

Mer helse for hver krone

Helsetjenester og helseøkonomi

 Norges forskningsråd | Forskningsprogrammer

© Norges forskningsråd  
Idé, tekst og design: Fete typer  
Trykk: Gamlebyen Grafiske as  
ISBN 82-12-02287-0 (trykksak)  
ISBN 82-12-02288-9 (pdf)  
Opplag: 500 eks  
Mars 2006



## INNHold

3	Forord
4	Kunnskap gir mer helse for hver krone
6	Privat eller offentlig?
8	Kan lære mer av feil
10	Betalt etter innsats
12	Gir patentbeskyttelse mer forskning?
14	Vanskelig vei tilbake til jobben
16	Etnisk bakgrunn gir forskjeller i psykiatrisk behandlingstilbud
18	Samfunnsperspektiv på psykisk helsetjeneste
20	Styringssystemenes relevans i norske sykehus
22	Programstyrets sammensetning
22	Finansiering

# Forord

Norsk helsetjeneste har de siste 10 år vært preget av flere store reformer. Samtidig har veksten i ressursinnsats vært kraftig. Basert på OECD tall (2003) er det nå bare USA som bruker mer ressurser pr innbygger til helsetjenester. For helsetjenesten så vel som for samfunnet, er det dermed viktig med kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer. Det har vært ett av målene med Program for helsetjenester og helseøkonomi å frambringe slik kunnskap. Programmet har fokusert på tre hovedområder; helseøkonomi, psykisk helsearbeid og ledelse, organisasjon og styring (LOS). Satsingen på helseøkonomi har vært betydelig, og konsentrert rundt oppbygging av to miljøer med utgangspunkt i universitetene i Oslo og Bergen. Satsingen innen psykisk helsearbeid har vært mer prosjektrettet, og også mer geografisk spredt. LOS-området har vært preget av begrensede midler, og aktiviteten har vært tilsvarende liten.

Forskningsrådet gjennomførte i 2003 en evaluering av de helsefaglige miljøene. Her ble det påpekt at det var en mangel på stabile flerfaglige helsetjenesteforskningsmiljøer i Norge. Samme signal har også kommet fra sentrale myndigheter. Helsetjenesteforskningen i Norge er i dag kjennetegnet ved at den i stor grad er oppdragsbasert. Den universitetsbaserte forskningen er oftere knyttet til enkeltindivider enn til etablerte forskningsgrupper. På kort sikt kan dette føre til en forskning som lett blir for preget av jakten på oppdragsmidler, på lengre sikt til at det blir vanskelig å rekruttere til feltet fordi det i for liten grad skjer en systematisk forskerutdanning. Norsk helsetjeneste har behov for god helsetjenesteforskning. Skal vi oppnå dette, må vi etablere flere større forskningsmiljøer – og feltet må prioriteres av dem som bevilger midler til forskning.



Jon Magnussen

# Kunnskap gir mer helse for hver krone

**Likhet, rettferdighet, kvalitet og effektivitet er viktige verdier i helsepolitikken. Forskingen under Program for helsetjenester og helseøkonomi har gitt kunnskapsbidrag til hvordan disse verdiene kan ivaretas i det norske helsevesenet.**

Programmet har vært konsentrert om tre overordnede temaer: Helseøkonomi, Psykisk helsearbeid og Helsetjenestenes organisering og styring.

## **Helseøkonomisk dugnad**


For å kunne skape et velfungerende og effektivt helsevesen, trengs forskningsbasert kunnskap på en rekke områder. Inntil for få år siden var de helseøkonomiske forskningsmiljøene små og spredte, og det var vanskelig å rekruttere økonomer til helseøkonomisk forskning. Dette var noe av bakgrunnen for at Sosial- og helsedepartementet, Finansdepartementet, og Forskningsrådet tok initiativ til å bygge

opp kompetansemiljøer i helseøkonomisk forskning.

Satsingen ble lagt inn under programmet, og har resultert i etableringen av to likestilte miljøer; Helseøkonomi Bergen (HEB) og Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo (HERO). Begge miljøer har levert viktig forskningsbidrag i programperioden. Temaene har blant annet vært knyttet til prioriteringer, styring, finansieringsordninger, effektivitet, kostnad-nytteanalyser og forholdet mellom privat og offentlig tjenesteyting.

## **Psykisk helsearbeid**

Det er et stort gap mellom behovet for hjelp og behandlingstilbudet i den psykiske helsetjenesten i Norge. Programmets forskningsinnsats på dette feltet har vært rettet inn mot en bedre forståelse av tjenestens tilbud, innhold, organisering og kvalitet. Den har også kastet lys over behovet for hjelp i befolkningen, og gitt kunnskap om hva slags tilbud som vil være best for ulike grupper.



Eksempler på utfordringer er flaskehalser i behandlingsskjeden, fordeling mellom institusjonsplasser og tilbud utenfor institusjon, samarbeid mellom ulike ledd og nivåer i behandlingsskjeden og hvordan effektivitet og kvalitet kan måles og bedres. Kunnskap om den psykiske helsetjenestens historie, ideologi og organisatoriske utvikling har også vært av interesse som forutsetning for bedre forståelse av nåværende tilstand og utforming.

### **Helsetjenestens organisering og styring**

Helsetjenesteforskningen i programmet har vært rettet mot hvordan helsetjenesten fungerer, og hvordan den møter behovene hos ulike brukergrupper. Organisering, prioritering, styring og ledelse, ansettelsesformer og problemstillinger knyttet til helsetjenestens forskjellige yrkes- og profesjonsgrupper har vært sentrale temaer.

Forskerne har også sett nærmere på virkningen av reformene i helsetjenesten. Både fastlegereformen og eier-

skapsreformen har gitt økt behov for kunnskap om organisatoriske løsninger, ledelsesmodeller og andre faktorer som påvirker sammenhengen mellom organisasjonenes «indre liv», og de sentrale helsepolitiske målsettingene om likhet, kvalitet og effektivitet. Flere av prosjektene i programmet har grepet fatt i slike problemstillinger.

### **Kunnskap til bruk**

Programmet Helsetjenester og helseøkonomi har hatt et anvendt siktemål. Det har hele tiden vært meningen at forskningen skulle frambringe ny kunnskap som skulle kunne tas i bruk. Samtidig har det vært viktig å ivareta mer grunnleggende forskning og metodeutvikling.

I dette heftet presenteres resultater fra noen sentrale prosjekter i programmet. Temaene favner vidt, og disse smakebitene forteller ikke hele historien. Men de viser bredden i programmets satsing og det fortsatte behovet for kunnskap om de norske helsetjenestene.

## Privat eller offentlig?

Mange leger ved norske sykehus har privat praksis ved siden av full jobb på sykehus. Sykehusene hadde helst sett at legene brukte mer av sin arbeidskraft på sykehuset, men har hittil ikke villet forby tilleggsarbeid i egen praksis. En forskergruppe ved Frischsenteret har forsøkt å finne ut hva som skal til for å gjøre det mer attraktivt for leger å arbeide mer ved sykehuset.

## *«Resultatene viste at en 10 prosent økning i sykehuslegenes grunnlønn, vil føre til en økning i antall timer de jobber på sykehus med to prosent.»*

En ten leger jobber i et offentlig sykehus eller i privat praksis, er det i stor grad offentlige midler som finansierer inntektene deres. På sykehuset får de lønn, mens den private praksisen nyter godt av refusjoner fra det offentlige. Samtidig bestemmer legenes tidsbruk også hvilke pasienter som får et behandlingstilbud, ettersom pasienter i privat praksis generelt har mindre alvorlige lidelser som ikke blir prioritert i det offentlige helsevesenet. Den økende dereguleringen av helsesektoren innebærer at insentiver som legers lønn og praksisinntekt har en økende betydning som virkemidler i helsepolitikken. Hvilken effekt er det grunn til å tro at de har i dagens arbeidsmarked for leger?

For å få svar på det spørsmålet, simulerte forskerne effekten av en lønnsøkning i offentlig sektor. Simuleringen ble gjort med individdata (registerdata) for alle landets leger, og den tok hensyn til regler for overtidsbetaling, skatteregler, ektefelles inntekt og familieforhold.

Resultatene viste at en 10 prosent økning i sykehuslegenes grunnlønn, vil føre til en økning i antall timer de jobber på sykehuset med to prosent. Samtidig reduseres de private timene tilsvarende. Det er med andre ord mulig å få legene til å jobbe noe mer ved sykehuset ved å øke lønningene, men det er et kostbart virkemiddel med relativt liten effekt.

**PROSJEKT:** Offentlig og privat finansiering og organisering av helsetjenester.

**PROSJEKTLEDER:** Michael Hoel.

**PROSJEKTDeltakere:** Erik Magnus Sæther og Steinar Strøm.





## Kan lære mer av feil

Sykehus er store og komplekse institusjoner. At det skjer feil ved operasjoner eller behandling er vanskelig å unngå, men det er mulig å lære av feilene. Skulle det skje en feil, er gode rutiner for rapportering viktigere enn å straffe de som gjør feil. Men hva er et godt rapporteringssystem?



## *«Kunnskap om nestenulykker gir sannsynligvis like mye informasjon som alvorlige ulykker. Et godt system bør derfor også sikre rapportering av nestenulykker.»*

**D**et er vanskelig å helt unngå feil i store organisasjoner. Ved sykehusene kan alvorlige feil forårsake død. Man antar at så mange som 100 000 amerikanere årlig dør som følge av unngåelige feil gjort ved sykehus. I vårt naboland Danmark forårsakes hele ni prosent av de somatiske helse-døgninnleggelses helt eller delvis av utilsiktede hendelser. Systemfeil eller individuelle feil gjort av helsepersonell i en behandlingssituasjon, er derfor et betydelig problem for pasientsikkerheten. Det er viktig å få til gode systemer for feilrapporteringer som bidrar til økt kunnskap, og unngåelse av framtidige feil.

Et godt rapporteringssystem kan sikre at medisinske feil blir innrapportert og vurdert, og at man kan treffe tiltak for å unngå feil i framtida. Et forskningsprosjekt ved

Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, viser at det ikke er nok å kreve rapportering av medisinske feil som fører til alvorlige pasientskade – dersom læring er det sentrale målet ved rapportering. Kunnskap om nestenulykker gir sannsynligvis like mye informasjon som alvorlige ulykker. Et godt system bør derfor også sikre rapportering av nestenulykker.

For å få et slikt system, mener forskerne det er nødvendig å stille helsepersonell ansvarlig for å unnlate å rapportere om både feil med pasientskade og nestenulykker. Det kan videre være gode grunner til å redusere reaksjonsnivået etter medisinske feil med pasientskade, og heller innføre reaksjoner hvis helsepersonell unnlater å rapportere om feilbehandling – enten pasientskade inntreffer eller ei.

**PROSJEKT:** The prevention of error in the health care sector (I&II).

**PROSJEKTLEDER:** Sverre Grepperud, HERO.

## Betalt etter innsats

I 1997 innførte myndighetene såkalt innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus. Hensikten med reformen var å øke effektiviteten i landets sykehus, og sørge for at flere pasienter ble behandlet. Et forskningsprosjekt har dokumentert at reformen har hatt nettopp denne effekten.

## «Sykehus som har innsatsstyrt finansiering, har større økning i pasienttall en andre sykehus.»

Innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus (ISF) er en avtale mellom staten og sykehuseierne, den gang fylket, som sier noe om hvor mange DRG-poeng (Diagnose Relaterte Grupper) det enkelte sykehus skal produsere i løpet av et år. Reformen skulle virke som et insentiv overfor sykehusene, og bidra til at pasientene kom raskere til behandling og at flere ble behandlet.

Myndighetene vurderte det som hensiktsmessig å gjøre Innsatsstyrt finansiering til en kontrakt mellom stat og fylke, vel vitende om at en slik modell ikke nødvendigvis var nok til å endre innsatsen i ønsket retning. Det har da også vært ulik grad av gjennomføring av reformen lokalt. Ulik praksis har på den annen side gjort det mulig å undersøke om det har vært ulik utvikling ved sykehus innenfor ordningen med innsatsstyrt finansiering, og sykehus som i all hovedsak har stått overfor tradisjonell rammefinansiering.

Gjennom prosjektet «Innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus i Norge» har forskere ved Helseøkonomi Bergen (HEB) søkt svar på om reformen har hatt den tilsktede effekt. Forskerne har brukt tilgjengelig data for perioden 1995-1998. De har sammenlignet sykehus som var omfattet med reformen med sykehus som ikke var en del av reformen i første omgang.

Forskerne fant at reformen har hatt en effekt. Sykehus som har hatt innsatsstyrt finansiering, har større økning i pasienttallet enn andre sykehus. Forskerne tror imidlertid noe av forklaringen kan være ulikheter mellom sykehusene som inngår i de to gruppene. De vil også følge opp med nye analyser for å fange opp kvalitetsendringer i behandlingen over tid samt endringer i tilgjengelighet ved norske sykehus.

**PROSJEKT:** Innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus i Norge.

**PROSJEKTLEDER:** Egil Kjerstad, Helseøkonomi i Bergen (HEB).

# Gir patentbeskyttelse mer forskning?

I legemiddelsektoren anses patenter som en viktig betingelse forskning og utvikling av nye og bedre legemidler. Argumentet er at patenter beskytter mot kopiering, noe som gir selskapet en viss grad av markedsrett for en tidsavgrenset periode. Avkastningen på en vellykket innovasjon vil dermed stimulere til ytterligere forskning og utvikling. Men gjør den det?

## «Økt satsing på markedsføring fører til at FoU-innsatsen blir mindre.»

En patentholder kan bruke avkastningen fra en innovasjon til ny forskning og utvikling, men det finnes også en mulighet for at innovatøren bruker markedsmakten som patentet gir, på en potensiell skadelig måte. Patentholderen kan for eksempel bruke aggressiv markedsføring for å stenge ute eller forhindre nye innovasjoner på samme område.

Legemiddelfirmaene bruker store summer på FoU, men det viser seg at de bruker enda mer på markedsføring. Forskere ved Helseøkonomi Bergen (HEB) har undersøkt om patentbeskyttelsen gir insentiv til å bruke patentavkastningen på markedsføring for å beskytte et utviklet produkt mot fremtidig konkurranse, fremfor å investere i FoU av nye produkter.

I analysen brukes en teoretisk modell for et gitt terapeutisk marked (f eks høyt kolesterol) med potensielt to substituerbare legemidler. De antar at det ene legemidlet

allerede er utviklet og selges i markedet. Om det andre legemidlet vil bli utviklet, avhenger av FoU-innsatsen til det etablerte selskapet og potensielle nykommere .

Det er tre mulige utfall av analysen: (i) det nye produktet oppdages ikke og det etablerte selskapet fortsetter å være monopolist i markedet; (ii) det nye produktet oppdages av den etablerte, som blir multiprodukt monopolist i markedet; og (iii) det nye selskapet oppdages av nykommeren, og det blir konkurranse.

Forskerne viser at økt satsing på markedsføring fører til at FoU-innsatsen blir mindre. Etablerte legemiddelselskaper kan bruke markedsføring som en strategi for å avskrekke nykommere til å investere i FoU. På den måten reduseres sjansene for at et konkurrerende produkt kommer på markedet. Analysene viser også at en lengre patentlengde ikke vil føre til mer FoU, men tvert i mot til økt satsing på markedsføring.

**PROSJEKT:** Legemidler: Patenter, markedsføring og FoU 2004 – 2006.

**PROSJEKTLEDER:** Kurt R. Brekke.

**PROSJEKTDeltakere:** Odd Rune Straume.

A photograph of a person's back and neck, with their hand resting on their neck, suggesting pain or discomfort. The image is overlaid with a blue tint.

## Vanskelig vei tilbake til jobb

Personer med muskel-skjelettlidelser er ofte langtidssykmeldte eller har hyppige sykefravær. Å få dem tilbake i jobb er viktig for å unngå uføretrygding. Erfaringer fra Bergensprosjektet viser imidlertid at selv strukturert utredning, behandling og oppfølging ikke alltid gir de ønskede resultater.



## «De som i utgangspunktet hadde dårligst prognose for å komme tilbake på jobb, hadde vesentlige høyere friskmeldingsrater.»

Bergensprosjektene «Tilbake til jobb» og «Aktiv oppfølging» hadde som mål å få langtidssykemeldte og personer med hyppig sykefravær tilbake til arbeidslivet. Virkemidlene var strukturert utredning, behandling og oppfølging. Det første prosjektet ble gjennomført som en kontrollert studie, der en gruppe fikk behandling og oppfølging ved en tverrfaglig poliklinikk, mens en kontrollgruppe mottok standard behandling i primærhelsetjenesten.

Alle deltakere ble fulgt opp i fem år. Evalueringen av tiltaket viste imidlertid at deltakerne i behandlingsgruppen ikke kom tilbake i jobb i større utstrekning enn deltakerne i kontrollgruppen. Prosjektdeltakerne rapporterer likevel om positive subjektive virkninger av behandlingen i egenevalueringen, og forskerne mener at undergrupper av deltakerne hadde et visst utbytte av behandlingsopplegget ved poliklinikken.

Et nytt prosjekt ble gjennomført. Kriteriene for å delta var de samme som tidligere, men behandlingsopplegget

ble nå differensiert til *Omfattende behandling* (tilsvarende behandlingsopplegget i det første prosjekt), og *Lett behandling* som var et mindre omfattende behandlingsopplegg enn det første.

Hypotesen om at sykemeldte med et omfattende sykdomsbilde og større smerter hadde behov for omfattende behandling, mens sykemeldte med mindre omfattende plager ikke hadde utbytte av behandling, ble bekreftet i dette forsøket. De deltakerne som i utgangspunktet hadde dårligst prognose for å komme tilbake til jobb, og som fikk omfattende behandling, hadde vesentlig høyere friskmeldingsrater i 1-2 år etter tiltak enn deltakere som fikk standard behandling i primærhelsetjenesten.

Forskerne mener de to prosjektene er gode eksempler på hvordan eksperimentelle forsøk kan designes og gjennomføres når man ønsker å evaluere effekter av rehabiliterings- og arbeidsmarkedstiltak.

**PROSJEKT:** Bergensprosjektene «Tilbake på jobb» og «Aktiv oppfølging»

**PROSJEKTLEDER:** Alf Erling Risa

**PROSJEKTDeltakere:** Astrid Grasdal, Espen Bratberg, Karsten Kronholm

# Etnisk bakgrunn gir forskjeller i psykiatrisk behandlingstilbud

I Norge er forskning på psykiatriske helsetjenester til etniske minoriteter mangelvare. Samene er et urfolk og vår største etniske minoritet. De har det samme krav på et offentlig tjenestetilbud som andre, men for at de skal få det trengs kunnskap om behandlingsbehov, behandlingstilbud og utbytte av behandling.

Forskere i Helse Finnmark og ved Universitetet i Tromsø ønsket å sammenlikne det psykiatriske behandlingstilbudet til samisk og norsk befolkning. Målet var å finne ut om det fantes sammenhenger mellom behandlingsbehov, poliklinisk tilbud, og utbytte av behandling, og klienters og terapeuters etniske bakgrunn. Studier omfattet 339 behandlingsserier der ca 30 prosent av både klientene og terapeutene hadde samisk bakgrunn.

I Finnmark har omlag 30 prosent av befolkningen samisk bakgrunn. Det er liten variasjon mellom den samiske og norske befolkningen når det gjelder sosiale faktorer som har innvirkning på psykisk helse og bruk av helsetjenester. Forskerne anså derfor muligheten for å fange opp spesifikke etniske variasjoner som gode.

Ved oppstart av behandling fant forskerne ingen forskjeller mellom samiske og norske pasienter når det gjaldt psykiske plager, sosiale vansker eller behandlingsbehov. Imidlertid hadde terapeutene en tendens til å velge behandling som var rettet mot sosial fungering til samiske pasienter, mens behandling til norske pasienter oftere hadde en psykologisk målsetting. Terapeutene mente også at de samiske pasientene oftere hadde behov for mer behandling enn de norske.

Innenfor terapeutgruppa fant man interessante etniske

forskjeller i terapeutisk holdning og praksis. Samtalebehandling/psykoterapeutisk behandling ble mest brukt av de ikke-samiske terapeutene. Når det gjaldt oppfatning av samarbeidsklimaet i terapien, var det godt samsvar mellom de samiske terapeutene og deres pasienter, men ikke mellom de ikke-samiske terapeutene og deres pasienter. I terapier der pasient og terapeut hadde samme etniske bakgrunn, var det større sjanse for at pasienten fikk tilbud om medikamentell behandling. Samtalebehandling ble oftere iverksatt når terapeut og pasient hadde ulik etnisk bakgrunn.

Hyppigheten av tidlige behandlingsavbrudd var lik for samisk og norsk pasientgruppe. Det var uavhengig av terapeutenes etniske bakgrunn, og syntes heller ikke å henge sammen med om terapeut og pasient hadde felles eller ulik etnisk bakgrunn.

Studien tyder på at etnisk bakgrunn hos både pasient og terapeut, så vel som etnisk likhet/ulikhet i terapisisuasjonen, kan ha betydning for de terapeutiske vurderinger og valg som blir gjort i den tidlige fasen av behandlingsforløpet. Det kan også se ut som om etnisk bakgrunn hos terapeuten, har betydning for hvor sensitive terapeutene er for pasientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen.

**PROSJEKT:** Psykiatrisk behandling og behandlingstilbud til samisk og norsk befolkning.

**PROSJEKTLEDER:** Arne Holte.

**PROSJEKTDELTAKER:** Snefrid Møllersen og Harold C. Sexton.

# Samfunnsperspektiv på psykisk helsetjeneste

For å kunne forbedre den psykiske helsetjenesten, er det viktig å få kunnskap om hva som gjør at folk søker hjelp for psykiske plager, hvem de søker hjelp hos, hvor tilfredse de er med behandlingen og hvilke holdninger de møter.

## «I 1990 var det mange som hadde søkt hjelp i sosialsektoren, mens det 10 år senere nesten bare var allmennlegene og psykiater/psykolog som ble brukt.»

En undersøkelse i Lofoten og en bydel i Oslo i 1990 og 2001 har kartlagt slike forhold. I 1990 ble 2014 intervjuet, mens 1314 ble intervjuet fra de samme områdene i 2001. På begge tidspunkter var tilfredsheten med den psykiske helsetjenesten høyere i Lofoten enn i Oslo. Eldre og enslige var også mer tilfreds med psykisk helsetjeneste.

Mens de som selv hadde vært i kontakt med psykisk helsetjeneste var mer tilfreds, var de som var pårørende til folk som hadde brukt dette, mindre tilfreds enn befolkningen for øvrig. I 1990 var det mange som hadde søkt hjelp i sosialsektoren, mens det ti år senere nesten bare var allmennlegene og psykiater/psykolog som ble brukt. Dette kan ha sammenheng med de store økonomiske problemene i 1990.

Kvinner, folk med mye symptomer og folk med lav sosial støtte, søker mest hjelp. I løpet av perioden hadde fire prosent flere brukt spesialist, men også i 2001 synes

bare en tredjedel av de med mye psykiske plager, å ha søkt spesialisthjelp.

Det har vært små forandringer i folks holdninger til pasienter med psykiske lidelser i løpet av perioden 1983-1990-2001.

Folk er på alle tre tidspunkter usikre på hvor nær inn på seg de ønsker å ha mennesker som har vært behandlet for psykiske lidelser. De stiller relativt store krav til hva pasienter skal mestre og hvordan de skal se ut, før de bør «slippes ut» i samfunnet. På den annen side er de også svært positive til å bruke ressurser på hjelpe folk med psykiske lidelser.

Eldre og folk med lavere utdanning, synes mest skeptiske. Personlig kjennskap til noen med psykiske lidelser, øker toleransen. Pasienter som er i behandling for psykiske lidelser, tror folk er mer negative til dem enn det befolkningen gir uttrykk for.

**PROSJEKT:** Psykisk helsevern i et kontekstuelt perspektiv. En 10-års oppfølgingsstudie av hjelpsøking og holdninger.

**PROSJEKTLEDER:** Tom Sørensen.

**PROSJEKTDELTAKER:** Arne Mastekaasa, Odd Steffen Dalgard, Guri Ingebrigsten, Torbjørn Moum, Søren Brage Gunnar Tellnes, Magne Thoresen.

# Styringsystemenes relevans i norske sykehus

Kunnskap om hvilke faktorer som påvirker kostnadene, er viktig både for det enkelte sykehus og for å forstå forskjellen i ressursbruk mellom sykehus. Et doktorgradsprosjekt ved SINTEF Helse har sett nærmere på årsaks-sammenhenger mellom kostnadsdrivere og kostnader.

Norske sykehus har blitt stilt overfor betydelige endringer i sine rammebetingelser de siste årene, både når det gjelder finansieringssystem, markeds- og eierforhold og organisering. Dette vil i følge styringslitteraturen påvirke behovet for styringsinformasjon. Avhandlingen tok utgangspunkt i en surveystudie av økonomifunksjonen i sykehus, og stilte spørsmål ved om dagens styringssystem er tilpasset de nye styringsmessige utfordringene sykehus nå står overfor. Med dette som utgangspunkt har forskeren skrevet fire essays som, ut fra ulike perspektiver, diskuterer hvordan moderne styringslitteratur kan bidra til bedre og mer relevant styringsinformasjon i sykehus, og mulige forklaringer til at økonomifunksjonen i sykehus ser ut til å være en lite prioritert oppgave.

Essayet «*Produktivetsbegrepet i sykehus. Dimensjoner og anvendelser*» tar utgangspunkt i behovet for produktivetsmålinger internt i sykehus for å gi informasjon til bruk ved plassering av ansvar for ressursbruken. Eksisterende produktivetsmålinger ble evaluert. Konklusjonen var at produktivetsmåling i sykehus svekkes av måleproblemer og en begrenset kunnskap om de ulike aktivitetenes kostnadsdrivere.

I essayet «*The economics of complexity. Dimensions, effects and funding*» diskuteres hvordan ulike dimensjoner av kompleksitet (dybde- og bredde-dimensjonen) kan være kostnadsdrivende innenfor sykehus, hvordan disse kan skilles fra andre kostnadsdrivere, og hvordan kompleksitetsdimensjonene kan håndteres i et kostnadsbasert finansieringssystem.





## «Det ble stilt spørsmål ved om dagens styringsystem er tilpasset de nye styringsmessige utfordringene sykehus nå står overfor.»

I essayet «*Fra legenes ståsted. Indikerer økt enhetskostnad økt slakk i utnyttelsen av legeressursene ved norske sykehus*» utforskes legeressursens kostnadsdrivere gjennom en casestudie i en kirurgisk avdeling. Studien gir eksempler på kompleksitetsdimensjonenes praktiske utforming, og viser at økningen i enhetskostnad er drevet av en økning i både dybde- og breddekompleksitet. Også institusjonelle forhold som endring i legenes holdninger og endringer i lover og regler som regulerer legenes arbeidstid, oppfattes som betydelige kostnadsdrivere. Selve målet for enhetskostnad kritiseres, fordi produktmålet ikke fanger opp legenes totale produksjon og er en dårlig indikator på legeressursens arbeidsbyrde. Konklusjonen er at økningen i enhetskostnad ikke nødvendigvis er en indikasjon på økt slakk i utnyttelsen av legeressursen.

Essayet «*The control gap. The role of budgets, accounting information and (non) decisions in hospitals*» studerer den faktiske bruken av styringsdata i et sykehus. På bakgrunn av intervjuer med ledere på alle nivåer i hierarkiet, konkluderes det med at det generelt eksisterer en løs kobling mellom budsjettinformasjon og beslutningstaking. I essayet diskuteres hvordan ulike ansvarsforhold på klinisk og administrativt nivå kan forklare dette. Studien indikerer at dette kan være en forklaring på at budsjettinformasjon er lite etterspurt på klinisk nivå i sykehus.

I den avsluttende diskusjonen «*Hvordan øke relevansen av styringssystem i sykehus?*» oppsummeres avhandlingens teoretiske og empiriske bidrag.

**PROSJEKT:** Styringssystemenes relevans i norske sykehus.

**PROSJEKTLEDER:** Frøystein Gjesdal.

**PROSJEKTDeltaker:** Kari Nyland.

# Programstyrets sammensetning

## Medlemmer ved avslutningen av programperioden 2001-2005:

Førsteamanuensis Jon Magnussen, (leder),	NTNU
Professor Finn Borum,	Copenhagen Business School
Divisjonsdirektør Bjørn Guldvog,	Sosial- og helsedirektoratet
Professor Dorte Gyrd-Hansen,	Syddansk Universitet
Professor Georg Høyer,	UiT
Forsker Pia Maria Jonsson,	Karolinska Institutet
Professor Elisabeth Severinsson,	UiS

## Tidligere medlemmer i programperioden 2001-2005:

Forskningsleder Jon Ivar Elstad,	NOVA
Professor Dorte Holst,	UiO
Professor Kirsti Malterud,	UiB
Professor Inger Johanne Pettersen,	Høgskolen i Bodø
Professor Tom Sørensen,	Ullevål sykehus
Underdirektør Finn Aasheim,	Sosial- og helsedepartementet

# Forskningsledere

Professor Arnulf Kolstad, NTNU 2001-2005

# Finansiering

Programmets totale budsjetttramme for programperioden har vært 88,7 mill. kroner. Finansierende departementer har vært Helse- og omsorgsdepartementet (tidl. Sosial- og helsedepartementet) med 62,8 mill kroner, Finansdepartementet med 10,1 mill kroner, Undervisnings- og forskningsdepartementet med 9,8 mill kroner og Sosialdepartementet med 6 mill kroner.



# Programmets hjemmeside

<http://http://www.forskningsradet.no/htf/>

Her finner man videre lenke til alle programmets prosjekter med publikasjoner på NFI – Nasjonalt forskningsinformasjon



 **Norges forskningsråd**

Postboks 2700 St. Hanshaugen

N-0131 Oslo

Telefon: 22 03 70 00

Telefaks: 22 03 70 01

[post@forskningsradet.no](mailto:post@forskningsradet.no)

[www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no)