

Håkon Ullebø

***Innsatsstyrt finansiering (ISF) i
spesialisthelsetenesta***

-Ei studie av konsekvensar av ISF for legar

**Masteroppgåve i økonomi og administrasjon
Handelshøyskolen ved OsloMet - storbyuniversitetet
2018**

Samandrag:

I denne oppgåva har eg brukt kvalitativ metode for å undersøkje kva opplevde konsekvensar legar har av innsatsstyrt finansiering som finansieringsmodell i spesialisthelsetenesta. Eg har intervjuet seks legar i frå to ulike avdelingar ved eit offentleg sjukehus i Noreg, der to av legane også hadde leiaransvar ved avdelingane sine.

Resultata av undersøkingane viser at legane i stor grad opplever kjelder til motivasjon gjennom pasientinteraksjon, fagleg utvikling og det å hjelpe menneskjer i naud. Oppgåvene knytt til finansieringsmodellen står delvis i konflikt med desse kjeldene til motivasjon. Finansieringsmodellen har potensielle kjelder til stress for legane, då krava til administrative oppgåver i mange tilfelle aukar meir enn kontrollen legane har over desse oppgåvene. Årsaka til dette kan vere at verdiar som effektivitet vert forkynna gjennom finansieringsmodellen, like mykje som modellen i seg sjølv kan vere ei årsak. Legane opplever ikkje finansieringsmodellen som særleg påskjønande, og rommet for feilrapportering er stort.

Abstract:

I have in this paper used qualitative method to investigate doctors experienced consequences caused by activity-based funding as a model for funding in specialist health service. I have interviewed six doctors from two different departments at a public hospital, where two of the doctors also were leaders for their departments.

The results of my research show that the doctors experience sources of motivation through interaction with patients, professional development and helping people in need. Tasks related to the financial funding model are partially in conflict with these sources of motivation. The financial funding model has potential sources of stress for the doctors, since the requirements of the administrative task are increasing more than the control the doctors have over these tasks. The cause of this may be values as efficiency are proposed through the financial funding model, just as much as the model itself may be the cause. The doctors do not experience the financial funding model to be rewarding, and the possibility of reporting in wrong numbers is big.

**Handelshøyskolen ved OsloMet
2018**

Forord:

Denne oppgåva er eit avsluttande prosjekt som ein del av eit to år langt masterstudie ved Handelshøgskulen ved OsloMet – storbyuniversitetet. Oppgåva utgjer 30 studiepoeng og er skrive i vår-semesteret 2018.

Det har vore eit spanande, krevjande og eit lærerikt semester. Eg har hatt moglegheita til å fordjupe meg, bli kjend med og undersøkje problemstillingar som eg tykkjer er særst interessante, både på individuelt plan og samfunnsnivå. Oppgåva er skriven aleine, noko som har gitt meg eitt stort sjølvstende. På andre sida har eg ikkje hatt ein partner til å drøfte og diskutere med på dagleg basis, som også er fordjupa i same tema og problemstilling på lik linje som meg sjølv.

Eg vil gje ein stor takk til alle informantar som har stilt opp til intervju og velvillig delt sine erfaringar, trass i hektiske og fulle timeplanar. Utan dykk ville dette aldri gått! Eg vil og takke min rettleiar Erik Døving ved OsloMet for gode råd og solid rettleiing gjennom heile prosessen, spesielt i slutfasen. Det har kome godt med. Sist, men ikkje minst vil eg takke mine foreldre og sambuar for hjelp med korrekturlesing.

Innhald

1. Innleiing:	6
1.1 Spesialisthelsetenesta	7
2: Teori og tidlegare forskning:	9
2.1: Reformar og utvikling	9
2.1.1 Historie	9
2.1.2 Utvikling.....	10
2.1.3 Tiltak mot styringsproblem	12
2.2 Velferdas organisering og føremål	15
2.2.1: Sjukehus som forvaltningsorgan og serviceføretak:	16
2.2.2: Bakkebyråkratar – rollekonfliktar i offentleg forvaltning.....	17
2.3 Legitimitet	17
2.3.1: Verdisett	18
2.3.2: Organisasjonsformer	18
2.4 Motivasjon og arbeidsmiljø (F1).....	20
2.4.1: Motivasjonspsykologiske perspektiv:.....	21
2.4.2 Stressteoretisk perspektiv	23
2.5 Påskjøning (F2)	25
2.6 Prinspal-agent-teori (F2).....	28
2.6.1 Problem knytt til overvaking og insentiv:.....	30
3. Metode	31
3.1 Case-studie	31
3.2: Utval av informantar	32
3.3: Intervjuguide	33
3.4 Innsamling av data.....	33
3.5 Dataanalyse	35
3.5.1: Reliabilitet	35
3.5.2: Validitet	36
3.5.3: Overførbarheit.....	37
3.6 Etske drøftingar	38
4. Resultat:.....	39
4.1: Kva konsekvensar har ISF for motivasjonen til legane og legane sitt opplevde arbeidsmiljø? (F1).....	39
4.1.1: Motivasjon.....	39

4.1.2: Stress	40
4.2: Kva implikasjonar har, og kan ISF få, for legane si oppleving av påskjøningssystemet og styringsproblematikk? (F2).....	42
4.2.1: Påskjøning	43
4.2.2: Styringsproblem	44
4.3: Oppsummering.....	46
5. Drøfting:	48
5.1 Motivasjon.....	48
5.2 Stress	49
5.3 Påskjøning.....	52
5.4 Styringsproblem	55
6. Konklusjon	61
7. Litteraturliste.....	64
8. Vedlegg.....	68
8.1: Intervjuguide lege.....	68
8.2: Intervjuguide til leiar	70

1. Innleiing:

Innsatsstyrt finansiering (ISF) kom som ein reform i 1997 og endra korleis ein finansierer spesialisthelsetenesta i Noreg. ISF er ein finansieringsmodell der ein del av finansieringa er avhengig av aktivitetsnivå, i motsetning til at all finansiering er på rammetilskot – slik det var før ISF. Ein skal med ISF få tilskot basert på innsats, og i dag er rundt halvparten av finansieringa avhengig av aktiviteten til sjukehusa. Rapporteringa av aktiviteten til sjukehusa føregår ved hjelp av ei DRG-klassifisering (diagnose-relaterte grupper) som er eit system utvikla i USA. Systemet grupperer diagnosar etter forventa ressursbruk, og kvar diagnose gir DRG-poeng som fører til utbetaling av ein sum til sjukehusa. Kvar diagnose har ein kode, og det er desse kodane sjukehusa rapporterer inn og mottar refusjon. Andre halvparten av finansieringa er på rammetilskot, som er ei overføring av midlar i frå staten som sjukehusa disponerer slik dei ser det hensiktsmessig, og i tråd med gjeldande lovar og forskrifter.

Drivkrafta bak oppgåva er spørsmålet «vil innsatsstyrt finansiering (ISF) gjere legane meir motivert og effektive?» Vidare lurar eg på om legane føler at ISF er ein god måte å organisere og styre spesialisthelsetenesta på? For å undersøkje dette har eg intervjuet seks legar, der to av dei er avdelingsleiarar, og problemstillinga er som følgjer:

Problemstilling:

Kva opplevde konsekvensar har legar av innsatsstyrt finansiering (ISF) som modell for finansiering i spesialisthelsetenesta?

Problemstillinga står på den eine sida mellom sterke faglege tradisjonar med ein sterk profesjon, og på andre sida eit politisk tema som handlar om korleis ein skal forvalte offentlege midlar til helsetenester - som dei fleste har ei meining om og difor ofte vert kontroversielt og betent.

For å operasjonalisere problemstillinga har eg formulert to forskingsspørsmål som eg ønskjer å svare på. Desse to forskingsspørsmåla ser på konsekvensane av ISF-reforma, som har satt sitt preg på spesialisthelsetenesta dei siste 20 åra.

Forskingsspørsmål:

Eg ønskjer å kaste lys over problemstillinga ved å undersøkje fire faktorar. Desse er

motivasjon, arbeidsmiljø, påskjøning og styringsproblematikk i form av agent-prinsipal-utfordringar. Motivasjon og arbeidsmiljø vil bli undersøkt i første forskingsspørsmålet (F1), medan påskjøning og styringsproblematikk vil bli undersøkt i det andre forskingsspørsmålet (F2):

1. Kva konsekvensar har ISF for motivasjonen til legane og legane sitt opplevde arbeidsmiljø?

For at regionale helseføretak (RHF), sjukehus og avdelingar skal bli meir effektive og auke aktiviteten, er det legane som må behandle pasientar. Det er her verdiskapinga og produksjonen skjer. Eg ønskjer å undersøkje korleis legane tilpassar seg desse krava som følgjer med eit slikt finansieringssystem og kva det gjer med motivasjonen deira i eit motivasjonspsykologisk perspektiv og arbeidsmiljøet i eit stressteoretisk perspektiv.

2. Kva implikasjonar har, og kan ISF få, for legane si oppleving av ISF som påskjøningssystem, og styringsproblematikk?

ISF og god pasientbehandling kan sjåast som to motpolar ideologisk, mellom ønsket om å vere mest mogleg effektiv, og gi best mogleg behandling. I mange tilfelle er det å ikkje gi noko behandling, den beste behandlinga, medan sjukehusa vert påskjøna etter aktivitetsnivået. Mange behandlingar tek også mykje tid og ressursar. Det er derimot ikkje to verdisett som er utan fellesnemnarar, ettersom god pasientbehandling òg inneber ein grad av effektivitet.

Med ISF flyttar ein mykje av ansvaret og avvegingane omkring dette ned til legane. Eg ønskjer å undersøkje om legane opplever moralske dilemma som følge av dette, og korleis dei opplever påskjøningsordninga.

1.1 Spesialisthelsetenesta

Det er helse- og omsorgsdepartementet som har ansvar for sjukehusa i Noreg, også kalla spesialisthelsetenesta. Departementet har eit ansvarsområde som famnar vidt, og inneber også

føljande område: folkehelsearbeidet, primærhelsetenesta i kommunane, tannhelseteneste, hjelp til personar med psykiske lidingar, helsetenester til rusavhengige, ansvar for legemiddel, pleie- og omsorgstenester og sist men ikkje minst spesialisthelsetenesta, som eg skal undersøkje i denne oppgåva.

Spesialisthelsetenesta omfattar sjukehus, poliklinikkar, legespesialistar, ambulanseteneste og anna. Ansvar for spesialisthelsetenesta er lagt til dei fire regionale helseføretaka, også kalla RHF. Desse føretaka er eigd av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet.

Spesialisthelseteneste ytast ved sjukehus og i frå privatpraktiserande spesialistar og klinikkar. Dei regionale helseføretaka skal sørge for spesialhelsetenester til befolkninga, anten gjennom sjukehus som føretaka eig og som igjen er organisert som helseføretak, eller gjennom avtale med private tenesteytarar.

Helsedirektoratet forklarar ISF kort som:

- Ei aktivitetsbasert finansieringsordning for somatisk spesialisthelseteneste og polikliniske tenester innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.
- Finansieringsordninga sitt viktigaste formål er å understøtte *sørgje-for-ansvaret* til RHF-ane (dei regionale helseføretaka)
- For 2018 utgjer ISF omlag 36 milliardar kroner og skal dekke 50 prosent av finansieringa.

Sørgje-for-ansvaret går ut på at Noreg er delt i fire helseregionar. Jamfør spesialisthelsetjenesteloven, har desse regionale helseføretaka (RHF) sørgje-for-ansvar for at befolkninga vert tilbydd spesialisthelsetenester i og utanfor institusjon, kort forklart.

Oppgåvene til sjukehusa er å tilby befolkninga spesialisert behandling. I tillegg har sjukehusa oppgåver innan forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande.

Drifta av sjukehus er regulert gjennom lover, forskrifter og rundskriv. Nokre av dei viktigaste lovene er [Helseforetaksloven](#), [Spesialisthelsetjenesteloven](#) og [Pasientrettighetsloven](#).

2: Teori og tidlegare forskning:

I dette teorikapittelet vil eg gjere greie for relevant teori for å kaste lys på problemstillinga og forskingsspørsmåla. Først kjem litt bakgrunnsinformasjon og tidlegare forskning om velferdas organisering og føremål, følgd av ei kort utgreiing av dei dei forskjellige rollene føretak i forvaltning og tilsette kan oppleve å ha. Deretter vert teori om motivasjon, arbeidsmiljø, påskjøning og agent-prinsipal problematikk presentert.

2.1: Reformar og utvikling

Romøren (2013) tek for seg og greier ut om utviklinga og endringane som har vore i det vi kjenner som spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenesta er rekna som: sjukehus og psykisk helsevern. I denne oppgåva vil eg ikkje sjå på psykisk helsevern. Vidare i oppgåva vil eg omtale både sjukehus og spesialisthelseteneste, og då er det somatiske sjukehus som er meint. Somatisk betyr «kroppslig» og viser til alle plager som er fysiske, sjølv om skiljet mellom fysisk og psykisk ikkje er absolutt.

2.1.1 Historie

Både stat, fylke, kommune og frivillige organisasjonar har drive somatiske sjukehus i Noreg. Trygdekassa, som i dag er ein del av NAV, betalte for opphald alt i frå tidleg 1900-tal og fram til vi fekk den første sjukehuslova i 1970. Denne lova påla fylkeskommune i eit eventuelt samarbeid med private organisasjonar – å planlegge og drifte og ei rekke helseinstitusjonar. Dette vart finansert av det offentlege som hadde ein del pengar grunna nylege olje- og gassfunn. Denne nye organiseringa er ein av dei største i velferdsstaten si historie. (Romøren, 2013: 173)

På 1970-talet ville ein bremse pengebruken, og «berre» 50% vart dekkja av folketrygda. I 1980 la ein om heile finansieringssystemet og innførte rammetilskot basert på utrekna behov. Ein sentral faktori utrekninga var befolkningssamansetjing, og dette vart utrekna årleg. I 1997 vart ISF – «innsatsstyrt finansiering» innført. I det nye systemet er ein stor del av finansieringa basert på at ein får refusjon per behandla pasient med ein type diagnose og følgjande behandling og prosedyre. Sidan har det vore finansiert med ein kombinasjon av rammetilskot og innsatsstyrt finansiering. Hovudargumentet for dette har vore å fremje effektivitet og halde utgiftene til helsesektoren på eit moderat nivå. (Romøren, 2013: 173)

2.1.2 Utvikling

Her er kort summert opp nokre av dei viktigaste hendingane i utviklinga dei siste ti-åra i spesialisthelsetenesta:

I 1970 fekk vi ein landsomfattande organisatorisk struktur for førte gong gjennom sjukehuslova. Fylkeskommunen fekk ansvar for planlegging og drift då sjukehuslova tredje i kraft. Finansieringa vart grunnleggjande endra i 1980 og 1997 (ISF og DRG). I 1984 fekk vi det som heiter primærhelseteneste: lov om helseteneste i kommune. I 2001 fekk vi ein ny stor reform av primærhelse, med fastlegereforma. I 2002 vart sjukehusa omorganisert til statlege helseføretak (Foretaksreformen), som fører til nedlegging fleire plassar, ein trend som ser ut til å halde fram. I 2012 trer samhandlings-reforma i kraft. Den skal sørge for betre folkehelse og betre helse- og omsorgstenester på ein berekraftig måte – dette gjennom betre samhandling mellom kommune og spesialisthelseteneste.

Det har med andre ord vore mange små og store endringar i spesialisthelsetenesta desse åra, men dei reformene som er lista opp er nokre av dei større som har danna grunnlaget for den spesialisthelsetenesta vi har i dag. Spesialisthelsetenesta er i kontinuerleg utvikling, akkompagnert av desse større reformene. Det er også ein politisk arena så vel som ein fagleg arena, og vil difor alltid vere under påverknad frå fleire hald i samfunnet. Dette kan vere viktig å ta med seg som eit bakteppe når ein skal studere enkelte fenomen nærmare på eit så stort og komplekst felt i samfunnet som spesialisthelsetenesta er.

Eit viktig mål for mange av reformene og utviklinga og ein trend i spesialisthelsetenesta har vore avinstitusjonalisering – færre pasientar på døgnopphald på sjukehus. Argumenta for dette har vore at det er meir økonomisk, og gir meir fridom til pasient.

Eit anna viktig mål har vore desentralisering - flytte ansvar til lågare forvaltningsnivå. Det har skjedd både i frå stat til fylke og i frå fylke til kommune. Argumenta for dette har vore at det skal vere meir økonomisk og gje meir handlingsrom for lokal styring og tilpassing. (Romøren, 2013: 171).

Utvikling i utgifter i somatiske sjukehus går i bølger, og følgjer typisk utvikling i marknad. Periodar med sterk vekst vert ofte avløyst av periodar med svak vekst osv. Eit anna karakteristisk trekk for somatiske sjukehus sidan 70-talet, er at behandlingstida er blitt svært kort. Ein oppheld seg ikkje lenger på sjukehus – ein får intensiv og kortvarig og høg-

spesialiserte inngrep utført, medan ein oppheld seg heime eller på pleieinstitusjon, som er i tråd med målet om avinstitusjonalisering. (Romøren, 2013: 174)

Vi har altså fått færre sengeplassar, lågare sjukehusdekning per innbyggjar, samtidig som tal behandlingar stig kvart år. På toppen kjem polikliniske konsultasjonar – behandling der pasient som mottek, alt same dagen kan reise heim, til dømes for eit kirurgisk inngrep. Dette bidreg òg til trenden med avinstitusjonalisering. (Romøren, 2013: 175)

Tal på medisinske spesialitetar aukar også. Indremedisin er no delt opp i lungemedisin og lungekirurgi, hjartemedisin og hjartekirurgi osv. For å oppretthalde det faglege nivået på spesialiseringane krev det eit visst tal pasientar årleg – noko som kan vere krevjande i ein del fylke i Noreg, og slik helsevesenet er organisert i dag. Samstundes skal også kvart fylke vere så sjølvstendig som mogleg og kunne gje eit komplett tilbod til sine innbyggjarar, noko som byr på nokre motsetjingar. (Romøren, 2013: 175)

Ei anna sak som vart meir aktuelt på slutten av 1900-talet var prioritering av køar. I 1987 føreslo eit offentleg utval å klassifisere pasientar etter kor akutt tilstanden var:

1. Akutt, livstruande sjukdom
2. Alvorlege sjukdommar som kan få alvorlege konsekvensar om behandling ikkje vert gitt i rimeleg tid.
3. Plager som kan lindrast medisinsk, sjølv om det ikkje har alvorlege konsekvensar.

(Romøren, 2013: 176)

Prioritering av køar var eit heitt tema på starten av 2000-talet også. Lovene har også endra seg ein del, mellom anna på: Ventetid, og endring i pasientlover når det gjeld rettar og prioritering. Desse har blitt meir juridiske, det har vore ein form for demokratiseringsprosess. Samstundes har det også blitt svært vanskeleg å overprøve helse- og omsorgsvesenet.

(Romøren, 2013: 176-177)

Helsepolitikk er eit populært tema, mange har meiningar, og er svært godt dekt i media – og er nesten alltid på den politiske dagsorden. Det har lenge eksistert ei viss motsetning i korleis andre bedømmer helsevesenet og kva omdømme det har i den norske opinion gjennom massemedia som gir ei svært negativ framstilling. Pasientar er som oftast fornøgde, og har stor tillit til sjukehusvesenet. Denne tilliten varierer mellom sjukehus, men også med andre

faktorar. Noko av misnøya går på (høgt) skifte i pleiarar, mykje unødig venting og at informasjon gitt under opphald er mangelfull. Med andre ord handlar misnøya mykje om kommunikasjonen, og ikkje så ofte om behandlinga. (Romøren, 2013: 177-178)

Sjukehus er komplekse organisasjonar der «produksjonsoppgåvene» er teknisk og fagleg krevjande. Medisin går og har gått gjennom ei sterk utvikling. Sjukehusa sine oppgåver kan komme av alvorlege menneskjelege krisesituasjonar. Arbeidet skjer døgnet rundt, og det er mange sterke faggrupper med tilsvarende stemmer med. I tillegg kjem den innfløkte politiske komponenten inn, både lokalt, regionalt og nasjonalt – og samspelet mellom desse. Det er med andre ord mange faktorar å ta omsyn til. (Romøren, 2013: 178)

2.1.3 Tiltak mot styringsproblem

Mange av reformene og endringane gjennom åra i spesialisthelsetenesta har vore tiltak og løysingar på komplekse og samansette problem. Mykje har vore prøvd og i etterkant evaluert. Vidare i kapittel 2.1.3 kjem ein gjennomgang av tre av typane verkemiddel som har vore prøvd for å løyse styringsproblem i spesialisthelsetenesta og korleis dei har verka.

Dei tre overordna verkemiddela er:

- Rasjoneringsmetodar
- Økonomiske insentiv
- Omorganiseringar

Rasjoneringsmetodar:

- Ventelister og ventetidsgaranti

I frå 1991 og utover er alle sjukehus plikta til å føre ventelisteregistre over type to pasientar, dei i kategori 1 og 2 i frå lista som kom i 1987 som nemnt tidlegare. Kategori 1 er akutt, livstruande sjukdom og kategori 2 er alvorlege sjukdommar som kan få alvorlege konsekvensar om behandling ikkje vert gitt i rimeleg tid. Desse pasientane fekk fram til 2001 ei ventetidsgaranti. Tanken bak dette var å gje eit likeverdig tilbod, samt rettferdig fordeling av tilbodet.

Ventelistene auka fort frå 200 000 til 300 000 pasientar og tal på garantibrot auka frå 3-4000 til 17 000. (Frå 2% til 5% av ventelista). 95% behandling til rett tid. Det var derimot store

variasjonar og feil i listene. Ei undersøking i midten av 1990-talet viste at 25% ikkje skulle stått på lista ein gong, medan nesten 50% var feilregistrert. Då denne ordninga ikkje fungererte så godt, endra ein i frå 2001 til behandlingsgaranti med heimel i pasientrettighetslova. (Romøren,2013: 179-180)

Ventelister og ventetidsgaranti var ikkje noko godt eller vellukka tiltak. Reforma fokuserte for ein sidig på to tal, ventelisteregistre og garantibrot. Dette i tillegg til at statistikken var upåliteleg. På andre sida bidrog det til å få problematikken fram i lyset, det at problem knytt til ventetid og kapasitet for enkelte pasientgrupper var uakseptabel lang. Det faglege arbeidet som vart lagt ned for å utvikle retningslinjer har i etterkant vist seg å ha varig verdi, både for helsevesenet og den offentlege debatten. (Romøren, 2013: 180-181)

Økonomiske insentiv:

- ISF: innsatsstyrt finansiering

ISF som verkemiddel har vore prøvd i dei fleste vestlege land. (Byrkjeflot og Torjesen, 2010) Ein måte er å innføre såkalla offentlege marknader i sjukehussektoren. Sjukehusstenester blir gjenstand for kjøp og sal. Ein måte å gjere det på er at kommunane kjøper tenester for sine innbyggjarar frå dei beste sjukehusa, der sjukehus konkurrerte om å gi dei beste og mest effektive tilboda. Systemet antek at offentlege midlar til sjukehusdrift i første omgang går til kjøpar (kommune) og ikkje til tilbydar (sjukehus).

Ein annan måte å gjere det på er å innføre insentiv for effektivitet gjennom å gjere deler av- eller heile inntekta til sjukehusa avhengig av kor mykje dei produserer, målt i tal behandlingar. Denne modellen vart innført i Noreg i 1997. Det etter at det ti år før vart føreslått ei stykkprisfinansiert sjukehussteneste. Det vart gjort eit prøveforsøk, og evalueringa konkluderte med at ordninga i liten grad påverka effektivitet. Difor føreslo dåverande statsråd Christie å vente. Året etter føreslo ein annan arbeidarparti-statsråd (Hernes) å innføre ISF. Stortinget slutta seg til forslaget og det vart sett i verk i 1997.

ISF byggjer på ei DRG-klassifisering (Diagnose-relaterte grupper) som er eit system utvikla i USA (Byrkjeflot og Torjesen, 2010). Den grupperer lidingar etter forventa ressursbruk. Ein pasient med gallestein kostar i gjennomsnitt så og så mykje, medan ein slagpasient har ein annan gjennomsnittskostnad. Sjukehusa fakturerer refusjon basert på kor mange dei har

behandla av kvar type diagnose. Effektivitet skal oppnåast ved at man gjennomfører behandlingar til under gjennomsnittspris, og dermed kan auke inntektene sine. Same gjeld også omvendt.

ISF har i dei seinare år stått for rundt 50% av finansieringa, medan den andre halvparten er rammetilskot. ISF vert brukt i somatiske sjukehus, og ikkje i psykiatriske institusjonar. I 1999 og 2000 hadde norske sjukehus eit underskot på rundt 2-3 milliardar kroner. Denne trenden heldt fram heilt til 2009, der sjukehusa samla sett gjekk 1-2 milliardar kroner i underskot kvart år. Det kan difor vere nærliggande å trekke konklusjonen at heller ikkje innsattsstyrt finansiering utan vidare er eit effektivt verkemiddel i jakta på eit betre sjukehusvesen – i alle fall ikkje om ein legg økonomiske betraktningar til grunn i følge Romøren, 2013. Ein kunne tenke seg at det tok over eit ti-år med ISF før ein klarte å snu trenden med underskot, men i mellomtida har det vore så mange reformer og endringar i spesialisthelsetenesta at det blir vanskeleg å gje ISF honnør for at sjukehusa går i overskot i 2009 - 12 år etter at ISF er innført. (Romøren, 2013: 181-182)

Omorganisering:

I 2001 starta ei omorganisering i sjukehusvesenet. Staten overtok eigarskapet og driftsansvaret for alle sjukehus i landet. Målet var å løyse det man såg på som problema den gongen: uklåre ansvarsforhold ved styring, manglande kontroll over utgiftene og forskjell i ressursbruk mellom sjukehus og regionar. (Romøren, 2013: 183)

Helseføretaksreforma (2002) byggjer på fire viktige prinsipp:

- Sjukehus og all annan spesialisthelseteneste osb. organiserast i fem (seinare fire) regionale einingar svarande til dei gamle regionssjukehusområda. Dei regionale einingane kallas «Regionale helseføretak» (RHF)
 - Dei regionale helseføretaka er direkte underlagt helsestatsråden, men har eiga leiing og eigne styres oppnemnt av staten
 - Sjukehusa i regionen, vert dotterføretak (helseføretak) i sin helseregion, med eiga leiing og lokalt styre
 - Alle sjukehus (utanom det psykiatriske) finansierast fortsatt ved ei blanding av basistilskot (rammetilskot) og innsattsstyrt finansiering (ISF)
- (Romøren, 2013: 184)

Kva har vore konsekvensane av helseføretaksreforma? Opedal og Stigen, 2005, summerer kort opp trekka som kan dokumenterast:

Til på plassar og liggetid på sjukehusa har fortsett å gå ned. Vidare har sjukehusa sin aktivitet målt i behandla pasientar heldt fram å auke, noko som også kan skuldast medisinske framsteg og utvikling av teknologi i denne tidsperioden. Fram til 2006 vart ventetida redusert, før den auka etter 2006. Sjukehusa gjekk i underskot ei lang periode fram til 2009, før det snudde. På lang sikt har dermed den økonomiske situasjonen betra seg. Om dette skuldast helseføretaksreforma er vanskeleg å seie sidan så mykje anna har skjedd i denne perioden, og det er vanskeleg å skilje effektane i frå kvarandre. Det som er sikkert er at leiingsfunksjonane er endra. Føretaksstyra og føretaksleiarar har fått auka innslag av økonomar og personale med erfaring frå det private næringslivet. Sjukehusleiing er sentralisert og profesjonalisert, og har fått fleire hierarkiske nivå. Arbeidsmiljøet varierer, litt ut i frå kva ein måler. Mange tilsette rapporterer om manglande mynde til avgjersler, og om stress og redusert jobbtryggleik. Nokre rapportar peiker på det motsette.

Kvaliteten er i liten grad undersøkt etter helseføretaksreformen. Mykje tyder på at den ikkje er endra (Opedal og Stigen, 2005). Dei største resultatane er nok i strammare overordna styring, nye system for økonomistyring, ei meir profesjonalisert og resultatorientert leiing. Det er truleg oppnådd lite i utvikling av tenesta direkte. Sjukehusstruktur, og då spesielt lokalsjukehus vert råka av denne organiseringa. Det er ei evig veging av nærleik, kvalitet og kostnader – og eintydige svar finst nesten aldri.

Siste reform er samhandlingsreforma. Den skal sikre samarbeidet mellom helsevesenet sitt nivå, spesielt mellom sjukehustenester og helsetenester i kommunen. Reforma har også eitt førebyggjande element: dempe etterspurnaden etter sjukehustenester i ein raskt aldrande befolkning. Elles er reforma såpass fersk at det ikkje finst så mykje forskning på konsekvensane. (Romøren, 2013: 190)

2.2 Velferdas organisering og føremål

I internasjonal samanheng er den norske velferdsstaten gjerne definert som ein tenesteintensiv velferdsstat. Dette fordi i tillegg til å påverke velferda indirekte gjennom trygder og

kontantyttingar, bidreg òg staten gjennom å tilby ulike former for støtte, hjelp og behandling. (Vabo og Vabø, 2014: 11)

Vabø og Vabo omtalar også eit skilje mellom det dei kallar pasient- og klientrelaterte velferdsorganisasjonar og saksbyråkratia. Sistnemnde har til hensikt å «levere noko *til*», medan pasient- og klientrelaterte har til hensikt å «gjere noko *med*». Spesialisthelseteneste vil i all hovudsak vere pasient- og klientrelatert og vidare er det dette som er meint når velferdstenester og velferdsorganisasjonar vert omtala. (Vabo og Vabø, 2014: 13-14)

Velferdsstatens organisasjonar har som sitt mandat å tene allmenneiga, og er bunden av demokratisk vedteken politikk. Velferdsstatens organisasjonar drivast på same måten som verksemdar med eigne mål og eigeninteresser. Spørsmålet som ofte oppstår er kva som må til for at ein organisasjon driv i tråd med det mandatet dei er gitt (indirekte av veljarane) og kva verkar inn på dette?

2.2.1: Sjukehus som forvaltningsorgan og serviceføretak:

Kjekshus argumenterer i sin artikkel for at sjukehus er både forvaltningsorgan og servicebedrifter. I rolla som forvaltningsorgan skal sjukehus fremje ei rettferdig og lik fordeling av goder og byrder. I rolla som servicebedrift skal dei drifte etter typisk økonomisk teori, med vekt på tilbud og etterspurnad. Her skal ein optimalisere effektiviteten på sjukehus, hos kundane og i marknaden. Dette er i tråd med NPM – new public management-teori.

Kjekshus ser på desse rollene langs fire viktige dimensjonar:

- Pasientbehandling og diagnostikk
- Kunnskapsutvikling og forskning
- Rekruttering og utdanning
- Prioritering og ressursutnytting

Det som derimot er interessant er ein av konklusjonane han trekker på slutten. Ein av konsekvensane av desse motstridande regima er at det kan føre til rolleuklårheit. Ifølgje Kjekshus er det nødvendig med begge regima, og ein mogleg konklusjon kan vere at ein bør vere presis med ansvarsfordelinga og rolleavklaring for å motverke rolleuklårheit. (Døving mfl, 2016)

2.2.2: Bakkebyråkratar – rollekonfliktar i offentleg forvaltning

Lipsky (1980) har eit kjend bidrag knytt til velferdsorganisasjonane som ofte er sitert i seinare tid, spesielt uttrykket «bakkebyråkratar». Dette er typisk sjukepleiarar, politi og lærarar.

Uttrykket bakkebyråkratar stammar frå at dei er i ein mellomposisjon mellom politikarar og befolkninga. Kjenneteiknet og problemet er at dei stillast ovanfor motstridande krav og eit kronisk misforhold mellom ressursar og velferdspolitiske visjonar.

Ettersom det er eit misforhold mellom ressursar og dei velferdspolitiske måla og dei direktiva ovanifrå dei fører med seg, må nokre ideal og verdiar forlatast for at andre skal kunne realiserast. For å minske gapet mellom ressursar og mål utviklar bakkebyråkratane ulike strategiar i møte med sine brukarar når det gjeld både arbeidsformar og rutinar. Gjennom dette formar bakkebyråkratane delvis politikken som er ført lokalt, fordi summen av alle desse vala og tilpassingane får politiske konsekvensar. Problemet med dette er som Lipsky påpeikar at det er vanskeleg for administrative leiarar å kontrollere yrkesutøvarar som jobbar ute i feltet, og for å kontrollere dei bør dei klare å:

- Føresjå kva prioriteringar yrkesutøvarar bør foreta i konkrete situasjonar
- Kontrollere yrkesutøvaranes prestasjonar
- Samanlikne yrkesutøvaranes prestasjonar med kvarandre i forhold til gitt kriterier
- Ha incentiv og sanksjonar som er i stand til å disiplinere yrkesutøvarane, det vil seie som er i stand til å fortrenge andre incentiv og sanksjonar som er i verksemd

Problemet med å innføre slike kontrollordningar er at dei kan innskrenke handlingsrommet til yrkesutøvarane og dermed kan undergrave klienten sitt beste. På andre sida kan mangel på styring vere eit problem, då incentiva for god kvalitetssikring kan bli privatisert og tenestene kan bli «fråkopla» den økonomiske politikken.

2.3 Legitimitet

Legitimiteten til private verksemdar kjem gjerne i form av ei sunn og fornuftig økonomisk drift med overskot – noko som tyder på å at verksemda dekkjer eit behov i marknaden. Dette kombinert med dagens vaksande og stadig aukande fokus på etisk og berekraftig drift, der verksemdene tek sitt samfunnsansvar sosialt og for klima, på alvor. Spørsmål knytt til den offentlege forvaltninga sitt legitimitetsgrunnlag vert inngåande diskutert i statsvitskapleg

litteratur. Dei fleste diskusjonar rundt legitimitet understrekar at moderne velferdsstatar- og organisasjonar stillast ovanfor samansette legitimitetskrav.

2.3.1: Verdisett

I ein gjennomgang av argument og doktrinar som fremjast i debatten om kva som må til for å skape ei god offentleg forvaltning, trekker Hood og Jackson (1991) fram tre hovudkategoriar av verdiar, her fritt oversett til:

1. Sparsend/kostnadseffektivitet

Første settet med verdiar reflekterer kravet om å forvalte fellesskapets ressursar med omhug og å bruke ressursane til oppgåver som ligg innanfor det offentlege ansvarsområdet.

2. Føreseielegheit/openheit

Det andre settet med verdiar reflekterer kravet til spelereglar til innsyn og føreseielegheit i forvaltninga. Borgarane har krav på lik behandling og å få vite korleis politikken dei har stemt på setjast i liv i praksis.

3. Fleksibilitet/responsivitet

Det tredje settet med verdiar reflekterer kravet om at offentlege organisasjonar bør fungere etter si hensikt, sjølv under ekstreme og vanskelege omstende. Dette verdisetet er også dei verdiane som rører djupast ved befolkninga si tillit til offentlege organisasjonar. Denne tilliten er ofte skapt gjennom erfaringar og inntrykk brukarar av tenestane har, der velferdsstaten møter befolkninga «ansikt til ansikt». (Vabø og Vabo 2014: 20-21)

Kvar av dei tre setta med verdiar er legitime og relevante for offentlege institusjonar, samtidig som dei dels står i konflikt med kvarandre. Hood (1991) viser desse motsetningane ved at dei peikar mot ulike organisasjonsformer.

2.3.2: Organisasjonsformer

Sparsend/kostnadseffektivitet-verdisettet er ofte knytt til ein organisasjonsform som er slank og målrasjonell. Dette er også omtala som ein *mekanistisk* organisasjon, som er tilpassa

situasjonar prega av stabile omgivadar med ei stabil produktavsetning og eintydig og klår teknologi. Typiske reformer i denne organisasjonsforma med slike typar verdisett er New Public Management (NPM) reformer. Kort forklart er NPM ei reformbølgje som sidan 1980-talet har hatt som mål å effektivisere offentleg sektor ved hjelp av styringsprinsipp i frå privat sektor anvendt i offentleg sektor, og kan seiast å vere ei motsetning til byråkrati eller fagstyrt leiing.

Eitt eksempel er at spesialisthelsetenesta i dag er driven etter slike prinsipp. 50% av finansieringa av sjukehus er gjennom ISF, innsattsstyrt finansiering. Dette føregår gjennom systemet DRG (diagnose relaterte grupper) som er eit diagnosesett som gir utbetalingar basert på diagnosar. Ein rapporterer inn prosedyrar, behandlingar og diagnosar utført og får utbetalt ein sats som er sett basert på eit vekta gjennomsnittstal for kva desse prosedyrane, behandlingane og diagnosane kostar. Satsane vert også justert etter kva som er rapportert inn i systemet DRG og eventuelle andre avgjersler som departementet vel å leggje til grunne.

Fleksibilitet/responsivitet som verdisett har ofte ei meir *organisk* organisasjonsform. Denne er ofte i motsetnad til mekanistisk og organisk organisasjonsform prega av «slack», eit spelerom for prøving og feiling og for å gjere skjønnsmessige tilpassingar til uvanlege og uventa hendingar. Denne forma av organisasjon krev engasjerte medarbeidarar. Typiske reformer i denne organisasjonsforma er tillitsreformer, som også pregar kommunikasjonen som er mest horisontal.

Eitt eksempel på dette er at det er sterkt ønskja av fleire i offentleg sektor med meir organisk organisasjonsform, då fleire tilsette ved til dømes NAV-kontor, føler at dei mistar handlingsrom og moglegheit for å ta sjølvstendige avgjersler når organisasjonen vert meir regelstyrt.

Det siste verdisettet føreseielegheit/openheit er ofte knytt til organisasjonsformer som *regelbyråkrati*. Fokuset er ikkje *kva* som skal gjerast, men *korleis* det skal gjerast. Sentralt er også vekta på prosess-styring framfor resultatstyring – dette for å ivareta krav om klare kriterier, prosedyrar og framgangsmåtar for arbeidet i organisasjonen. Dette fordrar også ein kommunikasjon som i stor grad går i vertikale kommandolinjer. Typiske reformer i denne organisasjonsforma er reformer knytt til rettssikkerheit. Dette kan vere felles datasystem, digitale og sikrere pasientjournalar. (Vabo og Vabø 2014: 22)

Noko av poenget og problemet knytt til desse tre verdisetta og tilhøyrande organisasjonsform er at det er vanskeleg å balansere alle tre og at ein-sidedig fokus på ein av verdiane kan neglisjere dei to andre verdisetta, ifølgje Hood (1991). Ein-sidedig fokus på ein av verdisetta kan også føre med seg negative konsekvensar:

Ein-sidedig fokus på sparsame og kostnadseffektivitet med innsnevra tekniske styringsverktøy (til dømes DRG) kan skape incentiv som undergrev dei moralske aspekta ved arbeid med menneske. På andre sida kan eit ein-sidedig fokus på føreseielegheit og openheit og det byråkratiet som følgjer føre til at det å «gjere ting riktig» kan skugge over realisering av dei faktiske føremåla med velferdspolitikken. Til slutt kan eit ein-sidedig fokus på fleksibilitet og responsivitet føre til at tilliten til yrkesutøvarane sitt skjønn kan gjere ansvaret for tenesta om til yrkesutøvarane si «private» sak, lukka for demokratiske innsyn. (Vabo og Vabø 2014: 23)

2.4 Motivasjon og arbeidsmiljø (F1)

Motivasjon er eit ord og uttrykk ofte brukt i det daglege. Difor vil mange assosiere mykje ulikt med motivasjon. Motivasjon er også eit uttrykk som omfamnar mykje, men Kaufmann og Kaufmann (2009) har definert motivasjon som «*dei biologiske, psykologiske og sosiale faktorane som aktiverer, gir retning og opprettheldler åtferd i ulike grader av intensitet for å oppnå eit mål*». Ifølgje Deci og Ryan (2000) vil dei tilsette sin motivasjon kunne ha ein stor effekt på ytinga til føretaket, fordi motiverte tilsette vil søkje seg til utfordringar for å lære, utforske og utvide sin kapasitet – noko som vil resultere i betre yting på arbeidsplassen.

Eit viktig skilje som har blitt gjort er skiljet mellom indre og ytre motivasjon (Deci og Ryan, 1985). Dette skiljet er svært nyttig når ein ser på motivasjon i forhold til det psykososiale arbeidsmiljø og kva som skapar motivasjon hos dei tilsette, også når det kjem til andre kontekstar som til dømes påskjøning. Skiljet mellom indre og ytre motivasjon handlar om kva kjelda til motivasjon er:

Ved *indre* motivasjon er kjelda til motivasjon glede, tilfredsheit og meining knytt til arbeidsoppgåvene som vert utført. Det er utføringa av sjølv oppgåva som er kjelde til motivasjon. (Kaufmann og Kaufmann, 2009)

Ved *ytre* motivasjon er kjelda til motivasjon knytt til følgjene av resultatet av sjølve oppgåva. Det er dermed ikkje sjølve oppgåva som er kjelde til motivasjon. Eksempel på følgjer av resultat kan vere lønn, bonus og andre former for frynsegodar. (Kaufmann og Kaufmann, 2009).

Med motivasjonsteori ønskjer eg å kaste lys på fleire moment som verkar på tilsette sin motivasjon. Det kan vere motivasjon knytt til psykososiale faktorar i arbeidsmiljøet, men også påskjøning og insentiv for handlingar som kjem att i kapittel 2.7 og 2.8.

Psykososiale faktorar i arbeidet:

Det psykososiale arbeidsmiljøet har blitt rekna å bestå av *ressursar* med potensielle positive effektar for både individ og organisasjon, så vel som *krav* med potensielle negative effektar. Ut i frå dette kan ein dele psykososialt arbeidsmiljø inn i to perspektiv: eit motivasjonspsykologisk og eit stressteoretisk perspektiv. (Einarsen og Skogstad, 2011: 16)

Ein kan også snakke om psykologiske og sosiale faktorar på arbeidsarenaen. Psykologiske faktorar handlar om individuelle eigenskapar og deira betydning for oppleving, fortolkingar og meistring av arbeidsrelaterte forhold. Dei sosiale faktorane dreier seg om den påverknaden det mellommenneskelege samspelet har på individa i denne samanhengen. Psykososialt arbeidsmiljø kan dermed knytast til tre typar forhold på arbeidsplassen:

- Kjenneteikn ved omgivnadane og arbeidsføretnadar (ytre påverknadar)
- Mentale prosessar som påverkar korleis ein oppfattar dei ytre påverknadane (indre påverknadar)
- Samspelet mellom dei ytre og indre påverknadane, og følgjer, utfall og resultat som kjem av dette – både på individ og organisasjonsnivå

(Einarsen og Skogstad, 2011: 16-17)

2.4.1: Motivasjonspsykologiske perspektiv:

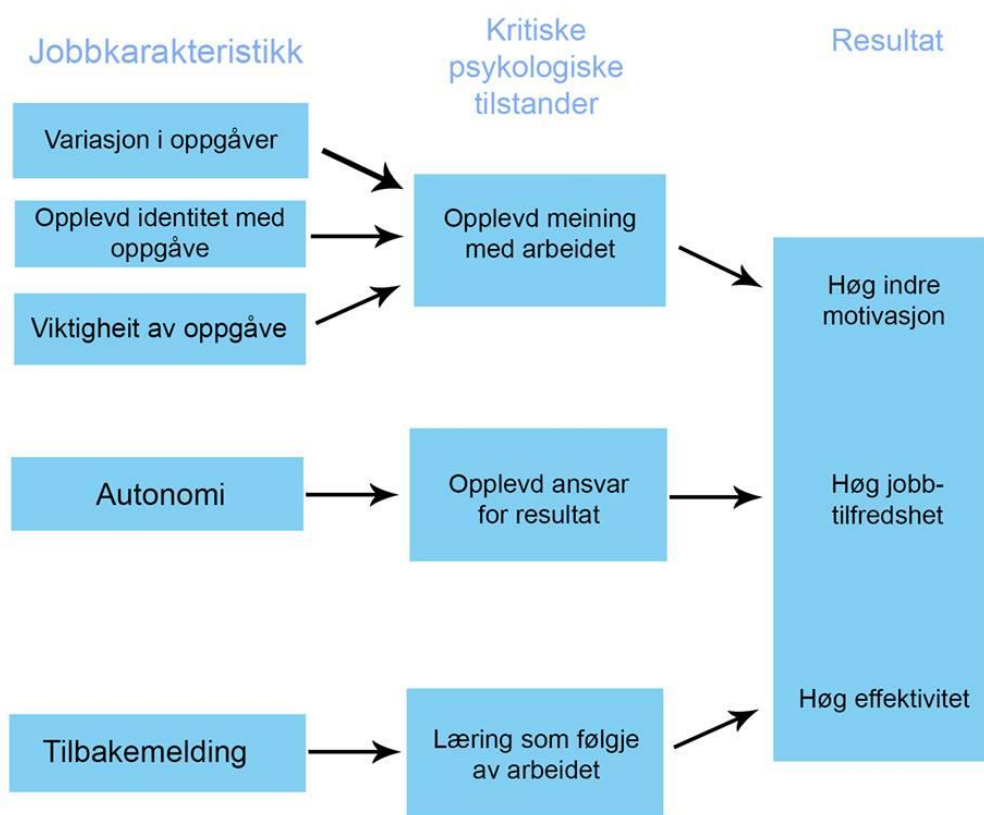
Thorsrud og Emery, (1970) presenterer det dei kallar psykologiske jobbkrav. Dette er psykologiske krav som tilsette bevisst eller ubevisst stiller til arbeidet for at det skal vere motiverande. Desse er som følgjer:

- Innhald og variasjon
- Læring
- Avgjersler

- Mellommenneskeleg støtte og respekt, vørndnad
- Samanheng mellom arbeidet og omverda
- Arbeid sameina med ønska framtid

Hackman og Oldham (1976, 1980) har utvikla jobbkjenneteiknmodellen. Modellen spesifiserer samanhengar mellom eit sett av (antatt) objektive jobbkjenneteikn, indre motivasjon uttrykt gjennom tre kritiske psykologiske tilstandar og resultat i form av høg jobbmotivasjon. Denne modellen ser på korleis ein skal skape høg indre motivasjon, høg jobbtfredsheit og høgt nivå av effektivitet på arbeidsplassen.

Jobbkjenneteiknmodellen:



Warr (1987) har også postulert ein modell som liknar, også kalla vitaminmodellen. Den består av ni jobbkjenneteikn, såkalla vitaminar, som bestemmer arbeidstakaranes mentale helse. Seks av kjenneteikna er knytt til mental helse. Desse er : autonomi, jobbkrav, sosial støtte, ferdigheitsutnytting, ferdigheitsvariasjon og tilbakemelding frå arbeidsoppgåvene. Dei tre siste kjenneteikna er knytt til helse. Desse er: lønn, usikkerheit og oppgåvenes betydning. Denne er ganske lik modellen til Hackman og Oldham.

2.4.2 Stressteoretisk perspektiv

Stress som fenomen på arbeidsarenaen er ofte sett inn i eit belastningsperspektiv. Då fokuserer ein gjerne på kjelder til belastning, kva kjenneteikn ved individet som kan ha betydning for oppfatning av desse kjeldene til belastning, korleis individ meistrar dei ytre påverknadane og resultat i form av eventuell nedsett helse og velvære.

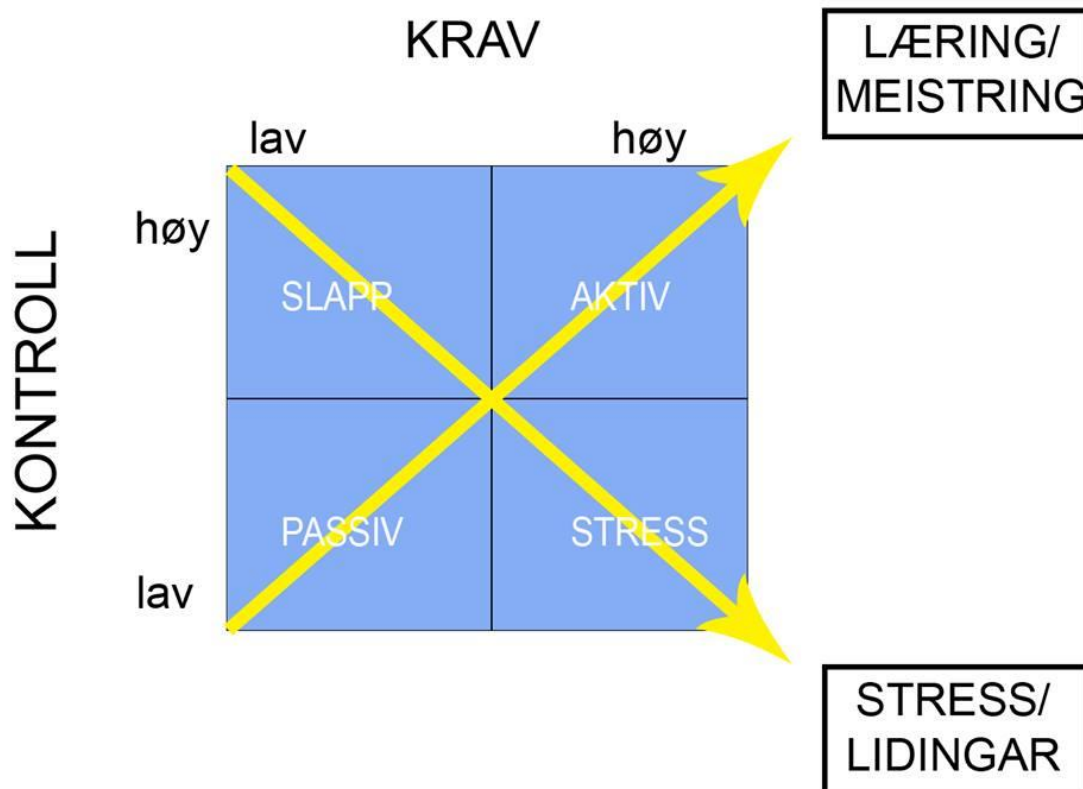
Stress er undersøkt i mange ulike disiplinar, som biologi, psykologi, sosiologi osv. Det er difor eit mangfald av definisjonar på kva stress faktisk er. Trass i dette kan det sjå ut som at forskarar er relativt einige om at stress kan brukast på tre ulike måtar: Stress kan vere ein type påverknad, det kan vere ein type respons og det kan også vere prosessen mellom påverknad og respons (Einarsen og Skogstad, 2011: 22-23).

Ein av modellane som er brukt for å forklare stress er stressmodellen frå Michigan, utforma av Winnubst, de Jong og Schabracq, 1996. Det er ein meir generell modell, som gjer greie for påverknadsfaktorar, prosessar og responsar framfor å gjere greie for mekanismane som forklarar samanhengen mellom desse tre faktorane. Modellen angir kausal relasjon mellom påverknadsfaktorar og respons, og dei modererande effektane av personlege eigenskapar (og personlegdom) og sosial støtte. Vidare vektlegger modellen det subjektive arbeidsmiljøet framfor det objektive og legg ekstra vekt på rolleuklårheit, rollekonfliktar og rolleforventningar. (Einarsen og Skogstad, 2011: 24-25)

Før dette kom Karasek, (1979) med ein meir avgrensa og oversiktleg modell, som har blitt kalla jobbkrav-kontroll-modellen, eller krav-kontroll-modellen. Modellen byggjer på fleire andre stressmodellar og jobbkjenneteiknmodellen, og har som ideal å bidra med eit teoretisk rammeverk som kan forbetre arbeidsmiljøet til folk flest (Karasek og Theorell, 1990).

Modellen består av to hovudfaktorar: psykologiske jobbkrav og handlingsrom for avgjersler. Desse to hovudfaktorane har typisk blitt operasjonalisert som opplevd tidspress og rollekonflikt (psykologiske jobbkrav) og det å kunne utnytte ferdigheitene sine og avgjersleautoritet (handlingsrom for avgjersler).

Krav-kontroll-modellen:



Eit viktig budskap med modellen er at høge jobbkrav har mange positive konsekvensar, så lenge arbeidarane opplever å kunne påverke viktige avgjersler og innhald i jobben.

Moglege belastningsfaktorar:

Det finst mange ulike moglege belastningsfaktorar på arbeidsarenaen. Einarsen og Skogstad (2011) nemner nokre av desse som:

- Jobbkrav
- Rollekrav i arbeidet
- Manglande eigenkontroll, grad av innflytelse på avgjersler og føreseielegheit
- Problem knytt til status og karriereutvikling
- Destruktive sosiale relasjonar

Sosial støtte:

Sosial støtte har blitt heldt fram som positiv nærleiksfaktor og potensiell støytputte for moglege negative belastningsfaktorar Buunk, (1990) presenterer sosial støtte som fire perspektiv:

- Sosial integrasjon
- Tilfredsstillande samspel
- Oppfatta tilgjengeleg støtte

- Faktisk mottatt støtte

Når det gjeld potensielle belastningsfaktorar og sosial støtte viser teorien at det ikkje er eintydig kva desse kan vere. Kva det enkelte individ opplever som belastningsfaktor og sosial støtte vil også variere med mange faktorar på mikro- og makroplan.

Eit viktig tema som ikkje er gått noko vidare inn på her er individuelle ulikheiter og faktorar knytt til personlegdom. Korleis vi blir motivert, og kva som stressar ein og blir opplevd som ei belastning vil i mange tilfelle vere individuelt avhengig. Dette vil ikkje bli utforska meir heller, grunna oppgåva sin natur og tidsavgrensing, men den er verdt å nemne.

Ein individuell faktor vil eg likevel nemne då eg meiner det er viktig for denne konteksten eg skal undersøkje. Skogstad omtalar det han kallar «honningfella» eller paradokset med at dei «sterkaste lysa» ofte kan vere dei som brenn ut (først). Dette kan vere aktuelt for legar. Dei har svært høg arbeidsbelastning og jobbarr med menneske. Dette kan slå ut begge vegar ved at dei er betre rusta enn andre fordi dei er vande med høg belastning, samtidig som det ikkje er rom for doble vakter når arbeidsbelastninga er så høg som den er. På andre sida kan høg belastning og høge forventingar til kor langt du strekker deg, vere potensielle belastningar. Spesielt forventingar frå pasientar om at legar «kan fikse alt» kan vere ei slik potensiell belastning. (Skogstad, 2011: 28-38)

2.5 Påskjøning (F2)

Påskjøning er eit stort teorifelt, og det er ikkje naudsynt å gje ei brei utgreiing av det her. Grunnprinsippet med påskjøning er å dreie tilsette sine handlingar i retning av gitte mål. Ein får ofte det ein målar. Dersom ein påskjønar ei handling, vil det auke førekomsten av denne handlinga, og samtidig delvis fortrenge andre handlingar. Påskjøninga vil gi insentiv og motivasjon til å gjere visse handlingar, medan den gir mindre insentiv og motivasjon til andre som ikkje er påskjøna – enkelt forklart.

I tråd med indre og ytre motivasjon som er presentert i kapittel 2.5 kan ein dele i to typar påskjøning: indre og ytre påskjøning. Dei indre påskjøningane kan vere glede, tilfredsheit og interesse knytt til oppgåver. Ytre påskjøningar kan vere økonomiske, forfremming, fellesskap og ros og er knytt til resultat av oppgåver.

Forventningsteori:

Påskjøning bør stemme overeins med tilsette sine forventningar, som er grunnprinsippet i forventningsteori. Eit godt samsvar mellom forventa og faktiske konsekvensar og påskjøningar for arbeidet, vil kunne verke motiverande på dei tilsette. Det er tre aspekt ved teorien som kan seie noko om dette samspelet. Den første er subjektive forventningar, som går ut på at innsatsen til ein tilsett er avhengig av forventning om påskjøning. Det andre aspektet instrumentelle avvegingar, som går ut på at tilsette vurderer om arbeidet som skal utførast, fører til påskjøning. Det siste og tredje aspektet er valens, eller valensvurdering. Det handlar om den tilsette si vurdering av om påskjøninga har verdi for den tilsette. Dersom desse aspekta er til stades kan dei føre til auka motivasjon, og fråvær av aspekta kan føre til redusert motivasjon. (Kaufmann og Kaufmann, 2009)

Målsettingsteori:

Målsettingsteori er også ein teori som seier noko om motivasjon. Den handlar om at dei fastsette måla kan ha ein motiverande effekt på tilsette. Gjennom desse måla veit den tilsette kva det skal fokuserast på, og gjerne kva innsats som er nødvendig for å nå måla. Måla bør vere utfordrande, men også moglege å nå, og vere konkrete – slikt at dei vert motiverande. Mål som ikkje er konkrete eller som er for lett å oppnå kan verke demotiverande på den tilsette. (Kaufmann og Kaufmann, 2009)

Vidare gjer eg nokre tolkingar. Sjølv om ISF ikkje er eit påskjøningssystem som er utforma mot legane direkte (men mot sjukehus og avdelingar), så er det legane som utfører pasientbehandlinga og dermed blir dei som utfører handlingane som er påskjøna. I den samanhengen tykkjer eg det er rimeleg å omtale ISF som eit kollektivt påskjøningssystem, sjølv om ISF også har andre verkemåtar.

Frå forskning kjenner vi til nokre av effektane ved påskjøning av enkle og lett målbare individuelle oppgåver (Kuvaas og Dysvik, 2016). Påskjøning fører til at oppgåva vert fullført hurtigast mogleg, til eit akseptabelt resultat. Dette går derimot på kostnad av kvalitet, innovasjon og andre former for nyskaping. Til slutt er det også vist at for høg instrumentalitet kan føre til manipulering av ordningar, og moglegheita for uetisk åtferd.

Finansielle incentiv fungerer på oppgåver som er enkle og lette å kontrollere, med lite slingringsmonn for manipulasjon og uetisk åtferd, og ein måler det ein treng. På andre sida

fortrenger ein også indre motivasjon og prososial motivasjon, spesielt synleg ved større og meir komplekse oppgåver. I mange tilfelle vert nettoeffekten av den kortsiktige motivasjonen ved finansielle incentiv negativ på grunn av at den fortrenge indre motivasjonen er større, jamfør at høgare indre motivasjon og lågare ytre motivasjon er best for motivasjon. (Kuvaas og Dysvik, 2016)

Indre og prososial motivasjon er viktige drivkrefter i motivasjon. Prososial motivasjon referer til eit ønskje om å gjere ein innsats til fordel for andre eller ei oppleving av forplikting til å gjengjelde gode handlingar. Eit godt eksempel er ei studie om israelske elevar som samla inn pengar til eit godt formål. Dei utan provisjon gjorde det best og samla inn mest, som nummer to kom dei med 10% provisjon og dei med 1% provisjon samla inn minst.

Same viser at personar med timelønn er mindre motivert for å arbeide frivillig enn dei som var betalt per mnd eller år. Det kan vere fordi dei sannsynlegvis er meir bevisst si tid og prisen for den. (Kuvaas og Dysvik, 2016)

Når det gjeld arbeidsprestasjonar, står dei med behov for autonomi og med høg indre motivasjon i ei særstilling. Desse treng også minst oppfølging og ytre påskjøning, men vil likevel ha godt betalt for jobben dei gjer.

X og Y-teori:

Ein annan teori som kan kaste lys på motivasjon er teorien om X- og Y-arbeidarar. Den prøvar å forklare korleis leiinga ser på sine tilsette, og dermed korleis ein skal motivere dei. Teori X føresetter at tilsette er late, umotiverte, smarte opportunistar og opptatt av eigeninteresse. Dei misliker jobben sin og unngår ansvar og er mest opptatt av jobbsikkerheita. Leiar vil dermed svare med kontrolltiltak for å leie og kontrollere dei tilsette. Dette er i tråd med forventningsteori og prinsipal- agent-teori, kor motivasjon likestillast med ytre motivasjon.

Teori Y føresetr at dei tilsette likar jobben sin, ønskjer å utvikle både seg og ferdigheitene sine, og gjerne tek meir ansvar som bidreg til at organisasjonen når sine mål. Leiar vil dermed leie gjennom å skape indre motivasjon. (Kuvaas og Dysvik, 2016)

Generelt er det antatt at leiing som støttar opp under teori Y er mest effektivt på sikt. Dei tilsette jobbar hardare på grunn av sterkare motivasjon, og dei tilsette arbeidar smartare fordi

dei vert oppmuntra til å utvikle seg og bruke ferdigheitene sine. Når dei tilsette har meir ansvar, jobbar dei meir ansvarleg.

Leiarar snakkar ofte om leiing knytt til teori Y, medan leiinga i praksis i mange tilfelle hamnar på linje med kontrollbasert HR. Kvifor er det slik at ein bruker X-teori på reformer/leiing?

- Lekmannsteori: vi ser på eigen motivasjon i eit positivt lys, mens andre sin motivasjon i negativt. Trur vi sjølv er motiverte av gode verdiar, medan andre er motivert av ytre
- Mangel på informasjon, mangel på kompetanse, eller mangel på verkty/økonomi for å kunne praktisere forplikting. Det er kostbart og tek lengre tid før ein ser resultat
- Tendens til å overvurdere oss sjølv og undervurdere andre, sjølvfavoriserande attribusjon. Vi kan faktisk kjenne på vår eigen motivasjon, men ikkje andre sin.

Kva er mest effektivt?

Det kan sjå ut som at indre motivasjon er best når oppgåver eller jobbar der kvalitet, forståing, læring, utvikling og kreativitet er viktigare enn kvantitet. Ytre motivasjon kan vere betre på relativt trivielle, enkle og standardiserte oppgåver eller jobbar som i utgangspunktet ikkje er indre motiverande. (Kuvaas og Dysvik, 2016)

Indre og prososial motivasjon:

Indre og prososial motivasjon er ganske like, så kva skil dei to i praksis?

- Indre motivasjon er meir autonom
- Indre motivasjon er prosessorientert, jobben er eit mål i seg sjølv
- Indre motivasjon er her og no, medan prososial motivasjon er meir framtidsretta

Vidare viser forking at prososial motivasjon er avhengig av indre motivasjon. Forskinga viser at indre motivasjon styrker effekten av prososial, og at indre motivasjon over eit visst nivå er ein føresetnad for at prososial skal gi fordelar. (Kuvaas og Dysvik, 2016)

2.6 Prinsipal-agent-teori (F2)

Teorien om prinsipal-agent byggjer på at ein har ein prinsipal som typisk kan vere eigar som delegerer ansvar og avgjersler til ein agent som typisk kan vere dagleg leiar, som får delegert dette ansvaret og moglegheita for å ta avgjersler på vegne av prinsipalen. Både prinsipal og

agent ønskjer å maksimerer eiga nytte, og problemet oppstår når dei to har divergerande interesser. (Eisenhardt, 1989). Grunnen til at det er eit problem handlar om at den eines velferd er avhengig av den andre sine handlingar.

Prinsippet i prinsipal-agent er svært universelt og kan overførast i andre kontekstar og roller. I eit føretak med leiar og tilsette, er tilsette agentar og leiar prinsipal. I spesialisthelsetenesta og i staten generelt er myndigheita over avgjersler tildelt slik at det er mange nivå av prinsipalar og agentar. Departementet er prinsipalen til dei regionale helseføretaka, og dei regionale helseføretaka agenten som skal setje politikken ut i praksis. Dei regionale helseføretaka er også prinsipal for dei lokale helseføretaka og sjukehusa, som blir dei regionale helseføretaka sine agentar. Igjen, så er dei lokale helseføretaka og sjukehusa prinsipalar for sine avdelingar, medan avdelingar er agentar. Dette vil med atterhald avhenge av korleis dei ulike lokale helseføretaka og sjukehusa er organisert. Det som går igjen er at mange har begge rollene, både som prinsipal og agent.

Når det gjeld prinsipal og agent i avdelingane kan ein sjå på leiar som prinsipal og legane som agentar. Ein kan også sjå på leiinga over avdelinga som prinsipal. Leiarane spesialisthelsetenesta på avdelingsnivå er som oftast også praktiserande legar. Sånn sett er leiar på avdelingsnivå både prinsipal og agent. Dersom agentane og prinsipalane på eit sjukehus har ulike interesser, kan det gi styringsproblem, då agentane vil tendere mot å maksimere si eiga nytte. (Jensen og Meckling, 1976).

Som prinsipal har ein to overordna alternativ for å handtere prinsipalens og agentens interessemotsetningar: gjennom overvaking eller insentiv. Begge alternativa vil representere ein ekstra kostnad, sidan det vil koste å gjennomføre og administrere alternativa uavhengig av kva ein vel å gjennomføre. Desse tiltaka set prinsipalen i verk for å oppnå det (Anthony og Govindarajan, 2007: 98) kallar målkongruens: at måla til prinsipal og agent er så like som råd. DRG-systemet og ISF er i dette perspektivet eit slikt insentivbasert system som er tenkt til å få interessane til prinsipal og agent til å samanfalle.

2.6.1 Problem knytt til overvaking og insentiv:

Anthony og Govindarajan, (2007) nemner to kjende utfordringar knytt til det å styre agenten med insentiv eller overvaking:

Moralsk hasard:

Ettersom agenten har meir informasjon om den daglege drifta enn prinsipalen har, vil det kunne oppstå asymmetrisk informasjon. Det er sjeldan at prinsipalen har full oversikt over at agent faktisk yter alt agenten kan mot dei måla prinsipalen har sett opp (Anthony og Govindarajan, 2007). Då kan agenten dra fordel av informasjonen agenten har og bruke det til å oppnå sine egne mål og tileigne seg private fordelar.

Risiko:

Det er ofte ikkje ein kausal samanheng mellom oppnådd resultat og innsatsen til agenten. Mange eksterne faktorar kan påverke resultatet. (Anthony og Govindarajan, 2007). I spesialisthelsetenesta kan dette til dømes vere at pasientstraumen er noko verken legar eller sjukehuset sjølv kan kontrollere – sjølv om dei får betalt etter kor mange dei behandlar. Kor mange pasientar som faktisk kjem inn på sjukehuset er avhengig av kor mange som faktisk treng hjelp av spesialisthelsetenesta. Andre faktorar kan vere lovgjevnad eller DRG-satsar som er bestemt eksternt eller teknologiske utviklingar som kan påverke effektivitet og kostnad på fleire av behandlingane.

3. Metode

I dette kapitlet skal eg gjere greie for framgangsmåten eg har brukt for å samle inn og arbeide med data for å finne svar på problemstillinga eg valde å undersøkje. I følgje Grønmo, 2004 er metode ein systematisk måte å undersøkje røynda på.

Føremålet med kapitlet blir å beskrive og forklare metoden eg har brukt, og kva styrkar og svakheiter som følgjer med forskinga mi. Slik blir også mi forskning transparent og mogleg å etterprøve.

Eg tykkjer det var heilt naturleg å bruke kvalitativ metode med intervju som datainnsamling til den problemstillinga eg ønskja å undersøkje, då dette gir den djupna og fleksibiliteten i opplegget eg trong. Kvalitative tilnærmingar gir også grunnlag for ei heilt anna og djupare innsikt i sosiale fenomen enn kvantitative gir. (Thagaard, 2013)

3.1 Case-studie

Studiet eg gjennomførte er ei case-studie. Eit case-studie kjenneteiknast ved at det er retta mot å undersøkje og studere mykje informasjon om få einingar eller case. (Thagaard, 2013: 56). Creswell, (2013, 99) deler case inn i tre kategoriar. Denne oppgåva ligger nærmast det Creswell kallar «collective case studies» då ein studerer eit fenomen ved å utforske fleire einingar, sidan eg valte å undersøkje to avdelingar ved eitt sjukehus.

Eg ønskjer å undersøkje korleis finansieringsmodellen med ISF og utforminga av DRG verka inn på legane sin motivasjon, sett i lys av motivasjon, stress, påskjøning og insentiv. Dette valde eg å undersøkje i to ulike avdelingar ved same mellomstore sjukehuset i Noreg. I storleik er avdelingane ganske like. Når det kjem til medisinske spesialitetar er avdelingane svært ulike. Polikliniske behandlingar er behandlingar av pasientar som ikkje er innlagt på sjukehus. Den eine avdelinga er ein del meir poliklinisk enn den andre avdelinga, noko som også får konsekvensar for organiseringa av avdelingane. Problemstillinga var relativt open, slik at det var rom for store variasjonar i data, uventa og ny informasjon samt informasjon som gjekk i djupna på temaet og moglegheit for å beskrive mest mogleg. Nokre av ulempene med dette er at det er tids- og ressurskrevjande og at det er større rom for tolking av relativt rike data som vart samla inn.

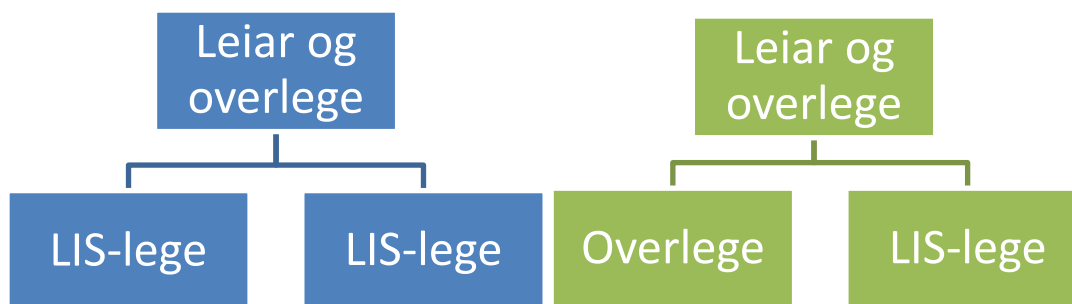
3.2: Utval av informantar

Datainnsamlinga til dette forskingsopplegget var i all hovudsak primærdata samla inn gjennom djupneintervju for å kunne seie noko om korleis legane opplever og føreheld seg til den opplevde kvardagen med ISF-systemet. Etersom spesialisthelsetenesta er eit relativt stort og komplekst område valde eg å utforme ein semi-strukturert intervjuguide. Dette for å tematisk strukturere intervjuet nok til å få gode data, men samtidig ha det opent nok til å kunne fange opp variasjonar og fenomen eg ikkje hadde tenkt på eller førestilt meg på førehand.

For å kaste lys på problemstillinga intervjuja eg seks legar frå to ulike avdelingar, tre frå kvar avdeling. Av desse seks er ein frå kvar avdeling leiar for si respektive avdeling, som gav meg totalt to leiarar og fire tilsette legar. Begge leiarane er praktiserande legar, og ikkje tilsett reint administrativt. Dei jobbar først og fremst som legar, og har i tillegg administrasjon og leiaransvar. Eg valde å intervjuje leiar og tilsette for å sjå om det var ulikheiter mellom dei, og om dei hadde ulike måtar å førehelde seg til ISF. Dette gjeld spesielt blant leiarane, då eg går ut i frå at dei hadde meir å gjere med ISF direkte enn legane utan leiaransvar, samt at leiarane representerer arbeidsgjevar i lys av stillinga si. Eg intervjuja òg nokre erfarne legar, og nokre som ikkje har så lang erfaring. Alle tre overlegane hadde lang fartstid i yrket. Dei tre LIS-legane hadde alle arbeidd mindre enn ti år i yrket. Eg ønskjer å ha variasjon i erfaring for å sjå om det kunne gje utslag i korleis legane føreheld seg til ISF. Dei erfarne legane har også arbeidd eller har kjennskap til spesialisthelsetenesta før ISF kom i 1997, og det var interessant å sjå om dei hadde nokre andre refleksjonar rundt det enn dei som berre har arbeidd under ISF.

Skissa under syner ei enkel framstilling av utvalet. I utvalet hadde eg LIS-legar og overlegar. LIS-legar er legar som er i spesialisering innanfor eit medisinsk felt. Dette er vidareutdanning som føreset at dei er ferdig med turnustida. Ein overlege er ein som er fagleg overordna på eitt eller fleire spesialfelt i medisin etter å ha fullført ei specialistutdanning.

I blå avdeling var leiaren ein erfaren overlege. Dei to andre legane var LIS-legar. Desse to er relativt unge og har mindre enn ti års erfaring. I grøn avdeling var leiaren også ein erfaren overlege. Her er eine legen LIS og den andre legen ein erfaren overlege. Avdelingane var ganske like i storleik, men driv med svært ulik behandling.



3.3: Intervjuguide

Intervjuguiden var eit av mine viktigaste verkty. Ut i frå bakgrunnsinformasjon, teorival og problemstillinga med tilhøyrande forskings spørsmål utforma eg ein intervjuguide som skulle vere utgangspunktet for intervju. Eg laga spørsmåla relativt opne og meir som punkt for diskusjon, og supplerte med meir spesifikke oppfølgingsspørsmål. Vidare tykte eg på førehand det var hensiktsmessig å lage to intervjuguidar; ein til leiar og ein til lege. Desse vart likevel ganske like, og var bygd opp på same måten, med same tematikken – sidan alle seks var legar. Det som skil intervjuguidane i frå kvarandre er spørsmål om leiaroppgåver, budsjett og korleis dei opplever det er å vere lege *og* leiar.

Alle fekk ein kort introduksjon med informasjon rett før intervjuet knytt til anonymitet og kva oppgåva skal brukast til. Intervjua begynte alle ganske likt, men etter introduksjonsspørsmåla hoppa eg litt i tema ut i frå kva legane la vekt på og snakka om. Eg styrte gjennom intervjua slik at vi var innom alle tema som skulle snakkast om, og dette tykte eg fungerte svært godt. Den opne og ledige strukturen førte til at informantane kom med mykje informasjon, og at det kom fram nye og spanande forhold eg på førehand ikkje hadde tenkt på eller var kjend med.

3.4 Innsamling av data

For å kome i kontakt med potensielle intervjuobjekt valde eg å sende ut e-post med ei kort beskriving av oppgåva og føremålet. Denne vart sendt ut i starten av 2018 og gjekk til dei fleste helseføretak og sjukehus som det geografisk og tidsmessig passa seg å gjennomføre tre intervju på. Etter laber respons i første omgang fekk eg tak i e-postar til aktuelle kandidatar enten på nett eller gjennom nettverk og sende ut ei ny runde. Det enklaste var å kontakte leiarar på avdelingar og spørje om dei og to av legane som arbeidde på avdelinga kunne stille

opp. Til slutt fekk eg avtalt intervju på to avdelingar på same sjukehuset. Desse vart gjennomført i to ulike veker; dei tre første vart gjennomført ei veke i februar og dei tre siste ei veke i april. På førehand hadde eg sendt ut eit kort skriv om tema i oppgåva, men ikkje noko meir enn det. Sidan temaet kan opplevast personleg og politisk ladd, tykte eg det var greitt å informere om tematikken. Utover det var ikkje informantane førebudd.

Intervjua vart gjennomført så likt som mogleg, men etter første intervjuveka i februar gjorde eg nokre justeringar på formuleringar og spørsmåla inn mot dei siste intervjua i april. Eg intervjuar legane kvar for seg. Intervjua vart gjennomført rundt om på sjukehuset i arbeidstida til legane. Nokre intervju vart gjennomført på eit ledig møterom, andre på kontora til legane.

Når det gjeld omgivingane for intervjua hadde dei sine fordelar og ulemper. Ein ønskjer alltid at omgivingane skal ha minst mogleg effekt på informantane. Etersom intervjua var i arbeidstida og tid er ein knapp ressurs for legane, føregjekk ikkje alle intervjua heilt uforstyrra frå start til slutt. Nokre av intervjua fekk eit lite avbrot på grunn av telefonar eller at nokon kom inn. Totalt sett var dette korte avbrot, og vi koplara raskt på der vi slapp. Om informantane opplevde dette som eit uromoment veit eg ikkje, men eg merka inga forskjell før og etter avbrota.

Eg opplevde også legane som relativt rett fram og ærlege, og følte ikkje at nokon av dei heldt igjen eller hadde problem med å snakke ut om tematikk som opptek dei. Det hadde også vore ei konflikt med toppleiinga om endringar på sjukehuset ikkje så langt tilbake i tid på sjukehuset eg gjennomførte intervjua på. Eg opplevde at det har vore og er blitt godt klima for å diskutere problem knytt til dette legar og avdelingar i mellom. Dette er bra for datainnsamlinga då legane hadde reflektert rundt problemstillingane – men ein må også vakte seg for at det kan farge svara deira. Det at intervjua vart gjennomført i arbeidstida opplevde eg som positivt, då legane var i sine «vante» omgivingar. På andre sida er det alltid ein moglegheit for at legane hadde svara annleis om intervjua vart gjennomført i andre omgivingar.

Sidan eg arbeidde aleine, tok eg opptak av alle intervjua. Dette gav meg mykje større fridom til å vere i intervjuar-rolla, og følgje opp interessante svar. Lengda på intervjua var mellom 40 og 61 minuttar. Etter å ha gått gjennom alle tema som stod i intervjuguiden spurte eg informantane om det var noko dei ville legge til, eller om dei hadde meir å føye til det som

allereie var snakka om. Grønmo (2004) peiker på at dette er viktig for kvaliteten på intervjuet, då ein kan får forsikra seg om at informantane har fått sagt alt dei vil og meiner kan vere relevant om temaet. Til slutt takka eg for tida og at dei stilte opp.

3.5 Dataanalyse

Då intervjuet var gjennomført og transkribert, starta jobben med å samle empiri og analysere dette. I arbeidet med å finne potensiell empiri har eg teke utgangspunkt i dei to forskingsspørsmåla samt intervjuguiden, og jobba gjennom alle dei transkriberte intervjuet. Dette danna grunnlaget for analysen.

Spørsmålet er så: kor påliteleg og gyldige er desse resultata? Thagaard (2013) vel å legge desse to enkle definisjonane til grunne:

Reliabilitet er knytt til spørsmål om forskinga si pålitelegheit.

Validitet er knytt til spørsmål om forskinga si gyldigheit.

Ein snakkar også om *generalisering* som er knytt til vurderingar av spørsmål om tolkingar som er basert på ein enkel undersøking, òg kan gjelde i andre samanhengar.

3.5.1: Reliabilitet

Reliabilitet handlar om forskinga si pålitelegheit. Då ser ein gjerne på vegen fram til innsamla data, og kva som kan påverke dette. Eg vil trekke fram nokre faktorar eg opplever som viktige når det gjeld pålitelegheita til mitt forskingsopplegg.

Først og fremst er det mi rolle som forskar. Eg har gjennomført dette aleine, og har fått jobbe svært målretta, samtidig som eg ikkje har fått diskutert like mykje som to personar ville fått gjort gjennom ein slik prosess. Det eg undersøker vil alltid vere påverka av meg som forskar, samstundes som eg som forskar vert påverka av det eg undersøker. Dette stiller store krav til min objektivitet. Mitt beste verkty for å etterstreve dette var den semi-strukturerte intervjuguiden, og det teorigrunnlaget intervjuguiden var bygd på. Alle informantane har fått same spørsmåla og snakka om same tema, noko som styrkar undersøkingas reliabilitet. Det vert også eit betre samanlikningsgrunnlag.

For å sikre eg har fått med meg all data eg har samla inn, brukte eg taleopptakar. Sjølv om det er svært tidskrevjande å transkribere alle intervju, gjer dette at eg ikkje mistar noko data, og at all data eg har er ordrett det informantane har sagt. Ein så grundig jobb med data gir meg som forskar god oversikt over funna og gjer arbeidet med empiri og analyse lettare. Det at dette er ikkje første gongen eg gjennomfører intervju som datainnsamling, gav meg ein ekstra tryggleik og ro i rolla som intervjuar. Alle desse nemnte faktorane er faktorar eg meiner styrkar reliabiliteten i undersøkinga.

3.5.2: Validitet

Validitet handlar om forskinga si gyldigheit. For det første: har eg målt det eg ønskja å undersøkje. For det andre: er dei data eg har samla inn mest mogleg relevante for problemstillinga og forskingsspørsmåla?

For å svare på det første spørsmålet vil eg trekke fram intervjuguiden. Arbeidet som vart lagt ned i teorigjennomgang, informasjon om spesialisthelsetenesta og anna empiri la eit godt grunnlag for ein gjennomtenkt intervjuguide.

Ut i frå korleis intervju vart gjennomført og responsen eg fekk av intervjuobjekta, vil eg tru at intervjuguiden var relativt godt formulert og gjennomtenkt. Dei fleste respondentane trekte fram mykje av det same, noko som gir meg inntrykket av at dei tolka spørsmåla relativt likt, sjølv om mange av spørsmåla var så opne at det var stort rom for tolking. Eg vil tru at dette talar for ei viss metting, som styrkar validiteten til undersøkinga mi.

For å svare på det andre spørsmålet: om data eg har samla inn er relevant for problemstillinga, vil eg trekke fram legane som informantar. Opplegget mitt var lagt opp til at eg ønskja å undersøkje korleis legane føreheld seg til ISF og konsekvensane av dette for motivasjon, stress, påskjøning og insentiv. Det er sjølv sagt at legane vil vere dei beste til å svare på dette. Eg intervjuar legar med og utan leiarrolle, for å fange opp potensielle ulikheiter – noko eg meiner har styrka validiteten til undersøkinga. Alle legane er dagleg i kontakt med systemet ISF og konsekvensane av det, og dei fleste verka også til å ha eit bevisst og reflektert forhold til det - noko eg meiner har styrka validiteten i undersøkinga.

Ein potensiell svakheit med undersøkinga er at eg har intervjuar seks legar ved to ulike avdelingar på eitt sjukehus. Eg kunne ha intervjuar fleire legar, ved fleire avdelingar ved fleire

sjukehus. Dette kunne kanskje gitt andre resultat, men hadde ikkje vore mogleg gitt tidsrammene for undersøkinga. Når det er sagt er ISF eit standardisert system og skal verke likt på alle sjukehus, noko som talar for at utvalet ikkje svekker reliabiliteten meir enn det kanskje kunne gjort i andre undersøkingar.

Alle legane eg intervjuja fekk same informasjonen, og intervjuja var anonyme. Dette for at dei skulle kunne snakke så fritt som mogleg. Eg opplevde at legane var svært lojale mot medisin som fag og ikkje hadde problem med å reflektere og trekke fram negative og positive sider knytt til ISF. Alle var også informert om at det var frivillig å delta, og at ein kunne trekke seg når som helst utan å gje opp grunn.

Ei sak som derimot potensielt kan svekkje validiteten noko, er at e-posten om å stille opp i undersøkinga gjekk til leiar, og at leiar har fått med seg to legar til i frå avdelinga. Sjølv om problemstillinga handlar om ISF som system, og ikkje direkte på avdelinga, kan dette tenkjast å hindre legane frå å snakke heilt fritt. Dei er heller ikkje heilt anonyme i høve til kvarandre, då dei veit kven dei to andre frå avdelinga som stilte opp faktisk er.

3.5.3: Overførbarheit

Når det kjem til overførbarheit, handlar dette om mine tolkingar som er basert på denne undersøkinga, også kan gjelde i andre samanhengar.

Denne undersøkinga er relativt snever og gjeld spesialisthelsetenesta, som er ein spesiell sektor. På andre sida er sektoren svært stor og har nesten 140 000 tilsette i 2017, og 27 506 av desse var legar per 30. januar 2018. Eg har undersøkt korleis ISF påverkar motivasjon, stress, påskjøning og insentiv for legane. Eg kunne valt å undersøkje for ein eller færre av desse, men eg hadde eit ønskje om at funna skal kunne generaliserast til resten av sektoren. Summen av funn og teorival trur eg gjer at funna i denne undersøkinga vil kunne generaliserast – i alle fall seie noko om tendensar. Det som kan vere det sterkaste argumentet for generalisering er at heile sektoren har ISF som finansieringsmodell og system, og at reglane er ganske omfattande og detaljerte. Dermed er føresetnadane i utgangspunktet like for alle helseføretak, sjukehus og avdelingar – og dette talar for at funna i ein undersøking som dette som er utført i to avdelingar bør kunne vere generaliserbare.

Om funna er generaliserbare til andre delar av offentleg forvaltning som hadde hatt liknande finansieringsmodell vil eg ikkje gå ut i frå utan vidare, men det kan potensielt seie noko om tendensar. I mellom anna utdanningssektoren er det også ein liknande modell, der noko av finansieringa avhenger av kor mange som fullfører studiet, og kor mange som fullfører studiet på normert tid.

3.6 Etiske drøftingar

Ein del av problematikken rundt etikk er allereie teke opp gjennom metodekapittelet. Alle informantane var informert om anonymitet, det at det var frivillig å stille opp, retten til å trekke seg og det at eg har brukt taleopptak.

Det krev også god handsaming av data, når ein har samla inn sensitive data. Alt materiale knytt til intervju har lagt på ein eigen harddisk, forsvarleg og anonymt lagra. Informantane er anonyme og det same er avdelingane og sjukehuset eg har gjennomført intervju på, så langt det er mogleg å gjere, som nemnt på slutten av kapittel 3.5.2: validitet.

Før og under sjølve intervju har eg vore medviten på å behandle alle likt, og å vere hyggeleg og open. Eg påpeika at ingen svar er rette eller gale og gav alle informantane tid til å tenkje og spørje spørsmål undervegs. Leiar la til rette for- og sette av tid til intervju, og dei vart gjennomført i arbeidstida på ulike kontor og møterom på sjukehuset. Dette er gode rammer som eg meiner aukar komforten til legane i ein slik intervjusituasjon.

4. Resultat:

I dette kapittelet vil eg samanfatte og presentere data som har blitt samla inn i samband med denne undersøkinga. Eg deler funna opp etter dei to forskingsspørsmåla eg har formulert i kapittel 1.2 under forskingsspørsmål, forkorta til F1 og F2.

4.1: Kva konsekvensar har ISF for motivasjonen til legane og legane sitt opplevde arbeidsmiljø? (F1)

Eg vil presentere funna frå intervju med legane samla, og gjer ikkje skilje mellom legar med og utan leiaransvar – med mindre det er ulikheit. Avstanden mellom lege med leiaransvar og lege i avdelingane opplevast hierarkisk som liten og legane med og utan leiaransvar snakkar om «oss», «vi» og «kollegiet» når dei omtalar kvarandre. Slik eg tolkar det har begge leiarane sterke band til kollegiet og eg opplever at dei identifiserer seg mest som lege *med* leiaransvar.

4.1.1: Motivasjon

Legane vert mest motivert av at arbeidet gir dei opplevd meining. Det å kunne hjelpe pasientar i ein vanskeleg situasjon der dei treng hjelp gir legane motivasjon. Dei føler at dei gjer ein viktig jobb, som fleire av legane nemner. Fleire av legane trekk fram det å kunne bruke sine ferdigheiter og evner som viktig.

Eit anna aspekt som blir nemnt er også spanande oppgåver, stor variasjon i oppgåver og det at ein aldri veit kva som ventar legane på jobb. Vidare vart det også nemnt av nokre av legane at dei føler dei har god løn og ganske sikre jobbrammer. Det er eit stabilt karriereval og gir gode rammer for økonomisk tryggleik og familielivet.

Ansvar og sjølvstende er noko som fleire av legane også trekker fram som viktige faktorar for motivasjon. Legane er svært sjølvstendige i kvardagen og dei faglege vurderingane dei tek. Dei er sjølv ansvarlege for vurderingar og avgjersler, sjølv om dei gjerne diskuterer med andre legar for innspel. Nokre av legane påpeikar at det er ekstra givande når noko som er krevjande eller knytt mykje risiko til – går bra.

Ein av leiarane seier også at vedkommande tok på seg leiaransvar delvis for å kunne vere med å forme korleis leiaren sitt fagfelt skulle utvikle seg vidare i føretaket og på sjukehuset. Dette

gav meirsmak og leiaren har no vore mykje lenger i stillinga enn det som var planlagt opphavleg.

Alle legane trekker fram læring som ein del av eit livslangt karriereløp. Tre av legane er LIS-legalar og tre av legane er overlegar. Alle seks påpeikar læring som ein viktig del av trivselen og utviklinga si, og at den skjer stort sett kontinuerleg.

LIS-legane trekker fram at læringa og utviklinga deira gjennom spesialistutdanninga gjer dei endå meir sjølvstendige i framtida – noko som er bra, men også heilt nødvendig. Overlegane legg meir vekt på læring i kvardagen, og at dette skjer gjennom nye og varierte arbeidsoppgåver der ein aldri vert heilt utlært.

Alle legane gir uttrykk for at det er eit godt klima for læring på si avdeling, men somme uttrykker uro for at utdanning, læring og utvikling ofte er dei tinga som kuttast i tidleg ved budsjettkutt på sjukehuset. Fleire av legane trur at dette er fordi det ikkje gir DRG-poeng å utdanne og vidareutvikle legalar, og at dette fort kan bli ein «salderingspost», som ein av legane uttrykte det.

Eit anna aspekt med læring er at ingen av legane gir uttrykk for at det er særleg givande å bruke DRG-systemet. Nokre av legane peikar på at det ikkje er intuitivt å bruke, andre seier systemet har mykje å gå på når det gjeld samspelet mellom medisin som fag og kodinga i DRG-systemet. Støtteverktya i form av oppslagsverk og søkemotorar er heller ikkje særleg gode, noko fleire av legane peikar på. Det er mellom anna lite sensitivt for skrivemåtar på diagnosar og behandlingar, og systemet er ikkje konsistent i språk og uttrykk for diagnosar og behandlingar. Fleire av LIS-legane trekkjer fram at dei ikkje ønskjer å bruke så mykje tid og energi på å lære god koding – dei vil heller fokusere på god pasientbehandling enn å bli god på koding i DRG-systemet.

4.1.2: Stress

Legane var ganske samstemde når gjaldt ansvar. Medisinsk følgjer eit stort ansvar med dei som legalar, men slik må det også vere. Det er ein del av naturen i det å vere lege, fortel fleire av legane. Ein har som lege i mange tilfelle ansvar for andre sine liv, og dette er eit ansvar som kvilar tungt på skuldrane til legane. Det som følgjer med dette ansvaret er også eit stort

sjølvstende, slik at legane kan handtere dette ansvaret på ein god og avbalansert måte. Dei har, eller tek ei lang og god utdanning som skal gjere dei rusta til å gjere gode vurderingar og ta gode val. Legane er derimot litt delte i synet på endringar i krav som vert stilt. Nokre peikar på auka krav til administrasjon medan andre trekkjer fram auka krav til fag og effektivitet.

Krav og ansvar som er rota i det økonomiske er noko dei fleste legane gir uttrykk for å ikkje like så godt, sjølv om nokre av legane også peikar på at dette følgjer med jobben. Fleire av legane seier dei opplever kodinga som direkte meningslaust og umotiverande arbeid. Ein av informantane sa at koding i DRG-systemet var «a pain in the ass».

Fleire av legane meiner også at krava til den administrative delen av å jobbe som lege har auka kraftig dei siste åra. Dette på grunn av auka krav om dokumentasjon, samt auka krav om effektivitet, som igjen fører til eit auka press på å kode alt ein gjer av behandling og prosedyrar rett – slik at ein ikkje går glipp av pengar for noko ein har behandla.

Eit anna viktig poeng som blir nemnt av fleire av legane er at dei føler at «ansvaret» for å prioritere kven som skal få behandling har blitt «skubba» meir og meir ned på dei med DRG-systemet. I staden for at det blir utarbeida nasjonale retningslinjer for kven og kva som skal prioriterast og rammetilskot delt ut, så må no avdelingane vege sjølv i større grad kven som skal få behandling og kven som ikkje får. Då føler enkelte legar at dei vert sittande med å gi den tunge beskjeden til pasient utan eit klårt regelverk eller ei klår prioritering å vise til.

Krav om effektivitet er også noko fleire av legane uttrykker misnøye med. Ein skal kode meir, dokumentere meir og behandle fleire pasientar per time enn før. Dette utan at dei får meir tid eller ressursar til noko av dette. Nokre av legane nemner mantraet om å «jobbe smartare», utan at dette seier noko om korleis dei faktisk skal innfri desse auka krava om effektivitet. Eit eksempel som vert nemnt er at det frå høgare hald enn avdelinga har blitt føreslått at dei skal behandle fire pasientar i timen, framfor tre som var vanleg før. Legen seier at ein vanleg konsultasjon tek 15-20 minuttar, sjeldan under 15 minuttar og ofte over 20 minuttar. For å nå gjennom dette endar det ofte opp med at ein jobbar overtid utan løn med det administrative etter at siste pasient er reist.

Fulle avtalebøker som er basert på ein heilt friksjonsfri dag, og lange ventetider for ØH-pasientar (øyeblikkelig hjelp – det som er akutt) er ei ekstra belastning for legane, og eit «evig stressmoment» som ein av legane seier det. Den som til slutt er taparen, er pasientane, som vil få stadig mindre tid med legen. På sikt vil dette i følgje fleire av legane gi dårlegare kvalitet på behandlinga.

Ein av informantane seier også at det har vore ein tendens til å redusere tal merkantilt personell og flytte ein del av desse oppgåvene til legane, og då kanskje spesielt leiarar.

Overlegane har alle jobba før og etter ISF-reforma. Dei seier at dei legg det faglege til grunn for alle vurderingar dei gjer, noko LIS-legane også gjer. Ein av leiarane seier også at ingenting har endra seg i måten ein tilbyr behandling til pasientar på etter ISF-reforma, og stiller då eit spørsmål ved all ressursbruken av administrativt personell sentralt som må halde på med dette. Det kostar samfunnet ganske mykje i året å ha legane til å arbeide med koding og administrativt arbeid som ein kunne spart seg om ein berre hadde heile finansieringa på rammetilskot, som ein av leiarane peikar på.

4.2: Kva implikasjonar har, og kan ISF få, for legane si oppleving av påskjøningssystemet og styringsproblematikk? (F2)

Med påskjøning her er det lagt til grunn ei meir utvida forståing av omgrepet. Ein ting er påskjøning til legane i seg sjølv. Dei har fast løn og er ikkje påverka direkte av ISF. Derimot er dei avhengig av at avdelinga har (nok) inntekter, og det er legane som kodar diagnosar og behandlingar som gir desse inntektene, som skal dekke 50% av all finansiering. Leiar har også budsjett- og økonomiansvar på si respektive avdeling, og det er naturleg at dette er eit tema som blir teke opp i avdelinga og som dei tilsette blir opplærde i og følgde opp på, då det er ein svært sentral del av drifta.

Påskjøning og prinsippal-agent-teori kryssar kvarandre fleire gongar, og sjølv om funna er presentert kvar for seg i to delkapittel, vil det eksistere overlapp.

4.2.1: Påskjøning

Fleire av informantane seier rett ut at dei ikkje likar DRG og det å finne rette kodar. Kodinga gir heller ikkje betre pasientbehandling, eller betre opplevd kvalitet for pasientane. Kodinga er reint økonomisk for å rapportere inn kva dei har gjort og kva dei skal ha pengar for. Alle legane har fast løn, og ingen av legane si løn er påverka av DRG direkte. Som yttarste indirekte konsekvens kan legane risikere å miste jobben fordi avdelinga eller sjukehuset må seie opp legar av økonomiske grunnar. Alle legane seier at det faglege er det viktigaste i alle formar for behandling, og enkelte legar seier også at dei ikkje «bryr» seg om DRG og tenker berre på det faglege.

Eit anna problem som blir nemnt med DRG og koding er at det ikkje er så intuitivt kva kode ein skal velje til kva diagnose. Samspelet mellom DRG og medisin kan til tider vere litt svakt.. Medisin er svært komplekst og samansett, noko DRG ikkje alltid fangar opp på ein fornuftig måte i følge fleire av legane. Dette gjeld spesielt dersom sjukdomsbiletet er samansett, eller når diagnosar er meir diffuse.

Det kjem fram i alle intervjua at det er leiar som sit med siste ansvaret for at kodinga på ei avdeling er korrekt. Dersom ein lege kodar feil, må leiar inn og rette opp, eller svare på spørsmål frå koderevisjon, som er ei eining som kontrollerer kodinga. Dersom dei finn noko som er feil får leiar denne tilbakemeldinga. Dette blir også for mange av legane «einaste» insentivet for å kode rett, ettersom dei vil spare leiar for mykje ekstra arbeid og sjølv sagt sleppe tilbakemeldingar på at dei ikkje har gjort rett i første omgang. Legane med leiaransvar legg vekt på det å kode rett for å få nok pengar til å kunne gje eit godt og adekvat tilbod vidare ved avdelinga.

Fleire av legane stiller også spørsmål ved om det er så påskjønande og lurt at eit system er bygd slik at avdelingane er tent med å setje dei beste og mest erfarne legane sine til å kode diagnosar, framfor å behandle pasientar. Begge leiarane seier det er vanskeleg å seie noko nøyaktig om tidsbruken på dette, men den eine leiaren seier det går ein del timar i løpet av veka/opp mot ein arbeidsdag ekstra i veka knytt til dette administrative arbeidet med kodinga.

Det går eit skilje mellom legar med leiaransvar og dei som ikkje har leiaransvar når det gjeld kjennskap til DRG-systemet og korleis det fungerer. Legar utan leiaransvar kjenner gjennomgåande til DRG-systemet, og korleis det fungerer. Dei er derimot ikkje så kjende med

kva dei ulike satsane gir, og fleire av dei ønskjer heller ikkje vite det – så dei slepp å ta stilling til det. Legar med leiaransvar veit generelt meir om DRG-systemet og kjenner meir inngåande til kva satsane gir i poeng og pengar enn legane utan leiaransvar. Legar med leiaransvar sit med budsjett og kontrollerer tala som kjem i frå koderevisjon, og vil gjennom dette få mykje meir kjennskap til kva DRG-kodane faktisk gir.

Dei fleste av legane seier også at dette fokuset på økonomi har ført til eit språk som gjerne kan gi inntrykk av dei «produserer» som ein fabrikk, noko fleire av legane ikkje likar. Når økonomi blir så dominant i drifta, vil det også syne att lenger ned i systemet. Ein av legane nemnte at på sjukehuset sitt intranett var det sjeldan tilbakemelding frå sjukehusleiinga på faktorar som kvalitet på pasientbehandling eller arbeidsmiljøet på sjukehuset – men derimot svært mykje tilbakemeldingar på om ein nådde dei økonomiske måla som var blitt satt.

Ei anna uheldig verknad av DRG-systemet er at pasientar som kjem inn akutt ofte er dårleg betalt i forhold til kor mykje det kostar å behandle dei, kontra meir planlagde behandlingar. Dette har ført til ein haldning frå toppleiinga om dei meir akutte behandlingane berre treng å vere «gode nok eller forsvarlege» som ein av legane skildrar det. Dette opplever fleire av legane som ein trussel mot det faglege.

Eit punkt som blir trekt fram av to av legane er at systemet er likt for alle og at alle føreheld seg til det same systemet. Ein annan trekker fram at ein blir bevisst på kostnadane av å behandle pasientar – som kan danne grunnlag for betre vurderingar mellom medisin og økonomi.

4.2.2: Styringsproblem

Under dette delkapittelet vil eg presentere funn gjort i samband med prinsipal-agent-problematikk, styringsproblem og insentiv. Eit så stort og komplekst finansieringssystem som ISF er gir mange implikasjonar, og her kjem nokre av dei eg finn viktigast frå intervju:

Ettersom «produksjon» eller pasientbehandling blir påskjøna, vert saker som utdanning og utvikling av dyktige legar ofte føreslått når det skal gjerast budsjettkutt. ISF-systemet gir leiing i helseføretak insentiv til å kutte alt som ikkje generer DRG-poeng, og spesielt dei yngre legane føler dette som ein potensiell trussel mot den faglege utviklinga.

Som nemnt under påskjøning fortel ein av legane at sidan ISF-systemet påskjønar best mogleg koding, og dermed vert dei mest erfarne legane sett til dette. Ein er då mest tent med at dei beste legane kodar diagnosar framfor å behandle pasientar. Ein lege fortel at eit anna sjukehus legen kjenner til har tilsett eigne kode-koordinatorar som skal kode diagnosane slik at sjukehuset får mest mogleg av det sjukehuset skal ha.

På temaet; juks med DRG er legane ganske delte i synet. Nokre av legane meiner det ikkje er så enkelt å jukse, fordi ein må skrive inn diagnose og behandling i journalen før einn kan kode dette i DRG. Dette vil avgrense moglegheita for manipulasjon ettersom dette vert kontrollert. Journalen er også enklare tilgjengeleg for pasientar i dag enn før, og lar pasienten sjekke om det som står i journalen stemmer. På andre sidan meiner fleire av legane at det ville ha vore enkelt å jukse med systemet. Ein av legane seier at om dei hadde fått nokre timar med kurs i kva som gir DRG-poeng av diagnosar og behandlingar, skulle dei greidd å styre avdelinga i retninga av det som gir meir pengar. Det skulle heller ikkje vore noko problem å skrive journaldokumenta slik at dei var medisinsk forvarlege, men framleis gav meir DRG-poeng.

Eit anna paradoks ved systemet som mesteparten av legane nemner, er utslaga ISF gir for den private og den offentlege spesialisthelsetenesta. ISF skal vere utforma slik at det gjeld på same premissane for private som for offentlege sjukehus. Dei private kan velje pasientar og seie nei dersom dei ikkje vil behandle ein pasient som dei veit kan bli svært dyr i forhold til kva dei får i DRG for pasienten. Det offentlege har ikkje denne moglegheita og må ta alle som treng spesialisthelseteneste. Dette fører til at private sjukehus kan «shoppe» dei pasientane som gir best DRG-poeng i forhold til kostnaden det er ved å behandle dei. Private kan velje å ta dei «friskaste» pasientane, som det er mest forteneste på per behandling, medan det offentlege sit att med dei mest ressurskrevjande og vanskelege pasientane med same diagnose. Sidan ei diagnose gir same utbetalinga, vil private tene mykje meir enn det offentlege.

Det kan også gi private insentiv for å behandle mange «billege» pasientar som er i ei gråsone i forhold til om dei faktisk treng behandling eller ei. Gråsonetilfella er ofte svært lukrative å behandle ettersom dei gir låge kostnadar å behandle, men gir same DRG-satsen som dei med lik diagnose. Ein senker terskelen for kven som får behandling for å tene meir pengar – og desse insentiva for over-behandling og spekulasjon er størst for det private. Dette insentivet har ikkje det offentlege på same måten som private sidan deira hovudmål er å gi eit adekvat

behandlingstilbud og ingen i det offentlege får utbytte dersom føretaka går i pluss – i motsetning til dei private føretaka.

Ein av legane peikar også på at det har vore eit ønskje frå sentralt hald at føretaka skal gå over til meir dag-kirurgi. Sjukehuset lokalt har satsa på dette gjennom eit prosjekt, men sidan det vart svært mange fleire dag-kirurgi-pasientar, gjekk ein del av DRG-satsane ned for desse inngrepa. Dette gjorde innleggingar relativt meir lønsamt i høve til dag-kirurgi. Dei sjukehusa som har satsa på dette tapte dermed pengar på det framfor å halde fram som før, og utviklinga med å gå over til meir dag-kirurgi har bremsa opp.

4.3: Oppsummering

I oppsummeringa vil eg trekkje fram dei viktigaste funna i frå dette kapittelet, som eg vel å fokusere vidare på i neste kapittel – drøfting av resultat.

I frå kapittel 4.1.1 om motivasjon kom det fram at legane er i svært stor grad motivert av indre motivasjon, og har fleire kjelder til dette gjennom sitt arbeid. Mange er også motivert av det å hjelpe andre og vere til hjelp for folk i krise, ein motivasjon som kjem frå prososial motivasjon.

I samband med dette, er det også interessant at legane tykkjer det er oppgåver knytt til pasientbehandling som er kjelder til denne indre og prososiale motivasjonen, medan fleire tykkjer at oppgåver knytt til ISF og DRG har den motsette effekten. Enkelte opplever det også som ein trussel mot det faglege og for pasientbehandlinga.

I frå kapittel 4.1.2 om stress kom det fram at legane opplever at krava til dei som legar aukar, men i variabel grad. Nokre av legane peikar på at krav til administrasjon og dokumentasjon aukar, og nokre av desse igjen peikar også på at det ikkje blir gitt meir ressursar til dette utan vidare. Nokre av dei andre legane snakkar også om auka krav til det faglege og til effektivitet - ein skal behandle fleire pasientar i timen enn før.

I frå kapittel 4.2.1 om påskjøning kom det fram fleire interessante aspekt ved DRG-systemet. Slik DRG-systemet er bygd opp kan det danne spenningar mellom det legane opplever som rett og det som vert påskjøna i form av DRG-poeng. Legane er alle opptatt av god pasientbehandling, men fleire opplever at systemet favoriserer planlagde behandlingar

framfor akutte behandlingar, då akutte behandlingar er mindre lønsame. Fleire av legane reagerer på at akutte behandlingar har som mål å berre vere «gode nok».

Eit anna aspekt er også at ISF og DRG påskjønar effektivitet og aktivitet, medan legane legger vekt på å få behandla pasientar slik at dei får finansiert eit adekvat tilbod i framtida. Fleire av legane opplever at DRG-systemet kan vere eit brot med det som faktisk er viktig i spesialisthelsetenesta, nemleg god pasientbehandling. Dette vert også poengtert av at dei er tent med å la erfarne legar kode, då god og riktig koding er så viktig at ein tenar meir på å la dei kode enn å behandle pasientar.

I eit meir overordna bilete kan det verke som om at systemet i seg sjølv ikkje er problemet, men heller effektivitetskravet som dette systemet vert brukt til å formidle. Dette vert understreka av at begge leiarane tykkjer resultatmåla som er sett er svært høge, nesten urealistiske.

I frå kapittel 4.2.2 om styringsproblem kom det fram fleir utfordringar knytt til det å styre og kontrollere DRG-systemet, både for lokal avdeling og sentral myndigheit. For lokal avdeling er den største premiss-setjande faktoren kor mange pasientar som kjem inn på sjukehuset, og kva type pasientar som kjem inn. Dette vil danne grunnlaget for kva inntekt avdelinga vil ha. Dette er ein ukjend variabel som avdelinga ikkje har nokon kontroll over – og som då skal danne grunnlaget for halve inntekta.

Vidare er DRG-satsane dynamiske i den forstand at dersom mange vert behandla for ei diagnose så vil satsen kunne gå ned, eller om det kjem ei ny behandling for ein diagnose, då vil satsen kunne endre seg i same retning som kostnadsbiletet for denne diagnosen med tilhøyrande behandling. Dette fordi midlane som er sett av til ISF er fastsett på førehand. Om fleire pasientar vert behandla, vil også kvar pasient gi litt mindre poeng.

Det kom også fram at legane ikkje var samstemte i kor lett det er å jukse, eller å kontrollere for sentral styresmakt. Det kan verke som om at det ikkje er lett for sentral styresmakt å overvake og kontrollere arbeidet lokale avdelingar gjer og om dette stemmer overeins med det som vert rapportert inn. Det er stort rom for alt i frå feilkoding, til systematisk feil og manipulasjon og til slutt det som kan karakteriserast som systematisk juks, i følgje dei fleste av legane.

5. Drøfting:

Føremålet med oppgåva var å undersøkje kva opplevde konsekvensar legar har av innsatsstyrt finansiering (ISF) som modell for finansiering i spesialisthelsetenesta. For å konkretisere denne problemstillinga formulerte eg to forskingsspørsmål. Først har eg sett på konsekvensar ISF har for arbeidsmiljø, ved motivasjon og stress. Så har eg sett på implikasjonar ISF har for påskjøning og styringsproblem. I dette kapittelet vil eg sjå på resultat i lys av teorien som er gjennomgått og presentert tidlegare i oppgåva og drøfte resultatata opp mot det.

5.1 Motivasjon

Det kom fram at legane i stor grad er motivert av indre motivasjon og prososial motivasjon. Legane oppgir at dei vert motivert av glede, tilfredsheit og mening knytt til arbeidsoppgåvene dei har, i tråd med Kuvaas og Dysvik (2016) om indre motivasjon. Mykje av kjelda til dette er gjennom pasientinteraksjon og den opplevde meininga i desse oppgåvene.

Dei fleste av legane trekte òg fram innhald i arbeidsoppgåvene, samt variasjon i oppgåvene som kjelder til motivasjon. Alle legane nemnte også læring som ein viktig og motiverande del av det å arbeide som lege og mesteparten av legane nemnte også sjølvstende og moglegheit for avgjersler som kjelder til motivasjon i arbeidet. Desse tre faktorane er tre av fleire faktorar som Thorsrud og Emery (1970) sine psykologiske jobbkraav. Det er faktorar som verkar motiverande, og som vert stilt medvite eller umedvite av legane. Fleire av faktorane i psykologiske jobbkraav overlappar med fleire av faktorane i jobbkjenneteiknmodellen, mellom anna autonomi i avgjersler, variasjon i arbeidsoppgåver og læring. I jobbkjenneteiknmodellen til Hackman og Oldham (1976, 1980) legg ein til grunne tre kritiske psykologiske tilstandar (opplevd meining med arbeidet, opplevd ansvar for utfall og læring som følgje av arbeidet) som grunnlag for faktorar som gir motivasjon. Spesielt opplevd meining med arbeidet er knytt til indre motivasjon, og gjennom intervjuua kom det fram at fleire av desse faktorane var til stades som grunnlag for legane sin motivasjon. Kor viktig oppgåvene opplevast og variasjon i oppgåver er to aspekt som gir legane høg opplevd meining med arbeidet, og som dannar grunnlag for indre motivasjon.

Eit skilje som vart sett av fleire av legane går mellom faglege oppgåver og administrative oppgåver. Medan faglege oppgåver opplevast som motiverande, seier enkelte rett ut at oppgåver knytt til administrasjon er lite motiverande. Om ein ser til jobbkjenneteiknmodellen

og kva oppgåver som gir høg opplevd mening med arbeidet ser ein at desse er variasjon i oppgåvene, opplevd identitet med oppgåvene og viktighet av oppgåvene. Det å kode i DRG er i følgje fleire av legane lite variert arbeid. Vidare opplevast det også som lite meningsfullt, og informasjonen er allereie lagt inn i journalen ein gong. Legane vert også motivert av pasientinteraksjon og det å hjelpe folk, og at administrativt arbeid ikkje opplevast som viktig for ein del legar er ikkje overraskande. Dermed er ingen av faktorane til stades for at oppgåva skal opplevast som meningsfull i følgje jobbkjenneteiknmodellen.

Nokre av legane og spesielt leiarane legg på andre sida vekt på at ein del administrative oppgåver alltid vil vere der; DRG eller ei. Trass i dette, så er det verdt å notere seg at legane seier det har blitt meir administrativt arbeid med DRG, og at dette er oppgåver som dei opplever som lite motiverande.

Kort summert opp opplever legane kjelder til motivasjon i dei faglege oppgåvene sine og gjennom pasientinteraksjon. Spanande, varierte oppgåver som gir legane høg opplevd mening der dei hjelper menneske i naud eller som har problem, er ei viktig kjelde til både indre motivasjon og prososial motivasjon. Fleire av legane skil mellom faglege og administrative oppgåver når dei snakkar om kjelder til motivasjon. Mange av legane opplever dei administrative oppgåvene som lite motiverande, spesielt med tanke på at trenden viser at det vert meir administrative oppgåver som legane må utføre.

5.2 Stress

På ein generell basis er legeyrket prega av høge krav og mykje ansvar, men også høg kontroll. Mange av krava kjem av jobben sin natur, og av det medisinske. Legane har ansvar for folk sitt liv og helse. Her er det også relativt stor einigheit om krava og kontrollen, og balansen mellom det. Medisinsk gir alle uttrykk for at dei føretrekk høge krav og høg kontroll, noko som også verkar til å vere tilfellet i praksis, basert på intervju. Det kom derimot fram at legane meiner krava aukar. Fleire av legane meiner også at krava aukar utan at tilstrekkelege ressursar vert stilt til disposisjon.

Når legane snakkar om auka krav, er det spesielt auka krav knytt til dokumentasjon og administrasjon, i samband med- og som konsekvens av DRG som vert trekt fram. Den opplevde kontrollen over desse oppgåvene er generelt låg, spesielt blant legane utan

leiaransvar. Dersom ein ser dette i lys av Karasek (1979) sin krav-kontroll-modell kan ein seie at den opplevde låge kontrollen med dei administrative oppgåvene kan føre til at legane kan oppleve å bli passive eller stressa. Ettersom krava til god og rett koding berre har auka i følge legane, vil dette tale for at legane kan oppleve stress, og kanskje meir stress enn før knytt til administrative oppgåver. Når det gjeld den opplevde manglande kontrollen kan den skuldast fleire forhold. Det treng ikkje nødvendigvis vere at dei faktisk manglar kontroll over kodinga i seg sjølv, men heller at kodeverket er stort og uoversiktleg. Dette kombinert med at legane har dårleg tid på å kode før neste pasient kjem, kan gjere den opplevde kontrollen over slike oppgåver låg.

Følgjer ein dette argumentet kan ein også tale for at for legar med kortare erfaring kan oppleve auka krav til administrative oppgåver som stressande, medan legar med lenger erfaring vert meir passive til administrative oppgåver. Dette fordi meir erfarne legar kanskje vil oppleve krava som mindre krevjande når dei har lenger erfaring. Dette kan skuldast at dei har meir kompetanse til å meistre oppgåvene. Sjølv om det er gjort for få intervju i denne studia til å konkludere med det, er tendensen at dette er eit argument det kan vere hald i.

Den andre aspektet legane snakka om i samband med auka krav, var auka krav i det faglege. Dette var meir tydeleg i den eine avdelinga, noko som sikkert skuldast at avdelinga driv med ulike typar behandling og dermed organiserer arbeidet annleis. Trenden var likevel at krava til det faglege auka: ein skulle behandle fleire pasientar per time. Krava om fagleg effektivitet har vore høge i frå før, og legane opplevde at krava hadde auka mykje dei siste åra, spesielt i den eine avdelinga.

Norma før var til dømes å behandle to-tre pasientar i timen. Det tok vanlegvis 20 minuttar per pasient frå start til slutt. Nokre tok kanskje ned mot 15 minuttar, men sjeldan under det. Ein del andre pasientar tok fort over 30 minuttar og enkelte kunne kome opp i 45 minuttar. Toppleiinga hadde signalisert at avdelinga burde klare fire pasientar i timen. Sjølv om kvar enkelt pasient tok 20 minuttar. Det vart argumentert med at helsing, diagnose og resept ikkje burde ta meir enn maksimum 15 minuttar. Tidskjemaet var satt opp på eit best-case-scenario og var nesten utopisk, som ein av legane sa. Det er derimot mange faktorar som spelar inn. Berre fram til ein har fått sett seg ned inne på kontoret kan det fort gå fem minuttar. Mange av pasientane ved sjukehus er eldre og allereie fysisk redusert. Dei kan vere seine til beins, ha dårleg høyrsel og syn, eller problem med forståing og hukommelse. Ved ein konsultasjon skal

legen ha ein prat med pasienten, undersøkje, finne passande diagnose og gjere det administrative arbeidet knytt til dette. Då er 15 minuttar knapt. Dette er også berre dei planlagde konsultasjonane. På toppen kjem telefonar, vakttelefonen som ein av legane må gå med, og alle ØH-pasientar som treng akutt hjelp. Då må noko anna vike, mens legane får beskjed om å «jobbe smartare».

Fleire av desse aspekta som er nemnt er også moglege belastningsfaktorar i arbeidet som er gjort greie for i kapittel 2.6.2. Auka krav til tidsmessig effektivitet i jobben samt fleire krav til legane sine roller, der legane også må prioritere kva som skal gjerast først og kva som skal få den tida det trengjer, vert nye faktorar som kan verke belastande på legane. Fleire av legane seier at avtaleboka vert stadig meir fullbooka samt at straumen med pasientar som kjem inn akutt berre aukar. Dette gir legane mindre handlingsrom og eigenkontroll – noko som ifølgje teorien vil gi lågare kontroll og aukande krav og dermed auka grad av stress for legane i tråd med krav-kontroll-modellen.

Sosial støtte er i teori nemnt som ei støytputte for belastningsfaktorar. Alle legane fortel om godt arbeidsmiljø og god kollegial støtte. Dette kan ha auka terskelen for kor mykje stress legane taklar i kvardagen, og kan vere noko av grunnen til at legane meistrar godt stresset dei har. I den samanheng er det også relevant å seie at alle reagerer ulikt på belastningar, sosial støtte og stress. Dette vil vere avhengig av individuelle eigenskapar. Det same vil også kva kvar enkelt individ opplever og tolkar som belastningar, sosial støtte og stress.

Trenden med auka krav og ikkje tilsvarende auka kontroll verkar gjennomgåande for dei legane som er intervjuja. Ein av legane seier også rett ut at myndigheita ikkje står i stil med ansvaret dei har som lege. I samband med dette nemnte også fleire av legane at dette er ein av grunnane til at dei ikkje likar DRG-systemet så godt. Noko av grunnen til det er at nokon kan setje eit resultatmål eller mål for kor mange pasientar legane skal behandle eller kor mykje legane skal få inn i DRG gjennom å behandle pasientar. Legane må så sjølv finne ut korleis dei skal nå måla, og må dermed ta ansvaret for å oppnå måla, men også ansvaret for det som vert prioritert vekk for å nå måla. Dei hamnar i ein skvis mellom rolla som lege og som forvaltar, to svært ulike roller. Dette er kjent frå teori om rollekonfliktane «bakkebyråkratar» kan støyte på. Ein har ikkje ressursar til å oppnå alle velferdspolitiske mål, og må dermed prioritere. Dette er ei rolle mange av legane ikkje ønskjer å ha, då dei må forvalte, men ikkje

sjølv får setje nokon av premissane for forvaltinga – og må ta ansvaret for alle utfalla av forvaltinga. Dei får delegert forvaltaransvaret, men ikkje forvaltarmyndigheita.

Kort summert opp er legar ei yrkesgruppe med høgt nivå av stress, med høg tilhøyrande grad av kontroll. Det kan derimot verke som krava har auka siste åra, medan kontrollen ikkje har auka tilsvarande. Legane skil mellom krav knytt til det faglege, og krav knytt til det administrative. Det er spesielt krav knytt til administrasjon som har auka og er ei kjelde til stress. Stadig auka krav til effektivitet gjennom å skulle behandle fleire pasientar per time, fleire administrative oppgåver på legane, og mindre tid å gjere oppgåvene på, er nokre av endringane som utgjer desse opplevde auka krava. Sosial støtte og god kollegial støtte dempar effekten av det auka stresset, men strikken er allereie ganske strekt med tanke på om denne trenden om auka krav skal halde fram.

5.3 Påskjøning

Basert på resultatata ser det ikkje ut som at legane opplever DRG som særleg påskjønande, verken generelt som eit påskjøningssystem eller som påskjøning for effektivitet.

Fleire av legane opplever DRG som lite motiverande, og for mange ei kjelde til stress. Sjølv om systemet skal påskjøne effektivitet, opplever ikkje alle det slik i praksis. DRG påskjønar økonomisk effektivitet, og har økonomisk effektivitet som mål. Legane har ei anna oppfatning av kva effektivitet er, og ser ikkje på det som økonomisk effektivitet. Mange av legane legger til grunne det å behandle pasientar, og det å gi flest mogleg best mogleg behandling med dei rammene ein har – eit tankesett som passar betre overeins med prinsippa i rammefinansiering. Enkelte av legane seier det også rett ut: dei ønskjer seg meir finansiering på rammefinansiering.

Mange av legane ser på effektivitet i eit fagleg perspektiv, der for eksempel akutte pasientar er ein viktig del av kvardagen på sjukehuset og god pasientbehandling. I DRG er dette pasientar som ofte er lite økonomisk effektivt å behandle, då dei gir mindre DRG-poeng i forhold til kostnaden, samanlikna med planlagde prosedyrar. Akutte pasientar har på sjukehuset blitt sett på som ein del av drifta på sjukehuset som skal vere «godt nok» sidan dette ikkje er noko som står høgt hos dei som vurderer effektivitet ut i frå økonomisk perspektiv. I forventningsteori kan dette minne om subjektive forventningar og

instrumentalitet. Det går ut på at innsatsen til ein tilsett er avhengig av forventning om påskjøning. Instrumentaliteten slår inn når den tilsette gjer ei vurdering av denne påskjøninga knytt til oppgåva. I dette tilfellet er ikkje påskjøninga så stor som forventa i forhold til kor viktig legane opplever akutt-pasientar, og dette kan verke negativt inn på motivasjon.

I målsettingsteori meiner ein at måla skal ha ein motiverande effekt på dei tilsette. Dei tilsette veit kva dei skal fokusere på og gjere, og kva innsats som er nødvendig for å nå måla. Problemet er at legane ikkje er heilt einige med mål som er sett, eller måla som vert implisert av DRG-systemet. Legane vil fokusere på andre forhold enn dei økonomiske påskjøningane som DRG i enkelte tilfelle legg opp til. Eit aspekt er akuttpasientar, men også det faktum at det er meir lønsamt for ei avdeling å setje dei mest erfarne legane til å kode slik at avdelinga får koda alt avdelinga skal ha i inntekt korrekt, framfor å la den mest erfarne legen behandle pasientar. I eit økonomisk perspektiv vil det kunne utgjere store forskjellar for ei avdeling om dei får koda alt dei skal, og koda det rett. Det opplever fleire av legane som lite effektivt å la dei beste legane kode diagnosar, sjølv om det gir mest DRG-poeng. Ut i frå eit fagleg perspektiv burde dei mest erfarne legane behandla pasientar så mykje som råd, og vore til støtte og leiing for mindre erfarne legar – som kunne lært av dei. Ut i frå dette kan ein argumentere for at slik påskjøninga er lagt opp, så er den i konflikt med legane si indre motivasjon og kjelder til den. Legane vert motivert av å gje god pasientbehandling, pasientinteraksjon, vere til hjelp for folk i krise og ikkje minst lære og utvikle seg til å kunne handtere komplekse medisinske situasjonar sjølvstendig – ikkje mål knytt til økonomisk effektivitet.

Nokre av legane, og spesielt leiarane peika på at fleire av effektivitetsmåla som er sett basert på aktivitet ikkje er så realistiske. I følgje målsettingsteori skal mål vere konkrete og utfordrande – verken for lette eller for vanskeleg å nå. Når mål for budsjettresultat både kan opplevast som vel utfordrande - så kan intensjonen med DRG verke i mot si hensikt. Frå forskning veit vi ein del om effekten av finansielle insentiv, både for enkle og meir komplekse oppgåver. Oppgåvene til legane har eit stort spenn, og ein god del av oppgåvene er enkle og rutineprega, men mange er også særleg komplekse og samansette. Påskjøning av enklare og meir rutineprega oppgåver vil få oppgåva fullført hurtigare – til eit akseptabelt resultat. Det vi derimot og veit er at påskjøning av enklare oppgåver også bremser kvalitet, innovasjon og nyskaping som alle er viktig for å kunne utvikle tilbodet og effektiviteten i spesialisthelsetenesta i framtida, ref. Kuvaas og Dysvik (2016). I praksis vil det kunne bremse

utvikling av kompetanse og behandlingsmetodar, men også korleis legar arbeidar. Vi veit også frå forskning at påskjøning med finansielle insentiv kan fortrenge indre motivasjon og prososial motivasjon, spesielt ved større og meir komplekse oppgåver. Dette er svært synleg ved mine funn, og stemmer godt overeins med Kuvaas og Dysvik (2016). Så kan ein spørje seg: er nettoeffekten av finansielle insentiv på oppgåvene som skal utførast av legane og den kortsiktige gevinsten i effektivitet, større enn nettoeffekten enn ved den fortrenkte indre og prososiale motivasjonen på lengre sikt. Det er tydeleg ut i frå funna mine at den indre motivasjonen vert trua av den ytre motivasjonen gjennom finansielle insentiv, noko som Kuvaas og Dysvik (2016) også argumenterer for: jo høgare den indre motivasjonen er, jo lågare bør den ytre vere, då dette er best for å motivere tilsette.

Eit annan interessant nyanse av påskjøning er implikasjonane av at legane ikkje sjølv er direkte påverka av dei påskjønande aspekta av ISF og DRG-systemet. Legane har fast løn, og relativt sikre jobbar. Dette fører til at for legane er valensen, eller valensvurderinga lav. Påskjøninga har liten til inga verdi for legane sjølv, og legane har i eit forventningsteoriperspektiv ingen motivasjon for å kode eller kode rett i DRG. Dette er noko som vert understreka av fleire av legane. Nokre av legane seier at dei og andre kollegaer ikkje tek omsyn til DRG i kvardagen og at DRG og koding får kome i andre eller tredje rekke av prioriteringar. Det er kanskje bra at valensen for legane er låg, for det er ikkje meininga at DRG skal påverke det faglege, eller stå i konflikt med det – sjølv om konsekvensane og implikasjonane tilseier at det hender.

Nokre av legane fryktar at press på økonomi og effektivitet kan få legar og andre i spesialisthelsetenesta til å ta val som ikkje er motivert av det beste for alle i eit lenger perspektiv, men heller motivert av kortsiktige perspektiv. I forventningsteori snakkar ein om instrumentelle avvegingar. Då byrjar dei tilsette å vurdere om oppgåvene som skal utførast fører til påskjøning. Sidan legar ikkje har valet mellom kva interesser dei vil følgje sjølv, men må ta imot pasientane som kjem, blir dette eit problem om kven ein skal prioritere når ressursane er knappe – og om knappe ressursar kan få legane til å prøve å få meir ressursar enn dei skal.

Kort summert opp ser det ut som at legane ikkje opplever ISF og DRG særleg påskjønande. Måla og verdiane legane har og det som følgjer med ISF og som vert implisert av ISF stemmer ikkje så godt overeins. Legane legger mykje vekt på faglege mål, medan ISF

påskjønar effektivitet og økonomiske mål. Det gir utslag i eksempel som det at akutt-pasientar ikkje er så økonomisk påskjøna og at det lønar seg å la dei mest erfarne legane kode meir framfor å behandle pasientar. I den grad ISF og DRG er eit påskjønningssystem enten ved intensjon eller konsekvens er det dårleg tilpassa til oppgåvene det påskjønar. Effekten vert at det står i konflikt med legane sin indre motivasjon og har lav valens, men at legane må bruke systemet uansett.

5.4 Styringsproblem

Prinsipalen som er staten representert ved departementet gir økonomisk støtte gjennom rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering. Desse utgjer rundt 50% av finansieringa kvar. For å forsikre seg om at agenten; helseføretak, sjukehus og avdeling og legar brukar økonomiske tilskot effektivt så må dei rapportere kvar einaste pasient dei behandlar og kvar einaste prosedyre og behandling kvar enkelt pasient får – slik at prinsipalen får kontrollert kva dei økonomiske tilskota går til. Prinsipalen gjer dei andre 50% av finansieringa basert på stykkpris per pasient, gjennom innsatsstyrt finansiering. Dette skjer gjennom eit poengsystemet DRG (diagnose relatert grupper). DRG-poeng vert rapportert inn til prinsipal og det vert gjort utbetalingar basert på denne aktiviteten som agenten produserer. Dette vert kontrollert igjen ved at journalen vert brukt som kontroll for å sjekke at alle DRG-poenga som er rapportert inn faktisk stemmer overeins med det pasienten er behandla for. Journalen dannar dermed grunnlaget for DRG-rapporteringa.

For å kode rett må du ha noko kjennskap til medisin. Den som skal kode bør helst ha helsefagleg utdanning, eller ei grundig og god opplæring, som fleire av legane påpeikar. Det vil også alltid vere eit element av at legen må vere med å setje kode, ettersom legen er den som behandlar pasienten. Med andre ord - så lenge ein vel å ha dette økonomiske systemet, så medfører det ekstra registrerings- og rapporteringsarbeid for legane og ekstra kontroll og overvakingskostnadar for departementet, i tråd med kostnadar knytt til overvaking og insentiv i prinsipal-agent-teori.

Basert på intervju og resultata er det fleire måtar ein kan kode feil på. Det er også fleire grader av kor bevisst dette kan vere. For å skilje mellom dei har eg basert på data frå intervju laga ein typologi for fire typar feilkoding:

Type 1 feil: ein koder rett og slett feil – anten for lite eller for mykje.

Ein kan velje feil kode på diagnosen, men kan velje ein kode som gir meir enn det man skal ha, eller ein kode som gir mindre enn det ein burde ha for gitte diagnosen. Ein kan også gløyme å kode behandling som er gitt eller prosedyrar som er utført. Dei fleste av desse feila der ein har koda feil eller for mykje vert retta opp. Kodar ein for lite i forhold til det ein skal ha, vert dette fort tapte inntekter.

Eit tenkt eksempel er at man har behandla ein pasient som har diagnose 1, men også diagnose 2. Pasienten får behandling for diagnose 1. Ein kodar dermed for diagnose 1, men det viser seg at det finns ein kode for diagnose 1, når pasienten også har diagnose 2 – som gir meir pengar ettersom det er meir komplisert å behandle pasienten når pasienten har både diagnose 1 og 2. Dermed kodar man for lite.

Eit anna tenkt eksempel er at ein pasient har diagnose 1, og dette medfører nokre ekstra prosedyrar som blodoverføring, eller at pasienten trenger glukose eller liknande. Her kan det skje feil på to måtar: ein gløymmer å skrive inn ekstra prosedyrar i journalen, men kodar for det i DRG. Dermed har man over-koda i systemet, sjølv om det ut i frå behandlinga er heilt rett. Ein må då inn og rette i journalen, slik at grunnlaget for koding er korrekt. Den andre feilen ein kan gjere er at ein ikkje skriv det inn i journalen eller kodar for det (fordi ein ikkje tenker at dette gir DRG-poeng eller rett og slett gløymmer å skrive det inn) –og dette vert då tapte inntekter.

Type 2 feil: ein spekulerer i kodinga.

Mange diagnosar, symptom og tilstandar er svært like, og DRG fangar ikkje nødvendigvis opp all nyansane på lik linje som medisin som fag gjer.

Eit eksempel kan vere at diagnose 1 og 2 ser like ut i journalen eller på papiret – eller er to variantar av ein diagnose, men at diagnose 1 gir meir pengar enn diagnose 2. Ein vel derfor å setje diagnose 1 i DRG, sjølv om det ville vore meir korrekt å setje diagnose 2. Diagnose 1 treng ikkje vere direkte feildiagnose, men heller ikkje den mest korrekte.

Type 3 feil: ein spekulerer i behandlinga, eller over-behandlar.

Dess meir uklåre symptom, diagnose eller sjukdommen er, dess vanskelegare er det å setje eit skilje mellom korrekt behandling og over-behandling. Er det uklårt kor mykje undersøkingar og prosedyrar ein skal utføre på ein pasient for å avdekke årsaken til plagene, kan legen vere freista til å gjere fleire undersøkingar enn nødvendig, eller dyrare undersøkingar enn nødvendig.

Eit tenkt eksempel er at ein pasient kjem inn med ei skade. Ein kan utføre undersøking 1 eller undersøking 2. Undersøking 1 gir meir enn nok svar til å behandle pasienten korrekt, men undersøking 2 gir meir pengar. Ein vel undersøking 2 fordi det gir meir DRG, og overbehandler dermed pasienten, sjølv om det er heilt forsvarleg medisinsk – og gjerne på "sikre sidan".

Eit anna tenkt eksempel er at ein pasient kjem inn med ein diffus diagnose. Her kan legen velje å berre ta ein prat med pasienten og be pasienten komme tilbake om to veker om det ikkje har betra seg. Legen kan også velje mellom seks-sju ulike undersøkingar og prosedyrar for å avdekke årsaka til plagene. Legen kan då velje å bruke fleire av desse, eller kanskje dei to dyraste undersøkingane fordi dei nettopp har fått nytt og dyrt ustyr avdelinga vil bruke. Det treng ikkje vere noko medisinsk feil i det, men ein kan også sjå på det som å «skyte sporv med kanon» - for å få meir inntekter på undersøkingane ein utfører.

Type 4 feil: ein systematisk behandlar eller kodar feil for økonomisk gevinst.

Dette kan skje på mange måtar. Ein av dei kan vere at ein diagnose gir mykje DRG-poeng i forhold til kostnaden knytt til behandlinga. Dette fører til at ein behandlar pasientar som ut i frå eit medisinsk perspektiv aldri hadde trengt eller hatt rett på behandling. Ein kan også systematisk sette den mest lønsame diagnosen, gitt at den passar innanfor til dømes symptom også nemnt under type 2 feil. I dette tilfellet gjer ein det systematisk og bevisst for å manipulere og tene mest mogleg på systemet – ved å for eksempel utvikle programvare som gir den mest lønsame DRG-koden, eller ha personell som sitter og har i oppgåve å føre mest lønsame diagnoser. Eit tredje tilfelle kan vere at ein setter på tilleggsdiagnoser som ikkje er nødvendige, men gir gode DRG-poeng. Ein kan til dømes sette på ammeproblem på alle nyfødde born, sjølv om ikkje meir enn ein liten del faktisk har det. Uavhengig om ein behandlar for ammeproblem eller ikkje, er det systematisk juks å kode det systematisk for pasientar som ikkje har eit medisinsk behov for det.

Denne type feil er ikkje berre ulovleg, men også utruleg skadeleg for omdømmet til legane og føretaket samt allmennheita si tillit til spesialisthelsetenesta generelt.

Vidare vil eg basert på intervju og resultatane foreslå tiltak som kan eller bør setjast inn mot desse type feila:

Type 1 feil – for å redusere førekomsten av denne typen feil bør føretaka og sjukehusa sikre

legane god opplæring i koding, og sørgje for at legane kan regelverket for kva som gir rett til DRG-poeng. Ein kan også tilsette merkantilt personell som har ansvar for koding, og latt legane behandle fleire pasientar.

Type 2 og 3 – begge desse to typene feil er vanskeleg å avdekke, fordi det ofte er tilfelle som ligger i gråsona. Ein kan vise tillit til føretaka og legane og håpe at dei gjer det som er mest korrekt, eller ein kan bruke statistikk og overvake – ved å utføre stikkprøver der det kan verke som type 2 og 3 feil føregår. Eit anna tiltak i tråd med å vise tillit kunne vore fokus på etikk og rett koding.

Type 4 – denne typen feil er såpass alvorleg at ein bør opprette sak og sette ein standard. For å oppdage type 4 feil kan ein som i type 2 og 3 feil også bruke statistikk, overvake og utføre stikkprøver.

Den enklaste løysinga ville sjølvstakt vore å avvikla ISF og DRG-systemet – då ingen av desse type feila ville førekomme. På andre sida ville ein mest sannsynleg ha gitt andre typar styringsproblem som hadde vore knytt til andre former for finansiering eller drift av sjukehus.

Det er vanskeleg for departementet å vite om økonomiske tildelingar går til det dei faktisk er tiltenkte. Sjølv med sterke insentiv og overvaking gjennom DRG-systemet har ikkje departementet full oversikt eller kontroll.

Dei fire type feil som er gjort greie for er stort sett knytt til moralsk hasard, uetisk åtferd.

Dette oppstår eller kan oppstå når agenten har betre og meir informasjon om den daglege drifta enn prinsipalen har, kjend som asymmetrisk informasjon. Då har agenten moglegheit til å bruke informasjonsfordelen til å sikre seg private fordelar og realisere egne mål.

Det er lett å peike på potensielle moment som kan oppstå i forbindelse med moralsk hasard i bruken av DRG-systemet. Det er derimot vanskelegare å seie noko om kor lett det kan skje og i kva grad det faktisk skjer. Legane var ganske ueinige i vurderinga av dette. Nokre meinte det var vanskeleg å jukse grunna god kontroll, medan andre meinte det lett skulle la seg gjere. Det kan vere at legane snakkar om moralsk hasard i forskjellig skala når dei er ueinige. Dei som meiner det kan vere lett å jukse med diagnosar tenker kanskje på ein eller to ekstra DRG-poeng her eller der, medan dei som meiner at juks er vanskeleg kanskje tenker på juks i større skala, som lett kan bli avdekka.

Det vil også vere avhengig av mange andre faktorar kor lett det faktisk er å jukse.

Erfaringsforskjellen blant legane som vart intervjuja var stor. Eittersom to av legane var leiarar

og fire andre ikkje, kan det også tenkjast at det er stor forskjell i kor godt dei kjenner til DRG og dermed i kva grad det er lett å jukse?

Dersom ein er lege med lang erfaring men lite kunnskap om DRG, kan legen tru at det er enkelt basert på erfaringa di som lege, fordi legen veit korleis legen kunne fått det til sjølv. Legen kan på andre sida tru det vanskeleg basert på si erfaring som lege, fordi legen veit kor vanskeleg det er å jukse. Det same gjeld for kunnskapsnivået om DRG til legen. Legen kan tru det er lett fordi legen ikkje kjenner så mykje til DRG, eller legen kan tru det er vanskeleg nettopp fordi legen ikkje kjenner til korleis legen skal gjere det sjølv. Det vert difor vanskeleg å konkludere basert på resultata om det faktisk er lett eller vanskeleg å jukse med DRG og om faren for moralsk hasard er stor.

Det er interessant å sjå korleis legane opplever å ha andre mål enn det DRG skal ha som mål samt implikasjonane. I eit prinsipal-agentteoriperspektiv skulle ein tru at ISF er ein reform satt i verk for å oppnå høgare målkongruens – at måla til prinsipal og agent er så like som råd. Det kan vere fleire årsaker til at legane ikkje opplever det sånn.

Den første kan vere at måla som følgjer ISF og DRG eller som er implisert av ISF og DRG ikkje opplevast like for legane som for dei som har innført systemet og reforma. Legane kan også faktisk ha andre mål og verdiar enn dei føler vert formidla gjennom ISF og DRG. På andre sida kan ein også argumentere for at legane ikkje tilpassar seg reforma og måla med den, uavhengig om reforma og måla er gode eller ikkje. Ved å ikkje tilpasse seg vil måla med reforma ikkje fungere som intendert.

Eit anna aspekt kan vere det at reformer og mål ikkje alltid fungerer som dei er intendert, og får utilsikta implikasjonar og konsekvensar. Det kjem godt fram i eksempelet som ein av legane fortalte om dag-kirurgi. I tråd med trenden og ønsket om avinstitusjonalisering vil ein ha fleire pasientar over på dag-kirurgi framfor innlegging. Sjukehuset hadde satsa på dette gjennom eit prosjekt, og det fungererte svært godt. Problemet oppstod når DRG-satsane for fleire av dag-kirurgiinngrepa gjekk ned fordi det vart utført så mange slike inngrep at ein måtte justere satsen ned. Sjukehuset tapte pengar på dette på sikt, og det bremsa kraftig opp utviklinga om å få fleire pasientar over på dag-kirurgi. Dett er eit eksempel på korleis effektivitet kan bli bremsa og motarbeida av andre mål, men også at effektivitet rett og slett vart «straffa» i DRG-systemet, i mot systemet sitt tilsikta mål.

Kort summert opp har ISF og DRG fleire styringsproblem. Når det gjeld kodinga er den komplisert, ikkje heilt synkronisert med medisin som fag og har nokre språkelege utfordringar. Rommet for feilkoding er stort i ein pressa kvardag, med økonomi og tid som knappe ressursar. Dei fire typane feilkoding tek føre seg korleis dette kan skje og kor medvitent det er. Type 1 feil er meir eller mindre hendige uhell medan type 4 feil er meir systematisk manipulasjon av systemet.

6. Konklusjon

Eg har i denne oppgåva sett på kva opplevde konsekvensar legar har av innsatsstyrt finansiering som modell for finansiering i spesialisthelsetenesta. For å undersøkje dette utdjupa eg problemstillinga med to forskingsspørsmål: F1: Kva konsekvensar har ISF for motivasjonen til legane og legane sitt opplevde arbeidsmiljø, og F2: Kva implikasjonar har, og kan ISF få, for legane si oppleving av ISF som påskjøningssystem, og styringsproblematikk.

Legane sine kjelder til motivasjon er dei faglege oppgåvene sine og gjennom pasientinteraksjon. Spanande, varierte oppgåver som gir legane høg opplevd mening der dei hjelper menneskjer i naud eller som har problem, er ei viktig kjelde til både indre- og prososial motivasjon. Desse resultatane er i tråd med tidlegare litteratur på feltet om kjelder til motivasjon, som mellom anna jobbkjenneteiknmodellen til Hackman og Oldham (1976). Fleire av legane skil derimot mellom faglege og administrative oppgåver når dei snakkar om kjelder til motivasjon. Mange av legane opplever dei administrative oppgåvene som lite motiverande, fordi dei administrative oppgåvene fører til mindre pasientinteraksjon samtidig som dei er opplevd som mindre spanande, mindre varierte og meir meningslause. Dette spesielt med tanke på at trenden tilseier at det vert fleire og meir administrative oppgåver som legane må utføre. Enten det er ISF som har ført til fleire administrative oppgåver eller berre har vore medverkande, er dette ein uheldig konsekvens. Ein kan også argumentere for at legane må gjere ei minimum mengde administrativ arbeid uansett kva reform ein har eller kva finansieringsmodell som brukast.

Det kan verke på legane som at krava som stillast til dei har auka siste åra, medan kontrollen ikkje har auka tilsvarande. Legane skil mellom krav knytt til det faglege, og krav knytt til det administrative. Det er spesielt krav knytt til administrasjon som har auka og er ei kjelde til stress. Stadig auka krav til effektivitet gjennom å skulle behandle fleire pasientar per time, fleire administrative oppgåver på legane, og mindre tid å gjere oppgåvene på, er nokre av endringane som utgjer desse opplevde auka krava. Dette kan føre til auka stress for legane om dei ikkje opplever rette graden av kontroll i oppgåvene. Dersom desse auka krava vert møtt med tilsvarande eller passeleg kontroll vil det kunne føre til høg aktivitet og dermed auka effektivitet. Sosial støtte og god kollegial støtte viser seg å vere viktige faktorar i å dempe

effekten av det auka stresset dersom kontrollen ikkje står i stil med krava – slik at legane meistrar arbeidskvardagen godt.

Vidare ser det ikkje ut som at den enkelte lege opplever ISF og DRG særleg påskjønande. Dette kan skuldast måla og verdiane legane har i motsetning til måla og verdiane som følgjer med ISF, og vert implisert av ISF. Legane ser verda i hovudsak ut i frå eit fagleg perspektiv, medan ISF påskjønar effektivitet i eit økonomisk perspektiv. Det gir utslag i eksempel som at akutt-pasientar ikkje er så økonomisk påskjøna i forhold til andre pasientar og at det løner seg å la dei mest erfarne legane kode meir diagnosar framfor å behandle pasientar. I den grad ISF og DRG er eit påskjønningssystem enten ved intensjon eller konsekvens, er det ikkje optimalt tilpassa oppgåvene det påskjønar. Resultatet vert at det står i konflikt med legane sin indre motivasjon og har låg valens.

Til slutt har ISF og DRG fleire styringsproblem. Når det gjeld kodinga er den komplisert, ikkje heilt synkronisert med medisin som fag og har eit par språkelege utfordringar. Rommet for feilkoding er stort i ein pressa kvardag, med økonomi og tid som knappe ressursar. Dei fire typane feilkoding tek føre seg korleis dette kan førekomme og kor medviten feilkodinga er. Det er rimeleg å anta at føretaka tapar ein del potensiell inntekt på å ikkje kode korrekt, og ikkje kode nok av det dei utfører av prosedyrar og behandlingar. På andre sidan finns det også saker med føretak, både offentlege og private som har systematisk tilpassa seg og tileigna seg midlar som dei ikkje skulle hatt gjennom å manipulere systemet. I kva- og kor stor grad dette faktisk skjer er vanskeleg å seie noko om basert på denne undersøkinga.

Grunna oppgåva si avgrensing er det fleire tema som kunne ha vore underøkt endå djupare. Eit spanande felt er den offentlege spesialisthelsetenesta versus den private spesialisthelsetenesta. Då burde ein også intervjuar legar og leiarar i privat sektor, og sett om det er noko forskjell – spesielt når det gjeld påskjønning og prinspal-agentproblematikk. Konsekvensane av feilkoding og i kva grad dette er utbredt er også noko som kunne vore forska vidare på. Er det mange avdelingar som taper mykje på å ikkje kode alt dei har rett på, og er det avdelingar som får meir enn dei skal ha ved å manipulerer systemet? Det vil derimot vere vanskeleg å undersøkje – men likevel interessant.

Avslutningsvis i konklusjonen vil eg kome med eit lite atterhald. I denne studia har eg samla inn data gjennom intervju. Dette er svært rike data som er opne for tolking, i større grad enn

ved ei kvantitativ studie. Hadde andre samla inn data er det mogleg at dei hadde fått andre data, og all tolking som er lagt til grunn i oppgåva er mine egne tolkingar av data. Det er ikkje gitt at alle ville kome fram til dei same tolkingane og konklusjonane som eg gjer.

7. Litteraturliste

- Anthony, R.N og Govindarajan, V. (2007). *Management Control system*. 12. Utgave. Boston: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Buunk, P.B. (1990) Affiliation and helping interactions within organizations: allmenn critical analysis og the role of social support with regard to occupational health. I W. Stroebe & M. Hewastone, *European Journal of Social Psychology Vol. 1*, 293-322. Chichester: John Wiley.
- Byrkjeflot, H. og Torjesen, D.O., (2010): "Managerial Innovation in Health Care. The Introduction, Translation and Use of the American DRG System in the Hospital Sector in Norway and Denmark", i Knudsen m.fl.: *Mysterion Strategike og Kaintotomia*. Oslo: Novus Forlag.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions*. 3. Utgave. Sage. London.
- Deci, E.L og Ryan, R.M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 55: 68-78.
- Deci, E.L og Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Døving, E., Elstad, B., Storevik, A.E. (2016). *Profesjon og ledelse*. Fagbokforlaget.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.
- Hackman, J.R. og Oldham, G.R.. (1976). Motivation through the design of work. Test of a theory. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 250-279.
- Hackman, J.R. og Oldham, G.R.. (1980). *Work redesign*. Reading MA: Addison-Wesley.

Einarsen, S. og Skogstad, A. (2011). *Det gode arbeidsmiljø – krav og utfordringer*. 2. Utgave. Fagbokforlaget.

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academy of Management Review*, 57-74.

Hatland, A., Kuhnle, S., & Romøren, T.I., (2013). *Den norske velferdsstaten*. (4. utgave, 2 opplag). Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsedirektoratet. (2018). *Innsatsstyrt finansiering (ISF) og DRG-systemet*. Tilgjengeleg frå: <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet#isf-informasjonsm%C3%B8te-blir-14.-juni-2018> (lest 26.01.2018)

Helsedirektoratet. (2018). *Samhandlingsreformen*. Tilgjengeleg i frå: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen> (lest 25.01.2018)

Hood, C. (1991). A public management for all seasons. *Public Administration*: 3-19

Hood, C. og Jackson, M. (1991). *Administrative Argument*. Aldershot: Dartmouth.

Jensen, M.C. og Meckling, W.H. (1976). Theory of the Firm – Managerial Behavior, Agency Cost and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*. 305-360.

Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 285:308.

Karasek, R.A. og Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (4. Utgave) Bergen: Fagbokforlaget

Kuvaas, B. og Dysvik, A., (2016). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser: Evidensbasert HRM*. 3.utgave. Fagbokforlaget

Legeforeningen. (u.å.). *Legestatistikk*. Tilgjengeleg i frå:
<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/> (lest 03.05.2018)

Lipsky, M. (1980). *Stree-Level Bureacracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*.
New York: Russel Sage Foundation.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.(1999). Henta i frå:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Mikkelsen, A. og Laudal, T. (2016). *Strategisk HRM*, bind 1. Cappelen Damm Akademisk,
2.Utgave

Opedal, S. H. og Stigen, I. M., (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen*. Oslo: Fagbokforlaget

Regjeringen (2010). *Lover, forskrifter og rundskriv for sykehus*. Tilgjengeleg i frå:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/lover--forskrifter-og-rundskriv-for-syke/id535556/> (lest 26.01.2018)

Regjeringen (2013). *Ansvarsområder for Helse- og Omsorgsdepartementet*. Tilgjengeleg frå:
<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/dep/ansvarsomraader/id446/> (lest 24.01.2018)

Regjeringen (u.å). *Sykehus*. Tilgjengeleg i frå: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/> (lest 26.01.2018)

SSB. (2018). *10% slutter i spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengeleg i frå:
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/10-prosent-slutter-i-spesialisthelsetjenesten> (lest 02.05.2018)

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. 4. utgave.
Fagbokforlaget.

Thorsrud, E. og Emery, F.E. (1970). *Mot en ny bedriftsorganisasjon*. Oslo: Tanum.

Vabø, M., og Vabo, S.I., (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.

Warr, P. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press

8. Vedlegg

8.1: Intervjuguide lege

INTERVJUGUIDE TIL LEGE:

Informere om oppgåva, korleis intervju skal brukast, anonymitet, teieplikt, rett til å trekke seg. Skal prøve å halde tida. Eg kjem til å styre intervjuet, slik at vi rekker alt vi bør innom. Bruk gjerne tid før du svarar – om du vil. Ingen rette og gale svar, kan vere alt som ikkje er svar på.

Bakgrunn:

Kor lenge har du arbeidd her/i stillinga?

Kor tok du utdanninga di?

Om motivasjon og kva som motiverer ved yrket og jobben:

Kan du fortelje kort om kva det var som gjorde at du ville bli lege?

Kva er det beste med å vere lege, for deg?

Kva gir deg lyst til å gå på jobb?

Kva kan føre til at du mistar piffen?

Spørsmål om haldningar til DRG, til og korleis det påverkar motivasjon og forhold til arbeidet:

Kva kjennskap har du til ISF/DRG?

Har du arbeidd under ISF og DRG, eller har du vore lege før ordninga kom?

I ditt perspektiv, kva er DRG? Slik du ser det?

Kva tykkjer du er bra med ISF/DRG?

Kva tykkjer du er ikkje bra med ISF/DRG?

Korleis fungerer DRG i arbeidskvardagen –kan du fortelle kort om konsekvensar det har?

Kor enkelt er systemet å bruke? Korleis dokumenterer dykk? Kor klåre er diagnosane?

Variasjon mellom avdelingane? Kjenner du til tilfelle av registrering som er til fordel for sjukehuset/avdelinga?

Kultur:

Korleis vil du skildre kulturen på avdelinga? Kva verdiar og normer styrer – opplever du?

Dialog med leiing:

Kva blir du målt på av leiinga?

I kva grad er du/dykk involvert i avdelinga sine mål? (økonomiske, faglege?)

Rollekonflikt:

Kor mykje tid brukar dykk på ulike ting i ein vanleg dag? Pasient, administrasjon og andre ting?

Avslutning:

Kva kultur og verdiar føler du styrer på sjukehuset i dag?

Kva bør neste reform legge vekt på?

Er det noko du føler som ikkje er blitt sagt endå, eller som du tykkjer er relevant for temaet?

Takke for tida!

8.2: Intervjuguide til leiar

INTERVJUGUIDE TIL LEIAR:

Informere om oppgåva, korleis intervju skal brukast, anonymitet, teieplikt, rett til å trekke seg.

Skal prøve å halde tida. Eg kjem til å styre intervjuet, slik at vi rekker alt vi bør innom.

Bruk gjerne tid før du svarar – om du vil. Ingen rette og gale svar, kan vere alt som ikkje er svar på.

Bakgrunn:

Kor lenge har du arbeidd her/i stillinga? Kor lang leiarerfaring har du ca?

Kor tok du utdanninga di?

Om motivasjon og kva som motiverer ved yrket og jobben:

Kan du fortelje kort om kvifor du valde å bli lege, og leiar?

Kva er det beste med å vere leiar, for deg?

Kva er det som er minst bra med å vere leiar, for deg?

Kva gir deg lyst til å gå på jobb?

Kva kan føre til at du mistar piffen?

Spm om haldningar til DRG, til og korleis det påverkar motivasjon og forhold til arbeidet:

Har du arbeidd under ISF og DRG, eller har du vore lege før ordninga kom?

Kva er DRG for deg?

Enkelt forklart: Kven gjer kva av tilsette og leiar i forhold til DRG? Korleis er ansvarsfordelinga?

Korleis fungerer DRG i arbeidskvardagen –fortell kort om konsekvensar?

Kva tykkjer du er bra med ISF/DRG?

Kva tykkjer du er ikkje bra/negativt med ISF/DRG?

Kva mål vert dykk målt på i frå leiinga?

Kor enkelt er systemet å bruke? Korleis dokumenterer dykk? Kor klare er diagnosane?

Variasjon mellom avdelingane? Kjenner du til tilfelle av registrering som er til fordel for sjukehuset/avdelinga?

Kultur:

Korleis vil du skildre kulturen på avdelinga? På sjukehuset?

Kva verdiar og normer styrer – opplever du?

Kva type leiar vil du seie at du er?

Rollekonflikt:

Kor mykje tid brukar dykk på ulike ting i ein vanleg dag? Pasient, administrasjon og andre ting?

Avslutning:

Endringane som dykk har, i kva grad er dei fagleg og politisk forankra?

Kva opplever du fungerer best med styringa i dag/ og kva tykkjer du er mest utfordrande med å styre?

Kva bør neste reform legge vekt på?

Takke for tida!