *output* til *outcome*, og fra *aktivitet* til *effekt*. (Jensen & Olesen, 2018, p. 71)



Figur 9 – Effektkæden (Jensen & Olesen, 2018, p. 72)

I Figur 9 kan begrebet *output* sidestilles med begrebet *kortsigtet effekt*, mens *outcome* kan sidestilles med begreberne *eftereffekt* og *langsigtet effekt*. (Jensen & Olesen, 2018, p. 71)

FORMULA FUNDING

Der vil i dette afsnit være en gennemgang af begrebet *Formula Funding*, afsnittet tager udgangspunkt i en artikel udarbejdet af Peter C. Smith i 2008 kaldet *Formula Funding of Health services: learning from experience in some developed countries*. Herunder vil begreberne *Capita-finansiering* og *Case-finansiering* blive belyst.

Formula Funding er defineret som en tildelingsmodel baseret på matematiske formler, de matematiske formler afspejler et i forvejen fastlagt regelsæt. I praksis kan disse matematiske formler være både simple eller meget komplekse afhængigt af formålet for den pågældende tildelingsmodel. Hensigten med en tildelingsmodel og herunder *Formula Funding* er at disse er værktøjer som kan indgå i budgetlægningen for en given organisation.

Som beskrevet ovenfor findes der to primære tilgangsvinkler til *Formula Funding*; *Capita-finansiering* og *Case-finansiering*.

Case-finansiering er karakteriseret ved, at den tager udgangspunkt i den målte aktivitet. Dette kan f.eks. være hvor mange patienter, der har brugt den enkelte service på et sygehus over en tidsbegrænset periode. Som et eksempel på en *Formula Funding* model som bygger på *Case-finansiering* kan nævnes *DRG*-systemet. *DRG* er et akronym for diagnose-relaterede grupper, og selve *DRG*-systemet er et takstsystem som anvendes til afregning af forskellige i forvejen definerede behandlingsforløb i det danske sundhedsvæsen.

Som et kritikpunkt af modellen argumenterer Smith (2008) for at modellen tilskynder uønsket adfærd som f.eks. gaming af modellen. Dette skyldes, at da tildelingsmodellen er baseret på den afholdte aktivitet, kan modellen udnyttes på uhensigtsmæssig vis, ved at øge graden af aktivitet på de behandlingsformer som giver en højere *DRG*-sats. På denne måde skaber modellen et incitament til at sætte nogle patienter i en *DRG*-gruppe, og dermed et behandlingsforløb, som de reelt set ikke har behov for.

Den anden *Formula Funding* tilgang er *Capita-finansiering*, som er karakteriseret ved, at den tager udgangspunkt i estimerer om det forventede aktivitetsniveau. Typisk vil man i en capita-finansieringsmodel inddrage socioøkonomiske faktorer om population og andre risikofaktorer herunder eksempelvis livstil og forekomster af diverse sygdomme etc. Et eksempel på en *Formula Funding* model, som er baseret på *Capita-finansiering* kan findes i

Kapitlet *På vej mod effektbaseret styring af folkeskolen: erfaringer fra Vordingbog Kommune* som er skrevet af Signe H. Riise-Knudsen & Søren Kokholm i bogen *Strategi og Styring med Effekt* af Per N. Bukh og Karina S. Christensen (2018).

TAKTISK NIVEAU

Ovenstående strategiske niveau beskrev det teoretiske fundament for de eksterne påvirkninger *værdibaseret sundhed* er underlagt, primært det politiske aspekt i dansk kontekst. Herunder vil der være en nærmere beskrivelse af teorier der befinder sig på, hvad vi mener, er *det taktiske niveau*. *Det taktiske niveau* indeholder de konkrete aspekter regionerne og hospitalerne selv har direkte kontrol over. Disse aspekter vil naturligvis være påvirket af politiske bestemmelser, men de konkrete økonomiaftaler giver regionerne og hospitalerne et relativt frit ledelsesrum til selv at styre implementering af *værdibaseret sundhed* inden for de politisk fastsatte rammer. Det teoretiske taktiske niveau indeholder grundlæggende teoretiske antagelser om hvorledes motivation og incitamenter kan benyttes til at tilskynde ønsket adfærd, med særligt fokus på motivation og incitamenter i en offentlig sektor. Derudover, på *det taktiske niveau*, er *The Value Agenda* også beskrevet, da det er det primære, og foretrukne, teoretiske framework for *værdibaseret sundhed*.

MOTIVATION

I dette afsnit vil de forskellige former for motivation blive gennemgået. Inkluderet i dette vil der blive beskrevet, hvad der specielt gør sig gældende for motivationen blandt de ansatte i den offentlige sektor. Gennemgangen vil foregå på baggrund af bogen *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor* af Lotte B. Andersen et al.

Overordnet kan motivation deles op i *den indre og ydre motivation*. *Den ydre motivation* omhandler opnåelsen af ydre fysiske ting, mens *den indre motivation* omhandler opnåelsen af en indre tilfredsstillelse ved udførelsen af en aktivitet. På baggrund af dette kan man sige, at der er tale om *indre motivation*, når der ikke er nogen belønning ved udførelse af en given aktivitet udover tilfredsstillelsen ved udførelsen heraf. Det skal dog forstås, at næsten alt hvad vi foretager os er relateret til begge typer af motivation. (Andersen, et al., 2017, p. 91)

Prosocial motivation er en type motivation under *den indre motivation*, hvor motivationen kommer fra det man kan gøre for andre end for én selv. Under motivationskategorien

prosocial motivation findes *public service-motivation*, der relaterer sig til leveringen af offentlig services. Her forstås offentlig services som ydelser der er betalt eller delvist betalt af det offentlige, og dermed handler *public service-motivation* om at varetage interesser knyttet til samfundet. Det er dermed denne motivationsform, der specielt gør sig gældende for offentligt ansatte. (Andersen, et al., 2017, pp. 94-95)

INCITAMENTER

Et incitament er en tilskyndelse til en handling, imens et økonomisk incitament er et incitament, hvori der indgår en form for monetær belønning. Et eksempel herpå er afgiften på tobak, der tilskynder rygere til at stoppe eller minimere deres forbrug. (Andersen, et al., 2017, p. 11) I bogen *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor* af Andersen et. al findes der et kritisk syn på, at ansatte i den offentlige sektor bliver påvirket af økonomiske incitamenter. I bogen beskrives fire hovedindvendinger mod dette, som vil blive gennemgået nedenfor. (Andersen, et al., 2017, p. 11) Ifølge bogen vil medarbejderne have mindre motivation for at agere efter økonomiske incitamenter, des mere de fire hovedindvendinger er til stede i situationen. (Andersen, et al., 2017, p. 26)

De fire hovedindvendinger er:

- Problem med incitament rettet mod organisatorisk niveau.
- Vanskeligt at skabe troværdige økonomiske incitamenter i den offentlige sektor, hvor de politiske beslutningstagere har mulighed for at ombestemme sig.
- Professionelle normer for adfærd der kan pege i en anden retning end den ønskede.
- Andre ikke-økonomiske incitamenter, der er afgørende for adfærden.

(Andersen, et al., 2017, pp. 11-12)

Den første indvending går ud på, at økonomiske incitamenter i den offentlige sektor oftest findes på organisatorisk niveau, hvilket vil sige, at de offentligt ansatte sjældent har en personlig interesse i at handle efter incitamentet. (Andersen, et al., 2017, p. 29)

Den anden indvending er, at det økonomiske incitament kan blive påvirket negativt, hvis incitamentet ikke findes troværdigt. Med dette menes, at man som medarbejder i mindre grad vil agere efter incitamenter, hvis den bonus man er stillet i udsigt, ikke er troværdig, og

derved pludselig kan blive ændret eller fjernet. (Andersen, et al., 2017, pp. 49-50) I den offentlige sektor er dette en udfordring, idet der er en realistisk mulighed for, at den politiske ledelse kan omgøre sin beslutning. (Andersen, et al., 2017, p. 57)

Dernæst går den tredje indvending på de professionelle normer, der findes blandt nogle grupper af offentlige ansatte. Dette betyder, at der blandt nogle offentlige ansatte findes så stærke professionelle normer, at man hellere vil følge normerne, end at man vil ændre sin adfærd, for at opnå økonomisk belønning. Her er der igen tale om, at des stærkere normer, der findes på det område det økonomiske incitament er etableret på, des mindre vil de offentligt ansatte handle på det økonomiske incitament. Her er der for eksempel tale om læger. (Andersen, et al., 2017, pp. 79-80)

Den sidste og fjerde hovedindvending er, at andre ikke-økonomiske incitamenter også påvirker de ansattes ageren. Dette punkt omhandler, at *den indre motivation* også påvirker de offentligt ansattes adfærd. I den offentlige sektor er de økonomiske incitamenter ikke den eneste motivationsfaktor, idet de offentligt ansatte eksempelvis kan finde glæde ved at gøre det godt for samfundet samt de andre borgere. (Andersen, et al., 2017, p. 89)

PRINCIPAL-AGENT-TEORI

Det beskrives i bogen *Økonomiske Incitamenter i den Offentlige Sektor* af Andersen et al. Hvordan der sjældent stilles spørgsmålstejn ved effekten af økonomiske incitamenter, her nævnes, at det er en indgroet idé i den økonomiske incitamentsteori, at aktører handler således, at de fremmer deres egne økonomiske interesser. Ud fra denne logik kan man derfor sammenstrikke en incitamentsmodel, hvorved aktørerne motiveres til en bestemt adfærd ud fra et økonomisk incitament. Hvordan denne incitamentsmodel skal udbygges, for at man bedst muligt sikrer den ønskede adfærd, kan man bruge principal-agent-teorien til at belyse. Teorien går ud på at en principal kan motivere en agent til at udføre bestemte handlinger på bestemte måder via økonomiske incitamenter. Typisk vil agenten skulle udføre nogle handlinger som har konsekvenser for principalen. Herudover vil der typisk være faktorer som agenten kan påvirke, som hænger sammen med den handling vedkommende bliver betalt for at udføre, men der indgår typisk også faktorer, som agenten

ikke kan påvirke. I bogen *Økonomiske Incitamenter i den Offentlige Sektor* beskrives et eksempel som først er beskrevet af Douma og Schreuder (2002) beskrives principal-agent-teorien ud fra et eksempel hvor principalen ejer en mark, og agenten er arbejderen, som dyrker marken. Her betaler principalen agenten en fast løn, hvilket dermed giver agenten en sikkerhed og mindsker risikoen, mens principalen selv bærer den største risiko, da eksempelvis vejret kan påvirke det outcome, principalen får af marken, uanset agentens indsats. Essensen af teorien er, at principalen kan gøre det attraktivt for agenten at udføre den ønskede handling ved, at belønningen overstiger omkostningerne. Men ligeledes vil agenten ikke have nogen interesse i at udføre handlingen eller den ønskede adfærd, hvis belønningen er for ringe. (Andersen, et al., 2017)

LEDELSESNUMMET

Det øgede fokus på effekt i sundhedssektoren har også medført ændringer, i den måde den interne ledelse i organisationerne skal foregå på. Med fokus på effekt skal ledere nu kunne dokumentere en øget effekt af deres specifikke indsats. Dette vil samtidigt kræve en ændring i den måde ledelsesrummet er sammensat i organisationen. I artiklen *Ledelsesrummet er et ansvar - og det vokser* af Per N. Bukh og Karina S. Christensen bliver begrebet *ledelsesrum* defineret, og skal fungere som framework for nye styringsformer til understøttelse af effektparadigmet. (Bukh & Christensen, 2018a, p. 6)

Ledelsesrummet defineres på baggrund af tre dimensioner:

1. Hvilke beslutninger kan man træffe, og hvilke aktiviteter kan man gennemføre?
2. Hvilke konsekvenser af beslutninger og aktiviteter har man ansvar for?
3. Hvordan påvirker beslutningerne og konsekvenserne de økonomiske rammer?

(Bukh & Christensen, 2018a, p. 6)

Lederens effektivitet er afhængig af ovenstående dimensioner. Hvis dimensionerne tilpasses, til det specifikke ansvarsområde lederen har, vil vedkommende kunne agere effektivt. Derimod vil det have en negativ effekt, hvis lederen ikke kan påvirke elementer, der påvirker det specifikke ansvarsområde direkte. M.a.o. skal der være ligevægt mellem ansvarsområdet og beslutningsområdet. (Bukh & Christensen, 2018a, p. 6)

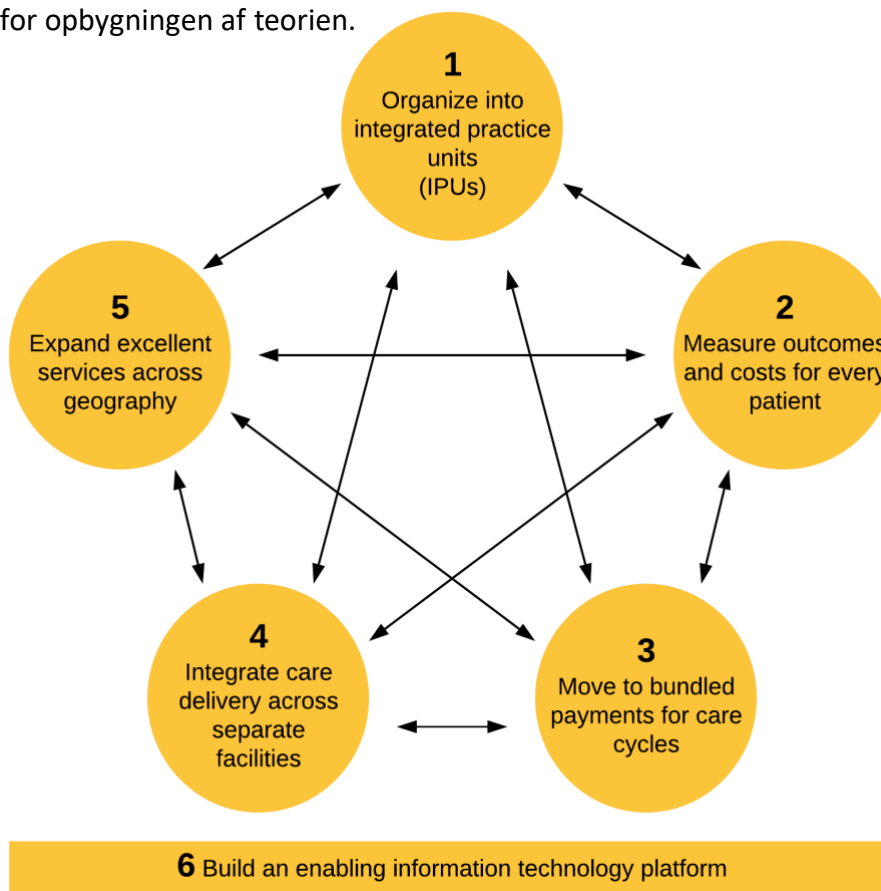
Det øgede fokus på effekt har også betydet et større fokus på økonomistyringen. Nu er omkostningseffektivitet blevet et centralt fokusområde, hvorimod tidligere var budgetoverholdelse og udgiftskontrol det centrale. Dette nye fokus vil også betyde, at der skal ske ændringer flere niveauer i organisationen, herunder en frihed til at tage beslutninger for ens ansvarsområde. Derfor er det essentielt, at ledelsesrummet ændres så ledere og medarbejdere har muligheden for at gøre ting anderledes, ellers bliver det problematisk at opnå nye resultater. (Bukh & Christensen, 2018a, pp. 6-7)

Som konkrete ændringsforslag foreslår Per N. Bukh og Karina S. Christensen, at ved at øge frihedsgraderne i ledelsesrummet, bliver det muligt for enkelte afdelinger at overføre et merforbrug eller mindre forbrug. Dog skal det bemærkes, at dette vil medføre en større budgetrisiko i form af afvigelser. Dertil argumenterer Bukh og Christensen for, at budgetansvaret flyttes, så det nu er mindre afdelinger i fællesskab, der har budgetansvaret, hvilket tilskynder teambaserede ledelsesstrukturer, og er med til at nedbryde silo-organisationstankegangen. (Bukh & Christensen, 2018a, p. 7)

THE VALUE AGENDA

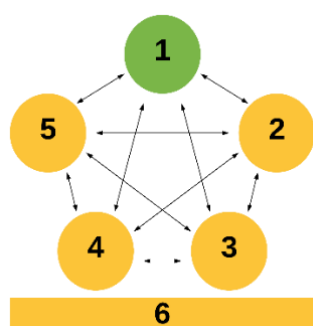
Michael E. Porter og Thomas H. Lee beskriver, hvorledes verdens sundhedssektorer har været under pres i årevis pga. stigende omkostninger og problemer med kvalitetskontrol. (Porter & Lee, 2013, p. 3) Eftersom en lang række tiltag, for at løse disse problemstillinger, ikke har haft den ønskede effekt, har Porter og Lee udviklet en ny strategi, der har til formål at sætte fokus på patientværdi. M.a.o. at opnå den største effekt med så lave omkostninger som muligt. (Porter & Lee, 2013, p. 3) Samtidigt har Porter og Lee også fokus på opbygningen af hospitalsorganisationerne, da disse ofte er opbygget efter en silotankegang, hvor medicinske specialer traditionelt har være skabelonen for opbygningen af organisationerne. Her argumenterer Porter og Lee dog for, at hospitaler burde organiseres efter patientforløb, hvilket vil sige, at der skal skabes et større samarbejde mellem de enkelte afdelinger og have fokus på patientens behov. (Porter & Lee, 2013, p. 3)

Nedenstående figur, Figur 10, illustrerer de 6 centrale elementer, der indgår i Porter og Lees *The Value Agenda*, som er en strategisk handleplan for at sætte patientværdi i fokus, og er grundlaget for opbygningen af teorien.



Figur 10 - The Value Agenda (Porter & Lee, 2013, p. 4)

Organize into Integrated Practice Units (IPU's)



Det første punkt i frameworket for *Value-Based Health Care* er, at sundhedsvæsenet skal organisere sig i integrerede enheder omkring én patientgruppe med en given diagnose. Den integrerede enhed indeholder alle de medarbejdere, der er nødvendige i behandlingen af patientgruppen, og kaldes en *Integrated Practice Unit (IPU)*. I den integrerede enhed vil man

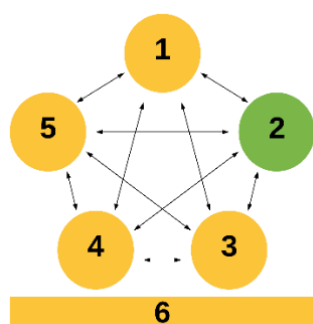
som patient møde alle de sundhedsfaglige personer, der er behov for i behandlingen i stedet for, at man skal finde dem i forskellige afdelinger. (Porter & Lee, 2013, p. 5)

En *IPU* tager sig ikke blot af den givne sygdom, men også de relaterede forhold og komplikationer, der kan indtræffe sammen med sygdommen. I *IPU*'en samarbejder teamet om at maksimere patientens samlede resultater, så effektivt som muligt. (Porter & Lee, 2013, p. 5) Dette foregår blandt andet gennem arbejdet med data, og derigennem med den samlede viden og ekspertise findes der frem til mere effektfulde og effektive fremgangsmåder. Ideelt er *IPU*'ens medarbejdere samlet på samme lokation, idet det forøger mulighederne for kommunikation, samarbejde og fordelene om at patienten ikke skal til flere lokationer. (Porter & Lee, 2013, p. 6)

Kritikken af det nuværende system er, at der ikke findes en fast fremgangsmåde for, hvordan man håndterer en given patient. Hvis man eksempelvis har smerter i nedre ryg, kan der findes forskellige fremgangsmåder med hensyn til behandlingen. Idet man ikke har overblik over, hvordan det samlede behandlingsforløb foregår, vil man heller ikke have overblik og hvor lang tid, det samlede forløb tager, eller hvor meget det koster. Uden data er det også svært at finde frem til, hvilket behandlingsforløb, der skaber den højeste værdi *jævnfør værdibrøken*. (Porter & Lee, 2013, p. 6)

Hvor der anvendes *IPU*'er, har man fundet resultater som hurtigere behandling, bedre resultater, færre omkostninger og for det meste en større markedsandel inden for den givne diagnose, der behandles for. (Porter & Lee, 2013, p. 6)

Measure Outcomes and Costs for Every Patient



Punkt to i Michael E. Porter & Thomas H. Lees seks-punkts-model, *Measure Outcomes and Costs for Every Patient*, er punktet hvor effektmålene og omkostningerne måles for hver patient. Punktet er af central karakter for modellen, og anses af forfatterne som værende et af de vigtigste i modellen (Porter & Lee, 2013, p. 8).

Måling af effekt i modellen defineres som de effekter, der er vigtige for patienten. Den konkrete måling skal også foregå ved at måle effekterne for den specifikke sygdom, og ikke en bestemt behandling. Måling skal også foregå gennem hele sygdomsforløbet. Michael E. Porter har udviklet en separat tre-niveausmodel for de effekter, der er mest vigtige for en given patient, denne model er beskrevet i afsnittet om Poters 3 Tiers. Denne tre-niveaus model benyttes til selve målingen af effekten af behandlingsforløbet. (Porter & Lee, 2013, p. 9)

Michael E. Porter & Thomas H. Lees model har fokus på effekter der er vigtige for patienten, og ikke nødvendigvis af medicinsk karakter. Dette argumenterer Porter & Lee for, at det skulle skabe kongruens mellem behandlingsforløbets udformning og den konkrete patients behov. Samtidigt vil en forbedring i niveauerne, i tre-niveausmodellen, også medføre en reduktion af omkostninger i sygehussektoren gennem effektivisering af behandlingsforløb. (Porter & Lee, 2013, p. 9)

Selve målingen af omkostning er et generelt problem for sundhedssektoren, hvor meget få sundhedsorganisationer har præcis omkostningsdata for konkrete behandlinger, og endnu færre har omkostningsdata for hele behandlingsforløb. Relationen mellem omkostningsdata og effekter er meget svag. For at måle patientens opnåede værdi af et behandlingsforløb, skal de samlede omkostninger for hele forløbet kunne måles. Dette vil kræve et omkostningssystem, hvor der er overblik over bl.a. personaleomkostninger, forbrug af hospitalsudstyr, medicin og yderligere ressourcer. Med disse omkostningsmålinger bliver det nu muligt at sammenholde de målte omkostninger med den opnåede effekt. Porter & Lee foreslår, at *Time-Driven Activity-Based Costing* benyttes til omkostningsmåling, da dette vil give et nøjagtigt omkostningsbillede, hvor der bl.a. bliver taget højde for ledig kapacitet.

Samtidigt vil sådan et *TDABC*-system også give overblik over hvor i behandlingsforløbet omkostningerne ligger, og derigennem give mulig for at lave konkrete vurderinger af, om der skal laves ændringer, der enten kan forbedre den endelige effekt, eller blot bibeholde effekten samtidigt med at mindske omkostningen. (Porter & Lee, 2013, pp. 10-11)

***PRO*-data (Patient Reported Outcome-data)**

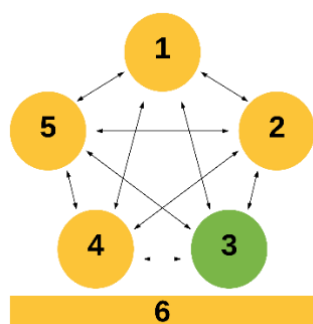
Som det netop er beskrevet, bliver der i *The Value Agenda* beskrevet, at det er vigtigt at have effektmål, patienten selv finder vigtigt. Dette er anvendelsen af *PRO*-data en mulig løsning på.

PRO-data er data, der er rapporteret direkte af patienten. Dette har den fordel at patienterne, som er de eneste, der oplever det samlede patientforløb på tværs af de forskellige faggrupper, selv kan vurdere, hvad de får ud af det samlede patientforløb. *PRO*-dataene bliver typisk indsamlet ved hjælp af spørgeskemaer, og indeholder som minimum data vedrørende patientens oplevelse og tilfredshed, sundhedsadfærd eller helbredsstatus. Når man som her interesserer sig for outcome, er det patientens helbredsstatus, der fokuseres på. (Munch-Petersen & Wandel, 2018, pp. 184-185)

PRO-data bruges hovedsageligt til forbedring af det individuelle patientforløb eller til forbedring af patientforløbet for patientgruppen. Man kan eksempelvis anvende det ved først at fokusere på at forbedre den enkelte patients forløb, og senere kan disse data bruges til at forbedre patientforløbet på patientgruppeniveau. (Munch-Petersen & Wandel, 2018, pp. 185-186)

Det er vigtigt at det er patientens egne subjektive vurderinger af deres helbredsstatus, der kommer til udtryk. Spørgsmålene besvares ofte kvantitativt, men kan også have kvalitative elementer. (Munch-Petersen & Wandel, 2018, p. 187)

Bundled Payments – Move to Bundled Payments for Care Cycles

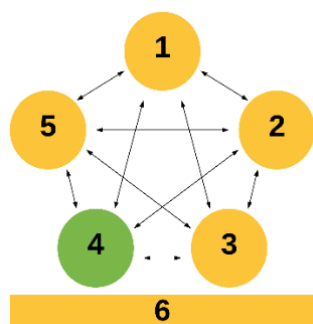


Punkt tre af Michael E. Porter & Thomas H. Lees seks-punkts-model, *Bundled Payments*, er punktet hvor finansieringsmodellen i sundhedsvæsenet skal ændres. *Bundled Payments* karakteriseres ved at finansiering af sundhedssektoren skal have fokus på plejeforløb frem for enkeltstående behandlinger. Begrebet plejeforløb er her brugt

bevidst, da der er tale om hele patientens forløb, fra egen læge til eventuel behandling og genoptræning, og ikke blot behandlingsforløbet.

Derved bliver *Bundled Payments* tæt sammenkoblet med *værdibaseret økonomistyring* i sundhedssektorens langsigtede mål om at øge værdien for patienten gennem forbedringer i behandlingsforløbet. (Porter & Lee, 2013, pp. 12-14)

Integrate Care Delivery Systems Across Separate Facilities



Det fjerde punkt i *Value-Based Health Care* er, at man skal integrere sundhedsvæsenet på tværs af diagnoser. Ifølge Porter og Lee findes der store muligheder for forbedring af værdien, ved at sundhedsudbydere i højere grad integrerer deres systemer, og derigennem eliminerer fragmentering. For et integreret sundhedsvæsen er der følgende fire komponenter,

man skal forholde sig til:

1. *Definere omfanget af de udbudte serviceydelser*
2. *Koncentrér kapaciteten på færre lokationer*
3. *Udvælg den bedste lokation for hver servicelinje*
4. *Integrér plejen for patienterne på tværs af lokationerne*

(Porter & Lee, 2013, pp. 14-15)

De fire komponenter vil herunder blive gennemgået:

Det første punkt er som skrevet "*Definere omfanget af de udbudte serviceydelser*". Herved mener Porter og Lee, at man skal forholde sig til, hvor bredt servicen skal nå ud. Herved skal man bibeholde services, hvor udbyderen af servicen effektivt kan levere, mens man skal

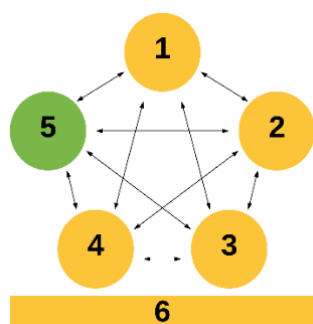
fjerne de servicelinjer hvor man ikke realistisk kan opnå en høj værdi. (Porter & Lee, 2013, p. 15)

Den anden komponent af et integreret sundhedsvæsen, Porter og Lee opstiller, er *"koncentrer kapaciteten på færre lokationer"*. Med dette punkt mener Porter og Lee, at hver diagnose man behandler, skal foregå i færre lokationer. At samle behandlinger i færre lokationer har gennem fleres studier vist sig at have flere fordele. En fordel er, at når man samler behandlingen af patientgrupper med samme diagnose i færre lokationer, bliver man bedre til at foretage behandlingen grundet den større volumen samtidigt med, at det minimerer omkostningerne. (Porter & Lee, 2013, pp. 15-16)

Det tredje man ifølge Porter og Lee skal forholde sig til i forhold til systemintegration af sundhedsvæsenet er *"Udvælg den bedste lokation for hver servicelinje"*. I dette ligger det, at man skal vælge at levere serviceydelsen på den eller de lokationer, der skaber den højeste værdi. Dette opnås ifølge Porter og Lee ved at man matcher serviceydelsens kompleksitet med ressourcerne på lokationen. Herved skal mindre komplekse services flyttes fra eksempelvis universitetshospitaler til faciliteter med færre omkostninger. (Porter & Lee, 2013, p. 16)

Den fjerde og sidste komponent i integrationen af sundhedsvæsenet er *"Integrér plejen for patienterne på tværs af lokationer"*. Her menes, at patientens behandling, selvom den er fordelt over flere lokationer, bør integreres. IPU'erne bør stå for behandlingsforløbet, men den må godt være fordelt over flere lokationer. Dette kunne være at man først blev opereret på en lokation, men videre genoptræning med en fysioterapeut kunne fordelagtigt foregå tættere på ens hjem. Integrationen kan foregå ved, at der udvælges en læge, der står for det samlede behandlingsforløb, og en fælles tidsplan og protokoller for alle, der er med i behandlingsforløbet. (Porter & Lee, 2013, p. 17)

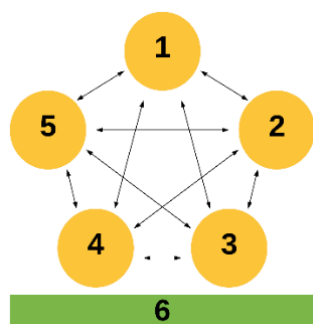
Expand Excellent Services Across Geography



Det femte punkt i Porter & Lee's *Value Agenda* omhandler den geografiske ekspansion. Her argumenteres for at for at kunne skabe mest værdi for patienten, skal patienterne have adgang til behandling i nærområdet eller indenfor en overskuelig distance. Porter & Lee foreslår at der oprettes såkaldte Hub's og satellite's, *the hub* er det centrale hospital, hvortil der hører

forskellige satellit klinikker, hvis primære opgaver er at diagnosticere patienterne, og foretage simple behandlinger, samt evt. viderestillinger af patienterne til *the hub*. Dette samspil mellem *the hub* og *the satellitte facility* er med til at skabe de såkaldte *Integrated Practice Units (IPU'er)*, som er beskrevet i det første punkt i dette afsnit om *Value Agenda*. Dette beskrives som ét bud på en ekspansion, der beskrives også en anden metode, som består i at man i en *IPU* samarbejder med øvrige allerede eksisterende klinikker i området. Derved skabes der værdi for patienterne uden, at man i *IPU'*en behøver at tilføje mere kapacitet. (Porter & Lee, 2013, p. 17)

Information Technology – Build an Enabling Information Technology Platform



I det sjette og sidste punkt i Porter & Lee's *Value Agenda* beskrives begrebet *Information Technology*. Her argumenteres der for, at de foregående fem punkter skal indgå i et samlet integreret IT-system, for således at skabe en sammenhæng imellem dem. Det beskrives hvordan IT-systemer tidligere har været kendetegnet ved en silo-tankegang, hvor der har været

eksempler på, at der er et IT-system for hver afdeling, eller hver lokation, eller serviceydelse, eller data-type. Der argumenteres for at et mere integreret IT-system, som kan agere på alle fronter, vil skabe et mere sammenhængende behandlingsforløb, og dermed mere værdi for patienten. (Porter & Lee, 2013, p. 18)

OPERATIONELT NIVEAU

Dette er det nederste niveau i teoriafsnittet, der indeholder *Time-Driven Activity-Based Costing* og Michael E. Porters 3 tiers. Dette niveau omhandler den del af værdibaseret sundhed, vi mener, at man skal tage stilling til på sygehus- eller afdelingsniveau. Det strategiske niveau mener vi skal håndteres på samfunds niveau eller politisk niveau, mens det taktiske niveau bør håndteres i Regionerne. Herved menes der, at selve implementeringen af *TDABC* og indsamling af *PRO*-data, hvis det vurderes at skulle implementeres, skal foretages på sygehus- eller afdelingsniveau, hvorfor det er placeret på *operationelt niveau*. Både *TDABC* og de 3 tiers er dog nævnt i frameworket for *Value Agenda*, som vi har valgt at placere på det taktiske niveau i teoriafsnittet. Forskellen er her, at vi mener, at der under *Value Agenda* beskrives, at man skal måle omkostningerne og effekterne, mens *TDABC* og de 3 tiers anbefales som værktøjer til dette. Gennemgangen af teorierne om de 3 tiers og *TDABC* i dette afsnit, regnes derfor mere som en guide til implementering og derfor placeret på *operationelt niveau*. Denne del af teoriafsnittet bliver anvendt i analysen som udgangspunkt for, hvordan man teoretisk bør arbejde med *værdibaseret sundhed*, hvilket bliver sammenlignet med det, man reelt gør på Aalborg Universitetshospitalet.

TIME-DRIVEN ACTIVITY-BASED COSTING (TDABC)

I dette afsnit vil der være en dybere gennemgang af *TDABC*, som allerede er beskrevet under punkt 2 i *Value Agenda*.

Kaplan & Porter argumenterer, i artiklen *How to solve the cost crisis in Health Care*, for at omkostningssystemerne i sundhedsvæsenet i dag ikke kan fordele omkostningerne ned på enhedsniveau. De mener, at dette løses ved at implementere *Time-Driven Activity-Based Costing* (herefter *TDABC*).

TDABC beskrives også som værende et delelement i værdibaseret styring, og der vil derfor herunder være en gennemgang af begrebet *TDABC* med udgangspunkt i sundhedsvæsenet.

Ved *TDABC* forsøger man at fordele virksomhedens variable omkostninger ud fra tid brugt på de enkelte aktiviteter. På denne måde skal man ifølge Kaplan & Porter bruge to parametre ved hvert trin i processen. Disse parametre er omkostningerne brugt på hvert trin i processen og den tid patienten har brugt ved hvert procestrin. Herefter kan man beregne kapacitetsomkostningssatsen for hvert procestrin, vha. Følgende ligning:

$$\text{Capacity Cost Rate for Ressource} = \frac{\text{Expenses Attributable to Ressource}}{\text{Available Capacity of Ressource}}$$

(Kaplan & Porter, 2011, p. 7) (Kaplan & Anderson, 2008, p. 27)

Herunder kan posten *Expenses Attributable to Ressource* defineres som de samlede omkostninger for én ressource. Et eksempel herpå kunne være de samlede omkostninger, som er forbundet med at have én sygeplejerske ansat, herunder eksempler som løn, personalegoder, pensionsordning. Herudover tillægges en pro rata del af de samlede omkostninger forbundet med antal sygeplejesker ansat, eksempler på disse omkostninger kan være; supervision, kontorpladser, teknologisk udstyr og telekommunikationsudstyr. (Kaplan & Porter, 2011, pp. 7-8)

Dette divideres med nævneren i ovenstående ligning, som er defineret som *Available Capacity of Ressource*, og er et begreb for den tid, den pågældende ressource er til rådighed. Dette kan regnes ud ved at fratrække dage hvor den enkelte sygeplejerske ikke er til rådighed, eksempelvis feriedage, sygedage og fridage, fra 365 dage pr. år. Herefter kan man beregne antal timer brugt på hver arbejdsdag, hvorefter man herudfra kan beregne omkostningerne pr. time. Denne beregning fører til det som Kaplan & Porter definerer som kapacitetsomkostningssatsen. (Kaplan & Porter, 2011, p. 8)

Time Equations

I *TDABC* gøres der brug af *Time Equations*, der defineres af Kaplan & Anderson, som værende et værktøj der bruges til at opfange kompleksiteten af individuelle processers tidsforbrug. Dernæst kan der udregnes hvor ressourcekrævende en specifik aktivitet, indeholdende flere processer, er. Nedenstående ligning skal illustrere hvordan en *Time Equation* fungerer i praksis.

Konsultationstid

$$= 15\text{min} + 5\text{min} \text{ "(ved blodprøvetagning)"}$$
$$+ 7\text{min} \text{ "(ved særlig undersøgelse)"}$$

Figur 11 - Time Equation (egen tilpasning) (Kaplan & Anderson, 2008, p. 32)

Eksemplet i Figur 11 viser tidsforbruget for en konsultation med en patient. Standardtiden ses at være 15 minutter, hvor der tilføjes 5 minutter hvis der er behov for blodprøvetagning, og/eller der tilføjes 7 minutter hvis der er behov for særlig undersøgelse. Dvs. en konsultation kan have et tidsforbrug på 15 minutter op til 27 minutter, hvilket vil have en indflydelse på hvor ressourcekrævende den enkelte konsultation er. I praksis vil en sådan *Time Equation* være mere kompleks, da relevante processer i aktiviteten tilføjes. (Kaplan & Anderson, 2008, p. 32)

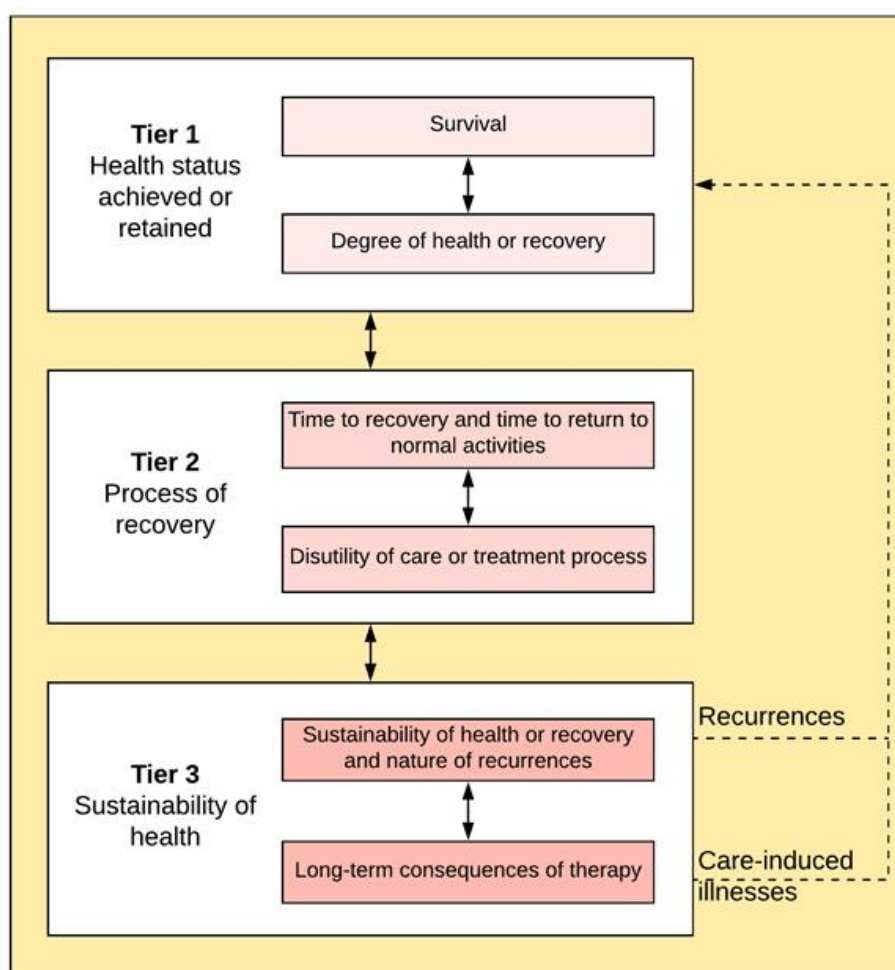
De samlede omkostninger for et behandlingsforløb kan beregnes via *Time Equations*, som Kaplan & Anderson beskriver som en ligning, hvor man multiplicerer kapacitetsomkostningssatsen med den forbrugte tid pr. aktivitet. Herefter summeres denne beregning for alle aktiviteterne, som dermed giver det fulde omkostningsbillede. (Kaplan & Anderson, 2008, pp. 31-32)

THE OUTCOME MEASURES HIERARCHY - PORTERS 3 TIERS MODEL

Dette afsnit indeholder en gennemgang af Michael E. Porters 3 Tiers model, der giver et bud på hvilke effektmål, patienten finder vigtigst. Dette er en yderligere gennemgang af punkt 2 i *The Value Agenda* omkring målingen af outcomes. Dette bliver som allerede nævnt brugt i analyseafsnittet til en sammenligning med, hvad man gør på Aalborg Universitetshospital.

Michael E. Porter har udviklet en model hvis hovedformål er at sætte partiernes behov i centrum for effektmål. De opstillede effektmål i modellen repræsenterer alle effektmål, der er særligt vigtige for patienten. Modellen er opbygget således, at Tier 1 indeholder de vigtigste effektmål for patienten, og de efterfølgende tiers er af mindre vigtighed.

Effektmålene er udvalgt efter følgende principper: De inkluderer helbredsmæssige mål der er vigtigst for patienten, de inkluderer mål der dækker både kort- og langsigtede konsekvenser, samt inkluderer mål, der indeholder risikofaktorer, der kan bruges til risikovurdering af behandlingen for den specifikke patient. (Porter, 2010, p. 2478)



Figur 12 – The Outcome Measures Hierarchy (Porter, 2010, p. 2479)

Tier 1 – Health Status

Tier 1 i modellen dækker over den helbredsstatus, patienten opnår ved behandlingsforløbet. Modellens opbygning er baseret på, at Tier 1 er det vigtigste for patienten, og derved indeholder de vigtigste outcome-mål. Det øverste outcome-mål i Tier 1 er *Survival*, hvilket er af største vigtighed for størstedelen af patienterne. Derudover er dette outcome-mål også simpelt at måle, og vil i praksis blive målt flere gange over en tidsperiode på eksempelvis 1 år og 5 år. Dog skal det bemærkes, at for enkelte patienter kan overlevelse ikke være af øverste vigtighed. Især ses ældre patienter, der vægter livskvalitet over overlevelse. (Porter, 2010, p. 2479)

Det andet outcome-mål i Tier 1 *Degree of health or recovery* dækker over patientens helbreds niveau, hvilket enten kan være resultat af behandlingen eller vedligehold af en præventiv behandling. Outcome-målet måles ved eksempelvis antal dage fri af sygdom eller funktionsdygtighed relateret til diagnosen. (Porter, 2010, p. 2479)

Tier 2 - Recovery

Outcome-målene i Tier 2 relaterer begge til genoptræningsprocessen i behandlingsforløbet. Øverste outcome-mål i Tier 2 *Time to recovery and time to return to normal activities* er målet for den tidsperiode, der går før, at patienten erklæres rask, samt tiden der går for at vende tilbage til normal, eller højest mulig, aktivitetsniveau. (Porter, 2010, p. 2479)

Andet outcome-mål *Disutility of care or treatment process* dækker over de utilsigtede hændelser, der kan opstå som led i behandlingsprocessen. Eksempelvist kan disse være fejl i diagnosticeringer, generelt ubehag som resultat af behandling eller komplikationer ved behandlingen. (Porter, 2010, p. 2479)

Tier 3 - Sustainability

Outcome-målene er fokuseret på de langsigtede effekter af behandlingsforløbet. Øverste outcome-mål *Sustainability or recovery and nature of recurrences* hvilket dækker over resultatet af behandlingen mht. at vedligeholde helbredet, eller mindske tilbagefald. (Porter, 2010, pp. 2479-2480)

Andet outcome-mål i Tier 3 *Long-term consequences of therapy* er målet for de konsekvenser, der kan være ved selve behandlingen. (Porter, 2010, p. 2480)

Særligt ved Tier 3 er, at utilsigtede outcome i dette niveau kan resultere i at patienten vender tilbage til Tier 1, hvis eksempelvis tilbagefald er af særlig svær grad.

DELKONKLUSION

Dette afsnit fungerer som en opsamling på teoriafsnittet samt en kort gennemgang af, hvordan teorierne anvendes videre i projektet. Som beskrevet gennem hele teoriafsnittet er det bygget op efter de tre niveauer: *Strategisk niveau, taktisk niveau og operationelt niveau*.

På *det strategiske niveau* er udviklingen i den politiske ledelse beskrevet under begreberne *New Public Management* og *New Public Governance*. Herudover er *værdibaseret styring* beskrevet, idet det når det anvendes inden for sundhedssektoren betegnes *værdibaseret sundhed*. Til slut, på *det strategiske niveau*, er der en gennemgang af begrebet *Formula Funding*, der omhandler finansieringen eller tildelingen af midler. I Analysen bliver *NPM* og *NPG* anvendt til at se, om nogle dele af det danske sygehusvæsen kan ses som et resultat af udviklingen, som disse begreber dækker over. *Værdibaseret styring* anvendes som baggrund for hele analyseafsnittet, mens *Formula Funding* anvendes i en analyse af, hvordan en finansieringsmodel ifølge en *VBS*-tankegang burde opbygges for et offentligt sygehusvæsen som det danske.

Dernæst indeholder teoriafsnittet på *det taktiske niveau* en teoretisk gennemgang af *motivation, incitamenter* og *Value Agenda*. Der er først en gennemgang af *motivation* og *incitamenter*, ud fra en tankegang om, at man ved et hvert nyt tiltag herefter, skal have fokus på, hvordan de ansattes motivation påvirkes. I analysen benyttes teorierne på *det taktiske niveau* ved, at alle punkterne af *Value Agenda* gennemgås for Aalborg Universitetshospital, for at se, hvor langt man er i implementeringen af *VBS* ud fra Porter og Lee's teori.

I den sidste del af teoriafsnittet på *det operationelle niveau* findes en yderligere gennemgang af *TDABC* og Porters *3 tiers model*. Dette bruges ligeledes som en del af analysen omkring i hvor høj grad Aalborg Universitetshospital har implementeret principperne, der findes i *Value Agenda*.

Overordnet vil informationen i teoriafsnittet blive brugt i analysen til at se i hvor høj grad principperne er implementeret i Danmarks sygehusvæsen, eksemplificeret ved Aalborg Universitetshospital, og hvordan de implementerede tiltag følger teorien på området.

CASE RESEARCH DESIGN

Der vil i dette afsnit være en gennemgang af opbygningen af analysen, de elementer som indgår samt argumentation for elementernes placering heri.

Analysen starter med et politisk afsnit, som tager udgangspunkt i *New Public Management* og *New Public Governance* -teorierne. Herunder vil der være en analytisk belysning af sundhedsvæsenet i Danmark, med fokus på Region Nordjylland.

I den seneste økonomiaftale mellem staten og regionerne er der tydelige tegn på elementer fra *Value-Based Health Care*, det ses derfor tydeligt, at det er den politiske dagsorden, som tilskynder den videre implementering af *Value-Based Health Care*. Dette kan ses som en del af udviklingen inden for *New Public Management*, hvorfor disse er inkluderet i analysearbejdet.

Der indgår ligeledes i analysen et afsnit omhandlende incitamenter og motivation med særligt fokus på sundhedsvæsenet i den offentlige sektor i Danmark. Under hele implementeringsprocessen af *Value-Based Health Care* skal man have incitamenter og motivation in mente. Der kan være særlige problemstillinger koblet til incitamenter og motivation for offentlige ansatte, som der tages højde for i implementeringsprocessen af VBS. Der vil i denne forbindelse være et særligt fokus på *indre motivation*, lægelige normer og incitamenter på individ vs. kollektivt niveau i projektets analyseafsnit. Der vil ligeledes være en analyse af arbejdet med økonomiske incitamenter og deres indvirkning på de førnævnte motivationsformer.

I denne forbindelse er der ligeledes inkluderet et analyseafsnit omhandlende tildelingsmodellen for de økonomiske midler. Her er der foretaget en komparativ analyse af tildelingsmodellens teoretiske opbygning i forhold til den praktiske opbygning. Afsnittet er baseret på teorien omhandlende *Formula Funding*, som er beskrevet i opgavens teoriafsnit.

Herefter er analysen opbygget efter Porter & Lee's *Value Agendas* implementeringsfaser. Modellen gennemgår en tilpasning til det danske sundhedsvæsen, da der er væsentlige forskelle mellem det teoretiske grundlag, som er baseret på det amerikanske sundhedsvæsen og det danske sundhedsvæsen. Denne tilpasning omfatter punkterne *Expand* og *Information Technology*. Der argumenteres for at *Expand*, som den er beskrevet

af Poter & Lee, ikke giver mening i dansk kontekst. Ligeledes argumenteres der for, at *Information Technology* allerede er implementeret i det danske sundhedsvæsen via den politiske dagsorden.

ANALYSE

I nedenstående analyseafsnit vil der gøres brug af de ovenfor beskrevne teorier til at belyse hvorvidt *værdibaseret sundhed* på Aalborg Universitetshospital er forskellig fra dens teoretiske baggrund, herunder hvilke konkrete valg der er foretages i implementeringsprocessen, og hvorfor disse valg er taget.

Analyseafsnittet er opbygget efter samme princip som teoriets afsnit. Første del vil indeholde en analytisk gennemgang af de politiske faktorer der vil og har påvirke(t) implementeringen af *værdibaseret sundhed* i den danske sundhedssektor. Til dette vil der primært gøres brug af *New Public Management* og *New Public Governance*, da disse begreber er en fælles betegnelse for de politiske initiativer og reformer der er foregået i den offentlige danske sektor siden slut 1980'erne. Der vil også være en belysning af den nuværende tildelingsmodel af økonomiske midler til sundhedssektoren, og dens indflydelse på *værdibaseret sundheds* videre implementering i sundhedssektoren. Denne del af analysen definerer vi som værende på det *Strategiske Niveau*, da politiske beslutninger ofte vil være strategiske af natur, og blot definerer rammerne, som regionerne og hospitalerne skal agere inden for.

Dernæst vil der være en analytisk gennemgang af de forhold regionerne og hospitalerne selv, har direkte kontrol over. Derfor definerer vi denne del af analysen som værende det *Taktiske Niveau*. Herunder vil der være fokus på brugen af motivation og incitamenter i den offentlige sektor, og hvilke særlige forhold der gør sig gældende, netop fordi det er en offentlig sektor. Ligeledes, på det taktiske niveau, vil der være en analytisk afklaring af *værdibaseret sundhed* med udgangspunkt i *The Value Agenda* af Michael E. Porter & Thomas H. Lee. Der vil gøres brug af *The Value Agenda's* seks komponenter til at belyse omfanget af implementeringen af *værdibaseret sundhed* i den danske sundhedssektor, samt om der er særlige problemstillinger associeret med de seks komponenter i dansk kontekst.

Det *Operationelle Niveau* vil blive inddraget i det *Taktiske Niveau*, hvor vi vurderer det vil have størst relevans. Det vil bl.a. være *The Value Agenda's* punkt to; *Measure Outcome and Cost*, hvor vi har indsamlet konkrete data gennem vores interview med Aalborg Universitetshospital og Region Nordjylland.

STRATEGISK NIVEAU

Analyseafsnittet indeholder på det *strategiske niveau* en analyse af *New Public Management* i dansk kontekst, en analyse af *New Public Governance* i dansk kontekst, en analyse af den politiske indflydelse på *værdibaseret styring* samt en analyse af tildelingsmodellen, hvorigennem det danske sygehusvæsen finansieres. Analyserne vil hovedsageligt bygge på informationer fra teoriafsnittet samt de udførte interviews.

Som det første analyseres der herved på *NPM* i dansk kontekst, hvilket starter med en overordnet analyse af udviklingen i afsnittet *New Public Management og opgøret med bureaukratiet*. Derefter findes en analyse af forskellige dele af *NPM*, som kan ses i det danske sygehusvæsen i dag. *NPG i dansk kontekst* indeholder udelukkende forskellige dele af *NPG*, der ligesom i afsnittet for *NPM*, kan ses i det danske sygehusvæsen i dag.

Herudover vil der i afsnittet *Politisk indflydelse på værdibaseret styring* blive analyseret på de dele af økonomiaftalen for år 2019, der kan ses som et skridt på vejen til implementering af *værdibaseret sundhed*. I analysedelen omhandlende *Formula Funding* analyseres der på, hvordan en tildelingsmodel ideelt kunne se ud under anvendelse af tankegangen bag *værdibaseret sundhed*.

NEW PUBLIC MANAGEMENT I DANSK KONTEKST

Denne del af det *strategiske niveau* i analyseafsnittet vil indeholde en analyse af, hvordan *New Public Management* har haft indflydelse i dansk kontekst. Dette sker som allerede nævnt først med en overordnet analyse, hvorefter der analyseres på dele af det danske sygehusvæsen, som vi også anser som værende en del af *New Public Management*. Her kan eksempelvis nævnes; den mulige udlicitering af opgaver i sygehusvæsnet, mens anvendelsen af *KPI*'er også kan stamme fra *NPM*.

New Public Management og Opgøret med Bureaukratiet

Med *New Public Managements* indtog i den danske offentlige sektor betød det et opgør med bureaukratiet og den hierarkiske opdeling af organisationerne i sektoren. Et af hovedpunkterne i *NPM* er decentraliseringen af organisationelle aktiviteter, så organisationen kan agere mere fleksibelt end tidligere. Fortalere for *NPM* beskriver hvorledes *NPM* kan være behjælpelig til at nedbryde de såkaldte siloer i en given offentlige organisation. (Diefenbach, 2007, p. 897)

Men har *NPM* så haft den ønskede effekt på den offentlige sektor, og i særdeleshed på sundhedssektoren? Udrulningen af *NPMs* principper i sundhedssektoren medførte, som planlagt, decentraliseringer, dog ikke i så vid udstrækning som ønsket. *NPMs* indførelse medførte nemlig kun en delvis decentralisering af de organisationelle aktiviteter, i særdeleshed kun de aktiviteter der var af mindre vigtighed for organisationen eller aktiviteter, der ikke var populære blandt de ansvarlige. Paradoksalt betød fokuset på mere decentralisering, at en række essentielle aktiviteter blev kontrolleret centralt; aktiviteter såsom strategisk arbejde, planlægning eller budgetlægning. (Diefenbach, 2007, p. 898) Ved at disse centrale aktiviteter i højere grad blev styret centralt, betød samtidigt at tilstræbelserne for decentralisering blev modarbejdet, da ledelsesrummet i de enkelte afdelinger blev indskrænket. Det har sidenhen vist sig at *NPM* har medført, ikke færre, men flere procedurer aktørerne i organisationen skal tage stilling til i deres arbejde, hvilket medfører mere bureaukrati (Diefenbach, 2007, p. 898).

Studier har sidenhen vist, hvordan personale i sundhedssektoren (varme hænder) bruger en stadigt voksende andel af deres arbejdstid på administrativt arbejde, hvilket kan defineres som et øget bureaukrati (Kirckpatrick, et al., 2005, p. 115). I dansk kontekst har dette styringsparadigme været meget udskældt, da sundhedspersonale ikke har mulighed for at yde det serviceniveau de ønsker pga. det øgede administrative arbejde.

NPM har altså ikke lykkedes med at nedbryde bureaukratiet i nævneværdig grad. Men hvordan er organisationerne opdelt nu, næsten 30 år efter *NPMs* første indtog i dansk offentlig forvaltning? Med vores interview med Anne G. Dal, projektleder på *VBS*-projekt, fra Region Nordjylland fremlagde vi vores bekymringer mht. *VBS's* afregningsmodel, der er baseret på et helt patientforløb, på tværs af afdelinger og aktører, og den nuværende model

der stadig er baseret på en silotankegang. For at VBS skal kunne implementeres, er det en fundamental nødvendighed at organisationen er opbygget på en hensigtsmæssig måde, da afregning efter hele forløb ikke vil være muligt, hvis individuelle aktører ikke kan kommunikere på tværs af den organisationelle struktur. Vi spurgte om, hvorledes det var muligt for egen læge, sygehuset, og efterfølgende genoptræningsansvarlig kunne dele information om en given patient. Anne G. Dal svarede dertil dette:

“Altså det er jo tre organisatoriske siloer vi taler om her. Så jeg vil sige på sigt, så skal det selvfølgelig bindes sammen, men man må også bare anerkende, at ingen af de siloer, lige nu, er på et punkt hvor de selv ved hvad de koster. Så det der med at blande det sammen på samme tid... det har vi valgt af strategiske årsager, at det vil vi ikke komme særligt langt med.” (Dal, 2019, p. 8:58)

Hun bekræfter hermed vores bekymringer vedr. den organisationelle opbygning, at kommunikation ikke er tilstrækkelig mellem de tre nævnte siloer til at kunne lave en afregningsmodel baseret på patientforløb endnu. Implementeringen af VBS er stadig i en opstartsfasen, og fokuset for Region Nordjylland og Aalborg Universitetshospital er blot at få implementeret VBS processer i egen silo, og så på sigt kunne lave en implementering på tværs af siloerne.

Herunder vil der forekomme en analyse af forskellige dele af det danske sygehusvæsen, som vi mener har fællestræk med de reformer og initiativer, som *New Public Management* dækker over.

New Public Management og Inddragelsen af Den Private Sektor

En central del af *New Public Management* var inddragelsen af det private marked i den offentlige sektor. Det kom i form af udliciteringer til private aktører, der så skulle varetage den givne ydelse, i stedet for det offentlige. Med vores interview med Aalborg Universitetshospital var vi interesseret i at høre om hvorvidt de gjorde brug af udliciteringer af specifikke ydelser, da der muligvis kunne være et økonomisk incitament for det offentlige at udlicitere, hvis en privat aktør kunne udføre ydelsen til en lavere pris og bibeholde kvalitetsniveauet. Henrik I. Nielsen, kontorchef for Økonomi & Plan på Aalborg Universitetshospital, beskriver hvorledes der kan være enkelte ydelser hvor en privat aktør

kan udføre ydelsen til samme pris eller marginalt lavere, som eksempelvis operationer for grå stær, hvor det er en fast bestemt "pakke" patienten får, uanset hvilken aktør der behandler patienten. Henrik I. Nielsen beskriver her hvorledes de har gjort brug af udliciteringer:

"Altså den koster sgu det samme om det er herhenne, eller ude i det private dybest set, at du skal lave den. Så marginalen er ikke ret stor, og det er en stor volumen, så der kan det godt give mening, at vi prioriterer vores ressourcer mod at behandle alle mulige andre øjensygdomme, som er alvorlige og så videre, og så kan man sige dybest set udlicitere samlebandsarbejdet til det private..." (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 19:26)

Udliciteringen af grå stær operationer er altså sket da ydelsen er relativ ensartet og volumen er stor. Dette har så medført at Universitetshospitalet kan bruge ressourcerne på andre, og mere komplekse operationer, da disse ikke nødvendigvis ville kunne varetages af private aktører.

Der vil i de følgende afsnit være en gennemgang af nogle centrale elementer af *NPM*, som også er en bestanddel af det nuværende danske sundhedsvæsen.

Key Performance Indicators (KPI'er)

Styringsmodellen der anvendes på Aalborg Universitetshospital, og som er universelt brugt i sundhedssektoren, er en videreudvikling af rammestyring. Rammestyring er et begreb for en økonomisk styring efter en fastlagt økonomisk ramme, som organisationen tildeles. Herefter er det organisationens opgave at planlægge aktivitet efter rammens størrelse. Traditionelle styringsredskaber såsom *Balanced Scorecard* anvendes dog stadig. Gennem vores interview med Aalborg Universitetshospital blev det klart, at der ikke var et konkret *BSC* udarbejdet, men de havde stadig stor fokus på *KPI'er* af forskellige arter. De anvendte den traditionelle styring efter *KPI'er*, hvor varianser er i fokus, og der så tages beslutninger ex-post perioden. Denne tilgang er ændret ved, at man nu fokuserer på den løbende udvikling af et givent *KPI*. Denne opfølgning foregår ved ugentlige tavlemøder, i både regionen, hospitalet overordnet, og hver enkelt afdeling. Processen beskrives af Henrik I. Nielsen her:

“Man bruger et tavlekoncept. Der er tavlemøder ned gennem ledelsessystemet og hvor vi så kigger ind i, hvordan er det det foregår, hvordan er det den enkelte KPI, den udvikler sig. Det gør man sådan set fra toppen af regionen og ned.” (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 4:41)

Traditionelt var disse KPI'er af en finansiell karakter, hvor opfølgningen foregik decentralt fra serviceafdelingerne, og uden inddragelse af reelle patientnære målepunkter. Dette er dog løbende blevet ændret, til nu at have patientværdi som værende én af de centrale KPI'er, der styres efter. En konkret KPI, der anvendes, er relateret til den 30 dages udredningsret, der er lovbestemt, og viser hospitalet hvorvidt de har et tilstrækkeligt aktivitetsniveau for at kunne overholde udredningsretten. Der er opfølgning på denne KPI ugentligt, hvor det er muligt at reagere på negative afvigelser ved at sende patienter til andre hospitaler eller regioner hvis det ikke er muligt at overholde udredningsretten.

Kontraktstyring

En af de styringsredskaber, man regner som en del af NPM er kontraktstyringen. En af de områder indenfor sygehusvæsenet, der er blevet dækket i dette projekt, der kan regnes for at findes under denne del af NPM er aktivitetsforøgelsen på 2 pct.

Kontraktbegrebet i den offentlige sektor indeholder dog nogle andre kriterier end i den private sektor. I den private sektor er det to ligeværdige parter, der gør det frivilligt, mens der er nedskrevet klare sanktioner ved misligholdelse. Helt det samme gør sig dog ikke gældende indenfor den offentlige sektor. For det første er der ofte et over/under forhold, hvor den ene part skal skrive under, og til slut gør det sig sjældent gældende i en retssag. (Greve, 2002, p. 4)

Med hensyn til den helt konkrete ”kontrakt” mellem stat og Region skulle Regionerne som tidligere beskrevet skabe en aktivitetsforøgelse på 2 pct. pr. år. Dette blev regionerne pålagt fra statens side, hvorfor det ikke var en frivillig underskrift. I denne kontrakt var der dog en sanktion, idet en aktivitetsforøgelse på mindre end de fastsatte 2 pct. pr. år ville medføre en budgetnedgang. I tillæg til denne form for kontraktstyring kan man argumentere for at alle økonomiaftalerne, der er indgået mellem Staten og Regionerne bliver dækket af det netop beskrevne kontrakt-begreb i den offentlige sektor.

NEW PUBLIC GOVERNANCE I DANSK KONTEKST

Der vil i dette afsnit være en analyse af de områder, hvor der eksisterer elementer af *NPG* i den offentlige danske sundhedssektor. Dette vil primært blive belyst i underafsnittet *samskabelse*, herunder vil der primært være fokus på patientinddragelse.

Herudover vil der i dette afsnit indgå elementer som *Formula funding* og *Digital Era Governance (DEG)*, hvorved forskelle og uligheder herimellem og *NPG* vil blive belyst.

Samskabelse

Som beskrevet i teoriafsnittet anses landets borgere ikke længere, indenfor *NPG*, som kunder, men mere som bidragsydere, der gennem tværgående samarbejde kan løse de forskellige problemstillinger, der opstår. Der er visse dele af udviklingen inden for Det danske sygehusvæsen, der godt kunne regnes for, at være under denne del af *NPG*-begrebet. Som eksempler på dette, der er blevet præsenteret i dette projekt, kan nævnes *PRO*, prædiktionsmodel og udarbejdelsen af effektmål.

Med hensyn til *PRO*-data, er grundtanken til dette, at man vil fokusere på de ting, der er vigtige for patienten, og for at finde frem til hvilke elementer patienterne finder mest vigtigt, er de også blevet hørt i udarbejdelsen af *PRO*-spørgeskemaerne. Herudover kan man også argumentere for at prædiktionsmodellen, der er udarbejdet gennem samme projekt som *PRO*-dataene, er et resultat af samarbejde mellem patienter og sygehus. Dette skyldes, at det er patienternes data, der er blevet brugt til at give sygehusvæsenet mulighed for at kunne prædiktere udfaldet af en behandling, hvilket i sidste ende kan komme patienterne til gode.

Men det tydeligste eksempel på en samskabelse, der er omtalt i dette projekt, er udarbejdelsen af de effektmål, der skal måles på inden for de syv behandlingsområder, der er taget med i værdibaseret sundhedsprojektet. Disse effektmål er fundet gennem workshops, hvor læger, patienter og andre eksperter i fællesskab har udviklet dem (Danske Regioner, u.d.).

Formula funding inden for New Public Governance

Begreberne *Formula Funding* og *New Public Management* er begge detaljeret beskrevet i projektets teori-afsnit. I dette afsnit vil der være en sammenkobling af de to begreber, som tager udgangspunkt i bogen *New Public Governance på Dansk* af Jacob Torfing & Peter Triantafillou. Hvorefter det beskrives, hvordan *NPG* stiler efter mindre fokus på effektiviteten af de allerede eksisterende aktiviteter, og mere fokus på uløste samfundsproblemstillinger. Herunder kan nævnes af eksempler; problemer som ulighed i sundhed, negativ social arv, mangel på jobs i udkantsområder, integration af flygtninge etc.

Disse nævnte samfundsvidenskabelige problemstillinger kan indarbejdes i en formula funding model, for hermed at forsøge at mindske uligheden. Eksempler på sådanne formula funding modeller kan ses i bogen *Strategisk Styring med Effekt – Danske Erfaringer* af Per N. Bukh og Karina S. Christensen. Af disse eksempler kan bl.a. nævnes en tildelingsmodel til specialundervisning i Vordingborg Kommunes skoledistrikter, som er udarbejdet ud fra socioøkonomiske aspekter. (Jakobsen, 2017) (Riise-Knudsen & Kokholm, 2018, p. 302)

Desuden fremgår det af loven om regionernes finansiering §4, at der i finansieringen af sundhedsområdet i de danske regioner indgår et basisbeløb, aldersbestemte faktorer og socioøkonomiske faktorer. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). Bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering. LBK nr. 797 af 27/06/2011, .) Derved bygger finansieringen af det danske sundhedsvæsen allerede på en version af en formula funding model.

Digital Era Governance inden for New Public Governance

I bogen *New Public Governance på Dansk* defineres begrebet *Digital Era Governance (DEG)* som værende; "*optaget af den store betydning, som nye digitale informations- og kommunikationsmidler har og vil få for den offentlige styring i fremtiden*". Ved *DEG* forsøger man at integrere serviceopgaverne gennem ny informationsteknologi for herved at skabe en mere sammenhængende offentlig service. (Torfing & Triantafillou, 2017, pp. 31-32) Dette er i overensstemmelse med begrebet *værdibaseret styring* hvor man også forsøger at skabe mere sammenhængende behandlingsforløb f.eks. via bundled payments.

Ved *DEG* ønsker man dog at bryde med nogle af de aspekter, som er en del af *NPM*, bl.a. det at man under *NPM* har udliciteret flere af de forhenværende offentlige funktioner, på det

sociale område, til den private sektor. Dette skyldes, at man ved DEG ønsker at skabe en mere sammenhængende offentlig sektor via informationsteknologier (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 32). Dette er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med idealerne under *værdibaseret styring*. Her stiler man efter den løsning, som skaber mest effekt for færrest omkostninger, altså den løsning der derved stemmer bedst overens med værdibrøken, som er beskrevet i teoriafsnittet *værdibaseret styring i Dansk Kontekst*.

Ligeledes kan der også drages sammenligninger mellem DEG og det sjette og sidste punkt *Information Technology* i *Value Agenda*, som tidligere er beskrevet i projektets teoriafsnit. Under dette punkt i *Value Agenda* stiler man efter at integrere de tidligere fem punkter i *Value Agenda* i et IT-system. Dette er en parallel til DEG, hvor man, som tidligere beskrevet, forsøger at skabe mere sammenhængende offentlige sektorer via IT-systemer. Der findes dog allerede eksempler fra den offentlige danske sektor, hvor der allerede er implementeret sammenhængsskabende IT-systemer. Herunder kan bl.a. nævnes den digitale løsning i SKAT, men også den omdiskuterede sundhedsplatform fra Region Hovedstaden (Torfing & Triantafillou, 2017, p. 32).

I forhold til Aalborg Universitetshospital kan der nævnes af eksempler det bookingsystem (bookplan), som de interviews der er foretaget her i projektet, er planlagt igennem, som også bliver omtalt i *interview 2* med Anne G. Dal. Herudover kan nævnes IT-systemet Procordo, som er det system Aalborg UH bruger til databehandlingen af den *PRO*-data som indsamles fra ortopædkirurgisk afdeling i Farsø. Derforuden var der i *interview 2* inkluderet en gennemgang af det data fra det TDABC-projekt, som Anne G. Dal arbejdede med, dette foregik i et andet IT-system, som kan håndtere denne databehandling.

Det er gjort tydeligt i beskrivelsen af både *DEG* og punktet *Information Technology*, at der bliver lagt vægt på nøglebegrebet; sammenhængende IT-systemer. Hvis vi ser på dette i forhold til Aalborg UH, kan der argumenteres for, at man i Aalborg UH, trods flere større indsatser, ikke er helt på det niveau af sammenhængende IT-systemer, som der stiles efter i de beskrevne teorier.

POLITISK INDFLYDELSE PÅ VÆRDIBASERET STYRING

Med regionernes økonomiaftale for 2019 ses tydelige tegn på, at *værdibaseret sundhed* er på den politiske agenda. Samtidigt ses der også en afstandtagen til det udskældte produktivitetskrav, da det med økonomiaftalen for 2019 nu officielt er afskaffet.

Indførelsen af produktivitetskravet i år 2000 gav politisk god mening, da sundhedsvæsenet, på den tid, havde begyndende problemer med hurtigt voksende ventelister, og et manglende styringsmæssigt fokus på produktivitet. Hvilket også sammenfalder med *New Public Managements* indtog i den danske offentlige sektor. *NPM's* vision om at drive den offentlige sektor som en privat produktionsvirksomhed, medførte samtidigt et skærpet krav om opfølgninger på fastbestemte måltal, hvoraf produktivitetskravet var det centrale. Produktivitetskravet var dog ikke et fast måltal år efter år, men derimod blev tilpasset den generelle vækst i økonomien. Konkret svingede produktivitetskravet mellem 1,5 pct. og 4 pct. i årene 2000 til 2018. (Danske Regioner, et al., 2019, p. 7) Der kan sættes spørgsmålstegn ved om produktivitetskravet overhovedet havde en effekt, da den generelle vækst fulgte kravet tæt over samme årrække, men derimod blot flyttede det styringsmæssige fokus, i sundhedssektoren, til produktivitet, men dette vil blive diskuteret senere. Med fokuset flyttet fra produktivitet, skal det styringsmæssige fokus nu være bredere af natur, som det fremgår af økonomiaftalen:

“Den nye styringsmodel betyder, at det nuværende primære fokus på sygehusaktivitet ændres til bredere mål, der understøtter den ønskede sammenhæng og omstilling til behandling i det nære sundhedsvæsen.” (Finansministeriet, 2018)

Fra ovenstående citat ses overgangen fra et typisk *New Public Management* måltal i den offentlige sektor, til et bredere og markant mindre specifikt mål om at understøtte sammenhæng. Målet at understøtte sammenhæng er dog tilnærmelsesvis tæt på Porter & Lees *Measure Outcome* og *Integrate Care* faser, hvori fokuset er på behandlingsforløb. Dvs. der fra politisk side er et ønske om at ændre styringsparadigmet fra silotænkning til styring efter behandlingsforløb. For at kunne skabe disse behandlingsforløb, og derefter skabe måltal for disse er der behov for et tæt samarbejde mellem de individuelle afdelinger i hospitalet, men også, fra teoretisk side, udvide samarbejdet til de almene praksis og genoptræning. Der er pt. meget lidt samarbejde mellem hospitalerne og de almene praksis,

da der bl.a. er lovgivning vedr. Datasikkerhed, der forhindrer dette i at blive implementeret til fulde. (Nielsen & Bjerregaard, 2019) (Dal, 2019)

Porter & Lee's *Expand* fase har også en central rolle i økonomiaftalen for 2019, og er tydeligste bindeled i økonomiaftalen mellem *værdibaseret sundhed* og dens teoretiske grundlag. Fra 2019 bliver der oprettet en ny finansieringspulje kaldet *Nærhedsfinansiering*, hvilket er en betinget finansieringspulje regionerne kan få del af, hvis de opfylder nogle fastsatte mål vedr. ønsket om at flytte aktivitet fra hospitalerne og ud til nærområderne, hvor almen praktiserende læger skal varetage disse aktiviteter. Konkret er det patienter med diagnoserne KOL og diabetes, samt enkelte specifikke kontroller, hvor behandlingsansvaret flyttes til egen læge. Fra politisk side er *Nærhedsfinansiering* et ønske om at flytte ydelser ud i nærområderne, da dette både vil nedbringe omkostningsniveauet i hospitalerne og afhjælpe borgernes ønske om nærhed til lokationer der kan levere sundhedsydelser.

FINANSIERING AF DET DANSKE SYGEHUSVÆSEN BASERET PÅ VÆRDIBASERET STYRING

I dette afsnit vil der blive analyseret på, hvordan tildelingsmodellen ser ud for hele sygehusvæsenet i dag, i forhold til hvordan den eventuelt burde se ud med udgangspunkt i tankegangen om *værdibaseret sundhed*. Med dette udgangspunkt vil der først være en kort gennemgang af, hvordan midlerne bliver tildelt fra henholdsvis staten og ned til sygehusene, og hvordan sygehusene tildeler midlerne videre til sine afdelinger. Beskrivelsen af det sidstnævnte vil bygge på interviewene.

Som tidligere beskrevet modtager regionerne midler hovedsageligt på baggrund af capita-finansiering, hvor de derudover også får kommunal medfinansiering, alt efter hvor meget behandling kommunens borgere får. Aalborg Universitetshospital modtager ikke længere finansiering baseret på den aktivitet, de skaber. Det formodes derimod, at de modtager midler baseret på historiske budgetter, ligesom sygehusets afdelinger. Projektleder Anne G. Dal udtaler sig således om tildelingen i Region Nordjylland:

”i Region Nordjylland, der styrer vi ikke efter DRG. Det har vi ikke gjort længe, som sådan. Altså vi i Region Nordjylland bliver styret på DRG af staten. Men Region Nordjylland styrer ikke nedad i forhold til DRG. Så det er meget anderledes for mange af de andre regioner, for eksempel Hovedstaden, der først lige nu er begyndt at lade være med at styre deres afdelinger efter DRG.” (Dal, 2019, pp. 26:29-27:52)

Herved siger hun, at der ikke benyttes *DRG* som et værktøj for tildeling i Region Nordjylland, mens det heller ikke virker til at være tilfældet i de andre regioner. I dette citat siger hun dog, at Regionen bliver styret efter *DRG* af staten, hvilket ikke er korrekt under forudsætning af implementeringen af den nye nærhedsfinansieringspulje, der inddrages i stedet for aktivitetspuljen (Finansministeriet, 2018), dette er ligeledes illustreret i Figur 2 på side 14. Anne G. Dals udtalelse skal dog ses i lyset af at aktivitetspuljen først blev afskaffet for 2019.

Under *Interview 1* gav projektleder ved Aalborg Universitetshospital Helene H. Bjerregaard også udtryk for, at Aalborg Universitetshospital ikke brugte *DRG* i tildelingen af midler til dets afdelinger, men derimod historiske budgetter (Interview 1, 15:14-15:19).

Idet afregnings- eller tildelingsmodellen ikke er et punkt i Porter og Lee's framework for *Value-Based Health Care*, er det svært med udgangspunkt i dette at vurdere, hvordan midlerne skal tildeles sygehusvæsenet. At det ikke er et punkt i frameworket, skyldes formentligt, at USA har et privat sygehusvæsen, hvorfor der ikke i samme grad skal tildes finansiering. Men ud fra *værdibaseret styring*, der er gennemgået i teoriafsnittet, kan man godt tildele både regionen, sygehusene og sygehusets afdelinger midler efter hvor meget værdi målt ved *værdibrøken*, de hver især skaber. Det er også til en vis grad det, man har forsøgt med finansieringen ved hjælp af *DRG*-taksterne. Her har der dog været en del kritik af, at dette kunne føre til at man i stedet for at tænke på, at man ville skabe en øget effekt bare ville skabe en aktivitet, uden tanke på hvilken effekt der kom ud af det. (Pedersen, 2015, p. 13). Men hvis man derimod tildeler midler efter, hvor meget værdi, der bliver skabt, vil der opstå et incitament til hele tiden at tænke i værdibegrebet, hvilket vil understøtte hele paradigmet omkring *værdibaseret sundhed*.

En anvendelse af en *Formula Funding* model, der tager udgangspunkt i, hvor meget værdi der skabes, kan dog også have negative komplikationer. For det første vil det jo medføre, at

de afdelinger og sygehuse, der er dårligst til at skabe værdi, vil få færre midler i efterfølgende periode, hvilket kan medføre mindre frihed og et dårligere udgangspunkt for at skabe værdi. At lave et afregningssystem baseret på outcome-mål, har projektleder ved Region Nordjylland Anne G. Dal følgende kommentar til:

”vi skal jo ikke sidde og sige at dem i Nordjylland klarede det meget bedre end dem i Sønderjylland, så de får en pose penge, for det der så kommer til at ske, er jo at dem i Sønderjylland klarer det endnu værre næste år, og i Region Nordjylland klarer de det endnu bedre, og så kører det jo bare, og så får du jo ulige sundhed.” (Dal, 2019, p. 55:00)

Dermed mener hun, at en tildelingsmodel, der på denne måde skaber incitament til at klare sig bedre på outcome-mål, vil have en negativ effekt på det danske sundhedssystem. Herudover mener hun, at regionerne og sygehusene ikke skal konkurrere på klassisk manér, men derimod i højere grad samarbejde:

”det vil jo også være en kæmpe katastrofe i det danske sundhedsvæsen, vil jeg sige, at lave afregningsmodeller på den måde, for den overordnede misforståelse er også konkurrencebaseret setup, så vi skal konkurrere mod hinanden, og det er lidt en misforståelse af konkurrencebegrebet i den danske kontekst fordi vi er jo ét system” (Dal, 2019, p. 55:00)

Herudover er det også et emne, om incitamenter overhovedet vil have en effekt. Som beskrevet i teoriafsnittet er der i *bogen Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor* af Andersen et. al fire forskellige forhold, der kan modvirke motivationen. Her kan der argumenteres for, at man i sygehusvæsenet ville forsøge at levere sundhed så godt som muligt, uanset incitamentsstrukturen.

En tildelingsmodel, baseret på i hvor høj grad man opnår outcome-mål, kan medføre negative økonomiske konsekvenser, disse negative konsekvenser opstår ved negativ varians af outcome-målet. Dermed kan det være en god model, der findes nu, hvor den største del tildes til regionerne efter en capita-finansieringsmodel, hvor der er reguleret for socioøkonomiske forhold og regionens borgeres alder. En capita-finansieringsmodel passer fint overens med teorien om ledelsesrummet. Fordelen er her, at både sygehuse og region

har mere frihed til at anvende midlerne på den måde, de vurderer, vil skabe mest muligt værdi inden for deres budget. Herudover passer punkt et og to fra ledelsesrummet overens, idet Sygehusene har mandat til at træffe de beslutninger og lave de aktiviteter, de vil inden for budgettet, mens de også har ansvaret for konsekvenserne af disse.

TAKTISK OG OPERATIONELT NIVEAU

I denne del af analyseafsnittet vil der blive analyseret på det taktiske og det operationelle niveau. Det taktiske niveau er den del, Regionerne og sygehusene selv har kontrol over. Det operationelle niveau er de konkrete værktøjer og handlinger, der foretages på sygehus- og afdelingsniveau. Her kunne der eksempelvis være tale om *TDABC* og Porters *3 tiers model*, der blev regnet som værende under det operationelle niveau i teoriafsnittet. Her i analyseafsnittet har vi dog valgt at lave et samlet afsnit for de to niveauer, idet der ikke bliver taget stilling til den konkrete brug af værktøjerne, mens der kun ses på dem som bud på, hvordan man kan varetage effekt- og omkostningsmålingen, som er punkt 2 i Michael E. Porter og Thomas H. Lee's *Value Agenda*.

Afsnittet indeholder først en analyse af brugen af incitamenter og motivationen blandt de ansatte i det danske sygehusvæsen. Herefter forefindes en analyse af de seks punkter i Michael E. Porter og Thomas H. Lee's *Value Agenda*. Her bliver der analyseret på, hvordan det danske sygehusvæsen klarer sig på de seks punkter med udgangspunkt i Aalborg Universitetshospital. Dette sammenlignes med hvordan man teoretisk bør håndtere de seks punkter. Herudover analyseres der også på forskelle på det amerikanske sygehusvæsen og det danske offentlige sygehusvæsen, hvorfor der også er ændret i punkt nummer 5 *Expand*.

INCITAMENTER OG MOTIVATION I DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN

Der vil i dette afsnit være en gennemgang af brugen af begreberne motivation og incitamenter i det offentlige danske sygehusvæsen. Dette punkt er som tidligere beskrevet placeret her, fordi vi mener, at man i udførelsen af de seks punkter under Michael E. Porter og Thomas H. Lee's *Value Agenda* skal overveje, hvordan tiltagene påvirker de ansattes motivation.

Som det er beskrevet i opgavens teoriafsnit, opdeles motivation i en indre en ydre form for motivation, langt de fleste handlinger vi foretager os, er dog en kombination af de to. Der argumenteres for at sidstnævnte også gør sig gældende for personalet på de offentlige danske sygehuse. Bl.a. nævnes det i interviewet med Helene H. Bjerregaard og Henrik I. Nielsen, at P4P ikke vil have nogen nævneværdig effekt, fordi det ikke er penge, der motiverer personalet på et sygehus, her vil det nærmest blive opfattet som en fornærmelse (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 57:55). Samtidig er der dog også et studie omhandlende italienske sygeplejersker og deres motivation. Dette studie viste bl.a. at en P4P-løsning kan have en effekt på sygeplejersker, som også er drevet af en prosocial-indre motivation, hvis det ikke offentliggøres. Projektet viste nemlig også, at en P4P-løsning kan have direkte negative konsekvenser, hvis det offentliggøres at sygeplejerskerne modtog en ekstra økonomisk belønning for at yde en ekstra indsats på jobbet. Det menes, at grunden til at en P4P-løsning kan blive opfattet negativt blandt sygeplejerskerne, kan være, at det stiller spørgsmålstejn ved, om den indre motivation i så fald er reel. (Andersen, et al., 2017, pp. 118-119)

Dette gør, sig også gældende selvom de økonomiske incitamenter er udarbejdet således, at de motiverer på et kollektivt plan. Dette bliver understøttet af Anne G. Dal, som udtaler følgende om økonomiske incitamenter på kollektivt niveau i citatet nedenfor fra interviewet d. 3. maj 2019:

"...man skal bare passe på med det [økonomisk incitamentsmodel], man skal være rigtig forsigtig med det, en ting er jo også at gøre det sådan lidt ad hoc, og sige her er et problem, vi har ikke kunne løse det, nu bruger vi så afpresningsmetoden, vil jeg næsten kalde det..." (Dal, 2019, p. 1:00:30)

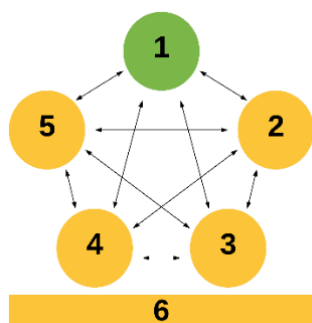
I samme interview argumenterer hun også for, at en sådan model kan skabe en uhensigtsmæssig spiraleffekt i fordelingen af økonomiske midler til sygehusene. Ved at man belønner de sygehuse, som præsterer godt med en økonomisk budgetbonus året efter, får dette sygehus flere midler, og vil dermed formodentligt klare sig endnu bedre året efter igen. Mens de sygehuse, som ikke klarer sig lige så godt, bliver økonomisk straffet, og klarer sig derfor formodentligt endnu dårligere året efter. Dette skaber problemer i forhold til, at et strategisk mål i den politiske dagsorden er at sikre lige sundhed for alle i hele landet. (Interview 2 1:01:40)

Som alternativ til en økonomisk incitamentsstruktur kan der i stedet implementeres en ikke-finansiell incitamentsstruktur. Det tidligere nævnte studie omhandlende italienske sygeplejesker viste også, at motivation på lignende niveau med det, der opnås ved økonomiske midler, kan opnås ved anerkendelse og ros. (Andersen, et al., 2017, pp. 118-119)

THE VALUE AGENDA I DANSK KONTEKST

Der vil i dette afsnit være en analyse af Porter's begreb *Value Agenda*, som tidligere er beskrevet i projektets teoriafsnit. Herunder vil det indgå fra hvordan, der allerede bliver arbejdet med forskellige delelementer, af de seks punkter fra *Value Agenda*, i den offentlige danske sundhedssektor. Dette vil blive illustreret med Aalborg Universitetshospital som case. Herudover vil der i dette analyseafsnit indgå flere tiltag, som kan implementeres, som har *Value Agenda* og derfor *værdibaseret styring* som strategisk retningslinje.

Organize into Integrated Practice Units (IPU's)



Som det tidligere er beskrevet i rapportens teori-afsnit, er et centralt element indenfor *værdibaseret styring* *Intergrated Practise Units*. Formålet hermed er, at man forsøger at organisere sundhedsvæsenet i grupper efter specifikke diagnoser. Således at al personel nødvendigt til en given behandling, for en given diagnose, er tilgængelige samme sted. Formålet hermed er at skabe et mere sammenhængende

behandlingsforløb, sådan at de forskellige fagpersoner arbejder sammen om at udrede patienten.

Kigger man på *IPU*'er i forhold til det danske sundhedsvæsen kan der være udfordringer forbundet hermed, eksempelvis med hensyn til rent fysisk at have alle specialister integreret under et og samme tag, dette kan vise sig problematisk i forhold til, at det danske sundhedsvæsen er bygget op om et offentligt sygehusvæsen, som løbende samarbejder med private instanser. Som et eksempel herpå kan nævnes Aalborg Universitetshospitals ortopædkirurgiske afdeling i Farsø, her har man specialiseret sig i hofte- og knæoperationer. I denne behandlingsform indgår genoptræning i samarbejde med fysioterapeuter, hvorved man forsøger at integrere flere faggrupper, som det fremgår af følgende citat:

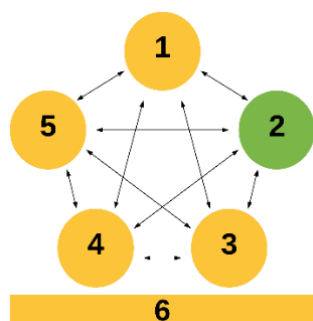
"Men det har jo udviklet sig til at involvere andre faggrupper bl.a. fysioterapeuterne på hospitalet. Og så også kommunen, Aalborg Kommune, som vi har et pilotprojekt i gang med nu her" (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 24:27)

I forbindelse med projektet omhandlende *værdibaseret styring* i Farsø, har man overladt til fysioterapeuten at vurdere om patienten har brug for en opfølgende konsultation på sygehuset. Dermed bliver fysioterapeuten også en mere integreret del af behandlingsforløbet, og kommer i samspil med sygehusets specialiserede personale.

Det skal dog bemærkes at fysioterapeuterne ikke er en del af personalet på Aalborg UH's ortopædkirurgiske afdeling i Farsø, men er en kommunal instans, som samarbejder med sygehuset (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 27:55). Derfor er samarbejdet med fysioterapeuterne i Farsø ikke et eksempel på hvordan en IPU ideelt bør være opbygget ifølge *Value Agenda*.

Da *The Value Agenda*, som oprindeligt er beskrevet af Porter & Lee, er udviklet i en amerikansk kontekst, syntes IPU'erne, som de i teorien er beskrevet, vanskelig at implementere i dansk kontekst, da det danske sundhedsvæsen er opbygget af et samspil mellem private, regionale og kommunale instanser.

Measure Outcomes and Costs for Every Patient



I denne del af analysen vil der blive analyseret på, i hvilken udstrækning man på Aalborg Universitetshospital og i Region Nordjylland måler effekter og omkostninger for hver patient, som foreskrevet af Michael E. Porter & Thomas H. Lee i artiklen *The Value Agenda*. Gennemgangen vil hovedsageligt tage udgangspunkt i information fra de to udførte interviews, samt de informationer der forefindes på Aalborg Universitetshospitals

hjemmeside vedrørende deres arbejde med måling af effekter og omkostninger. Som allerede beskrevet mener Porter & Lee, at dette punkt er centralt, idet værdibrøken netop udgøres af forholdet mellem effekter og omkostninger.

Afsnittet vil være delt op ved, at der først fokuseres på effekterne, der baserer sig på *interview 1*, idet der var mest fokus herpå i dette interview. Derefter vil der blive gennemgået, hvordan der bliver målt på omkostninger, hvilket baserer sig på *interview 2*, idet det var temaet for *interview 2*. Dette vil samtidig blive sammenlignet med, hvordan det bør ske teoretisk.

Measure Outcomes

Interview 1 foregik, som tidligere beskrevet, på Aalborg Universitetshospitals afdeling syd i Aalborg. Her var interviewpersonerne Henrik I. Nielsen der er chef for Økonomi & Plan, der er en del af administrationen. Den anden Interviewperson var Helene H. Bjerregaard, der er projektleder på værdibaseret sundhedsprojektet for ortopædkirurgien i Farsø.

Outcomes målt med Key Performance Indicators (KPI'er)

I forhold til målingen af effekter blev der under interviewet givet udtryk for, at man på Aalborg Universitetshospital anvender KPI'er. Det var mest udviklingen i KPI'erne, man fandt interessant. Hvordan man følger udviklingen i KPI'erne blev beskrevet således under interviewet:

"Hver tirsdag står regionsdirektøren sammen med sygehusledelsen i et lokale ude i regionen og ser på hvordan er udviklingen på de her centralt besluttede KPI'er. Og så har vi et tilsvarende møde herude, hvor hospitalschefen står sammen med klinikcheferne og kigger på de her centrale KPI'er". (Nielsen & Bjerregaard, 2019, pp. 4:14-5:43)

Dette fokus på KPI'er kan man også se af Handleplanen for 2019-21, der findes på Aalborg Universitetshospitals hjemmeside. I handleplanen findes indsatser, indikatorer og mål på følgende områder: Klinisk kvalitet, patientsikkerhed og patientinddragelse – Hurtig udredning og behandling – Sammenhængende patientforløb – Budgetoverholdelse – Forskning, uddannelse og innovation – Klar til nyt universitetshospital på alle matrikler – Vores Arbejdsplads – Ledelse på Aalborg Universitetshospital. (Aalborg Universitetshospital, u.d.)

Det er dog kun nogle af nævnte områder, der er interessante, i et værdibaseret styringsperspektiv, idet der her er fokus på effekterne for den enkelte patient, mens der i Aalborg Universitetshospital er mere fokus på de overordnede KPI'er for hele hospitalet.

Outcomes målt ved PRO-score

Herudover omhandlede en stor del af interviewet Helene H. Bjerregaards projekt angående implementeringen og anvendelsen af *PRO*-data (Patient Reported outcome-data) på ortopædkirurgisk afdeling i Farsø. Da dette er et projekt på forsøgsbasis, er det ikke tiltag der ellers bliver brugt på Aalborg Universitetshospital, men visionerne fra projektet viser noget om, hvor meget der fokuseres på *værdibaseret sundhed* på Aalborg Universitetshospital.

Projektets oprindelige målsætning var, at det skulle indeholde en omkostningsopgørelse samt, at det skulle danne baggrund for et afregningssystem, hvilket det ikke endte ud i. (Nielsen & Bjerregaard, 2019, pp. 24:27-26:13)

Men på trods af dette mente Helene H. Bjerregaard selv, at projektet havde været en succes:

”Det er jo stadig et udviklingsprojekt, men det har jo været en succes i den forstand, at der har været ret stor klinisk opbakning og begejstring omkring projektet. Det er jo særligt de her PRO-data som fylder meget ind i det. Det er også det her med at begynde at få nogle data tilbage igen i noget realtid, hvor man kan bruge det til at tage en beslutning her og nu, som også har fyldt meget i forhold til at klinikkerne synes at det her givet mening.” (Nielsen & Bjerregaard, 2019, pp. 24:27-16:13)

At man ikke havde opfyldt det oprindelige fokus, skyldes, ifølge Helene H. Bjerregaard, blandt andet, at det har været vanskeligt at få data, når man arbejder med forskellige systemer og sektorer, og på baggrund af følgende udtalelse:

”Man kan ikke revolutionere sundhedsvæsenet på et år”. (Nielsen & Bjerregaard, 2019, pp. 26:26-27:43)

Ifølge Helene H. Bjerregaard er der ved hvert sygdomsområde nogle outcome-mål, det giver mening at måle på, mens hun nævner følgende, der generelt giver mening at måle på:

”funktion, det er livskvalitet, tid til tilbagevenden til arbejdsmarkedet, det er noget med ikke at få en re-operation inden for 2 år, og ikke blive genindlagt.” (Nielsen & Bjerregaard, 2019, pp. 32:35-34:12)

Herudover nævner hun, at for en patient med en sygdom som prostata kræft er det vigtigste overlevelse, hvorefter at genvinde sine funktioner efterfølgende er gode outcome-mål. En del af disse effektmål kan man kende fra Porters 3-tiers model, der blev gennemgået i teoriafsnittet og i afsnittet herunder, hvilket viser at tankegangen bag projekterne baserer sig på det teoretiske grundlag for *værdibaseret sundhed*. Selve effektmålene er fastsat nationalt, hvor man for hver af de syv patientforløb, der har indgået i projektet, har lavet en ekspertgruppe, der har bestemt, hvilke effektmål, det har givet mening at måle på for hver deres delprojekt. (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 31:50)

Som det tidligere er beskrevet, indsamles *PRO*-dataen via spørgeskemaer, som patienten besvarer før og efter operationen, nogle besvares timer efter operationen, andre op til 1 og 2 år efter. (Bjerregaard & Christensen, 2018, p. 322) (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 30:29 & 40:47)

Der kan findes et eksempel på et sådant spørgeskema i projektets *bilag 4*. Her ses det bl.a. at der indgår spørgsmål angående funktionsevne og livsstil.

Det data, der genereres via spørgeskemaerne, behandles herefter med det formål at frembringe forskellige scores, eksempelvis henviser Helene H. Bjerregaard i Interview 1 til, at der beregnes en funktionsscore på baggrund heraf. Funktionsscoren beregnes på en score fra 0 til 100, som baserer sig på Oxfords Hip and Knee Score, som dog oprindeligt er en score fra 0 til 48. Man har hos Aalborg UH valgt at omregne skalaen fra 0 til 48 til 0 til 100, for at det skal være mere enkelt og lettere forståeligt for patienten. Helene H. Bjerregaard forklarer ligeledes, at for at en behandling har været succesfuld, skal man kunne måle en stigning på denne skala på mindst 14 procentpoint. efter et år efter endt behandling. Det forklares, at videnskabelige studier har vist, at det er den størrelse stigning, som skal til, for at patienten grundlæggende er tilfreds. (Nielsen & Bjerregaard, 2019, pp. 30:29-34:20)

Outcomes målt ved Porters 3 Tiers

I et værdibaseret sundhedsparadigme spiller effektmål en central rolle for monitorering og opfølgning af organisationens outcome. Den teoretiske baggrund for effektmål i *Value Based Health Care* er 3-tiers modellen udviklet af Michael E. Porter. Modellens hovedformål er at præcisere effektmål til at have patientværdi i fokus. Det vil herefter blive undersøgt, hvorvidt den teoretiske beskrivelse af effektmål bliver brugt konkret i den danske sundhedssektor.

Effektmålene der bliver brugt i den danske sundhedssektor, herunder også Aalborg Universitetshospital, bliver fastlagt på national basis. Derudover bliver de også målrettet til specifikke diagnoser. Den specifikke proces, hvori effektmålene bliver fastlagt, beskriver Helene H. Bjerregaard, der er projektleder på VBS-projektet på Aalborg Universitetshospital, her:

“Det er nationalt de er fastsat. Vi har haft en national ekspertgruppe bestående af klinikere, én klinikker fra hver region og en fra hofte og knæ kvalitetsdatabasen. Så har vi haft gigtforeningen med inde over, vi har lavet interviews med patienter og så vi også haft nogle sundhedsøkonomiske professorer, bl.a. Kjeld Møller Petersen.”
(Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 31:50)

Fastsættelsen af effektmålene er således ikke blot sundhedssektorens opgave. Adskillige interessenter samt teoretisk funderede konsulenter bliver brugt heri. Eksempelvis vil inddragelsen af patienter, med den relevante diagnose, give et vigtigt perspektiv i udarbejdelsen af effektmålene, da disse ultimativt skal sikre øget værdi for patienten.

Udformningen af effektmålene sker på baggrund af Porters 3-tiers model. Modellen fungerer som et framework i fastsættelsen af effektmålene, så ekspertgruppen er sikret, at målene tilnærmelsesvis er målrettet patientværdi. Helene H. Bjerregaard gennemgår eksempler på effektmål her:

“Det er omkring ét sygdomsområde, og så kigger man på, hvilke outcome mål der giver mening at måle på her. Der er det jo helt klart jo funktion, det er livskvalitet, tid til tilbagevenden til arbejdsmarkedet, det er noget med ikke at få en re-operation inden for 2 år, og ikke blive genindlagt.” (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 32:35)

Disse effektmål for hofte-/knæoperationer er også repræsenteret i Porters 3-tiers model. Eksempelvis er effektmålet for tilbagevenden til arbejdsmarkedet fra Porters tier 2 i modellen, og effektmålet vedr. ikke at blive genindlagt er fra tier 3. Det er dog primært tier 2 og tier 3 der er repræsenteret i disse effektmål, hvilket vil skyldes det forholdsvis lille omfang diagnosen og den dertilhørende relativt hurtige operation. Naturligvis er effektmålene fra tier 1 i modellen stadig vigtigst for patienten, men overlevelseshraten for denne type operation er meget høj, så tier 2 og 3 vil have en mere fremtrædende rolle.

Som nævnt tidligere bliver effektmålene fastlagt for specifikke diagnoser, hvilket vil sige, forskellige diagnoser vil have forskellige effektmål. Det vil derfor umiddelbart ikke være muligt at have helt de samme effektmål på tværs af diagnoser. Eksempelvis udtaler Helene H. Bjerregaard om effektmål på diabetesområdet:

“I diabetes er det bl.a. sådan noget som egenmestring, hvor god er man til at mestre sin egen kroniske sygdom. Så man kan ikke gøre det fælles.” (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 32:35)

Effektmålet *“egenmestring”* er specifik for diabetesdiagnosen, og vil være at finde i tier 3 i Porters model. Tier 3 repræsenterer de langsigtede effekter af diagnosen.

Et eksempel på en diagnose hvor tier 1 effektmål har en mere central rolle kunne være prostatakræft. Her er overlevelse en reel bekymring, patienter med diagnosen har, og derved vil effektmål vedr. overlevelse have stor vigtighed når effektmål oprettes. (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 32:35)

Det viser sig derved, at behovet for at fastlægge effektmål specifikt til givne diagnoser er reelt. Dette er dog ikke et problem rent teoretisk, da Porters model ikke er en opskrift på specifikke effektmål, men derimod et framework, der kan bruges til at rangere effektmål efter vigtigheden for patienten, og samtidigt give et overblik over hvilke effektmål der er vigtigst for patienten i hvilken fase af behandlingsforløbet.

Prædiktionsmodel

Herudover fortalte de også om udviklingen af en prædiktionsmodel, der på baggrund af data fra patienten, kunne prædiktere, hvilken effekt en operation ville have på patienten. Dette kunne sammenlægges med at undersøgelser viser, at patienten skal score 14 procentpoint bedre på Oxford Hip and Knee-funktionsscoren, når de udfylder samme spørgeskema et år efter operationen, for at patienten føler at forløbet har været tilfredsstillende. (Nielsen & Bjerregaard, 2019, pp. 30:29-34:20)

Dette forklarede de, at de kunne bruge til at forventningsafstemme med den pågældende patient, hvor de på et bedre grundlag kunne beslutte om de i virkeligheden var interesseret i den pågældende behandling. Herudover kunne de bruge det til at se, hvilke patienter, de skulle genindkalde et år efter operationen, der ofte ville være dem, der havde scoret for lavt på funktionsscoren.

Med hensyn til frameworket for *værdibaseret sundhed* af Porter & Lee, kan man sige, at man i det nuværende stadie bruger *KPI'er* og effektmål, til at følge udviklingen for hospitalet, mens det for den individuelle patient ikke er så stort et fokus. Delprojektet i Farsø viser, at der er tendenser mod *værdibaseret sundhed*, og hvis det blev bredt implementeret på hospitalet, ville man have de nødvendige målinger på de relevante effektmål for den enkelte patient.

Measure Costs

I denne del af afsnittet vil der blive analyseret på, i hvor stort omfang, man i Region Nordjylland og Aalborg Universitetshospital er i stand til at måle omkostningerne for den enkelte patient, som Porter & Lee foreskriver. Dette vil hovedsageligt basere sig på *interview 2* med Anne G. Dal, idet vi, som tidligere nævnt, blev henvist til hende, idet hun havde lavet et projekt omhandlende implementering af *Time-Driven Activity-Based Costing* i en diabetes afdeling i Frederikshavn.

Interview 2 var med Anne G. Dal, der er ansat i Region Nordjylland og har ansvaret for et af de syv delprojekter omkring *værdibaseret sundhed*.

Anne G. Dal har udarbejdet en databaseret costing-model, der egentligt skulle kunne implementeres på alle afdelinger, mens de har testet den på endikronologisk afdeling i Frederikshavn. Projektet gik overordnet ud på at finde ud af, hvordan en *Time-Driven Activity-Based Costing* model ville se ud på en afdeling:

"Den er kun på udviklingsbasis, ja. Det originale projekt fra Danske Regioner har jo også været "Hvordan kan vi arbejde med det?", "Hvad er der for nogle gaps?", "Hvad ville det kræve af os at arbejde med det?" osv., så det har været en stor del af projektet egentlig bare at afsøge hvordan det ville se ud." (Dal, 2019, p. 4:10)

En af grundstenene i modellen har været at afskaffe procedurekoder, hvor man for hver ekstra aktivitet sætter en ekstra procedurekode på for at beregne omkostningen. Ved TDABC vil man opnå en mere agil datamodel, hvor man forholder sig til ét datapunkt:

"I stedet for nu, hvis vi skal gøre nogle ekstra ting eller det tager længere tid, så sætter vi en ekstra kode på, for den kode har også en pris. I stedet for bare at sige her har vi noget helstøbt, som vi bedre kan se på tværs af patienterne og så er forskellen i prisen bare længden af tiden. Det skaber en meget mere dynamisk og agil datamodel det er meget nemmere, at vedligeholde og arbejde med og kan bruges til mange flere ting." (Dal, 2019, p. 7:30)

Målet er ikke kun at bruge dataene til at finde frem til, hvad noget koster, men dataene skal også benyttes til at planlægge patientforløb, og derigennem at finde de skjulte omkostninger mellem aktiviteterne.

I citatet ovenfor beskrives det, at der tilkobles en ekstra kodning ved meraktivitet, denne procedure kan sidestilles med de tidligere beskrevne *time-equations*.

I dag sætter de alle omkostninger på procedurekoderne, hvilket gør at man går ud fra en 100 pct. kapacitetsudnyttelsesgrad, hvorfor der er en masse skjulte omkostninger. (Dal, 2019, p. 8:58) Om brugen af DRG udtaler Anne G. Dal:

"Hvis du så tager DRG i den praktiske form, så er det jo på ingen måde præcist. Det er jo en skrækkelig blanding af et manuelt fordelingsregnskab, som jeg også sidder og laver. Og hvis man skal være helt ærlig, så sidder man jo og gætter. Du skal

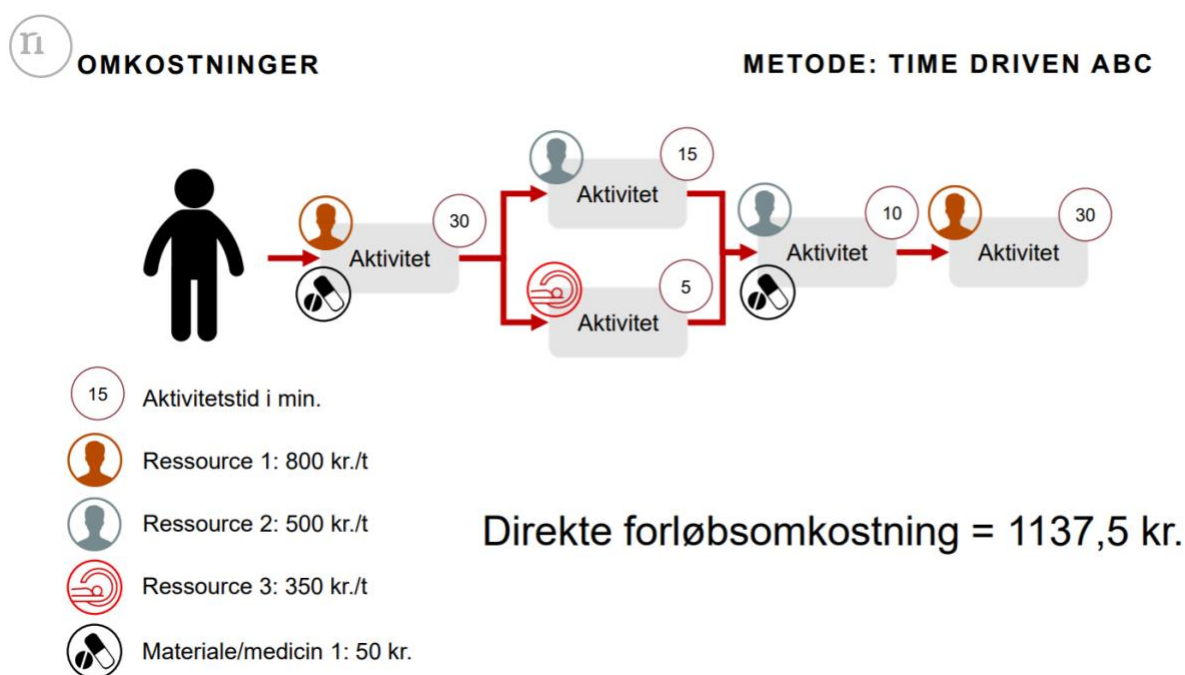
manuelt forholde dig til hvordan at patienterne har gået fra et fiktivt omkostningscenter til et andet, og det har man nogle uger til... ” (Dal, 2019, p. 11:13)

Hun gav udtryk for, at når man i sygehusvæsnet kigger på *værdibaseret sundhed*, og ser på værdibrøken skal man bruge outcome og en pris. Fra det synspunkt kan en *DRG*-sats være lige så god som en *TDABC*-pris, hvilke kan gøre brugen af *TDABC* mindre fordelagtig.

Med hensyn til frameworket for *værdibaseret sundhed*, udviklet af Porter & Lee, hvor *TDABC* skal implementeres har man nu ikke en god costing-model, mens delprojektet i Frederikshavn igen viser, at der er tegn på, at man er på vej derhen ad.

Eksempel på anvendelse af TDABC

Gennem litteratursøgningen har vi fundet et slideshow, der er lavet af projektleder ved Region Nordjylland Anne G. Dal. Gennem slideshowet gives der et eksempel på, hvordan man kan arbejde med *TDABC* til omkostningsopgørelse for et givent forløb. Dette vises i Figur 13:



Figur 13 - TDABC i Region Nordjylland (Dal, 2019)

På Figur 13 ses det, at der er fremført tre forskellige ressourcer inklusive omkostningen pr. time for hver ressource samt en materiale-/medicinomkostning på 50 kr. Det er i teoriafsnittet blevet beskrevet, at omkostningen pr. time også kaldes kapacitetsomkostningssatsen. Af den øverste del af billedet ses det, at der under første

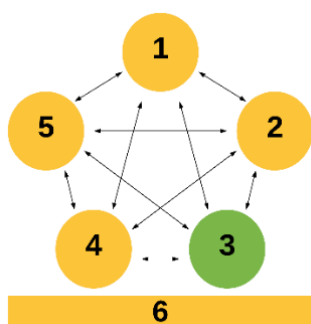
aktivitet anvendes en ressource 1 i 30 minutter samt medicin. I næste led er der to sideløbende aktiviteter, hvor der gøres brug af ressource 2 i 15 minutter og ressource 3 i 5 minutter. Under den følgende aktivitet gøres der brug af ressource 2 i 10 minutter samt medicin, mens der under den sidste aktivitet gøres brug af en ressource 1 i 30 minutter. Opstillet som time equation vil det se således ud:

$$\begin{aligned} \text{Omkostning} = & 0,5 \text{ time} * 800 \frac{\text{kr.}}{\text{time}} + 50 \text{ kr.} + 0,25 \text{ time} * 500 \frac{\text{kr.}}{\text{time}} + 0,8333 \text{ time} * 350 \frac{\text{kr.}}{\text{time}} \\ & + 0,1666 \text{ time} * 500 \frac{\text{kr.}}{\text{time}} + 50 \text{ kr.} + 0,5 \text{ time} * 800 \frac{\text{kr.}}{\text{time}} = 1137,5 \text{ kr.} \end{aligned}$$

Herved ville den direkte forløbsomkostning for den givne patient være 1137,5 kr.

Ud fra dette er det intentionen, at projektleder vil gøre, som Kaplan & Anderson foreskriver, hvor kapacitetsomkostningssatsen multipliceres med den forbrugte tid på en aktivitet. Dette summeres for alle aktiviteter, hvilket viser de samlede omkostninger.

Bundled Payments – Move to Bundled Payments for Care Cycles



Det tredje punkt, som Porter & Lee beskriver i *The Value Agenda*, og som også er beskrevet i teoriafsnittet, er *Bundled Payments*. *Bundled Payments* er, som tidligere beskrevet, karakteriseret ved, at man stræber efter at lave en samlet betaling for hele patientforløbet.

I dansk kontekst har man endnu ikke forsøgt at lave en *bundled payments*-ordning for hele patientforløb. Dette skyldes, at man i Danmark har en skarpere opdeling mellem sygehus og lægepraksis samt andre private instanser som fysioterapeuter o. lign. Dette bliver understreget af Anne G. Dal, som beskriver opbygningen som en silo-tankegang i et interview foretaget d. 3. maj 2019:

” Altså det er jo tre organisatoriske siloer vi taler om her. Så jeg vil sige på sigt, så skal det selvfølgelig bindes sammen, men man må også bare anerkende, at ingen af de siloer, lige nu, er på et punkt hvor de selv ved hvad de koster. Så det der med at blande det sammen på samme tid... det har vi valgt af strategiske årsager, at det vil vi ikke komme særligt langt med. I stedet for at sige vi sidder i den her silo, så lad os

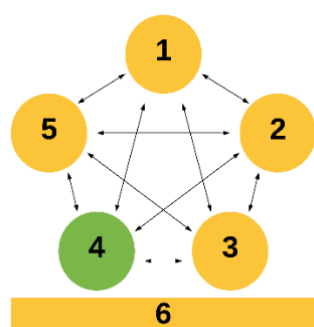
inde for den her silo finde ud af en smart måde at beregne på hvad koster det egentlig, og så kan man jo altid udvide.” (Dal, 2019, p. 8:58)

Som det også fremgår af interviewet, med projektleder ved Region Nordjylland Anne G. Dal, vil det være i overensstemmelse med teorien at indføre et *bundled payments*-system, men i praksis er det ikke så oplagt da opbygningen af det danske sundhedsvæsen er opbygget ud fra en silo-tankegang.

Det samme gør sig gældende ved Aalborg Universitetshospital, her er der netop, som tidligere beskrevet, et tæt samarbejde med hospitalet og andre sundhedsinstanser som f.eks. fysioterapeuterne. Alligevel er der ikke implementeret en *bundled payments*-løsning.

Det er derfor også vigtigt at påpege, at sundhedsvæsenet i Danmark er politisk styret, og det er fordelingen af de økonomiske midler dermed også. Det må derfor siges at være en politisk beslutning og man vil implementere *bundled payments* eller ej, og at det enkelte sygehus derfor ikke har nogen direkte indflydelse herpå. Man kan derfor kun forholde sig til sin 'egen silo', som det påpeges af Anne G. Dal.

Integrate Care Delivery Systems Across Separate Facilities



Integrate Care Delivery Systems er ligeledes med ovenstående punkter en central del af Porter & Lees gennemgang af værdibaseret sundhed. Som beskrevet i teori-delen af projektet, definerer Porter & Lee *Integrate Care Delivery Systems*-punktet hvor sundhedsudbyderen skal så vidt muligt integrere dets værditilbud for at undgå fragmentering og ineffektivitet.

Porter & Lee opstiller selv fire komponenter, sundhedsudbyderen skal forholde sig til for at opnå tilstrækkelig integration af leveringen af sundhedstilbud. Disse værditilbud, fra sundhedsudbyderen, er defineret som hele behandlingsforløb på tværs af diagnoser. (Porter & Lee, 2013, pp. 14-15)

Dog bliver det tydeligt, især i dansk kontekst, at det ofte ikke er muligt at følge den intenderede måde Porter & Lee foreslår mht. integration af behandlingsforløb. Dette skyldes, at det danske sundhedsvæsen er underlagt politisk fastlagte krav vedr. hvilke behandlingsforløb, der skal varetages i den pågældende region. Derudover er det også fra politisk side fastlagt, hvilke regioner der skal varetage hvilke medicinske specialer. M.a.o. vil det altså ikke være muligt for den individuelle region at fravælge behandlingsforløb, der ikke skaber tilstrækkelig værdi for patienterne, hvis det er blevet pålagt regionen fra politisk side. Disse krav er fastlagt i den såkaldte *Specialeplan*, hvori det er fastlagt hvilke regioner, der skal varetage specifikke medicinske specialer. Samtidigt er det Sundhedsstyrelsens opgave at lave opfølgninger på, hvordan regionerne varetager specialerne, og om der er behov for ændringer.

Det første af fire komponenter, som Porter & Lee mener, en sundhedsudbyder skal tage stilling til, ift. integration af værditilbud, er definitionen af omfanget af de udbudte serviceydelser. Dvs. der skal tages stilling til, om der er nogle af de udbudte serviceydelser, der ikke kan leveres med tilstrækkelig høj værdi, og i så fald skal disse ydelser fjernes. I dansk kontekst vil dette ofte ikke være muligt uden politisk indblanding, da det er Folketinget, i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, der fastlægger, hvilke ydelser der skal tilbydes i regionerne.

Andet af de fire komponenter i integreringen af sundhedstilbud fokuserer på at samle kapaciteten på færre lokationer. Dette gøres både for at samle ekspertise for at opnå et højt kvalifikationsniveau, men også for at opnå mere banale stordriftsfordele såsom minimering af indirekte omkostninger. Konteksten hvori Porter & Lee formulerede denne teori er baseret på amerikanske forhold, hvor sundhedssystemet er betydeligt mere fragmenteret, og ikke politisk kontrolleret i samme grad som i Danmark. Derfor vil der være, i amerikansk kontekst, store økonomiske gevinster ved at udrulle en omfattende integration af sundhedstilbud, og derved opnå de førnævnte stordriftsfordele. I dansk kontekst er det dog ikke i samme grad muligt at opnå lignende resultater, da denne form for integration af sundhedstilbud har været en central del af den politiske styring af det danske sundhedsvæsen. Dette kommer især til udtryk i *Specialeplanen*, der fastlægger, hvor de medicinske specialer skal placeres. Derudover har den mangeårige effektivisering af sundhedssystemet betydet adskillige lukninger af mindre sygehuse, og derefter opretning af nye større specialiserede afdelinger i de største byer i regionerne, som eksempelvis Aalborg Universitetshospital i Aalborg, der fungerer som det primære hospital i Nordjylland.

Et eksempel på en integration, der kunne høre under komponent to af de fire komponenter i *Integrate Care Delivery Systems*, er sundhedshuse. Af finansloven år 2017 blev der afsat 200 mio. kr. årligt i årene 2017-2020 i en pulje til læger og sundhedshuse.

(Finansministeriet, 2017, p. 226). Sundhedshusene er dog noget ældre, hvilket for eksempel kan ses på Sundheds- og Kvarterhuset i Aalborg Øst, der åbnede i 2012 (Region Nordjylland, 2018). De afsatte midler i årene 2017-2020 viser dog, at det er et område, der investeres i netop nu. Et sundhedshus kan bestå af mange forskellige ting. F.eks. kan flere praktiserende læger og speciallæger gå sammen i samme bygning. Herudover kan der være andre kommunale og regionale sundhedsfunktioner. En fordel herved vil være, at man kan være fælles om personalet, hvor der f.eks. kan indgå lægesekretærer og sygeplejersker.

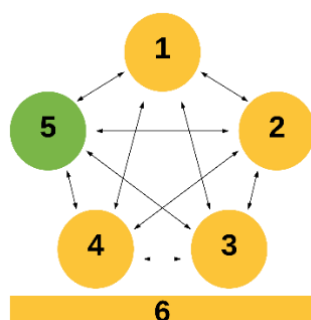
(Sundheds- og Ældreministeriet, 2019) Herudover er en af målene med sundhedshusene at give borgerne mulighed for at få flere behandlinger samme sted, og muligvis kortere til nærmeste behandlingsmulighed (Region Nordjylland, 2018).

Tredje komponent af de fire komponenter er nært beslægtet med ovenstående komponent, da det er her, ifølge Porter & Lee, at sundhedsudbyderen skal udvælge den bedste geografiske lokation for de individuelle ydelser. Porter & Lee understreger vigtigheden ved

at placere ydelser med høj kompleksitet på lokationer med tilstrækkelige ressourcer til at udføre dem, og samtidigt placere simple ydelser på lokationer med et lavere kompetenceniveau og derved et lavere omkostningsniveau. I dansk kontekst er dette ligeledes politisk bestemt. *Specialeplanen* fastlægger, hvor de medicinske specialer skal placeres, dog er det muligt for regionerne at varetage og derunder placere specialerne, der hvor de finder det bedst i regionen. Derudover er der i regionernes økonomiaftale med staten oprettet en *nærhedspulje*, som regionerne kan gøre brug af, til netop at placere individuelle ydelser, særligt de ydelser med lavere kompetencekrav, flere steder end hovedhospitalet i regionen. Derved opnår regionens borgere højere værdi i form af geografisk nærhed til sundhedstilbud, og regionerne opnår økonomiske fordele ved at kunne placere disse ydelser på lokationer med et lavere omkostningsniveau.

Sidste komponent af de fire komponenter omfatter den samlede integration på tværs af geografiske lokationer. Behandlingsforløbene skal, ifølge Porter & Lee, samles i de såkaldte *IPU'*er, men integrationen af disse er særlig vigtig, hvis et behandlingsforløb foregår på flere geografiske lokationer. I dansk kontekst er der ikke et højt integrationsniveau mellem sygehusene og andre led i et behandlingsforløb uden for sygehusets direkte kontrol såsom patientens egen læge. Årsagen til dette skyldes flere elementer såsom forskelligartet journaler, eller fraværet af brugbare journaler overhovedet, og direkte lovgivning der forbyder hvert selvstændigt led i et behandlingsforløb at dele privat information om patienten uden dens samtykke. Dog er der tættere samarbejde mellem sygehusene og ydelser vedrørende genoptræning herunder eksempelvis fysioterapeuter. Der ses en stærkere integration mellem aktørerne fra sygehuset og fremad i et behandlingsforløb.

Expand Excellent Services Across Geography



Som beskrevet i teoriafsnittet, er det femte punkt i Porter & Lee's *Value Agenda Expand*. Dette omhandler at patienterne ønsker mest mulig værdi, hvilket kræver, at de skal have adgang til behandling i nærområdet eller inden for en overskuelig distance. Derudover beskrives det, hvordan sygehusvæsenet skal være delt op i hubs, og satellitter, hvor hubs er de store

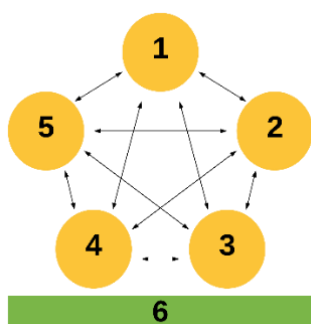
hospitaller, mens satellitter fungerer ved at de diagnosticerer, foretager simple behandlinger, og viderestiller patienterne til the hub (det centrale hospital).

I USA menes der med ekspansion, at man f.eks. bygger en ny *IPU* i en ny region, for at brede sig, og for at få flere kunder. Dette er dog helt anderledes i dansk kontekst, idet der i USA er konkurrence i sundhedsvæsenet, mens det danske sygehusvæsen ikke i samme grad er præget af konkurrence, hvorfor det ikke giver mening at ekspandere. Dette udtaler Anne G. Dal sig om under andet interview:

”den overordnede misforståelse er også konkurrencebaseret setup, så vi skal konkurrere mod hinanden, og det er lidt en misforståelse af konkurrencebegrebet i den danske kontekst fordi vi er jo et system, vi er jo en forretning alle sammen, sammen, vi skal være til stede så udbredt som muligt, så lokalt som muligt, altså hvad der er økonomisk rentabelt, så vi skal jo ikke kæmpe,” (Dal, 2019, p. 54:17)

Begrebet *expand* var ikke konkret et emne gennem nogle af de to interviews, men vores analyse er, at det overordnet lyder som om, det danske sygehusvæsen er bygget op med store centrale hospitaler, og herudover har man sin praktiserende læge, der kan foretage simple behandlinger og diagnosticere patienterne og viderestille dem til forløb på de centrale sygehuse. Herudover vurderes det også, at man generelt har adgang til disse institutioner inden for en overskuelig distance, hvorfor man kan sige, at det danske sygehusvæsen allerede lever op til dette punkt i Michael E. Porter & Thomas H. Lees *Value Agenda*.

Information Technology – Build an Enabling Information Technology Platform



Ifølge Porter & Lee skal IT-systemet spille en central rolle i implementeringen og driften af *værdibaseret sundhed*. IT-systemets rolle er at skabe en samhørighed mellem de andre ovenstående elementer. Det ideelle IT-system, med udgangspunkt i *værdibaseret sundhed*, har som vigtigste rolle at understøtte et fuldkomment behandlingsforløb. Porter & Lee argumenterer for, at hvis et IT-system kan understøtte de

resterende elementer i værdibaseret sundhed, så vil det medføre en øget værdi for patienten, hvilket er hovedmålet for *værdibaseret sundhed*.

Essensen i *Information Technology* er at designe IT-systemet på tværs af afdelinger og diagnoser, så det kan understøtte de fem resterende elementer i *værdibaseret sundhed*.

Hidtil har IT-systemer været designet efter en silotilgang, hvilket, ifølge Porter & Lee, modvirker ønsket om at understøtte et komplet behandlingsforløb på tværs af afdelinger og serviceydelser. Nedenstående vil der være en nærmere analyse af brugen af *Information Technology* i den danske sundhedssektor.

Under interviewet med Aalborg Universitetshospital blev der tilkendegivet, at der stadig findes en silotænkning i det danske sygevesen. Dette kan f.eks. ses ud fra følgende citat fra Helene H. Bjerregaard, projektleder på VBS-projektet i Aalborg Universitetshospital:

"..altså vi kan ikke, i regionens system, se; kom de til lægen fordi, at de havde ondt i knæet stadigvæk.. vi kan bare se, om der har været en konsultation, om det har været en telefonkonsultation... og så kan man nogle gange se om der har været årskontrol, men det er bare årskontrol, man kan ikke se ... hvis de både har diabetes og KOL, så kan vi ikke se om det er det ene eller det andet..." (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 56:22)

Heraf kan det ses, at man fra sygehusets side, ikke får den information, som patientens praktiserende læge ligger inde med. Dette går imod den grundlæggende tanke omkring et integreret IT-system.

I et projekt vedr. kommunal inddragelse i VBS af projektleder Helene H. Bjerregaard har man forsøgt at gøre PRO-dataene tilgængelige for de fysioterapeuter, der skulle behandle patienterne efterfølgende i kommunalt regi, for derved at skabe et mere integreret behandlingsforløb. Dette ses af følgende citat fra interview 1:

"Det handler om at de PRO-data som vi samler ind på hospitalet, dem stiller vi sådan set til rådighed for de borgere der går over i kommunal regi efterfølgende. Dvs. dem der får en genoptræningsplan her fra sygehuset. Og så kan fysioterapeuterne ude i kommunen se, hvad var patientens funktionsscore inden operationen, fem til syv uger efter operationen og så igen tre mdr. efter, når de har været i træningsforløb

ved dem. Så har de mulighed for at se, om patienten udvikler som han/hun skal.”

(Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 27:55)

Derved ses et forsøg på at integrere behandlingsaktiviteter efter patienten er færdig med behandling i sygehusregi i ét behandlingsforløb. Få at fuldføre behandlingsforløbet, bør man også integrere den praktiserende læge i dette projekt omhandlende *PRO*-data.

Herudover ses der også politiske bestræbelser på en øget IT-integration i økonomiaftalen for år 2019 ved oprettelsen af et teknologibidrag:

Parterne er enige om, at der med aftalen introduceres et nyt teknologibidrag, som udgør en fremadrettet ramme for arbejdet med effektiviseringer på sundhedsområdet. Teknologibidraget udgør ½ mia. kr. årligt og tilvejebringes af regionerne gennem realisering af de løbende gevinster ved at modernisere og udvikle opgaveløsningen, bl.a. via ny teknologi, nye behandlingsmetoder og forbedrede arbejdsgange. (Finansministeriet, 2018, p. 4)

I citatet ses det, at der er indført et nyt teknologibidrag, der skal bruges til at forbedre arbejdsgange og målrette ressourcer samt understøtte ny teknologi.

I regionen arbejdes der også med udvikling af IT-systemer, der understøtter behandlingsforløb i modsætning til silotankegangen. Det forklarer projektleder for VBS ved Region Nordjylland Anne G. Dal således:

”Her fra marts er vi begyndt at registrere forløbskoder og forløbs ID’er. Dvs. så burde alt hvad der bliver koblet op på forløbs ID jo være aktiviteter, der indgår i det forløb. Så hvis vi kunne få de her forløbs ID’er og koble bookingsystemets data, dvs. du booker med forløbs ID og ikke patient ID, så begynder du jo netop at kunne samle det her sammen.” (Dal, 2019, p. 22:07)

Der ses ud fra overstående citat, at regionen er begyndt at udvikle IT-systemer på databaseniveau. Grundregistreringen er ændret, så der registreres på forløbsniveau, hvilket i et VBS-perspektiv er mere hensigtsmæssigt, og stemmer overens med VBS’s teoretiske fundament. Disse forløbsregistreringer er dog ikke integreret med andre registreringer i sundhedssystemet som eksempelvis deres bookingsystem.

Med ovenstående information i mente kan vi konkludere, at IT-systemets integrationsniveau er lavt. Dette kommer især til udtryk ved, at tiltag, som beskrevet ovenfor, endnu ikke er blevet implementeret. Til forskel fra tidligere økonomiaftaler er der nu fokus på Information Technology.

VISION FOR FREMTIDIGT ARBEJDE MED VÆRDIBASERET STYRING I DANSK KONTEKST

Der er igennem projektet henvist til økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne fra 2019. Den 4. september 2019 er der dog udarbejdet en ny økonomiaftale mellem regeringen og regionerne, gældende fra 2020. Der vil i dette afsnit derfor være en gennemgang af de relevante tilføjelser til økonomiaftalen 2020, som ikke er inkluderet i økonomiaftalen 2019.

Med regionernes økonomiaftale for 2020 er der stadig fokus på *værdibaseret sundhed*, hvilket blev beskrevet nærmere i analyseafsnittet. I økonomiaftalen for 2020 er der dog også tegn på, hvor fokuset ligger i de fremtidige økonomiaftaler. Regeringen har inviteret folketingets partier til forhandlinger om en sundhedsaftale, hvori der skal tages hånd om den demografiske udvikling, der betyder en større andel ældre i befolkningen.

Nedenstående citat fra økonomiaftalen for 2020 beskriver indholdet af denne mulige aftale:

“Rammen for et udspil er en videreførelse af et decentralt sundhedsvæsen, hvor regionernes driftsansvar videreføres, og regionerne har indflydelse og afgørende medbestemmelse på sundhedsområdet.” (Finansministeriet, 2019, p. 2)

Her ses det nedskrevet direkte i økonomiaftalen for 2020, at en udvidelse af ledelsesrummet ses som et af fokusområderne i udviklingen af sygehussektoren. Dette vil medføre større selvbestemmelse i de enkelte regioner til at implementere tiltag på baggrund af deres lokale erfaringer f.eks. fra VBS-projekterne.

Som det er tilfælles i økonomiaftalerne 2019 og 2020, er der ligeledes inkorporeret flere delelementer af *værdibaseret styring* i økonomiaftalen for 2020. Herunder kan nævnes et øget fokus på patienttilfredshed, som er illustreret i målsætningen i følgende citat:

"Flere overlever alvorlig sygdom, fx inden for hjertesygdomme og kræft, og patienterne venter i kortere tid på en sygehusoperation." (Finansministeriet, 2019, p. 1)

Disse målsætninger kan sidestilles med Tier 1 i *Porters Tre Tiers*, som både er beskrevet i projektets teori afsnit men også behandlet i opgavens analyse.

Derudover ses der også et eksplicit ønske om større integration af services i sundhedssektoren. Dette kommer også til udtryk i økonomiaftalen for 2020:

"Regionerne har en central rolle i udviklingen af et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor borgeren samtidig oplever øget nærhed. Udviklingen skal ske i samarbejde med almen praksis og kommunerne." (Finansministeriet, 2019, p. 2)

Dette afspejler igen et centralt element i VBS, det sammenhængende behandlingsforløb bliver i Porters beskrivelse af VBS tilskyndet ved brugen af bl.a. *bundled payments*, men som det tidligere er omtalt i projektet gøres der ikke brug heraf i Danmark, da fordelingen af de økonomiske midler stadig baserer sig på en silotankegang.

Ønsket om større integration kan også forenes med Porter & Lees *The Value Agenda*, hvor punkt fire netop har fokus på at integrere services mest muligt, så borgerne oplever et bedre sammenhængende behandlingsforløb (Porter & Lee, 2013, pp. 14-17). Der ses, at dette skal ske i samarbejde med kommunerne og almene praksis, hvilket helt er i tråd med *The Value Agendas* ønske om sammenhængende behandlingsforløb, hvor aktører, før og efter sygehusdelen af en behandling, er integreret.

Samtidig findes der også elementer af Porters værdibrøk i økonomiaftalen for 2020:

"Regionerne skal understøtte, at opgaver løses der, hvor opgaven løses mest omkostningseffektivt til størst gavn for patienterne. Det kræver blandt andet større sammenhæng og et styrket samarbejde mellem de centrale aktører – praktiserende læger, kommuner og regioner." (Finansministeriet, 2019, pp. 2-3)

Hvor begrebet omkostningseffektivt indebærer at man har samme aktivitetsniveau for lavere omkostningspulje, eller et højere aktivitetsniveau for samme omkostningsniveau, hvilket er essensen af værdibrøken.

Citatet understøtter ligeledes målsætningen om et mere samlet behandlingsforløb for patienten.

Man forsøger også at skabe mere værdi for patienten ved at tilbyde flere behandlingsmuligheder tæt på eller i borgernes eget hjem. (Finansministeriet, 2019, p. 2) Dette håndhæves ved et finansieringsbidrag kaldet *nærhedsfinansiering*, som skal være en økonomisk støtte til en omstilling af sundhedsvæsenet, således der kommer større fokus på behandling uden for sygehusene. (Finansministeriet, 2019, p. 7) Der er herfor opstillet fire *KSF*'er, som ses i Figur 14 nedenfor.

Boks 3

Kriterier i nærhedsfinansiering for 2020

1. Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger.
2. Reduktion i sygehusaktivitet pr. kroniker (KOL og diabetes).
3. Reduktion i andelen af somatiske indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage.
4. Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb.

Figur 14 - Kriterier i nærhedsfinansieringen for 2020 (økonomaftalen 2020)

Tildelingen af nærhedsfinansieringen er bestemt ud fra, hvor mange af de fire punkter regionen kan opfylde inden for en regnskabsperiode. Figur 15 viser den procentvise tildeling, som varierer med hvor mange af de fire målsætninger, der er opfyldt.

Boks 4**Efterregulering af nærhedsfinansiering**

Antal opfyldte mål	nærhedsfinansiering (andel, der forbliver i regionerne)
0	0 pct.
1	33 pct.
2	67 pct.
3+	100 pct.

Figur 15 - Efterregulering af nærhedsfinansiering (Økonomiaftalen 2020)

Det skal dog bemærkes, at der i økonomiaftalen ikke er defineret nogle *KPI'er* for de fire KSF'er, dermed bliver det uvæsentligt for modellen, om det er en stor eller lille reduktion/stigning, og man kan forstille sig et scenarie, hvor man tidligt på året har opnået sin reduktion/stigning og derfor ikke ønsker at øge denne, således det også er muligt at opnå en reduktion/stigning budgetåret efter. Nærhedsfinansieringen er en statslig årlig finansiering på 1,5 mia. kr. betinget af en behandlingsomstilling jævnført de fire fremsatte kriterier (Finansministeriet, 2019, p. 4).

Desuden beskrives det også i økonomiaftalen 2020, som det også blev i økonomiaftalen 2019, hvordan det tidligere to procents-sparekrav samt den statslige aktivitetspulje er afskaffet, til fordel for et mere fleksibelt rammebudget. Dette skaber en mere decentral ledelseskultur, som også kan kategoriseres, som værende et delelement til *VBS* (Bukh & Christensen, 2018a) (Bukh & Christensen, 2018b, pp. 251-252). Dette følger udviklingen i ledelsesrummet, som er beskrevet i projektets teoriafsnit.

Herudover er der lagt stort fokus på et årligt *teknologibidrag*, som også er inkluderet i økonomiaftalen 2019. Som det tidligere er beskrevet, kan dette sidestilles med punktet *Information Technology* i modellen *Value Agenda*, som danner fundamentet for analysen i dette projekt. Derfor er teknologibidraget beskrevet i analyseafsnittet omhandlende *Information Technology*. Teknologibidraget er et årligt bidrag på 0,5 mia. kr. (Finansministeriet, 2019, p. 4)

Nærhed er også et fokus, hvilket kan udledes fra *Expand*-punktet fra *The Value Agenda*. Porter & Lee argumenterer for, at man som sygehus skal ekspandere med sine kernekompetencer, for at opnå en større markedsandel ved netop at udnytte sine kernekompetencer (Porter & Lee, 2013, pp. 17-18). I dansk kontekst er dette dog ikke muligt. Derimod er der fra politisk side et ønske om, at borgere skal opleve større nærhed med sundhedssektoren. Hvilket kommer til udtryk, i dansk kontekst, som sundhedshuse placeret i udkantsområder, eller et større behandlingsområde for almene praksis.

DELKONKLUSION

I dette afsnit vil der være en opsamling på det, der er fundet frem til gennem de analyser, der er foretaget i analyseafsnittet. Der vil ligesom for teoriafsnittet blive taget udgangspunkt i de tre niveauer, der i analyseafsnittet dog er ændret til det strategiske niveau for sig og en sammenlægning af det taktiske- og det operationelle niveau.

På det strategiske niveau blev der analyseret på hvilke dele af det danske sygehusvæsen, der havde fællestræk med den udvikling, som henholdsvis *New Public Management* og *New Public Governance* dækker over. Her synes vi, at udlicitering, kontraktstyring og anvendelsen af *KPI'er* har fællestræk med *NPM*. Herudover fandt vi frem til, at der findes elementer af *NPG's* samskabelse, *Digital Era Governance* og *Formula Funding* i det danske sygehusvæsen. Dernæst analyseres der på, hvordan der har været politisk indflydelse, der er gået i retningen af *værdibaseret styring*. Dette findes der flere eksempler på i økonomiaftalen for år 2019. Til slut analyseres der på, hvordan finansieringen af sygehusvæsenet kunne bygges op i afsnittet *Formula Funding*. I dette afsnit finder vi frem til, at tildelingsmodellen kan fungere, som den er nu, idet regionerne og sygehusene har frihed inden for den ramme, der er sat. Herved kan de selv vurdere, hvordan de skaber mest muligt værdi for de midler, de har til rådighed.

Under det taktiske og operationelle niveau omhandler den overordnede analyse, hvordan der præsteres på Aalborg Universitetshospital på de seks punkter, der er en del af Michael E. Porter & Thomas H. Lee's *Value Agenda*. Gennem disse punkter findes der frem til, at der på de fleste punkter kan ses, at Aalborg Universitets hospital rykker sig i retningen af *værdibaseret sundhed* som foreskrevet af Michael E. Porter & Thomas H. Lee. Der er dog nogle dele som eksempelvis *IPU* og *Expand*, der ikke helt passer til danske forhold.

Til slut er ændringerne fra økonomiaftalen 2019 til 2020 blevet behandlet, og viser, at der nu er inkorporeret flere delelementer af *VBS*. Herunder kan nævnes af eksempler; det beskrevne *nærhedsfinansiering* og *teknologibidrag*.

DISKUSSION

Der vil i følgende afsnit være en gennemgående diskussion af nogle af de centrale problemstillinger, der er blevet synliggjort igennem analysen. Disse problemstillinger omhandler implementeringen af *værdibaseret sundhed* i den offentlige danske sektor. Diskussionen er, på lige fod med projektets analyse- og teoriafsnit, eksemplificeret via Aalborg Universitetshospital.

Diskussionsafsnittet vil være opdelt i tre dele. I den første del vil der være en diskussion af den videnskabelige metode anvendt i projektet.

I den anden del diskuteres kompleksiteten i det danske sygehusvæsen. Her vil der blandt andet blive diskuteret, hvorfor man ikke er længere i implementeringen af *værdibaseret sundhed* i Danmark, og hvilke grunde der findes til dette.

Til sidst vil der indgå en diskussion af *TDABC*'s forskellige formål, og hvilke formål, værktøjet kan dække i det danske sygehusvæsen.

REFLEKSIONER OM DEN VIDENSKABELIGE METODE I PROJEKTET

Der vil i dette afsnit indgå en diskussion af den videnskabelige metode, som er anvendt i udarbejdelsen af projektet, herunder vil der være en gennemgang af nogle af de kritikpunkter associeret hermed. Desuden vil dette afsnit også indeholde en diskussion af kvaliteten af undersøgelsen, som er behandlet i dette projekt, i den forbindelse vil der være en gennemgang af begreberne reliabilitet og validitet.

Som det er beskrevet i opgavens videnskabelige metode afsnit, danner den subjektivistiske tankegang et af hjørnesteenene i *Det Fortolkende Paradigme*, som har dannet grundlaget for dette projekt. Paradigmevalget har fungeret som en fælles forståelsesramme for den videnskabelige metode anvendt i projektet blandt videnskaberne. Paradigmevalget er ligeledes forsøgt beskrevet for at give læseren en forståelse for den videnskabsteoretiske

baggrund for det analytiske arbejde i projektet, og for hermed at skabe transparens i udarbejdelsen heraf.

Det kan, inden for de subjektive paradigmer, vise sig vanskeligt at opnå kravet om reliabilitet. Dette skyldes, at der med kravet om reliabilitet menes, at undersøgelsen skal kunne genskabes med samme resultater uafhængigt af videnskaberens. Dette er dog ikke muligt i praksis for en subjektiv undersøgelse, da videnskaberens kan have haft indflydelse på resultatet af undersøgelsen. Man kan i stedet ty til begrebet om transparens, hvorved væsentlige beslutninger og metoder beskrives detaljeret for at give læseren muligheden for selv at vurdere kvaliteten af undersøgelsen. Der er i dette projekt forsøgt at skabe transparens i undersøgelsen ved at inkludere afsnit om litteratursøgning og tilgangen til de to interviews, som er inkluderet i undersøgelsen. Der er ligeledes sikret transparens i projektet ved en dybdegående argumentation for kombinationen af de forskellige teorier, som er anvendt i projektet.

Validiteten af et projekt er et udtryk for i hvor høj grad, der er sammenhæng mellem projektets problemformulering, analyse og konklusion. Vi mener, at dette projekt opnår en høj grad af validitet ved den præcist definerede problemformulering, som inkluderer nogle højst relevante problemstillinger, som forsøges behandlet ved nøje udvalgte teorier, som herefter gennemarbejdes i en grundig analyse. Projektet ender til sidst ud i en konklusion på den valgte problemformulering hvilket skaber en rød tråd gennem projektet.

Som et kritikpunkt til *Det Fortolkende Paradigme*, kan nævnes at den subjektive tilgang giver problemstillinger i forhold til hvorvidt, der kan dannes generaliseringer ud fra projektanalysens resultater. Dette skyldes, at den subjektive tilgang ikke tillader, at der drages generaliseringer herfra, da resultatet af analysen er skabt mellem aktørerne i en unik interaktion. Dette betyder, at resultatet ikke direkte kan overføres til andre situationer.

Den videnskabelige metode, der er medtaget i dette projekt, bygger som allerede beskrevet dels på bogen *Sociological Paradigms and Organisational Analysis* af Gibson Burrell & Gareth Morgan samt bogen *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* af Bob Ryan et. al., der anvendes som supplerende litteratur. Disse to værker hænger sammen på den måde, at der i bogen *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* beskrives, hvordan Hopper & Powell har arbejdet videre med Burrell & Morgans

arbejde. De har opstillet tre forskningstilgange, der supplerer over de fire paradigmer, Burrell & Morgan allerede har stillet op. Det vil eksempelvis sige, at når der i dette projekt arbejdes med *Det fortolkende paradigme*, vil der samtidigt blive arbejdet inden for en fortolkende forskning. Disse forskningstilgange passer herved overens med paradigmerne. For begge er dog gældende, at de er bygget op efter, at man er placeret et sted på de to spektre mellem henholdsvis subjektiv og objektiv, og reguleringer og radikale ændringer.

Det kan dog diskuteres, hvor man er placeret på disse to spektre. I dette projekt, mener vi at projektet overordnet er udarbejdet med et subjektivt udgangspunkt. Dette skyldes, at der i teoriafsnittet er forsøgt at gengive teorierne så objektivt som muligt. Herudover forsøges det også i analysen eksempelvis at placere de udsagn, der gives gennem interviewene og i de anvendte kilder, som de bør i de seks punkter i *The Value Agenda*. Hver gang der er blevet analyseret på, hvordan det går med implementeringen af frameworket, hvor langt man er kommet, og hvorfor man ikke er kommet længere, er det vores mening, der er kommet til udtryk. Det er på baggrund af dette, at vi har vurderet, at projektet overordnet har en subjektiv baggrund.

Herudover kan det også diskuteres, hvor projektet er placeret i forhold til om, der er fokus på reguleringer eller radikale ændringer. Gennem anvendelsen af frameworket *Value Agenda* kan der argumenteres for, at der bliver lagt op til nogle radikale ændringer. Derfor kan man mene, at projektets paradigme burde være under *Det Radikalhumanistiske Paradigme*. Men gennem projektets analyse forsøges der at opnå en forståelse for, hvor langt man er kommet i implementeringen af de seks punkter fra Porters framework.

Herudover forsøges det også at opnå en forklaring på, hvorfor man ikke er nået længere, og hvordan de forskellige karakteristika for USA og Danmark kan spille ind på dette. Herudover stilles der også spørgsmålstejn ved, om det overhovedet er fordelagtigt at implementere alt fra Porters teori *The Value Agenda*, der regnes for den overordnede teori i dette projekt.

Alle disse tanker virker til bedst at passe med en placering i den ende med regulering, hvorfor vi vurderer, at der i projektet anvendes *Det fortolkende paradigme*.

KOMPLEKSITETEN AF VÆRDIBASERET SUNDHED I DANSK KONTEKST

Denne del af diskussionen vil omhandle de forhold, der kan være medvirkende til, at det kan være vanskeligt at implementere *værdibaseret sundhed* i det danske offentlige sygehusvæsen, som det foreskrives i *The Value Agenda*. Der vil først indgå en diskussion af konsekvenserne ved, at *værdibaseret sundhed* i Danmark skal implementeres i et offentligt sygehusvæsen, mod et mere privat sygehusvæsen i USA. Herudover diskuteres det, hvorvidt der skal benyttes en *top-down* eller en *bottom-up* strategi i implementeringen, og om de nuværende tiltag med hensyn til implementering er tilstrækkelig.

Time-driven Activity-Based Costing har en central rolle i *Value Based Health Care*, som et specifikt element i punkt to i *Value Agenda*. *TDABC*, og *ABC* generelt, har som ét af hovedformålene at blotlægge ledig kapacitet i en given produktion. I en produktionsvirksomhed er denne viden uundværlig, da den ledige kapacitet kan være et reelt problem, eller en vigtig ressource. Ved at blotlægge den ubrugte kapacitet kan ledelsen vælge at fjerne kapaciteten, f.eks. ved nedskæringen af medarbejderstaben. I en offentlig virksomhed, og særligt hospitaler, er politisk indblanding stor. Denne politiske indblanding har bl.a. indflydelse på et hospitals samlede kapacitet. Eksempelvis er det ikke muligt for et hospital at fjerne én eller flere operationsstuer, fordi de ikke er fuldt udnyttede. Grunden hertil er, at hospitaler ikke fuldkomment præcist kan forudsige efterspørgslen efter deres operationsstuer. Til enhver tid kan der opstå situationer, der gør, at behovet for hospitalets operationsstuer stiger, f.eks. ved større uheld, og derfor er det hospitalets pligt at kunne varetage denne uforudsigelige efterspørgsel. Henrik I. Nielsen beskriver ovenstående problemstilling her:

“Vi skal jo også kunne håndtere, hvis der er et biluheld på Hobrovej lige nu. Det skal der stå nogen klar til at håndtere, og nogle gange er der jo tomgang på den kapacitet, og så bliver enhedsomkostningen jo selvfølgelig dyr.” (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 23:30)

M.a.o. er det ikke muligt for et hospital at kontrollere dets kapacitets til fulde. Denne mangel på kontrol over egen organisation står i stærk kontrast til en privat virksomhed, hvilket *TDABC* oprindeligt var udviklet til.

Da hospitaler, i dansk kontekst, ofte drives som ikke-profit-skabende virksomhed, er der reelle risici for at omkostninger til agenten, jf. Principal-agent teorien, vil stige uhensigtsmæssigt. Dette skyldes det særlige forhold mellem principalen (staten/regionen) og agenten (hospitalet), hvor principalen ikke tager en del af overskuddet, da der ofte ikke vil være noget i nævneværdig grad, og ledelsen ikke er styret af økonomiske incitamenter, i form af aktieoptioner, til at styre organisationen så økonomisk effektivt som muligt. Over tid kan dette medføre et overnormalt omkostningsniveau, da agenten kan tilegne sig fordelagtige frynsegoder på bekostning af principalen, grundet den asymmetriske informationsadgang mellem principalen og agent. (Cardinaels & Soderstrom, 2013, p. 653)

Denne problemstilling mellem principalen og agenten kan også opstå internt i hospitalet. Eksempelvis er der forskel på de interne aktører internt i hospitalets incitamenter. Hospitalsledelsen vil være motiveret af at drive det mest effektive hospital, hvorimod en læge i høj grad er motiveret af de lægelige pligter, hvilket kan skabe konflikter med økonomistyringsdelen af hospitalet. F.eks. kan en læge tilsidesætte økonomisk effektivitet for patientens helbred. Den etiske diskussion af denne problemstilling vil vi dog ikke gå videre med her, dog skal man alligevel være særligt opmærksom på hospitalets interne interessenters motivationer, og de mulige konflikter der vil opstå. En mulig løsning på denne principal-agent problemstilling kunne være pay-for-performance løsninger, og har også været taget i brug i en række hospitaler i USA. Dog har pay-for-performance ikke haft samme succes i dansk kontekst, og bruges ikke, på baggrund af vores udførte interviews, i nævneværdig grad i Aalborg Universitetshospital. Begrundelsen for ikke at bruge pay-for-performance er bl.a. manglende resultater for virkningen heraf. Der blev iværksat et konkret forsøg med pay-for-performance, hvor en given afdeling kunne få en ekstra sum penge til brug i afdelingen, hvis specifikke parametre blev opfyldt, men kom ikke videre end forsøgsstadiet, da det ikke havde nogen effekt (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 01:00:13), og en bredere implementering ville være en for omkostningstung løsning, som beskrevet af Helene H. Bjerregaard:

“hvis du skal lægge 500.000 til side... i hvert speciale ... som man så kan gi... altså det vil simpelthen ikke give økonomisk mening” (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 01:00:55)

Eddy Cardinaels & Naomi Soderstrom (2014) beskriver hvordan ledere på hospitaler, der har en medicinsk baggrund i højere grad, foretrækker at benytte ikke-finansielle incitamentsløsninger. Denne undersøgelse understøttes også af Andersen et al. (2017), der bl.a. beskriver den interne motivation, der er hos medicinsk uddannet personale, og generelt ved offentligt ansatte. Herunder inddrages der bl.a. et italiensk studie (Bellé, 2015), som har undersøgt effektiviteten af resultatafhængige aflønningssystemer, og om synligheden heraf, for omverdenen. Undersøgelsen er baseret på et eksperiment som inkluderede 300 sygeplejesker, som var inddelt i mindre grupper. Resultatet heraf viste at ikke-økonomiske incitamenter i form af ros og anerkendelse fra en leder, kan have samme motivationsevne som økonomiske incitamenter, som ikke er synliggjort for omverdenen. (Bellé, 2015) Ud fra dette kunne det tyde på, at ikke-finansielle incitamenter er det foretrukne valg, når incitamentsstrukturer skal udarbejdes.

VÆRDIBASERET STYRING UNDER POLITISK INDFLYDELSE

Det er tidligere beskrevet, hvordan implementeringen af *værdibaseret styring* i sygehussektoren i Danmark er bestemt fra politisk side. Dette kan medføre nogle problemstillinger, som tidligere er beskrevet i projektet. Der vil i dette diskussionsafsnit være en diskussion af de konsekvenser, som de omtalte problemstillinger kan medføre.

I Danmark er implementeringen af VBS et politisk initiativ, og er igangsat som syv individuelle pilotprojekter landet over i de forskellige regioner. (Danske Regioner, u.d.) Dette projekt har primært beskæftiget sig med det pilotprojekt, som tager udgangspunkt i ortopædkirurgisk afdeling på Aalborg Universitetshospitals afdeling i Farsø.

Pilotprojektet med *værdibaseret styring* har i Farsø kørt siden 2015, hvor Aalborg UH begyndte at arbejde med VBS. Man begyndte dog allerede i 2013 at indsamle data vedrørende patienternes livskvalitet og funktionsevne før operation. Og først fra den 1. januar 2017 er man også begyndt at indsamle data efter operationen, som også omhandler livkvalitet og funktionsevne. Dette er med henblik på at kunne måle effekten af behandlingen. Desuden er fremtidsplanerne, at der skal indsamles lignende data for de patienter, som tilbydes en anden behandling end operation. Dette er med henblik på bedre

at kunne vurdere, hvilke patienter vil have gavn af en operation, og hvilke patienter opnår et bedre resultat med en anden behandlingsform. (Bjerregaard & Christensen, 2018, pp. 327-329)

Hermed kan det ses, at der sker en løbende udvikling på området for VBS af Aalborg UH's afdeling i Farsø, og at det dermed også forventes at frembringe væsentlige resultater i den nærmeste fremtid. Den politiske indflydelse på projektet kan dog vise sig problematisk, idet at projektet kan afvikles før de væsentlige pointer er belyst, hvis det politiske fokus flyttes andetsteds hen. Samtidig bør der også være en forløbsbegrænsning på projektet, således der produceres et færdigt resultat, som man derefter vil kunne overføre til øvrige afdelinger, ikke nødvendigvis kun på Aalborg UH men i hele den offentlige sektor, vil være at foretrække. Dermed bliver pilotprojektets livstid et væsentligt diskussionsemne, som er behandlet, men ikke løst i dette projekt.

Der kan dog findes elementer fra VBS i økonomiaftalen fra 2019, eksempler herpå kan ses i de opstillede punkter herunder:

- *Hurtig udredning, behandling af høj, ensartet kvalitet og sammenhæng på tværs af aktører:* Den samlede styring på sundhedsområdet skal understøtte hurtig udredning og behandling, ensartet, høj kvalitet i hele landet, sammenhængende omkostningseffektive behandlingsforløb på tværs samt effektiv forebyggelse.
- *Opgaveløsning på det mest effektive sted:* Sundhedsvæsenets opgaver skal løses der, hvor de løses mest effektivt. Styringen skal indrettes, så den flyttes fra et mekanisk fokus på sygehusaktivitet til et bredere, mere dynamisk fokus målrettet aktuelle prioriteter for et bæredygtigt sundhedsvæsen.
- *Sammenhæng og nærhed som høj prioritet:* Sammenhæng i patientforløbene og omstilling af behandling fra sygehusene til tilbud tættere på patienten skal være en prioritet i styringen, så det også slår igennem som en ledelsesprioritet på sygehusene. Det skal også understøtte et styrket populationsansvar.
- *Hensigtsmæssig realisering af gevinster fra ny teknologi og bedre behandlingsmuligheder mv.:* De løbende gevinster fra nye behandlingsmetoder og ny teknologi mv. skal realiseres på en hensigtsmæssig måde, så de kommer patienterne og personalet til gavn.
- *Fokus på værdi for patienten:* Styringen skal sikre plads og rum for personalet til at videreudvikle nye lokale løsninger med værdi for patienten.

- *God ledelse*: Styringen skal have en stærk organisatorisk og ledelsesmæssig forankring. God ledelse er en forudsætning for et godt arbejdsmiljø, god arbejdstilrettelæggelse og medarbejdertilfredshed. Det stiller krav til ledelsespraksis.

(Finansministeriet, 2018)

Disse seks punkter er fremadrettede målsætninger, som er udarbejdet i et samarbejde mellem regeringen og danske regioner i forbindelse med udarbejdelsen af økonomiaftalen for 2019. De afspejler alle elementer af *VBS*, men hvorvidt dette er implementeret på baggrund af pilotprojekterne landet over, er dog uvis.

Det kan desuden også vise sig problematisk, at man ved Aalborg UH's afdeling i Farsø alene fokuserer på *PRO*-data og indsamlingen heraf. Dette blev tydeligt i interviewet med Helene H. Bjerregaard og Henrik I. Nielsen. Problemstillingen skyldes, at, som det tidligere er beskrevet i projektet, og ligeledes er beskrevet af Michael E. Porter, er *VBS* en samling af flere tiltag, som alle har fokus på værdi, og tilsammen skaber en øget værdi. Derfor kan der stilles spørgsmålstejn ved hvor effektiv værdiskabelsen er, hvis der blot fokuseres på ét element af *VBS*, i stedet for 'hele pakken'.

Som det er blevet gjort klart i dette afsnit, kan der findes enkelte problemstillinger ved at implementere *VBS* som et politisk tiltag. Det kan derfor diskuteres om implementeringen foregår bedst ved en *top-down* eller *bottom-up* implementering, derfor vil der i følgende afsnit være en diskussion heraf.

TOP-DOWN ELLER BOTTOM-UP

I dette afsnit af diskussionen vil det blive diskuteret, hvorvidt implementeringen af *Time-Driven Activity-Based Costing* skal dikteres oppefra, eller om man for eksempel i den enkelte afdeling selv kan tage initiativet og implementere det selv. Der diskuteres herved, om der skal benyttes en *top-down* eller en *bottom-up* tilgang. I diskussionen dækker en *top-down* tilgang over, at implementeringen besluttet på politisk niveau, mens en *bottom-up* tilgang dækker over, at lederne på den enkelte afdeling eller sygehus tager beslutningen.

Den hurtigste metode til at implementere *TDABC* over alle sygehuse vil formentligt foregå ved hjælp af en *top-down* tilgang. På denne måde vil man sikre, at alle sygehuse og afdelinger tager del i denne udvikling, og at det sandsynligvis vil kunne foregå forholdsvis hurtigt. Modsat kan det også være demotiverende for de ansatte, hvis de i modsætning til den politiske ledelse ikke føler, at det er det rigtige skridt at tage. Med denne tankegang in mente vil man måske opnå en mere gnidningsfri implementering, hvis hospitalerne selv beslutter sig for at implementere værktøjet. Hvis det herefter viser at være en succes, vil andre afdelinger og sygehuse kunne tage ved lære og selv implementere det. Herved vil udbredelsen i højere grad afhænge af, om implementeringen af *TDABC* vil blive anset som en god investering.

Der kan dog være dele af den nuværende tildelingsmodel og finansiering af sygehusvæsenet, der ikke motiverer til implementering af *TDABC*. Med dette menes, at det kan være vanskeligt at implementere noget, du er usikker på, hvorvidt vil skabe nok fordele i forhold til hvor omkostningstungt, det er at implementere, når du har et rammebudget. Her vil den nemme beslutning sandsynligvis være at fortsætte med det, man allerede gør, specielt når der ikke motiveres til andet gennem finansieringen. I tillæg hertil kan man dog sige, at den nuværende tildelingsmodel overordnet set er en capita-finansieringsmodel. Med denne type model har sygehusene frihed inden for disse rammer til at eksperimentere, og hvis de selv vurderer det forsøge sig med at implementere *TDABC*, hvilket dog medfører en risiko for ikke at kunne overholde det fastlagte budget, pga. Investeringer til implementeringen af *TDABC*. En mulighed er dog, at man benytter et af ændringsforslagene, som nævnes i teoriafsnittet om ledelsesrummet. Her nævnes, at man kan drage fordel af, at små afdelinger kan gå sammen om budgetansvaret, hvilket minimerer risikoen for den enkelte afdeling. Herved kan man forsøge at implementere *TDABC* i én afdeling. Derved vil der være mindre risiko for den enkelte afdeling samtidigt med, at man får erfaringer, der kan bruges i en beslutningsproces om yderligere implementering.

På nuværende tidspunkt har man, til en vis grænse, vist retningen fra politisk side, ved at der, som tidligere nævnt, indgår dele af *værdibaseret sundhed* i økonomiaftalerne.

Herudover er de omtalte projekter, der er startet gennem interesseorganisationen Danske Regioner, også et skridt i denne retning. I Region Nordjylland har projekterne omhandlet implementeringen af *PRO*-data og netop *TDABC*, som også har været grundlaget for de to

interviews. Hvis man fra sygehusenes side kan se en stor nok fordel ved implementeringen af værktøjerne gennem disse projekter, vil det kunne føre til videre udbredelse heraf.

Herudover argumenterer projektleder ved Region Nordjylland Anne G. Dal for, at man til at starte med skal gøre sig tanker om formålet med implementeringen af en given model:

"hvis du vil ned og se nogle nuancerede forskellige i priserne for de enkelte patienter og hvordan de er i forhold til hinanden, så er det billigere og smartere at lave et bottom-op model, hvis du bare vil have et strategisk overblik for at se, okay har vi nogenlunde styr på vores udgifter? Så er det jo klart at så er det jo fuldstændig fjollet at lave en bottom-up". (Dal, 2019, p. 01:16:37)

Anne G. Dal anser DRG som en *top-down* strategi, mens TDABC anses som en *bottom-up* strategi (Dal, 2019), hermed mener hun, at med implementeringen af TDABC i en afdeling eller et sygehus må målet ikke bare være at få et overblik over prisen, men man skal eksempelvis kunne bruge det til en beslutning om, det er bedre at udlicitere en behandling. Eksempelvist kan de eventuelt gøre det billigere på et privat sygehus, idet de er mere specialiserede i netop den behandling. (Nielsen & Bjerregaard, 2019) (Dal, 2019) Med DRG-modellen findes der ikke nok præcist data til, at man kan beslutte hvornår sådan en beslutning vil være fordelagtig.

PRODUKTIVITETSKRAVETS EFFEKT

Siden år 2000 har sygehussektoren været underlagt det nu famøse to pct. produktivitetskrav. Det fremgår konkret i regionernes økonomiaftaler at hospitalerne skal nå dette to pct. krav, det er dog ikke specificeret i disse økonomiaftaler, hvorledes hospitalerne skal nå kravet. Dvs. der er frihed til hver enkelt region, og i princippet hvert hospital, at implementere tiltag der skal hjælpe med at nå dette to pct. produktivitetskrav. Produktivitetskravet har eksisteret siden 2000, og er blevet vedtaget af daværende regering i samråd med regionerne, men alligevel har produktivitetskravet være meget udskaelt af både medier og fagorganisationer. Kravet er siden blevet afskaffet i økonomiaftalen for 2019.

Der har siden produktivitetskravet indførelse været stor frihed til de enkelte regioner til at indføre metoder og arbejdsgange, der skal bidrage til at nå kravet. Hvis regionerne nåede de to pct.s. forøgelse i produktiviteten fik de en del af en fastlagt pulje, de kunne bruge til at forbedre produktiviteten yderligere. I praksis havde dette dog en dobbelt effekt, i form af den konkrete produktivetsforøgelse og de tiltag puljens udbetaling muliggør. Dog har dette lagt stort pres på regionerne, da de alle budgetterede med deres potentielle andel af produktivetspuljen, og derved ville det have økonomiske konsekvenser for organisationen hvis kravet ikke blev nået, og puljen ikke blev udbetalt.

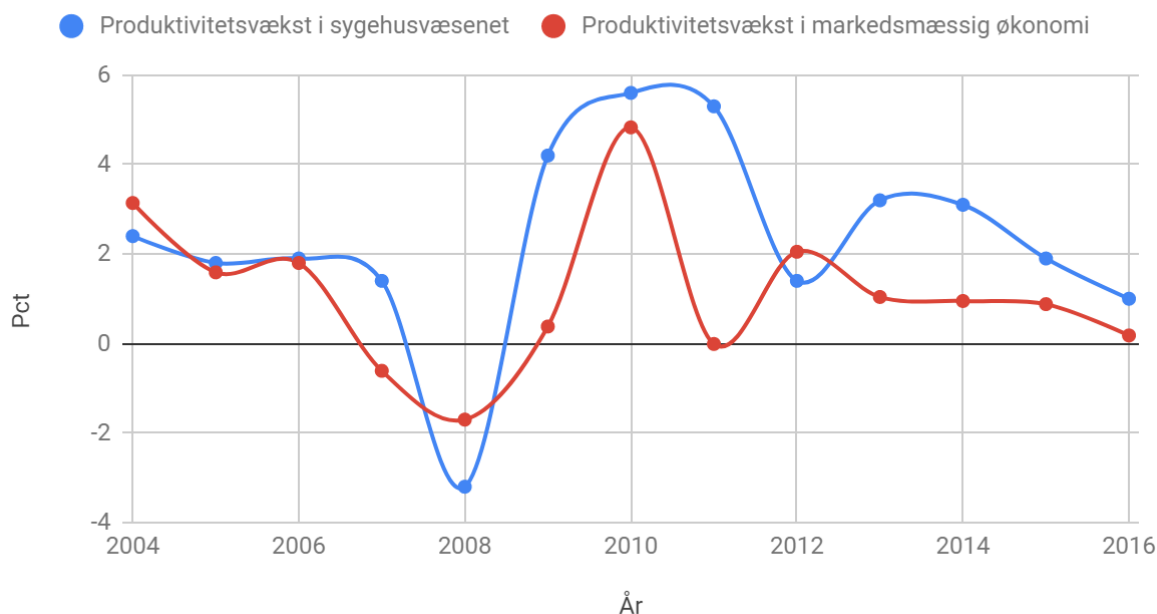
Siden der aldrig har været specifikke krav til hvordan produktivitetskravet skulle nås, kan man stille spørgsmålstegn ved den måde, regionerne og hospitalerne har forsøgt at nå de to pct.s forøgelse. Nogle steder har implementering fundet sted på tværs af alle afdelinger, uden at tage højde for om enkelte afdelinger var bedre stillet til at kunne opnå en produktivetsforøgelse, hvor der i andre afdelinger måske ikke var samme gevinst at hente. Det er vigtigt at pointere at produktivitetskravet i økonomiaftalerne ikke er for hver eneste afdeling, men er derimod et overordnet mål for den samlede aktivitet på regionens hospitaler.

Ofte er produktivitetskravet blevet beskyldt for at have forårsaget personalet på landets sygehuse at skulle "*løbe hurtigere*" og derved forringe kvaliteten af serviceniveauet. (Jespersen, 2015) (Brock, 2018)

Men har produktivitetskravet så haft den ønskede effekt på sygehussektoren? Eller ville den generelle økonomiske vækst i samfundet og den teknologiske udvikling have medført en lignende produktivetsudvikling i sygehussektoren? Nedenstående tabel viser tydeligt, at sygehussektoren ikke er ineffektiv, men tværtimod følger, og til tider overgår, den private sektor.

Nedenstående tabel, Figur 16, er udformet på baggrund af tal fra løbende offentliggørelse af produktivitetstal fra sygehussektoren (Danske Regioner, et al., 2019), og produktivetsudviklingen for den markedsræssige økonomi, baseret på tal fra Danmarks Statistik (Danmarks Statistik, 2019).

Produktivitetsvækst



Figur 16 – Produktivitetsvækst (Danske Regioner, et al., 2019) (Danmarks Statistik, 2019)

Figur 16 er baseret på målet produktivitetsvækst, hvilket er udregnet som output per arbejdskraftenhed, m.a.o. den reale bruttoværditilvækst per arbejdstime. (Siemsen, 2019)

Den røde linje repræsenterer produktivitetsvæksten for den markedsøkonomi, i pct., hvilket er den samlede økonomi eksklusiv offentlige forvaltninger og service, hjælpeorganisationer, fagforeninger og nonprofitorganisationer. Den blå linje repræsenterer produktivitetsvæksten udelukkende for sygehusvæsenet i pct.

Oftentimes productivity requirements have been blamed for causing staff in the country's hospitals to "run faster", and thereby reduce the quality of the service level. However, it can be argued that "running faster" is not the only factor, as the hospital sector follows the private sector, and the same requirements have not been there. The technological development since 2000 has been high, especially in the hospital sector. New treatment methods, new work processes and new equipment have all had a positive influence on productivity, and may in some cases have led to a more efficient work process.

FORDELE OG ULEMPER VED VÆRDIBASERET STYRING

Der vil i dette afsnit være en gennemgang af nogle af de centrale kritikpunkter, som er rettet mod VBS. Denne kritik bruges i en diskussion af fordele og ulemper ved VBS, og der inddrages erfaringer fra andre lande end Danmark.

ERFARINGER FRA SVERIGE

Dette afsnit indeholder en gennemgang af nogle resultater af projekter med *værdibaseret sundhed* som hovedfokus, som stammer fra Sverige. Afsnittet skal belyse fordele og ulemper ved VBS, samt give et indblik i hvilke erfaringer, der er gjort sig om emnet, andre steder.

Et svensk studie fra 2016/2017 omhandler et forsøg med implementeringen af *værdibaseret sundhed*, på et svensk universitetshospital. Her lavede man fire teams, som hver bestod af fagfolk med forskellige specialer som læger, psykologer, sygeplejesker samt logistikere og økonomer. Herunder havde hvert team også hver deres overordnede. Med hjælp fra konsulenter fik hver team til opgave at implementere *værdibaseret sundhed* i deres afdeling.

Undersøgelsen viste, at der var tre aspekter, som man, ved implementeringen af *værdibaseret sundhed*, bør være særligt opmærksom på; *Ressource allocation to support implementation*, *Anchoring to create engagement* og *Dedicated, development-oriented leadership with power of decision*.

Hvor der med *Ressource allocation to support implementation* menes at medarbejderne generelt vurderede, at mere forberedelsestid, til at sætte sig ind i hvad *Value-Based Health Care*, ville have givet dem mulighed for at lave en bedre implementering heraf. (Nilsson, et al., 2017, p. 6). Herudover mente de også, at det var problematisk at en andel af deres 'normale' arbejdstid blev allokeret til VBS-projektet. Dette skyldes at flere af medarbejderne vurderede, at de oveni den normale arbejdsbyrde nu skulle lave tid til projektet, herunder omkring fem timers møde hver uge. (Nilsson, et al., 2017, p. 6) Som det også påpeges i undersøgelsen, er dette tid som tages fra patienterne, da det er fagfolk som læger og

sygeplejesker, som i denne undersøgelse var med til at implementere *værdibaseret sundhed*. (Nilsson, et al., 2017, p. 7)

Herudover påpeges det ligeledes af undersøgelsen, at det var rapporteret at medarbejderne ikke mente at deres egne IT-kundskaber kunne leve op til behandlingen af den data, som VBS skabte, og at det ligeledes var tidskrævende, som igen var tid taget fra patientnære formål. (Nilsson, et al., 2017, pp. 7-8)

Anchoring to create engagement dækker over involveringen af patienter og personale. For patienternes vedkommende stod det klart, at en involvering fra starten af behandlingen var mere effektiv end en senere involvering. (Nilsson, et al., 2017, p. 8)

Samtidig var det essentielt, at personalet er i stand til at forklare formålet med spørgeskemaet til patienterne. Herudover viste undersøgelsen også, at det ved VBS er vigtigt ikke kun at have fokus på de aspekter, som kan måles, men at fokus skal flyttes til hvad der skaber værdi for patienten. (Nilsson, et al., 2017, p. 8)

Herudover blev det klargjort at det viste sig vanskeligt at bibeholde medarbejdernes engagement pga. De skiftende arbejdstider, da der dermed er nogle medarbejdere, som ikke er direkte involverede i implementeringen af VBS. Undersøgelsen viste også, at det syntes vanskeligt for de implementerende teams at skabe engagement hos medarbejderne, da de selv havde for travlt med at forsøge at forstå begrebet VBS. Som det også påpeges i undersøgelsen, er det essentielt for implementeringen af VBS, at alle medarbejdere er involverede, da der løbende skal måles outcomes, og laves follow-ups etc. (Nilsson, et al., 2017, p. 8)

Ved det sidste aspekt *Dedicated, development-oriented leadership with power of decision* er det beskrevet, at det er essentielt at have støtte fra ledelse og management igennem organisationen, således implementeringen af VBS bliver et fælles projekt. Undersøgelsen viste ligeledes at for at organisationen bibeholder sit fokus på VBS, skal mellemledere ligeledes have fokus herpå, og samtidig have tålmodighed med projektet da arbejdet med VBS er et løbende projekt. (Nilsson, et al., 2017, p. 10)

KRITIK AF PILOTPROJEKTERNE

Som allerede beskrevet har man i det nationale projekt om *værdibaseret styring* forsøgt at finde frem til, hvordan *værdibaseret sundhed* konkret kan udbredes i Danmark. Det har man indsamlet erfaringer om i syv pilotprojekter fordelt på alle fem regioner for syv behandlingsområder. (Danske Regioner, u.d.)

Et gennemgående kritikpunkt ved pilotprojekterne er, at det virker til, at de hver især kun fokuserer på ét delelement fra *værdibaseret sundhed*. F.eks. har de to projekter i Region Nordjylland, som vi hovedsageligt har beskæftiget os med, haft fokus på henholdsvis anvendelsen af *PRO*-data og *TDABC*. En ulempe ved fremgangsmåden, hvor der kun implementeres ét delelement er, at man ikke får et indblik i konsekvenserne af fuld integration af *værdibaseret sundhed*. Dette kan betyde, at man ikke kan se fordelene ved ét delelement, hvis det først kommer til udtryk, når dette delelement bliver implementeret samtidigt med nogle andre dele. Det kan også betyde, at man erfarer, at ét delelement fungerer godt, men at det i virkeligheden vil fungere dårligere, hvis det blev implementeret sammen med andre delelementer. På baggrund af dette kan man blive nødsaget til at lave endnu flere delprojekter, for at kunne se de samlede konsekvenser ved en større integration af *VBS*-tankegangen.

En anden ulempe ved pilotprojekterne er, at vi gennem interviewene har fået det indtryk, at det ikke er helt klart, hvad man fra regionernes side forventer sig af dem, mens der heller ikke er sat en tidsmæssig afslutning på dem. Herved er det uklart, hvornår implementeringen yderligere kan udbygges, samt hvilke resultater der skal opnås, før de er gode nok til, at man vil tage næste skridt i implementeringen.

EN (TIME-DRIVEN) ACTIVITY-BASED COSTING-MODEL MED FLERE FORMÅL

Dette afsnit vil indeholde en diskussion af formål som *TDABC*-modellens information kan bruges til.

Der er primært to formål som informationen fra en *(TD)ABC*-model kan bruges til. Det drejer sig om Operationel og strategisk aktivitetsbaseret ledelse. Den *operationelle* anvendelse defineres som værende den, der sigter efter at belyse omkostningseffektiviteten og effektiviteten i udførelsen af aktiviteterne. Den *operationelle* anvendelse kan derfor bruges til at sige noget om, hvorvidt der er brug for procesforbedringer eller ændringer i processer og aktiviteter. (Bukh & Israelsen, 2004, pp. 71-72)

Formålet med den *strategiske* anvendelse er at belyse produkters, serviceydelsers og kunders træk på virksomhedens ressourcer, herudfra kan omkostningerne forbundet hermed lokaliseres, og lønsomheden af det pågældende produkt, serviceydelse eller kunde kan vurderes. Dette betyder, at man kan bruge den strategiske anvendelse i sin overvejelser om markedssegmenter, kunderelationer, distributionskanaler og prisfastsætning. (Bukh & Israelsen, 2004, p. 72)

Et diskussionsemne i forhold til formålet af en *(TD)ABC*-model kan derfor være, om modellen kan være en 'helhedsløsning' i den forstand, at modellen kan erstatte flere af de værktøjer, som før er anvendt i både den strategiske og operationelle økonomistyring. Der henvises i bogen *Activity Based Costing – Dansk økonomistyring under forvandling* til at det kan virke tillokkende at udvikle et ABC-system, som kan begge dele, når man "*nu alligevel er i gang*" (Bukh & Israelsen, 2004, p. 72). Der argumenteres dog i samme bog for, at dette kan vise sig problematisk, idet de to formål er modstridende i forhold til mængden af aktiviteter registreret i systemet. Hermed menes der, at det ved den operationelle anvendelse er nødvendigt med en specifikation af mange forskellige aktiviteter, for herved at kunne lokalisere hvor der skal foretages nogle procesforbedringer.

Det er i modsætning hertil ikke så væsentligt for den strategiske anvendelse at specificere mange forskellige aktiviteter, da det ikke nødvendigvis ændrer på lønsomheden af produkter eller kunder. (Bukh & Israelsen, 2004, p. 72)

Herudover kan det også nævnes, at for at (TD)ABC-modellen skal kunne fungere som et strategisk anvendt værktøj, er det væsentligt, at modellen indeholder hele omkostningsbasen for hele virksomheden. Dermed skal alle omkostningsobjekter også være inkluderet i modellen fra starten af, ellers kan den ikke anvendes som et strategisk værktøj.

I den operationelle anvendelse er det herimod muligt løbende at tilføje de kunder, produkter eller serviceydelser, som man ønsker at undersøge for eventuelle procesoptimeringsmuligheder. Derved kan man her have en mere begrænset (TD)ABC-model. (Bukh & Israelsen, 2004, p. 72)

I bogen *Activity Based Costing – Dansk økonomistyring under forvandling* henvises der ligeledes til en australsk undersøgelse (Thorne & Gurd, 1999), som har vist at ABC-modeller, hvor man har forsøgt at inddrage både det strategiske og operationelle formål, eller ikke haft en klar prioritering herimellem, har været de ABC-modeller med den laveste rapporterede succes. (Bukh & Israelsen, 2004, p. 72)

Derfor vil det være oplagt at lave nogle overvejelser om formålene med (TD)ABC-modellen, og i den forbindelse adskille de operationelle og strategiske formål. (Bukh & Israelsen, 2004, p. 72) Dette bliver understøttet af projektleder ved Region Nordjylland Anne G. Dal, som udtaler følgende:

".. det jeg prøver at sige det er, man skal huske hvad for en model, omkostningsmodel man bruger til hvad for et formål, hvis du vil ned og se nogle nuancerede forskelle i priserne for de enkelte patienter og hvordan de er i forhold til hinanden, så er det billigere og smartere at lave en bottom-up model, hvis du bare vil have et strategisk overblik for at se, okay har vi nogenlunde styr på vores udgifter? Så er det jo klart at så er det jo fuldstændig fjollet at lave en bottom-up, det vil være rigtig omkostningstungt til det lille bitte formål, så er det jo klart så laver man en top-down model. Så man skal være klar på hvad er formålet til det? Og huske på at man ikke kan starte med en model og så bare begynde at køre den ud, så bliver det tungt og dyrt, og

biased, og så have tungen lige i munden i forhold til formål og model.” (Dal, 2019, p. 01:16:37)

Derved ses det, at Anne G. Dal Ligeledes mener, at der bør være et specifikt formål med TDABC-modellen, som er klart defineret. Herunder om det skal fungere som bottom-up eller top-down, og derved om det skal være et strategisk eller operationelt formål.

TIME-DRIVEN ACTIVITY-BASED COSTING VS. DIAGNOSE RELATERET GRUPPERINGSYSTEM

Time-Driven Activity-Based Costing blev udviklet som et svar til den kritik traditionel *ABC* havde fået siden dets udvikling af Kaplan & Anderson. Kritikken udmøntede sig især på problematikken ved at opdatere *ABC-systemet* løbende, når der skulle tilføjes eller fjernes aktiviteter. Denne type opdatering ville betyde, at det samlede *ABC-system* skulle genkalkuleres. Med *TDABC* blev denne problemstilling forsøgt løst med *Time Equations*, hvor man blot kan tilføje eller fjerne de individuelle delprocesser i ligningen efter behov. Problematikken ved dette er dog, at for at kunne holde *Time Equations* opdateret, kræver det et dybdegående indblik i hver enkelt delproces i en overordnet aktivitet. I kontekst af et sygehusvæsen, kan dette være særligt problematisk, da en stor del af delprocesserne udføres af enkelte medarbejdere, og vil derfor kræve en omfattende interviewperiode, hvor de relevante delprocesser belyses. Dette medfører, at en implementeringsproces af *TDABC* vil være omkostningstung. Samtidig betyder det også, at vedligeholdelsen af *TDABC*-modellen vil blive særligt omfattende, da aktiviteter i en given hospitalsafdeling vil være komplekse af natur, og derved indeholde et stort antal delprocesser, der skulle indgå i *Time Equationen*. Fordelen ved *TDABC* er dog, at det giver et relativt præcist billede af den faktiske kapacitet. Samtidigt med at, det giver mulighed for at allokere omkostninger relativt præcist på baggrund af aktivitetens kompleksitet, ved brug af *Time-Equations*.

I sygehusvæsenet er der også, som led i den medicinske proces, allerede indsamlet store mængder data for tidsforbrug, særligt ved behandlingsrelaterede processer, og derved vil informationsbehovet for en *TDABC*-model være afhjulpet en del, ved de allerede eksisterende data.

I modsætning til et *TDABC*-system, vil et system baseret på *DRG*-takster være mere simpelt at vedligeholde, og da det allerede er implementeret, og sundhedssektoren er vant til at arbejde med det, er omkostningerne relateret til driften af *DRG*-systemet relativt lave i forhold til et nyt *TDABC*-system. Problemstillingen med at anvende *DRG*-takster er, at *DRG* giver et upræcist billede af de faktiske omkostninger til en given behandling. Dette skyldes, at *DRG*-taksterne sjældent bliver opdateret (Nielsen & Bjerregaard, 2019, p. 18:25), og derved er baseret på historiske data, der potentielt ikke afspejler det nuværende omkostningsniveau. Derudover er *DRG*-systemet ikke designet til, at kunne håndtere forskellig kompleksitet i den samme behandling. M.a.o. betyder det, at et sygehus får tildelt samme *DRG*-takst, om behandlingen foregår med eller uden komplikationer. Netop denne problematik kan løses af *TDABCs Time Equations*.

Dog skal der foretages en opvejning af fordele og ulemper ved begge systemer. Et system baseret på *DRG*-takster er simpelt at vedligeholde, som f.eks. ved tilføjelse af nye behandlinger der blot får tildelt en ny *DRG*-takst. Men *DRG*-systemet er ikke fleksibelt i dets håndtering af kompleksitet under individuelle *DRG*-takster. Denne samme takst bliver tildelt uanset kompleksiteten. Fordelen ved systemet som helhed er dog, at de samlede systemomkostninger er lave i forhold til et *TDABC*-system. Hvor et system baseret på *TDABC* vil kunne håndtere denne kompleksitet. Ulempen ved denne type system er dog, at, sammenlignet med et *DRG*-system, er de samlede systemomkostninger højere. Derved er det en konkret afvejning mellem en mere præcis omkostningsallokering og højere systemomkostninger for et *TDABC*-system, og en mere upræcis omkostningsallokering men lavere systemomkostninger for et *DRG*-system.

Den reelle forskel mellem et *DRG*-baseret systemet og et system baseret på *værdi (VBS)* kan diskuteres, da *DRG*-systemet i princippet også er baseret på en forløbsstankegang mht. behandlinger. Forskellen er blot, at forløbene i *DRG*-systemet er korte, og ofte ikke vil omfatte behandlinger uden for sygehuset, eller anden behandlingsenhed. Hvorimod *VBS* tilstræber sig at inkludere flere aktiviteter i ét forløb. (Pedersen, 2015, p. 16)

Derved kan der stilles spørgsmålstejn ved, den reelle effekt et skifte fra *DRG* til *VBS* vil have. Én åbenlys gevinst et skifte vil have, er en afhjælpning af den rigide natur af *DRG*-systemet, hvilket *TDABC* kan løse, dog med betydeligt større systemomkostninger.

KONKLUSION

Der vil i dette afsnit være en gennemgribende konklusion på dette projekt. Konklusionen tager udgangspunkt i projektets analyse- og diskussionsafsnit. Herudfra vil der være en besvarelse af projektets problemformulering, som er gentaget herunder:

Hvordan afviger Aalborg Universitetshospitals værdibaseret sundhed fra Porters Value-Based Health Care? Herunder hvilke udfordringer er der i implementering og drift af værdibaseret sundhed i dansk kontekst?

Der vil i starten af denne konklusion være en opsamling af de metodiske overvejelser der har været fundamentet for denne undersøgelse. Herunder hvilke konsekvenser det videnskabsmetodiske paradigme valg har haft for udarbejdelsen af projektet. Dernæst vil der blive konkluderet på resultaterne af analysen samt diskussionsafsnittet.

Det fortolkende paradigme har fungeret for rammen for dette projekt. Det fortolkende paradigme er defineret ved en subjektiv tilgang som stiler mod reguleringer fremfor radikale ændringer jf. Burrell & Morgan (1979). Den subjektive analyse i projektet stemmer derfor overens med projektets paradigmevalg. Da analysen er baseret på subjektive interviews samt at det er videnskabernes subjektive holdninger og meninger som har dannet grundlaget for sammenligningen mellem det teoretiske grundlag og det danske sygehusvæsen i form af Aalborg Universitetshospital.

Den subjektive natur af projektet sætter ligeledes særlige krav til reliabilitet.

Reliabilitetskravet er erstattet af begrebet transparens i det subjektive paradigmevalg. Det er igennem udarbejdelsen af projektet forsøgt at opnå transparens ved udførligt at beskrive litteratursøgningsprocessen, samt den vedhæftede interviewguide, transskriberinger og optagelser som kan ses i *bilag 1-3* og *bilag 5-7*. Desuden indgår der argumentation for valgte teorier, som ses i metaafsnittene for hver af de medtagede teorier.

Ud fra den udarbejdede analyse vil der herunder være en konklusion på resultaterne heraf. Dette afsnit tager primært sit afsæt i de seks trin i *The Value Agenda*, som oprindeligt er udarbejdet af Michael E. Porter & Thomas H. Lee. Det første punkt i *Value Agenda* er *Organize into Integrated Practice Units (IPU's)*, og her kan det konkluderes, at det i dansk kontekst viser sig problematisk at oprette disse *IPU'er*, da det danske sundhedsvæsen

fungerer som et samspil mellem regionale, kommunale og private aktører. Det er dog flere steder forsøgt at implementere *IPU*'er i dansk kontekst, herunder kan nævnes ortopædkirurgisk afdeling i Farsø, hvor man forsøger at integrere kommunal ansatte fysioterapeuter i behandlingsforløbene.

Det andet punkt i *Value Agenda* er *Measure outcomes and costs for every patient*, herunder er det belyst hvordan Aalborg UH måler outcomes via *PRO*-data på ortopædkirurgisk afdeling i Farsø og måler omkostninger via *TDABC* hos endokrinologisk afdeling ved Aalborg UH i Hjørring, begge dele er dog stadig på forsøgsbasis. Dog benytter Aalborg UH primært et rammebudget med tilhørende *KPI*'er, til den daglige drift.

Det tredje punkt i *Value Agenda* er *Bundled Payments – Move to bundled payments for care cycles*, hvor det konkluderes, at man i Danmark ikke benytter sig af bundled payments. Dette skyldes, at der i Danmark er stor opdeling mellem bl.a. lægepraksis og sygehus, da den offentlige sektor i Danmark er præget af en silotankegang.

Det fjerde punkt i *Value Agenda* er *Integrate care delivery systems across separate facilities*, her mener Porter & Lee, at sygehusene skal tilvælge de behandlingsforløb, som skaber mest værdi for patienterne, og samtidig er mest omkostningseffektive for sygehuset jf. værdibrøken. Dette er dog ikke muligt i dansk kontekst, da sundhedssektoren er politisk styret, og der er specifikke love, hvori det er defineret, hvor enkelte specialer skal tilbydes.

Den politiske indflydelse gør sig også gældende i dansk kontekst i det femte i *Value Agenda* er *Expand excellent services across geography*, da det, som det er beskrevet ovenfor, er politisk bestemt hvor forskellige sundhedstilbud skal placeres. Det teoretiske fundament er udarbejdet efter den konkurrenceprægede sundhedssektor i USA, hvor der ikke konkurreres indbyrdes i den danske sundhedssektor. Derfor er begrebet *Expand* ikke relevant i dansk kontekst.

Det sjette og sidste punkt i *Value Agenda* er *Information Technology*, hvori de øvrige fem punkter sammenkobles i sammenhængende IT-systemer. Som det tidligere er beskrevet, er den danske sundhedssektor præget af en silotankegang, hvilket besværliggør en implementering af et samlet IT-system. Der findes dog eksempler på at det er forsøgt, herunder kan nævnes sundhedsplatformen fra Region Hovedstaden.

Ud fra gennemgangen af resultaterne af de seks punkter i *Value Agenda*, som har dannet fundamentet for projektets analyse, har der efterfølgende været en diskussion af problemstillingerne vedrørende de seks punkter i dansk kontekst. Der konkluderes herunder på diskussionsafsnittet. Herunder belyses det, at da teorien er udarbejdet ud fra en amerikansk kontekst, er den baseret på, at sygehuset er en privat organisation. Derfor er en af grundstenene i teorien også, at organisationen har de ledelsesmæssige frihedsgrader til at kunne foretage de teoretisk beskrevne organisationelle ændringer. Dette er dog ikke muligt i dansk kontekst, da regionerne ikke har det udvidede ledelsesrum, til at kunne foretage disse ændringer, og er udelukkende underlagt politiske beslutninger til at kunne implementere disse tiltag.

Ud fra ovenstående kan vi konkludere, at problemformuleringen er besvaret, hvilket vi vurderer, sikrer validiteten af projektet. Ligeledes mener vi også, at der igennem projektet er en rød tråd, idet der er sammenhæng mellem opgavens problemformulering, analyse og konklusion. Vi vurderer derfor, at projektet er validt. Det skal dog bemærkes, at projektets validitet kunne øges ved et større empirisk grundlag i form af inddragelse af flere interviews. Herunder kunne det være interessant at få et perspektiv fra sygeplejesker og patienter i forhold til deres opfattelse af VBS-projektet. Da resultatet af undersøgelsen viser problematikker i forhold til den politiske styring af sundhedssektoren og implementering af VBS, kunne det ligeledes være interessant at inkludere nogle synsvinkler på emnet fra politikere og beslutningstagere.

LITTERATURLISTE

Aalborg Universitetshospital, u.d. *Handleplan 2019-2021*. [Online]

Available at: <http://publikationer.rn.dk/rn/449/html5/>

[Senest hentet eller vist den 26 september 2019].

Andersen, L. B. et al., 2017. *Økonomiske incitament i den offentlige sektor*. 2 red. s.l.:Hans Reitzels Forlag.

Andersen, M. & Rohde, C., 2007. *Virksomhedens Økonomistyring*. 3. Udgave, 8. oplag red. s.l.:Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Bellé, N., 2015. Performance Related Pay and the Crowding out of Motivation in the Public Sector: A Randomized Field Experiment. *Public Administration Review*, 13 Januar.

Bjerregaard, H. H. & Christensen, P. H., 2018. Værdibaseret styring af ortopædkirurgien i Region Nordjylland. I: *Strategi og Styring med Effekt - danske erfaringer*. s.l.:Djof Forlag, pp. 319-332.

Brock, I. L., 2018. *Sygeplejerske siger op: - Nu går vi også i stykker, fordi vi ikke kan løbe hurtigere*, s.l.: s.n.

Bukh, P. N. & Christensen, K. S., 2018a. Ledelsesrummet er et ansvar - og det vokser. *Offentlig Ledelse*, 10 Juni, pp. 6-7.

Bukh, P. N. & Christensen, K. S., 2018b. *Strategi og Styring Med Effekt*. 1. udgave, 1. oplag red. København: Djof Forlag.

Bukh, P. N. & Israelsen, P., 2004. *Activity Based Costing - Dansk økonomistyring under forvandling*. 1. udgave, 2. oplag red. s.l.:Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Burrell, G. & Morgan, G., 1979. *Sociological paradims and organisational analysis*. s.l.:s.n.

Cardinaels, E. & Soderstrom, N., 2013. Managing in Complex World: Accouting and Governance Choices in Hospitals. *European Accounting Review*, August, 22(4), pp. 647-684.

Dal, A. G., 2019. *Region Nordjylland* [Interview] (3. Maj 2019).

Dal, A. G., 2019. *Værdibaseret styring med fokus på omkostninger*. [Online]
Available at: https://www.rn.dk/-/media/Rn_dk/Om-Region-Nordjylland/Budget-og-regnskab/DRG-2017/2-3-Vaerdibaseret-styring-med-fokus-paa-omkostninger.ashx?la=da

Danmarks Statistik, 2019. *Statistikbanken*. [Online]
Available at: <https://www.statistikbanken.dk/10159>
[Senest hentet eller vist den 6 Juni 2019].

Danske Regioner, Finans Ministeriet & Ældre- & Sundhedsministeriet, 2019. *Løbende Offentliggørelse af Produktivitet i Sygehussektoren*, s.l.: Sundhedsdatastyrelsen.

Danske Regioner, u.d. [Online]
Available at: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/finansiering/aktivitetspulje>
[Senest hentet eller vist den 20 september 2019].

Danske Regioner, u.d. *Danske Regioner - Nationalt projekt om Værdibaseret Sundhed*. [Online]
Available at: <https://www.regioner.dk/sundhed/tema-vaerdibaseret-sundhed/nationalt-projekt-om-vaerdibaseret-sundhed>
[Senest hentet eller vist den 16 09 2019].

Darmer, P., Jordansen, B., Madsen, J. A. & Thomsen, J., 2010. *Paradigmer i Praksis*. 1 red. s.l.:Handelshøjskolens Forlag.

Diefenbach, T., 2007. New Public Management in public sector organizations: the dark side of managerialistic 'enlightenment'. *Public Administration*, 19 August, pp. 892-909.

Finansministeriet, 2007. *Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007*, København: Finansministeriet.

Finansministeriet, 2016. *Aftale om regionernes økonomi for 2016*, København: Finansministeriet.

Finansministeriet, 2017. *Finanslov for finansåret 2017*, s.l.: Finansministeriet.

Finansministeriet, 2018. *Aftale om regionernes økonomi for 2019*, København: Finansministeriet.

Finansministeriet, 2019. *Aftale om regionernes økonomi for 2020*, København: Finansministeriet .

Greve, C., 2002. New Public Management. *Nordisk Kulturpolitik under Forandring*, p. 9.

Hood, C., 1991. A Public Management for All Seasons. *Public Administration*, p. 19.

Hood, C., 1995. The “New Public Management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, organizations and Society*, p. 17.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). Bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering. LBK nr. 797 af 27/06/2011, .. [Online].

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2016). Lov om regionernes finansiering. Lov nr. 1735 af 27/16/2016, .. [Online].

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2018). Lov om regionernes finansiering. Lov nr. 1731 af 27/12/2018, .. [Online].

Jakobsen, S. T., 2017. Specialundervisningsbehov i Vordingborg Kommunes skoledistrikter - En socioøkonomisk tildelingsmodel. *KORA*.

Jensen, T. K. & Olesen, K. D., 2018. Det effektbaserede styringsparadigme i Odense Kommune. I: *Strategi og Styring med Effekt - danske erfaringer*. s.l.:Djøf Forlag, pp. 65-73.

Jespersen, A., 2015. *Sygeplejersker: Vi kan ikke blive ved med at løbe hurtigere*, s.l.: DR.

Kaplan, R. S. & Anderson, S. R., 2008. *Time-Driven Activity-Based Costing*. s.l.:Børsens Forlag.

Kaplan, R. S. & Porter, M. E., 2011. How to Solve The Cost Crisis In Health Care. *Harvard Business Review*, September, pp. 1-18.

Kirckpatrick, I., Ackroyd, S. & Walker, R., 2005. *The new managerialism and public service professions : Change in Health, Social Services and Housing*. s.l.:Palgrave Macmillan.

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2015. *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave red. Københav: Hans Reitzels Forlag.

Munch-Petersen, M. & Wandel, A., 2018. PRO-data: et patientnært redskab til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. I: *Strategi og styring med effekt*. København: Djøf Forlag, p. 13.

Nielsen, H. I. & Bjerregaard, H. H., 2019. *Aalborg Universitetshospital* [Interview] (21. Marts 2019).

Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E. & Sandoff, M., 2017. The need to succeed - learning experiences resulting from the implementation of value-based healthcare. *Leadership in Health Services*, 3 Marts, 31(1).

Pedersen, K. M., 2015. Økonomisk styring: Kvantitet og kvalitet. *Samfundsøkonomen*, 2 juni, pp. 11-19.

Porter, M. E., 2010. What Is Value in Health Care?. *The New England Journal of Medicine*, 23 December, pp. 2477-2481.

Porter, M. E. & Lee, T. H., 2013. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*, Oktober, pp. 1-19.

Region Nordjylland, 2018. *Sundheds- og Kvarterhuset i Aalborg Øst*. [Online]
Available at: <https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedshuse/sundheds-og-kvartershuset-i-aalborg-oest>
[Senest hentet eller vist den 16 09 2019].

Region Nordjylland, 2018. *Sundhedshuse*. [Online]
Available at: <https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedshuse>
[Senest hentet eller vist den 16 09 2019].

Riise-Knudsen, S. H. & Kokholm, S., 2018. På vej mod effektbaseret styring af folkeskolen: Erfaringer fra Vordingborg Kommune. I: *Strategi og Styring med Effekt - Danske Erfaringer*. København: Djøf Forlag, pp. 301-317.

Ryan, B., Scapens, R. W. & Theobald, M., 2002. *Research Method and Methodology in Finance and Accounting*. 2 red. s.l.:Zrinski d.d..

Siemsen, B., 2019. *Danmarks Statistik*. [Online]

Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/nationalregnskab-og-offentlige-finanser/produktivitet-og-input-output/produktivitet>

[Senest hentet eller vist den 4 September 2019].

Sundheds- og Ældreministeriet, 2019. *Regeringen fordeler 209,5 mio. kr. til læge- og sundhedshuse i hele landet*. [Online]

Available at: <https://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2019/Maj/Regeringen-fordeler-2095-mio-kroner-til-laege-og-sundhedshuse-i-hele-landet.aspx>

[Senest hentet eller vist den 16 09 2019].

Thorne, H. & Gurd, B., 1999. Activity-Based Costing: improved product costing or activity management?. *Advances in Management Accounting*, Issue 8, pp. 173-194.

Torring, J. & Triantafillou, P., 2017. *New Public Governance på dansk*. København: Akademisk Forlag.

BILAG

BILAG 1 – INTERVIEW GUIDE TIL AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Interview guide til interviewet med Henrik I. Nielsen & Helene H. Bjerregaard ved Aalborg Universitetshospital d. 21. marts 2019.

BILAG 2 – LYDFIL FRA INTERVIEW MED AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Lydfil af interview med Henrik I. Nielsen & Helene H. Bjerregaard ved Aalborg Universitetshospital d. 21. marts 2019.

BILAG 3 – TRANSSKRIBERING AF INTERVIEW MED AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Transskribering af interview med Henrik I. Nielsen & Helene H. Bjerregaard ved Aalborg Universitetshospital d. 21. marts 2019.

BILAG 4 – MATERIALE UDLEVERET VED INTERVIEW MED AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

PRO-spørgeskema baseret på Oxford Hip and Knee-score

BILAG 5 – INTERVIEW GUIDE TIL REGION NORDJYLLAND

Interview guide til interviewet med Anne G. Dal ved Region Nordjylland d. 3. maj 2019.

BILAG 6 - LYDFIL FRA INTERVIEW MED REGION NORDJYLLAND

Lydfil fra interviewet med Anne G. Dal ved Region Nordjylland d. 3. maj 2019.

BILAG 7 - TRANSSKRIBERING AF INTERVIEW MED AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Transskribering af interviewet med Anne G. Dal ved Region Nordjylland d. 3. maj 2019.