

Masterafhandling

Master of Public Governance

Indleveret 13. december 2016

Eksamensdato 3. januar 2017



"To measure is to know – but only if you know what you are measuring"

"Benchmarking som ledelsesredskab til økonomistyring af hospitaler i Region Hovedstaden

Er der mening med målingerne?"

-



Studerende: Thea Kølsen Fischer

Anslag m mellemrum: 101.956

Vejleder: Ivar Friis, lektor ph.d.

**Institut for Produktion og
Erhvervsøkonomi, CBS**

Indholdsfortegnelse

Summary in English	4
1. Indledning	5
1.1 Problemstilling	7
1.2 Problemformulering	8
1.3 Opbygning	9
1.4 Afgrænsning	9
2. Teori	11
2.1 Begrebsafklaring	11
2.2 Benchmarking	12
3. Metode	15
3.1 Videnskabsteoretisk iagttagelsesperspektiv	16
3.2 Generering af empiri	17
3.2.1 Analytisk fremgang	17
3.2.2 Indsamling af empiri	19
3.2.3 Valg af interview metode	19
3.3 Kodning	20
4. Analyse	20
4.1 Del 1. Analyse af kapitel 3 "vurdering af evt. korrelation mellem høj resurseeffektivitet, kvalitet, patient- samt personaletilfredshed"	21
4.1.1 Datagrundlag for produktivitet-, medarbejder- og patienttilfredsheds-analyser	21
4.1.2 Generelle metoderefleksioner til rapporternes kapitel 3	22
4.1.3 Delkonklusion analyse del 1	23
4.2 DEL 2: Analyse af BM-rapporternes kapitel 4 og 5	23
4.3 Nefrologi	23
4.3.1 Organisering og demografi	23
4.3.2 Dialyseaktiviteter	24
4.3.3 Nefro-endokrinologien og bemanding	25
4.4 Gastro-området	26
4.4.1 Organisering og demografi	26
4.4.2 Generelle metoderefleksioner – begge områder	28
4.4.3 Pålidelighed og gyldighed	29
4.4.4 Generaliserbarhed og transparenthed	30
4.4.5 Delkonklusion analyse del 2	31
4.5 DEL 3: Analyse af interview data	31
4.5.1 Informanter og kompleksitet	32
4.6 Motivation	32

4.6.1	Retfærdighed	36
4.6.2	Delkonklusion DEL 3	43
5.	Diskussion	44
5.1.1	Pålidelighed (Reliabilitet).....	45
5.1.2	Gyldighed (validitet)	46
5.1.3	Generaliserbarhed	47
5.1.4	Svagheder	47
6.	Konklusion	48
7.	Perspektivering.....	49
7.1.1	Perspektivering til omverdenen	50
8.	Refleksion over egen ledelsesmæssig udvikling	51
9.	Liste over bilag.....	52
	Bilag 1 <i>Sammenlignende Analyse Nyremedicin: 29 april 2016. Center for Økonomi 2016.....</i>	52
	Bilag 2 <i>Sammenlignende Analyse Gastroområdet, foreløbig version: 20 juni 2016. Center for Økonomi..</i>	52
	Bilag 3 Notat til koncerndirektionen: Benchmark mhp. optimal anvendelse af personaleressourcer	52
	Bilag 4 Procesplan 2. <i>Procesplan for benchmark-analyse. Center for Økonomi.</i>	52
	Bilag 5 Interviewguide	52
	Bilag 6 Interviews.....	52
10.	Litteraturliste	53

Summary in English

This master thesis investigates the use of benchmarking as a governance tool in Danish public hospitals by presenting and analyzing a recent process in which regional authorities conducted a benchmarking of clinical services in the capital region of Copenhagen in order to compare and studies the impact of the benchmarking process on clinical managers in the targeted departments.

New Public Management (NPM) inspired perspectives with a focus on control productivity and performance have dominated the Danish public healthcare sector since the early 1990es. The demand for performance is growing due the imperative to control costs and recent political announcements of major cut-downs ahead. Benchmarking is recommended by the Danish governance administrators as a tool to identify potential savings.

The thesis' methodological framework is based on data-triangulation: empiric data generated through systematic use of quality indicators to identify challenges in two benchmarking reports of comparisons of expenditures, personnel, and activities at capital region hospitals combined with data generated through interviews of eight executive consultants addressing the experienced challenges and potential impact of these.

The theoretical perspective is mainly inspired by a phenomenological perspective and is based on an inductive approach when planning the collection of empirical data whereas the analysis of the benchmarking reports reflects perspectives of realism in the merely deductive approach to the reports.

The main findings of the report analysis include identification of profound methodological weaknesses, in particular related to challenges of the comparability of key indicators. Some reservations for comparability are addressed in the reports but not taken into consideration in the conduct of comparisons. The identified flaws challenge the validity of the report findings. Analysis of interview data disclose substantial frustrations and methodological as well as managerial challenges perceived by the clinical directors, as the process being unfair and their influence only symbolic. Surprisingly, the clinical directors expressed that despite frustrations experienced most still managed to remain motivated and satisfied with their work. The level of job-related motivation and satisfaction was linked to the level of support given by their leaders within the hospitals.

The core-conclusions concern the fact that the worst perspectives of the benchmarking process might not be those of weak methods, questionable findings without considerations for practical consequences and a disrespectful management of the process by the economist consultants involved. The worst perspectives might well relate to the fact that the reports are indeed well written and might thus be well taken by high-up decision makers without the necessary focus on the identified major pitfalls.

1 Indledning

Sundhedsområdet er et af de største velfærdsområder. Efter en årrække med opnormering og tilførsel af stadig flere ressourcer har området siden 2009 haft omtrent nulvækst (1).

Styringsmæssigt er sundhedsområdet underlagt tiltagende centralisering med udgangspunkt i New Public Management (NPM)-afledte ydelsesstyringsprincipper. Dette til trods for at en af NPMs grundlæggere Christoffer Hood i en nylig analyse af NPM-reformerne i Storbritannien over en 30-årig periode (2) konkluderer, at NPM, der som udgangspunkt skulle ansprende til en data-drevet offentlig sektor, hvor målinger og aktivitetskontrol skulle udgøre et validt og sobert grundlag for politiske reformer og administrative effektiviseringskampagner, grundlæggende har fejlet. NPM lovede en billigere og bedre offentlig sektor, men har i Storbritannien resulteret i en dyrere og dårligere offentlig sektor, med en 40% stigning i administrationsudgifter på trods af en 30% reduktion i antallet af offentligt ansatte i samme periode.

Den grundlæggende målsætning for et sundhedsvæsen er "at skabe mest mulig sundhed for de anvendte ressourcer" (3). Ifølge Dansk Sundhedsinstitut (1) opnås mest mulig sundhed ved at levere en tilstrækkelig mængde ydelser af passende kvalitet. Der skal tillige være lige adgang til sundhedsydelser for alle borgere. Sundhedsvæsenets styringsinstrumenter skal ideelt set understøtte, at disse mål opfyldes ved at påvirke aktører og relationer mellem aktører i sundhedsvæsenet (1).

Det danske hospitalsvæsen har siden 1970'erne primært været rammestyret således at hvert hospital har en budgetteret rammebevilling, omend der oftere effektueres en kombineret takst-og rammestyring, da takststyringselementer anvendes sideløbende med det faste budget (1). I de seneste 10-15 år har NPM styrings- og afregningsinstrumenterne for sygehuse afspejlet et stigende krav til effektivitets- og aktivitetsforbedringer: Sygehusene køres i nogen grad "som fabrikker", dvs. med et stadig stigende fokus på økonomi- og driftssiden af deres produktion. Styringsinstrumenterne har imidlertid ikke i samme grad understøttet kvalitetsforbedringer (2). Der hersker overordnet fortsat et politisk flertal for udgiftstilbageholdenhed, øget aktivitet, produktivitet og effektivitet, og et samtidigt krav om, at sundhedsvæsenet leverer flere leveår til danskerne. Dilemmaet ved at skulle sikre flere leveår og producere flere ydelser med stadig færre ressourcer til rådighed for hospitalernes sundhedsydelser er til at få øje på og må vedvarende udfordre såvel sygehus- som afdelingsledelser.

Region Hovedstaden (H) står i 2016 foran en sparerunde af historiske dimensioner. En fremskrivning af Region H's økonomi viser en forventet ubalance på 303 mio. kr. i 2017 stigende til 879 mio. kr. i 2019.

Effektiviseringsspecifikationer og -omfang er bl.a. beskrevet i Region H "Forslag til Budget 2017-2020" (4 s. 34) samt i Region H's Budget 2017 kaldet "Tid til mennesker", i afsnittet "Bedre anvendelse af arbejdstiden" (5 s. 16). Heri anføres det, at "Løn udgør en meget væsentlig del af regionens udgifter, og det er derfor vigtigt at have fokus på, hvordan vi planlægger medarbejdernes arbejdstid. I 2017 skal der med afsæt i erfaringer fra pilotprojekter i 2016 arbejdes systematisk på alle regionens hospitaler med at sikre bedre anvendelse af medarbejdernes arbejdstid og understøtte den daglige ledelsesopgave med blandt andet vagtplanlægning" (5 s. 11). Disse budgetpunkter tager udgangspunkt i Rigsrevisionens rapport "Beretning til Statsrevisorerne om hospitalernes brug af personaleresurser" (6) fra 2015, som fokuserede på hospitalernes brug af læger og plejepersonale, herunder personalet på operationsstuerne. Statsrevisorerne bemærkede, "at det er muligt at få bedre og mere sundhed for pengene, hvis hospitalerne bruger personaleresurser og kapacitet mere effektivt". Region H har iværksat diverse effektiviseringstiltag for at sikre "bedre ressourceudnyttelse", og Regionsrådet har i forbindelse med vedtagelsen af budget 2016/17 besluttet bl.a. at gennemføre sammenlignende analyser mellem hospitaler mht. ressourceforbrug, fx i forhold til liggetider, bemanning og ambulatorier (4).

De sammenlignende analyser udføres af Region H's Center for Økonomi, og er i notat fra Centeret til Koncernledelsen i Region H beskrevet som en "benchmark mhp. optimal anvendelse af personaleresourcer" (7). Planen for Region H er, at besparelserne der hentes ved benchmarking (BM) og ved Sundhedsplatformen tilsammen skal udgøre min. 35 mio.kr. i 2017 stigende til 105 mio. kr. i 2019. Ifølge Regionrådets udkast til Budget 2017 er der indarbejdet nye besparelser på 360 mio. kr. på hospitaler, virksomheder og administration. Besparelserne forudsættes gennemført ved effektiviseringer f.eks. omlægning af administrative funktioner, optimering af arbejdsgange på de kliniske afdelinger eller i servicefunktioner, omlægning til kortere liggetid eller lignende tiltag, som skønnes at udløse reduceret udgiftsniveau. Den tiltagende centraliserede styring af sundhedssektoren med NPM-fokus baseret på mistillidsstyring, kontrol og registrering betyder bl.a. at effektiviseringstiltag som disse ofte lanceres i en top-down-proces, hvor beslutningskompetencerne ift. form og slutresultat er placeret på topledelsesniveau, med varierende grader af medindflydelse på proces og valg af besparelsesområder hos hospitals- og afdelingsledelserne.

Som incitament til hospitalernes medvirken i BM-processen, er det anført indledningsvist i sammenligningsrapporterne (8 s. 2) (9 s. 2), "at de ressourceeffektive hospitaler vil få lov til at beholde provenuet, der hentes på de pågældende afdelinger". Derved reduceres deres behov ved efterfølgende besparelser ved 'grønthøstermetoden'

BM-processens metode, herunder valg af sygdomsområder, hospitalsafdelinger samt hvilke outcomes/nøgletal der skal benchmarkes, er ifølge procesplanen (10) foretaget af Center for Økonomi uden inddragelse af sundhedsfagsprofessionelle fra hospitalerne.

Den aktuelle BM-proces i Region H udspringer af et politisk krav om nedskæringer og en rapport fra Rigsrevisionen, der påpeger yderligere besparelspotentiale i hospitalernes lønbudgetter. Dette er, efter min mening, på mange måder et eksempel på en typisk økonomistyring/effektiviseringsproces i sundhedsvæsenet. Målet er besparelser i lønbudgettet, metoden og processen udarbejdet og styret centralt af Center for Økonomi. Valget af BM fremfor den hyppigst anvendte såkaldte 'grønthøstermetode' rummer dog et potentiale for en mere konstruktiv proces: i en moderne forståelse af begrebet BM, anvendes BM som strategisk styringsredskab i en proces, hvor en organisation identificerer mål for forbedringer gennem studier af andres 'bedste praksis' og implementerer processer og systemer for at øge egen performance (11). Et konkret formål med en BM-proces er således at identificere bedste praksis og lære af denne. Ved grønthøstermetoden oplyses en overordnet besparelsesramme fra centralt hold og det er så op til ledelse og medarbejdere på de enkelte områder, at identificere og enes om besparelsesområder. Jeg fandt det derfor interessant at lade denne proces danne udgangspunkt for min masterafhandling.

1.1 Problemstilling

Målet med afhandlingen er således at undersøge en aktuel økonomistyringscase, som antages illustrativ for det moderne NPM-styrede sundhedsvæsen. Casen er baseret på en antagelse af, at relationen mellem arbejdsgiver (Region H) og kliniske ledere er afgørende for at opnå høj behandlingskvalitet såvel som medarbejdertrivsel i sundhedsvæsenet.

Jeg er som leder i sundhedsvæsenet optaget af og særligt nysgerrig på, hvordan topstyrerede effektiviseringsprocesser som denne – der på papiret lægger op til nogen grad af medindflydelse – i praksis påvirker de sundhedsprofessionelle afdelingsledere og særligt i forhold til deres engagement og oplevelse af retfærdighed og motivation. Er der f.eks. overensstemmelse mellem ledende overlægers forventninger til egen indflydelse på proces- og resultat, og niveauet for indfrielse af disse forventninger? og i hvilket omfang kan evt. identificerede udfordringer i procesforløbet forventes at påvirke implementering af resultaterne af den omfattende og omkostningstunge BM-proces?

En af de hyppigst identificerede barrierer for at opnå succes med nye organisationsinitiativer og –strategier ses, når procesudvikling foregår adskilt fra den berørte organisation. Manglende fælles konsensus om procesmål,

formål og indhold medfører b.la. risiko for reduktion af de daglige ledere til "choiceless doers" og en resulterende afkobling af processen fra hverdagen. Fremfor at sikre empowerment og motivation af medarbejdere og ledere "downstream" i organisationen risikerer man at stå med udbrændte fagprofessionelle ledere uden ledelsesengagement og uden indre motivation. Dette er ikke kun et personligt tab for de enkelte ledere og deres respektive afdelinger, men også for ethvert strategisk tiltag, for uden afdelingsledernes opbakning og engagement kompromitteres implementeringssuccesraten af større som mindre organisationsprocesser (12).

1.2 Problemformulering

Med afsæt i økonomisk organisationsteori kombineret med kognitiv procesteori vil jeg i denne afhandling undersøge:

Hvilke udfordringer er forbundet med anvendelse af BM som økonomistyringsredskab indenfor nefrologi (nyremedicin) og gastroområdet (mave, tarm- og leversygdomme) i Region Hovedstaden

1.2.1.1 Underspørgsmål

For at kunne besvare denne problemformulering vil jeg tage udgangspunkt i fgl. 3 underspørgsmål, som beskrives nærmere i teorikapitlet:

1. *Hvilke udfordringer er forbundet med brug af udvalgte kvalitetsindikatorer og overordnede mål for personale- og patienttilfredshed på afdelingsniveau til vurdering af, hvorvidt høj ressourceeffektivitet korrelerer med en lav kvalitet og en lav personale-og patienttilfredshed?*
2. *Hvilke udfordringer er forbundet med at sammenholde bemandingsniveauer med aktivitetsniveauer på tværs af afsnit og afdelinger mhp. anvendelse af resultatet i besparelsesøjemed?*
3. *Hvordan har de involverede overlæger oplevet BM-processen og resultaterne heraf med fokus på oplevelse af retfærdighed og værdighed, og hvordan har deres oplevelser af processen påvirket den efterfølgende udmøntning af de i processen fremkomne effektiviseringsforslag?*

Formålet med denne afhandling i ledelse er ikke at gennemgå BM-processen i detaljer, men at undersøge udvalgte eksempler, hvorfra der udledes gennemgående træk og udfordringer ved BM-processen i forhold til teori og empiri og som økonomistyringsværktøj i ledelsesmæssig sammenhæng.

1.3 Opbygning

Teori: Indledningsvist gennemgås det kombinerede naturvidenskabelige og samfundsvidenskabelige udgangspunkt i form af kvalitetskriterier, som udgør grundlaget for min teoretiske analyse af nøgledokumenter omhandlende BM-proces i Region H. Herefter følger præsentation af anvendt kognitiv procesteori der udgør grundlaget for analyse af interviews og testning af problemformuleringen. Metode: Her præsenteres opgavens videnskabsteoretiske ståsted efterfulgt af introduktion til undersøgelsesdesign, dataindsamlings/konstruktionsformer og analysetilgange, inklusive valg af data. Analyse: I analysekapitlet testes den teoretiske model først på nøgledokumenter og dernæst på baggrund af 8 kvalitative interviews, der er foretaget med ledende overlæger. Diskussion, Konklusion og Perspektivering: Slutteligt diskuteres de teoretiske forventninger, som teori og metode leder frem til, i relation til de resultater, undersøgelsen finder, efterfulgt af en afsluttende konklusion og perspektivering af undersøgelsens resultater. Opgaven rundes af med et afsnit om refleksion over egen ledelsesmæssig udvikling.

1.4 Afgrænsning

1.4.1.1 Afgrænsning af empiri

Min oprindelige plan var at afgrænse min undersøgelse til det første (af i alt 4) udvalgte speciale-områder der blev benchmarket. Dette skyldes, at der kun forelå en færdig rapport for dette emne (nefrologi), da min undersøgelse gik i gang i august 2016, og jeg anså rapportens indhold for at være afgørende for relevant adressering af min problemformulering. Arbejdsbyrden i form af logistik omkring interviews var mere omfattende end forudset, idet det typisk har taget et par uger og gentagne henvendelser at få etableret aftaler om interviews med mine informanter, som alle er travle ledere. Oprindeligt var min plan at forelægge og diskutere resultaterne af interviewrunden i regi af et fokusgruppeinterview med medarbejdere/ledere i Center for Økonomi i Region H. Planen blev ændret, da interviews af nefrologerne tegnede et så udpræget og entydigt negativt billede af BM-processen og rapportens indhold, at jeg i stedet valgte at undersøge, om det samme gjorde sig gældende for et andet specialområde, nemlig gastro-området, eller om man her havde mere blandede oplevelser og f.eks. større tilfredshed, og/eller kunne se et muligt anvendelsespotentiale for rapportens resultater. En interviewrunde indenfor et nyt område indgik ikke i den oprindelige tidsplan og kunne kun gennemføres på bekostning af fokusgruppeinterview.

Jeg har valgt udelukkende at interviewe de ledende overlæger fremfor hele overlægekollegiet eller oversygeplejersker på hver afdeling eller indenfor hvert speciale, da jeg fandt at det indenfor den begrænsede

tid var mere værdifuldt at øge kvaliteten ved at gennemføre lange interviews fremfor at gennemføre flere. På den måde kunne jeg komme i dybden med udvalgte emner undervejs i interviewet og have rum til at afvige fra en fast spørgeguide, såfremt dette blev relevant, og også tilgodese emner af potentiel følsom karakter. Valget faldt på ledende overlæger, da det var dem, der deltog i møderne med Center for Økonomis konsulenter (sammen med enkelte afdelingers eller hospitalers økonomiansvarlige).

Grundet begrænsning i opgavens omfang er det kun vilkårligt udvalgte områder af BM-rapporten der analyseres og anvendes som eksempler på styrker/svagheder

1.4.1.2 Afgrænsning af teori

BM anvendes i mange styringsmæssige sammenhænge, hvilket afspejles af en omfattende litteratur om emnet. I sundhedssektoren blev BM frem til midt i 1990'erne brugt til at sammenligne performance outcomes for at identificere forskelle/afvigelser, mens målet for sammenligningerne siden har udviklet sig til at være at danne basis for at rationalisere/kontrollere hospitalers finansiering (13). Jeg tager derfor udgangspunkt i studier af nyere dato, som har beskæftiget sig med BM i sundhedssektoren, samt i et notat udgivet af Finansministeriet om anvendelse af BM i den offentlige sektor i Danmark (14), som er relevant som kilde til centraladministrationens forståelse af BM og anbefalinger til brug af metoden i den offentlige sektor.

Aspekter og områder af motivationspsykologi og offentlig styringsteori, der kunne have været relevante i forhold til emnevalget (f.eks. historisk overblik over og gennemgang af vigtigste strategi- og økonomiske styringsteorier) har måttet fravælges for at kunne fokusere skarpere på det økonomiske styringsfelt og det socialpsykologiske motivationsfelt og sammenhænge derimellem.

Derudover har jeg bl.a. fravalgt nogle af de hyppigst anvendte motivationsteorier om indre (intrinsic) og ydre (extrensic) motivation, idet jeg oplevede under det første pilotinterview, at en af de dominerende følelser var uretfærdighed og oplevelse af mangel på respekt og lydhørhed blandt konsulentteamet overfor de kliniske ledere samt skuffede forventninger til processen.

Der er skrevet meget, også kritisk, om anvendelse af patient- og medarbejdertilfredsheds-undersøgelser (15). Hillingsø (16) undersøgte i sin MPG-masterafhandling udfordringer ved anvendelse af landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser og fandt bl.a., at der ikke er sammenhæng mellem de ting, der undersøges, og de konklusioner der drages. Alene derfor kan det være problematisk at fortolke og anvende resultaterne fra disse undersøgelser. Analysen i denne afhandling undersøger ikke dette, forholdsvis velbeskrevne, område yderligere, men afgrænses til kvalitets-indikatorer

2 Teori

I det følgende afklares de centrale begreber, som bringes i spil i undersøgelsen, hvorefter afhandlingens teoretiske fundament uddybes.

2.1 Begrebsafklaring

I forbindelse med analyse af BM-processen i Region H anvendes følgende begreber:

- *Benchmark*: fixpunkt for sammenligning
- *Bedste praksis* forstås typisk som den bedste af observerede tilrettelæggelse af arbejdsprocesser. I Region Hs BM-proces er bedste praksis ensbetydende med højeste produktivitet.
- *Performance* kan oversættes til *præstationer* undervejs i en *proces*, der leder til *resultater* (de, der har de bedste præstationer og resultater, har normalt også *bedste praksis*)
- *Produktivitet* er evnen til at omsætte/omdanne de anvendte ressourcer (*input*) til flest mulige varer eller ydelser (*output*). Ved øget eller højere produktivitet forstås, at der produceres mere ved en given ressourceindsats.
- *Effekt* er nyttevirkning eller udbytte af en given ressourceindsats
- *Den samlede effektivitet* er det samlede endelige udbytte af en proces, der starter med en given ressourceindsats

Der er ikke i litteraturen konsensus om anvendelse af BM i sundhedsvæsenet (11 s. 6). Da Region H's BM-proces fremstår beskrivende mere end fortolkende, har jeg valgt at analysere den ud fra 4 klassiske akademiske kvalitetskriterier (17 s. 12-44) suppleret med kriteriet komplethed (5 nedenfor) inspireret af Finansministeriets notat om BM i det offentlige (14 s. 26-27). I afsnittet om krav til resultat-BM anføres bl.a. at konsekvensen af at udelade vigtige indikatorer for væsentlige aktiviteter, er bl.a. at man risikerer at aktivitets/produktivitetsmålingerne foretages på et skævt grundlag, og at de afdelinger, som klarer sig relativt godt indenfor de væsentlige områders ydelsesgrundlag, men ikke på de udvalgte 'skæve' områder, fremtræder mindre performante. (Denne anvendelse af begrebet skal ikke forveksles med komplethed som anvisende for sammenhæng mellem præstationsmål og organisationens målsætninger (18)).¹

¹ Denne anvendelse af begrebet skal ikke forveksles med komplethed som anvisende for sammenhæng mellem præstationsmål og organisationens målsætninger (18)).

1. *Pålidelighed* (reliabilitet) kendetegnet ved i hvilken grad, det er lykkedes at minimere fejl, mangler og bias, og at variable beskrives og måles med samme resultat af forskellige forskere eller af samme forsker til forskellige tidspunkter, forudsat overordnede forhold er uændrede.
2. *Generaliserbarhed* vil her sige, at en tilfældigt udvalgt stikprøve er gældende og retvisende for det samlede materiale.
3. *Gyldighed* (intern validitet) indebærer at man måler det tilsigtede
4. *Præcision* vil sige, at man måler med den præcision der er relevant for projektet. Hvis man f.eks. arbejder med effektiviseringsforslag i million kroners klassen, bør input data være ret nøjagtige for at modgå omfattende fejlbehæftede udsving i resultatet.
5. *Komplethed* dækker over krav om, at de anvendte *indikatorer for output og input* er så dækkende som muligt for omfanget af aktiviteterne i de institutioner, som man ønsker at analysere.

Ved analyse af interviews anvendes følgende begreber:

1. *Motivation*: de faktorer som vækker, kanaliserer og vedligeholder individets adfærd i retning mod et mål (kilde: slide fra CBS modul i Strategisk ledelse)
2. *Retfærdighed* Der findes ingen almenlydlig definition af begrebet, men en udlægning er at fordeling af ressourcer er rimelig eller at enhver har fået, hvad der tilkommer ham- I kontekst af denne afhandling f.eks., at man har haft den indflydelse eller indsigt i processen, som man mener sig berettiget til.
3. *Kognitiv dissonans* det mentale ubehag som opleves af et individ, der indtager (eller presses til at indtage) indbyrdes modstridende holdninger. Når et individ oplever dissonans vil det forsøge at genetablere ligevægt og fjerne dissonansen for at få ubehaget til at ophøre (19)

2.2 Benchmarking

Til brug for herværende afhandling gives her en introduktion til enkelte aspekter af BM samt eksempler på udfordringer i produktivitetssammenligninger. Mere omfattende omtale findes i originaltekster, hvortil der henvises: hhv. (11) (et omfattende litteratur-review af nyere dato om anvendelse af BM i sundhedssektoren), (3) (diskussion af kvantitativt versus kvalitativt fokus i BM-processer, (20) (publikation om usikkerhed forbundet med opgørelse af relativ produktivitet i sygehussektoren herunder anvendelse af DRG og DAGS takster) samt Finansministeriets notat om BM i den offentlige sektor (14).

Begrebet BM stammer fra landmåling, hvor det betegner et geografisk fixpunkt. I styringsmæssig kontekst er det et hyppigt anvendt NPM-inspireret økonomistyringsredskab, hvis formål er gennem

resultatsammenligninger og erfaringsudveksling at understøtte effektivisering og prioritering i den offentlige sektor. Kodeordet ved enhver BM er *sammenligning*, hvorfor hovedkravet til indikatorer er, at de er sammenlignelige.

Der findes mange definitioner af BM, som typisk omfatter: måling og sammenligning af produktivitet, effektivitet og kvalitet. Det basale princip er at identificere et sammenligningspunkt, benchmark, ud fra hvilket alt andet kan sammenlignes. I Finansministeriets notat fremhæves at det, som adskiller BM fra andre sammenligninger, er den *systematiske* metode kombineret med en eksplicit målsætning om at *opnå forbedringer*. BM handler om at *lære af de bedste* på et område med henblik på selv at blive bedre.

En omfattende gennemgang af den internationale litteratur om BM i sundhedssektoren beskriver, hvordan outcome-indikatorer som dødelighed har været anvendt siden 1700-tallet til sammenligninger mellem hospitaler (11). I midt-1990'erne blev metoden struktureret og udbredt i USA og England med det formål at sammenligne hospitals outcomes for at rationalisere deres budgetter, og siden har BM udviklet sig fra en primært kvantitativ og kompetitiv sammenligning af performance outcomes, mod et mere og mere komparativt og kvalitativt fokus med inklusion af proces- og succeskriterier for bedre performance. Den nyeste internationale udvidelse af konceptet inddrager fokus på imødekommelse af patienternes forventninger. Fordele, som nævnes ved det mere komparative fokus i moderne BM, som bl.a. anvendes i England, omfatter bl.a. øget mulighed for læring, mere videndeling og forbedrede behandlingsresultater som resultat af erfaringsudveksling omkring bedste praksis i klinisk behandling (11).

Med udgangspunkt i teoretiske kilder om BM og kvalitetskriterier samt to rapporter + enkelte støttedokumenter om aktuelle BM-proces i Region H, søger jeg at beskrive processen overordnet samt udvalgte variable i detaljer, og undersøge: underspørgsmål 1 og 2 (side 8).

Motivationsteorier kan opdeles i klassiske behovs- og procesteorier. Kognitive procesteorier hviler på en grundantagelse om, at motivation ikke er uafhængig af andre. Vi sammenligner os med andre, og selv om vi isoleret set kan opleve motivation eller jobtilfredshed, kan dette ændre sig i sammenligningen med andre og resultere i utilfredshed og demotivation. Som medarbejder og leder i det offentlige sundhedsvæsen er det min erfaring, at følelser og særligt oplevelsen af retfærdighed/uretfærdighed spiller en vigtig rolle for ansattes trivsel og motivation.

Oplægget til Region H's BM-proces er et officielt varsel om omfattende besparelser, hvoraf en del skal findes ved sammenligning af afdelingernes produktionsmål og effektivitet. Da processen udføres med et tydeligt præg

af konkurrence og 'vinderen er den afdeling med billigste løsning', er det nærliggende at antage, at der er meget på spil for afdelingslederne.

Jeg vil inddrage mindre kendte kognitive procesteorier i form af retfærdighedsteorier (engelsk: *equity theory* og *organizational justice*) til at få forståelse af, hvordan retfærdighed og motivation i forb. med processen og evt. 'kognitiv dissonans' kan forvente at påvirke implementering af de foreslåede besparelser.

Adams (arbejds- og adfærdspsykolog) var en af de første, der udviklede et samlet begrebsapparat omkring opfattelsen af retfærdighed og dens indflydelse på medarbejderes motivation. Ifølge Adams 5 grundantagelser om retfærdighed (19), gælder det at:

1. Medarbejderne gør deres udbytte af arbejdet op i et nettoresultat
2. Medarbejderne sammenligner deres nettoresultat med andres
3. Hvis man oplever en ulighed, så er det uretfærdigt
4. Jo større oplevet ulighed, jo større frustration vil medarbejderen opleve
5. Jo større frustration medarbejderen oplever, jo mere vil vedkommende forsøge at mindske frustrationen ved at genetablere lighed eller retfærdighed

Disse grundidéer har stor lighed med grundlæggende antagelser for kognitiv dissonans-teori som formuleret af socialpsykolog Leon Festinger (21): selvom vi ofte optræder logisk tænkende, udviser vi alligevel irrationel adfærd for at opretholde kognitiv overensstemmelse. Opleves dissonans eller uligevægt, vil vi søge at genetablere ligevægten og fjerne dissonansen. Medarbejdere vil reagere med ubehag og frustration på ulighed, og når ubehaget og frustrationen bliver tilstrækkelig stor, vil man forsøge at handle for at mindske uligheden. Måske lidt overraskende gælder dette både medarbejderen med højeste og med laveste nettoresultat, omend medarbejderen med det højeste resultat ofte vil have en højere tolerance for forskellen, mens medarbejderen med lavere resultat vil have lavere tolerance (19)

Retfærdighedsfølelsen kan genskabes på flere måder. Medarbejderen kan forsøge at kræve en højere belønning, sætte spørgsmål ved referentens bidrag eller belønning eller justere sit eget bidrag ved at arbejde mindre eller langsommere. Hvis ingen af disse tiltag resulterer i etablering af ligevægt og retfærdighedsfølelse, vil reaktionen ofte være *fornægtelse*, *resignation*, *frustration* og deraf følgende *jobutilfredshed* og *demotivation* (19)

Greenberg (arbejds- og adfærdspsykolog) har videreudviklet retfærdighedsteorier i arbejdskontekst (Organisational justice) ud fra et bredt spektrum af psykologiske og sociologiske teorier ang. medarbejderes oplevelse af fairness/retfærdighed (22) og skelner mellem:

- Fordelingsretfærdighed (Distributive justice) tager udgangspunkt i Adam's Equity teori og siger, at medarbejderes oplevelse af retfærdighed ved fordeling af goder er direkte proportional med den relative arbejdsindsats, de oplever ligger til grund for fordelingen.
- Proceduremæssig retfærdighed (Procedural justice): Retfærdige arbejdsgange sikrer, at alle der påvirkes af en given beslutning bliver hørt, at ingens egeninteresser påvirker beslutninger, at der indhentes de nødvendige informationer for at sikre et validt beslutningsgrundlag, at der er mulighed for at klage over eller ændre en beslutning, og at der skabes sammenhæng i de beslutninger, der tages
- Interaktionel/relational retfærdighed afspejler i hvilken grad folk bliver behandlet med *høflighed, værdighed og respekt af* ledelse. Medarbejdere kan fx føle sig uretfærdigt behandlet, hvis de oplever at deres overordnede byder dem halve forklaringer præget af ukomplette og overfladiske informationer. Dette kan udløse følelser af *moralsk forargelse og harme* og resulterer potentielt i gengældelseshandlinger.

De senere år er interessen for interaktionel retfærdighed øget, bl.a. som en del af teorikonceptet bag "social kapital", der med grundideen om at "koble samarbejde med kerneopgave" i disse år udbredes som det 'nye sorte' indenfor strategiske tiltag på mange arbejdspladser landet over (23). Ifølge Greenberg gælder retfærdighedsteorierne alle niveauer af ledelse, og selvom ledere længere nede i hierarkiet ikke har mulighed for at ændre på uretfærdige bonusordningssystemer eller performancemålinger (fordelings- og procedureretfærdighed), har de som udgangspunkt altid muligheden for at fremme interaktionel retfærdighed ved at behandle medarbejdere med respekt og værdighed og tilbyde fyldestgørende forklaringer i det omfang disse efterspørges.

Det er i denne teoretiske forståelsesramme, jeg vil søge at identificere mønstre i de gennemførte interviews, der kan belyse tredje underspørgsmål i problemformuleringen (side 8).

3 Metode

I dette kapitel redegøres først for afhandlingens videnskabsteoretiske iagttagelsesperspektiv som indledning til en gennemgang af de kombinerede natur- og samfundsvidenskabelige kvalitetskriterier, der anvendes i den teoretiske analyse af BM-rapporterne. Slutteligt redegøres for metoder relateret til interviews, der medvirker i belysning af problemformulering.

3.1 Videnskabsteoretisk iagttagelsesperspektiv

Jeg anvender både kvalitativ og kvantitativ tilgang. Kvalitative undersøgelser søger at beskrive og fortolke fænomener i deres kontekst for derigennem at forstå dem bedre (17). I denne afhandling benytter jeg semistruktureret interview, som kan afdække subjektive opfattelser og personlige vurderinger, for at undersøge overlægerne oplevelser af indflydelse og retfærdighed i BM-processen. Den kvantitative/positivistiske tilgang bruges i min analyse af BM-processens gyldighed, realiserbarhed og pålidelighed.

Min hensigt har været, at anvende teorien som ”en dåseåbner til at få hul på min undersøgelse og analyse med” for dermed til at forstå empirien og afgrænse det undersøgte (24). Jeg har dermed valgt en mere flydende ontologi, end naturvidenskabens vanlige repræsentative og stabile, idet jeg accepterer, at omverdenen kan forandre sig efter informanternes tolkning af den (17 s. 183-184). Selv tilsyneladende faste aktivitetsmål og nøgletal kan tage sig forskelligt ud, afhængig af hvordan informanten fortolker dem i det daglige arbejde, såvel relationelt som funktionelt. Mit valg indebærer den fordel, at jeg ikke er fastlåst i en forforståelse af hvilke konklusioner, informanternes interviewsvar vil give, men forholde mig åbent. Valget af opgavens kernebegreber kan skifte, hvis jeg i løbet af mine undersøgelser finder nye mønstre eller aspekter, der gør det relevant at trække på anden litteratur, som igen kan ”åbne” for en forståelse af et særligt mønster eller aspekt.

Mit formål er at forstå, hvordan BM-processen blev oplevet i forhold til kommunikation, indhold og resultater, og om, og i givet fald hvordan, de ledende overlægers motivation og arbejdsglæde blev påvirket. Således siges der ikke mod at frembringe teorier om, hvordan fremtidige økonomistyringsprocesser kan forventes at påvirke ledende overlæger.

På flere punkter afviger min tilgang fra den stringent samfundsvidenskabeligt fænomnologiske, idet jeg ikke kun analyserer BM-processen, herunder udvælgelse af variable, analyse og fortolkning, ud fra en forforståelse af at denne form for økonomisk aktivitetsmåling findes i en bestemt og entydig form uafhængig af vor erkendelse af den (m.a.o. en realistisk og positivistisk tilgang). Jeg undersøger tværtimod de interviewede lederes oplevelse af processen og af retfærdighed og motivation undervejs. Jeg søger at anvende en modificeret forstående forskningstypologi, hvor jeg vil underbygge påstande og udlede forståelse ved at kombinere interviewdata med data fra rapporter og øvrige dokumenter.

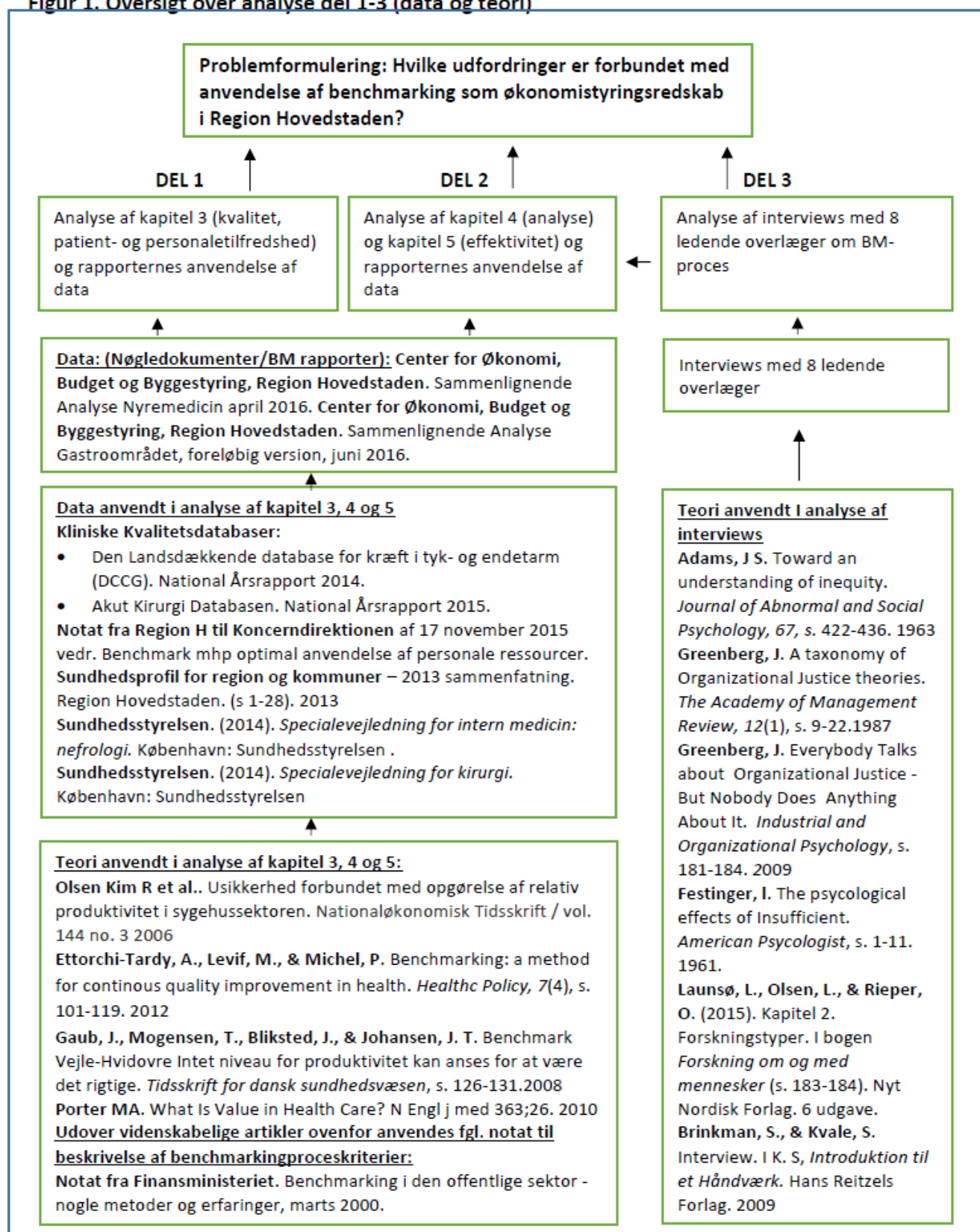
Jeg vil således fremlægge resultaterne som en kombination af hovedsageligt realistiske og fænomenologiske perspektiver, suppleret med en socialkonstruktivistisk forståelse, i fortolkning og analyse af dokumenter og interviewdata.

3.2 Generering af empiri

3.2.1 Analytisk fremgang

Analysen er inddelt i 3 dele. Del 1 og 2 udgør teoretisk analyse af dokumenter med udgangspunkt i de nævnte kvalitetskriterier (s. 18) samt evt. oplagte problematiske forhold af epidemiologisk/statistisk karakter vedrørende dataanvendelse i de to nøgledokumenter "Sammenlignende Analyse af Nefrologi" (9) og "Sammenlignende Analyse af Gastroområdet" (8). I del 1 analyseres rapporternes kapitel 3 "Kvalitet, patienttilfredshed og personaletilfredshed", og i del 2 kapitel 4 "Analyse" og 5 "Effektiviseringsforslag". Den teoretiske analyse inddrager afsnit fra essentielle støttedokumenter (særligt kliniske kvalitetsdatabaser (25) (26)) hvorfra data anvendes i BM-rapporternes kapitel 3, samt teoretiske notater og publikationer om BM. Del 3 er analyse af de ledende overlægers fortælling om deres oplevelser i semistrukturerede interviews med 3 kliniske afdelingsledere/overlæger fra nefrologiske afdelinger og 5 fra gastroområdet. Anvendte dokumenter ses i Fig 1.

Figur 1. Oversigt over analyse del 1-3 (data og teori)



Figur 1. Oversigt over analyse del 1-3. Tekstfelter viser kilder til data og teori. Pilretning angiver i hvilke dele, kilderne anvendes. Pil fra DEL 3 til 1 og 2 fordi DEL 3 anvendes til test af resultater af DEL 1 og 2.

3.2.2 Indsamling af empiri

Jeg har valgt at indsamle primære data i en anden organisation end min egen. Dette giver den fordel, at jeg kan frigøre mig fra hverdagen og kendte (magt-) relationer og fungere som en slags amatørantropolog med samme "skærpede observationsevne", som en nyansat medarbejder kan have (27). Der suppleres med sekundær empiri i form af organisatoriske dokumenter, herunder intern kommunikation i Regionen, endelig (nefrologi) og foreløbig (gastro) BM-rapport, og relaterede konsulentrapporter. Dokumenter kan fungere som organisationens hukommelse og klarlægge faktuelle forhold. Dette giver mig bl.a. mulighed for at relatere observationer til etableret teori, og styrke konklusioner baseret på metodetriangulering.

3.2.3 Valg af interview metode

Interviewene skal gøre mig i stand til at fremhæve mønstre, sammenhænge og variation i opfattelser og forventninger. Det kvalitative, semistrukturerede design sigter mod at få respondenter til at udfolde deres synspunkter og oplevelser og giver mulighed for at få bred viden om hver leders oplevelser samt at kunne dykke ned i detaljer undervejs ved f.eks. at lytte efter mønstre, modstridende udsagn og uventede svar. Med den prædefinerede interviewguide kan jeg opnå en operationalisering af de udvalgte teoretiske begreber og derved forbinde teori med empiri (28).

Målet som interviewer er at være "deskriptiv i objektiv forstand" og indtage en udenforståendes neutrale andenordens-position som iagttager. Mine egne holdninger, indsigter og meninger vil jeg såvidt muligt holde ude af interviewkonteksten. Det kan blive en udfordring at holde forholdet mellem forsker og udforskede i en tilpas balance mellem nærhed og afstand, da de sundhedsfaglige ledere er min "egen stamme" i modsætning til økonomikonsulenterne, der er rundet af en anden akademisk baggrund. Min intention er at kunne zoome ud og fortolke feltet udefra.

Selve interviewet blev forud gået af en kort information på e-mail samt skriftlig aftale om tid og sted.

Interviewet introduceredes med at jeg definerede formål med interview, hvad båndoptageren skal bruges til osv. og afklarede evt. spørgsmål fra respondenterne (28 s. 149). Som afslutning spurgte jeg om interviewpersonen havde mere at sige, og om der var noget, interviewpersonen oplevede som vigtigt, som jeg ikke spurgte til. Jeg afsatte 10-15 minutter efter hvert interview til at reflektere over hvad der var kommet frem og registrere mine umiddelbare indtryk.

Respondenterne fik transskriptionen af deres eget interview til kommentarer og sikring af at de citerede udsagn også på skrift var i overensstemmelse med intentionen bag.

3.3 Kodning

Jeg har anvendt åben kodning, hvor koderne genereres fra de indsamlede data. Ud fra et ønske om en simpel førstegangstilgang til kodning og for at blive klogere på hvilke spørgsmål teksten stiller til mig som læser, og hvilke spørgsmål jeg selv stiller til teksten, var min tilgang følgende: (17 s. 163-167).

- 1) genlæse hele materialet segment (interview) for segment i et stræk (167 sider)
- 2) samle interviewdele under 2 overordnede temaer (motivation og retfærdighed)
- 3) printe temaer på farvet papir
- 4) gennemlæse temaer ud fra mønstergenkendelse
- 5) samle under temaer på ny og genkode i 2 (overordnede) +3 underordnede kategorier (underinddeling af retfærdighedsteoretiske perspektiver)
- 6) identificere meningsenheder ud fra 5 nye endelige undertemaer
- 7) samle meningsenheder i et kategorisystem
- 8) afslutningsvist genlæse hele rå-data i ikke-kodet version og indhente evt oversete/udeladte udsagn af betydning for processen

Ved åben kodning organiseres teksten ud fra den basale analyseenhed og ikke i cases (personer). Dette muliggør opdagelse af nye, mere nuancerede kategorier end først antaget ud fra teorien. Men åben kodning indebærer også risiko for at bryde eller udslette eksisterende sammenhænge samt at påføre materiale subjektivitet – kan andre gennemføre studiet og komme frem til samme resultater? Denne jeg risiko mindskes ved at være udenfor egen organisation; jeg har ikke nogen tilknytning til Region H eller den regionale magtarena.

Mit fagfællesskab med respondenterne kan have 'åbnet nogle døre' for mig og lettet min forståelse af deres udsagn. Jeg har været omhyggelig med at minimere min evt. påvirkning undervejs, og selvom det næppe kan lykkes fuldstændig, er det ikke min opfattelse, at en mere ekstern undersøger havde fået væsentligt anderledes svar.

4 Analyse

Rammen for analysen er data-triangulering, hvor jeg sammenholder hvad teori om BM samt systematisk gennemgang af proces ud fra gængse kvalitetskriterier kan bidrage med til forståelse af udfordringer i aktuelle

BM-proces (DEL 1 og DEL 2). Tillige ønsker jeg at undersøge, hvilken effekt processen har haft på motivation og oplevelse af retfærdighed hos de fagprofessionelle, herunder evt. betydning for implementering af procesresultater (DEL 3). Denne sidste del undersøges gennem analyse af semistrukturerede interviews med fagprofessionelle og kognitiv procesteori.

Hver delanalyse rundes af med en opsummering af hovedpointer fra de enkelte afsnit i en delkonklusion (**i fed**). I DEL 2 er hvert underafsnit rundet af med mine refleksioner (*i kursiv*), der leder frem til delkonklusionen (**i fed**). Efter DEL 3 følger hovedkonklusionen som leder over i diskussionen.

4.1 Del 1. Analyse af kapitel 3 "vurdering af evt. korrelation mellem høj resurseeffektivitet, kvalitet, patient- samt personaletilfredshed".

Rapporterne indledes med sammenlignende meget overordnede beskrivelser af medarbejder- og patienttilfredshedsundersøgelser og kvalitet for at teste hypoteserne "høj produktivitet er ikke forbundet med ringe kvalitet i behandling og/eller ringe medarbejder/patient tilfredshed", og "lav produktivitet er ikke forbundet med høj medarbejder- og/eller patienttilfredshed".

4.1.1 Datagrundlag for produktivitet-, medarbejder- og patienttilfredsheds-analyser

Rapporterne anvender kliniske kvalitetsindikatorer identificeret af de kliniske selskaber og offentliggjort i Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister hhv. Akut Kirurgi Databasen (25) og Årsrapporter (26). Personaletilfredshed er baseret på 3 udvalgte kategorier (tid til job, faglig kvalitet og generel tilfredshed) i TrivselOP 2014 (29), og Patienttilfredshed på 3 (ud af 75) spørgsmål om overordnet tilfredshed i forbindelse med ambulante, planlagte og akutte forløb fra seneste landsdækkende undersøgelse fra 2014 (30). Da metodegrundlag og princip overordnet er ens for de to rapporter, vil jeg af hensyn til begrænsning af opgavens omfang kun tage udgangspunkt i gastroområdet i det følgende.

For overblik over datagrundlaget i DEL 1 henvises til figur 1. Kvalitetsindikatorerne er udvalgt af BM-processens økonomikonsulenter på baggrund data fra kliniske selskabers publikationer. Man må derfor antage, at indikatorerne er relevante til sammenligningsformål. Dog bemærker jeg, at der i Årsrapporten for Tyk- og

Endetarmskræft for hver af de 3 indikatorer er taget forbehold overfor anvendelse i sammenligningsøjemed (grundet måling på begrænset antal tilfælde).²

For at sikre pålidelighed, burde rapporten (8) have gengivet disse forbehold. Selv hvis det antages, at indikatorerne trods begrænset antal og hyppighed er repræsentative for gastroområdet og de 3 spørgsmål fra hhv patient- og medarbejder-tilfredshedsundersøgelserne repræsentative for den generelle tilfredshed, er det problematisk at 'korrelationen' udelukkende er baseret på sammenligning af procenter, uden angivelse af præcision af disse med f.eks. sikkerhedssintervaller eller blot oplysninger om det antal patienter, medarbejdere og operationer, beregningerne er baseret på. Den statistiske betydning og præcisionen af rapportens resultater er derfor uvis.

4.1.2 Generelle metoderefleksioner til rapporternes kapitel 3

Datagrundlag og konklusioner i BM-rapporternes kapitel 3 (8) (9), er udgangspunkt for metodegrundlaget, der anvendes i rapporternes analysekapitel 4 (8) (9). De anførte statistiske usikkerheder kan umiddelbart synes mindre væsentlige, men selv mindre systematiske fejl (bias) i metodeantagelser kan potentielt medføre omfattende uheldige konsekvenser, hvis/når det føres fra analyse af mindre datasæt til datasæt af større omfang.

Fortolkning og stærke konklusioner funderet på et begrænset talmateriale udfordrer overordnet flere kvalitetskriterier herunder pålidelighed, præcision og generaliserbarhed. Tillige udfordres overførbarheden af konklusionerne om metodegrundlaget fra denne indledende sektion til resten af rapporten. For hvis de grundlæggende antagelser om "at høj resurseeffektivitet ikke korrelerer med lav kvalitet og lav personale og patienttilfredshed" ikke er valide, og anvendelsen af data behæftet med bias/usikkerhed, har det betydning for selve rapportens metodegrundlag hvilket er problematisk i betragtning af de meget store budgetter der er i spil i den efterfølgende analyse).

Eksempelvis konkluderes det, at der ikke er nogen systematisk sammenhæng mellem kvalitetstallene og lægebemanding eller plejepersonalenormering. Der findes lavere personaletilfredshed på Nordsjællands

² f.eks. *Vedrørende anastomoselækage ved rektumcancerkirurgi: "på afdelingsniveau kun indgår få patientforløb i henholdsvis tæller og nævner, hvilket afspejles i meget brede konfidensintervaller. Derfor må sammenligninger på tværs af regioner og afdelinger gøres med forsigtighed"* (26 s. 27-37). Enslydende forbehold er anført for de 2 øvrige indikatorer.

hospital, men da bemandingsniveau ikke er lavt, konkluderes det, at der ikke er en systematisk sammenhæng mellem bemandingsniveauer og personaletilfredshed.

Der findes en korrelation mellem bemandingsniveau og patienttilfredshed for de akutte indlæggelser, da den dårligst bemandede afdeling (Herlev/Gentofte) også har det laveste patienttilfredshedsniveau. Den dårligst bemandede afdeling scorer konsekvent lavest eller næstlavest i alle 3 undersøgte kvalitetsindikatorer. Alligevel konkluderes det, at der ikke er nogen systematisk sammenhæng mellem patienttilfredshed og bemanding.

Bispebjerg-Frederiksberg Hospital (BFR) har højere bemandingsniveauer og højere tilfredshed med den faglige kvalitet, men det konkluderes, at den generelle tilfredshed ikke er højere. Iflg. Tabel 3.3. Trivsel OP 2014 (s 9), har BFR ellers højeste generelle tilfredshedsniveau (70%) af de 4 akuthospitaler og hele 10% højere end NOH.

4.1.3 Delkonklusion analyse del 1

Sammenfattende finder jeg, at de indledende analyser på grund af små tal, manglende komplethed og elementer af 'tilfældig' eller 'omvendt logik' i ræsonnementer resulterer i problematiske konklusioner om manglende sammenhænge mellem kvalitet-, medarbejder- og patienttilfredshed. Betydningen af øvrige påpegede svagheder ift kvalitetskriterier samt manglende relevante oplysninger om usikkerheder, forbundet med data- og metodegrundlaget kan diskuteres. Vigtigst er, at de påpegede svagheder angår rapporternes metodegrundlag, idet antagelser og konklusioner i rapportens kapitel 3 anvendes til at berettige udførelsen af rapportens centrale sammenligningsanalyser og effektiviseringsforslag i kapitel 4 og 5. Herved medfører basale svagheder i de metodemæssige grundantagelser, at konklusionerne i resten af rapporten mangler pålidelighed og gyldighed.

4.2 DEL 2: Analyse af BM-rapporternes kapitel 4 og 5

Jeg har udvalgt et par eksempler fra hvert område, som gennemgås i det følgende:

4.3 Nefrologi

4.3.1 Organisering og demografi

Nefrologi er et mindre speciale med kun 3 afdelinger til at betjene alle regionens nyrepatienter, hhv. på Rigshospitalet (RH), hvor der også behandles endokrinologiske patienter og foretages nyretransplantationer, Herlev Universitetshospital, der har regionens største dialyseafsnit, og Nordsjællands Hospital i Hillerød, hvor nefrologi indgår sammen med kardiologi og endokrinologi. Afdelinger varierer i størrelse (fra 130-300 ansatte), organisering samt specialefunktionsniveau jf. Sundhedsstyrelsens reviderede Specialeplan (31) (32), der sætter de faglige rammer for specialiseret behandling i det danske sygehusvæsen. Specialefunktionsområder er

fordelt på hhv RH og Herlev som følger: 1) Højtspecialiserede funktioner RH (n=13) og Herlev (n=7) og 2) Regionsfunktioner RH (n=7) og Herlev (n=7) (31).

Sociodemografiske forskelle inkl. risikofaktorfordeling i forhold til ensartethed af data er kun sparsomt berørt i rapporterne, herunder overvejelser om betydning af f.eks. hospitalernes optageområde ift. baggrundsbefolknings sammensætning og størrelse. Middellevialder er f.eks. højest i Nordsjælland, og patient-tyngden i form af ko-morbiditet som overvægt, rygning og alkoholforbrug størst i Herlev og Hvidovres optageområder (32).

Refleksion: De nævnte forskelle i organisering, struktur, varetagelse af specialfunktioner, og forskelle i patientdemografi gør det problematisk direkte at sammenligne afdelingernes produktivitet.

4.3.2 Dialyseaktiviteter

Dialyseaktiviteterne, er nøje gennemgået, da Center for Økonomi var anmodet om at se på dialysekapacitet og behov for yderligere dialysepladser, da kapaciteten har været under pres i Region H. En rapport fra Sundhedsstyrelsen i 2006 (33) angiver estimater for fremtidigt behov for dialysepladser, udfra review af relevant litteratur fra perioden 1990-2005, og at bruge dem i BM i 2016, indeholder en implicit antagelse af at de fortsat er gældende nu og præcise nok til anvendelse i styringsmæssig kontekst, samt at der ikke er sket større forandringer i de grundlæggende forhold vedr. organisering af dialysepatienter siden. BM-rapporten foreslår bl.a. at effektivisere ved at åbne op for dialyse lørdag aften og søndag i dagtimerne samt at samle dialyser af kort varighed på dedikerede dialysepladser, således at der kan nås 3 dialyser i døgnet fremfor to. Det er dog tvivlsomt om dette reelt ville føre til besparelser/effektivisering. Dels er forskelle i patienttyngde og sygdomssværhedsgrad ikke inddraget i sammenligningerne, dels er anvendelse af personale i weekenden dyrere end på hverdage, og 3 dialyser i døgnet vil muligvis betyde ekstra bemanning og lønudgifter. Rapportens (9) forslag om en leanproces på området kunne give mulighed for at afdække evt. effektiviseringspotentiale, men vil også være forbundet med udgifter til leankonsulent, som bør modregnes i evt. effektiviseringsgevinst.

Imidlertid går rapporten (9) videre indenfor dialyseområdet, og et af de centrale forslag indenfor nefrologien er at reducere bemanningen på dialyseafsnittene med 3,8 medarbejdere på Herlev og 5,7 medarbejdere voksende til 14,6 årsværk på RH på baggrund af forskellene i antal dialyser per årsværk. Selvom det måske synes rimeligt at sammenligne dialysepatienter ud fra en overordnet betragtning om at hver patient optager en seng og et dialyseapparat et vist antal timer, er der næppe tvivl om, at faktorer som ko-morbiditet (forekomst af to indbyrdes uafhængige lidelser på samme tid hos samme person), handicaps, overvægt eller svær sygdom, der kræver ekstra tid og personaletilsyn eller hjælpemidler som fx lift til at komme ind og ud ad sengene, spiller

ind på, hvor hurtigt det er realistisk at gennemføre en dialyse. Også afdelingens fysiske begrænsninger må være af betydning. Arkitekturen på RHs dialysestuer, betyder f.eks. at der max. er plads til 5 patienter på hver stue. Men en sygeplejerske kan maksimalt passe 3(-4?) patienter ad gangen, og dermed er behovet altså tilstedeværelse af 2 sygeplejersker til 5 patienter, hvis den forhåndenværende sengekapacitet skal udnyttes fuldt ud. Omvendt er Herlevs dialysestuer begrænset til to patienter og en sygeplejerske må derfor være i pendulfart mellem de to stuer, hvis 4 patienter skal overvåges, og et forsvarligt sikkerhedsniveau af overvågning af patienterne i forbindelse med dialyserne skal opretholdes.

Refleksion: Forslaget om at øge antallet af dialyser pr dialyseplads synes ikke realiserbart uden inddragelse af udgifter til ombygning af eksisterende faciliteter, hvilket vil betyde reduktion eller bortfald af det forventede effektiviseringspotentiale.

4.3.3 Nefro-endokrinologien og bemanning

Et sidste eksempel vedrører sammenligning af bemanning på nefro-endokrinologiske sengeafsnit. Iflg. rapporten for nefrologiområdet (9) er det udspecificeret at der er 7 senge på RH og ”det samme antal senge” (antal ikke specificeret) på Herlev-Gentofte. Varetagelse af svært syge nefro-endokrinologiske patienter kræver typisk et højt specialiseret niveau af udredning, behandling, overvågning og pleje (31). Patienterne vil typisk være overført fra andet primært sygehus.

I eksemplet er NOH undtaget fra sammenligninger, og kun RH og Herlev Gentofte sammenlignes.

Citat side 19 ”Derimod er der grund til at se på, om der er så afgørende forskel på patienttyngden på sengeafsnittet på Herlev og Gentofte Hospital og det kombinerede nefrologiske-endokrinologiske sengeafsnit 3823 på Rigshospitalet, at det kan betinge den konstaterede forskel i plejenorm. Tabel 4.2 viser således, at de to sengeafsnit har samme bemanning pr. belagt seng i nattevagten på hverdage og i aften- og nattevagten i weekenden, mens forskellen især ligger i, at Rigshospitalets afdeling har valgt at bemande sengeafsnittet med i gennemsnit 12 medarbejdere i dagvagten på hverdage, mens afsnittet på Herlev og Gentofte Hospital kun har 9 medarbejdere i dagvagt til samme antal belagte senge. De ekstra ressourcer, der anvendes på afsnittet på Rigshospitalet anvendes således i høj grad på hverdage i dag tiden, hvor bemanningen i forvejen er relativ høj. En så høj bemanning i dag tiden sammenholdt med en relativ lav bemanning om natten ses sjældent på sammenlignelige sengeafsnit. Der foreslås en tilpasning af plejebemanningen på afsnit 3823 på Rigshospitalet til niveauet på Herlev og Gentofte Hospital. Herved kan hentes en effektiviseringsgevinst på 4,3 årsværk svarende til 1,7 mio. kr.”

Refleksion: Dette citat illustrerer for mig et af flere eksempler i rapporterne på 'omvendt logik'. Det anføres, at alene forskelle i bemanningen indikerer at sengeafsnittene næppe er sammenlignelige. Alligevel går man skridtet videre og sammenligner afsnittene ved en grov/simpel sammenligning af plejebemanning per antal seng. Her indgår m.a.o. ikke DRG-koder eller anden specifikation af 'hvilke patienter der ligger i sengene' (f.eks. hvor syge de er, kompleksitet af sygdom eller niveau af udredning eller behandling eller andet af betydning for plejetyngde og sammenlignelighed). Og uden videre forbehold kommer man frem til at kunne spare 4,3 årsværk grundet forskel i bemanningen i dag-tid på RH. Som læser sidder man tilbage med spørgsmålet, hvorfor sammenligne når det næppe er sammenlignelige afsnit, og hvorfor er basale forhold, som hvilke patienter der ligger i sengene, ikke blevet inddraget i sammenligningerne? Som tidligere anført er det velbeskrevet at anvendelse af produktivitetsanalyser først bliver rigtigt problematisk, såfremt man som analytiker undlader at tage højde for de problemer og den usikkerhed, der er forbundet med produktivitetsmålninger (20).

4.4 Gastro-området

4.4.1 Organisering og demografi

Gastroområdet dækker en kombination af mave-, tarm- og lever-sygdomme. I Region H er gastromedicin og gastrokirurgi samlet under samme afdelingsledelse og placeret på 4 akuthospitaler Herlev/Gentofte (HGH), Amager/Hvidovre (AAH), Hillerød/Frederikssund (NOH), og Bispebjerg/Frederiksberg (BFH). På Rigshospitalet (RH) indgår mavetarm- kirurgi og medicin som selvstændige klinikker i Abdominalcentret, og al kompliceret hepatologi er samlet på Rigshospitalet. Hepatologi er undtaget fra BM-analysen begrundet ud fra manglende sammenligningsgrundlag.

Der er forskelle i afdelingernes størrelse (ml 160-550 medarbejdere), uddannelsesforpligtigelse, akutindtag, organisering og semi-intensive funktioner (AHH har et semiintensivt afsnit i afdelingen med 7 senge, hvor reel intensiv behandling varetages og kun den tungeste kategori af svært syge patienter overflyttes til intensiv afdeling; BFR og HGH har hhv. 3 og 2 semiintensive senge i sengeafsnit, der primært anvendes til overvågning efter ambulante indgreb samt kortvarig håndtering af svært syge patienter inden overflytning til intensiv afdelinger).

Specialefunktionsområder (indenfor mave, tarm, bugspytkirtel og binyrer) (34), kan inddeles i 3 overordnede kategorier: 1) overvejende højtspecialiserede funktioner og enkelte regionsfunktioner: RH (n=23+5) og AHH (n=10+5), 2) Regionsfunktioner + enkelte højtspecialiserede funktioner HGH (n=7+4) og 3) Regionsfunktioner (BFH) (n=4) samt NOH (n=1)) samt Hovedfunktioner. RH skrives ud af størstedelen af rapportens sammenligninger med begrundelse i deres udtalte specialfunktioner og forskelligartethed.

De samme sociodemografiske forhold som beskrevet under nefrologien gør sig gældende for gastroområdet.

Refleksion: Ovennævnte faktorer udfordrer i varierende grad sammenligningsgrundlaget for anvendelse og fortolkning af gastro-områdets nøgletal i produktivitetssammenligningsøjemed.

4.4.1.1 Bemanding læger

I tabel 4.15 (s 32) opgøres antal operationer og gennemsnitlig knivtid. Det fremgår ikke hvilke typer af operationer, der er tale om (er det f.eks. primært hurtige akutte mindre operationer af simple problemstillinger som fx blindtarm eller er det omfattende operationer på svært syge kræft patienter med komplekse problemstillinger der udover senior kirurgiske ekspert niveau også kræver special anæstesiologi), men det konkluderes, ud fra denne meget forsimplede grove sammenligning, at der IKKE er sammenhæng mellem antallet af kirurgiske vagtlag og belastningen på operationsområdet i nattetimerne. I de følgende sammenligninger af DRG/vagttag vises der, at der overordnet ikke er de store forskelle i DRG/alle vagttag, men at f.eks. AAH og HGH har høje DRG/bagvagtslag og færre DRG/for og ml vagttag sammenlignet med NOH. (BBH ligger højt i begge kategorier). Forslaget om at nedlægge vagttag (1 forvagt eller mellemvagtslag) på AAH og HGH begrundes med, at man kan opnå større overensstemmelse mellem DRG værdien per for og mellemvagtslag mellem de 3 største hospitaler.

Refleksion: Der er ikke påvist nogen markant forskel i produktion for lønmidlerne overordnet, og de observerede "negative" udsving i DRG/for- og mellemvagtslagsniveau på AAH og HGH kompenseres af modsatrettede positive udsving på bagvagtslagsniveau. Selv hvis præmisserne for denne meget grove sammenligning accepteres og eventuelle grundlæggende forskelle i afdelingernes specialiseringsniveauer og aktivitetsmål ignoreres, er det svært at finde meningen i, at der skæres på det ene niveau når udsvingene udlignes af det andet niveau og nettoforskellen er 0? Herudover finder jeg det relevant at bemærke, at man de senere år har lagt politisk pres på sundhedsvæsenet for at reducere ventetider på sygehuse. Hospitalerne og afdelingerne blev pålagt at ændre arbejdsgange med henblik på at reducere ventetid. Med de foreslåede besparelsetiltag forlænges ventetider uundgåeligt.

4.4.1.2 Dagkirurgi

I Tabel 4.24 (s 44) fremgår det at dagkirurgiandelen de 4 akuthospitaler imellem er nogenlunde ens, (og derfor ikke relevant udgangspunkt for sammenligning mht. identifikation af besparelsetiltag). Men alligevel er andel ambulant kirurgiske procedurer for operationskoder hvor mindst et af hospitalerne har 15 ambulante operationer i første halvår af 2015 blevet udvalgt og nærmere undersøgt.

Af tabel 4.25 fremgår det således, at der er udtalt variation for de fremhævede dagkirurgiske funktioner som f.eks. skiftning af større sår. Årligt skiftes 729 større sår på truncus på Amager/Hvidovre (AHH) mod kun 41 på BBH/Frederiksberg (BFH). Omvendt har BFH 644 anden sår-behandling på truncus og AHH kun 15 af disse. Omvendt har BFH høj andel (94%) af fremmedlegemer på truncus der fjernes ambulant og AHH kun 17%, men BFR har 0% lipomer der fjernes på truncus i ambulant kirurgi mod AHH 100%. For 8 af disse funktioner har BFH 0%, NOH har 0% for 3 funktioner, og HGH har 0% ved en funktion. Der beregnes et gennemsnit for de 20 funktioner og de mange 0% betyder at BFH scorer lavest og hele 27% lavere end NOH (næstlaveste).

Refleksion: Disse takster er uafhængige af indlæggelse for de fleste patienter (grå-zone takst) og derfor ikke incitament til præcis kodning. Det er oplagt at disse variationer ikke skyldes reelle forskelle i kirurgisk aktivitet, men snarere er resultat af forskellig kodningspraksis afdelinger/sygehuse imellem, og sammenligning giver derfor ikke meget mening. Alligevel konkluderes det i samme afsnit i rapporten (s 44) at "hvis den kirurgiske aktivitet omlægges så andelen af dagkirurgiske operationer øges til 70% kan sengeforbruges reduceres med knapt 3 senge svarende til 3,9 medarbejdere og en effektiviseringsgevinst på 1,7 mio. opnås". Udover en diskussion af sammenligneligheden patientkategorierne indenfor de enkelte DRG/DAGS koder imellem, og om patientpopulationerne reelt er sammenlignelige de fire akuthospitaler imellem, (og at et hospital f.eks. ikke har en højere byrde af kræftpatienter og recidivbehandling og derfor tvunget til at bruge længere tid per endoskopi, excision af patologisk væv perianalt eller på endetarmsåbning, differentialdiagnostisk udredning ved lipom osv. og ambulante tilsyn med f.eks. lettere patientgrupper uden tidligere primær cancer diagnose), synes det langt mere oplagt, at man i stedet for at ændre kirurgiske aktiviteter kunne diskutere ændring af kodepraksis på BFH og harmonisere denne svarende til de øvrige akuthospitaler i regionen? Derved kan procentsatsen ændres ved et skrivebord, og det foreslåede effektiviseringspotentiale forsvinde, uden at en skalpel er løftet i ambulant regi, men også uden at en krone reelt er sparet.

4.4.2 Generelle metoderefleksioner – begge områder

4.4.2.1 Kompletthed og præcision

Et centralt spørgsmål ift kompletthed er i hvilken grad nøgletal afspejler centrale aktiviteter for områderne? Hensigten jvf. definitionen af kompletthed (s 11) er at anvende et forholdsvis begrænset antal indikatorer, der samtidig giver en dækkende beskrivelse af de væsentligste aktiviteter. Det er en svær balance at ramme de mest repræsentative nøgletal, da for få indikatorer kan betyde et skævt billede og et resultat der langt fra afspejler afdelingernes ydelser, og for mange indikatorer kan medføre at analysen bliver uoverskuelig, og at det derfor bliver umuligt at danne sig et samlet billede af afdelingernes præstationer (14). En måde at skærpe

anvendelighed af sammenligningsanalyser af nøgletal, er som demonstreret i en tidligere BM udført mellem Hvidovre og Vejle sygehuse (35), at begrænse sammenligningsanalyserne til forhold af fælles karakter. Ved yderligere at begrænse sammenligninger til de aktiviteter med højeste aktivitetsniveau blandt de enheder der sammenlignes, sikrer man samtidig, at disse er repræsenterende for det videst mulige omfang af ydelser.

Refleksion: Jeg har ikke kunnet få oplysninger om nefrologien og ift til i hvilket omfang de udvalgte nøgletal er repræsentative for så bredt et omfang som muligt af nefrologiens aktiviteter. Ifølge information fra en af de ledende gastro-overlæger dækker de udvalgte DRG-relaterede aktiviteter <20% af afdelingens samlede aktiviteter, men det er uvist i hvilken grad, de er repræsenterende for afdelingernes overordnede aktiviteter. Denne manglende information er af betydning ift. vurderingen af, om det er de vigtigste nøgletal der måles på, og om alle afdelinger tilnærmelsesvist tilgodeses i samme omfang.

4.4.3 Pålidelighed og gyldighed

DRG/DAGS-takster som udgangspunkt for aktivitetssammenligning skal kort berøres her: Identiske DRG koder afspejler ikke nødvendigvis den samme sværhedsgrad af sygdom eller et ensartet underliggende behandlingsniveau- eller omfang. Udover disse oplagte udfordringer påvirkes DRG-kodning af forskelle i kodningspraksis afdelinger og hospitaler imellem, af forskelle på det individuelle niveau som f.eks. det lægefaglige uddannelsesniveau og indsigt i DRG kodnings-hierarki, samt af funktionsforskelle (højtspecialiseret, regions og hovedfunktionsniveau) afdelinger og afsnit imellem. Forskelle i specialiserings-funktionsniveau kan betyde større forskelle i det lægefaglige- og plejespecialiserede- og plejekrævende aktivitetsniveau dækkende for koden. En diagnose kan således være en relativt billig diagnose det ene sted (f.eks. på hovedfunktions hospital) og en omkostningstung og vanskelig diagnose på et andet hospital (f.eks. højtspecialiseret hospital).

Således kan komplicerede udrednings-og behandlingsforløb betyde at en patient kan indlægges f.eks. på et akuthospital med nyrebækkenbetændelse (glomerulonefrit) og i løbet af dage forværres tilstanden og patienten overflyttes til RH med samme DRG-kode (nyrebækkenbetændelse/glomerulonefrit). Her opdages en toksin-dannende bakterie, der er resistent overfor almindelige former for antibiotika. Dette kræver derfor specialiseret behandling med dyr avanceret antibiotika i samarbejde med infektionsmedicinere og mikrobiologer (lægespecialister, tilsyn ikke registreret), og akut dialyse (kræver vagtberedskab) og tillige plasmaferese (behandlingstung procedure, der renser blodet) grundet truende nyresvigt. Én DRG kode (nyrebækkenbetændelse/glomerulonefrit)=to meget forskellige behandlingsniveauer og udgiftsforløb.

4.4.4 Generaliserbarhed og transparenthed

Udover nævnte eksempler på potentielle problematiske forhold i forudsætningerne for sammenligning af data i forhold til såvel komplethed, pålidelighed, og gyldighed, er anvendelsen af DRG-takster i produktionsmålingssammenhænge endvidere beskrevet af danske sundhedsøkonomer som problematisk af mange årsager som f.eks. manglende opfyldelse af forudsætningen om identisk kodningspraksis de forskellige afdelinger imellem, og en erkendelse af, "at efficiensestimerne i høj grad afhænger af metodevalg". Endvidere anfører de, at produktivitetsanalyser, i hvert fald inden for sundhedssektoren, ikke bør anvendes til at opstille mål for fordeling af ressourcer mellem sygehusene, og anvendelse af produktivitetsanalyser bliver først rigtig kritisk, såfremt man som analytiker undlader at gøre opmærksom på de problemer og den usikkerhed, der er forbundet med produktivitetsmålinger (20).

Eksemplerne synliggør væsentlige udfordringer i simpel sammenligning af nøgletal, og i følge Olsen et al. (20) samt Finansministeriets notat (14 s. 32) anbefales det, at anvende mere avancerede værktøjer end den traditionelle simple sammenligning af nøgletal i resultatBM-processer som denne. Eksempler herpå er regressionsmodeller eller Data Envelopment Analysis, der begge er baseret på en vurdering af den relative produktivitet. Herved er det bl.a. muligt at reducere usikkerhederne i sammenligninger ved at tage højde for de mest oplagte usikkerheder i modellen. Selvom større følsomhed i analyseredskabet ikke vil kunne kompensere for manglende præcision, gyldighed eller komplethed, kunne anvendelse af disse mere avancerede modeltiltag alligevel vel tænkes at have bidraget til øget kvalitet af aktuelle BM-proces qua deres iboende eksplicite krav til input- og output- variable og dermed medvirket til specificering af forbehold og øget generaliserbarhed.

Ovennævnte metodeudfordringer omhandler ikke det væsentlige spørgsmål af mere etisk/moralsk karakter, om det overhovedet giver mening at identificere 'laveste fællesnævner' i produktivitetseffektivitets øjemed, og anvende denne som udgangspunkt for det optimale niveau, der indikerer, at alle der har lavere produktivitetseffektivitet, skal have skåret alt overskydende budget væk, ind til de rammer niveauet for laveste fællesnævner niveau.

Aktuelle case bærer overvejende præg af, at "bedste praksis" udelukkende er ensbetydende med laveste produktivitetssomkostninger. Der ses bort fra f.eks. kvalitet i behandling og godt arbejdsmiljø ud fra forhåndsantagelser og analyser fortolket i retning af, at dette ikke har betydning. Derefter straffer man alle øvrige afdelinger ved at skære området budget ned til laveste fællesnævner. Man kan godt argumentere at rationel drift også giver god kvalitet, i antagelsen om at rationel drift og høj produktivitet opnås ved at have

godt styr på processer og organisering, men en sådan argumentation forudsætter detaljeret viden om organisering og arbejdsprocesser.

4.4.5 Delkonklusion analyse del 2

Sammenfattende for analyserne af rapporterne for nefrologi og gastro-områderne finder jeg, at rapporterne demonstrerer væsentlige udfordringer ved anvendelse af simpel sammenligning af nøgletal, herunder DRG/DAGS takster, til produktivitetssammenligninger på danske hospitaler.

Overordnede metodeudfordringer synliggøres ved anvendelse af generelle akademiske kvalitetskriterier for beskrivende undersøgelser (se s 11) og kan i høj grad tilskrives mangelfuld håndtering af oplagte forskelle afdelingerne imellem (fx afdelingernes størrelse, organisering og struktur, geografiske forhold, specialiserings-funktionsniveauer samt sundhedsdemografiske forskelle) i simple sammenlignende analyser resulterende i omfattende effektiviseringsforslag. Denne problematik understreges særligt af, at de relevante forbehold ift. sammenlignelighed, der nævnes indledningsvist i rapporterne, stik mod al god metodeskik ikke i tilstrækkeligt omfang synes reflekterede i analysepraksis eller i fortolkning.

Det læringsmæssige udbytte af denne resultatBM-proces, hvor bedste praksis er kendetegnet ved billigste løsning, synes begrænset til det økonomiske fokus. Enkelte forslag om yderligere uddybning af diverse forhold ved fremtidige processer, er således begrænset til opfølgende leanprocesser mhp. vurdering af yderligere effektiviseringspotentiale.

I betragtning af de potentielle konsekvenser af effektivering af de omfattende effektiviseringsforslag efterlyser jeg endvidere en refleksion over disses realiserbarhed med genklang i den virkelighed, besparelsesforslagene tager udgangspunkt i.

De identificerede begrænsninger udfordrer i sidste ende rapporternes validitet og dermed deres anvendelighed som styringsværktøj i rationaliseringsøjemed.

4.5 DEL 3: Analyse af interview data

Fremgangsmåden i denne del-analyse er at fremhæve normative elementer i udsagn og historier, hvor informanterne udtrykker gode eller dårlige oplevelser i forhold til BM-processen, og at teste oplevelser ift teori.

Analyse af interviews er baseret på sammenlagt ca. 14 timers optagelser (1 time og 45 min i gennemsnit pr. interview) svarende til 177 siders udskrift (Calibri skrifttype, str 12, med 1.5 linjeafstand). Informanternes

citater er anonymiserede. Ligeledes er deres respektive hospitaler anonymiserede. Enkelte steder er citater redigeret (anført som red.) for at sikre læsbarhed eller anonymitet.

4.5.1 Informanter og komplethed

Invitation til deltagelse i interview blev sendt til 8 ledende overlæger fordelt på 8 afdelinger: 3 nefrologiske og 5 mavetarmafdelinger. Fem imødekom første mail med forespørgsel om interview, 1 svarede efter en enkelt rykker mail, 1 efter rykkermail og opringning og 1 efter rykker mail, opringning og opfølgende mailkorrespondance, resulterende i en samlet svarprocent på 100%.

Samtlige ledende overlæger, der har deltaget i de to BM-processer i casen, indgår som informanter. Alder var for de nefrologiske ledende overlæger 56-60 år (n=1) og 61-65 år (n=2), og for de gastro-ansvarlige overlæger 51-55 år (n=4), 56-60 år (n=1). De har i gennemsnit siddet i deres nuværende stillinger i 10,7 år (nefrologer, range: 3-22 år) hhv. 5 år (gastro, range: 1-10 år), været overlæger i gennemsnit 19 år (nefrologer, range: 12-23 år) hhv. 9 år (gastro, range 6-14 år), været speciallæger i gennemsnit 23 år (nefrologer, range 16-26 år) hhv. 11 år (gastro, range 8-15 år) og været ansat på deres nuværende hospitaler i gennemsnitligt 19 år (nefrologer, range: 8-24) hhv. 11 år (gastro, range: 8-16 år). Kønsfordelingen blandt de nefrologiske ledere er 1 kvinde ud af 3 (33%) og blandt de gastrospecialiserede ledere 1 kvinde ud af 5 (20%). Med andre ord er hovedparten af informanterne erfarne ledere med mange års kendskab til arbejdsgangen på egne hospitaler og erfaring fra eget speciale.

4.6 Motivation

Da BM--oplægget i notat fra Region H (7) stiller hospitalerne besparelser i udsigt, kunne man forvente at afdelingslederne på forhånd ville være negativt stemt i forhold til deltagelse i BM-processen. Dette synes dog ikke at være tilfældet, da alle 8 informanter tilkendegiver holdninger forenelige med en konstruktiv indstilling ind til BM-processen før processtart med en forventning om at lære noget brugbart om andres "bedste praksis" samt opnå potentielt forbedrende indspark til f.eks. arbejdsgange, patientforløb mm.

Citat	Eksempler på citater omhandlende motivation
1	<i>"Jeg er i den grad klar over, at sundhedsvæsenet har brug for økonomistyring, og det ville give mening at vi skulle benchmarkes med sammenlignelige afdelinger og se på kvalitet, trivsel, og økonomi. Selvom økonomien så bliver dominerende, er der et bemærkelsesværdigt fravær af fokus på kvalitet."</i>
2	<i>"Som XX (red. kollega) sagde det meget smukt, var det her en god mulighed for at gå ind og se hvor vi kunne blive bedre og lære noget af hinanden og vi gik konstruktivt indstillet ind til processen og ville gerne være med, men det blev desværre helt forpasset".</i>
3	<i>"Vi havde ikke en oplevelse af at dette var en besparelcesproces, det blev først tydeligt et stykke inde i processen. Udgangspunktet var en benchmark med bedste praksis, og vi gik meget positivt indstillet ind i processen. Vi forventede at lære noget om bedste praksis og at kunne lære af hinanden".</i>
4	<i>"Jeg tror at vi skal slå helt fast at der er ingen – tror jeg – der på ledelsesniveau på noget tidspunkt vil være bange for BM, fordi der er en mulighed for læring. Vi har hørt om tidligere tiders uvenskab og fjendskab mellem kliniske specialer og afdelinger, men med sundhedslovgivningen 2007 og den måde man har udviklet en hospitalsplan på og fordelt indgrebene på gør at der ikke er grobund for den slags misforståelser inden for regionen i hvert fald, og at det her er en enestående mulighed til at samle regionen og sige, hvilke områder kan man lave en forbedret kvalitet på. Det er i stedet for blevet en besparelcesøvelse og det synes jeg er superærgerligt. Vi vil alle sammen gerne gøre det godt, vi vil alle sammen gerne gøre det som de bedste, og hvis der er nogen i regionen der gør det bedre end os, så vil vi gerne lære at gøre det på den måde."</i>

Tabel 1: Eksempler på citater relateret til motivation.

I forhold til forberedelse og forventningsafstemning forud for processen oplyste alle 8 informanter at de er blevet indkaldt til møde på eget hospital sammen med Regionens økonomikonsulenter hvor fremmødeplaner, aktivitetsoversigter mm er blevet fremlagt for hver afdeling og afsnit. De har gennemgået disse og ratificeret data sammen med økonomikonsulenterne, og således haft en oplevelse af at de havde medindflydelse på den forestående BM-proces. Til dette møde havde de mulighed for at ændre på forkerte oplysninger i data, dog

uden at kende den endelige bearbejdning af data og fortolkning af resultater. Dette er de først blevet bekendt med i rapportudkast, der er fremsendt umiddelbart op til det efterfølgende fællesmøde, og her har kun få oplevet at indvendinger er blevet imødekommet. Derfor svarer alle 7 ud af 8 at de stort set ikke har haft indflydelse på processen (den sidste informant oplyser at vedkommendes afdeling tidligt blev skrevet ud af sammenligningsanalyserne). I forhold til forventninger opbygget efter første møde oplyser to informanter, at de fejlagtigt tolkede resultatet af datagennemgangen i retning af, at netop deres afdeling på flere af de gennemgåede parametre scorede højt mht. produktionseffektivitet og at de derfor kunne se frem til selv at være hjemsted for "bedste praksis" og dermed blive tilgodeset i økonomisk sammenligninger.

Citat	Eksempler på citater omhandlende forventninger
1	<i>"Ja, altså, vi havde nok en forventning til at det skulle ende med en besparelse, men jeg tror altså, at vi tænkte, at oplægget var så uklart og indikatorerne så usammenlignelige, så på den måde frygtede jeg ikke så meget den gang (red. v. BM-processtart)".</i>
2	<i>"Dengang de (red. økonomikonsulenterne) kom på besøg i 2015 og skulle have vores tal og vi sad og snakkede, da tænkte jeg også, nå men det her ender med at vi får nogle flere midler. Det var jeg helt overbevist om, så jeg var slet ikke nervøs. Men det viste sig jo så at de bare finder laveste fællesnævner på alle områder, og så er der rigtig mange steder man kan skære, alle kan få en besparelse, hvis man tager det laveste på alting".</i>
3	<i>"Forud for start havde vi slet ikke nogen indflydelse på. Undervejs synes jeg vi havde mange møder, vi havde fuldstændig åben dialog, jeg synes bare ikke den afspejlede sig i det skrevne ord, og vi så ikke rapporten før den var færdigkonkluderet, så jeg synes jeg har haft ringe indflydelse, selv om det på overfladen ligner en fuldgod indflydelse".</i>

Tabel 2. Eksempler på citater relateret til forventninger.

Endvidere beskrives situationer, der vidner om oplevelser af aftalebrud samt umulige konsekvenser af effektiviseringsforslagene og deraf faldende tillid ift. proces såvel som procesansvarlige. Eksempler på udsagn:

Citat	Eksempler på citater relateret til tillidsbrud
1	<i>"Tilsyneladende er der blevet lyttet til møderne, (red. økonomi-) folk har skrevet ned, og så er der kommet rapporter ud, hvor det overhovedet ikke har fremgået hvad vi troede vi havde aftalt".</i>
2	<i>"Hvis man læser rapporten er den overbevisende og velskrevet. Og hvis man som politiker læser den kan man slet ikke se at indholdet ikke er rigtigt, og som ikke tager højde for virkeligheden på afdelingerne. Derfor er den i min optik virkelig farlig"</i>
3	<i>"Et af problemerne ved at bruge modellen med fremmødeplaner, er at de forholder sig til DRG/DAGS og det var ved at gå betydeligt over ud vores lægestab. De havde sagt, at de ikke ville bruge det, men de gjorde det alligevel".</i>
4	<i>"I forhold til de omfattende nedskæringer på f.eks. X-hospital (red.) akutte dialyseområde, vil de i praksis medføre begrænsning i behandlingstilbud til svært syge dialyse patienter, uden at anden løsning er foreslået. Patienterne i Region H bliver jo ikke mindre syge, fordi Center for Økonomi synes at man skal spare mange mio. på deres akutte dialysebehandling. Men nu kan man pludselig ikke tilkalde ekstra personale ind så hvor skal de svært syge patienter med akut dialysebehov uden for dagtimerne så behandles? Skal de søge hjælp ude af Region H, et sted som ikke benchmarker?"</i>

Tabel 3. Eksempler på citater relateret til oplevet tillidsbrud

Baseret på min egen analyse af procesdokumenterne og de talrige udfordringer som fremlægges i DEL 1 og 2 samt mit kendskab til Adams (19) retfærdighedsteori, havde jeg en formodning om, at de deltagende ledende overlæger ville udtrykke tab af motivation og arbejdsglæde allerede før processtart. Men i løbet af de første interviews opdagede jeg, at dette ikke var tilfældet, og dette undrede mig i særdeleshed. Jeg valgte derefter at uddybe spørgsmålene om følelser forbundet med processen og opdagede, at der var en nær forbindelse mellem fortsat motivation og arbejdsglæde og en oplevelse af opbakning fra egen nærmeste ledelse (hospitalsdirektion). Jeg valgte derefter, at uddybe spørgsmålene om følelser forbundet med processen og opdagede, at der var en nær forbindelse (en korrelation) mellem arbejdsglæde (vurderet på en skala fra 1-10) og en oplevelse af opbakning fra egen nærmeste ledelse (hospitalsdirektion).

Citat	Eksempler på citater omhandlende opbakning fra egen ledelse
1	<i>"Ja vores egen direktion lytter, det synes jeg. Jeg synes godt, at de forstod. De har heller ikke brugt den som en hammer mod os.</i>
2	<i>"Vores egen direktion er på en måde også blevet sat ud på et sidespor og blevet marionetter i denne proces, da de er nød til at gennemføre nogen af forslagene fra rapporten, uden at de nødvendigvis er enige i rapportens konklusioner."</i>
3	<i>"Vi har haft et rigtigt godt samarbejde med vores egen direktion, og der har været forståelse for vore indvendinger og lydhørhed. Så længe jeg har fået fuld opbakning fra vore medarbejdere og vores direktion bliver min motivation ikke påvirket i længden. Processen var meget frustrerende, mens den stod på, men det vigtigste er opbakningen fra vores egen ledelse".</i>

Tabel 4. Eksempler på citater relateret til oplevet opbakning fra egen ledelse

4.6.1 Retfærdighed

Adspurgte om hvilken følelse, der dominerer i forbindelse med BM-processen i.f.t. arbejdsglæde, motivation, og retfærdighed, er der samstemmende enighed om, at det er uretfærdighed blandt de ledende nefrologer, og for 4 ud af 5 ledende gastrooverlæger er uretfærdighed den primære oplevelse af processen. Følelsen af uretfærdighed er tilstede hos alle 8 og derfor uden sammenhæng med alder, og uden relation til det identificerede besparelspotentiale for de ledende overlægers respektive afdeling. En informant udtrykker, at irritation over den forpassede oplagte chance for at lære noget nyttigt om andres bedste praksis overskygger uretfærdighedsfølelsen og en anden, at retfærdighedssansen er ramt, men at det mest er motivationen, der påvirkes i negativ retning.

Citat	Eksempler på citater relateret til retfærdighed
1	<i>"Jeg synes, at det er en dybt uretfærdig proces der har kørt, og den opfylder alle ens fordomme om økonomer, hvor man bliver kørt over, og oplever sig fuldstændig handlingslammet. Man har ingen mulighed for at påvirke det. Det føles som en pseudoprocess. Rent Kafkask, og når en proces er værst".</i>
2	<i>"Jeg var så skuffet over processen. Den føltes så uretfærdig og med manglende refleksion over det, som vi som ledere sagde – vi blev simpelthen ikke hørt."</i>
3	<i>"Altså hvis ikke man tror på præmisserne, så kan det jo ikke blive retfærdigt i den sidste ende"</i>
4	<i>"Jeg tror ikke det direkte påvirker min arbejdsglæde, men man føler sig mere udsat og mere sårbar efter at der har været sådan en proces der, fordi det jo er et indgreb i min og hospitalets selvbestemmelsesret, som der bekymrer".</i>

Tabel 5. Eksempler på citater relateret til oplevet uretfærdighed

I forhold til Greenbergs inddeling af retfærdighedsteorier i 3 overordnede perspektiver hører denne case til i det interaktive/relationelle perspektiv. Teoriens fokus er reaktionsmønstre og adfærd blandt medarbejdere, der oplever sig uretfærdigt behandlet, herunder hvordan de forsøger at undgå eller komme væk fra denne tilstand. Flere informanter oplyste, at det var et meget tidskrævende og stressende forløb, som krævede en arbejdsindsats langt udover 50-60 timer ugentligt i de sidste faser af processen, da tidsforbrug til BM blev lagt oveni det vanlige arbejde med patientbehandling og afdelingsledelse. Det værste for informanterne var imidlertid hverken stress eller arbejdsbelastning, men den gennemgående oplevelse af ikke at blive hørt og ikke at blive respekteret.

Citat	Eksempler på citater relateret til frustrationer
1	<i>"Nej. Jeg vil sige at lige da processen stod på var jeg ret irriteret og frustreret – det skal jeg ærligt indrømme, men det har jeg lagt bag mig og jeg kan ikke bruge så forfærdelig meget mere mental energi på det. Det var ikke en positiv oplevelse, det var det ikke."</i>
2	<i>"Jeg synes det er rimeligt at hvis vi har noget hvor vi halter, så skal vi rette det, ikke. Det har vi både en ansættelsesmæssig pligt til, vi har en eller anden moralsk pligt til også at gøre det så effektivt som vi kan. Jeg har ikke noget imod at vi får revet i næsen hvor vi fungerer dårligt, men jeg har noget imod at få revet noget i næsen, hvor grundlaget ikke er i orden, og det var vel egentlig den følelse jeg sad tilbage med, at det ikke havde været en retfærdig proces. At det var et regnestykke hvor resultatet var skrevet og så får vi skrevet betingelserne op så de passer til. At min og andre indflydelse på resultatet i virkeligheden var forholdsvis begrænset og illusorisk. Det var den fornemmelse jeg sad med."</i>

Tabel 6. Eksempler på citater relateret til oplevede frustrationer

Jævnfør teorier om interaktionel uretfærdighed vil en sådan tilstand udløse reaktionsmønstre præget af forsøg på genopretning af balance, hvilket genfindes i casen hvor informanterne forsøger med faglige argumenter at ændre BM-processens dataanvendelse og metode til noget, de kan stå inde for og se forankret i en genkendelig virkelighed.

Citat	Eksempler på citater omhandlende oplevede metoderelaterede udfordringer
1	<i>"Da afdelingen skulle ombygges og vores gamle område blev revet ned – så kunne det arkitektonisk simpelthen ikke lade sig gøre, at lave dialysestuerne så store, at vi kunne have 6 patienter på hver dialysestue. Det blev max fem! Det var fuldstændigt uinteressant for dem (red. økonomikonsulenterne), at arkitekturen i virkeligheden koster os penge, fordi der skal være to sygeplejersker på sådan en stue, og to kan godt passe seks, og de kan passe fem, men én kan ikke passe fem, så det koster dyrt. Udelukkende på grund af geografien som vi ikke kan ændre på. Alt blev bare delt, uden hensyn til forskellige nuancer... det interesserede dem ikke".</i>
2	<i>"Der var en meget meget udbredt følelse af manglende retfærdighed, og der synes jeg jo bare, at der var vi jo i hvert fald i gastrospécialet enige om at sige meget meget klart, at vi ikke syntes at man kunne sammenligne som man gjorde, bare fordi DRG-taksten var den samme".</i>
3	<i>"Man har lukket et operationsleje om natten, og det betyder jo bare at så skal patienterne opereres om dagen, og vi har derfor flere operationer om dagen. Patienterne forsvinder jo ikke fordi vi lukker et leje. Og vi har fået flere utilsigtede hændelser rapporteret efter 1/10. Siden sommerferien har vi haft færre senge, og vi har haft massiv overbelægning siden, med senge på gangene og har måttet genåbne senge igen. Vi bliver formentligt også nødt til at genåbne et operationsleje for ellers går det simpelthen ikke. Vi kan ikke følge med, og det har allerede haft store konsekvenser for patienterne og ventetiden. Vi har gjort opmærksom på dette flere gange undervejs i processen både mundtligt men også skriftligt. Nogle forbehold er skrevet ind som tekst, men indgår ikke i resultaterne".</i>
4	<i>"Ja, vi sidder jo tit med de kliniske databaser (red.) og skal prøve at kigge på når vi har en eller anden indikator hvor målet er på 95 og så er vi på 93, og så kan de se at antallet af patienter er 36, ikke, så skulle der en den ene vej eller den anden vej, så er vi enten henholdsvis ude eller inde. Det er en lille smule vanskeligt at snakke med folk, som har primært fokus på økonomien omkring de her tal. De bruger lidt det der som en fuld mand bruger en lygtepæl, ikke til oplysning, men til at holde sig oprejst, ikke? Vi har prøvet at fortælle dem at den måde at bruge kvalitetsdatabasen til ligesom at dokumentere, at der ikke var nogen sammenhæng mellem økonomi og kvalitet, det er mere end tvivlsomt.</i>

Tabel 7. Eksempler på citater relateret til oplevede metodemæssige udfordringer

Nogle oplever, at deres indvendinger er blevet mødt med hovedrysten og afvisning til møderne. Andre oplever, at deres indvendinger er blevet mødt med en kommentar om, at det vil blive skrevet ind, men at forbeholdene ikke kunne genfindes hverken i tekst eller operationalisering i analyserne som lovet. I første situation kan man knytte oplevelser til det fysiske udtryk (venden det hvide ud af øjnene og hovedrysten) som arrogance og mangel på respekt, som nedbryder fremfor at opbygge tillid og gensidig respekt i samarbejdet. I anden situation er det mere oplevelse af aftale/tillidsbrud der dominerer. Alt sammen følelser der typisk medfører ubehag og ubalance hos modtageren.

I forhold til Greenbergs retfærdighedsteorier hører disse følelser til under interaktionel/relationel retfærdighedsteori perspektivet, og oplevelsen af mangel på høflighed, værdighed og/eller respekt kombineret med et informationsniveau, der giver mulighed for fejlfortolkning ift. skæve forventninger om egen mulige gevinst ved proces-deltagelse vil ifølge Greenberg udløse følelser af moralsk forargelse og harme, hvilket jeg kan genkende fra informanterne:

Citat	Eksempler på citater omhandlende oplevede relationelle udfordringer
1	<i>"Det var virkelig ubehageligt at se sådan et par ung djøffere sidde og rulle med øjnene, når man fortæller dem at vi ikke kan registrere alt og slet ikke det, der ikke giver mening"</i>
2	<i>Forud for start havde vi slet ikke nogen indflydelse. Undervejs synes jeg vi havde mange møder, med fuldstændig åben dialog, jeg synes bare ikke den afspejlede sig i det skrevne ord, og jeg synes jeg har haft ringe indflydelse, selv om det på overfladen ligner en fuldgod indflydelse.</i>
3	<i>" De (red. Økonomikonsulenterne) vendte det hvide ud af øjnene ved flere lejligheder, når vi har forsøgt at forklare disse ting. Man kunne næsten have en oplevelse af, at rapporten har været skrevet på forhånd, og det har taget meget af vores og deres tid, uden at vi eller andre kan bruge den til ret meget."</i>
4	<i>"Processen var på ingen måde meningsfuld. Vi har selvfølgelig nogle sammenlignelige områder, hvor det kunne give god mening at sammenligne og lære noget af hinanden, men der blev ikke brugt resurser på at identificere disse".</i>
5	<i>" Den måde processen er håndteret på er det en eller anden måde dis respekt for egne medarbejdere. Som om de (red. i Regionen) ikke tror, at vi ved hvad vi går og laver og at vi ikke løbende følger med i overvejelser på mulige besparelser og optimering. Vi har tværtimod været rundt i alle hjørner løbende selv og effektiviseret der hvor vi kan. Svært at forstå at Regionen vil være denne proces bekendt."</i>
6	<i>" Lederen af processen var fuldstændig ufølsom over for faktuelle fejl i opgørelsen af bemandingsaktivitet. Han lyttede til det på sin sædvanlige venlige facon, men der var ikke flyttet et komma, da den endelige rapport så kom. Ved andres indvendinger overfor denne mangel på overholdelse af aftale, blev der svaret at "nu måtte man blive færdig", og "man kunne ikke bruge mere tid på mindre vigtige ting".</i>
7	<i>"det var vores indtryk, at de nærmest havde skrevet rapporten inden vi overhovedet havde nået at rigtigt se på den".</i>
8	<i>" Vi blev præsenteret for at vi skulle levere nogle data til nogle indikatorer, men hvilke indikatorer det var, det har vi ikke haft indflydelse på. Vi har forsøgt, vi har gået i dialog og sagde at vi syntes ikke at den indikator er relevant, den burde se anderledes ud, det gik vi dybt dybt ind i og diskuterede (red.). Jeg sad tilbage med en klar fornemmelse af at vi IKKE blev hørt mht hvilke indikatorer der skulle måles på. At de var udvalgt på forhånd, og jeg må også sige, at jeg på visse områder ikke kunne drage andre konklusioner end at man havde valgt indikatoren for at få det resultat man gerne ville have. Nu har jeg sagt det lige ud."</i>

Tabel 8. Eksempler på citater relateret til oplevede relationelle udfordringer

Udover udtryk af meningsløshed og uretfærdighed, opdagede jeg ved kodningen et gennemgående mønster i flere interviews forenelig med trusler og frygt, når informanter spørges til om de har haft indvendinger undervejs i processen og i så fald hvordan de er blevet mødt.

Citat	Eksempler på citater relateret til trusler og frygt
1	<i>"En afdeling havde en økonom med og han var jo meget begavet og noget arrogant lige som XX (red. leder af BM-processen). Det var sådan noget med hanalfa-magtkamp mellem de to. Vi andre som sidder som afdelingsledere, føler os jo usikre i vores position og er bange for at: hvad kan der ske med min stilling og mig selv, altså. Det er jo svært, ikke, og hvor går grænsen, hvor meget skal man irritere bjørnen der sover, ikke?"</i>
2	<i>"Altså, vi blev jo også truet, kan man sige. Vi blev truet på den måde at ved at sige at det her er en bunden opgave som regionen har givet Center Økonomi, som alle afdelingsledelser i regionen skal gennemgå, og nu er turen kommet til jer. Som i forskellige andre arbejdsforhold så er det sådan, at når lederen/chefen beder om at der udføres en opgave, så skal den jo udføres, ellers kan det jo være man har lyst til at lave et andet arbejde et andet sted. Så vi fik altså at vide, at I har fandme bare at samarbejde om det her – vær's go! Der var han (red. lederen af BM-processen) meget klar".</i>

Tabel 9. Eksempler på citater relateret til oplevet frygt

Vedvarende uretfærdighedsoplevelse af den beskrevne karakter vil typisk når ubehaget og frustrationen (og frygten?) bliver tilstrækkelig stor betyde at den udsatte medarbejder vil forsøge at genetablere ligevægten og fjerne dissonansen jvnf Adams og Festinger (s 17). I følge Adams (19) vil mislykkede tiltag på reetablering af ligevægt og retfærdighedsfølelse lede til reaktioner i form af frustration, benægtelse og resignation og konsekvenserne heraf være jobutilfredshed og demotivation. Jeg genfinder udtryk forenelige med følelse af afmagt og håbløshed hos flere informanter:

Citat	Eksempler på citater omhandlende oplevet håbløshed
1	<i>"Det her og sundhedsplatformen har jo været projekter, hvor vi har arbejdet sammen på tværs af afdelingerne om at få et godt fælles resultat, og få et meningsfuldt resultat. Vi jo ikke sat her som konger i små riger, vi er sat her for at gøre det bedre for vores patienter inden for nogle rammer, og vi har da fået en bedre forståelse af hinandens rammer, og vi har også fået en bedre forståelse af hinandens – hvad skal vi kalde det – ledelsesmæssige områder, og det er da egentlig udmærket. Men det måske også givet os en fælles følelse af håbløshed, hvis vi har virkelige indvendinger som – ligegyldigt hvor godt vi kan begrunde dem fagligt – er det ikke sikkert at vi har penetrans opadtil".</i>
2	<i>"Procesdeltagelsen har påvirket min fortsatte motivation til at indgå i afdelingsledelsen fremadrettet negativt på den måde, at jeg synes at det er et kæmpe indgreb. Det er et stort beløb og det fratager jo mig noget af min ledelsesret, fordi hospitalets økonomiafdelingen siger at det er nogle kloge mænd og damer der har lavet det, så det må være sådan vi gør. Og så behøver de ikke bruge mere tid på det".</i>
3	<i>"Det her og sundhedsplatformen har jo været projekter, hvor vi har arbejdet sammen på tværs af afdelingerne om at få et godt fælles resultat, og få et meningsfuldt resultat. Vi jo ikke sat her som konger i små riger, vi er sat her for at gøre det bedre for vores patienter inden for nogle rammer, og vi har da fået en bedre forståelse af hinandens rammer, og vi har også fået en bedre forståelse af hinandens – hvad skal vi kalde det – ledelsesmæssige områder, og det er da egentlig udmærket. Men det måske også givet os en fælles følelse af håbløshed, hvis vi har virkelige indvendinger som – ligegyldigt hvor godt vi kan begrunde dem fagligt – er det ikke sikkert at vi har penetrans opadtil".</i>

Tabel 10. Eksempler på citater relateret til oplevet håbløshed

4.6.2 Delkonklusion DEL 3

Overordnet giver samtlige informanter (som alle tilhører øverste kliniske lægefaglige ledelseslag i Region H) udtryk for frustration i forbindelse med deres deltagelse i en topstyret BM-proces, som de ikke kan anerkende resultatet af. De ledende overlæger oplyser samstemmigt, at de gentagne gange undervejs i processen har påpeget problematiske forhold i tilgangen med simple sammenligninger af udvalgte nøgletal,

idet denne tilgang kun i begrænset grad opleves at afspejle de faktiske forhold i afdelingerne. De ledende overlæger oplever manglende retfærdighed i en proces, hvor de hverken føler sig hørt eller respekteret. I forhold til de beskrevne forhold og oplevelser er der god overensstemmelse mellem betydende faktorer og reaktionsmønstre ud fra et retfærdighedsteoretisk perspektiv – særligt interaktionelt/relationelt perspektiv - og undersøgelsens virkelighed som beskrevet af overlægerne.

I forhold til opgavens overordnede struktur har mønstre i interviewdata overordnet peget i samme retning som delkonklusionerne fra analyse DEL 1 og 2. I de første to dele identificeredes flere eksempler på manglende sammenlignelighed af nøgletal og manglende anvendelse af relevante forbehold samt omvendte logiske slutninger, hvilket genkendes i overlægernes fortællinger om deres oplevelser som deltagere i BM-processen.

Derved bidrager den indsamlede interview-empiri til et højere niveau af forståelse af informanternes oplevelse af processen i praksis og indblik i en oplevet uhensigtsmæssig stor afstand mellem anvendelse af de matematiske beregninger og den virkelighed, de skal anvendes i. Denne afstand mellem tallene og hospitalernes virkelighed synes symbolsk at afspejle en tilsvarende uhensigtsmæssig stor forståelsesmæssig afstand mellem regionens økonomiske og lægefaglige ledere. En afstand, som blev tydelig i den gennemførte BM-proces, og endda syntes at øges undervejs, hvilket medførte stærke forbehold overfor processens effektiviseringsforslag og anvendelse i praksis.

5 Diskussion

BM-processen i Region H havde i udgangspunktet potentiale til at bidrage med en ny medinddragende konstruktiv tilgang til identifikation af effektiviseringspotentiale og samtidig bidrage med nyttig læring. I stedet gennemførtes en proces, hvis primære fokus var at finde besparelser ved metodisk problematiske sammenligninger, og som mandede ud i effektiviseringstiltag, hvis håndterbarhed i sundhedsvæsenet og mulige konsekvenser for medarbejdere og patienter ikke var gennemtænkt.

Denne afhandling illustrerer vigtigheden i at tydeliggøre formålet med en BM-proces, inden den iværksættes. Forsøger man, som i denne case, at opnå både kontrol og læring på samme tid jævnfør formålet "Analysen skal kortlægge udvalgte afdelingers anvendelse af personaleressourcer med hensyn til bl.a. at sikre mest mulig tid til kerneopgaven og en personalesammensætning på lavest mulige omkostningsniveau (7)", kan det ene område overtage på bekostning af det andet. Ved anvendelse som performancebaseret styringsredskab er det en rimelig antagelse, at det overvejende fokus typisk er kontrolementet, som det er også tilfældet i denne

case. Aktuelle BM-proces har ikke indfriet forventninger til indsigt i, hvordan de omfattende besparelsesforslag skal sikre mere tid til 'kerneopgaven'. Tværtimod kan man forvente, konsekvenserne af effektiviseringstiltagene betyder færre medarbejdere og færre ressourcer til at løse de samme opgaver.

De kliniske leders fortællinger om deres oplevelser afspejler frustrationer og oplevelse af ikke at blive hørt i en ressourcekrævende top-styret proces, hvor deres deltagelse opleves som symbolsk. Læringspotentialer i forhold til optimering af processer, der i sidste ende kunne sikre mere tid til kerneopgaven, var tilstede i udgangspunktet, men blev ikke indfriet. I stedet oplever de at processen munder ud i en rapport, hvis resultat de af faglige grunde ikke kan anerkende, hvilket afspejles i begrænset motivation ift. til efterlevelse af rapporternes anviste effektiviseringsforslag. Den nærmeste ledelses opbakning fandtes at være af afgørende vigtighed i en svær konfliktfyldt proces som denne, for den fortsatte motivation og arbejdsglæde blandt øverste lægefaglige kliniske ledere i Region H.

Jeg vil runde diskussionen af med refleksioner over styrker og svagheder i opgaven og for at være 'tro mod opgavens metoder', vil jeg gøre det ved at perspektivere min egen analyseproces ved hjælp af de anvendte kvalitetskriterier.

5.1.1 Pålidelighed (Reliabilitet)

Pålidelighed handler, som tidligere nævnt, om i hvilken grad, det er lykkedes at minimere fejl, mangler og bias i projektet, og kan opnås ved en omhyggelig, dokumenterbar metode. Reliabiliteten i undersøgelsen øges ved anvendelse af en veldokumenteret interviewmetode, med interviewguides og nøje beskrivelser af fremgangsmåder ved såvel struktureret anvendelse af kvalitetsindikatorer som anvendelse af kodning til analyse af interviewdata. Interviews kan være svære at gentage, særligt når de er semistrukturerede, da man ikke kan forvente at respondenterne vil svare præcis det samme to gange, hvilket også er grunden til, at man skal være grundig med dokumentationen. Dette er her forsøgt ved at være omhyggelig i transskriberingen og ved under interviewene at søge ikke at stille ledende spørgsmål eller spørgsmål, som kan misforstås. På trods af at interviewundersøgelsen er afgrænset til 8 ledende overlæger, må reliabiliteten anses for at være acceptabel/høj, da disse repræsenterer alle afdelinger (og dermed samtlige specialefunktionsniveauer) omfattet af BM-processen for de to gastro- og nefrologiområder. Dette understreges af, at gennemgang af nøgledokumenter i processen og analyse DEL 1 og DEL 2 omfatter begge relevante sammenligningsrapporter samt støttedokumenter i form af sundhedsdata, interne procesnotater, kvalitetsindikatorrapporter og andet relevant materiale.

5.1.2 Gyldighed (validitet)

Validiteten styrkes generelt ved inddragelse af forskellige kilder som dokumenter og interviews.

Metodetrianguleringen - en systematisk analyse af BM-processen suppleret med data fra 8 interviews analyseret ud fra et kodingsbaseret system - er en udtalt styrke ved denne opgave. Kobling af den nøgterne analyse af BM-rapporterne og de identificerede udfordringer med en grundig kvalitativ afdækning af de deltagendes oplevede udfordringer danner et nuanceret og dybdegående udgangspunkt for en kvalificeret indsigt i de undersøgte forhold og forståelse af hvilke effekter, der opstår og hvorfor.

Kvalitative interviews øger generelt set styrken af studiets validitet, dels ved at give mulighed for at komme i dybden med problemstillingen, dels ved at muliggøre krydstjek af informantens svar. Omvendt risikerer man i analysen af interviews at begrænse sig til belysning af respondentens subjektive opfattelse fremfor et helhedsbillede. Dette forsøges undgået ved gennem analyse og fortolkning at komme ud over sin subjektivitet. Jeg vurderer, at de ledende overlæger har afgivet deres oprigtige mening, omend jeg undervejs i interviewene oplevede, at flere af de ledende overlæger følte sig pressede over at interviewet blev optaget. Alle har fået egne interviews til gennemsyn og evt. rettelser af misforståelser samt for at give alle deltagere plads til fortrydelse. Kun få rettelser kom retur og alle af forståelsesmæssig karakter. En oplyste at ville sende transskriptionen af interviewet til hospitalsdirektionen for at "holde egen ryg fri" og derved sikre, at interviewet ikke ville skabe problemer. En anden tilføjede flere betydende frustrationer i forhold til BM-processen, efter at optagelserne var slukket, og det var synligt at vedkommende følte sig under større pres (gråd og bevæget stemmeføring). Det er derfor en mulighed, at de ledende overlæger har underrapporteret eventuelle udfordringer/frustrationer i forbindelse med BM- processen, eller i nogen grad har modereret deres udsagn. Dette vil i så fald betyde at de reelt oplevede udfordringer var større end det, der blev rapporteret.

Et vigtigt opmærksomhedspunkt i analysefasen er at give plads til andre mønstre/forklaringer end de forventede og ikke kun fokusere på udsagn, som understøtter undersøgerens forhåndsantagelser. Et eksempel på, hvordan dette efterleves i denne undersøgelse, er at mine forhåndsforventninger til at en svær proces ville medføre reduceret motivation og arbejdsglæde viste sig ikke at holde stik. Ved at se ud over disse antagelser og ved åbenhed forsøge at afdække, hvorfor det forholdt sig anderledes end forventet, opdagede jeg et andet mønster. Dette viste en stærkere sammenhæng mellem motivation og arbejdsglæde og opbakning fra nærmeste ledelse.

Sammenfattende finder jeg med baggrund i ovenstående at have demonstreret styrke i undersøgelsens interne såvel som eksterne validitet.

5.1.3 Generaliserbarhed

Ved anvendelse af et case design kan man tale om analytisk generaliserbarhed (28 s. 287-293). Analytisk generaliserbarhed opnås ved at bruge allerede udviklet teori til at analysere den indsamlede empiri. Generaliseringen opstår gennem en sammenkædning af casen med et teoretisk grundlag, som giver konklusionerne almen gyldighed. Dette forudsætter at data er pålidelige og at beskrivelse og fortolkning af data foregår systematisk, hvilket er tilfældet for denne undersøgelse som beskrevet i afsnittene om pålidelighed og gyldighed ovenfor. Formålet med aktuelle case-design er at undersøge hvilke udfordringer, der er forbundet med anvendelse af BM som økonomistyringsredskab indenfor nefrologi og gastroenterologisk i Region Hovedstaden. Dette gøres ved først at undersøge BM-processens nøgledokumenter og identificere mulige udfordringer ved brug af systematisk anvendelse af kvalitetskriterier.

Herefter 'testes' aktualitet og effekt af identificerede udfordringer i praksis gennem den indsamlede interviewempiri. Interviewundersøgelsen er bl.a. tilrettelagt med henblik på at undgå en systematisk skævhed (bias) i forhold til ledende overlægers invitation til deltagelse, og ihærdig opfølgning blev gennemført indtil mødeaftale forelå for at sikre, at alle inviterede deltog, og blev hørt uanset omfanget af effektiviseringsforslag for de pågældende afdelinger. Ud fra opgavens videnskabsteoretiske iagttagelsesperspektiv, hvor fokus er de interviewedes oplevede livsverden, er antallet af informanter af mindre betydning. Dette underbygges i undersøgelsen af interviews varighed på ml 1 og 3 timer (gnsnit 1.5), hvorved der sikres gode betingelser, for at komme i dybden med forhold af vigtighed, og/eller foranledigede særlig undren.

Jeg finder derfor ikke grundlag for begrænset anvendelighed af undersøgelsens analyseresultater hverken i forhold til statistisk eller analytisk generaliserbarhed (36 s. 287-293).

5.1.4 Svagheder

En svaghed er, at interviews kun er foretaget med den lægefaglige ledelsesgruppe og ikke omfatter økonomikonsulenterne. Det var oprindeligt planen, men af grunde som anført i afgrænsningsafsnittet blev dette ændret. En mulig bias er, at det kun er de ledende overlægers holdning der kommer til udtryk. Hvis andre ledelseslag var blevet inddraget, kunne resultatet muligvis være blevet et andet. Kun en oversygeplejerske indgik i et af interviewene sammen med den ledende overlæger, men der var ingen uoverensstemmelser i procesbeskrivelserne de to imellem. Selv om omgivelsernes syn skulle være forskelligt, er resultaterne informanterne imellem ganske konsistente. Og jeg er af den opfattelse at disse beslutning i betragtning af begrænsninger i tid til rådighed og opgaveomfang var de rette i forhold en dybere forståelse af proces og udfordringer.

6 Konklusion

I konklusionen vil jeg samle op på besvarelse af problemformuleringen og dens underspørgsmål ved at kommentere på hvert spørgsmål og derefter vurdere, om de besvares af opgaven.

- Ad underspørgsmål 1:

Jeg har identificeret en række svagheder i rapporternes (8) (9) indledende sammenligninger, der samlet udfordrer validiteten af de grundlæggende antagelser om manglende sammenhænge mellem kvalitet-, medarbejder- og patienttilfredshed. De påpegede svagheder anfægter rapporternes metodegrundlag, idet indledende antagelser og konklusioner anvendes til at berettige udførelsen af rapportens centrale sammenligningsanalyser og effektiviseringsforslag.

- Ad underspørgsmål 2:

Ved gennemgang af rapporternes analysekapitel identificeres yderligere udfordringer i såvel anvendelse af data som metode. Udover et udfordret metodegrundlag og grundantagelse om 'billigste løsning som bedste praksis', forekommer det især problematisk, at forbehold, der anføres som begrænsende for sammenligningsmulighederne, ikke er genspejlet i analyseresultater og effektiviseringsforslag. En sidste betydelig udfordring findes i det forhold, at bud på omfattende effektiviseringsforslag (navnlig når disse forslås implementeret i en verden udenfor afsenderes nære dagligdag), ikke ledsages af nogen forholden sig til praktisk implementering eller mulige konsekvenser, såfremt forslagene udmøntes i praksis.

- Ad underspørgsmål 3:

Interview-empirien underbygger de identificerede svagheder i metode og dataanvendelse og føjer endnu et lag til forståelsen af processen gennem afdækningen af informanternes oplevelse af en uhensigtsmæssig og uretfærdig proces, hvor de hverken følte sig hørt eller respekteret. Overlægerne kan ikke anerkende rapportens konklusioner, og deres beskrivelser giver indtryk af en pseudoprocess, hvori de er taget som gidsler uden indflydelse på metode eller resultater.

Baseret på del- og hovedkonklusioner lyder svaret på problemformuleringen,

Hvilke udfordringer er forbundet med anvendelse af BM som økonomistyringsredskab indenfor nefrologi og gastroområdet i Region Hovedstaden,

således:

Opgaven demonstrer en række udfordringer i metode og processamarbejde og deraf relaterede negative konsekvenser forbundet med gennemførelse af en problematisk BM-proces som den aktuelle på Region Hovedstadens hospitaler. Endvidere er anvendelse af BM udelukkende som rationaliseringsredskab og forståelsen af bedste praksis som billigste løsning, dels ude af trit med den historiske udvikling af BM (11), og dels begrænsende i forhold til vigtige læringsmuligheder.

De mange udfordringer identificeret i BM-processen, signalerer en uhensigtsmæssig afstand mellem procesledelse og den virkelighed på hospitalerne, processen omhandler. Den manglende oplevede involvering af lægefaglige ledere i metode og proces øger denne afstand yderligere. Det er næppe hensigtsmæssigt for nogen, at man efterlader en stribe af Regionens øverste lægefaglige ledere grundlæggende frustrerede i kølvandet på en omfattende og ressourcetung besparelsesproces. Konsekvenser af den manglende faglige involvering og opbakning til processens metode og konklusioner kan vel være, at de identificerede effektiviseringsforslag kun effektiviseres i begrænset og symbolsk omfang.

Hvis man udelukkende betragter omfanget af de identificerede omfattende effektiviseringsforslag som kriterier for succes, kan processen på den korte bane vurderes som værende succesfuld. Men den reelle implementeringsgrad er angiveligt på et andet og lavere niveau. Da man ikke har forholdt sig til konsekvenserne af disse besparelser, ved man reelt ikke, hvordan de vil påvirke den virkelighed de udføres i, og om man på den lidt længere bane, ved at skære i diverse vagtlag, plejegrupper, operationslejer og andre behandlingstilbud, bringer kvaliteten i fare og risikerer at genopbygning og re-implementering af bortsparede funktioner bliver tidskrævende og omkostningstung. Effektiviseringstiltag med primært økonomisk fokus uden tilstrækkelig omtanke for konsekvenserne for patienterne, kan have store utilsigtede uoprettelige følger, der udover de personlige katastrofer for patienterne, kan være bekostelige at rette op på behandlingsmæssigt. I tillæg udfordres ethvert nyt styringstiltag iværksat fra centralt hold af alternativomkostninger, dvs. at de ressourcer, sygehuset bruger på at efterleve et krav, ikke kan bruges andetsteds (1).

Man kan ikke vide det, for man har ikke forholdt sig til det i processen. Og man har ikke villet høre på dem, der har kendskab til forholdene.

7 Perspektivering

I perspektiveringen vil jeg diskutere opgavens væsentligste fund og konsekvensen af disse i en praksisnær kontekst.

Casen demonstrer hvilke udfordringer og negative konsekvenser en problematisk BM-proces kan medføre på hospitalerne, hvis afstanden mellem BM-proces og den virkelighed processen skal praktiseres i bliver for stor.

Da opgavens oplæg ikke omfatter handlings- og løsningsorienterede elementer, vil jeg begrænse uddybende betragtninger om oplagte tiltag, der kunne iværksættes fra Regionens side og blot nævne det oplagte i at påtage sig et ansvar for en særdeles problematisk proces, og imødekomme og rumme de frustrationer processen har medført. Gennemgribende ændringer af den pågående problematiske BM-proces, før den rulles videre ud over andre hospitalsområder, vil være et særdeles vigtigt signal, i forhold til at demonstrere, at man tager samarbejde og medarbejdertrivsel alvorligt.

I forhold til succesfuld gennemførelse af organisatoriske processer er involvering af de forskellige ledelsesniveauer essentiel. Af de øverste ledelseslag for at sikre, at processen allerede i planlægningsfasen 'har en gang på jorden' i den virkelighed, hvor den skal praktiseres, og samtidig imødekomme deres væsentligste forbehold. Af alle ledelseslag for at sikre deres loyalitet og engagement af alle medarbejdere når processen rulles ud i organisationen.

På den ene side belyser aktuelle afhandling hvilke omfattende udfordringer, manglende reel involvering af øverste ledelseslag (hospitalsdirektionerne og afdelingsledelser) i udformning af metode og i gennemførelse af en proces som aktuelle BM kan medføre. Den manglende involvering betyder bl.a. manglende mulighed for væsentlig feedback til metode og procesplan forud for processtart. Dermed forpasses en oplagt mulighed for at imødekomme relevante og væsentlige barrierer for succes gennem at forhåndssikre hospitals- og afdelingsledelsens opbakning og accept. Et eksempel på et simpelt tiltag, der kunne have befordret samarbejdet ved at signalere anerkendelse af sundhedsfaglighed ekspertise og invitation til medindflydelse/procesmedansvar, kunne f.eks. have været at bede de fagprofessionelle udpege relevante kliniske kvalitetsindikatorer i anerkendelse af at det er sundhedspersonerne, der har ansvaret for udvælgelsen af indikatorer og for behandlingen af de patienter, der udgør datagrundlaget. Udover at øge troværdigheden af sammenligningsrapporterne kunne dette have haft gavnlig effekt på samarbejdsklimaet.

7.1.1 Perspektivering til omverdenen

I stort set samtlige interviewpersoners fortællinger indgår oplevelser af støtte og opbakning fra hospitalsdirektioner og et samarbejde, der karakteriseres ved at være præget af gensidig respekt og erkendelse af egne faggrænser og begrænsninger, trods varierende grad af faglig enighed. Det faktum at hospitalsdirektioner udgøres af både djøffere og sundhedsfagprofessionelle muliggør et løft af casen fra et lavere niveau af konflikt relateret til en iboende kulturkløft mellem djøffere og læger, til at handle om generelle

forhold i forbindelse med implementering af større effektiviseringsprocesser. Selvom tidligere fremtrædende tilhængere af NPM-styringsfilosofien aktuelt står i kø (37) for at erklære NPM for afgået ved døden, er besparelser i sundhedsvæsenet næppe en saga blot. Det synes derfor mere aktuelt end nogensinde at undersøge gennemførte effektiviseringsprocesser- og tiltag, så det kan afdækkes, hvad der ikke virker efter hensigten og derfor bør undgås fremover.

BM er på verdensplan et af de mest anvendte økonomistyringsredskaber (11). De centrale myndigheder kan opnå vigtig viden om underliggende organisationers (f.eks. hospitalers) indsats og resultater, samt anvende data til at stille realistiske forventninger og opnå indsigt i hvilke områder, der har brug for opmærksomhed. Med den rette tilgang kan sammenligningerne opleves som noget positivt/konstruktivt, som man kan lære af, fremfor som kontrol. Herved kan man opnå en styring, hvor incitamentet er, at man ønsker at være en af de bedste, hvorfor man kan forbedre indsatsen uden i første omgang at indføre regler, love og procedurekrav. En af forudsætningerne for opnåelse af sådanne positive effekter, er som casen illustrerer (reel) inddragelse af hospitalernes øverste kliniske ledelsesslag, samt opmærksomhed på at processen ikke munder ud i økonomiske besparelser, som kan opleves som en straf for at gøre det godt.

Opgavens resultater kan ikke bruges til at sige noget om anvendeligheden af BM som økonomistyringsredskab generelt. Der hersker i min optik ikke tvivl om, at økonomistyring er en vigtig brik i et 'sundt sundhedsvæsen', og BM kan være en måde at opnå vigtig forståelse af forbedringspotentiale og resulterende procesoptimering. Men anvendelighed af BM er helt afhængig af, hvordan man tilrettelægger metode og proces, og i hvilket omfang og hvordan man inddrager forskellige ledelsesslag i de organisationer, hvor processen skal gennemføres. Desværre er det farlige ved BM-processer ikke alene de udfordringer, jeg påpeger i denne afhandling. En potentielt endnu større fare er at de (som oftest særdeles velskrevne) rapporter læses og bruges af beslutningskompetente ledelsesslag (politisk, administrativt), som ikke gennemskuer faldgruber og konsekvenser.

8 Refleksion over egen ledelsesmæssig udvikling

Såvel emnevalg som arbejdet med selve afhandlingen vil få betydning for udviklingen af mit personlige lederskab. Styring af den offentlige sektor og især sundhedssektoren er kommet for at blive, og som offentlig leder med lægefaglig baggrund giver det derfor god mening, at have indsigt i og forståelse af grundlæggende teoretiske overvejelser bag de herskende styringsparadigmer. Jeg valgte derfor at udfordre mig selv indenfor et af de områder, hvor egne ledelsesmæssige kompetencer var svagest, nemlig økonomistyring. Masterprojektet har givet mig en oplagt mulighed for at komme i dybden med en aktuell proces relateret til styring af

sundhedsvæsenet og gennem generering og analyse af empiri samt diskussioner med vejleder blive klogere på styrker og svagheder ved et af de hyppigste anvendte styringsværktøjer, BM. Dette ud fra en grundlæggende forventning om, at bedre forståelse gennem erfaring og viden fremmer brobygning og gensidig respekt, og det har gjort stort indtryk på mig at erfare hvordan en problematisk centralt-styret proces kan påvirke dybt engagerede og erfarne ledere.

Hele masterforløbet – og projektet i særdeleshed – har bibragt mig viden og forståelse, hjulpet med at nedbryde nogle fordomme og styrket min tro på, at den brobyggende ledelsesstil er vejen frem. Synliggørelsen af betydning af nærmeste ledelses opbakning (uanset faglig baggrund) har samtidigt bidraget med vigtig erkendelse i forhold til motivation og ledelse af medarbejdere. Som leder må man i nogen grad agere skjold mod urimeligheder ”oppefra” og derved sikre fortsat medarbejdertrivsel og fokus på opgaven i egne rækker trods større udfordringer og forandringer i organisationen. Omvendt synliggør eksemplet også konsekvenserne af manglende opbakning fra nærmeste leder. En nyttig indsigt som utvivlsomt rækker udover aktuelle case og kan bæres med i nuværende og fremtidige ledelsesmæssige forhold.

9 Liste over bilag

Bilag 1 *Sammenlignende Analyse Nyremedicin: 29 april 2016. Center for Økonomi 2016*

Bilag 2 *Sammenlignende Analyse Gastroområdet, foreløbig version: 20 juni 2016. Center for Økonomi 2016.*

Bilag 3 Notat til koncerndirektionen: Benchmark mhp. optimal anvendelse af personaleressourcer. Region H.

Bilag 4 Procesplan 2. *Procesplan for benchmark-analyse. Center for Økonomi.*

Bilag 5 Interviewguide

Bilag 6 Interviews

10 Litteraturliste

1. **Bilde, Lone, Hansen, Anne Rytter og Jes, Søgaard.** *Økonomi og styring i sygehusvæsenet*. Foreningen af Speciallæger, FOA – Fag og Arbejde, HK/Kommunal, Sundhedskartellet og Foreningen af Yngre Læger. s.l. : Dansk Sundhedsinstitut, 2010.
2. **Hood, Christoffer og Dixon, R.** A Government that works better and costs less? Evaluating Three Decades of Reform and Change in UK Central Government. 2015, s. 1-21.
3. **Porter, MA.** What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* . 2010, s. 26-30 .
4. **Hovedstaden, Region.** Forslag til Budget 2017-2020. *www.regionh.dk*. [Online] 2016. [Citeret:] <https://www.regionh.dk/om-region-hovedstaden/oekonomi/Budget/Documents/Forslag%20til%20Budget%202017-2020%20endelig%20m.sidetal.pdf>.
5. —. Budget 2017. Tid til Mennesker. *www.regionh.dk*. [Online] maj 2016. <https://www.regionh.dk/om-region-hovedstaden/oekonomi/Budget/Documents/Tid%20til%20mennesker%20-%20budgetaftale%202017.pdf>.
6. **Rigsrevisionen.** Beretning til Statsrevisorerne om hospitalernes brug af personaleresurser. *www.rigsrevisionen.dk*. [Online] Marts 2015. [Citeret:] <http://www.rigsrevisionen.dk/media/2033513/hospitalernes-brug-af-personaleresurser.pdf>.
7. **Center for Økonomi, Region Hovedstaden Budget og Byggestyring.** *Notat til koncerndirektionen: Benchmark mhp. optimal anvendelse af personaleressourcer*. Region Hovedstaden: s.n., 2015 November.
8. **Center for Økonomi.** *Sammenlignende Analyse Gastroområdet, foreløbig version dateret 20 juni 2016*. Hillerød : Center for Økonomi, Budget og Byggestyring, Region Hovedstaden, 2016.
9. **Center for Økonomi.** *Sammenlignende Analyse Nyremedicin dateret 29 april 2016*. Hillerød: Center for Økonomi, Budget og Byggestyring, Region Hovedstaden , 2016.
10. **Center for Økonomi, Region Hovedstaden.** *Procesplan 2. Procesplan for benchmark-analyse*. Hillerød: s.n., 3. Juni 2016.
11. **Ettorchi-Tardy, A, Levif, M og Michel, P.** Benchmarking: a method for continous quality improvement in health. *Healthc Policy*. 2012, Årg. 7, 4, s. 101-119.
12. **Martin, R.** The Execution Trap. *Harvard Buisness Review*. 2010, s. 64-71.
13. **Andersen, Bjørn og Camp, Roger.** Current position and future development of benchmarking. *The TQM Magazine*. 1995, Årg. 7, 5, s. 21-25.
14. **Finansministeriet.** Benchmarking i den offentlige sektor - nogle metoder og erfaringer. *www.modst.dk*. [Online] 2000. http://www.modst.dk/~media/Files/%C3%98AV/Vejledninger/Arkiv%20materiale/%C3%98konomistyringsomr%C3%A5det/Benchmarking_offentlig_sektor%20pdf.ashx.

15. **Danske Patienter.** Patienttilfredshed misfortolkes. *danskepatienter.dk*. [Online] 2015. Danske Patienter. Link til nyhed: <http://danskepatienter.dk/politik/nyhedsarkiv/patienttilfredshed-misfortolkes>.
16. **Hillingsø, Jens Georg.** Hillingsø JG. Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser kvalitet eller tilfredshed. *MPG masterafhandling*. København : CBS, 2012.
17. **Launsø, Laila, Olsen, Leif og Rieper, Olaf.** Kapitel 2. Forskningstyper. *Forskning om og med mennesker*. s.l. : Nyt Nordisk Forlag. 6 udgave, 2015, s. 183-184.
18. **Friis, Ivar.** Komplette præstationsmålinger:. *Økonomistyring & Informatik – 26. årgang*. 2010/11, 5.
19. **Adams, J S.** Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal Psychology*. 1963, Årg. 67, s. 422-426.
20. **Olsen, Kim Rose, et al.** Usikkerhed forbundet med opgørelse af relativ produktivitet i sygehussektoren. *Nationaløkonomisk Tidsskrift*. 2006, Årg. 44, 3, s. 353-361.
21. **Festinger, Leon.** THE PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF INSUFFICIENT. *American Psychologist*. 1. Januar 1961, s. 1-11.
22. **Greenberg, Jerald.** Everybody Talks About Organizational Justice - But Nobody Does Anything About It. *Industrial and Organizational Psychology*. 2009, s. 181-184.
23. **social kapital med fokus på kerneopgaven. Kompetencesekretariatet.** [Online] 2014. <http://www.kompetenceudvikling.dk/projekt-social-kapital-med-fokus-paa-kerneopgaven>.
24. **Høyer, K.** Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? Introduktion. [forfatter] Hoyer K. Redigeret af Vallgård S og Koch L. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab. 4 udgave*. København : Munksgaard, 2011, s. 5-41.
25. **Akut Kirurgi Databasen. National Årsrapport 2015.** Århus : Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik (KCEB-Nord), Aarhus Universitetshospital, 2015.
26. **DCCG, Styregruppen.** National Årsrapport 2014. Landsdækkende database for kræft i tyk- og endetarm (DCCG). *www.dccg.dk*. [Online] 2014. https://www.regionh.dk/kliniskedatabaser/rkkp-databaser/Documents/KRCAarsrapport_2014.pdf.
27. **Nielsen, Jens Carl Ry og Repstad, Pål.** Fra nærhet til distanse og tilbake igjen - Om å analysere sin egen organisasjon. [forfatter] Jens Carl Ry Nielsen. *Anderledes tanker om livet i organisationer*. Frederiksberg : Nyt fra Samfundsvidenskaberne, 1993, s. 19-37.
28. **Brinkman, Svend og Kvale, S.** Interview. [forfatter] Kvale S. *Introduktion til et Håndværk*. s.l. : Hans Reitzels Forlag, 2009.
29. **Region Hovedstaden og Rambøll.** Den kombinerede trivselsmåling og arbejdspladsvurdering (APV) i Region Hovedstaden 2014. *www.regionh.dk*. [Online] 2014. <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Documents/Trivselop2014.pdf>.

30. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse Region H. patientoplevelser.dk. [Online] 2014.
http://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUP/2014/lup_2014_national_rapport.pdf.
31. Sundhedsstyrelsen. *Specialevejledning for intern medicin: nefrologi*. København : Sundhedsstyrelsen , 2014.
32. Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. *Sundhedsprofil for region og kommuner – 2013 sammenfatning* . 2013. s. 1-28.
33. Sundhedsstyrelsen. *Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges? En medicinsk teknologivurdering* . København : Sundhedsstyrelsen, 2006.
34. —. *Specialevejledning for kirurgi*. København : Sundhedsstyrelsen, 2014.
35. Gaub, Johannes, et al. Benchmark Vejle-Hvidovre Intet niveau for produktivitet kan anses for at være det rigtige. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen*. 5. Juni 2008, s. 126-131.
36. Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend. Generalisering ud fra interview undersøgelser i Kap 15. Den sociale konstruktion af validitet. *InterView. Introduktion til et håndværk*. København K : Hans Reitzels Forlag, 2009, s. 287-292.
37. Information. new-public-management-afgaaet-ved-doeden. *Information*. s.l., Danmark : <https://www.information.dk/indland/2016/11/new-public-management-afgaaet-ved-doeden>, 7. November 2016.
38. Jakobsen, Marianne S. Jakobsen, MS. Ledende overlægers rolle, opgaver og ledelsesidentitet. *Fleksibel Master i Offentlig ledelse*,. Århus : Århus Universitet, 2013. s. 35-38.
39. Lunenburg, Fred C. Expectancy Theory of Motivation:Motivating by Altering Expectations. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MANAGEMENT, BUSINESS, AND ADMINISTRATION*. 2011, s. 1-6.
40. Greenberg, Jerald. A taxonomy of Organizational Justice theories. *The Academy of Management Review*. 1987, Årg. 12, 1, s. 9-22.