

Lillian Buljo

I spenningsfeltet mellom økonomi og etikk

En kvalitativ studie av hvordan leger forholder seg til DRG-systemet

Masteroppgave i sosiologi

Trondheim, juli 2016

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Forord

Da var siste kapittel på masteroppgaven skrevet og et femårig studieløp på Dragvoll like så. Det er med vemodighet, lettelse og skrekkblandet fryd at jeg har bestemt meg for at nok er nok – nå går oppgaven i trykken. Prosessen med masteren har vært spennende og interessant, men også altoppslukende og slitsom på en måte som har gjort meg fjern og distansert fra den øvrige verden. Familie, venner og nattesøvn får ha meg unnskyldt.

Først av alt fortjener veiler Bente Rasmussen en stor takk. Du engasjerte deg straks i mitt tema og oppmuntret meg til å være kreativ og utfordre meg selv sosiologisk. Samtidig dro du meg ned på bakkeplan da jeg ble for vidløftig. Din stadig roterende og kunnskapsrike sosiologiske hjerne har vært til stor hjelp. Takk også til flere ansatte ved ISS for tips, lån av bøker og veiledning. Deres hjelpsomhet og imøtekommenhet er beundringsverdige. En stor takk rettes også til mine kjære medstudenter, spesielt Linn Monica, Nina og Shilo, dere har vært bærebjelken i min masterhverdag. På lesesal 10548 B har vi delt både akademiske diskusjoner, små og store kriser, filosofier over livet, og ikke minst – en hel del latter. Håper ikke våre latterutbrudd har vært til forstyrrelse for dere andre i bygg 10. Mamma og pappa skal også ha både blomster, takk og mer til for all støtte og hjelp. Hva skulle jeg gjort uten dere? Mine samboere fortjener også en takk for tålmodighet og for påfylling av livsmot og glede. Hodet har mange ganger vært fullt opp av teorier og avanserte tanker, og da har det vært befriende å ha meningsløse samtaler med deg, Sunniva. Din humor er medisin. Må også takke storebror og sosiolog Tom Runar, som først av alt introduserte meg for sosiologi. Siden har du gjennom hele studiet bidratt med gode råd, faglig veiledning og språkvask.

Sist, men ikke minst, en stor takk til alle mine informanter som tok seg tid til å dele deres tanker og erfaringer med meg. Uten dere hadde ikke oppgaven sett dagens lys. Håper jeg har klart å fremstille dere på verdig vis, slik dere fortjener. Dere har også vært min konstante påminnelse om at den teoretiske verdenen ikke må overskygge virkelighetens praksis. Jeg vet at dere har en travel hverdag, så takk igjen for at dere stilte opp mellom dag-, kvelds-, nattevakter og valpekull.

Så var det over. Nå stikker jeg hodet ut av hula på Dragvoll og er tilbake. Masterbobla slår sprekker.

Trondheim, 04.07.2016.

Lillian Buljo

Abstract

As part of changing the financial system of Norwegian hospitals in 1997, the Diagnosis-Related Group (DRG) system was introduced as a performance measurement. The DRG-system was applied to all somatic hospital care, meaning that it affected the overwhelming majority of Norwegian specialist medical professionals. To better understand the consequences of this system, and the responses of medical professionals to its implementation, I conducted and analysed six interviews with doctors working at different medical departments in public Norwegian hospitals. This study focuses on how doctors relate to the system, what critics they have and if the economic incentives of the system affects them, and in what ways.

My findings indicate that there are some risks by combining the DRG-system with professional ethics. But I also found that these professionals' ways of relating to the system seldom can be ascribed to financial motives alone. The doctors' critics and experiences showed that there are three different ways of relating to the system. Firstly, they can relate to it as disciplined DRG-encoders, willingly abiding the rules without questioning, where combining economic and ethics works well. If the professionals are aware of how the system works and use the system correct based on these grounds, it works as well. Secondly, the professionals can let the economy outweigh the ethics, and make financially driven decisions and actions. The third way of relating to the system is by strongly reject the economic incentives and stand firm by the ethic. The study also indicated that there are differences between younger doctors, who are to be disciplined, and the older ones working in management positions. The younger group is easier to abide to the system, while the older ones are more critical and rejects the system. Various medical disciplines may explain some of the differences between the doctors, since some disciplines seemed to be better adapted to the system. There is a need for more research about these generation distinguishes and what happens when the new generation takes over.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Viktigheten av et godt helsevesen	1
1.2 Mediefokus	2
1.3 Sosiologisk relevans	3
1.4 Oppgavens gang	5
2.0 Systemets bakgrunn	7
2.1 Tankegodset bak NPM	7
2.1.2 Et ekteskap mellom to idéstrømninger.....	8
2.2 Historisk blikk på sykehusfinansiering.....	8
2.3 DRG-systemets opprinnelse og utvikling.....	11
2.4 Mulige sideeffekter ved bruk av ISF og DRG.....	13
3.0 Oppgavens teoretiske forankring	15
3.1 Arven fra Marx	15
3.1.1 Varefetisjisme	16
3.1.2 Reifikasjon	16
3.1.3 Oppgavens nytte av arven fra Marx.....	17
3.2 Zelizers perspektiv om å legge mening i penger	19
3.2.1 Sosial differensiering av penger.....	20
3.2.2 Økonomi i møte med intimitet = en dømt fiasko?	21
3.2.3 Risikabelt, men ikke umulig?	21
3.3 Foucaults skjulte makt som styring	24
3.3.1 Disiplineringen.....	25
3.3.2 På vei mot den nye formen for makt.....	27
3.3.3 Governmentality - den nye styringsformen	28
3.3.4 Disiplineringen av leger	31
3.3.5 Legenes selvstyring.....	32
3.4 Operasjonalisering av problemstillingene	33
4.0 Metode	35
4.1 Valg av metode	35
4.2 Utvalget	36

4.3 Gjennomføring	37
4.3.1 Intervjuguiden	37
4.3.2 Intervjuenes gang	38
4.4 Analyseprosessen	41
4.5 Etske betraktninger	43
5.0 Analyse	45
5.1 De unge ansatte	45
5.1.1 Ortopeden Fredrik	45
5.1.2 Kardiologen Frida	49
5.1.3 Lungelegen Filip	51
5.2 De eldre lederne	57
5.2.1 Klinikksjefen Liv	57
5.2.2 Dermatologen Lars	60
5.2.3 Geriateren, overlegen og professoren Levi	64
5.3 "Med en gang vi blir styrt, så begynner vi å gjøre det som gir penger"	69
5.3.1 Sosialisert til flinkhetsrolle	70
5.4 Etikk	74
5.4.1 Risikabel sammensetning	76
5.5 "In the real world, så er det ikke plass til omsorg"	77
5.5.1 "Utskrivingsklar er du den dagen sykehuset vil bli kvitt deg"	77
5.5.2 DRG-sjonglører versus gode behandlere?	79
5.6 Oppsummering av funn	80
6.0 Avsluttende diskusjon	83
6.1 Vellykket sammenfletting	84
6.2 Økonomien overskygger	85
6.3 Aktiv motstand, lar etikken råde	86
6.4 Oppgaven i en større sammenheng	87
6.5 Videre forskning	88
Litteraturliste	89
Vedlegg 1	93
Vedlegg 2	95

1.0 Innledning

1.1 Viktigheten av et godt helsevesen

En ting er sikkert: Alle mennesker kommer i kontakt med helsevesenet i løpet av livet. Allerede ved fødselen, legges livet vårt i noen fremmedes hender. Videre i livet er vi innom helsevesenet i forskjellig grad, noen på daglig basis, andre svært sjelden, og for mange ender også livet omgitt av helsepersonell. Og om noe er felles for oss alle når vi blir syke og avhengig av medisinsk hjelp, er at vi ønsker at de som hjelper oss gjør det på best mulig måte, med de midlene de har til rådighet. Med sviktende kropp, smerter og usikkerhet, blir man sårbar. Man vil ha hjelp og trøst og overlater skjebnen til det man håper er dyktige fagfolk, som kan hjelpe deg gjennom sykdommen på mest mulig skånsomt vis. Det er dette vi har helsevesenet for. Legene skal gjøre det som står i deres makt for å redde liv og bidra til best mulig helse for sine pasienter. Det etiske fundamentet for de helsefaglige profesjonene skal sikre at alle pasienter behandles etter de samme prinsippene (Sunev, 2012). Lik rett til medisinsk behandling uavhengig av inntekt og sosial status har vært et høyt anerkjent mål for norsk helsetjeneste gjennom hele etterkrigstiden (Westin, 1999).

Her har vi grunnmuren de fleste er villige til å bygge videre på. Problemet er hvordan resten av byggverket skal reises, vedlikeholdes og finansieres. Hvordan fordele helsebudsjettet? Hvordan finansiere sykehus? I dag finansieres sykehusene i Norge 40 prosent gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) og 60 prosent dekkes av grunnbevilgning til de regionale helseforetakene. ISF har vært i bruk siden 1997, omfatter somatiske pasienter og baserer seg på en inndeling av behandlingen i grupper, inndelt på grunnlag av diagnoser i DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper). Refusjonene for en DRG er bestemt av historiske gjennomsnittskostnader ved å behandle pasienter i samme diagnosegruppe (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Når vi i Norge ivaretar kollektive goder og grunnleggende velferdstjenester gjennom offentlig tjenestetilbud, er begrunnelsen at markedet ikke er egnet til å frambringe og fordele dem. Bruk av markedskrefter gir ikke de beste løsningene ut fra en samfunnsøkonomisk vurdering eller i en velferdsøkonomisk betraktning. Derfor finansieres denne typen virksomhet av innbyggerne i felleskap, eller med avgifter basert på kostnadene ved å frambringe fellesgodene – ikke gjennom marked og forretningsvirksomhet (Jensen, 2013). Målet for staten er altså å fordele samfunnets goder og byrder på en rettferdig måte. I dette systemet kan

ikke et tiltak anbefales bare fordi det fører til god resultatoppnåelse, for eksempel at man får mer helse for hver krone. Det må også være i overensstemmelse med samfunnets rettferdighetsnormer (Lian, 2007). Men, enkelte har lenge hevdet at likhetsverdien er under press fra nyliberalistiske og populistiske strømninger, og at de nye økonomiske styringsmodellene bidrar til at innsatsen i helsetjenesten i stigende utstrekning betraktes som varer i et marked (Westin, 1999). Et sitat fra en lege i Lise Askviks bok *Helsesviket*, hvor 17 helsearbeidere i brevform skriver om sine erfaringer fra dagens helsevesen, setter ord på at noe har endret seg i helsevesenet:

"Jeg vet jo at legerollen endrer seg, på samme måte som rammevilkårene og hva folk forventer. Hva som er praktisk mulig rent teknisk i medisinen endrer seg også, men det jeg går og kjenner på nå er at jeg ikke lenger passer inn i dagens helsevesen. Jeg møter også et stadig større antall fortvilte pasienter som ikke får den hjelp eller forståelse de føler de trenger fra ulike nivåer i systemet. Så nå sitter jeg her og lurert på om det er systemet og dagens virkelighet som er totalt på vrangen, eller om jeg har utviklet meg til en bakstreversk gammel knark av en doktor som ikke orker forholde seg til nye trender, eller kanskje begge deler? Noe er feil. Obstfelders ord "Jeg er vist kommet paa feil klode! Her er saa underligt", føles veldig tatt på kornet" (Askvik, 2015, s. 51-52).

Denne legens følelse av at noe har endret seg, og at følelsen ikke er av det gode slaget, er bare ett av mange eksempler på helsepersonell som uttrykker misnøye med helsevesenet. De siste årenes tallrike reformer i helsetjenesten, har skapt en stemning av uro og usikkerhet. Behovet er stort for å forstå og orientere seg i det villnis av tanker, teorier, ideer og ideologier disse reformene mer eller mindre springer ut fra. Når denne legen signaliserer at "noe er feil", kan det være en effekt av de endringene som har skjedd både på den sosiale arenaen og i den økonomiske, kulturelle, teknologiske og politiske sfæren. Ny medisinsk kunnskap og teknologi har gitt stadig nye muligheter til diagnostisering og behandling av sykdom og lidelser, samtidig som folks forventninger til helsevesenet øker, og stadig flere aspekter ved menneskenes liv blir definert som relevante for profesjonell helsehjelp (Lian, 2007). Økt effektivisering av helseforetakene er derfor både ønskelig og nødvendig, men samtidig må man innse at gapet mellom hva som er mulig å behandle og det man har ressurser til, bare vil øke (Skaldehaug & Berthling-Hansen, 2008). Som et svar på denne utfordringen, med press på å øke effektiviteten, endres helsetjenesten i retning av å bli mer lik private bedrifter som kjøper og selger sine varer i et marked. Privat sektor og ideale markedsmodeller holdes opp som sentrale forbilder (Lian, 2007).

1.2 Mediefokus

Helt siden ordningen med innsatsstyrt finansiering trådte i kraft, har DRG-koding vært en

gjenganger både i tabloide medier og tidsskrifter. Den første store krisen kom med det Westin og Fosse (2003) kalte "historien om den varslede skandalen". Saken gjaldt en assistentlege ved Rikshospitalet i Helse Sør som hadde tilbudt "å skaffe" ørenesehalsavdelinger millioner av kroner fra staten ved å fikse statistikken over diagnoser, mot at han fikk ti prosent i provisjon. Helsedepartementet iverksatte tiltak for å kvalitetssikre kodepraksisen spesifikt i Helse Sør og kom med mer gjennomgående tiltak i alle helseforetak for å sikre ett felles sett av holdningsmessige og kulturelle verdier. Etter opprullingen har imidlertid flere sykehus kommet i søkelyset for det som kalles "kreativ koding" av medisinske diagnoser. Her er et knippe eksempler på overskrifter hvor DRG-systemet er i fokus: "Sørlandet sykehus Arendal: Trikset til seg 6,6 mill. ekstra" (Gedde-Dahl & Hafstad, 2003), "Jakter på lønnsomme pasienter" (Eliassen, 2003), "Lønnsomt å kaste ut dyre pasienter" (Samuelson & Hafstad, 2006), "Sykehusene prioriterer de friskeste" (Giæver, Høyem, & Steenbuch, 2005), "Stopp; helse skal ikke være butikk!" (Gjerdalen, 2015). Det blir hevdet at ordningen har den åpenbare svakhet at produktivitetsfokuset blir for ensidig fordi den innsatsfinansierte delen av inntektene ikke vektlegger kvaliteten på behandlingene, bare sammenhengen mellom medgåtte ressurser og "antall behandlinger" (Skaldehaug & Berthling-Hansen, 2008).

Kronikken «Ta faget tilbake» i *Tidsskrift for Den norske legeforening* (Wyller et al., 2013), er et annet eksempel på kritikk mot at sykehus styres med markedsmekanismer. Her har ti leger gått sammen og skrevet en kronikk hvor de krever slutt på at offentlige sykehus tvinges til å leke butikk. De mener helseforetak og sykehus styres som om de var produksjonsbedrifter med profittmål, og at behandling av pasienter kommer i andre rekke (Wyller et al., 2013). "Man har vel tenkt å få det beste fra kapitalismen, med insentiver og effektivisering og det beste fra sosialismen, med helhetlig ansvar og finansiering, men så har man fått det verste fra begge" sier Wyller til *Manifest Tidsskrift* (Marsdal, 2013). Han mener at sykehusenhetene konkurrerer i stedet for å samarbeide, at byråkratiet og rapporteringsregimet "overgår Sovjetunionen" i tillegg til en topptung styring ovenfra og ned (Marsdal, 2013).

1.3 Sosiologisk relevans

Som vi ser, er bruken av innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet et omdiskutert system. Resultatet av utviklingen som er skissert, er at presset på helsetjenesten øker, både på de som arbeider der og systemet som helhet. For legene innebærer utviklingen at de må takle vanskelige lojalitetskonflikter og etiske dilemmaer, blant annet kan deres lojalitet bli dratt mellom økonomiske og faglige hensyn, og mellom hensynet til arbeidsgiveren og til den enkelte pasient. Gapet mellom tilbud og etterspørsel stiller også helseprofesjonene overfor

vanskelige prioriteringer, hvor behovene til ulike pasienter må veies opp mot hverandre og mot ressursmessige hensyn (Lian, 2007). Hvordan opplever legene dette, som har sin faglige identitet forankret i en plikt om å kunne og skulle hjelpe og helbrede? Dette er sosiologisk interessant, da Zygmunt, May, Holm-Hansen & Veiden (2003, s.14) skriver at:

"... sosiologiens særtrekk er at den betrakter menneskelige handlinger som elementer i mer omfattende formasjoner, det vil si en ikke-tilfeldig samling av aktører som er knyttet sammen i et nett av gjensidig avhengighet (avhengighet forstått som en tilstand der sannsynligheten for at handlingen vil bli utført og sjansen for at den lykkes, påvirkes av hva andre aktører er, gjør eller kan komme til å gjøre). Sosiologer spør hvilke konsekvenser dette har for menneskelige aktører, de relasjonene vi inngår i, og de samfunnene vi er en del av."

Det sosiologisk interessante med DRG-systemet og legegruppen kan derfor være hvordan systemet påvirker legene som gruppe. Hvordan opplever legene de økonomiske insentivene? Helsetjenester får varens karakter, og de blir stilt overfor markedslignende omgivelser på sykehuset. Hvilke konsekvenser har disse systemene på det sosiale? Får det konsekvenser for hvordan legene tenker, forstår og handler? Hvilke oppfatninger finnes innenfor sykehusenes vegger? Flere mener at problemet med markedslogikken er at helsereformene anlegger et snevert syn på hvordan aktørene i helsetjenesten handler, og at de forsømmer å utvikle de etiske verdiene som springer ut av helseprofesjonens egen yrkesetikk (Grimsgaard, 2014). Hvordan opplever legene selv dette med etikk? Er de kritiske til ordningen eller synes de det er greit? Legene har i og for seg ikke noe valg om å kode eller ikke, da det er en pålagt del av arbeidet, men det interessante er hvordan kodingen oppleves i praksis. Bli de styrt til å tenke mer økonomisk, og er dette noe de merker? I det hele tatt, hvordan reagerer legegruppen på en slik ordning? Nå har jo ordningen vart i snart 20 år, og det er nærliggende å tro at leger har gjort seg opp en mening om hva de synes om systemet og at systemet har satt sine spor i form av normer for koding og praksis på de ulike sykehusene og avdelingene. Er det da forskjeller på de unge legene som ikke har jobbet under andre system og de eldre som husker da det ble innført? Har det utviklet seg forskjellig på ulike steder? Eller er hele legegruppen enig med de kritiske ti legene fra kronikken "Ta faget tilbake"? Jeg sitter igjen med en problemstilling hvor jeg ønsker å undersøke hvordan leger opplever systemet. Problemstillingene lyder derfor slik:

Hvordan forholder leger seg til DRG-systemet, og hvilke kritikker har de av systemet?

Opplever legene at de økonomiske insentivene gjennom DRG-systemet har noen påvirkning på deres arbeid, i så fall på hvilke måter?

En grundigere bakgrunn for hvorfor hver av problemstillingene er stilt og hvilken informasjon de er ment å gi, kommer i slutten av teorikapittelet.

1.4 Oppgavens gang

Oppgavens neste kapittel tar for seg historien bak innsatsstyrt finansiering, hvilket finansieringssystem som ble anvendt før ISF ble innført og tilsvarende historisk bakteppe for DRG-systemet. Mulige sideeffekter og senere resultater vil også bli nevnt. Deretter presenteres oppgavens teoretiske perspektiv. Problemstillingene skal problematiseres og forklares ved hjelp av Karl Marx' begrep om kommodifisering, Vivien Zelizers forståelse av pengers sosiale mening og et disiplinerings- og selvstyringsperspektiv fra Michel Foucault. Videre går jeg gjennom oppgavens metodiske design, valg som er blitt gjort og datainnsamlingen og analyseprosessens gjennomføring, før jeg går over på analysen. Der presenteres oppgavens empiriske funn, som analyseres ved hjelp av de teoretiske perspektivene og begrepene som blir presentert. Oppgavens avsluttes så med en avsluttende diskusjon. Litteraturliste og andre vedlegg kommer helt til slutt.

2.0 Bakgrunnen for ISF og DRG

Dette kapittelet begynner med en gjennomgang New Public Management, og hvilket tankegods derfra som har bidratt til den ideologien som råder når det gjelder styring i norsk offentlig sektor. Deretter gis et historisk bakteppe for hvordan ISF og DRG-systemet ble innført, før kapittelet avsluttes med mulige sideeffekter.

2.1 Tankegodset bak NPM

De offentlige velferdsinstitusjonene, deriblant sykehusene, har vært gjenstand for reformer som skaper markedslignende omgivelser (Lian, 2007). Ideologien bak kan forstås i lys av det som i litteraturen kalles *New Public Management* (NPM). Trenden omfatter de fleste vestlige industriland, og mektige organisasjoner som OECD og Verdensbanken har vært sentrale pådrivere i prosessen (Westin, 1995). I offentlige debatter blir NPM ofte assosiert med privatisering og markedsliberalisme, men det er likevel viktig å skille på at ideene fra NPM ikke først og fremst tar til orde for å overlate produksjon til markedet, men brukes for å effektivisere den offentlige produksjon ved å rekonstruere offentlige institusjoner i markedets og bedriftens bilde. Med andre ord dreier det seg om en form for sosial ingeniørkunst der elementer fra marked og private bedriftskulturer bevisst bygges inn i det offentlige (Vabø, 2007). En kan selvsagt spørre hvor rimelig det er å kalle det "new" lenger, da fenomenene har vært utprøvd i nærmere 40 år (Ramsdal & Skorstad, 2004). Christopher Hood (1991), som opprinnelig forbandt ideene med betegnelsen New Public Management, understreker at begrepet var ment som en samlebetegnelse for et helt spekter av administrative doktriner som ble forskrevet innenfor OECD. Doktrinene er til dels overlappende, dels i strid med hverandre, men forenes i en overordnet tro på at styringsprinsipper fra markeds- og bedriftslivet vil bidra til å effektivisere og vitalisere offentlig tjenesteproduksjon. De forenes også i en felles problemdiagnose som antar at den offentlige sektoren er for dyr, tungrodd og for lite lydhør til menneskene den skal betjene.

I Hoods flittig siterte artikkel, *A public management for all seasons* (1991), sammenfatter han syv punkter han mener sammenfatter den strømmen av nye styringsdoktriner som preget dagsordenen i de fleste OECD-land i løpet av 1980- og 90-årene:

- Større vekt på styringsfrihet (hands on management) enn på byråkratisk regelstyring
- Bruk av standarder og resultatkontroll
- Større vekt på resultatkontroll
- Nedbygging av hierarkier

- Større vekt på konkurranse
- Større vekt på ledelseskonsepter fra privat sektor
- Større vekt på disiplin og sparsommelighet i anvendelsen av offentlige ressurser.

Karakteristisk for NPM-reformene er at de lanseres som universelt anvendbare, "a public management for all seasons", egnet til å løse styringsproblemer på tvers av landegrensler, politikkkfelt og styringsnivå (Hood, 1991). Det må likevel presiseres at NPM er en samlebetegnelse, eller en handlekurv, som ulike land har fylt med egenvalgte ingredienser.

2.1.2 Et ekteskap mellom to idéstrømninger

Graver man i de intellektuelle røttene, mener Hood (1991) NPM kan sees som et ekteskap mellom to ulike idéstrømninger. Den ene siden er inspirert av nyinstitusjonell økonomi, public choice teori, transaksjonskostnadsteori og prinsipialagent-teori. Herfra kommer ideen om konkurranse, brukervalg og fokus på transparens og insentivstrukturer. Den andre siden er managerialisme, med ideen om ledelse som et eget kompetansefelt, overordnet teknisk ekspertise og at dette er uunnværlig for å oppnå resultater og utvikle en god bedriftskultur. Kravet om frihet til å velge i et fritt og åpent marked står imidlertid i en viss motsetning til kravet om frihet til å styre (frihet fra regelbyråkratiet) (Hood, 1991). De to idéstrømningene sammenfattes imidlertid gjennom en organisasjonsstruktur som markerer et tydelig skille mellom den som bestiller tjenester på vegne av befolkningen og den som påtar seg å utføre tjenestene.

Dette danner et bakteppe som kan være nyttig å ha i bakhodet for bedre å forstå logikken bak de nye helsereformene, og ISF er en del av denne større omorganiseringsprosessen (Eriksen, 2001). Så hva var det som førte til at innsatsstyrt finansiering ble innført?

2.2 Historisk blikk på sykehusfinansiering

En viktig målsetting med sykehuspolitikken i etterkrigstiden var å motivere fylkeskommunene til å bygge ut sykehussektoren. Kurdøgnfinansieringen som eksisterte fra 1975 til 1980, var utformet på en måte som motiverte i denne retningen (Hagen & Tjerbo, 2013). Grunnprinsippet i dette systemet var at man kalkulerte en døgnpris per sykehus, tilsynelatende basert på én faktor, nemlig liggetid. Hvert sykehus hadde én spesifikk døgnpris, hvor beregningen var basert på en rekke faktorer som blant annet pasientsammensetning, lokale kostnadsforskjeller og demografiske variabler. Hovedproblemet var at alt ble oppsummert i én variabel. Siden pasienter normalt er mest krevende de første døgnene etter innleggelse, antok man at systemet ga klare insentiver til å "holde sengene varme", ved å la

pasientene ligge lenger. Selv om det verserer historier og antakelser om at sykehusene utnyttet dette, finnes det få holdepunkter som bekrefter dette i liggetidstallene for perioden.

Utviklingen i liggetid per pasient fra 1968 til 2000 viser derimot at liggetiden i hovedsak har vært fallende i tilnærmet hele perioden, tilsynelatende uavhengig av finansieringssystem. Et poeng er at det skjedde endringer i for eksempel sykehjemsutbygging, som har hatt en viktig betydning for den dramatiske reduksjonen i liggetid (Pettersen & Bjørnenak, 2003). Et annet moment er at når behovet for helsehjelp økte, ble sengene fulle, og man måtte nødvendigvis sende hjem de friske for å få plass til de syke. Negativ kostnadsutvikling, kombinert med kostnadsoverskridelser og et unyansert finansieringssystem, var hovedårsaken til at rammefinansieringssystemet ble innført i 1980 (Pettersen & Bjørnenak, 2003).

Rammefinansieringsprinsippet gikk ut på at sykehusenes inntekter ble fastsatt gjennom statlige budsjetttrammer for eierfylkene, og skiftet den økonomiske risikoen over fra staten til fylkeskommunene (Hagen & Tjerbo, 2013). Hovedprinsippet med rammefinansiering er at virksomheten tildeles et fast beløp hvert år, basert på en rekke ulike faktorer. Historisk kostnadsnivå, pasientgrunnlag og demografiske forhold var blant de viktigste. En av grunntankene i rammefinansieringssystemet var at rammene representerer de totale kostnadene i perioden. Det vil si at budsjettrestriksjonene er harde og at de ikke kan justeres i løpet av året. For sykehusene ble ikke dette tilfelle. Sykehusbudsjettene ble nærmest systematisk overskredet, da budsjettet ofte ble satt på et lavere nivå enn året før, men samtidig la opp til økt aktivitet. Kombinasjonen av myke budsjettrestriksjoner og rammebudsjettering kan virke som et lite gjennomtenkt system. De mye budsjettrestriksjonene kan også peke mot at legene ikke ble satt under særlig økonomisk press for å nå budsjettene, siden de visste at om de gikk med underskudd, måtte fylkeskommunen bevilge mer penger. Imidlertid hadde man en positiv kostnadsutvikling på 80-tallet, i form av reduserte gjennomsnittskostnader per behandlet pasient. Årsaken var at selv om kostnadene økte, økte volumet enda mer. Systemet kan derfor ses som en metode der budsjettet ble løpende justert i forhold til aktivitetsnivået, snarere enn et fast rammesystem. Likevel ble overskridelser og mangel på insentiver til økt produksjon brukt som hovedargument mot systemet. Mange hevdet at "det belønner de minst effektive og straffer de mest effektive" (Pettersen & Bjørnenak, 2003). Dette førte til et nytt skifte i finansieringssystemet mot slutten av 90-tallet. Nå var ikke problemet for sterk kostnadsvekst, men for lav aktivitetsvekst. Stykkprisfinansiering mente man derfor kunne være svaret, hvor de effektive ville belønnes og de ineffektive straffes (Hagen & Tjerbo, 2013). Det er først i dette skiftet at man ser tydelige tegn på inspirasjon fra NPM, med et

ønske om større effektivitet og en form for resultatstyring hvor sykehusene belønnes ut i fra hvor mye de presterer.

I 1997 fikk fylkeskommunene muligheten til å innføre innsattsstyrt finansiering (ISF), en kombinasjon av rammer og aktivitetsbasert finansiering basert på DRG-systemet, og var ment som virkemiddel for å øke antallet behandlede pasienter. Fra 1999 hadde alle fylkeskommunene innført ordningen. Som i kurdøgnperioden (1975-1980) var sykehusenes inntekter nå koblet til aktivitet, mer og mer aktivitet førte til mer inntekter. Men det er likevel vesentlige forskjeller med systemene. Den viktigste er at prisen for behandlingen er fastsatt på forhånd basert på gjennomsnittlige kostnader, og ikke av faktisk kostnadsutvikling (Hagen & Tjerbo, 2013). Prisene beregnes som andel av de gjennomsnittlige beregnede kostnadene i hver enkelt pasientgruppe, med normerte priser. Med dette systemet ble det antatt at sykehusene reagerer på de økonomiske insentivene på en slik måte at det blir lønnsomt for dem å øke aktiviteten, uten å øke kostnadene. Problemet er at det er vanskelig å forutsi sykehusenes tilpasning (Pettersen & Bjørnenak, 2003). Man kan også spørre seg om det var sykehusets ledelse som skulle motiveres til å økt produksjonen, eller om den menige lege også skulle være bevisst de økonomiske refusjonene tilknyttet hver DRG-kode, og dermed tenke på lønnsomhet i forhold til behandlingen av pasienter.

Et problem med ISF ble imidlertid raskt avdekket. Hvis aktivitetsveksten ble høyere enn planlagt, ville sykehusene gå med underskudd. Dette har sammenheng med at den aktivitetsbaserte delen bare utgjorde mellom 40 og 60 prosent av forventede inntekter. I de fleste tilfeller var det for lavt til å dekke marginalkostnadene. Et tiltagende problem etter innføringen av ISF var manglende samsvar mellom forventet og faktisk aktivitetsvekst. Innføringen av delvis aktivitetsbasert finansiering ledet til økt aktivitet og reduksjon av ventetider, men også til budsjettoverskridelser, underskuddsoppbygging og tilleggsbevilgninger fra staten. Det ble slått fast at fylkeskommunene hadde store problemer med styringen av sykehusøkonomien. Til tross for at ISF førte til økte ressurser til sykehusene, hadde de økonomiske problemene blitt mer fremtredende (Herfindal, 2004). Debatten om eierskap og tilknytningsform mellom sykehus og eier tiltok dermed i styrke (Hagen & Tjerbo, 2013). Helseminister Tore Tønne (AP) konkluderte debatten våren 2001 med følgende:

"En eier som ikke har ansvar for og hånd om finansieringen, er i realiteten en svak eier. Og finansieringsansvarlig som ikke har et tilhørende beslutningsansvar, blir også en svak aktør. Det eneste som kan gi et normal eieransvar, er å samle disse funksjonene. I praksis er det bare

staten som kan ha en slik rolle" (Statsråd Tore Tønne, 3.april 2001 i Hagen & Tjerbo, 2013 s.70).

Sykehusreformen fra 2002 kan forstås som et svar på de styringsmessige utfordringene man observerte rundt tusenårsskiftet. Staten tok over eierskapet av sykehusene, og det ble etablert foretak som var selvstendige rettssubjekter, jamfør det som har skjedd med universitetene. Dette innebar en styrking av statens rolle som eier og en klar avpolitisering av sykehussektoren (Hagen & Tjerbo, 2013). Selv om ikke den innsatsstyrte finansieringen ikke direkte ble berørt av endringen med de nye helseforetakene og ny eier, kom markedstenkningen fra NPM enda mer til syne, noe man også kunne se refleksjoner av i medieoppslag som tidligere vist. Den aktivitetsbaserte komponenten i ISF som i utgangspunktet var 30 prosent, økte etter hvert, og hadde sin høyeste andel i 2003 og 2005 med 60 prosent. Siden har den vært på 40 prosent (Hagen & Tjerbo, 2013).

Tankegangen bak ISF er altså at staten skal få til en fornuftig utvikling, forutsatt at legene innretter seg etter de insentivsystemene som er utbygd. Staten kan for eksempel stimulere til mer poliklinisk behandling og dagkirurgi, ved at sykehusenes nettogevinst på disse områdene skal være større enn nettogevinsten på innlagte pasienter (Eriksen, 2001). Legenes handlingsrom skal styres utenfra, samtidig som handlingsrommet også styres innenfra, idet DRG stiller krav til legekollektivet om å overvåke hverandre. Statens helsetilsyn anbefalte i 1999 at hver avdeling skulle utpeke en "kodeansvarlig", som sikrer at legene forstår kodeverket, at de koder korrekt og likt (Tøndel, 2006). Hvordan legene *faktisk* forholder seg til det og hvilke konsekvenser det får for deres arbeidshverdag, er derimot vanskeligere for staten å forutse. ISF baserer seg på DRG-systemet, som også har en egen historie.

2.3 DRG-systemets opprinnelse og utvikling

Arbeidet med DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper) begynte på slutten av 1960-tallet ved Yale-universitetet i USA (Magnussen, 1986), der interessen for metoder som måler produksjon i sykehusene var sterk allerede den gangen (Aas, 1988). Likevel var behovet for å begrense den sterke økningen i sykehusutgifter den viktigste årsaken til det intensive arbeidet med å utvikle DRG som system. Utgangspunktet var et refusjonssystem som opprinnelig kom fra industrien, basert på en inndeling av grupper i forhold til refusjonsstørrelse. Dette prinsippet var ønsket videreført og tilpasset behovet for en problemløsning relatert til kvalitet, effektivitet og kostnader innen helsesektoren (Jørgenvåg & Hope, 2005). Stadig flere amerikanske delstater og ulike typer sykehus å benytte seg av DRG som finansieringssystem

fra 1982 og utover (Aas, 1985). Ved hjelp av DRG-systemet så man for seg at man kunne ivareta økonomiske hensyn i større grad enn tidligere.

DRG åpnet for muligheten til å anvende produktivets- og effektivitetsmål hvor det ble tatt hensyn til pasientsammensetning, noe som ble ansett som en betydelig endring. Fra å måle sykehusenes output definert som de varer og tjenester sykehuset gir pasientene, åpnet DRG for at sykehusets output kunne defineres som den utskrevne pasient (Aas, 1985). Norge, sammen med en rekke andre land, som Canada, England, Belgia, Sverige og Portugal vurderte DRG-systemets muligheter i 1985, på bakgrunn av de amerikanske erfaringene. I Norge var formålet med innføringen av DRG å sikre at den allerede høye kapasitetsutnyttelsen ble opprettholdt, og å kunne få flere pasienter gjennom systemet enn hva som hadde vært mulig tidligere. Dette ville eksempelvis kunne øke sykehusenes handlefrihet til å prioritere mellom ulike pasientkategorier og behandlingsformer (Vik & Magnussen, 1989).

I følge Magnussen (1986, s. 6) var det viktig at grupperingen skulle kunne gjøres medisinsk meningsfull, da den skulle bli benyttet i andre sammenhenger enn de rent finansielle og fordi den måtte aksepteres og forstås av de andre aktørene på sykehuset. Slåttembrekk (1990, s. 7) fremhever arbeidet med å tilpasse DRG til bruk på norske sykehus – noe som omfattet definisjoner av systemet, beregningen av kostnadsvekter, samt iverksetting på enkelte sykehus – som starten på en prosess "hvor både klinikere og administratorer blir seg mer bevisst viktigheten av kostnadsinformasjon". Gjennom en bevisstgjøring hos leger av at arbeidet de gjør koster og at DRG er en nødvendighet, skal DRG oppfattes som en rutine og ikke et fremmedlegeme (Tøndel, 2006).

Forventningene de amerikanske designerne av DRG stilte til systemet, ble til en viss grad også den norske stats forventinger til systemet: En standardisering av praksis, å produsere en felles agenda blant flere aktører på ulike arenaer, skape et felles språk, gi de administrerende og politikerne tilgang til legenes arbeid, tallfesting og kvantifisering (Tøndel, 2006). Det kan synes som om DRG etter hvert skulle medføre en standardisering av praksis. Optimalt sett skal legene "glemme" at DRG er der, fordi legene må fokusere på utredning og behandling av pasienten. Når data er registrert, er fakta om pasienten ferdig utarbeidet, og kan benyttes i DRG-sammenheng. Det ligger en tydelig, men ikke uttalt realistontologi til grunn her, om at en kode svarer til en virkelighet som er upåvirket av legens koding, og av at koden deretter kan forflyttes mellom ulike brukskontekster (ibid.).

2.4 Mulige sideeffekter ved bruk av ISF og DRG

Uansett hvilken fordeling man velger mellom ramme- og stykkprisfinansiering, er det ifølge Pettersen & Bjørnenak (2003) i hovedsak to typer inntektsmotiverte tilpasningsstrategier. Den ene er at sykehuset kan utnytte muligheten i DRG-systemet til å øke inntektene uten å øke aktiviteten. Det kan skje ved at man i større grad koder komplikasjoner, plasserer pasienter i mer "lønnsomme" DRG-er, skriver ut pasientene og legger pasienter inn igjen for å få betalt to ganger for samme pasient. Eller legger inn pasienter som eventuelt kunne vært behandlet poliklinisk, og dermed få større inntekter. Den andre typen tilpasning er å velge ut de mest lønnsomme pasientene for sykehuset. Begge disse gir imidlertid mindre samfunnsmessig effektivitet. Grunnen til at stykkprissystemet inneholder en rekke mulige uheldige tilpasninger, skyldes at DRG-systemet gir muligheter til manipulering. For eksempel kan en nasjonal gjennomsnittspris ha ulik effekt på ulike avdelinger, da ressursbehovet for gjennomsnittspasienten kan variere betraktelig fra sykehus til sykehus. Dersom den nasjonale gjennomsnittsprisen ikke er kostnadsdekkende for en avdeling, kan det medføre to situasjoner: Avdelingen kan velge å behandle alle pasientene, med det resultat at avdelingen går med underskudd uten at den egentlig er uproduktiv. Alternativt kan de avvise de mest ressurskrevende pasientene innen enkelte diagnosegrupper, og tilgjengeligheten til behandling for spesielt ressurskrevende pasienter reduseres. DRG-systemets eventuelle effekt på klinisk kvalitet har også vært et sentralt tema, hvor en hypotese er at økt kostnadskontroll kan medføre innsparinger, men også til redusert kvalitet (Pettersen & Bjørnenak, 2003).

3.0 Oppgavens teoretiske forankring

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for oppgavens teoretiske fundament. Først presenterer jeg Karl Marx' syn på kommodifisering, varefetisjisme og reifikasjon, før jeg videre omformer dette til mitt bruk, så begrepene blir fruktbare redskaper for å forstå legene. Videre vil jeg redegjøre for Vivien Zelizers alternative måte å forstå menneskers måte å forholde seg til penger og økonomi på. Til slutt lanseres Michel Foucaults maktforståelse gjennom begrepet *governmentality*, som et interessant verktøy for å forstå de maktmekanismene som utspiller seg i dette systemets interaksjon med leger. Til slutt vil jeg operasjonalisere problemstillingene i forhold til oppgavens teoretiske forankring.

3.1 Arven fra Marx

Grunnmuren for Marx' teoretiske byggverk om sosiale strukturer, og hvor arbeidet hans er mest tydelig knyttet til hans syn på menneskelig potensial, er i analysene av *commodities*, som kan oversettes til *varer* på norsk (Ritzer, 2011). Ved å starte med varen, gjorde Marx det mulig å påvise kapitalismens natur. For Marx (2008 [1867]) var kommodifisering den prosessen som finner sted når økonomisk verdi tillegges noe som tradisjonelt sett ikke er knyttet til økonomi, og produktet av denne prosessen er en vare. Ifølge Marx hadde varer både en *bruksverdi* og en *bytteverdi* (Marx, 2008 [1867] s.43). Varens bruksverdi er den funksjonen varen har for å tilfredsstille et menneskelig behov. Slik det var i føydalsamfunnet, inngikk ikke varene i en byttehandel, men det de produserte ble direkte konsumert. I kapitalismen mener Marx at denne prosessen tar en farlig vending og skaper en ny form (Ritzer, 2011). For der varer tidligere ble produsert for en selv eller andre i lokalsamfunnet, produserer man i kapitalismen for noen andre (kapitalisten). Da har varen fått en *bytteverdi* og blir byttet på et marked for penger eller andre objekt. Alle varer kan sammenlignes ved deres bytteverdi, og varens bruksverdi mister da sin betydning. Å sammenligne varers bruksverdi kan være vanskelig. For der brød tilfredsstiller sult, og et par sko beskytter beina, er verdien av de to vanskelig å bestemme, da de er kvalitativt forskjellige. I en bytteprosess må altså varene sammenlignes, et par sko kan bli byttet mot seks brød, og da er bytteverdien kvantitativt forskjellig. Videre er bytteverdien separert fra den fysiske egenskapen til varen. For bare ting som kan spises har bruksverdien å tilfredsstille sult, mens alle varer kan ha bytteverdi i dollar (Ritzer, 2011). En vare har altså bare verdi i relasjon til en annen vare, og bytteverdien er et produkt av et sosialt rammeverk i en spesifikk sosial og historisk utvikling heller enn et substans som eksisterer i en vare (Morrison, 2006). Ifølge Marx (2008 [1867])

ville penger flate ut det sosiale livet, og erstatte ulike sosiale relasjoner med standardiserte, upersonlige varebytter.

3.1.1 Varefetisjisme

Varer er et produkt av menneskelig arbeid. Likevel mente Marx at varene kan bli separert fra de opprinnelige behovene og meningen til den som lagde varen. Når bytteverdien skilles fra den opprinnelige varen og ser ut til å eksistere separat fra menneskelig bruk, blir man ledet til å tro at varen og markedet har uavhengige eksistenser. I et fullt utviklet kapitalistisk samfunn, blir dette realitet når varene og deres marked blir et eget selvstendig fenomen. Varen tar en uavhengig, nesten mystisk ekstern virkelighet, noe Marx kaller *fetishism of commodities* (Ritzer, 2011). Marx mener at når en ting "opptrer som en vare" får den en "gåtefull karakter" (Sørhaug, 2016). Fetisering skaper "tinglige forhold mellom personene og samfunnsmessige forhold mellom tingene" (Marx, 1976 s.64 i Sørhaug, 2016 s.85). Varene blir menneskelige og menneskene blir tinglige. Fetisering består dermed i å behandle ting som personer, eller mer presist å behandle relasjoner mellom ting som relasjoner mellom personer, og alt dette foregår bak ryggen på dem det angår. "De vet det ikke, men de gjør det", er Marx' karakteristikk av dette forholdet som etter hvert skulle bli berømt under det han kalte "falsk bevissthet" (Sørhaug, 2016). Marx mente altså at varene i kapitalismen kan begynne å leve sitt eget liv separat fra menneskelige behov. Kortversjonen er at ting blir forstått som verdifulle fordi de (misvisende) tillegges evnen til å arbeide og til å være verdiskapende. Dette skaper en dobbel fremmedgjøring. Arbeiderne blir fremmede både overfor sine arbeidsprosesser og sine arbeidsprodukter. Forestillingen om at tingene arbeider, devaluerer det menneskelige arbeid, gjør det mindre verdt og fratrar arbeiderne rettigheter i produktet. "Det menneskelige faller i det tingliges skygge". Arbeidet blir standardisert, rutinisert og på en måte automatisert. Det kan gjøre arbeideren til et tilpasset "vedheng" til maskinen (Sørhaug, 2016).

3.1.2 Reifikasjon

Marx' syn på varer og varefetisjisme tar oss fra nivået til den individuelle aktør til sosiale strukturer på makronivå. Gjennom varefetisjmen mente Marx at økonomien opptrer som en uavhengig, objektiv virkelighet ekstern fra aktøren. Slik blir varefetisjisme omformet til konseptet om reifikasjon. Et enklere ord for reifikasjon er tingliggjøring, som henspiller på den prosessen der man begynner å tro at menneskelig skapte sosiale former er utenfor deres kontroll og uforanderlig. Reifikasjon skjer derfor når denne troen blir en selvoppfyllende profeti og strukturene får de karakteristikkene de er tillagt. Ifølge Marx blir man derfor hypnotisert av økonomiens objektivitet og autoritet, for økonomien er ikke en objektiv

naturlig ting, men en form for dominans. Slik mennesker tingliggjør varer og andre økonomiske fenomen, mener han også at man tingliggjør religiøse, politiske og organisatoriske strukturer (Ritzer, 2011). Reifikasjonskonseptet kan dermed forstås som den prosessen der vi mennesker fortolker det som i virkeligheten er skapt av oss selv gjennom våre handlinger. Virkeligheten blir da et eksternt objekt, utenfor og uavhengig oss selv, som kun legger føringer og ikke kan endres, og som aktører underlegges (Gardiner, 2009). Som oftest skjer imidlertid ikke ren reifikasjon; mennesker leter som regel i varierende grad etter muligheter til å tilpasse seg ut fra egne premisser.

3.1.3 Oppgavens nytte av arven fra Marx

Marx' konfliktfylte perspektiv kan virke hardt og brutalt. Og skal man overføre dette på leger og deres bruk av DRG-systemet direkte, kan det bli for voldsomt. Jeg tror likevel at jeg kan dra nytte av denne arven fra Marx i oppgaven. Som tidligere nevnt, er det flere som har poengtert både i media og i fagtekster at markedsorienterte reformtiltak bidrar til at helsetjenesten står i fare for å bli omdannet fra et velferdsgode til en vare (Lian, 2007, Westin & Fosse, 2003). Denne transformeringen mangler et dekkende norsk begrep. Lian (2007) har laget det nye begrepet *varifisering*, som hun definerer på følgende måte: "*Varifisering betegner den prosessen hvor ting eller tjenester forvandles til varer gjennom at de eksponeres for markedsmekanismer*" (Lian, 2007 s.218). Det er en slik tilnærming til kommodifiseringsbegrepet jeg ønsker å bruke, hvor noe som opprinnelig ikke er en vare, får varens karakter. I denne sammenheng vil det si den prosessen der pasientbehandlinger, sykdommer og diagnoser blir prissatt gjennom DRG-systemet. Slik blir behandlingen legene gjør til en objektiv størrelse og omdannet til en refusjon, med andre ord – en inntekstkilde for sykehusene. Optimalt sett hadde ikke legene blitt påvirket av dette, hvis koding og prioritering av pasienter skjer fullstendig uavhengig av hvilken takst kodene har. Som nevnt tidligere ser det ikke ut til å være tilfelle blant alle. For hva kan skje når sykdommer blir prissatt og legene må forholde seg til et system med økonomiske insentiver? Det er dette varifiseringsbegrepet og et bakteppe fra Marx kan bidra med å forstå, nemlig de virkningene som kan oppstå ved at menneskelige sykdommer gjøres målbare og videre prissettes.

I likhet med Marx, som mente at man måtte starte med varen for å påvise kapitalismens natur, tror jeg at å se på DRG-systemet som en varifisering av diagnoser og behandlinger, kan være et redskap for å forstå hvordan leger forholder seg til systemet. Når noe tillegges økonomisk verdi som tradisjonelt ikke er knyttet til økonomi – slik som sykdommer – skjer det noe som også har en påvirkning på de som jobber med varen. Hvis vi for eksempel tar en konkret

DRG-kode som nyresvikt, er dette opprinnelig en *tilstand* som kan ramme mennesker, som har blitt en diagnose. Idet diagnosen nyresvikt har fått en konkret kode, som utløser en viss pengesum, har nyresvikt også fått en bytteverdi, hvis vi følger Marx' tankegang. Dette gjør den kvantitativt målbar satt opp mot andre mer eller mindre lønnsomme DRG-koder. Av den grunn kan man anta at de tidligere kode-skandalene på norske sykehus er blitt utført fordi enkelte koder er mer lønnsomme enn andre, og man trenger inntekt i en ellers økonomisk presset situasjon. Selv om diagnosens "bruksverdi" er vanskelig å måle – hvordan sette pris på sykdom? – har diagnosen fått en objektiv størrelse gjennom DRG-systemet. Marx hevdet som tidligere nevnt at penger ville flate ut det sosiale livet og erstatte sosiale relasjoner med standardiserte, upersonlige varebytter. Faren ved en slik objektivisering er altså ifølge Marx at når sykdommen er prissatt, kan systemet få slike følger. Faren er at de opprinnelige sosiale relasjonene mellom pasient og lege blir byttet ut med standardiserte og upersonlige varebytter, der pasientens "vare" er sykdommen pasienten trenger behandling for. Da vil sykdommens art avhenge av hvilken bytteverdi den har, og slik kan lønnsomme pasienter prioriteres foran ulønnsomme.

Hvis dette skjer har det oppstått varefetisjisme, hvor varene blir menneskelige og menneskene blir tinglige. Ting blir forstått som verdifulle fordi de tillegges evnen til å være verdiskapende, slik enkelte DRG-koder tillegges evnen å være verdifull for avdelingene. Hvis vi snur på dette, og ser på legenes arbeid som det som blir varifisert, og at dette skaper en dobbel fremmedgjøring i henhold til Marx, blir legene fremmede både overfor sine arbeidsprosesser og sine arbeidsprodukter. At mennesket faller i det tingliges skygge, kan skje ved at legene er bevisste på at det er DRG-kodene som gir inntekt, og at denne virkeligheten overskygger det opprinnelige arbeidet. Det viktige blir å fylle ut DRG-koden, som overskygger pasientens egentlige tilstand, og man begynner å se pasienten gjennom DRG-koden. Hvis det i tillegg oppstår reifikasjon har legene godtatt systemet og oppfatter det som et fullstendig definerende og uforanderlig faktum, som ikke kan endres på og noe legene forsøker å tilpasse arbeidet etter. Det blir tatt for gitt, samtidig som man selv har bidratt til å skape denne virkeligheten gjennom sine handlinger, og videre oppfatter det som et eksternt objekt.

Når pasientenes lidelser blir varifisert, med standardiserte, rutiniserte og automatiserte leger som konsekvens, kan altså relasjonen mellom pasient og lege bli skadelidende – spesielt pleie- og omsorgsrelasjoner. Dette innebærer en fare for tingliggjøring av dens innhold, hvor kvalitative, menneskelige og individuelle aspekter ved virksomheten erstattes av noe som er mer objektivt, rasjonelt og kalkulerbart. Ikke minst er faren til stede for at både legene og

pasientene blir frarøvet sine menneskelige egenskaper og redusert til ting eller objekter med kun instrumentell verdi (Lian, 2007).

Bildet som er tegnet her, er hardt og kaldt. Det er vel neppe helt slik det forholder seg innen sykehusets vegger. Likevel tror jeg perspektivet kan være et verktøy for å forstå konsekvenser som følge av varifisering av sykdom. Det vil neppe finnes i en ren form, men jeg tror det kan bidra med å forstå legenes erfaringer om hvilken påvirkning DRG-systemet har for deres arbeidshverdag. Siden jeg ser på dette perspektivet som mangelfullt, skal jeg nå illustrere hvordan legene kan forholde seg til økonomi på andre måter.

3.2 Zelizers perspektiv om å legge mening i penger

En av kritikkene mot DRG-systemet, er at systemets økonomiske insentiver i noen tilfeller kan konkurrere med rettferdighetsprinsippet i norsk helsevesen. Varifiserings-perspektivet støtter opp om dette perspektivet, ved at de kvalitative sidene i en lege-pasient-relasjon står i fare for å komme i bakgrunnen når sykdom varifiseres. Dette forutsetter at legene lar seg påvirke av de økonomiske insentivene og handler strategisk etter hva som er mest lønnsomt. Men, vi har tidligere i oppgaven sett at systemet har blitt kritisert, også av leger, som ikke ønsker markedsmekanismer og økonomisk innblanding i jobben sin. Jeg ser altså et behov for et konkurrerende syn på hva som skjer når helse varifiseres. Kan det hende at legene legger en annen betydning i DRG-kodene enn å se pasientene som lønnsomme eller ulønnsomme? Kan legers etiske holdninger gjøre at de forholder seg annerledes til økonomien?

Vivien Zelizer er økonomisk sosiolog og professor ved Princeton University i USA. Hun skriver i boken *The Social Meaning of Money* (1997) at en ideologi med stor makt i vår tid er at penger er et enkelt, utskiftbart og absolutt upersonlig instrument – selve essensen av vår rasjonaliserte moderne sivilisasjon. Pengenes "colorlessness", som Simmel så det i inngangen til det tjuende århundre, har fargelagt den moderne verden i en fargeløs, grå valør. Han fremstilte penger som prototypen av et instrumentelt og kalkulert middel, og som "the purest reification of means". Penger var slik fri fra kvalitative kvaliteter og bare styrt av kvantitet, noe som gjorde penger til et perfekt medium for økonomiens bytter. Han avviste entydig at penger kunne være "stained with blood", noe han oppfattet som en sentimentalitet som fullstendig mister sin betydning ved pengenes stadig voksende likegyldighet. Når penger ikke er noe annet enn "bare penger", har den en uangripelig frihet og ubegrenset bruk (Zelizer, 1997, s. 7). For Marx, som så på penger som den ultimate objektiverer – en gud blant varer – var penger noe uimotståelig og radikalt som invaderte alle arenaer for sosialt liv. Penger

homogeniserer alle kvalitative distinksjoner til en abstrakt kvantitet. Et halvt århundre senere, bekreftet Simmel Marx' diagnostisering – penger ødelegger unikhet, samt personlige og sosiale verdier med sin fargeløshet og likegyldighet, og slik graver penger kjernen ut av tings spesifikke verdi. Både Marx og Weber pekte på den fundamentale motsetningen mellom rasjonell pengeøkonomi og personlige bånd. Ifølge Zelizer (1997) har dette utilitaristiske perspektivet på penger hatt bemerkelsesverdig sterkt grep over teoretisering av penger.

Zelizer (1997) mener at alle andre nyanser ble tråkket på av den nye kvantitative logikken som bare spør om "hvor mye" og ikke "hva og hvordan". Følger vi denne tankegangen, er penger et ødeleggende instrument som erstatter personlige bånd med kalkulerbare, instrumentelle bånd. Mens konservative har beklaget det moralske forfallet forårsaket av den økende velstanden, har radikale fordømt kapitalismens dehumaniserende effekt. Men begge med den samme grunntanken; oppsvulmingen av kapitalismen er kilden til det onde. Zelizer mener at samfunnsvitere har behandlet penger paradoksalt selv om penger er antatt å være basiselementet for det moderne samfunnet, er det nemlig lite sosiologisk analysert. Hun refererer til Randall Collins som har uttalt "as if it were not sociological enough". Dette resulterer i at penger som intellektuell konstruksjon først og fremst forblir i økonomenes domene - en verden der individer handler som rasjonelle aktører i en markedstransaksjon, som tar beslutninger basert på pris og kvalitet, og hvor alle penger er like. Er det slik, at når økonomien formerer seg, etterlates et kaldt, distansert og kalkulert sosialt liv? Ifølge Zelizer (1997) er standardsvaret ja, men det er her hun fremsetter et konkurrerende syn på slike mangelfulle oppfatninger.

3.2.1 Sosial differensiering av penger

Penger *kan* ha ulike sosiale betydninger, alt etter hvilken mening individer legger i dem, for penger er verken kulturelt nøytrale eller sosialt anonyme. Til tross for den vanlige "a dollar is a dollar", mener Zelizer at folk stadig identifiserer, klassifiserer, organiserer, bruker og sparer penger på mange ulike måter mens de samtidig håndterer ulike sosiale relasjoner (Zelizer, 1997). Penger kan ødelegge verdier og konvertere sosiale bånd til tall, men verdier og sosiale relasjoner forvandler også penger ved å gi det mening og sosiale mønster. Hun eksemplifiserer dette med å vinne i lotto, og hvordan dette er forskjellig fra en vanlig lønnsjekk, til tross for at summen kan være lik. Ærlige eller skitne penger er også grunnleggende forskjellige med sine etiske skillelinjer. Hun trekker fram et eksempel fra Oslo på 1980-tallet hvor prostituerte kvinner praktiserte en "delt økonomi". Penger fra velferdsbidrag og legale inntekter ble nøye budsjettert og brukt fornuftig på "vanlig liv" som å

betale leie og regninger, mens penger tjent på prostitusjon ble fort brukt opp på å gå på byen, på narkotika, alkohol og klær. Det paradoksale er at selv om de legale pengene ikke strakk til og at de slet med å få endene til å møtes, ble likevel pengene de tjente på prostitusjon fort brukt opp. Dette ble tolket som at de skitne pengene så ut til "å brenne hull i lomma", de *måtte* brukes fort. Det viser er at folk behandler penger og økonomi ulikt, basert på hvilken kontekst pengene befinner seg i og hva de skal brukes på.

For til tross for pengers overførbarhet, gjør folk stadig forsøk på å infiltrere penger i spesielle tider, steder og sosiale relasjoner. Mens penger har en nøkkelrolle i det rasjonelle moderne økonomiske markedet, eksisterer det også på utsiden av denne sfæren, hvor de er påvirket av kulturelle og sosiale strukturer. Hun viser også til at folk øremerker penger som brukes til ulike ting, på samme måte som man tilpasser ulike former for språkbruk for forskjellige sosiale kontekster. I tillegg finnes det mange normer forbundet med penger, for eksempel vil en servitise reagere med vantro om man hadde tipset med en tusenlapp. Penger som brukes til rasjonelle instrumentelle bytter er altså ikke fri fra sosiale regler, men har et eget sett av verdier og normer, alt etter sammenhengen (Zelizer, 1997).

3.2.2 Økonomi i møte med intimitet - en dømt fiasko?

Zelizer skriver også om at å blande intimitet med bedrifter eller andre økonomiske organisasjoner, ofte er oppfattet som at man kan vente seg ineffektivitet, favorisering og fiasko. Zelizer mener derimot at dette er feil. Det er ikke dømt til å feile, men det kan være vanskelig å finne en god kombinasjon mellom intimitet og økonomisk aktivitet. Ifølge Zelizer går argumentasjonen slik: Penger forgifter intime relasjoner og intime relasjoner undergraver den rasjonelle effektiviteten av økonomisk aktivitet. Slik argumentasjon undergraver imidlertid noe fundamentalt. For i hverdagslivet blander folk stadig vekk intimitet med mange former for økonomisk aktivitet. Intime relasjoner mellom ektefeller, kjærester, foreldre og barn, leger og pasienter – alle avhenger av en økonomisk aktivitet. Vanlige misoppfatninger stenger altså av for vår forståelse av hvordan intime forhold og økonomiske transaksjoner faktisk blandes (Zelizer, 2010).

3.2.3 Risikabelt, men ikke umulig?

Når det intime liv møter markedet, vil dette ifølge Zelizer (2010) føre til en markedsstruktur preget av såkalte "risky exchanges". Slike bytter handler om det moralske problemet som oppstår når en intim vare eller tjeneste byttes mot penger. Zelizer (2010, s.267) tar i sin bok utgangspunkt i baby markedet, hvor hun betegner de intime bytteforholdene i et slikt marked

som "risky exchanges". Kommersiell surrogati tøyser de moralske grensene for hva som kan legges ut for salg og kjøpes på et internasjonalt eller nasjonalt marked. For å forstå hvordan risky exchanges fungerer, mener Zelizer (2010) at man må bevege seg bort fra klassiske forståelser av kommodifisering, som ikke tar hensyn til overlappen mellom den økonomiske og den intime sfæren. Selv om prissetting av diagnoser er svært annerledes fra kommersiell surrogati slik Zelizer skriver om, er sammensetningen noe av det samme. Når helsetjenester kommodifiseres, risikerer man å rasjonalisere noe som opprinnelig er sterkt preget av pleie og omsorg.

I motsetning til Marx' ensidige vektlegging av økonomi, foreslår Zelizer (2010) at økonomiske transaksjoner og intime bånd overlapper i moderne økonomisk liv. Som vi tidligere har sett, mener hun at alle stadig blir konfrontert med en rekke økonomiske dilemma, og at mange av disse involverer intime bånd. Intimt liv i møte med markedet, skaper paradoksale reaksjoner. På den ene siden kan man reagere med avsky og ubehag når liv eller sykdom blir prissatt, mens man samtidig omfavner livsforsikringer og andre kompensasjonsordninger når det gjelder skade eller tap av liv. Ifølge Zelizer (2010) må man se nærmere på hvordan økonomiske aktiviteter utspiller seg i praksis for å forstå kommodifisering av intimitet. Med andre ord må man se nærmere på de intime relasjonene i markedet for å forstå hvordan vi praktiserer våre økonomiske liv (Zelizer 2010). I likhet med Marx tar Zelizer (2010) utgangspunkt i den kulturelle historien til det økonomiske liv, men mens Marx kun tok utgangspunkt i historie, kultur og samfunnsstruktur for å forklare og kritisere kapitalismen, ønsker Zelizer (2010) å få frem viktigheten av å studere det personlige liv slik det utspiller seg i praksis. Man bør også merke seg at forskningen til Zelizer (2010) tar plass i en annen intellektuell verden enn den tidlige økonomiske sosiologien som Marx representerer.

Hvordan presenterer så dette perspektivet et annerledes verktøy for å forstå legenes måte å forholde seg til systemet på? I følge Zelizer er ikke penger kulturelt nøytrale, og folk behandler penger og økonomi ulikt, basert på hvilken kontekst pengene befinner seg i. Følger vi denne tankegangen, vil det bety at leger heller ikke behandler penger nøytralt, og at deres forhold til økonomi avhenger av kontekst. Dette medfører en mulighet for at leger forholder seg ulikt til systemet, for eksempel avhengig av hvilken avdeling de jobber på, i hvilken grad de har ansvar for økonomi, hvilken ledelse de er underlagt og hvilke normer som er lagt for DRG-koding der de arbeider. Et annet viktig poeng er at de jobber for det offentlige, og at ekstra inntekt for avdelingen ikke fører til ekstra inntekt i legenes egne lommer. Det er

offentlig finansiert og til syvende og sist vet man at underskudd på sykehus har skjedd hyppig, men at driften ikke stopper av den grunn. At sykehusene er offentlig finansiert kan i så måte bidra til en demping av insentiv for økonomisk tenkning, siden det ikke fører til personlig vinning for legene med mindre man sitter i en lederposisjon hvor egen prestasjon avhenger av god økonomi. Det er heller ikke snakk om synlige penger, i form av dollar eller mynter, noe som kanskje lager en større distansering. Dette er altså første poeng. Legenes måte å forholde seg til DRG-koding på er trolig påvirket av hvilken kontekst de befinner seg i.

Sosiale tillagte egenskaper til penger er også et poeng, slik Zelizer beskriver differensieringen mellom skitne og ærlige penger. Slik kan også leger som vet hvordan innsattsstyrt finansiering fungerer, forstå at dette er et helsebudsjett som fordeles og på den måten kode med en tanke om at dette er et fordelingssystem, og ikke et prioriteringssystem. Å kode kreativt for å tjene mest mulig for sin avdeling, kan da bli oppfattet som anskaffelse av "skitne penger", mens ærlig kodepraksis kan oppfattes som "ærlige penger". Ifølge Zelizer som mener at folk er vant til å blande intimitet med økonomi, vil dette også kunne stemme for legene. De er vant å blande økonomi og intimitet i andre sfærer av livet, så det er ikke gitt at deres arbeid som lege påvirkes av økonomiske insentiv. Spesielt de ansatte legene som ikke har ansvar for økonomi, kan ventes å skyve unna det økonomiske, da inntjening ikke berører dem direkte og da er det heller ikke innen deres interessefelt å kode etter økonomisk fortjeneste.

Zelizers begrep om "risky exchanges" føyer sammen det jeg tidligere har skrevet fra Marx og denne vinklingen av den sosiale betydningen av penger. Det er risikabelt å blande intimitet med økonomi. Oversatt til denne oppgavens tema blir det risikabelt å omgjøre pasientbehandling til DRG-koder, fordi koden har en takst. Man risikerer å rasjonalisere det som opprinnelig er sterkt preget av pleie og omsorg. Men, det behøver ikke å gå galt, hvis legene er bevisste systemet, ikke lar DRG-kodene objektivere pasientbehandlingen, men fortsette å se pasientens beste som det viktigste. Kanskje er det også slik det er, blant de aller fleste. Basert på tidligere hendelser, kommer man likevel ikke unna at det er en risiko der. Men ifølge Zelizer, vil det komme an på hvordan legene blander den intime sfæren ved pasientbehandlingen og de økonomiske insentivene.

De teoretiske perspektivene som nå har blitt presentert, vil brukes som redskap for å forstå hvordan legene reagerer på at sykdommer har blitt objektivisert, gjort målbart og tellbart. En som også har vært opptatt av dette, er Michel Foucault. Selv om det ikke er så vanlig å bruke Marx og Foucault i samme sammenheng, mener jeg at oppgaven min kan ha god bruk for

begge perspektivene. Jeg vil derfor videre ta for meg Foucault, hans maktbegrep og hvordan leger blir disiplinert til selvstyring gjennom at arbeidet gjøres målbart. Det er en annen vinkling enn hva som er fremsatt gjennom Marx og Zelizer, men en tolkningsramme som skaper mer fullstendighet for min analyse.

3.3 Foucaults skjulte makt som styring

Michel Foucault levde fra 1926 til 1984 og regnes av stadig flere som etterkrigstidens fremste samfunnsviter, eller kanskje bedre: sosialfilosof. I løpet av hans karriere skrev han rundt 20 bøker, et tusentalls artikler og intervjuer og flere sentrale upubliserte manuskripter (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79]). Jeg vil bruke Foucaults maktforståelse i denne oppgaven som et verktøy for å forstå hvordan DRG-systemet bidrar til å styre legers handlinger og forståelser. For Foucault er makt relasjonelt, produktivt og et allestedsnærværende fenomen, men det antar forskjellige former alt etter sin konkrete sammenheng (ibid.). Jeg skal videre forsøke å redegjøre kort for noen sentrale aspekter ved hans svært komplekse maktforståelse, og videre forklare hvordan jeg knytter dette til min oppgave.

Slik Neumann ser det, opererer den sene Foucault med tre hovedformer for maktrelasjoner: *dominans*, *strategi* og *governmentality*. Dominans er en type direkte maktrelasjon der det ikke hersker tvil om hvem som er herre. Subjektene er "frie" objekter for dominans i en svært begrenset forstand. De kan yte motstand, for uten motstand hevder Foucault at det simpelthen ikke kan finnes noen maktrelasjon, for der det bare er én vilje som virker på den andre, er det ingen relasjon, og heller ikke makt. Foucault mener derfor at subjektene alltid er "frie" i den forstand at de kan begå selvmord, hoppe ut av vinduet eller drepe sin herre (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79]).

Den andre hovedformen, strategi, er et spill mellom viljer. Til forskjell fra dominans, der det er klart hvem som har makten, karakteriseres en strategisk relasjon av at dette spørsmålet ikke alltid er fastlagt. Strategi forstås som en løpende forhandling mellom subjekter om hvem som har rett og hvem som kan diktere den andres handlinger. Denne typen maktrelasjon er ifølge Foucault alltid til stede i menneskelig samkvem. Strategisk handling, der handlingsbetingelsene tas for gitt og fokus er på den direkte og omskiftelige samhandlingen, står sentralt i de fleste analyser av makt. Et av den tidlige Foucaults hovedanliggender, disiplinering, er en styringsteknikk som er virksom både innen maktformene strategi og dominans (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79]).

Den siste maktformen er governmentality, som er en type maktform som funksjonelt sett kommer mellom dominans og strategi, og som er knyttet til det refleksive – til hvordan selvet regjerer seg selv. Det dreier seg om "styringen av individer ved hjelp av deres egen sannhet", som Foucault formulerer det. Den frihetsgraden selvet har til å gjøre dette, ligger mellom det strategisk handlende og det dominerte, for når man forsøker å styre seg selv, vil man trekke på et sett av teknikker som vil være hentet herfra og derfra; fra ens erfaring med institusjoner slik som skoleverket, fra andres forsøk på å regjere en og fra teknikker som meditasjon og bønn. Foucault mener at i dagens vestlige stater, hvor man på en rekke politiske felt må avstå fra å herske direkte, man må klemme ut nye måter å herske indirekte på (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79]). Med dette i bakhodet, går jeg nærmere inn på hva Foucault skrev om disiplineringen som maktform og senere governmentality-begrepet, da dette er mest relevant for denne oppgaven.

3.3.1 Disiplineringen

Hvis vi går tilbake til boken *Overvåkning og straff* (1975, norsk utgave 1994), skriver Foucault om det moderne fengselets historie og maktens rolle fra 1600- og 1700-tallet og fram til Foucaults tid. Her beskriver han en maktmekanisme med innlemmelse og utelukkelse som gjennomsyrrer store deler av samfunnet. Foucault mente at det moderne fengselet hadde gått gjennom en stor forandring, hvor kjernen er at straffen i vår tids samfunn rammer sjelen framfor legemet. *«En ny person kommer inn på scenen, maskert. En tragedie er slutt, og en komedie begynner – med silhuetter, stemmer uten ansikt, vesener som hverken kan ta eller føles på. Nå må rettsapparatets folk øve sin gjerning på denne kroppløse virkelighet»* (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 20). Makten må finne nye metoder i det skjulte. Han beskriver en ny ikke-fysisk sanksjonsmetode, men like fullt en type maktbruk med samme mål som den fysiske avstraffelsen, nemlig en forbedret og føyelig kropp. Kroppen kan nemlig bare bli en drivkraft ved å være en produktiv kropp, og på samme tid, en underkuet kropp (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 28). Foucault mente at de disiplinære institusjonenes straffemyndighet gjennomtrenger alt og kontrollerer alle øyeblikk, sammenligner, differensierer, hierarkiserer, homogeniserer og utelukker. Sammenfattet i ett ord: de *normaliserer* (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 161). Og når samfunnet normaliserer, fremtvinges det homogenitet. Men på samme tid individualiserer den også, ved at den gjør det mulig å måle avvik, fastsette spesialiteter og dra nytte av forskjellene ved å tilpasse dem hverandre etter hva samfunnet behøver (Foucault & Østerberg 1994 [1975], s. 162).

Foucault poengterer også at makt og kunnskap forutsetter hverandre: «*Intet maktforhold uten at det dannes et kunnskapsområde, og heller ingen kunnskap som ikke på samme tid forutsetter og danner visse maktforhold*» (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 28-29). I henhold til Foucaults maktforståelse som ikke-lokalisierbar, er makt innvevd i diskurser, og sosiale praksiser får «tingenes orden» til å framstå som normal. Videre mener Foucault at enhver diskurs inneholder et sett med subjektposisjoner, hvor noen av disse er bemyndiget med retten til å «tale med tyngde». Om en sak gis tolkningsrammer som flytter diskursen over i nye diskurser, vil tunge subjektposisjoner tildeles andre talspersoner (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79]). I følge Foucault produserer makten – gjennom diskursene – objekter i verden man kan ha kunnskap om. Makt og kunnskap er gjensidig avhengige av hverandre, og slik forbindes derfor makt med diskurs (Jørgensen & Plilips, 2006, s. 23). Produksjon av kunnskap er altså viktig, da det er her man finner kriteriene for hva som innen et gitt system skal gjelde som sannhet, og hva som skal gjelde som normalt (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79]). Men denne diskursive makten er også skjult, og den eies ikke, men utøves på et vis når man gjennom språket hele tiden påvirkes av den rådende diskursen.

«*Av en formløs deig, en klosset kropp har man laget den maskin man trengte. Smått om senn har man omformet kroppens holdninger, en velberegnet tvang utøves og gjør seg til herre over hver legemsdel, underkaster seg hele kroppen så den til enhver tid er tjenestevillig*» (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 121). Som vi ser er målet å forme menneskekroppene til å bli gagnlig og nyttig for samfunnet. For legenes del vil dette kunne bety at normer for koding blir internalisert og at kodingen etter hvert "sitter i fingrene" og gjøres ved automatikk, noe som imidlertid vil avhenge av avdelingens normer for koding. Ifølge Foucault (1994 [1975], s. 155) betinges en slik disiplinering av et apparat som gjør kropp og handlinger synlige for et vurderende blikk. Historisk fikk dette spesielt uttrykk i et bestemt fengselsdiagram – panoptikon – som var konstruert slik at én person (vokteren) kunne se alle, men uten selv å være synlig. Effekten var at det beskuende blikket ble internalisert i den som ikke visste om han ble observert eller ikke, og slik kunne maktens virkemåte på en og samme tid avindividualiseres, automatiseres og ikke minst effektiviseres. Ved at legene vet at det kan hende at en kodekonsulent ser over kodene deres, og at resultatene for deres avdeling blir målt, vet heller aldri legene når de blir overvåket, eller rettet på. Slik kan de ikke sluntre unna, men disiplineres til å gjøre jobben.

Dette produktive aspektet ved makten er viktig, ettersom det gjennomstrømmer hele Foucaults forfatterskap; hans forskning dreier seg ikke om objekter som undertrykkes, men

om hvordan subjekter og deres virkelighet skapes (Hammer, 2008). Disiplinen ble snarere utviklet som positiv strategi, for "*å styrke samfunnet - øke produksjonen, fremme økonomien og undervisningen, heve den offentlige moral*" (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 186). Gjennom disiplinen framtrer det vi kan omtale som *Normens makt*, en rekke teknikker, framgangsmåter, anvendelsesnivåer og angrepsmål med det til felles at de er innrettet mot å føre alle og enhver på innsiden av normalitetens grenser. Den makten vi ser konturene av, som fører legene fra utsiden til innsiden av et system (samfunnet på sykehuset), er knyttet til standarder og regulering, til et system av normalitetsgrader, som fungerer:

(...) som tegn på tilhørighet til et homogent samfunnslegeme, som fremkaller i seg selv klassifikasjon, hierarki og rangfordeling. I én forstand fremtvinger normaliseringen homogenitet, men den individualiserer også, ved at den gjør det mulig å måle avvikene, bestemme nivåene, fastsette spesialitetene og dra nytte av forskjellene ved å tilpasse dem hverandre (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 166).

Slik utsettes menneskekroppen for et maktmaskineri, den gjennomgranskes, plukkes fra hverandre og settes sammen igjen (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 123). Suksessen av disiplineringen av kroppen, hevder Foucault å ligge i at dens virkemidler er så enkle: Det hierarkiske blikk, den normaliserende sanksjon og deres kombinasjon, nemlig eksaminasjonen (Foucault & Østerberg, 1994 [1975], s. 151).

3.3.2 På vei mot den nye formen for makt

I Foucaults første bind av seksualitetens historie (1976, norsk utgave 1995), spesielt mot slutten av boken, kan denne makten forstås som en vekslende bevegelse mellom to poler: Den beskrevne disiplinen er stadig i virksomhet, innrettet mot å forbedre kroppens ferdigheter, utvinne dens krefter og øke dens nytte og føyelighet. Men samtidig viser Foucault strategier og teknikker innrettet mot å regulere befolkningen som helhet. Denne makten opererer på et annet nivå, har en annen bæreflate og benytter seg av andre redskaper enn disiplinen (Foucault & Schaanning, 1995 [1976], s. 152). Gjennom statistiske kartlegginger og målinger åpnes muligheter for systematisk og stadig mer omfattende oversikt over livet; forplantning, fødsler og dødelighet, helsetilstand, levealder og levetid. Slik kobles en rekke former for anvendbar kunnskap til befolkningsreguleringens praktiske intervensjoner og grep, i et komplekst samspill innrettet mot å overvåke, kontrollere, stimulere, forsterke, forøke og organisere de kreftene som inkorporeres. Med andre ord; den makten vi ser konturene av må ikke forstås som negativ, som om den skal skjule "egentlige sannheter" eller undertrykke

naturlige behov. Snarere tvert imot; som disiplinen bør den forstås som en positiv og produktiv kraft – ikke fordi den nødvendigvis er bra, men fordi dens effekter ligger i hvordan den frambringer ny virkelighet (Hammer, 2008).

Ifølge Hammer (2008) har det skjedd en historisk forskyvning mellom de to maktformene, fra *disiplin av enkeltkropper* til *regulering av befolkningen*. Men ikke slik at den ene erstatter den andre. Det er mer riktig å si at de eksisterer forsterkende i forhold til hverandre, som et gjensidig spill mellom kropp og befolkning. I begge tilfeller er det "Normen" som er i virksomhet. Normens virkemåte betinger et kontinuerlig arbeid med å kvalitetsbestemme, måle, vurdere og hierarkisere alle sider ved befolkningens liv. I forhold til disiplinen dreier det seg stadig om å sørge for at enkeltpersoner ikke får avvike for mye fra det normerte, mens poenget i forhold til befolkningsreguleringen er litt annerledes, nemlig å motvirke unntakene fra normalitetskurvene (Hammer, 2008).

Det er nærliggende å lese dette som en beskrivelse av maktteknologier med et ovenfra-og-ned-perspektiv, fra statlige maktstrukturer og ut mot befolkningen og den enkeltes kropp. Dette er ikke spesielt treffende, for det handler heller om en makt som i betydelig grad fungerer delvis nedenfra-og-opp, og delvis gjennom praksiser og koblinger som spres horisontalt snarere enn vertikalt. For selv om både disiplineringens og befolkningsreguleringens teknikker gjerne ivaretas gjennom etablerte institusjoner og systemer, eksisterer disse maktstrukturene likevel bare som et utkomme av maktens dynamiske spill. Dette betyr ikke at Foucault benekter at for eksempel statsorganene forvalter makt. Han unngår bare å skrive som om en opprinnelig og ren makt stråler ut fra statens suverene posisjon (Hammer, 2008).

3.3.3 Governmentality - den nye styringsformen

Den diskursen Foucault intervenserer i mot slutten av 70-tallet i sine forelesninger, omtales som fem hundre år med sirkulasjon rundt styringens problem: "*Hvordan skal man styre seg selv, hvordan bli styrt, hvordan styre andre, av hvem bør man godta å bli styrt, hva gjør man for å bli en best mulig styrer?*" (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79], s. 40). Det ligger mange nyanser i Foucaults refleksjon over disse strømmingene. Det sentrale poenget synes likevel å være at det er et gjensidig konstituerende samspill mellom den framvoksende styringskunsten og det ovenfor nevnte befolkningstemaet. Tidligere hadde avhandlinger og diskusjoner om temaet styring dreid seg mye om herskerens makt, og delvis også om indre forhold i familien. Med framveksten av problemer og muligheter knyttet til "befolkningen"

ble fokuset vendt mot et mellomliggende nivå, som via statistikken avslørte en mengde fenomener, bevegelser og regulariteter. Konsekvensen var at kategorien "befolkning" fra nå av kom til å framstå som styringens viktigste faktor, både som siktemål og instrument: På den ene siden et objekt i styrets hender og på den andre siden et subjekt med behov og ambisjoner. Foucault (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79], s. 75). introduserer her hyrdetemaet for å synliggjøre det spesielle ved den makten som vokser fram. Kort sagt er hyrdens oppgave å samle, ta hånd om og lede både flokken som helhet og dens enkeltindivider, så målrettet og planmessig som mulig. Slik ligger hans makt verken i en stabil lov eller i detaljerte reguleringer, men i evnen til å møte og ivareta flokkens omskiftelige "enhet" (Hammer, 2008).

I praksis impliserte dette en forskyvning i styringskunsten, fra lydighet overfor loven, til strategisk og taktisk forvaltning for å styrke befolkningen. Dette betinget på sin side en stadig mer omfattende kartlegging av samfunnets styrker og kapasiteter; "*befolkningen ble objektet for de observasjoner og den viten styret trengte for å styre på en rasjonell og gjennomtenkt måte*" (Foucault 2002 [1978-79], s. 64). Dette innebærer ikke at lovene, reglene og disiplineringen forsvinner, men de transformeres inn i en ny praksisform, som blant annet preges av stadig mer spissfindig utvikling av teknikker for produksjon og bruk av empirisk informasjon til bruk i planlegging, styring, evaluering og lignende.

Den ideologiske løsningen på disse forskyvningene var å overlate mer ansvar til det frie, rasjonelle individet, som selv best kjente den situasjonen det sto i, og som gitt sin natur burde få muligheten til å utøve sine nyttemaksimerende vurderinger og valg til både eget og samfunnets beste. I praksis innebærer dette at de styrende griper mindre direkte inn i samfunnslivet, trekker seg tilbake, nøyer seg med å legge forholdene til rette og skape gode rammevilkår. Men nettopp denne tilbaketrekningen kan antas å åpne for en rekke utfordringer og praktiske problemer i forhold til hvordan en likevel kan bidra til at best mulig resultater oppnås. De som opererer i praksisfeltene, som skal administrere uten å administrere, styre uten å styres, føres inn i en prosess der det utvikles nye, gjerne spissfindige styringsteknologier. Konsekvensene blir spesielt tydelige når økonomiske ressurser fordeles på basis av måleresultatene. Veien er da gjerne kort til at handlingsvalg som ikke gir utslag i målesystemene avskrives som irrasjonelle (Hammer, 2008).

Slik kan vi si at disiplineringen og befolkningsreguleringen bringes videre, men innenfor en annerledes styringskunst. På den ene siden utsettes vi stadig for disiplinering, men nå ikke

primært knyttet til repeterende atferd, men ved at vi kontinuerlig velger på nytt og på nytt innenfor et bevegelig marked. På den andre siden ivaretas fortsatt befolkningsreguleringens behov, men utøves nå mindre gjennom direkte inngrep i befolkningens liv, og mer gjennom indirekte stimulering av hver enkelts vurderinger og valg. Slik Hammer oppsummerer det; "*en tiltagende og stadig mer spissfindig operasjonalisering av individets frihet; innrettet mot det kalkulerbare, og formet gjennom strategiske valg i konstruerte markeder - der en rekke relasjoner, indikatorer og teknikker virker til å optimere det vi gjør og oppnår*" (Hammer, 2008, s. 94).

Perspektivet er komplekst, noe som eksemplifiseres ved at governmentality-begrepet har blitt forsøkt oversatt til norsk på ulike måter. Styringsmentalitet, den mest direkte oversettelsen, gir gjerne litt for idealistiske konnotasjoner til å fungere bra på norsk. Andre muligheter for norsk oversettelse er Arild Utaker (2005) *styringslogikk, styringsmåte og styringsregime*, som alle har styrker og svakheter. Hammer skriver at han lenge vurderte *styringsform*, blant annet fordi ordet -form fungerer godt i relasjon til både praksisform og tankeform, og slik spiller på lag med den flytende overgangen i den franske og engelske versjonen. En helt annen oversettelse av Iver B. Neumann (2002) er *regjering*. Her får han fram at det dreier seg om å regjere eller styre, i tillegg til et ordspill som minner om at den regjeringen eller styringen det er snakk om er knyttet til måten se styrende og de styrte tenker på, altså deres mentalitet. Utfordringen er ifølge Hammer (2008) at ordets bruksmåte på norsk medfører at vi trenger bearbeiding for å se de sosiologiske konnotasjonene til maktanalysen, den makt som virker på kryss og tvers av samfunnslivet, som er forankret i et perspektiv på det sosiale som komplekst og bevegelig, og som derfor inkluderer en rekke nivåer og faktorer i styringens praksiser. Hammer endte opp med sin egen begrepsvariant, *styringsdiskurser* (Hammer, 2008, s. 98).

Flere tiår etter at Foucault introduserte begrepet, er det en smal sak å se relevansen av dette perspektivet for en lesning av det norske samfunn (Hammer, 2008). Sentraladministrasjonen, ytre etater, fylkeskommuner og kommuner legger for eksempel i stigende grad opp sitt arbeid i henhold til doktrinen om New Public Management, der et hovedpoeng er at de statsansatte skal være sin egen kontrollinstans. Hva statens regjering av samfunnet angår, utøves den i stigende grad indirekte etter at handlinger har funnet sted, i form av revisjon, offentlige høringer og annen form for kontroll, snarere enn som direkte og vedvarende kontroll med planlegging og utførelse. I forsknings- og utdannelsessektoren, men også i en rekke andre sektorer, har kontroll *post festum* i form av egenrapportering grepet så sterkt om seg at det fyller en vesentlig del av arbeidsdagen. Med Foucault kan dette leses som en stadig tiltagende

orkestrering av de enkeltes handlinger, en internalisering av styringsprinsipper, eller om man vil, styring av styring (Foucault & Neumann, 2002 [1978-79]). Jeg vil videre beskrive hvordan jeg vil bruke tankegodset fra Foucault på min oppgave.

3.3.4 Disiplineringen av leger

Som vi tidligere har sett, mente Foucault at makten i vår tids samfunn måtte finne nye metoder i det skjulte, en ikke-fysisk sanksjonsmetode med mål om en forbedret og føyelig kropp. For legenes vedkommende kan dette forstås som at de gjennom sin utdanning, turnus og år som leger i spesialisering, blir lært til hvordan deres kropp skal bli en drivkraft ved å være en produktiv kropp og slik til nytte for samfunnet. Det vil si en lege som både behandler pasienter på en god måte, men også mest mulig effektive, rasjonelle og økonomisk smarte DRG-kodere. Gjennom alle disse årene går legene gjennom en prosess hvor de sammenlignes, blir satt i hierarki, homogeniseres, og de som ikke klarer seg, blir utelukket – de normaliseres. Slik fremtvinges homogenitet, men samtidig individualitet da det blir mulig å måle avvik og dra nytte av de forskjellige egenskapene til de forskjellige legene.

Foucaults forståelse av makten som ikke-lokalisierbar, men at makten er innbakt i diskurser, gjør at "tingenes orden" fremstår som normal. Slik vil nyutdannede leger som presenteres for DRG-systemet kunne ta det for gitt, som resten av dokumenteringsarbeidet. Det blir en del av arbeidsoppgavene som de nødvendigvis ikke stiller spørsmål ved. Videre mener Foucault som vi har sett at enhver diskurs inneholder subjektposisjoner, hvor noen taler med tyngde. Dette kan være overleger som oppleves som mentorer eller rollemodeller for yngre leger, og som "setter standarden" for hvordan DRG-koding skal skje på avdelingen. Det samme gjelder avdelingsledere eller kliniksjefer som taler med større tyngde enn andre og dermed får større gjennomslagskraft. På denne måten kan disse påvirke hva som skal gjelde som normalt. Slik kan man også forklare at det finnes forskjellige oppfatninger og forskjellige grader av kritikk mot systemet, alt avhengig av hvilke personer som taler med tyngde på en avdeling og hvilke meninger akkurat disse har.

At legene blir disiplinerte og føyelige kropp, betinges ifølge Foucault av at de stadig er synlige for et vurderende blikk. Overført til sykehusene, kan dette forstås som at DRG-kodingen er en form for rapportering der legenes koding også kan ses på som deres arbeidseffektivitet, i form av hvor dyktige kodere de er. Da kan vissheten om at deres pasientbehandling setter spor etter seg, internaliseres. Spesielt på avdelinger som har en kodekonsulent som retter koder, vil legene kunne være bevisst over at kodearbeidet alltid

potensielt kan bli sjekket. Dette kan være et insentiv til å alltid gjøre en god jobb med kodingen, for gjøres det ikke ordentlig, kan det bli oppdaget og legen få det i retur. Effekten skal være at det beskuende blikket blir internalisert i legene, som ikke nøyaktig vet når deres koder blir sjekket eller ikke. Slik kan legene bli produktive, smarte subjekter som skaper sine egne virkeligheter. Underlagt normens makt, er de til det beste for samfunnet.

3.3.5 Legenes selvstyring

Som tidligere nevnt, bevegde Foucault seg etter hvert mot å snakke om strategier og teknikker innrettet mot å regulere befolkningen som helhet. Gjennom at menneskenes livsløp og aktiviteter måles og kartlegges, skapes muligheter for systematisk og mer omfattende oversikt over livet. Slik mener Foucault at en rekke former for anvendbar kunnskap til befolkningsreguleringens praktiske intervensjoner og grep, i et komplekst samspill innrettet mot å overvåke, kontrollere, stimulere, forsterke, forøke og organisere de kreftene som inkorporeres. Når dokumenteringsarbeidet til legene også fungerer som en slik kartlegging og måling av deres arbeid, lages det statistikk som avslører avdelingenes og legenes aktivitet. Konsekvensen er at det som måles er styringens viktigste faktor, både som siktemål og instrument. På den ene siden blir da legene et objekt for styringen, og på en andre siden et subjekt med behov og ambisjoner. Denne forskyvningen i styringskunsten Foucault viste til, gikk fra lydighet over loven, som i disiplineringen – til strategisk og taktisk forvaltning for å styrke befolkningen. Dette gjøres via desentralisering av makt, mer ansvar til individet, som i sin gitte situasjon får muligheten til å gjøre sine vurderinger og valg.

Slik kan vi forstå sykehusorganiseringen med helseforetakene som styrer fra en armlengdes avstand. DRG-kodingen er en del av rapporteringsarbeidet til legene som skal fordele helsebudsjettet. Hver klinikk og avdeling prøver så å få til et regnskap som ikke går i minus, og styrer derfor selv. Da ser makten ut til å være skjøvet fra øvre ledd til et lavere nivå – eller det man kaller selvstyring. Dette er selvstyring på to nivåer, både avdelingen som får desentralisert makt, men også inne i legene. De disiplinere seg selv gjennom internaliserte holdninger, til en viss grad. Internaliseringen har trolig kommet i ulik lengde hos de ulike legene, ut fra kontekst. Legene blir selv utøvere av makten ved å kontinuerlig velge på nytt og på nytt innefor et bevegelig marked. Når legene selv jobber for å kode korrekt og får dette til å bli en del av arbeidet, som en norm, har styringsformen lyktes. Sammen med disiplineringen, er legene selv aktører og styrer seg selv gjennom å handle økonomisk strategisk i forhold til DRG-kodene. Da er de også nyttige og gode bidragsyttere til samfunnsmaskineriet.

Det problematiske blir hvis det for en mellomledelse kan bli viktigere å rapportere riktig enn å få jobben gjort riktig. Da blir den rapporterte virkeligheten (noe vi kan kalle kartet) viktigere enn virkeligheten (terrenget), fordi det er DRG-kodene som utløser ressursene. Sørhaug kaller et slikt forløp for at kartet er i ferd med å bli terreng. DRG-kodene kan stå i fare for å bli den nye virkeligheten, for de som har ansvar for økonomi. Hvordan disse da bruker sin subjektposisjon vil muligens påvirke de ansatte til en viss atferd, enten motvirke økonomisk påvirkning eller utnyttning av kodesystemet for å få best mulige resultater og videre et godt budsjett. Man kan si at fra Foucaults perspektiv har makten lyktes hvis legene ikke oppfatter DRG-kodingen som en måte å styre dem på, men noe de ser på som en naturlig gitt ting, og at de bryr seg om både god pasientbehandling, men også korrekt koding. Man har ikke lyktes om legene er så kritiske til systemet, at kodingen blir en motvillig handling de gjør fordi de må, da er ikke selvstyringen lenger i det skjulte. Kanskje heller ikke mest effektiv, hvis ikke legene legger særlig innsats i å kode så korrekt som mulig. Hvis enkelte bruker det, som skissert over, og som eksemplifisert med tidligere tilfeller omtalt i media med kodejuks, har det heller ikke lyktes, for da har selvstyringen tatt overhånd og hensynet til sitt eget ego blir større enn samfunnets beste. Da går ufordelaktig mye av helsebudsjettet til en avdeling og det blir ikke lenger økonomisk rettferdig for samfunnet i helhet. Det optimale er derfor om legene gjør jobben så korrekt som mulig, og samtidig fokuserer på kvaliteten i pasientarbeidet. Da glir samfunnsmaskinen.

3.4 Operasjonalisering av problemstillingene

Jeg har nå presentert de teoretiske perspektivene jeg vil bruke som redskaper for å forstå hva som skjer når sykdommer prissettes gjennom DRG-systemet og videre at systemet brukes som et insentiv til å disiplinere de unge til å kode de rette kodene så pengene kommer inn. Den første problemstillingen, "*Hvordan forholder leger seg til DRG-systemet og hvilke kritikker har de?*" er derfor stilt først og fremst for å få svar på hvordan legene forholder seg til systemet. Har de godtatt systemet og innrettet seg til å være disiplinerte, selvstyrende leger, eller viser de noen form for motstand? Hvordan skjer i så fall denne motstanden? Snakker de med andre leger om systemet og formidler sin aksept, eller forsøker de å spre misnøye? For det andre spør problemstillingen om hvilke kritikker de har. Dette spørres om fordi kritikkene de har av systemet kan avsløre hvor det er gnisninger. Er det slik at samfunnsmaskineriet glir knirkefritt og alle er fornøyde? Ulike former og grader av kritikk kan derfor si noe om hvor velfungerende systemet er, og hvilke effekter det har.

Den andre problemstillingen, "*Opplever legene at de økonomiske insentivene gjennom DRG-systemet har noen påvirkning på deres arbeid, i så fall på hvilke måter?*" er stilt av flere grunner. For det første vil det svares på om legene merker de økonomiske insentivene eller ikke. Dette kan også fortelle om et skille mellom legene, der kanskje noen er bevisst på hvilken påvirkning de står overfor, mens andre ikke har lagt merke til det. I tillegg vil den svare på hvordan det skjer. Disiplineres de unge aktivt til å bli flinke DRG-kodere? Merker de at de blir styrt? Har prissetting av diagnoser fått noen konsekvenser for hvordan de behandler pasientene? Er virkeligheten blitt annerledes, ser de pasienter som lønnsomme eller ulønnsomme? Påvirker dette etikken og omsorgen?

Hvordan skal jeg så finne svar på dette? Det neste kapittelet skal redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å finne svar på disse problemstillingene.

4.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for oppgavens metodologiske gjennomføring. Valget om å bruke kvalitativt design og dybdeintervju blir begrunnet, etterfulgt av prosessen med å samle informanter og en presentasjon av det endelige utvalget. Etter dette rettes fokuset mot gjennomføringen av datainnsamlingen og analyseprosessens gang. Til slutt fremsetter jeg tanker om noen etiske betraktninger.

4.1 Valg av metode

Et kvalitativt metodevalg var naturlig for min oppgave, da jeg ønsket dypere innsikt og forståelse for legenes måter å forholde seg til systemet. Da jeg heller ikke visste helt hva jeg ville finne, ville det vært vanskelig å gjennomføre på andre måter enn ved et kvalitativt design. Jeg vurderte både fokusgruppeintervju og dybdeintervju, men fant ut at dybdeintervju var lettest å gjennomføre da jeg tidlig oppdaget at leger er travle folk og vanskelig å avtale et tidspunkt med, noe som ville gjort rekruttering til fokusgruppeintervju enda vanskeligere. I tillegg ønsket jeg at tankene og erfaringene legene delte med meg skulle være deres egne. Jeg resonerte meg fram til at rommet for selvstendig refleksjon kanskje er størst når man er alene med en og en informant og da risikerer man heller ikke at legene påvirkes av hverandres tanker.

Som antydnet gjennom teorien, var antakelsen på forhånd at legegruppen grovt sett kan deles inn i to – de som er nyutdannet og skal disiplineres og de eldre som er i en forvaltersituasjon. Utvalget ble derfor strategisk på den måten at jeg forsøkte å finne leger i ulike typer stillinger, da jeg ønsket å intervjuer både yngre leger som er i spesialisering og eldre leger som hadde jobbet lengre og som hadde lederstillinger eller var overleger. Rekrutteringen av informantene startet med at jeg sendte en mail til flere ulike klinikkssjefer ved et offentlig norsk sykehus, ved klinikker som i stor grad benytter seg av DRG-systemet. Der redegjorde jeg for prosjektet mitt og spurte om de kunne tenke seg å bidra, og hjelpe meg med rekruttering av informanter fra sin klinikk. Responsen var litt forskjellig. Den første som responderte var positiv til prosjektet, og spurte hvor mange leger jeg trengte å intervjuer. Han sendte videre ut en forespørsel til sine ansatte og ba de ta direkte kontakt med meg hvis de kunne stille opp. Da ingen av de meldte seg, sendte han ut en ny mail til et færre antall, og oppfordret de sterkt til å ta kontakt med meg. Slik fikk jeg min første informant. Ingen andre fra den gruppen meldte seg, og klinikkssjefen jeg hadde dialog med, forklarte at de hadde en veldig hektisk periode, og at han ikke ønsket å mase mer på dem. En annen klinikkssjef var også positiv til oppgaven, og gjorde som den forrige, sendte forespørsel til sine ansatte hvor hun oppfordret de til å ta

kontakt med meg. Hun stilte selv på intervju. Ingen responderte på den måten, selv om også hun sendte ut mailen to ganger. Erfaringen viste dermed at det er bedre å kontakte få, eller en og en, enn at mange får samme mail. Kan hende man ikke føler ansvar for å svare når man ser at mange andre har fått samme mail.

Videre jakt på informanter, gjorde jeg ved å kontakte en tillitsvalgt ved et helseforetak, som hjalp meg med å finne to informanter til som jobbet som leger i spesialisering. Da stod jeg altså med tre leger som jobbet som leger i spesialisering og en klinikksjef. Fordi jeg ønsket erfaringer og tanker fra flere eldre leger, ble videre rekruttering mer spesifikk, da den så langt hadde vært forholdsvis tilfeldig – jeg tok de som ville stille opp. De to neste informantene tok jeg direkte kontakt med selv via mail. Disse fant jeg litt tilfeldig etter noen google-søk, hvor jeg fant at disse hadde uttalt seg om helsepolitiske saker i media. Dermed antok jeg at de kanskje også hadde reflektert over DRG-systemet og ISF. Begge disse gav veldig positive svar, og ville gjerne stille opp. Jeg kontaktet imidlertid også flere andre leger i tillegg, som av ulike årsaker ikke kunne stille opp.

4.2 Utvalget

Utvalget jeg endte opp med etter denne rekrutteringen, er oppsummert i tabellen nedenfor. Her har jeg valgt å gi de unge legene navn på F og de eldre på L, så det skal være lettere for leseren å huske hvilke leger det gjelder når jeg skriver om de i analysen. Som vi ser av tabellen, er alderen og arbeidserfaringen til de to gruppene relativt like. De unge var mellom 35 og 40 år og hadde 6-9 års erfaring, og de eldre mellom 55 og 60 år og hadde jobbet i ca 30 år. De unge har også samme stillingsbeskrivelse. De eldre hadde ulike stillinger, men det de alle hadde til felles er at de var forvaltere av systemet og ansvar for opplæring av de nyutdannede legene. Alle jobbet i tillegg i forskjellige fagfelt, noe som skaper større bredde i materialet, selv om det gir mindre grunnlag for sammenligning. Jeg håpet at bredden i fagfelt kunne gi flere vinklinger og ulike historier om hvordan systemet fungerte.

	Alder	Stilling	Medisinsk fagfelt	Erfaring
Fredrik	35-40	Lege i spesialisering	Ortoped	6-9 år
Frida	35-40	Lege i spesialisering	Kardiolog	6-9 år
Filip	35-40	Lege i spesialisering	Lungespesialist	6-9 år
Liv	55-60	Klinikksjef	Indremedisin	ca. 30 år
Lars	55-60	Avtalespesialist	Dermatolog	ca. 30 år
Levi	55-60	Overlege/professor	Geriatr	ca. 30 år

Jeg hadde et håp om at de ulike fagfeltene kunne si meg noe om DRG-systemet fungerer forskjellig i ulike medisinske fagfelt, eller om det er irrelevant. Ortopedien er et fagfelt med mange kirurgiske inngrep, hvor jobben i stor grad handler om å gjennomføre behandling og legge til rette for at skader og sykdommer i muskler og skjelett skal leges. Kardiologer befatter seg med sykdomstilstander i hjertet og dets blodårer, mens lungespesialister undersøker, behandler, rehabiliterer og forebygger sykdommer i lunger, brysthinne, brystskilleveggen og pustrelaterte sykdommer. Indremedisin omfatter sykdommer i de fleste indre organer. Av anonymitetshensyn til klinikksjefen, går jeg ikke nærmere inn på hvilket område innenfor indremedisinen Liv jobbet med. Dermatologer behandler sykdommer i hud, slimhinner, hår, negler og seksuelt overførbare sykdommer. Spesialister innen geriatri undersøker, behandler og stiller diagnoser hos eldre mennesker. For disse er det viktig å ivareta et helhetlig perspektiv, hvor de ofte samarbeider med psykiatere, allmennleger og nevrologer for å oppnå dette. Slik representerer utvalget flere ulike fagområder, som gjør at vi får se hvordan systemet fungerer også innen ulike medisinske felt. Fordi jeg fikk informanter fra to ulike generasjoner og faglig medisinsk bredde, mener jeg utvalget er godt egnet til å svare på problemstillingene.

4.3 Gjennomførelse

Intervjuene ble gjennomført over forholdsvis langt tidsrom. Det første i november 2015, og det siste i april 2016. Før hvert av intervjuene informerte jeg legene først kort om oppgaven og videre at de kunne trekke seg når som helst hvis de skulle ønske det. Jeg gjorde det også klart for dem at jeg ville anonymisere dem, gi de andre navn og ikke oppgi hvilket sykehus de jobbet på, så de ikke kan bli gjenkjent. Videre spurte jeg om det var greit at jeg brukte diktafon, slik at jeg kunne transkribere intervjuene i etterkant, noe alle godtok og viste forståelse for. Jeg startet diktafonen og la telefonen på bordet mellom oss. Ingen av intervjuobjektene lot til å la seg påvirke av den. Tidspunkt og sted lot jeg være opp til informantene selv å bestemme.

4.3.1 Intervjuguiden

Intervjuguiden (ligger som vedlegg) begynner med bakgrunnsinfo, for å "varme opp" og gi meg et bilde av hvem legen er. Etter noen oppvarmings spørsmål går den videre på direkte spørsmål om hva de synes om DRG-systemet, hvordan de bruker det i praksis og hvor mye tid de bruker på det. Etter noen flere spørsmål, går intervjuguiden over til tidsperspektiv og endring. Hva de tenkte om systemet da de ble introdusert for det og om det har endret seg. Disse spørsmålene blir stilt for å se om det har skjedd en endring over tid. Videre går jeg over

til å spørre noen spørsmål om etikk og videre om hvilken relasjon de har til ledelsen og om de får retningslinjer om koding fra dem. Etter det går den over på å fokusere på legene som gruppe, om de snakker om det, hvilke meninger de andre legene har og om de opplever forskjeller mellom yngre og eldre leger. Pasientfokus og hvordan de opplever arbeidet med pasientene er neste tema, noe jeg spør om fordi det kan si noe om fagfeltet og hvor mye pasientkontakt betyr. På dette tidspunktet i intervjuene, hadde de fleste rukket og fortalt hva de syntes om systemet. Derfor tok jeg opp noen tema videre, som omhandlet kanskje ting som var litt på siden, men som fikk de til å reflektere over DRG-systemet gjennom andre vinkler. De neste temaene var kodejuks, tillit, konkrete hendelser, økonomisk fokus, tid og alternativt system. Intervjuguiden ble imidlertid mer og mer utviklet etter hvert og i tillegg brukt i svært ulik grad i intervjuene, som jeg nå skal forklare.

4.3.2 Intervjuenes gang

Siden jeg hadde såpass få informanter, går jeg gjennom hvordan hvert intervju forløp, hvilken rolle intervjuguiden spilte og hvilke refleksjoner jeg gjorde meg etter hvert intervju som påvirket de neste intervjuene. I forkant av det første intervjuet var jeg spent på hva informanten hadde å si og hva jeg ville finne. Ut fra tidligere forskning og spesielt funn fra Tøndels (2006) masteroppgave, hadde jeg en viss anelse av hva jeg kunne forvente. Da hennes oppgave hadde en annen retning enn min, kunne jeg bare delvis anta hva jeg ville finne og hva som var relevant å spørre om. Det første intervjuet fant sted på et sykehus i et kontorlandskap med omtrent tolv plasser. Vi ble litt forstyrret noen ganger, en gang av en telefon som ringte, i tillegg til at en av de andre legene som hadde kontor der, kom inn. Han hilste kjapt, og satte seg og jobbet på sin plass. Dette var litt forstyrrende, da jeg merket at han hørte etter på hvilke spørsmål jeg stilte, og hva mitt intervjuobjekt svarte. Noen ganger reagerte han med et smil, en liten latter eller noen blick i vår retning. Han tok senere en telefon. Kan være intervjuobjektet hadde svart litt friere hvis ikke han hadde hørt på, men hun virket komfortabel med å ha ham der. Ellers gikk intervjuet greit. Jeg brukte intervjuguiden ganske aktivt, da en del av spørsmålene ble besvart litt kort. Jeg merket også fort at noen av spørsmålene på intervjuguiden ikke var så relevant å spørre om, så jeg hoppet over noen og stilte flere andre spørsmål jeg skjønte var mer relevante. Dette var det korteste intervjuet og varte i cirka en halvtime. Da jeg hadde slått av diktafonen og intervjuet var over, snakket jeg litt mer med den andre legen, som da spurte hva dette handlet om, hva jeg skrev oppgave om og litt om DRG-systemet. Hun jeg hadde intervjuet spurte om han også hadde lyst å bli intervjuet, det ville han ikke. Han mente han ikke var egnet, siden han var så fersk og hadde

så dårlig oversikt over systemet, og syntes det var vanskelig og tungvint. Det får man respektere, så jeg takket for hennes tid og dro. Den viktigste lærdommen fra dette intervjuet, var at jeg skulle forsøke å stille flere spørsmål som makte til refleksjon. Dette ble derfor kanskje den viktigste revisjonen av intervjuguiden til neste intervju.

Det andre intervjuet ble gjennomført på en kafé, hvor vi fant oss en plass hvor vi satt relativt uforstyrret. Til tross for at vi hadde flere rundt oss her, syntes jeg dette fungerte bedre enn forrige intervju. Her var det bare rolig summing i bakgrunnen hvor ingen rundt oss brydde seg om hva vi snakket om. Her var heller ikke intervjuobjektet på sin arbeidsplass og atmosfæren ble litt mer avslappet og rolig. Han hadde imidlertid en avtale en time etter at vi møttes, så vi hadde ikke ubegrenset med tid. Intervjuguiden ble brukt ganske flittig også i dette intervjuet, selv om jeg følte meg litt mer fri til å gå utenom og spørre om andre ting alt etter hva han fortalte. Intervjuet var informativt og nyttig, og varte i cirka 40 minutter. Han sa før intervjuet at det sikkert ville gå ganske fort, fordi han ikke hadde så mye å si om systemet, men jeg tror han hadde mer å si enn han antok på forhånd. Det selvfølgelig med et system blir kanskje ikke så selvfølgelig når man blir stilt så mange spørsmål om det. Jeg fant også ut at det kunne være lurt å prate om forhold til ledelsen, tillit, økonomi mer generelt på avdelingen og slike ting som ikke direkte handler om DRG, men som gjorde at han kom på flere ting som hadde en sammenheng. Da tenkte han litt mer helhetlig på hvilken effekt DRG-systemet kunne ha, og ikke bare på tekniske detaljer.

Kafé ble også møtestedet for neste intervju. Det var litt mer bakgrunnsstøy på denne kafeen, men det gikk helt fint. Vi møttes før han skulle på jobb, så heller ikke denne gangen hadde vi ubegrenset tid. Men dette intervjuet var av en annen art enn de to første. For det første var han en mer livlig person, som reflekterte masse og hadde mange tanker han ville dele. Dette førte til at han noen ganger snakket seg godt utenfor tema, noe han også bemerket selv. Jeg syntes ikke det gjorde noe, fordi det gav meg større forståelse for hvem han var og hvordan han så på seg selv i sitt legetyrke. Fordi han pratet mye selv og var relativt selvgående, ble ikke intervjuguiden brukt i like stor grad, selv om jeg forsøkte å bruke den for å strukturere intervjuet litt og holde samtalens tema på rett spor. Etter at vi hadde pratet en time måtte han dra på jobb, men hadde det ikke vært for det, kunne nok DRG-systemet fortsatt vært samtaleemne en god stund, jeg fikk ikke spurt om alt jeg kunne ha spurt om, men følte jeg hadde fått god uttelling av intervjuet.

Intervju nummer fire var tilbake på sykehuset, men denne gangen på intervjuobjektets kontor, som ikke ble delt av noen andre. Her var følelsen av å være på jobb igjen og at vi ikke hadde så god tid. Fordi hun ønsket at intervjuet ikke skulle være så langvarig, kuttet jeg noen oppvarmingsspørsmål og stilte de mest konkrete spørsmålene som gikk direkte på systemet og refleksjon rundt det. Ellers gikk intervjuet fint, og varte i litt over en halvtime. Jeg merket at jeg følte meg tryggere i rollen som intervjuer, noe som sikkert kom av at jeg hadde blitt vant til situasjonen, men også fordi jeg hadde fått større innsikt i systemet, noe som gjorde at jeg følte meg stødigere under intervjuet. Dette gjorde at jeg var mer komfortabel med å ha en løsere intervjuform, hvor intervjuguiden spilte mindre rolle og det var lettere å komme med oppfølgingsspørsmål og spørre om andre relevante ting. Da dette intervjuobjektet var klinikkssjef, var det en del spørsmål jeg hadde stilt de andre, som ikke var relevante og en del nye spørsmål det var relevant å spørre henne om. Slik endret intervjuguiden seg noe fra intervjuobjekt til intervjuobjekt, også fordi jeg fort skjønnte at DRG-systemet fungerte litt forskjellig fra avdeling til avdeling, og fagfelt til fagfelt. Denne tilpasningen skjedde som oftest spontant, bortsett fra at jeg på forhånd hadde jobbet med å forberede andre spørsmål da jeg gikk over fra å intervju leger i spesialisering til leger i lederstillinger.

Det femte intervjuet fant sted på et hotell, hvor jeg møtte legen til en grytidlig frokost. Her hadde vi en grei tidsramme og ikke noe stress, så grunnlaget for et godt intervju var lagt til rette. Intervjuobjektet viste stor interesse for oppgaven min og hadde reflektert og tenkt masse over konsekvensene av systemet. Intervjuet varte i cirka 70 minutter. Intervjuguiden ble brukt i liten grad, siden legen var selvgående – han hadde tydelig mye på hjerte. Nivået på samtalen var også av en annen grad, da han tydelig hadde tenkt så masse på dette og ga "thick descriptions" og veldig fyldige svar. Jeg så gjennom intervjuguiden mot slutten for å sjekke at jeg hadde fått svar på det jeg ville, men bortsett fra det, ble den ikke brukt. Det slo meg under intervjuet, at det kunne vært en samfunnsviter jeg snakket med, da han så sammenhenger og de større linjene i mye større grad enn de andre. Informativt, fyldig og interessant intervju.

Det siste intervjuet gjorde jeg hjemme i legens private hjem litt ute på landet. Dette ble det klart mest personlige og hyggelige møtet, da det i tillegg til å være faglig interessant også fikk et personlig preg. Han bød på vafler, sjokolade og te og tok imot meg som en gjest. I fint vær og hyggelig atmosfære, var dette det mest avslappede og uformelle intervjuet hvor vi begge hadde god tid, og ingenting stod i veien. Intervjuet hadde mer preg av samtale enn noen av de andre intervjuene, da vi innimellom også pratet om personlige ting. Også dette intervjuobjektet hadde tenkt mye på hvordan sykehus styres i Norge i dag og hadde svært

mange refleksjoner og fyldige beskrivelser og tanker. Han snakket og fortalte av seg selv, jeg kom bare med oppmuntring og noen spørsmål innimellom. Selve opptaket av intervjuet varte i litt over to timer, men da var også noen minutter gått til personlig prat om andre ting. Alt i alt mener jeg at jeg sitter igjen med informative intervjuer og gode beskrivelser både fra de ansatte og ledernes perspektiv.

4.4 Analyseprosessen

Analyseprosessen hadde sin spede begynnelse allerede under første intervju, da tankene begynte å surre rundt tema i intervjuet som var interessante og hvordan det kunne forstås. Siden intervjuene skjedde med såpass store tidsmellomrom, selv om noen var med kortere intervaller enn andre, skjedde det mye analysearbeid mellom hvert intervju. Etter hvert intervju forsøkte jeg å transkribere intervjuet så fort som mulig, mens intervjuet fortsatt var friskt i minne. Under transkriberingen ble jeg også oppmerksom på nye fenomen og mønstre jeg ikke hadde tenkt over i intervjusituasjonen. Dette la også grunnlag til nye spørsmål til de neste intervjuene, samtidig som de var en begynnelse på analyseprosessen. Etter at hvert intervju var blitt transkribert, leste jeg nøye over transkriberingene. Med alt dette i bakhodet gikk jeg gjennom hver transkribering og streket under de mest interessante sitatene og fant passende beskrivelser og etter hvert koder som jeg noterte i marginen. Etter en del bearbeidelse, fant jeg noen fellestema som passet for alle. Dette var pasientkontakt, etikk, styring, DRG som tellbart produkt, fagfelt, konsekvenser for pasienter og kritikk. I tillegg var det noen punkter i enkelte intervju som ikke passet i noen av kategoriene, men handlet om ting bare en lege hadde tatt opp. Dette la jeg til side i et eget dokument, hvor jeg senere tok det fram for å se om noe av det kunne brukes. I tillegg til disse kategoriene, laget jeg noen underkategorier for noen av dem, da det viste seg at kategoriene hadde undergreininger.

Min første tanke i analyseprosessen da jeg skulle begynne å sortere og forstå legene, var at det var forskjeller blant legene på hvor kritiske de var, i tillegg til en forskjell mellom de yngre og de eldre, som også delvis var ventet. Dette gjorde at jeg forsøkte å lage en firefeltstabell hvor den ene aksene var høy/lav grad av kritikk mot systemet, mens den andre var grad av økonomisk ansvar på avdelingen. Deretter forsøkte jeg å se om hver informant kunne plasseres og hva som kjennetegnet hver gruppe i tabellen. Da ble lite kritiske leger uten ansvar en gruppe, leger med mye kritikk men uten ansvar neste gruppe, lite kritiske ledere en gruppe og den siste gruppen ledere med sterk kritikk. Dette hjalp meg med å se hvilken empiri jeg hadde og hva som kjennetegnet hver informant. Etter en del utprøving, testing og feiling, fant jeg ut at firefeltstabellen kanskje var mest forførerisk visuelt. Jeg fant noen logiske brist,

da aksene ikke stemte overens. Det ble mer en gruppering av ulike typer leger, basert på kritikk og posisjon. I tillegg ble det vanskelig å vise at det medisinske fagfeltet også var av betydning for hvordan leger forholder seg til systemet. Tabellen ble derfor forkastet, men var likevel ikke unyttig for analyseprosessen, da den hadde bidratt til å hjelpe meg med å sortere informantene og finne fellestrekk og ulikheter dem imellom. Det hadde også gjort meg oppmerksom på de ulike kritikkene de hadde til systemet og at ulik innsikt i systemet påvirket hvordan de forholdte seg til systemet.

På bakgrunn av hva jeg hadde funnet ut av firefeltstabellen, at de yngre og de eldre legene forholdte seg forskjellig til systemet, at de hadde ulike kritikker av systemet og at det medisinske fagfeltet påvirket hvordan de opplevde systemet, ble grunnlaget for analysen lagt. En naturlig oppbygging av analysen ble derfor å presentere de unge ansattes tanker om systemet og så gå videre over på de eldre ledernes forståelser og tanker. Etter et forsøk på å skrive om de unge ansatte som en gruppe samlet og det samme med de eldre lederne, var det såpass store forskjeller mellom hver informant, at jeg bestemte meg for heller å presentere hver informant for seg. Slik fikk jeg tydeligere frem at det medisinske fagfeltet de jobbet innenfor var viktig for måten de forholdte seg til systemet på og at normer for koding er forskjellig fra avdeling til avdeling alt etter som hvordan DRG-systemet er tilpasset avdelingen og hvilket fokus ledelsen har på koding.

Størstedelen av analysen er derfor strukturert slik at hver informant presenteres for seg, med de unge først og de eldre til sist. Denne delen vil spesielt analyseres på bakgrunn av to faktorer, *kontekst* og *posisjon*. For å ha et grunnlag for å kunne forstå legene, må man først se på konteksten de befinner seg i. Først av alt jobber de i et helseforetak, på et sykehus og på en spesifikk avdeling. I tillegg jobber hver avdeling med ulike medisinske fagfelt, hvor det er naturlig å tro at det utvikler seg ulike normer både sykehus imellom, men også avdelinger imellom, siden både ledelser og fagfelt kan være svært forskjellige. Forståelsen for hvordan de tenker, kan altså ha sammenheng med hvor de jobber og hvilket type fagfelt de jobber innenfor. I tillegg har posisjon vist seg å være viktig. Leger i stillingen lege i spesialisering har ingen ansvar for avdelingens økonomi og heller ikke ansvar for noen av de andre legene, disse skal disiplineres. I motsetning har leger i lederstillinger større ansvar for både økonomi, arbeidsgiveransvar i tillegg til at man ofte i slike stillinger blir rollemodeller og noen som setter normen for hvordan ting skal fungere. Når jeg i analysen refererer til kontekst og posisjon, er det altså dette jeg hentyder til.

Analysens siste del består av noen utvalgte tema, styring, etikk og omsorg, som ut fra legenes utsagn, er noen av de viktigste temaene rundt DRG-systemet. Dette analyseres på tvers av informantene, selv om det er de mest kritiske legenes stemmer som høres best her, da det er disse som snakker mest om konsekvensene av systemet og ser de større linjene.

Analysering og teori gikk hånd i hånd gjennom hele prosessen, eller kanskje riktigere – frem og tilbake. Jeg hadde allerede før første intervju noen tanker om teori, men bare noe svevende og ikke noe jeg hadde bestemt meg for. Etter hvert som analysen skred frem, materialet var sortert og jeg hadde et klarere bilde av hvilke tema som ville bli viktige for oppgaven, var det lettere å bestemme seg for en teoretisk retning. Jeg endte opp med å bruke teorier fra ganske ulike teoretiske hold, men jeg mener alle tre perspektivene er fruktbare, fordi de bidrar til overlappende forståelser av de ulike måtene legene forholder seg til systemet på. Der perspektivet fra Foucault ikke lenger kan forklare legene, overtar tankegodset fra Marx, og der det ikke kan forklare, brukes Zelizer. Andre teorier ble også vurdert og prøvd ut, men forkastet fordi de ikke bidro til noen ny forståelse.

Jeg har valgt å skrive en empirinær analyse, der informantenes stemme blir gitt stor plass. Da mine informanter ga gode beskrivelser og refleksjoner selv, kjentes det noen ganger nok å bare vise hva de fortalte gjennom sitatene deres. Mot analysens slutt har jeg med noen sitater fra en sykepleier. Grunnen til det er at det under et av intervjuene kom en sykepleier innom der vi satt, som ble med og diskuterte det vi snakket om en liten stund. Da hans betraktninger var interessante, tok jeg med en del av legens og sykepleierens samtale om temaet. Analysen avsluttes med en oppsummering av de viktigste funnene.

4.5 Ethiske betraktninger

For å gjøre studien transparent for leseren, har jeg gjennom de foregående avsnittene forsøkt å redegjøre for de metodiske valgene som er tatt og hvordan jeg har arbeidet med analyseprosessen. Informantene har fått vite at de er utsatt for forskning, de er blitt informert om forskningstema og retten til å trekke seg når som helst. Dette ble informantene informert om både gjennom et informasjonsskriv de fikk tilsendt på forhånd (se vedlegg) og muntlig rett før intervjuet. Når det gjelder konfidensialitet har jeg lagt vekt på at ikke sykehuset og avdelingene og selvfølgelig ikke legene selv skal kunne spores opp ut fra data jeg presenterer. Dette har medført at jeg ikke har vært så spesifikk på enkelte av legenes arbeidstitler eller hva de jobber med innenfor sitt fagfelt. Siden ingen av legene er fra samme avdeling og utvalget kommer fra fire forskjellige sykehus, er det heller ingen informanter som vet hvilke andre

som har stilt opp. I tillegg har jeg ikke oppgitt legenes nøyaktige alder, slik som det står i beskrivelsen av utvalget. Jeg har også endret kjønn på noen av informantene, så det skal være vanskeligere å kjenne igjen informantene.

5.0 Analyse

I denne delen av oppgaven vil jeg analysere legenes måter å forholde seg til DRG-systemet på, hvilke kritikker de har av systemet og hvordan de opplever de økonomiske insentivene som følger med systemet. Det første klare funnet blant informantene, var at de alle hadde en eller flere former for kritikk mot systemet. Typen kritikk og hvor sterk den var, varierte derimot. Det samme gjaldt kunnskap og innsikt i hvordan systemet fungerer, her var det store variasjoner. Analysen begynner med en gjennomgang av de unge ansattes uttalelser, før de eldre ledernes uttalelser presenteres. Til sist analyseres noen viktige enkelttema.

5.1 De unge ansatte

De unge ansatte var alle leger i spesialisering og bestod av Fredrik, Frida og Filip. Fredrik var lege med spesialisering innen ortopedisk kirurgi, Frida kardiolog (spesialist i hjertet og hjertesykdommer) og Filip lege med spesialisering i lungesykdommer. Fellestrekkene mellom disse er at de alle er relativt nyutdannede. De hadde rukket å jobbe fra 6 til 9 år, altså relativt ferske, men såpass lenge at de var vant med rutinene og visste godt hvordan de skulle bruke DRG-systemet. Til tross for deres lik alder og erfaringsbakgrunn, er det tydelig at de hadde ulike opplevelser av systemet.

5.1.1 Ortopeden Fredrik

Fredrik jobbet på ortopedisk avdeling og var den av legene som var minst kritisk til ordningen med innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet. Dette svarte han da jeg spurte om hva han syntes om systemet:

"Politisk sett, så det er jo delvis DRG-finansiert, er det ikke det? Og delvis basis? Ja, jeg tror det er en god løsning, men jeg synes ikke at det bør bli mer stykkprisfinansiering eller hva de kaller det da, det er viktig, at det ikke blir for mye business i det. For helsevesenet skal jo være etisk og. Men en liten balanse bør det være mellom dem, så man får litt lønn for strevet da.

I: Hva tror du kunne ha skjedd da, hvis det hadde blitt mer (innsatsstyrt)?

Nei, altså hvis det blir mer, så blir det mere business ut av det, og da vil det jo påvirke i større grad valg som sykehuset gjør, og hva slags behandlinger man skal gjøre også videre, så det blir mindre mot pasientenes beste og mer mot sykehusets økonomi. Det vil nok sikkert være en trend i det hvert fall. Det er skummelt, det tror jeg nok" (Fredrik).

Det første vi ser at dette sitatet, er at Fredrik var litt usikker på hvordan finansieringen var fordelt, da han søkte bekreftelse fra meg på hvordan ordningen er fordelt før han fortsatte sitt svar. Hans usikkerhet i begynnelsen av sitatet kan tyde både på en manglende interesse for systemet og manglende kunnskap. At Fredrik syntes ordningen var en god løsning, tyder på at

systemet ikke var problematisk for ham i hans arbeidshverdag og at han derfor ikke hadde problemer med å innordne seg og bli et selvstyrende subjekt. Til tross for at han syntes dagens løsning var god, trodde han at en eventuell utvikling med økende ISF-andel ville være skummel. Dette viser at han var bevisst på hvilke effekter et system med økonomiske insentiv kan ha. At han omtalte ISF-andelen som "lønn for strevet", kan forstås som at han ser på inntjening via DRG-systemet som en motivasjonsfaktor, i alle fall på vegne av sin avdeling, om han ikke selv hadde noen egeninteresse av det.

Fredrik så altså ut til å være relativt komfortabel med hvordan DRG-systemet fungerte. For å forstå hvorfor han opplevde det slik, må vi gå dypere inn på hvordan kodingen fungerte på Fredriks arbeidsplass og hvilken kritikk han hadde. Fredrik fortalte at han ikke opplevde kodingen som verken problematisk eller spesielt tidkrevende. Da jeg spurte om det noen gang kunne være vanskelig å finne passende diagnose og DRG-kode svarte han: *"Nei, jeg synes ikke det, men det er bare for at jeg bruker en sånn søkemotor, så det er ganske enkelt"*. Dette kan henge sammen med at DRG-kodene er godt tilpasset ortopedisk pasientbehandling, og at kodingen derfor går greit å gjøre unna, og ikke blir et irritasjonsmoment. Konkrete skader eller inngrep kan løses på foreskrevne måter, noe som gjør det enkelt for Fredrik både å behandle riktig og å finne riktige DRG-koder. Følgende sitat viser at Fredrik opplever at det ikke er så mye man kan gjøre feil:

"Jeg setter jo bare kode på sykdommen pasienten har, og som på en måte har en behandlingsmessig konsekvens da, hvis pasienten har diabetes og vi måler blodsukker hele tiden, så skal jo det være med. Hvis pasienten har høyt blodtrykk og står på blodtrykksmedisin, så skal jo det ikke være med, det er ikke noe vi gjør noe mer ekstra med. Så derfor så, men hvis pasienten er lagt inn for at han har brekt beinet, så skriver jeg kode for at han har brekt beinet, kode for at han har diabetes også skriver jeg en operasjonskode for at han har skrudd sammen beinet.

I: Så det er ikke så mye du kan gjøre feil der?

Nei" (Fredrik).

Slik Fredrik snakket om DRG-koding, virket det som en ganske uproblematisk praksis. Han hadde verken problemer med å finne riktig kode eller hva han skulle kode og ikke. Som tidligere nevnt, tyder dette på at systemet er godt tilpasset hans fagområde, og at det derfor ikke oppleves som vanskelig. Hvis det var noe som var problematisk i forhold til DRG-koding på den ortopediske avdelingen Fredrik jobbet på, mente han at de kunne tape økonomisk ved at noen av legene kodet for lite:

"Noen er opptatt av å få med seg de diagnosene pasientene faktisk har hatt og har hatt behandling for, og andre gir litt mere blanke i det da, så det er klart, det veldig stor forskjell fra lege til lege. Men jeg tror ikke det er mange som spekulerer i det, men det jeg tror skjer, er at det er mange som er veldig sløve, så man taper veldig mange penger på diagnosekoder man absolutt skulle hatt betaling for. I alle fall på vår avdeling, er kanskje det hovedproblemet.

I: Mer at du taper enn at du får for mye?

Ja, fordi folk synes det er kjedelig å skrive de kodene. (...) For mange leger er ikke så interessert i det, synes det er kjedelig og sånn. Blir kanskje litt halvveis jobb da. Men det er jo kanskje riktig at legene gjør det, da" (Fredrik).

DRG-koding på denne avdelingen gjøres ifølge Fredrik enten "korrekt" ved at man koder det man skal, eller at man på grunn av sløvheter koder for lite og dermed taper penger til avdelingen. At kodingen var preget av sløvheter på Fredriks avdeling, mente han det kunne være tre ulike grunner til. For det første slik det kom fram i forrige sitat, at det var en manglende interesse for administrative ting og økonomi blant legene, den delen av jobben var kjedelig og da orket man heller ikke legge så mye innsats i det. Det kunne godt være en del av jobben man forsømte litt. For det andre har ikke de fleste legene noe ansvar for økonomien, det er noe som er overlatt til ledelsen og menige leger trenger ikke bry seg om det. Da har de heller ikke insentiv til å kode "kreativt", med tanke på økonomisk lønnsomhet. For det tredje var det lite press fra ledelsen på Fredriks avdeling om hvordan man skulle kode og de hadde heller ingen kodekonsulent som gikk gjennom kodene deres. Slik beskrev Fredrik at han ikke syntes det var interessant å høre om økonomi eller at det var innen hans ansvarsområde:

"Ja, det er jo snakk om det innimellom, så kommer jo klinikkjefen og snakker om økonomi, hvordan det går med budsjettet, om vi ligger i pluss eller minus. Men jeg må si, jeg synes ikke det er veldig interessant, det er ganske kjedelig å høre om, de får nå bare fikse opp. Prøver bare å behandle pasienter jeg. Systemet bør bare være sånn at det går rundt, og vi må jo bare gjøre jobben vår i forhold til pasientene og så må jo ledelsen styre og ta de store valgene. Hvis det er noe som gjør at økonomien blir for dårlig så må de ta noen grep som de vil. Det er ikke noe vi kan ta ansvar for. (...) Hvert fall som på avdelingen vår, tror jeg ikke legene føler så veldig stort eierskap til inntjeningen til avdelingen, så man konsentrerer seg om pasientbehandlingen og så skriver man ned de kodene, for de vet at det hører med. Men jeg tror ikke det er noen som velger en annen behandling for at det gir mer cash i kassa altså" (Fredrik).

Fredrik i sin posisjon som ansatt, fraskrev seg altså ansvar for avdelingens inntjening. Hans interesse lå i å behandle pasienter, som han så på som sitt ansvar, mens økonomi var noe ledelsen fikk ta seg av. Slik sett kan Fredrik sies å være et selvstyrende subjekt, som ikke synes kodingen er vanskelig og utfører det uten vanskeligheter, men samtidig fokuserer på

god pasientbehandling – da er han også produktiv og nyttig for samfunnet i helhet. Den tredje årsaken Fredrik nevnte om manglende interesse for DRG-systemet kan skyldes opplæring. Kursing og press om å kode syntes å være lite i fokus på Fredriks avdeling. Han fortalte at han ikke fikk noen spesiell opplæring i DRG-systemet da han begynte, men at det var en av mange ting han måtte finne ut av selv. Han kunne imidlertid huske at de hadde hatt internundervisning i DRG-koding et par ganger, hvor de ble påmint om at det var viktig at de satte koder og om hvor de skulle skrive dem, men ikke noe utover det. Fredrik fortalte at han ikke syntes DRG-systemet var så veldig vanskelig å lære seg, og at det hadde gått helt fint. Etter hans oppfatning var heller ikke DRG-systemet et samtaleemne på avdelingen, det var ikke noe de snakket om. Han følte heller ikke noe press om å kode, eller at den delen av jobben ble spesielt verdsatt:

"Nei, koding gir lav status ja, det er ingen som blir stolt av deg om du er flink til å kode! Det er jo regnet som en kjedelig nødvendig del av jobben tror jeg. Det er jo en liten del av jobben da, tar jo ikke noe tid" (Fredrik).

At Fredrik ikke opplevde som DRG-koding som verken interessant, innen hans ansvarsområde eller noe han kunne høste ros for fra ledelsen, gjør det forståelig at han ikke brydde seg særlig om DRG-koding. Han gjorde jobben, fordi det var en del av hans arbeidsoppgaver, og ønsket også å gjøre det riktig, men syntes verken det var krevende, vanskelig eller at det var mye fokus på det. Avdelingen hans hadde ingen kodekonsulent, noe han mente kunne gjøre en forskjell:

"Noen avdelinger har jo ansatt egne folk til å se at de har fått med seg alle kodene, det har ikke vi for eksempel. Det tror jeg er veldig stor forskjell på, altså jeg tipper at hvis vi hadde hatt en egen person som så gjennom alt som var av pasientkontakt som var aktuelt med DRG, og tilføre alt som var glemt av, så tipper jeg at den årslønna til den personen som skulle gjøre det, hadde blitt dekt og mer til. Så det er det mange (avdelinger) som har tror jeg" (Fredrik).

Her kan vi gjenkjenne Fredriks kritikk om at avdelingen ikke fikk så godt betalt som de skulle hatt, fordi en del leger var sløve med kodingen. Ut fra hans plass i organisasjonen som ansatt uten ansvar for avdelingens økonomi, at faget hans med mange operasjonelle inngrep var godt tilpasset DRG-systemet og en ledelse som ikke fokuserer veldig mye på DRG-kodingen til sine ansatte, kan man forstå Fredriks holdning til systemet. Han synes ikke det var problematisk, men er likevel klar på at om ISF-andelen økes, kunne det være en fare for mer instrumentelle effekter. Hans oppfatning om at det kanskje var greit at legene ikke brydde seg så mye om å kode, er også en indikator på at han ser at det finnes noen farer ved systemet,

selv om det ikke er noe han opplever selv på sin avdeling. Fredrik kan på den måten sies å være et godt eksempel på en som har innordnet seg systemet og som fungerer som et selvstyrende subjekt, uten tanker om at han selv blir styrt til noe. Han har godtatt systemet og syntes det fungerte greit, samtidig som han ikke forsøkte å utnytte systemet.

5.1.2 Kardiologen Frida

Frida jobbet på en hjerteavdeling. Hun viste i likhet med Fredrik aksept for systemet, og mente at kodingen i praksis ikke var noe stort problem. Det var noe hun var blitt vant til, og en naturlig del av jobben. Imidlertid hadde hun noen tanker om ideologien bak, som hun ikke kjente seg helt komfortabel med:

"DRG-systemet fungerer jo, det er det vi bruker, vi har ikke noe annet og det er viktig at vi har noen ting. Det er jo klart at man skal jo få betalt for de tjenestene man gjør. Men jeg synes vel at tanken bak det er litt spesiell for min del, altså, det her med at du har satt en pris per sykdom. Og det er vel det som har vært vanskeligst å svelge. At man har satt pris på masse forskjellige ting. Men ellers så er det jo et system vi har, og man bruker det så godt man kan og håper at man gjør det rett" (Frida).

Det å prissette sykdommer og diagnoser var altså det Frida var mest skeptisk til med systemet, selv om det ikke bød på så store problemer rent praktisk. Det viser likevel tegn til friksjon, at det å innordne seg systemet ikke var helt uten ubehag, fordi hun hadde disse tankene i bakhodet, selv om hun ikke trodde det ville føre med seg noen konsekvenser. Hun følte heller ikke at DRG-kodingen tok spesielt mye tid, da de på hjerteavdelingen ofte fikk inn pasienter med like diagnoser, så hun lærte seg fort de diagnosekodene som ble brukt hyppigst. Hun var også fornøyd med kodeverket de benyttet seg av, hvor hun som regel fant fram det hun trengte. Imidlertid var det en del av arbeidet hun gjorde hun ikke følte ble integrert i DRG-systemet:

"Det er ikke alt du får synliggjort på en måte, med det systemet. Det er enkelte ting som faller litt bort. Og visse ting som man bruker mye tid og energi og ressurser på som ikke blir refundert på den måten som man kanskje føler det burde da. I noen tilfeller så fungerer det veldig bra. Men det er vel akkurat den biten, at det er en del arbeid som ikke synliggjøres på den måten.

I: Hvordan type ting er det da?

Nei, altså, det kan jo være noen sykdommer som tar mye tid, eller utredninger snarere som tar mye tid, men som ikke resulterer i noe konkret resultat. Så man bruker mye tid og ressurser, men til slutt så blir det liksom ingen konkret diagnose, og da får du jo ikke det refundert spesielt bra. Så du har en fallgrube der (...) Man kan jo også stille spørsmål om det er korrekt og hvem er det som bestemmer hva en viss sykdom koster, eller hva den er verdt, ikke sant. Det er jo en veldig rar måte å tenke på" (Frida).

Her ser vi at Frida ikke opplever at systemet yter rettferdighet i forhold til hennes arbeidsinnsats, lange utredninger gir dårlig gevinst. DRG-systemet som skal håndtere en kompleks virkelighet med den hensikt at alle pasienter skal kunne klassifiseres i systemet, gjør dermed at ikke alle typer pasienter passer inn, noe hun er kritisk til. Fridas kritikk kan også forstås som en kritikk av konsekvensene av hva som skjer når menneskelige tilstander skal objektiviseres og prissettes. Hun stusser over om det er korrekt å prissette diagnoser, og viser dermed en etisk skepsis til hva som skjer når sykdom prissettes, og hva og hvem som skal avgjøre hva en sykdom er verdt. Selv om Frida formidlet en slik skepsis til tankegangen bak, opplevde hun ikke at dette hadde noen praktisk konsekvens for hvordan hun eller andre leger behandlet pasientene.

Det at Frida oppfattet DRG-systemet som fungerende og så viktigheten av å få betalt for tjenestene de gjorde, men samtidig hadde en ideologisk kritikk, kan forstås gjennom hennes posisjon som ansatt og den konteksten hun jobbet innenfor ved hjerteavdelingen. I likhet med de andre ansatte, hadde ikke Frida ansvar for avdelingens inntjening, og trengte derfor ikke å ta stilling til hvordan systemet ble brukt. Hun opplevde også at det ble lettere med tiden, men at det hadde vært slitsomt da hun var helt fersk:

"Mine første reaksjoner etter studiet, da jeg begynte med det systemet, var jo at det var veldig tungvint, men da slo vi opp i de her gule bøkene, og det var jo helt forferdelig, fant jo ingenting. Så da syntes jeg det var ganske slitsomt. Men nå er jeg så vant med det, og det er mye lettere" (Frida).

Da jeg spurte om hennes første reaksjoner i møte med systemet, var det de praktiske sidene ved systemet hun nevnte; at det var tungvint å slå opp i de tykke bøkene. At hun syntes systemet var mye lettere i dag når hun var blitt vant til det, viser at systemet har satt seg i fingrene og at hun har innordnet seg og tilpasset seg systemet slik at det fungerer i det daglige. I motsetning til Fredrik hadde Frida fått opplæring via et todagerskurs om DRG-koding da hun begynte på sin avdeling. Men i likhet med hva Fredrik erfarte, virket det ikke som at DRG-koding var et samtaleemne på avdelingen. Hun svarte at de pratet veldig lite om DRG-koding:

"Kanskje man gjorde det litt mer i begynnelsen, når man var litt mer usikker og spurte. Vi har jo en del studenter innenfor turnus og sånn, som jobber hos oss, og de spør jo en del, turnusleger spør en del om når man skal gi forslag på koding. Hva man skal lete etter og sånn, men det er jo på det nivået, at man skal veilede" (Frida).

At prat om DRG-systemet på Fridas avdeling var sjelden, men når det skjedde som oftest var fra studenter, tyder på at interessen for systemet var lav også på hennes avdeling. Hun

formidlet at enkelte koder ble brukt hyppig fordi de fikk inn mange med samme diagnoser, noe som kan være et tegn på at systemet innenfor hjertefaget fungerte greit. Så lenge Frida visste hvilken kode hun skulle velge, hadde hun ingen stor grunn til å bry seg om refusjonen var rettferdig eller ikke. I noe større grad enn Fredrik, fortalte hun at noen fra ledelsen noen ganger rettet på koder de hadde valgt, og at de fikk retningslinjer om koding:

"Sånn i store drag så skal vi jo kode det konkrete som pasientene ligger inne for. Vi skal se til at hoveddiagnosen virkelig er det som har vært behandlingen. Og så at alt det andre blir bidiagnoser, men det er vel egentlig det. Og i blant får vi jo tilbakemelding på at man burde ha satt den diagnosen først, for det var jo faktisk det her pasienten lå inne for først og fremst. For i blant blir det jo flere store saker, så velger man noen av dem, og i blant får man tilbakemeldinger om at den andre hadde vært bedre, men det er sjeldent. Oftest så synes jeg at det sjelden er endring på det. Da kan det ha vært at man har glemt å føre på en prosedyre. Veldig obs på at vi skal få med alt i hop da. Alt skal med, det er fokus på det. Alt skal skrives. (Småler)" (Frida).

Frida opplevde altså retting fra ledelsen som verken plagsom eller unødvendig, og noe som skjedde relativt sjelden. I Fridas øyne var ikke DRG-systemet noe praktisk problem for hennes arbeidshverdag, selv om hun rent ideologisk syntes tanken bak var spesiell. Hun hadde altså en viss ideologisk kritikk, men ikke på det praktiske plan. Selv om hun hadde opplevd det som tungvint i starten, var hun blitt vant til det og så nødvendigheten av at de kodet, så de fikk pengene de skulle ha. Det at både Frida og Filip så nødvendigheten av å kode, viser at de har blitt sosialisert til å tenke at det er viktig at de koder, så avdelingen får det de skal ha. Slik blir de nyttige og produktive leger, også på det samfunnsøkonomiske plan.

5.1.3 Lungelegen Filip

Filip jobbet som lege i spesialisering på en lungeavdeling. Han skilte seg litt fra de to andre ansatte ved at han var mer kritisk til systemet og hadde flere tanker og refleksjoner om hvilke konsekvenser DRG-systemet kunne ha. Filips første reaksjon på hva han syntes om systemet var dette:

"Nei, jeg synes det er litt tåpelig å fordele penger på en sånn måte. Altså, det gjenspeiler ikke arbeidet. (...) Jeg kunne gjerne hatt noen som gjør det for meg, at jeg bare skriver noen diagnoser, også er det noen som leser det ut og så får jeg penger. Jeg har ikke lyst å sende ut regninger ikke sant, eller bestille regningskrav ut fra det som gir meg mest penger. Har bare lyst å stille en diagnose, og så kan en økonom eller noen som er interessert i å få penger til sykehuset, eller er ansatt for akkurat det, finne ut hvor mye det koster. (...) jeg er interessert i å finne en diagnose til pasienten, men er ikke interessert i å gi et navn tilpasset et DRG-system, bare fordi jeg kan ta penger" (Filip).

Filip var altså kritisk til å blande økonomi med pasientbehandling. Han ønsket å distansere seg fra økonomisk tenkning og syntes det hadde vært best om noen andre kunne tatt seg av aktiviteter knyttet til økonomi. Han kritiserte videre at helsebudsjettet fordeles gjennom DRG-systemet og at jobben legene må gjøre med koding egentlig ikke er noe han ønsker å rette fokus mot:

"Det er litt som en bilmekaniker ikke sant, som på en måte må kode alle sånne dumme ting for å få penger, men for pasienten har det ingenting å si, for det jeg gjør med pasienten, rent faglig, er det som er viktig. Sånn tenker jeg. Jeg skjønner at pengene må fordeles på en eller annen måte.

I: Du har egentlig ikke lyst til å tenke økonomi?

Nei, jeg har ikke lyst til å sende regninger, jeg driver ikke som privatpraktiserende. Da ville det sikkert ha vært litt annerledes. (...) Den pasienten med lungebetennelse kan koste flere tusen, eller kan koste ingenting. Og du får like mye penger for det. Det er et helsebudsjett som bare fordeles, og så har du på den ene siden helsebudsjett også blir det fordelt blant folk, så den ene får mindre og den andre mer, basert på en DRG-kode. Vet ikke om det er riktig, jeg. Og så krangler vi i mellom klinikkene ikke sant, hvem som skal få mer penger for det vi behandler, og hvem som skal få penger for det. Altså ikke krangler, men hvem koder og hvem har gjort hvilke prosedyrer og så må vi skrive alle prosedyrer opp og penger på alt. Det blir litt sånn bilmekaniker, at da har vi to timer for å skru inn en skrue og tre timer for det her, for da får vi så og så mange penger. Og det synes jeg er litt tåpelig. (...) Så jeg bryr meg egentlig ikke så mye om det, jeg bare gjør det" (Filip).

Filip oppfattet altså at DRG-koding ikke hadde noe med hans jobb som lege å gjøre. At han sammenlignet sin egen jobb med å være bilmekaniker, forteller noe om hvilken påvirkning han opplevde at DRG-systemet hadde, at det tenderer mot at jobben blir mer instrumentell. I tillegg poengterte han at han "ikke driver privatpraktiserende", og derfor ikke har ansvar for økonomi eller "å sende regninger". Når man jobber i det offentlige skal man altså ikke tjene på det man gjør, helsebudsjettet skal bare fordeles. Dette syntes han ble satt på litt hodet ved et DRG-system som inneholder økonomiske insentiver til å karre til seg så mye som mulig ved å kode alt man kan kode og i mer lønnsomme diagnosekoder. Videre var han kritisk til om DRG-kodingen yter rettferdighet, da han opplevde at to pasienter som ender opp med samme DRG-kode har brukt helt ulik mengde ressurser, både økonomisk og i arbeidsinnsats. I tillegg mente han at klinikker "krangler" om hvem som vinner DRG-koder, og da har det i Filip's øyne blitt for mye fokus på økonomi. Fra Fredriks ståsted burde hensyn til pasienten komme først, og ikke økonomi. Hans måte å forholde seg til det på, ble derfor å "bare gjøre det". Et eksempel på hvordan Filip noen ganger klarte å distansere seg fra systemet på, var da han fortalte at han forsøkte å unngå DRG-kurs:

"Men det har blitt litt sånn med inn når jeg har jobbet i ni år, ikke sant, du *må* forholde deg til det. Så prøver du å unngå, for det går sånne kurs hvert år for DRG-koding, sånn at du blir bedre i det, i koding og sånn, men det dropper du helst.

I: Hva er det de sier på de kursene da?

Nei, om hvordan du skal bruke forskjellige ting ikke sant, hva du skal bruke til hva og hvilke kombinasjoner man bør bruke og sånn, hva som gir penger. Men jeg har gjort sånn tre-fire kurs, så jeg føler jeg har vært på det. (...) Når du føler at noe er viktig og interessant, så lærer du det lett, hvis du føler at noe er uviktig, så bare ja, okei, så bruker du den delen som du kan på en måte. Altså, som du trenger som håndverk, og resten bare dropper du. Jeg tror det er sånn alle gjør det hos oss. " (Filip).

Å unngå DRG-kursene, var en måte for Filip å distansere seg fra systemet på. Han ønsket ikke å gi DRG større fokus enn nødvendig, og ønsket heller ikke å vite alle mulige tekniske forskjeller han kunne gjøre for å tjene mer. Siden verken Frida eller Fredrik hadde vist særlig irritasjon eller kritikk overfor systemet, var det interessant for meg å spørre Filip om hvordan de andre legene på hans avdeling oppfattet systemet og hva de tenkte om det. Var det bare Filip som hadde en slik kritisk holdning?

"Vi er forbannet på det ja! (...) jeg tror de fleste legene ikke er fornøyde med de administrative oppgavene. Jo mindre administrativt vi må gjøre, jo gladere er vi. Det er det klassiske med administrative ting, ikke sant. Men, på en eller annen måte må man jo bedømme og få penger, så vi forstår at vi må gjøre det. Det er bare en regnemåte å få penger på. Så da gjør vi det bare. Som en flokk som følger systemet. Uten å tenke" (Filip).

Ifølge Filip var det altså ikke bare han som irriterte seg over systemet, men i likhet med andre administrative oppgaver utførte de det fordi det var en del av jobben. I likhet med både Fredrik og Frida, viser Filip samme holdning: "bare gjør det", men han viser likevel en annen bevissthet, nettopp ved at han *påpeker* at legene bare er en flokk som følger systemet uten å tenke. Selv om han inkluderer seg selv i denne bemerkningen, har han sett noe verken Frida eller Fredrik snakket om. Dette vitner om en bevissthet som gjør at han også ser andre kritikker ved systemet i tillegg til at han viser en viss motstand ved å bevisst distansere seg fra økonomisk tenkning. Slik har han på den ene siden innordnet seg, fordi han koder så godt han kan, men det er likevel en friksjon her, med en viss motstand.

For å forstå hvorfor Filip var mer kritisk til systemet enn Frida og Fredrik, kan vi se det i sammenheng med hvilket fagfelt han jobbet innenfor og hvordan det var på avdelingen hans. For det første hadde han noen interessante betraktninger da han fortalte om hvorfor han hadde blitt lege, og hvordan han endte opp som lungelege:

"(...) Først hadde jeg lyst å bli kardiolog, det er hjertelege, og så fant jeg ut at etter hvert ble det så kjedelig. Fordi kardiologi det er veldig sånn algoritmisert, du gjør det sånn og sånn og sånn, sånn kirurgisk, det er ikke så mye frihet til å tenke, ha kompliserte problemstillinger, som det er når du jobber med kreft, lungekreft og sånne ting. Synes det har litt tyngde, ikke noe sånn bare brystmerter, nei, det er ingenting og det er psykisk og sånn. Så jeg likte det, det er litt ærlig på en måte. Å jobbe med døende, jobbe med kompliserte problemstillinger. Litt sånn etiske problemstillinger. Det er givende. Det er kanskje ikke sånn kick i forhold til at du helbreder noen, men hele den prosessen med utredning sånn er spennende og lunge det er mange prosedyrer, bronkoskopi, legge inn dren og sånn, spennende" (Filip).

Filip hadde vært innom mange områder før han fant ut at det var lungelege han ønsket å bli. I forkant av dette sitatet fortalte han at han hadde vært innom flere ganske forskjellige fagfelt før han fant ut at han ville bli kardiolog, og siden lungelege. Hans beskrivelse av kardiologi som algoritmisert, viser at han opplevde den retningen som mer standardisert, mens lungefaget som mer diffust og komplisert. Frida og Fredriks aksept av systemet, og forklaringen om at det kan skyldes at DRG-systemet er best tilpasset kirurgiske og standardiserte diagnoser og behandlinger, understøttes dermed av Filips oppfattelse av kardiologi som mer standardisert enn lungefaget. Og der verken Frida eller Fredrik følte at det var vanskelig å finne koder og var fornøyde med kodeverktøyet, syntes ikke Filip det fungerte like bra, nettopp fordi lungefaget er mer diffust og sykdommene kan være vanskelige å putte i en kode:

"I: Er det noen ganger vanskelig å finne ut hva som feiler en person? Å få stilt en diagnose?"

Ja. Har opplevd det. Spesielt i vårt fag egentlig. Indremedisin er veldig diffust.

I: Hva gjør man da, i forhold til DRG-kodingen? Hvis du ikke vet akkurat hva som feiler pasienten?"

Ja, det er akkurat det. Da tar man sånn finger i lufta (tar fingeren i lufta) og så finner på noen ting. Det er en sånn DRG-kode som bare beskriver symptomer, sånne R-koder, så da kan du velge hodepine, uten at du vet egentlig hva det er. Altså da koder du bare etter symptomer, hvis du ikke finner ut. (...) vi har sånt kodeverktøy som du kan slå opp i, men den gir ikke alltid det svaret du trenger. Og spesielt siden de søkemotorene er så dårlige ikke sant. Hvis de hadde vært så gode som Google, ville det sikkert vært mye lettere, men ingenting er så bra som Google" (Filip).

Filip illustrerer her hvordan DRG-systemet var dårlig tilpasset hans legevirkelighet. Gjennom hans fortelling om hva han gjør med en pasient som ikke har en konkret diagnose, og hvordan han ikke opplevde kodeverktøyet som et godt verktøy, tyder på at lungefaget er dårligere tilpasset DRG-systemet enn de fagene Fredrik og Frida jobbet med. Slik kan man også forstå at det er vanskeligere å disiplinere leger i et slikt fagfelt, hvor det ofte ikke er klare svar på hva du skal gjøre, mens det i ortopedien er lettere fordi det finnes klarere retningslinjer på hva

man hvordan legene skal handle forskjellige tilfeller. Filip's avdeling hadde også en kodekonsulent som noen ganger rettet på det Filip hadde kodet:

"Også får jeg av og til tilbakemelding på at nei, den DRG-koden kan du ikke bruke, av en overlege eller av en sånn DRG-kontrollør som vi har, som av og til går gjennom og sier nei, du kan ikke bruke den sånn.

I: Så dere har en DRG-kontrollør?

Ja, vi har det. Som forteller meg at jeg gjør så mye feil i forhold til DRG-kodingen. Men det bryr jeg meg veldig lite om. Altså jeg gjør det, ikke sant, og hvis det er feil, det er sånn som når moren din sier, nå har du ryddet rommet ditt feil ikke sant, for de gule sokkene skulle vært på den siden og de røde på den siden, så er det aldri... (...)

I: Så når han retter på deg, så er det fordi at du har valgt feil kode da, eller?

Ja, eller rekkefølgen er feil, eller hvis du har brukt den ene koden, så er det ikke lov å bruke en annen kode. (...) Men det har ingenting med min kvalitet som lege å gjøre, om jeg bruker den riktige DRG-koden. Men noen er veldig opphengt i det ikke sant, sånne overleger og sånt. Ja, det er ikke bra" (Filip).

Filip syntes det var vanskelig å forutsi når han hadde brukt kodene slik DRG-kontrolløren ville, og når han hadde gjort det feil. Selv om han fikk slike tilbakemeldinger, brydde ikke Filip seg nevneverdig om disse, siden han ikke så på DRG-kodingen som relevant i forhold til kvaliteten på hans arbeid. Han viste også en viss bekymring over at enkelte overleger var brydde seg "for mye" om DRG-koding. Igjen ser vi her Filip's tegn på motvilje til å bry seg om DRG-koding og det at han kritiserer noen overleger for å være for opphengt i DRG-systemet viser at personer i lederstillinger ikke alltid får gehør hos de ansatte. Filip hadde også fått høre hvilke diagnoser det lønte seg å ha, og i hvilken rekkefølge man burde sette diagnoser for å få best betalt:

"Noen forteller det av og til ikke sant, det er bra å ha hjertesvikt, det er bra å ha nyresvikt, litt som å slenge på nyresvikt, alltid greit. Det er sånne ting som jeg vet. Men egentlig vet jeg ikke (hvilke diagnoser som anses som lønnsomme), men vi fikk det en gang sagt, og vi skulle egentlig få tilgang til et sånt system der vi kunne sjekke hvor mye det gir. Vi fikk en sånn opplæring, det er også tåpelig, ikke sant. For hvis jeg setter nyresvikt først, og lungebetennelse på andre plass, så får vi mer penger enn hvis vi setter lungebetennelse først, og nyresvikt på andre plass. Så det i seg selv kan være en 10 000, 15 000 kroner forskjell, bare på rekkefølgen på DRG-kodene. Men det er nok noen leger som gjør det hos oss, etterpå, og så går de gjennom og ser at hvis de snur litt sånn på DRG-kodene, så får de mer penger. Men det viser hvor tåpelig det systemet er, ikke sant, bare på snuing, hvordan du setter kodene i rett rekkefølge, så får du mer penger for en pasient som du har behandlet" (Filip).

Små justeringer og bytte av plass på DRG-koder kan altså utgjøre store økonomiske forskjeller, noe Filip som ansatt ble fortalt og oppmuntret til å huske på. At "det er bra" å ha

hjertesvikt og nyresvikt, fordi det er lønnsomme diagnosekoder, gjør ikke nødvendigvis noen forskjell i hvordan Filip handler, og han poengterte: *"Men sånn tenker ikke jeg. Jeg vet det, men det er ikke sånn at når jeg treffer en pasient at jeg ser gjennom hva det koster"*. At ansatte blir gitt slik informasjon og indirekte blir oppmuntring til å kode lønnsomme koder er altså en del av Filips kritikk, selv om dette først og fremst er en kritikk av hvordan systemet blir brukt og fungerer der han jobber, heller enn av selve systemet. Dette gjør det forståelig at han følte at hans rolle som lege ble litt som en bilmekaniker, når de økonomiske aspektene ved diagnosene blir vektlagt i stor grad, noe han ikke likte. En annen direkte konsekvens av "bilmekaniker-tankegangen" som Filip hadde lagt merke til og som kunne gå utover pasientene, var at noen ble utskrevet før pasientene selv følte seg klar for det, selv om han generelt ikke trodde at DRG-koding hadde noen direkte konsekvens for pasientene, i alle fall ikke noe livsfarlig eller uforvarlig:

"Det finnes sikkert noen enkle ting, som kan gå utover pasienten, altså, føle seg utryggere, det er den hyppigste ikke sant, i forhold til at det går utover pasienten. Pasienten vil ikke hjem, fordi han føler seg utrygg, men du sender han hjem likevel, men du føler han er trygg, ikke sant. Og noen enkelte ganger blir de sendt hjem for tidlig også, så kommer de tilbake, og da hadde gått utover pasienten. Ikke sånn livsfarlig, at vi setter livet i fare ut fra sånne bestemmelser, det har jeg ikke opplevd egentlig hos oss i hvert fall, men i forhold til reinnleggelses at de må komme tilbake og at de kanskje blir sendt ut for tidlig, det kan skje. Og ofte er det sånn at når det blir livsfarlig, veldig sånn på at de gjør det selv, så får de kanskje et hjerteinfarkt hjemme, men det ville de kanskje fått på sykehuset og, så det vet du aldri. Du kan ikke beskytte pasienten mot alt når de er syk. Men generelt tror jeg ikke det" (Filip).

Her ser vi igjen bilmekanikertankegangen, om at pasienter blir sendt ut så fort DRG-en er utført – pasienten er "reparert" og er dermed klar til å skrives ut til tross for at pasienten føler seg utrygg. Kritikken fra Filip, er i hovedsak at DRG-systemet i samspill med andre ordninger på sykehuset gjør at fokuset på økonomi blir større enn ønskelig:

"Det er så mye som går etter penger. Så jeg tror vi egentlig har en god ledelse, men som er dyttet inn i en streng ramme med penger som kommer ovenfra. Selv direktøren har vært i media og sagt at på de vilkår han får fra staten, så kan man nesten ikke drive sykehus lenger. Over alt er det penger og det skal spares og spares og spares og det gir et sånt ubehagelig trykk egentlig, som henger over alle. Og det misbruker noen ledere, noen gjør det ikke" (Filip).

Filip hadde forståelse for at ledelsen måtte fokusere på økonomi, men også at de har begrensede muligheter til å løse det, fordi de har begrensede midler. Dette mente han kunne påvirke ledelsen til å prøve å tyne så mye man kunne fra DRG-systemet, når økonomien i utgangspunktet var så trang. Filip viste altså en større bevissthet enn Fredrik og Frida, en mer nyansert kritikk av systemet og var også oppmerksom på noen konsekvenser systemet kunne

ha. Slik kan han forstås som et subjekt som ikke like lett lot seg disiplinere. At kritikken stikker litt dypere, kan skyldes at de jobber på ulike avdelinger hvor DRG-systemet arter seg på forskjellige måter. Som vi har sett passet ikke systemet like godt til lungefaget ifølge Filip, og fokuset på at legene skulle kode smart virket også å være større på hans avdeling, noe som også førte til at det var mer prat om negative konsekvenser av systemet på Filips avdeling. Slik kan det se ut til at Filip har gitt opp kampen mot systemet, men samtidig ikke kommet dit at han aktivt jobber for å få mer penger til sykehuset. Han befinner seg i en maktrelasjon der han tydelig viser motstand, men samtidig delvis har resignert.

5.2 De eldre lederne

Vi skal nå se videre på hvordan lederne forholdte seg til systemet og hvilke kritikker de hadde. Lederne skilte seg fra de ansatte for det første ved at de hadde lengre erfaring. Alle hadde jobbet under andre system enn innsatsstyrt finansiering og husket da det ble innført. Derfor kunne de også fortelle om hvordan det hadde vært før og hvilke diskusjoner som hadde vært da det ble innført, og hvordan det siden har blitt oppfattet og hvordan de opplever at de nyutdannede ser på systemet i dag. For det andre hadde de i sine lederroller større ansvar for økonomi og inntjening enn de ansatte. I tillegg var de normsettere og personer som de yngre ansatte ser opp til. Disse tre kommer fra forholdsvis ulike fagområder og stillinger, men deler av deres kritiske refleksjoner går likevel på det samme. Vi skal først se nærmere på Liv, som er relativt positiv til systemet i forhold til Lars og Levi.

5.2.1 Klinikksjefen Liv

Liv var klinikksjef for en indremedisinsk klinikk, og hadde jobbet på sykehus i rundt 30 år. Som klinikksjef hadde Liv et annet perspektiv på DRG-systemet enn de unge ansatte. For der ansatte uten ansvar for økonomi ikke har noen grunn til å kode "kreativt", kunne systemet for Liv være en bidragsyter til lavere eller høyere inntjening, alt etter som hvordan det ble brukt. I likhet med både Frida og Fredrik, ga Liv uttrykk for at hun syntes systemet var greit, og forholdte seg til det uten de store spørsmålstegetene:

"Jeg synes vel egentlig at det kanskje er greit. (...) innenfor indremedisin, kan ikke vi tjene oss rike på noe av det vi gjør. Vi har egentlig ganske dårlige inntekster, vi opplever hvert fall at vi har relativt dårlig refusjon på det vi gjør, særlig i poliklinikken.

I: I forhold til innsatsen?

Ja, egentlig. Noen klinikker, særlig kanskje de kirurgiske klinikkene kan jo hvis de har dårlig økonomi, på en måte bestemme seg for at nå prøver vi å ta inn alle pasientene på venteliste for en type operasjon, og så kan vi ta unna det og så kan de få skikkelig inntekt, og greie å dekke

opp for noe av underskuddet. Men det kan ikke vi. (...) Så, jeg kan ikke bruke det så veldig mye som et sånn styringsverktøy da, kan du si" (Liv).

Livs første reaksjon på spørsmålet om hva hun syntes om DRG-systemet, var altså at det var greit. Hun var likevel kritisk til deler av ordningen som at refusjonen på mange av DRG-kodene som ble benyttet i klinikken hun var sjef for, i hennes øyne var dårlig betalt. Hennes videre refleksjoner sier mer om dette:

"Jeg tror kanskje jeg synes det er greit at det er noe innsatsstyrt. (...) Jeg føler kanskje det er lagt litt opp til, nettopp sånn som jeg sa, at du da har muligheten til å tjene litt mer penger. Du kan liksom dreie drifta di litt, sånn at du kan få litt ekstra inntekter, men for oss som ikke har den muligheten, så synes jeg at jeg har veldig lite handlingsrom økonomisk sett. Og plutselig så er de inntektene litt lavere. Det har vært for mye indremedisinske, altså vi synes vi får mindre. Vi har hatt lavere indeks de siste årene, uten at vi helt skjønner det. Så da har vi plutselig lavere inntekter selv om vi behandler de samme pasientene. Så ja, jeg har kanskje ikke tenkt så veldig mye på hvordan det hadde vært hvis det hadde vært en annen form, hvis alt var i ramme (...) Nå er jeg indremedisiner da, men jeg har jo en sånn følelse av at det stemmer bedre med de kirurgiske fagene enn med de indremedisinske. Det er lettere å lære hvor mange skruer du skal bruke og hvor mye.." (Liv).

Liv fortalte at hun ikke hadde tenkt så mye over dette før, hvordan finansieringsordningen fungerer og hva som hadde vært optimalt. Etter litt betenkningstid, kom hun imidlertid fram til at hun trodde hun syntes at det var greit slik, kritikken hennes gikk hovedsakelig ut på at hun følte hun hadde lite handlingsrom i forhold til de kirurgiske klinikkene. Hun oppfattet den innsatsstyrte delen av finansieringen som en måte å dreie driften på, eller en mulighet til ekstra inntekt. Sli kan man forstå at disiplineringen og selvstyringen retter seg mot de gitte målene om et balansert regnskap, og at DRG-systemet dermed er et system som skal styre indirekte. Hun var også kritisk til at takstene innen hennes fagfelt var blitt lavere. At hun ikke skjønnte hvorfor kan tyde på at hun ikke helt visste hvordan systemet fungerer, noe vi kommer tilbake til senere. Da jeg spurte henne om hvordan det hadde vært før innsatsstyrt finansiering, svarte hun dette:

"Ja, det som jeg husker da, det var at jo mer du gjorde, jo mer med underskudd kunne du jo gå før. Fordi da pådro du deg mer utgifter, så jeg synes jo det er riktig at vi skal jobbe for å ha en rasjonell drift da, det synes jeg er en viktig ting som leder å prøve å få til, med de ressursene jeg har. Så kan jeg få til en god drift og en god kvalitet på tilbudet. (...) Det er litt stimulerende hvis vi ser at vi har mer poliklinikk for eksempel, det er stimulerende, det tror jeg alle synes, både leger og sykepleiere og. Det er motiverende å se at vi faktisk øker aktiviteten vår. Jeg tror også det kunne vært motiverende hvis vi også hadde økt inntjening, men i og med at vi ikke har det, kan det kanskje være demotiverende igjen, altså at inntektssystemet er liksom ikke for oss" (Liv).

Til tross for at Liv opplever at tjenestene de gjør på hennes klinikk ikke blir godt nok refundert, og at de ikke har den samme muligheten til å øke inntektene som kirurgiske klinikker, mener hun likevel at finansiering basert på aktivitet er riktig. Mye av kritikken hennes kretset rundt dette, om at systemet ikke var så godt tilpasset hennes fagfelt og at hun dermed hadde mindre handlingsrom enn ønskelig. I følge Liv hadde også forståelsen og måten å bruke DRG-systemet forandret seg noe siden det ble innført i 1997:

"De siste 5-6-7-8 årene synes jeg at det har vært mer forståelse, at dette har vært mer en sånn overordnet ting, altså at dette er inntekt sånn omtrentlig sykehuset får, sånn at hvis vi tjener litt mindre et halvår eller et år enn året før, men viser til gode aktivitetstall, så blir det det som blir det viktigste resultatet. Så jeg tror kanskje at i begynnelsen så tok man det ned på et for lavt nivå, det kan jo hende at man gjør på noen sykehus enda, at du har noen ledere som på en måte går og står og ser på inntekt. Det kan hende, sånn gjør hvert fall ikke jeg det. (...) Den ledelsen vi har, har skjønt det, at vi styrer egentlig ikke så veldig mye disse inntektene. Jeg kan ikke drive å ha fire sykepleiere mer, eller åtte færre fra år til år fordi vi plutselig tjener litt mindre eller litt mer" (Liv).

Fra Livs perspektiv var det større forståelse for varierende resultat nå enn tidligere, og at gode aktivitetstall var viktigere framfor et perfekt regnskap. Hun kunne ikke styre inntektene når de hadde mange akutte pasienter, og det opplevde hun at hun fikk forståelse for. Det kan også virke som at som klinikkssjef er man stadig på utkikk etter nye måter å spare penger på, eller tjene noe ekstra. Også når det gjelder hvor fort pasienter kan bli utskrevet:

"Det at det blir åpenhet rundt ting har jeg veldig tro på. For vi ønsker jo ikke å for eksempel ha en pasientgruppe liggende i åtte dager hvis man ser at i (norsk by) ligger de i fem dager for eksempel. Det er jo en stimulering til å tenke, å ja, går det an, hva er det vi gjør nå. Sånn har jo utviklingen vært veldig mye de siste ti-femten årene, at man har på en måte hatt bedre analyseverktøy, fordi vi registrerer ting" (Liv).

At ting blir dokumentert og at DRG-kodene bidrar til å kunne sammenligne på tvers av avdelinger og sykehus, mente Liv var en positiv konsekvens av systemet. Da kunne hun se på hvilke områder det gikk an å spare mer og sammenligne sin egen klinikk aktivitet med andre sykehus, både nasjonalt og internasjonalt. Slik blir objektivisering og registrering av sykehusets aktivitet en "ny virkelighet" som gjorde det mulig for Eva å styre driften mer effektivt. På den måten kan man forstå at Liv ønsket å være flink og "få det til" med tanke på DRG-koding og økonomi. Hun dyktiggjorde seg selv til å få systemet til å fungere på sin klinikk for at økonomien skulle være på plass. Videre under intervjuet med Liv pratet vi også om at enkelte sykehus har blitt tatt i kodejuks, og om hun hadde forståelse for at slike ting kan skje. Mens de ansatte under deres intervju avfeide denne typen handlinger som uetiske og forkastelige,

hadde Liv fra sitt lederperspektiv større forståelse for at noen kunne la seg friste med å ty til slike handlinger:

"Ja, jeg kan jo skjønne det! Men altså, juks og juks da. Vi hadde jo en kode som jeg syntes vi skulle bruke som vi fikk veldig godt betalt for, en sånn respirasjonssvikt som jeg fortsatt mener at er feil at vi ikke får lov å bruke. Men der har de vært veldig strenge sentralt her, at vi har ikke kodet, men våre kolleger på (et annet sykehus) i (en annen by) de gjorde det, men de måtte jo betale tilbake, tror jeg, en del, men jeg tror nok kanskje at de i sum tjente på det. Det er jo også litt sånn at du synes at du faktisk får veldig dårlig betalt for en del av de tingene du gjør. Men det er jo tull altså, i forhold til økonomiavdelingen her så hadde ikke det vært noe, det er såpass seriøst at det ville ikke være noe. Jeg ville ikke fått noe stjerne, hvis jeg plutselig dro inn 200 000 ekstra fordi jeg hadde kodet litt spesielt, det ville de sett. Hvis du skjønner hva jeg mener, det er liksom ikke noen åpning for det" (Liv).

For Liv var ikke dette noe å tenke på, men hun sa flere ganger at hun kunne forstå det. Ikke forsvare det, men hun skjønte at det kunne være fristende å gjøre det, hvis man ble veldig presset på økonomi, for eksempel ble nødt til å redusere bemanningen. At hun fortalte om en kode hun mente det var riktig at de kunne bruke, men som de ikke fikk lov å bruke lenger, viser at grensene mellom hva som er forsvarbart å bruke og ikke, kanskje ikke er så tydelig. Trolig er det hun av alle informantene som har blitt mest presset til å holde budsjett og har sittet med puslespill om å få regnskapet til å gå i hop, og som hun forklarte det selv, hadde hun sittet å jobbet med å dokumentere at de hadde hatt god aktivitet.

For å sammenfatte Livs erfaringer med systemet med utgangspunkt i hennes fagfelt og med hennes erfaringer fra en lederposisjon, opplevde hun at hun ikke hadde så stor mulighet til å bruke det som et styringsverktøy, men at hun gjerne kunne tenkt seg litt større handlingsrom på det området slik de kirurgiske klinikkene hadde det. På den måten ønsket hun å innrette seg og styre seg selv i retning av å være både dyktig lege, leder og DRG-koder, men at på grunn av at systemet ikke passet slik til hennes fagfelt, kunne hun ikke gjøre det. Hun konkluderte intervjuet med en posisjonering av seg selv overfor systemet: "*Jeg er ikke hvert fall, jeg kjemper ikke imot (ler) dette systemet hvert fall, jeg tror ikke det er så mye verre enn kanskje mange andre system ville vært*". Hun var ikke mot systemet, men forsøkte å innrette seg og tilpasse seg så godt hun kunne.

5.2.2 Dermatologen Lars

Lars jobbet som dermatolog i en stilling som avtalespesialist på to forskjellige sykehus hvor han hadde hovedansvaret på et av sykehusene. Der hadde han arbeidsgiveransvar, og hadde tidligere erfaring som leder for en liten avdeling. Han hadde ikke samme type lederansvar som Liv, men hadde i likhet med henne også fått et annet perspektiv som leder. I løpet av

rundt 30 år som yrkesaktiv lege, hadde han også rukket å oppleve flere typer finansieringssystem, og som helsepolitisk interessert hadde han mange tanker om DRG-systemet og hvilke konsekvenser det kunne ha. På spørsmål om hva han tenkte om systemet den gang det ble innført, svarte han:

"Jeg var veldig imot det, jeg syntes det var helt idiotisk! Jeg skjønnte ikke poenget med det. Fordi at i min tankegang så har det ikke noe med medisin å gjøre, du gjør medisinen til et produkt og for meg så er ikke medisin et veldig tellbart produkt. Det er så mange andre parametere, så det ville i beste fall gi et lite fragment av virkeligheten å drive med DRG, men nå er det jo sånn at det er det som er blitt virkeligheten, at det skal være DRG som er virkeligheten. Det er det du har oppnådd med det, og da har du på en måte tatt fokus bort fra veldig mye annet i medisinen som er skrekkelig viktig. (...) Det er forferdelig mye dokumentering av uvesentlige ting, som egentlig er en sånn ting som ikke sier så mye om hva jeg gjør, men som de *tror* sier noe om hva jeg gjør. Det er liksom det som er elendet. Så nei, jeg synes DRG er et feilspor." (Ole 55 år, dermatolog).

Det var lite aksept for systemet å spore i Lars' uttalelser om systemet, heller frustrasjon, skepsis og bekymring. Han forklarte godt selv at han mente DRG var blitt den nye virkeligheten, noe han syntes stemte svært dårlig med sin egen oppfatning av virkeligheten som lege. Karen Barads konsept om Agential Realisme og rollen et forskningsapparat ikke bare måler (2007), men faktisk konstituerer fenomenet som dokumenteres, kan bidra med å forstå dette som Lars prater om. Barad med sin bakgrunn som kvantefysiker argumenterer for at grunnleggende spørsmål i fysikken ikke kan besvares med eksperimentelle data, fordi det eksperimentelle apparatet som er laget for å måle eller teste en hypotese, ikke kan måle eller teste andre egenskaper. Realismen er på den måten styrt av middelet, på samme måte som Lars oppfatter at det som måles gjennom DRG-systemet blir den nye virkeligheten – fordi det er det som måles. Vi skal gå nærmere inn på dette senere i analysen, men først skal vi se litt nærmere på hvordan han selv forholdt seg til det som leder.

"Jeg har sagt til mine ansatte at vi fokuserer på pasientene, det er det som er viktig. Så får de holde på å dulle, men de klarer ikke. Vi kan bli så frustrerte av alt det som skjer, at vi klarer ikke å gjøre noe med det, men hvis vi klarer å holde fokus på pasientene, så får det bare skure å gå altså, så får vi gjøre jobben. Men det er jo grenser for det og, ikke sant" (Lars).

Vi ser av sitatet fra Lars at han ønsket å videreformidle sin etiske holdning om å ha full lojalitet og fokus på pasientenes beste, til sine ansatte. Det var dette han ønsket å formidle til sine ansatte, så fikk økonomien gå sin gang. Dette viser noe annet enn passivitet, men en vilje til å stå på det han selv mener er det viktige og riktige. Et eksempel på at Lars ikke ønsket å føye seg under alt han ble pålagt, men sto på sitt, var da han ble sendt på ledelsesseminar:

"Jeg ble sendt på ledelsesseminar på Snåsa og ble satt på gangen. Jeg fikk ikke være med fordi jeg ville ikke godta de premissene som ble lagt fram. Helt vanvittig. Bare noe sånt viser hvordan ledelsen for å kunne bruke legestanden til å oppnå sparing, har hatt veldig behov for å alliere seg med byråkratens gruppeoppgave" (Lars).

Lars hadde sterke meninger, mange refleksjoner og var klar på at han ikke syntes den utviklingen som helsevesenet har vært gjennom, var av det gode slaget. Både ordningen med innsatsstyrt finansiering og sykehusreformen fra 2002 omtalte han som "en flopp", som ble bestemt i løpet av alt for kort tid. At han heller ville bli sendt på gangen på et ledelsesseminar forteller også noe om hans vilje til å stå på sitt og ikke la seg disiplinere. Årsaken til hans sterke meninger og faste vilje til å stå på sitt, som han uttrykte det, kan ha en sammenheng med hans fagfelt. Lars beskrev dermatologien som så mye mer enn bare DRG-koder, og at virkeligheten i hans arbeidshverdag på langt nær kunne speiles med et DRG-system. Det passet til de kirurgiske behandlingene de gjorde, men til lite annet. Dette kan også være en del av forklaringen på hvorfor Lars var så kritisk til systemet. Han så til daglig at "virkeligheten" han formidlet gjennom DRG-koder, bare var en liten del av hva han gjorde.

"Jeg tror at jeg har valgt meg et fag hvor du veldig fort ser at det rent konkrete du gjør ikke alltid er så viktig i forhold til selve konsultasjonen for eksempel eller selve opplevelsen. Å jobbe med opplevelse, det høres kanskje sært ut, men hudsykdommer er ofte kroniske, de skaper en endring i selvbildet til folk, det skaper et slags rusk i det sosiale maskineriet som gjør at de ikke har det så bra. De dør jo ikke av sykdommen sin, du dør ikke av vorter, du dør ikke av en rød flekk, det er bare ekkelt å ha den der fordi den lager en del konsekvenser, ikke sant. Det gjør at de rent konkrete, kirurgiske prosedyrene som for eksempel DRG retter seg mot, det vil aldri passe særlig bra med dermatologien. Med mindre du skjærer bort føflekker, med mindre du opererer kreft, det gjør du jo også! Det er bare at det er ikke alt, vi har så veldig bredt spekter av sykdommer, sånn at DRG er jo egentlig mest beregnet på kirurgiske prosedyrer. Pleie, DRG på pleie? Og omsorg? Det er veldig mange begrensninger. (...) poenget mitt med DRG er at en kirurgisk kode sier egentlig veldig lite for oss som jobber med andre spesialiteter, og det skumle er at det trekker oppmerksomheten bort fra pasienten" (Lars).

Hovedpoenget til Lars er at hudsykdommer, spesielt de kroniske, har psykiske konsekvenser som ofte er en like viktig del av behandlingen som medisinen man skriver ut eller den kirurgiske behandlingen man utfører, som er det man får penger for. Skal all den psykiske støtten forsvinne fra konsultasjonen, mente Lars at det er fare på ferde. Som hudlege mente Lars at man måtte tenke bredt, og skilte mellom at de behandlet mennesker, og ikke sykdommer. Dette var en lærdom han hadde lært som ung student, som hadde tiltalt han veldig og blitt med han i hele hans yrkesaktive liv. Dette inkluderer en helhet, for eksempel så han ikke bare eksemet på en pasient, men eksemet i sammenheng med stress, psykiske problemer, livssituasjon eller andre ting i det sosiale maskineriet. Lars mente også det var

mye annet enn ren medisin eller kirurgiske inngrep man kunne gjøre for å få et menneske til å føle seg friskere, og også leve med en sykdom:

"Du verden så mye du kan gjør for å få et menneske til å oppleve seg frisk! I stedet for å oppleve seg syk. Hvorfor blir du syk? Hvor går grensen mellom når du er syk og når du er frisk? Det å oppleve seg syk er veldig spennende, for veldig mye skyldes simpelheten feiltolkning, feilinformasjon i hodet. Og det er veldig viktig å ta tid til å gå inn i, gjør du ikke det så mister du veldig mye altså. Og da er du tilbake til denne her liksom-medisinen, som er veldig overfladisk, ta denne pillen du, så blir det nok bedre, adjø. Ikke sant, lege er noe helt annet, og da er vi tilbake til "alltid trøste, alltid lindre, noen ganger helbrede", men det er noe med det å trøste og kanskje lage nye rammer, og kanskje det aller viktigste; å heve pasienten opp" (Lars).

Lars var altså bekymret for at det han opplevde som et sterkt fokus på økonomi skulle føre til at pasientene ble behandlet på et samleband der legens oppgave ble å få pasienten ferdigbehandlet så fort som mulig. Da er den letteste løsningen det han kaller "liksom-medisin", hvor trøsten, omsorgen og pleien ikke lenger får plass. Ut fra hva Lars fortalte, var mye i dermatologien bundet med pleie, omsorg og psykisk støtte og forståelse. Det kan tyde på at jo mer det er av dette i et medisinsk fagfelt, jo mindre speiles virkeligheten gjennom DRG-kodene. Slik kan også Lars' sterke kritiske holdning forstås. I forlengelsen av at Lars opplevde at det er mange ting i dermatologien som ikke samsvarer med en DRG-kode, hadde han også en bekymring for at når sykdommer, behandlinger og diagnoser blir transformert til en DRG-kode, vil denne nye konstruksjonen skape en ny virkelighet:

"Ja, det er det rundt som er viktig vet du, for DRG er bare en konstruksjon, det er ikke virkelighet. Det er bare noe man gjør for å kunne lage et produkt for å kunne sette inn i en økonomisk sammenheng for å passe økonomene, ikke pasientene. Ikke legene, vi trenger ikke DRG, og da kan man begynne å lure, hvorfor skal man ha det da? Jo det er for å telle, og se at vi faktisk gjør det vi skal. Tidligere har det vært veldig sånn tillitsbasert, nå er det kontroll. (...) Men DRG for meg har aldri vært noe som har bedret helsevesenet, det har bare vært en måleparameter som gjennom sin "målenoja" har medført en del negative konsekvenser, særlig for sykehus og særlig i større organisasjoner, fordi fokuset blir dreid bort fra pasientene og på hvordan man skal få de beste DRG-poengene for at det skal se pent ut overfor byråkratene og overfor politikerne sånn at man skal kunne argumentere for det ene eller det andre. Og da er det økonomistyring og ikke pasientene det gjelder" (Lars).

Det vi ser her, er at Lars opplevde DRG-kodingen som en form for kontroll, som har overtatt for tilliten. Ved å gjøre arbeidet deres målbart, kan de kontrollere hva de faktisk får gjort. Først av alt mente Lars som vi har sett tidligere, at den nye virkeligheten gjennom DRG-kodene ikke speiler virkeligheten. For det andre mente han at fokuset blir endret fra pasientens beste, til hva som ser best ut resultatmessig for byråkrater og politikere. Og som Lars sier er det da økonomistyringen som er i hovedfokus og ikke pasientene, det har altså

blitt snudd litt på hodet. Den nye virkeligheten blir viktigere enn den virkelige virkelighet. Det sterke fokuset om rapportering og økonomi mente Lars at kunne gå på bekostning av legenes etiske grunnsyn og at det derfor oppstår en akutt konflikt mellom legeetikk og DRG-systemet. Betydningen av etikk og at den ifølge Lars står i fare for å komme i skyggen for økonomiske hensyn, var en gjenganger i intervjuet med Lars. Dette var tydelig noe han var bekymret over og uansett hvilke kritikker han kom med, var det i bunn og grunn etikken det bunnet ut i. Og har man ikke en klar og tydelig etikk, mente Lars at man var på en farlig vei, fordi *"det er så mange skjær i sjøen"*.

"Nei, jeg tenker ofte på min rolle som doktor, hva er den, altså hvor er min lojalitet, og min lojalitet *må* ligge hos pasientene, og den dagen jeg mister det fokuset, da er det ille ute og kjører. Jeg er veldig glad i Hippokrates: "Alltid trøste, noen ganger lindre, av til helbrede, men aldri skade". Det er et veldig bra grunnprinsipp. Rettes mot, det er legens rolle, overfor pasienten, der og da i situasjonen" (Lars).

Hippokrates' ord ble et gjentakende mantra under intervjuet med Lars, noe som gjenspeilet hele hans etiske grunnsyn. At pasienten skulle være i fokus og hvor hans lojalitet skulle være, var tydelig. Viktigheten av å kunne trøste og lindre var også sterkt, og at det å helbrede ikke alltid er noe man får til. Men om man ikke kan helbrede, kan man i alle fall trøste og lindre. Og faren ved DRG opplevde han nettopp var at trøst, omsorg og slike kvalitative egenskaper ikke blir fokusert på, og dermed står i fare for å komme i bakgrunnen.

Lars var altså svært kritisk til DRG-systemet, som han mente forurenset det kvalitative og det etiske i medisinen. Hans kritiske sans kan i hovedsak forstås ut fra hans fagområde, og at den store mengden menneskeressurs som trengs der, ikke trengs i like stor grad som for eksempel i kirurgiske fag. For der inngrep er en stor del av arbeidsdagen blant kirurger, handler dermatologien ofte om å hjelpe pasientene med å leve med sykdommer og lindring. I tillegg har trolig hans ledererfaring bidratt til at han har opplevd økonomisk press og sett systemet fra et annet perspektiv enn en vanlig ansatt uten ansvar. En annen faktor man må ta med i beregningen er at han var helsepolitisk engasjert og trolig tenkte over slike ting som sykehusfinansiering mer enn den menige lege. Han viste altså en sterk motstand mot å underlegge seg DRG-systemet.

5.2.3 Geriateren, overlegen og professoren Levi

Levi jobbet både som professor tilknyttet et universitet og overlege på geriatrik avdeling. Geriatri ligger under fordypningen indremedisin og omhandler fysiske, mentale, funksjonelle og sosiale tilstander hos eldre pasienter. Dette omfatter behandling av akutte og kroniske

tilstander, rehabilitering, forebygging og omsorg i siste fase av livet. Ofte kan geriatriske pasienter være svært skrøpelige og ha et sammensatt sykdomsbilde, noe som krever en helhetlig tilnærming. Med denne konteksten Levi jobber innenfor, skal vi se nærmere på Levis måte å forholde seg til systemet på og hvilken kritikk han hadde. Det kom tydelig fram gjennom intervjuet med Levi at han hadde et stort hjerte for pasientene sine, og fortalte historier om mennesker han hadde kommet i kontakt med gjennom legerollen som hadde fortalt han fantastiske livshistorier. Jeg opplevde at han hadde en holistisk tilnærming til pasientbehandling. Han ønsket å se helheten og sa at han ofte spurte om ting man ikke nødvendigvis må spørre om for å finne riktig diagnose, både fordi han alltid var interessert å bli kjent med pasientene sine, men også fordi andre psykiske ting kan spille inn på fysiske plager. Mot dette bakteppet skal vi se videre på hva Levi syntes om DRG-systemet:

"Etter hvert som jeg har blitt mer interessert i det og diskutert litt med folk, så har jeg kanskje blitt veldig kritisk til sånn som DRG brukes i sykehusene, men jeg tror kanskje jeg er mer kritisk til bruken, enn til at man i og for seg har et finansieringssystem som er basert på aktivitet, altså innsatsstyrt finansiering. Og en eller annen måte må man finansiere sykehus på, og kanskje er ikke det noe verre enn andre måter, forutsatt at det brukes på fornuftig vis. Men det gjør det ikke! Fordi sånn det har blitt, er jeg veldig, veldig kritisk til" (Levi).

Levi mente altså at det var bruken av systemet som var hovedproblemet, ikke systemet i seg selv. Som han selv refererte til, var blant annet DRG-systemet noe han hadde diskutert mye med folk, og som helsepolitisk aktiv, er det rimelig å anta at Levi hadde sterkere meninger og flere reflekterte tanker om systemet enn de fleste andre leger. For å forstå hva han mener med at det var måten det ble brukt på han var kritisk til, skal vi gå videre inn i hans refleksjoner. Grunnen til at han mener at DRG-systemet blir brukt feil, ligger i hovedsak at han opplevde at systemet ble tatt ned på for lavt nivå og at det har skjedd noen misoppfattelser i den forbindelse:

"Det går jo på at man har skapt en oppfatning ute på grunnplan i sykehusene, at hvis du skriver smarte diagnoser, så skriver du en slags seddelpresse til sykehusene. At du kan på en måte skaffe sykehuset penger i potten, så sykehuset får bedre økonomi, hvis du som doktor passer på å skrive riktig. Og det er jo, for det første er det bare tull! Fordi det er jo ikke friske penger som kommer inn, det er samme mengde penger som er i systemet. Dette er et nullsumspill, slik at hvis summen av DRG som skrives i Norge ett år stiger, så skjer det ikke noe annet enn at da vil taksten per DRG-poeng synke" (Levi).

Videre mente han at på enkelte steder førte dette til et rustningskappløp, der kodekonsulenter ble ansatt for å sikre smart DRG-koding, men jo flinkere alle avdelinger ble til å kode smart, jo mer kniving ble det mellom sykehus om å ta en litt større andel av kaka. *"Men det man gjør*

er ikke å få friske penger inn i helsetjenesten" og refererte på nytt til nullsumspill-metaforen og at dette ikke fører til "mer" helse, bare mer ressurser brukt på kodekonsulenter og i å lære opp folk i smart kodebruk. Et nullsumspill er et konstantsumspill hvor aktørenes valg hverken kan øke eller redusere de tilgjengelige ressursene. Den samlede belønning er altså for alle aktører, slik at en aktør kun kan oppnå positiv belønning på bekostning av andre. Denne sammenligningen med nullsumspillet, hvor spillerne konkurrerer om en gitt pott, mente Levi kunne sammenlignes med konkurransen om å kode flest DRG-er. Levi opplevde at mange leger ikke hadde dette klart for seg, noe som førte til denne oppfatningen om DRG-koding som seddelpresse. Levi refererte videre til at han hadde snakket med folk som jobber i helsedepartementet som var forskrekket over i hvilken grad DRG-systemet var ført ned på avdelings- og seksjonsnivå i sykehusene:

"For de sier at DRG ikke er ment til å for eksempel sammenligne to avdelingers effektivitet, den er egentlig beregnet på å finansiere sykehus. Og ut fra tanken om at Rikshospitalet driver og transplanterer hjerte og lever og det er mye dyrere pasienter enn hvis du driver å tar blindtarmen eller tar ut flisa i fingeren, så er det rimelig at Rikshospitalets pasienter koster mer enn pasientene på små sykehus for eksempel. Og det er jo i og for seg et logisk resonnement, og fornuftig" (Levi).

Levi opplevde dermed at tanken bak systemet er fornuftig, men at det blir brukt feil fordi legene ikke er bevisst nullsumspillet. Og når leger oppfatter diagnosekoding som en seddelpresse til avdelingen, blir det viktig å kode pasientene inn i de mest lønnsomme kodene, noe Levi mente lett kunne skje fordi diagnosekoding ikke er noen eksakt vitenskap:

"Den der diagnoseboka vi har, er så tjukk (viser cirka 6 cm med fingrene), og veldig ofte er to diagnoser i og for seg det samme. Det er noen som sier at vi må lære legene opp til å kode korrekt, men for eksempel en kraftig lungebetennelse eller en sepsis, som er blodforgiftning, begge deler kan du forsvare. Hvis du velger sepsis så får du høyere DRG enn hvis du velger lungebetennelse. Et kraftig anginaanfall eller et lite hjerteinfarkt, det er heller ikke en skarp grense. Jeg sier ikke at man prøver å jukse, noen steder har man gjort det også, det gikk jo gærnt, det ble jo oppdaget og da fikk de straffetiltak mot seg. Men det er hele tiden snakk om innenfor det som er forsvarlig, å konsekvent velge den dyreste diagnosen" (Levi).

Levi mente altså at praksisen kan være sårbar for konsekvensen av et slikt system og at man kan risikere å påvirkes av praksis som systemet gir en fare for, men som systemet i seg selv ikke nødvendigvis er laget for. At grensen mellom ulike diagnoser kunne være svært uklare, mente han også la til rette for at det kunne utnyttes uten at det ble oppfattet som juks. Levi

mente videre at konsekvensen av at DRG-systemet ble forstått slik som forklart over, bidro til en kvasimarkedsstruktur;

"Og det bidrar til en omdreining på en sånn trend som er at sykehusene driver litt sånn kvasimarkedsstyrt. Vi har jo statlig sykehus i Norge fordi vi tror at offentlig finansiert helsetjeneste har noen fordeler, i at de skal gi likt tilbud til alle uansett pasienter, ikke sant, men da er det i mine øyne litt tulle å bruke driftsmodeller som egentlig er laget for et kommersielt finansiert system, når vi ikke har det! Og det gjelder helsetjenesten, helseforetaksmodellen er jo også, lov om helseforetak ligner ganske mye på aksjeloven. Og det sier noe, man har tatt modell fra vanlig konkurranseutsatt virksomhet som har som sitt helt akseptable mål å skaffe profitt for aksjonærene. Men det er ikke derfor vi driver sykehus, for å skape profitt for noen! Men da trengte vi heller ikke å late som det, på en måte. (...) jeg har for eksempel vært på møter hvor man sammenligner to avdelingers effektivitet ut fra målet DRG-produksjon per legeårsverk. Så det høres ut som på den språkbruken at det vi gjør er å produsere DRG, sykehuset er som en sånn DRG-fabrikk, det er veldig fremmedgjørende i forhold til helsepersonell som begynte å jobbe der for å behandle pasienter, ikke for å produsere DRG" (Levi).

Levi tok sterk avstand fra å bruke økonomiske insentiver og markedsmekanismer for å fordele helsebudsjettet, og videre at DRG-systemet bidro til en oppfatning om at sykehuset prøvde å skape profitt. I tillegg nevnte han at ved markedets inntog kan fremmedgjøring være en konsekvens. For hvis legenes arbeid blir målt etter antall produserte DRG-poeng, mente han at jobben helsearbeiderne gjør er blitt distansert fra den egentlige jobben. Da trer også fremmedgjøringen inn, fordi tellingen og målingen endrer virkeligheten. Det er altså tydelig at Levi mener systemet blir brukt feil, men hvem bidrar til feil bruk? Levi opplevde at problemet lå i at enkelte ledere på lavt nivå led under et stadig økende rapporteringsarbeid, som førte til økonomisk strategiske handlinger:

"Helsepersonell har kanskje en tendens til å skyld på økonomene, det er alt for mye blåskjorter i systemet og sånn, men det er et like stort problem at helsepersonell selv, leger og sykepleiere, som får et økonomisk ansvar og som får et sånt system mellom hendene, at det er de som vil bruke det på en annerledes måte enn det var ment for. Og så brukes det altså til styring, sånn kvasivurdering av økonomisk effektivitet, på en sengepost, en poliklinikk eller en ganske liten enhet, men det er klart at vi har fått en veldig sånn toptung styringsstruktur i sykehusene med veldig mange ledelsesnivåer, og vi har fått et system hvor rapportering oppover er blitt veldig viktig, og hvor det har blitt veldig viktig å sende fine rapporter oppover i systemet. De som lider mest under det her, er lederne på de laveste nivået som fortsatt har kontakt med grasrota, og som driver pasientbehandling, er direkte under dem. Samtidig får de stadig over seg at nå må vi spare mer, vi må drive mer effektivt, nå må vi skjære ned, jobbe smartere som politikerne sier. Og da griper de til det styringsverktøyet de har, og kanskje har de litt lite kritisk sans for hvilke mekanismer de egentlig benytter seg av".

Liv, som var en leder i den posisjonen Levi snakket om her, bekreftet Levis antakelser om at de blir bedt om å rapportere, drive så effektivt som mulig og spare inn der de kan. Men der Liv følte hun ikke kunne bruke det så mye som et styringsverktøy, kan det hende at andre ledere har bedre anledning til det. Igjen pekte han på at enkelte har litt lite kritisk sans til hvilke mekanismer en benytter seg av og det er muligens grunnet i manglende innsikt i hvordan systemet fungerer og dette nullsumspillet Levi snakket om. Det var tydelig at Levi hadde mange kritiske tanker, men da det ble innført i 1997, var han ikke like kritisk. Han sa at han selv ikke reflekterte så mye over det den gang, men at hans oppfatning var at mange leger var positive. Det gamle systemet premierte passivitet, med at jo færre pasienter man behandlet på lengre tid, jo mer tjente du, og man tjente også på å ha pasientene lengre sengeliggende. Det nye systemet skulle premiere aktivitet, jo flere pasienter man fikk gjennom, jo bedre, og de mer krevende tingene skulle betales bedre enn de enkle. Til tross for at han selv og flere med han, opplevde at systemet ikke fungerte bra i dag, mente han at få leger var kritiske til systemet i dag:

"Altså det er klart, for det første har jeg kanskje fått ord på meg for å være litt gæren og for det andre så kan jeg koste på meg å være det, fordi jeg har universitetet som hovedarbeidsgiver. Jeg sitter innmari trygt stillingsmessig, jeg har fast stilling og sånt noe. I sommer var jeg på en annen sengepost enn jeg pleier å være fordi det var sommeravvikling så blir det litt skifte rundt. Så var det en som spurte "hvilken diagnose skal jeg sette først?" Også sa jeg at "det aner jeg ikke, og det vil jeg ikke vite! Jeg synes det er helt irrelevant, det viktige er at du skal sette en diagnose, og du skal sette den diagnosen på epikrisen som du mente feilte pasienten, for det er det vi skal kommunisere ut til fastlegen, at det var det vi behandlet pasienten for. Om det har noe å si for et eller annet sånn regnskapsteknisk greie om du setter det ene eller det andre foran, så har ikke jeg tenkt å finne ut av det, for det får andre ordne opp i, jeg vil ikke". Det er litt sånn, "hva, kan liksom en overlege si det?" Det var tydelig at det var veldig, veldig, også sa de, "åja, jaja, det har du egentlig rett i". Men det var en uvant tankegang da. Sånn at, ja, det er få som har mulighet til det her, men likevel var det litt interessant, hvor sjokkerende det var for turnuslegen å høre en overlege si noe sånt. Så jeg tror de bruker ganske mye energi på akkurat det å lære seg det. Men så sier de da at "det er så viktig for sykehusstyret at jeg gjør dette bra". Også sier jeg, at "ja det er kanskje det, men det er på veldig kort sikt og bare innenfor et sånt perspektiv i konkurranse med andre sykehus. Og dette er litt sånn monopolpengespill egentlig, det er litt sånn juks, det er litt juks å tro at dette er en reell økonomisk tilknytning. Det er mer en omflytting av penger". Det hadde de ikke tenkt på" (Levi).

Levi syntes det var overraskende få som tenkte slik som han, og at det store flertallet "*til å være så smarte som de liksom skal være*" var overraskende ukritisk. Det viktigste med dette sitatet, var Levis oppfatning om at det er diagnosen på epikrisen som skal kommuniseres til fastlegen som er det viktige, ikke hvilken diagnose som var verdt mest. At dette virket fjernt, og at Levis sammenligning til turnuslegene om systemet som et monopolpengespill, var noe

de ikke hadde tenkt på før, opplevde Levi som urovekkende. Dette er et eksempel på at ikke alle vil la seg disiplinere og protest og motstand mot systemet som videreformidles til yngre leger.

At Levi hadde mange refleksjoner og gjennomtenkte tanker om dette temaet, er nok ikke bare på grunn av hans alder og fagbakgrunn. Levi var en lege som engasjerte seg i debatten om hvordan sykehus skal styres og finansieres. En sterk interesse for temaet, som jeg på forhånd også visste noe om. Til tross for mange kritiske tanker om hvordan systemet ble brukt og en bekymring over at leger var så ukritiske til bruken, var han også klar på at langt fra alle avdelinger brukte det feil, og han roste sin egen sjef for å fokusere lite på DRG-koding. Han oppfattet i alle fall seg selv som en som ikke innordnet seg systemet, men som fokuserte på pasientene og gjorde som han ville;

"Det er fortsatt noen av de gamle, uregjerlige og umulige sånne som meg, som ikke innordner seg systemet og som gjør litt som de alltid har gjort. Og de er jo ledernes hodepine da, for da må de få oss til å ta gå i takt (ler), mens de unge er jo nødt til å gå i takt stakkars, ellers får de kanskje ikke forlenget vikariatet sitt. Så jeg tror nok at, ja men det var litt sånn, jeg vet ikke hvor seriøs betraktning det egentlig var. (...) Også er det jo slettes ikke alle avdelinger som har tatt dette ut i like stor grad. Noen har jo tatt det helt ut til en parodi, slik at det har blitt en sport for alle de ansatte på avdelingen å kunne masse, masse subtile forskjeller i økonomiske konsekvenser og småjusteringer, også er det masse avdelinger som ikke gjør det heller da"
(Levi)

Han oppfattet altså seg selv som en som "ikke gikk i takt", han handlet på sine egne premisser og tenkte på DRG-koden som noe som skulle formidle diagnosen pasienten ble behandlet for til fastlegen og ikke som en seddelpresse til avdelingen. Dette forsøkte han å formidle ikke bare til sine kollegaer, men også via andre kanaler. Og selv om han gjennomgående var kritisk til systemet, korrigerer han at det ikke er slik på alle avdelinger, noen steder fungerer sikkert systemet bra.

Analysen har nå tatt for seg hvordan legene forholdte seg til systemet og hvilke kritikker de hadde. I den neste delen av analysen vil jeg gå nærmere inn på hvordan de opplevde at de økonomiske insentivene med DRG-systemet påvirket dem.

5.3 "Med en gang vi blir styrt, så begynner vi å gjøre det som gir penger"

Det første temaet de mest kritiske legene tok opp i sammenheng med den økonomiske påvirkningen av systemet, var at legene blir styrt til å handle økonomisk strategisk, ofte uten å

være klar over det selv. Dette mente de at de nyutdannede i størst grad var utsatt for, da de gjennom opplæring og tilbakemeldinger blir disiplinert til selvstyring ved å "kode riktig" i henhold til hvordan systemet fungerer. Det er først og fremst de mest kritiske stemmene som høres her, da det bare var disse som hadde lagt merke til denne påvirkningen og konsekvensen av systemet. Jeg begynner med å se nærmere på hvordan legene mente at opplæring og tilbakemeldinger på avdelingen fører til føyelige og dyktige, selvgående leger.

5.3.1 Sosialisert til flinkhetsrolle

De mest kritiske legene oppfattet at de fleste legene verken brydde seg noe særlig om systemet, eller var kritisk til det. Dette er noe vi kan kjenne igjen blant de mindre kritiske legene i materialet, som ikke opplevde at DRG-systemet var et samtaleemne på avdelingene de jobbet på, bortsett fra hvis de noen ganger spurte hverandre om hvilke koder man skulle bruke i ulike sammenhenger. Dette mente Lars kunne være fordi leger er blitt sosialisert inn i en flinkhetsrolle hvor man ikke stiller spørsmålstegn til hva man blir lært opp til:

"Jeg synes det er forbausende få leger som er kritiske til det. Og dette er litt sånn hobbypsykologisering, men leger er jo på godt og vondt sosialisert til en sånn flinkhetsrolle. Leger har vært flinke på skolen, ellers hadde de ikke hatt gode nok karakterer til å komme inn på studiet, og de har vært flinke studenter, for det er ganske mye man skal lære på medisinstudiet, forferdelig mange anatomiske navn og sånn, så man er blitt veldig sånn, leger er jo litt sånn puggehester, og pliktoppfyllende, og på mange måter er jo det bra, det er bra for pasienten og ha flinke leger. Men flinkheten kan også bli vår akilleshæl, for hvis noen sier at du da må pugge et DRG-system forlengs og baklengs, okei så gjør vi fordundra meg det også, uten å stille kritiske spørsmål ved om det egentlig er noe lurt. Vi bare blir de flinkeste i klassen til å bli de flinkeste i klassen, også til å kunne sette de riktige diagnosene" (Levi).

I følge Levi kunne altså legers lydighet og villighet til å la seg disiplinere, gjøre at legene var en lett gruppe å påvirke til å være føyelige, selvstyrende subjekter. Videre mente han at leger kanskje enda mer enn andre er sårbare for å ville bli likt av overordnede, selv om dette er noe som ligger latent i de fleste mennesker. Dette trodde han kunne skyldes at leger i større grad har vært vant til å bli likt av læreren og sjefen, fordi leger alltid har vært flinke. I tillegg kom det fram at de risikerer å miste forlengelsen av et vikariat hvis de er dårlige til å kode, noe som kan forstås som et sterkt disiplineringsmiddel. Slik beskrev han at det ligger en fare i at de er sårbare for å innrette seg, spesielt hvis personer som taler med tyngde, slik som overleger som skal lære opp legene eller noen i ledelsen, lærer de opp til å kode økonomisk smart. Han fortalte videre en historie han hadde hørt, for å eksemplifisere hva han mente:

"Det er en historie som går om de tre studentene. Det var en matematikkstudent, en samfunnsfagstudent og en medisinstudent som ble bedt om at de skulle lære seg

telefonkatalogen utenat, den gangen det var i papir. Da sa matematikkstudenten at "det kan jeg ikke, for det er ikke mulig å finne et matematisk system i det her, de tallene er jo helt random, så det går ikke å sette en formel på", og så sier samfunnsfagstudenten at "det vil jeg ikke, for det er helt meningsløst, det sier ikke noe om verden". Og så sier medisinstudenten "hva er fristen?" (Ler) Ikke sant, det er litt sånn" (Levi).

Denne historien er et bilde på hvor lydige og disiplinerte Levi mente at legene er. Han opplevde også at leger generelt snakket overraskende lite om de negative konsekvensene av DRG-systemet, men når de snakket om det, var det mest kunnskapsutveksling om det, på samme måte som de utvekslet kunnskap om de siste nye medisinene eller helt nyttige og relevante ting. Snakket gikk mest ut på hvilken kode man skulle sette som hoveddiagnose og bidiagnose. Lars hadde samme oppfatning, og var redd for at aksept for øvrighet kunne være til hinder for selvstendig kritisk tenkning:

"Det er litt sånn flinkeste gutt i klassen-prinsippet, og det er jo leger veldig flinke til, de fleste leger er jo plukket ut fordi de har hatt gode karakterer, vært flinke og fulgt strømmen, og aldri gjort annet enn det som har vært forventet av dem, og det er veldig skummelt egentlig. Leger som rase er jo en merkelig bande. Jo, det mener jeg! (...) Ja, blir flink og godtar og aksepterer øvrighet – ja. De som ikke er systemkritiske, vil mye lettere komme fram enn de som er systemkritiske, og det vil også bli de som blir spesialister ikke sant, de som klarer å følge legen og treffe sjefens mentale sfære og tankemåte på en god måte vil selvfølgelig lettere kunne fortsette enn de som ikke gjør det, altså det er jo veldig enkelt. (...) men til syvende og sist, så er det vi legene som sitter med ansvaret for å være kritiske til det vi selv gjør. Men det er så utrolig lett å bare skli med" (Lars).

Det vi ser her er at Lars fryktet at legestanden ikke alltid var kritiske til sine egne handlinger som lege, og hva de lot seg påvirke av. Han skilte også mellom de som var systemkritiske og de som ikke er det, eller hva jeg kaller systemlojale. Slik han beskrev det, er det de systemlojale som lettest lar seg disiplinere, blir best likt og dermed kommer seg lengst og får jobber lenger opp i systemet. Dette mente han videre bidrar til en forsterking av at de systemlojale havner i lederstillinger, noe som igjen bidrar til normsettinger på avdelingene. Han opplevde også at mange leger resignerte og ikke orket å kjempe imot, til tross for at de egentlig var kritiske. At leger i lederstillinger og overleger kunne påvirke de yngre legene, var noe Levi hadde lagt merke til:

"(vanlige overleger og leger i lederstillinger) de er viktige for systemet fordi det er de som setter diagnosene og de oppdrar og underviser de yngre legene, assistentlegene, eller LIS som det heter, leger i spesialisering, så det er klart at hvis de overlegene er den typen som skal vise sin flinkhet på absolutt alle områder, ikke bare kunne sykdommer men også kunne alle DRG-koder, så er de veldig viktig rollemodeller for de yngre legene, og det er kjempeviktig, om de liksom klarer å holde den faglige fanen høyt, og si at her behandler vi pasienter på best mulig

måte, vi skal bli flinke, eller om de er mer opptatt av at vi skal bli veldig flinke DRG-sjonglører her" (Lars).

Opplæring og rollemodeller var altså avgjørende for Levi, som også var bevisst sin stilling som overlege, hvor han forsøkte å forklare de yngre legene om hva som er viktig og hvordan DRG-systemet virkelig fungerer, som vi har sett tidligere i analysen. Lars hadde også lagt merke til at nyutdannede var vant med at det var slik det skulle være og at de var ganske uinteresserte i denne typen problematikk. Det som bekymret Lars var at legene som gruppe skulle begynne å handle etter hva staten ønsket fremfor å ha sin fulle lojalitet til pasientene. Slik mente han at han merket at legestanden lot seg styre av økonomiske insentiver:

"Det å drive butikk med helse i det hele tatt, er en veldig skummel ting, og det ser du veldig godt som doktor, vi er jo blitt styrt veldig mye gjennom innsatsmidler fra det offentlige ikke sant, vi har jo hatt et veldig offentlig helsevesen. Og du ser at med en gang vi blir styrt, så begynner vi å gjøre det som gir penger. Og det i seg selv er jo egentlig en ganske ekkel ting for meg som doktor å tenke på, at jeg tross alt er så styrt av økonomisk insitament som det jeg og standen min er. Og jeg skal ikke si at jeg er det, for jeg tror at jeg har valgt meg et fag som er kanskje ett hvor du veldig fort ser at det rent konkrete du gjør er ikke alltid så viktig i forhold til selve konsultasjonen for eksempel eller selve opplevelsen" (Lars).

Her ser vi at Lars opplever at legestanden blir styrt til å handle økonomisk. Det interessante er at han distanserer seg selv fra gruppen leger som blir styrt, med begrunnelse i hans fag, setter han seg selv på utsiden, som en som ikke lar seg styre. Noe av det samme kom fram under delkapittelet om Filip, som beskrev legene som "*en flokk som følger systemet. Uten å tenke.*" Det er altså deres bevissthet om at det skjer, som blir en motvekt til selvstyring. For når man merker at man blir styrt, har man mulighet til å gjøre motstand. Han trodde styringen mest rammet de unge og nyutdannede, som er avhengig av et godt forhold til ledelsen for å få seg jobb:

"Vi blir dreid mot det som ikke bare gir oss penger, men også det som endrer statusen vår, altså hvis vi vil bli spesialister så må du gjøre det en overlege ønsker for å få lov til å være igjen på sykehuset de fem årene det tar før vi blir spesialister, ikke sant. Så man er på en måte veldig avhengige av goodwill, du *må* innrette deg i systemet, du kan ikke si imot. Og hvis da lederen er en leder som foretrekker å bruke, eller ikke foretrekker, men en leder som er veldig tro mot det økonomiske rammevilkåret som han har blitt forelagt, da har vi straks et problem. For da mister vi fokus fra mennesket – til egentlig økonomi" (Lars).

Slik Lars la det fram her, har ikke ansatte noe de skulle ha sagt, de *må* innrette seg. Her ser vi også at styringen til dels skjer gjennom at legene gis goder om de blir dyktige DRG-kodere. Da er det muligheter og belønninger i form av forlengelse av vikariater, faste stillinger eller godvilje fra ledelsen legene styres av. Logikken går derfor som følger; dyktige DRG-kodere

fører til lønnsom kodepraksis, som fører til god økonomisk uttelling for avdelingen. Da er de også ønsket av ledelsen og legene kan dermed bli flinke DRG-kodere på eget initiativ, selv om disse underliggende motivene ligger bak. Men her gjelder det også ifølge Lars å finne en mellomting på hvor dyktige DRG-kodere man bør bli:

"Men det med DRG-poeng er også ganske sånn snedig fordi at jo mer kreativ du er med DRG-poengene, jo mer du bruker systemet, jo bedre blir du jo for avdelingen din. Så det er klart at alle avdelingsledere er veldig interessert i at man skal ha veldig god DRG-koding. Og så skal man selvfølgelig offisielt ikke bli for god, er man for god blir man kalt "kreativ", og så lager man et sånt gjennomsnitt i landet, hvor man ser hvem er det som har mest uttelling, hvem er det som har minst uttelling på ulike ting. Og så skal man ligge omtrent midt på. Men det vil jo hele tiden forandre seg! Etter som folk blir flinkere og flinkere og flinkere, så vil den der midt på-en bli skjøvet til en side mer og mer og mer, ikke sant? Også frister da selvfølgelig økt inntjening, og det har skjedd på sykehusene og det har vært saker på det, og hvem er det da som får svi for det? Det er selvfølgelig legene som har gjort det" (Lars).

At gjennomsnittet og refusjonene for de ulike kodene vil endre seg ut fra hvor mye som kodes på landsbasis, er selve problemet, hvis legene ikke forstår at avdelingens aktivitet blir som et hamster i et hamsterhjul. Den kommer seg aldri noe videre, og må løpe fortere og fortere for bare å stå på stedet hvil. Hvis legene ikke ser denne sammenhengen, men oppfatter koding som ren inntjening og ikke tenker konsekvens, mener Lars det er fare på ferde. Da har styringen lyktes "for godt", fordi det ikke er ønskelig at legene skal "jukse" seg til større inntjening på avdelingene. Da har også DRG-kodene fått så stor betydning at takstene bak hver DRG-kode får uforholdsmessig stor betydning. Lars mener også at det er fare på ferde når det å være kritisk ikke er ønskelig, men heller blir dysset ned:

"Faren er også at det er ikke ønsket at du skal stille spørsmål, det er ikke ønsket å på noen måte være vanskelig, eller i det hele tatt så tvil om systemets gode hensikter. (...) Så systemet velger sine, som på en måte backer opp om systemet, men de er ikke interessert i systemkritikere, snarere tvert imot. Og det er det masse eksempler på. (Norsk by) eksempelvis, svær sak på røntgenavdelingen. (...) Lang sak. Det er jo folk som har fungert som varslere, som nærmest har fått beskjed om at de er uønsket. Det er det som er den korte versjonen. Så det der å være varsler og si fra om ting som er uheldig, det er ikke populært" (Lars).

Her ser vi at det finnes systemkritikere, men at de ifølge Lars er uønsket. Og selv om en del av legene kunne tenke seg å ytre mer kritikk, opplevde han at det ikke var rom for det. Dette viser at det er de som underlegger seg styringen og fungerer som selvstyrende subjekter, er de som gis plass, noe som også kan være en strategi for å få flest mulig til å være systemlojale. Her ser vi også at der styringen skurrer blant de systemkritiske, forsøkes det å sanksjoneres – avvikene må lukes bort. At han opplevde legene som en formbar gruppe som er vant med å

følge strømmen, eksemplifiserer han med andre ting leger har blitt styrt til å gjøre av staten det siste hundreåret:

"Legene og staten i Norge fra 1900 og oppover har vært veldig nært sammenknyttet. Og leger har gjort masse feil mot pasienter og mot grupper mennesker, under et sånt statlig beskyttende pålegg om at dette er bra for samfunnet. (...) Se på hvordan staten har brukt leger for å sykeliggjøre de omreisende, altså det som har blitt kalt tatere før. Hvordan det ble utført tvangssterilisering sånn at de ikke skulle få lov til å formere seg, fordi de var ikke i stand til å ta vare på hverken seg selv eller andre, slik som det ble fremstilt. Det var en lettelse for samfunnet, sosialetisk tankegang at disse ikke fikk spre seg og ødelegge det som var "det gode". Se på samer, hvordan de har blitt fornorsket, skal ikke si at legene har hatt all verden å gjøre der, men du kan se det på psykisk syke som ble lobotomert på 50-, 60-, 70-tallet, og der vi vet at 25 prosent av de som ble lobotomert døde som direkte følge av lobotomi noen dager etterpå, av infeksjoner og at hjernemassen bare rant ut av dem. Grusomme ting som skjedde! Og fortsatte å gjøre det, selv om legestanden visste at dette ikke hjalp. Ikke sant, vil vi høre om dette? Vet du hva som skjedde etter 2. verdenskrig med kvinner som hadde vært sammen med tyskere? Det er min yrkesgruppe, hudlegene. De ble internert, fordi det var regnet med at de var smittet med kjønns sykdommer. Tøys og tull! Det var ren moralsk indignasjon og straff. Hadde ingenting med medisin å gjøre i det hele tatt, det var et ønske om hevn. Tenk deg, og legene ble med på det! Vi fulgte opp, jaja, men! Det er ikke lenge siden!" (Lars).

Lars hadde øynene åpne for at legegruppen kunne bli styrt, men at det nå skjedde via økonomiske insentiver for å effektivisere sykehusdriften. Sammenligningen av hva leger tidligere har blitt styrt til å gjøre er interessant, da han beskriver denne formen for styring som mer åpenlys og klar, mens han beskriver den moderne formen for styring som "*så indirekte og smygende*." At han poengterte at legestanden visste at lobotomering av psykisk syke pasienter ikke hjalp, sier også noe om den tidligere styringen som åpenlys. Legene bare fulgte ordre. Den nye styringen er det legene selv som står for, og som Levi poengterte tidligere er det ofte mellomledere som utnytter systemet, ubevisste over hvilke verktøy de bruker. Det Lars var redd for, var at denne intensjonen om å nå flest mulig, skulle gå på bekostning av enkeltindivider som ikke er standardiserte, de med kroniske sammensatte lidelser og eldre. Så hvilken effekt har denne styringen av leger i retning av økonomisk tenkning?

5.4 Etikk

Som vi har sett tidligere, er en del av kritikken til legene at etikken settes i en risikabel posisjon når DRG-kodingen og økonomien konkurrerer om legenes oppmerksomhet. Optimalt sett skulle disse to blitt flettet sammen, så legene både har fokus på etikk og DRG-koding. Problemet er, ifølge de kritiske legene at fordi det er DRG-kodingen som resulterer i økonomisk gevinst, står den i fare for å overskygge etikken. Styringen som skrevet om i de

foregående avsnittene, kan føre til en tankegang som overdriver betydningen av DRG-koding, i Lars' øyne:

"DRG i seg selv for meg er ikke skummel, men det som er skummelt er endringen i tankegang et sånt system medfører, som gjør at man må være så oppmerksom på fallgruvene rent etisk, for hvis du først begynner å tøyne litt, så er du plutselig i et samfunn du ikke vil ha. (...) Det her med DRG-poengene, hvis du tar utgangspunkt i det som en sånn faktor, eller en grunnfaktor og ser på spin-off-effekten av det, så tror jeg du kommer veldig fort ned til det som er det viktigste, det blir etikken som man på en måte appliserer bruken av disse faktorene på, det er etikken som må ligge i grunnen for alt. Og hvis du ikke har en klar etikk og hvis du ikke har en klar tanke om hva du vil med helsevesenet, da er du ille ute altså, og det tror jeg er problemet med helsevesenet også. Vi er veldig mange som vil veldig mye godt, men vi vil det på forskjellige måter og vi har det ikke helt klart for oss etikken bak. Hvor viktig den er. For kan vi samles om etikken, da tror jeg vi kan samles om ganske mye" (Lars)

At legegruppen ikke hadde en klar etikk, mente Lars kunne være et hinder for at systemer med økonomiske insentiv, slik som DRG-systemet, blir velfungerende. Ifølge Lars hadde de ingenting om etikk i løpet av studiet, og han var bekymret for at ikke alle leger hadde en klar tanke om hvilken rolle etikken spilte i deres arbeidshverdag og hva deres etikk i det hele og store var. Slik settes etikk opp mot de underliggende økonomiske insentivene gjennom DRG-systemet, hvor etikken kan bli skadelidende, det er den som må vike plass for fokus og oppmerksomhet. Dette gjenspeiles også i hvilket fokus det kommer fram at avdelingene har. Stadige DRG-kurs, kodekonsulenter som retter legene når de koder feil eller kunne brukt mer lønnsomme koder og møter om økonomi, gjør at fokuset rettes mot koding. Dyktige DRG-kodere og systemlojale settes pris på blant ledelsen, mens etikk sjelden er samtaleemne i sammenheng med DRG-systemet. Da jeg spurte de yngre om de tenkte mye på etikk i sin arbeidshverdag, var det mer i direkte møte med pasienter de snakket om etikk. Fredrik fortalte at han tenkte mye på etikk og at han måtte passe på så han handlet etter pasientenes beste. For eksempel kunne han få inn et brudd i et kne, som hadde vært morsomt å operere, men hvor bruddet var i gråsonen på om det trengte operasjon eller om det kanskje bare kunne gipses i stedet. Da brukte han å spørre seg selv om hva han ville gjort hvis det var hans kne. Filip fortalte også om at han ofte kom borti pasienter der han måtte tenke mye på etikk, for eksempel når de gir pasienter cellegift som kanskje forlenger pasientens liv med 3 måneder, og samtidig vet de at slik behandling er veldig dyrt for samfunnet, og at livskvaliteten til pasienten de tre månedene heller ikke er særlig bra. Etikk er derfor helt klart en viktig del av legenes arbeidshverdag og noe de støter på relativt ofte. Levi mente at det var en etisk dimensjon når det ble brukt så mye energi på å lære seg DRG-systemet, fordi den tiden kunne vært brukt på noe annet:

"Når det gjelder innføringen av ting og for så vidt det å kutte ut ting, styres av hva som er viktigst, at det de driver med gir best mulig resultater for flest mulig pasienter så er det et etisk problem. Men det er også et etisk problem hvis helsepersonell tilpasser sin atferd, det var vel noe vi begynte å snakke om, at det å bli en sånn DRG-ekspert, det koster innsats, og den innsatsen går nødvendigvis på bekostning av noe. Og det betyr ikke at den doktoren ikke kan være en både flink og omsorgsfull og hyggelig doktor, men likevel, hvis den hadde kalibrert denne energien på DRG-systemet på noe annet, kunne den blitt enda flinkere, enda mer omsorgsfull og hyggelig tror jeg. Det sluker en stor del av oppmerksomheten, så det er en etisk dimensjon i det, synes jeg" (Levi).

5.4.1 Risikabel sammensetning

Slik Zelizer beskriver babymarkedet som risky exchanges, kan derfor også DRG-systemet, i samspill med legers profesjonsetikk, være en skummel sammensetning. Levi beskrev dette som å strekke den økonomiske tankegangen lenger, altså urimelig langt, til tross for at han sa at det alltid vil være en spenning mellom den helsefaglige verden i form av den helsefaglige moralen og den økonomiske logikken. Og at dette er noe man må leve med. At det på intervjuetidspunktet ifølge Levi fortsatt var et godt helsevesen i Norge og at det gikk bra med sykehusene, mente han var til dels mer på tross av enn på grunn av systemet:

"Det er veldig, veldig mye bra helsepersonell, som er veldig dedikert til jobben sin, til yrkesetikken sin og pasientene, og de gjør det de skal uansett. Men med et system som settes under for sterkt press over for lang tid, så risikerer man at de yrkesetiske normene vil forvitne og at folk blir frustrert; det er mye misnøye ute i kantinene" (Levi).

Han fortalte videre at han nå opplevde at grensen var nådd for hvor mye den økonomiske tankegangen måtte få breie seg. Han mente den tok for mye plass. Kvasimarkedstankegangen og helseforetaksmodellen siden 2002 mente han var en viktig del av dette. Lars var i tillegg redd for at fokuset på økonomi og DRG-koding skulle påvirke pasientbehandlingen i den retning at den etiske dimensjonen som handler om omsorg og pleie skulle få mindre betydning, for Lars mente det alltid er noe man kan gjøre for pasientene:

"Du kan alltid gjøre noe for pasienten. Og det er så viktig. For hvis du sier at "nei sorry, kan ikke gjøre noe mer", det du egentlig har sagt da, er at "jeg gidder ikke mer". For det er alltid noe du kan gjøre, du kan holde han i hånden om ikke annet, og det er akkurat tilbake til det der med Hippokrates altså. Alltid trøste, noen ganger lindre og av og til helbrede, og det er så viktig, så viktig, så viktig. Og det er også veldig vesentlig i møte med pasienter" (Lars).

Her ser vi hvor viktig Lars mener at omsorg og sympati er i møte med pasienten, og at den delen av arbeidet som gir utslag i DRG ikke er alt. Da er vi over på det vi skal ta for oss i siste

del av analysen, nemlig at omsorg og pleie, sammen med etikken, er noe som kan stå i fare for å blekne i samspill med DRG-systemet.

5.5 "In the real world, så er det ikke plass til omsorg"

Det siste temaet i analysen, har vært en gjenganger under intervjuene. Nemlig at de økonomiske insentivene som følger med både DRG-systemet fører til at omsorg og kvalitative trekk ved pasientbehandlingen skvises mer og mer ut. Dette kan sies å være effekten av at legene styres mot økonomisk tankegang og når etikken får mindre plass, da settes også omsorgen i skyggen. Og hvis omsorgen får mindre plass, er det til syvende og sist pasientene dette går ut over. Dette er vel og merke de mest kritiske legenes opplevelser av det, de unge legene hadde ikke samme oppfatning. Denne siste delen av analysen vil altså handle om omsorgens plass og hvordan DRG-systemet med konsekvens av mindre omsorg får en konsekvens for pasientene. Dette skjer for det første gjennom at sykdom prissettes og gjøres til et produkt, slik flere leger har kritisert som vi har sett tidligere i analysen. Slik som Lars uttrykte det: *"DRG er bare en konstruksjon, det er ikke virkelighet."* Noe som hadde en sammenheng med dette, var da legene begynte å snakke om samhandlingsreformen og samspillet mellom DRG-koding, samhandlingsreformen og at omsorg og pleie skyves ut av sykehuset.

5.5.1 "Utskrivningsklar er du den dagen sykehuset vil bli kvitt deg"

Levi hadde merket effekten av samhandlingsreformen, og mente den bidro til enda sterkere økonomisk tenkning. Sammenhengen mellom DRG-systemet og samhandlingsreformen er kanskje ikke åpenbar, men kan bidra til en forsterking av at det er DRG-en som er det viktige å utføre. Når den er gjort, kan pasienten sendes videre, uansett om pasienten selv føler seg trygg nok til å skrives ut eller ikke. Med et økonomisk pressmiddel mot kommunene, kan sykehusene tillate seg å skrive ut pasienter enda fortere enn før. Legene beskrev dette som en samlebåndsmekanisme, hvor det er om å gjøre å behandle pasienter så fort som mulig for å få økt fortjeneste. Det vil si å sende ut pasienter så fort de er behandlet. Men når er pasienten egentlig utskrivningsklar?

"Noen tror at utskrivningsklare er en medisinsk objektiv størrelse, men det er bare tull. Utskrivningsklar er du den dagen sykehuset vil bli kvitt deg, da er du utskrivningsklar. Om sykehuset vil bli kvitt deg, det har å gjøre med hvor mange som er i andre enden. Hvis det kommer mange inn, så det hopper seg opp i akuttmottaket og man ikke har senger nok i sykehuset til å plasserer pasienter i, da må flere av de som har ligget der noen dager, de blir

utskrivningsklare så vi får dem ut i andre enden. Og hvis det da koster kommunen 4000 kroner dagen å ikke tilby en sykehjemsplass, så gjør de det. Og så går det på bekostning av pasienter som er hjemme og venter på sykehjemsplass. I verste fall blir de som ligger hjemme lagt inn på sykehuset, sånn at de kan få komme på sykehjem den veien" (Levi).

Levi syntes at det å innføre så sterke økonomiske virkemidler, gjør noe med kulturen. Han mimret tilbake til da betalingsplikten for kommunene hadde mye mer slakk, en hel uke, som gav kommunen god tid til å finne en ordning. *"Men nå er det 24 timer, og på minuttet altså, så det blir helt avgjørende hvilket klokkeslett meldingen ble sendt om at pasienten er utskrivningsklar, hvis det går 24 timer og to minutter, da er det utløst 4000 kroner i straffegebyr"*. Han mente at selv om ikke dette i utgangspunktet handler om DRG, så er DRG-systemet en av brikkene som fører til at økonomiske virkemidler kommer så tett innpå pasientbehandlingen. Lars hadde samme oppfatning, så fort DRG-en er utført, er ikke pasienten lenger lønnsom å ha liggende på sykehuset, til tross for at pasienten kanskje ikke er frisk enda:

"Lars: Folk blir jo skrevet hjem veldig fort fra sykehus, uten å være ferdigbehandlet, også skal de ta resten av behandlingen et annet sted.

Sykepleier som kom inn: Nå tror jeg det er litt sånn samlebånd, det går svisj, svisj, du blir et nummer i rekken og haket ut og blir plassert. De ser ikke liksom ikke mennesket i det her, de ser bare en diagnose eller et nummer.

Lars: Og da har du akkurat det med diagnosekoder igjen, du får gjort *akkurat* det du skal, så sendes du tilbake for å få gjort *akkurat* det som er bestilt, men alt det som er rundt..

Sykepleier: Men når vi setter sammen, det blir jo på en måte at vi setter sammen et team av diagnoser, vi setter ikke sammen pasientgrupper. Vi ser ikke at han Herr Olsen kanskje trenger litt psykisk oppbacking også, omsorg. Men han kunne godt ha passet inn, men dessverre så passet ikke koden inn. Blir sånn, kun det økonomiske. Det er klart går du inn på det økonomiske også så er det klart at det er ikke alt som er like mye verdt, det er ikke alt som ligger like mye penger i. Jeg skal ikke hive meg inn i den diskusjonen sammen med dere, men det er sånn som er veldig frustrerende. Når er man attraktiv nok som pasient?

Lars: Ja, men jo det er jo kjempeviktig, og hva er det samfunnet synes er en viktig sykdom? Hva er det samfunnet ikke synes er en viktig sykdom? Og det er jo også veldig spennende, hvordan noen sykdommer, og det er jo de som rammer menn i 50-årsalderen og som er enten dødelige eller kurerbare, det er de som har høyest status. Det er hjerteinfarkter, hjerneslag, altså sånne akutte ting der man kan gå inn å intervensere, gjøre noe, og få ut folk fort.

Sykepleier: Og oss som behandlere, vi er også skrudd over til å tenke kun et anonymt nummer eller den og den behandlingsformen, og så blir de som får den tradisjonelle behandlingen, de blir liksom litt kjedelige. Skjønner du, allerede der, og ikke sant, det gjør noe med oss, det her, ja hva jeg skal si, ja en ting er nå pengene, ja det gjør noe med oss, vi blir glemmer av den her gode tradisjonsgrunnen på en måte og blir påvirket på ditt nivå (legene) og som pleiere. (...) in the real world så er det ikke rom for omsorg, det er ikke rom for den gode behandleren eller

gode omtanken, det er teknikken som har overtatt. Tiden, registreringer, rapporteringer, datamaskinen tar over den tiden man skulle lagt ei hand på skuldra og sagt at "Fru Olsen, det her går bra". I stedet er det: "Beklager jeg har ikke tid, jeg må rapportere".

Jeg tok med et litt lengre utsnitt av intervjuet her, da jeg syntes dialogen mellom Lars og denne sykepleieren var så godt beskrivende for dette temaet. For det første handler dette om at pasienter sendes ut når DRG-en er utført og ikke når pasienten egentlig er ferdigbehandlet som Lars sier, da han mener pasienter ofte ikke er klar til å sendes hjem. Dette fører til denne samlebåndsmekanismen med at pasientene, slik sykepleieren formulerer det, blir redusert til et nummer, de blir prissatt. Følgen av at pasientene blir prissatt er videre at alle pasienter ikke er like mye verdt. Og da kan man snakke om å være attraktiv eller uattraktiv som pasient. Alt dette resulterer i at det ikke lenger er rom for eller tid til å trøste fru Olsen med en hånd på skuldra eller en liten ekstra beroligende prat.

5.5.2 DRG-sjonglører versus gode behandlere?

Ifølge Lars ble styringen av legene mot å tenke økonomisk et motstykke til god behandling, der pleie, omsorg og helhetstenkning kom i bakgrunnen. Motstykket til en god behandler er da en strategisk DRG-koder. Levi hadde en del av de samme tankene og mente at fremmedgjøringen og fokus på DRG-koding trekker fokus fra pasientbehandling og på det å yte god behandling.

"Det trekker oppmerksomheten vekk fra det å yte god behandling. Hvis du ikke får noen tilbakemeldinger fra dine overordnede på om du har vært hyggelig mot pasienten, om du har vært omsorgsfull, prøver å få skikkelig oversikt over sykdomsbilde, om du har gjort en skikkelig medikamentgjennomgang, sette etter om den suppen av medisiner de bruker faktisk er den optimale. (...) Hvis du aldri får tilbakemelding på alle sånne ting du har gjort, men får tilbakemelding på om du har satt riktig DRG eller ikke, det er klart at det trekker, og spesielt yngre leger som enda er faglig usikre og sitter i korte vikariater. Det er usikkert, det er klart at det vil trekke deres oppmerksomhet i retning av å bli flinke DRG-sjonglører" (Levi).

Slik mente altså Levi at fokuset på DRG-koding påvirket mentaliteten helt ned på laveste nivå blant de som behandlet pasienter og at dette kunne gjøre noe med kvaliteten på sikt, og da spesielt det som har med omsorg å gjøre. Tilbakemeldinger fra overordnede blir på den måten viktig, da vi tidligere har sett på at disse har stor innflytelse på hvordan de unge overtar normer og måte å behandle pasienter på. Man innordner seg og blir flinkere på det man får tilbakemeldinger på, mens det man ikke hører noe om, gjør man kanskje som man alltid har gjort.

5.6 Oppsummering av funn

Det første jeg tok for meg i analysen, og som svarer på den første problemstillingen var hvordan leger forholder seg til systemet og hvilke kritikker de har. Hvordan legene forholdte seg til systemet avhang av hvilken posisjon de hadde i sykehuset. De ansatte som ikke hadde ansvar for økonomi, viste liten interesse for systemet, mens lederne som hadde ansvar i ulik grad, hadde flere tanker om systemet og måtte ta stilling til det på en annen måte. Jeg skal ta for meg forskjellene mellom de ansatte og lederne i neste avsnitt. For det andre viste kontekst seg å være viktig, nemlig hvilket medisinsk fagfelt de jobbet med. Legene mente at det kirurgiske og operasjonelle delen av arbeidet var best tilpasset DRG-systemet og at det derfor var de kirurgiske avdelingene DRG-systemet passet best til. Jo mer fagfeltet bevegde seg mot psykiske lidelser og der omsorg og pleie spilte en stor rolle, jo dårligere passet systemet og jo mer kritikk og misnøye ble formidlet. For det tredje spilte også helsepolitisk interesse og engasjement en rolle. De tre legene i dette studiet som viste engasjement og interesse for sykehuspolitikk, var de klart mest kritiske og hadde flest tanker og meninger, mens de tre som var minst kritiske, heller ikke var spesielt engasjert.

Hvilke kritikker de hadde, var avhengig av de samme faktorene, men de tydeligste skillene går mellom de ansatte og lederne. De unge følte ikke de trengte å bry seg om økonomi da det ikke var innenfor deres ansvarsområde og de syntes heller ikke det var interessant å vite noe om sykehusets økonomi. Deres kritikker gikk derfor mer på at det kunne være litt tungvint og at det tok noe tid i tillegg til en viss ideologisk kritikk. Den ideologiske kritikken gikk på om prissetting av diagnoser er etisk riktig. De forstod likevel at de måtte kode og gjorde DRG-kodingen som en selvfølgelig, men kjedelig del av jobben.

De eldre lederne var på ulike måter kritiske til systemet. Klinikksjefen i dette materialet var ikke spesielt kritisk, men hun hadde en viss kritikk som gikk på at hun følte det var urettferdig at de kirurgiske klinikkene kunne bruke DRG-systemet til å dekke opp for eventuelle underskudd, mens hun ikke hadde samme mulighet fordi de hadde mest akutte pasienter. I tillegg hadde takstene de brukte mye i hennes klinikk sunket, noe hun også var kritisk til og som hun ikke helt forstod hvorfor hadde skjedd. De kritiske lederne var sterkt kritisk til systemet og spesielt til hvordan det ble brukt. Disse handlet bevisst imot å tenke økonomisk og tviholdt på sin etiske holdning om at deres fulle lojalitet skal ligge hos pasienten og ikke til økonomiske hensyn og rapportering. Det lot de være i bakgrunnen, hvor de forsøkte å holde det på så lang avstand som mulig. Disse hadde også en dypere innsikt i og forståelse for hvordan systemet fungerte. De mente at det var skapt en oppfatning om at DRG-koder er som

en seddelpresse til sykehusene. Dette mente de var feil, da systemet heller kan lignes med det som ble kalt et nullsumspill, det er bare en måte å fordele helsebudsjettet på, ikke en måte å sprøyte uante mengder med penger inn i avdelingene på. Kritikken gikk altså på at bruken i sykehusene gjenspeilte en misoppfatning av systemet, i tillegg til en frykt for at etikk og omsorg skulle bli mindre viktig. Videre kommer også deres kritikk fram i svaret på den neste problemstillingen.

Den andre problemstillingen om hvordan legene opplevde de økonomiske insentivene som følger med systemet, er i hovedsak besvart i den siste delen av analysen med de tre separate temaene. De mest kritiske lederne følte at de økonomiske insentivene som ligger i DRG-systemet var en måte å styre legene til å tenke økonomisk på. Spesielt en av legene snakket om at der legene tidligere hadde blitt styrt av staten til å utføre lobotomi på psykisk syke og tvangssterilisere de som tidligere ble kalt tatere, var styringen nå av en mer usynlig og smygende art. Han mente at mange leger uten å merke det gjennom blant annet DRG-systemet ble styrt til å tenke økonomi og handle rasjonelt ut fra hva som er mest fordelaktig økonomisk. Selve problemet med dette, mente han var at så mange ikke så det, og at nyutdannede leger ble sosialisert inn i en rolle hvor DRG-systemet ble noe naturlig og selvfølgelig og ikke noe man er kritisk til bruken av.

Etikken var et annet moment legene snakket om som skadelidende når økonomien fikk for stor plass. Leger flest holder etikk høyt, men de kritiske legene mente at DRG-kodingens sterke fokus satte etikken i en risikabel situasjon når DRG-koding og økonomisk tenkning konkurrerer om legenes oppmerksomhet. Slik endrer DRG-systemet fokus fra pleie og lindring til det instrumentelle, da det er inngrepene som gir uttelling i DRG-poeng. For at etikken skulle klare å holde seg ved like, mente de at man måtte være svært bevisst sin egen etikk. Så lenge folk hadde det klart for seg, mente de det kunne gå bra, men så lenge man er usikker eller vaklende mente de systemet var en fare for profesjonsetikken. At helsevesenet på intervjuetidspunktet ifølge legene til fungerte og var godt, mente de var mer på tross enn på grunn av systemet. Men hvor lenge dette varte og hva som skjer når den oppvoksende legegenerasjonen tar over, systemet normaliseres og motstanden overtar, var de mer bekymret over.

Et siste moment legene mente påvirket de økonomiske insentivene som er underlagt i DRG-systemet, var at omsorg og pleie fikk mindre plass. Fordi hver DRG-kode utløser en takst som er viktig for avdelingen, fryktet de at DRG-kodene skulle bli den nye virkeligheten og bidra

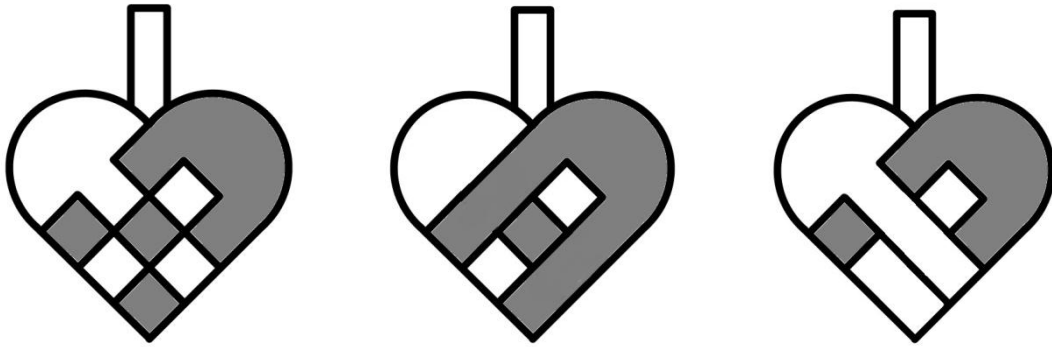
til en samlebandsmekanisme der det er DRG-kodingen som blir det viktige å utføre. Når den er utført kan pasientene sendes hjem, uavhengig av om pasienten føler seg trygg nok til å reise hjem eller om dette er det beste for pasienten. Da har DRG-kodene fått en opphøyet status, men en egen verdi som overgår pasientens behov. En pasient med behov for litt trøst og pleie er ikke økonomisk attraktiv, fordi det ikke gir gevinst i en DRG-kode.

6.0 Avsluttende diskusjon

Med den foregående oppsummering i slutten av forrige kapittel, skal denne avsluttende diskusjonen svare på problemstillingen i lys av oppgavens teorier. Før jeg går videre gjentar jeg problemstillingene: *Hvordan forholder leger seg til DRG-systemet og hvilke kritikker har de av systemet? Opplever legene at de økonomiske insentivene gjennom DRG-systemet har noen påvirkning på deres arbeid, i så fall på hvilke måter?*

Vi har altså sett gjennom analysen og oppsummeringen til slutt at legene forholder seg forskjellig til systemet, og det tydeligste skillet går mellom de unge ansatte og de eldre lederne, selv om også medisinsk fagfelt har vist seg å være en viktig del av hvordan de opplever systemet. Det har også vist seg at i følge med de ulike måtene å forholde seg til systemet på, har legene ulike kritikker, som også speiler en bevissthet og kunnskap om hvordan systemet fungerer. Hovedkritikken var at det kan være risikabelt å blande et system med økonomiske insentiver sammen med legenes profesjonsetikk, slik Zelizer beskriver blandingen mellom intimitet og penger som "risky exchanges". Det kan være risikabelt, men ikke umulig. Risikoen er at det som opprinnelig er sterkt preget av pleie og omsorg, rasjonaliseres. Det behøver altså ikke å gå galt, noe jeg også finner i min empiri, hvor flere av legene så de økonomiske insentivene tydelig og var bevisste med å ikke misbruke det. De var imidlertid redde for at ikke alle var bevisste hvilke redskaper de benyttet seg av og så en del farer. Slik finner jeg i mitt materiale tre ulike måter leger kan forholde seg til systemet på, basert på de kritikkene legene formidlet og hvordan de opplevde at de økonomiske insentivene påvirket dem.

Jeg skal forsøke å illustrere dette gjennom fletting av en julekurv. En julekurv består av to ulike deler som skal flettes sammen, som til slutt utgjør et sammenflettet hjerte. Alle som har laget en julekurv vet at det kan være knotete å få delene til å festes sammen slik de skal. Det kan fort rote seg til slik at delene ikke vil flettes sammen. Slik kan man også forstå DRG-systemet. Som vi har sett gjennom analysen, er etikken med dens lojalitet og fokus på pasientens beste, motstykket til DRG-systemet. De to presenterer de to delene av julehjertet som skal forenes. For at systemet skal fungere, bør altså disse to delene flettes sammen, så den ene delen ikke tar større plass enn de andre. Legenes kritikker av systemet, viser at denne sammenflettingen ikke alltid er vellykket. Nedenfor har jeg laget noen illustrasjoner av tre julekurver, som jeg håper kan visualisere hva jeg mener. De viser altså tre ulike måter å forholde seg til systemet på:



6.1 Vellykket sammenfletting

Den første kurven symboliserer blandingen av økonomi og etikk som velfungerende. Dette er leger som har latt etikken og DRG-systemet forene, og som både er lojal mot pasientens beste og bryr seg om å kode korrekt så avdelingen får det den skal ha. I slike tilfeller har disiplineringen vært vellykket og ført til en forskyvning fra at legene handler ut fra lydighet overfor loven – til strategisk og taktisk forvaltning av sykehusdriften, både når det gjelder økonomiske hensyn og hensyn til pasientene. Siden legene selv kjenner best til sine omgivelser og hvordan de kan bruke DRG-systemet mest mulig nyttemaksimerende, er de altså ifølge Foucaults begrep om "governmentality" selvstyrende objekter, som virker å ha internalisert systemet i stor grad. Denne måten å forholde seg til systemet på, har jeg sett mest hos de unge, som syntes systemet fungerte og som hadde akseptert at det var denne måten avdelingen fikk penger på, og de skjønnte derfor at de måtte kode. Gjennom opplæring, sosialisering og normalisering fremsto "tingenes orden" som normal for disse legene, DRG-systemet var noe som måtte være der for at de skulle få betalt for det de gjorde. Forstått på denne måten er de underlagt normens makt, til det beste for samfunnet.

En annen måte samspillet mellom DRG-systemet og etikken viste seg å fungere på blant informantene, var at økonomien hadde ulik betydning for legene. Spesielt blant de unge, som ikke hadde ansvar for økonomien, var ikke incentivet om å tjene mer penger til avdelingen stort nok incentiv til å skulle påvirke deres handlinger. Siden sykehusene drives offentlig, hadde de ikke noen grunn til å kode ekstra lønnsomt. At økonomien slik tillegges en sosial mening, jamfør Zelizer (2010), så jeg også blant de eldre legene, til tross for at denne forståelsen var annerledes. Spesielt var Levi et godt eksempel på en som hadde en svært bevisst holdning til hvordan DRG-systemet fungerte og kalte det for et nullsumspill. Ved en slik oppfatning av systemet, har det heller ingen hensikt å kode mer enn hva som er korrekt, fordi han vet at takstene senkes hvis man produserer "for mye", og konsekvensen er at man

året etter må produsere enda mer for å være á jour. I slike tilfeller vil derfor også systemet fungere, til tross for at legene er kritiske til bruken av systemet. Fellesnevneren for disse måtene å forholde seg til systemet på, er altså at selvstyringen av legene har lyktes, fordi balansen mellom etikk og økonomi fungerer.

6.2 Økonomien overskygger

På den andre kurven, har det grå feltet fått større plass enn det hvite. Her har DRG-systemet, som er illustrert som det grå feltet, fått større plass enn etikken. Det er dette de kritiske legene kritiserte og mener er faren ved DRG-systemet, fordi det på noen avdelinger er større fokus på å bli dyktige DRG-kodere enn etiske og omsorgsfulle leger. Da har selvstyringen av legene lyktes "for godt", og resultatet av at arbeidet måles er blitt at kartet er viktigere enn terrenget, altså at resultatene på papiret er viktigere enn det faktiske arbeidet som gjøres. En slik utvikling er ikke tjenlig i et helhetlig samfunnsperspektiv, fordi etikken mister fokus. Da glir ikke lenger samfunnsmaskineriet, men det har oppstått gnisninger.

At leger får større fokus på DRG-koding og lar seg styre mer enn "hva tjenlig er" av de økonomiske insentivene kan også forstås fra et marxistisk perspektiv. For når diagnosene har fått en objektiv størrelse og blitt prissatt gjennom DRG-systemet og på den måten fått en bytteverdi, er faren at de opprinnelige relasjonene mellom pasient og lege blir byttet ut med standardiserte og upersonlige varebytter, hvor pasientens "vare" er sykdommen pasienten trenger behandling for. Det overskyggende fokuset på økonomi kan da forstås som varefetisjisme, hvor enkelte DRG-koder tillegges evnen å være mer verdifull enn andre. Da faller pasientens i det tingliges skygge, fordi man ser på pasienten gjennom DRG-koden. En slik måte å forholde seg til systemet betyr altså at legene har godtatt systemet, slik som ved reifikasjon, hvor systemet oppfattes som et fullstendig definerende og uforanderlig faktum, som legene tilpasser seg.

Kritikken de kritiske legene rettet mot systemet, er i all hovedsak knyttet til denne formen å forholde seg til systemet på, hvor de økonomiske hensynene overskygger de kvalitative sidene ved legejobben. Ved at pasientenes lidelser varifiseres, mente de altså at man kunne ende opp med mer standardiserte og rutiniserte leger, hvor pleie- og omsorgsaspektet er uten verdi, og derfor noe som ikke vies like mye oppmerksomhet. Da har måleinstrumentet (DRG-systemet) fått innflytelse på virkeligheten, slik Barad (2007) oppdaget at realismen er styrt av måleinstrumentet.

6.3 Aktiv motstand, lar etikken råde

Den siste varianten, hvor etikken har fått større plass enn DRG-systemet representerer leger som ikke bryr seg om å bli gode kodere, men tviholder på sine etiske verdier og lar dette overskygge de økonomiske insentivene. Da glir heller ikke samfunnsmaskineriet, for da får ikke avdelingene det de skal ha og DRG-systemet som grunnlaget for et finansieringssystem vil ikke fungere. I ytterste forstand vil det bety at legene vil kunne nekte å lære seg å kode nøyaktig og aktivt reklamere for sin motstand. Dette er ikke noe jeg finner i min studie, men i en mildere form. For eksempel viste Lars en sterk form for motstand, i form av blank avvisning for at systemet var et godt system og de sterke kritikkene mot at det former en ny virkelighet og at legene blir styrt til å handle og tenke økonomisk. Filip som forsøkte å unngå DRG-kurs er også et eksempel, som viser at de aktivt forsøkte å distansere seg fra DRG-systemet, og trekke seg så langt unna som mulig, uten at de skulle sanksjoneres for det.

En slik måte å forholde seg til systemet på, viser at mennesker kan differensiere og legge sosial mening i penger og økonomi, slik Zelizer hevder. Legene som aktivt forsøker å distansere seg fra økonomien, har på den måten latt økonomisk tenkning komme i bakgrunn. Enten fordi de ikke ønsker å forholde seg til økonomi som leger, og ikke føler det er innen deres ansvarsområde, eller fordi det ikke er av interesse. Fredrik mente noen av de eldre legene på hans avdeling ikke orket å lære seg systemet, så avdelingen fikk for lite i forhold til hva de faktisk gjorde. I tillegg vil legene med en slik måte å forholde seg til systemet på, kunne videreformidle sin holdning til systemet, fordi de bevisst er uenig i hvordan sykehusene finansieres og tenker at dette er noe som må formidles også til andre. Uansett hva motivet er for å kode så lite som mulig, er gjengangsmelodien den samme – økonomien settes i bakgrunn, til fordel for etiske hensyn.

Disse tre mulighetene for legene å forholde seg til systemet på, basert på deres egne fortellinger, erfaringer og kritikker av systemet, kan sies å være en sammenfatning av mine funn og svar på problemstillingene. Det betyr ikke at hver informant fra dette studiet kan settes i hver sin "bås", men at jeg ser trekk av disse tre måtene å forholde seg til systemet på blant legene og deres kritikker. Spørsmålet videre er hva som skjer når de eldre legene pensjoneres og nye generasjoner leger vokser opp. Er innsikt i systemet og kritisk tankegang noe som kommer med alderen, eller er den grunnet i deres erfaringer med tidligere finansieringssystem og sammenligningsgrunnlaget dette har gitt? Studiet viser altså at noe har skjedd i de årene systemet har vært i bruk. De unges likegyldighet og villighet til å disiplineres kan dermed være et tegn på at systemet holder på å slå rot og bli en selvfølgelig

del av legehverdagen, som legene tilpasser seg etter. Det er også et viktig poeng at de unge ønsker å være lojale fordi de vil ha trygg, fast jobb. Spørsmålet er hva som skjer når disse unge trer inn i lederstillinger hvor de blir ansvarlige for økonomien. Har de da et bevisst, kritisk syn på hvilket redskap de har mellom hendene? Har de da fått tilstrekkelig kunnskap og innsikt i systemet til å vite hvordan det bør brukes? Ut fra dette materialets unge ansatte, ser det så langt ut til at den manglende interessen for systemet kanskje virker preventivt mot at de unge legene skal tenke økonomisk smarte diagnoser, fremfor lojalitet til pasient. På den andre siden mente de eldre kritiske legene at legestanden, og spesielt de unge blir styrt til å tenke økonomisk og at det skjer smygende og kanskje uten at man selv merker det.

Det viser seg altså at leger forholder seg til dette systemet ulikt. Det bildet som har blitt tegnet i media om at systemet prioriterer de mest lønnsomme, at de friskeste nedprioriteres og eksemplene der leger har blitt tatt i kodejuks, er et forenklet bilde. Vi har gjennom denne oppgaven sett at det finnes engasjerte leger som ser farene ved det systemet de bruker og som aktivt forsøker å videreformidle sitt budskap. Legeetikken står sterkt foreløpig, men også kritikken. Hos de yngre ser det ut til å være normalisert i større grad, også blant de kritiske.

6.4 Oppgaven i en større sammenheng

Hvis man skal ta med denne oppgaven utenfor sykehuset vegger, er det flere instanser i det offentlige som bruker systemer som kan sammenlignes med DRG-systemet, eller enklere forklart; systemer som bygger på mål- og resultatstyring. PISA-undersøkelsen av norske skoleelever har fått noe av den samme kritikken rettet mot seg (Sivesind & Elstad, 2010), hvor logikken er det samme, måleinstrumentet påvirker hva som måles og dermed hva som anses som viktigst. Sammenlignbare mekanismer finnes også flere andre steder i offentlige institusjoner, som for eksempel i universitetene og høyskolene, Forsvaret, Politiet og NAV. Eksempelvis opplever også ansatte på NAV at mål- og resultatstyring fører til for stort fokus på kvantitet fremfor kvalitet (Schick, 2014). Kanskje kan forståelsen av legene denne oppgaven tilbyr, også være et grunnlag for å forstå interaksjonen med lignende system også blant andre profesjonelle i offentlig sektor.

Påvirkning av ideologi fra New Public Management er rammen rundt denne oppgaven. Men det er selvfølgelig ikke tilstrekkelig å forklare utviklingen i helsevesenet med markedsideologiens inntog, eller andre interne forhold. Den må også forklares med utgangspunkt i endringer i det samfunnet helsevesenet er en del av. Lian (2007) mener at et

generelt trekk ved samfunnsutviklingen er at området for det kommersielle øker på bekostning av andre områder, som det politiske, religiøse også videre. Økt oppslutning om nyliberalismen som ideologi, økt tro på markedet som fordelingsmekanisme, samt økt vektlegging av nytte- og effektivitetshensyn på bekostning av likhets- og rettferdighetshensyn; alt dette er sentrale trekk ved dagens samfunn (Lian, 2007). Trolig virker helsereformene bare forsterkende på en markedstenkning som for tiden gjør seg gjeldende på stadig flere områder av offentlig sektor, ikke bare i helsevesenet.

6.5 Videre forskning

Etter som arbeidet med datainnsamlingen og spesielt analysen tok form, var det flere tema jeg kom innom som jeg tenkte det hadde vært interessant å finne mer informasjon om og studere videre. Blant annet hadde det vært interessant å se nærmere på hvilket samspill det er mellom samhandlingsreformen og DRG-systemet. Som vi ser av min studie opplever legene at denne reformen medfører et forsterket fokus på at det er DRG-koden som er viktig å utføre, og når den jobben er gjort kan pasienten skrives ut. Dette fører til noen spekulasjoner om at sykehusene skriver ut pasienter fortere, nå som de kan sende de videre til kommunene, og at sykehusene på denne måten sender oppgaven om å gi omsorg og pleie videre. Slik blir omsorg en oppgave som ikke lenger er så viktig på sykehuset, men noe kommunene får ta seg av, når pasientene har fått sin behandling.

Jeg ser også et behov for langtidsstudier, hvor man kunne sett hvordan legenes holdninger endres eller ikke endres over tid. Denne oppgaven viser at det er en forskjell blant de yngre og de eldre, men hva skjer når de yngre blir eldre?

Litteraturliste

- Aas, Inge Harald Monrad. (1985). *DRG: Diagnose relaterte grupper : en litteraturoversikt*. NIS-rapport nr. 3, (SINTEF: 1974-1987): Trondheim.
- Aas, Inge Harald Monrad. (1988). *The Making of Norwegian DRGs* (Vol. STF 81 A89002). Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Askvik, Lise. (2015). *Helsesviket : brev fra helsetjenesten*. Oslo: Aschehoug.
- Barad, Karen. (2007). *Meeting the universe halfway: quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Durham: Duke University Press.
- Bauman, Zygmunt & May, Tim, Holm-Hansen, Lars & Veiden, Pål (2004). *Å tenke sosiologisk*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Eliassen, Haakon E. H. (2003, 29.09). "Jakter på lønnsomme pasienter", *Aftenposten*.
- Eriksen, Erik Oddvar. (2001). *Demokratiets sorte hull : om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forl.
- Foucault, Michel, & Neumann, Iver B. (2002 [1978-79]). *Forelesninger om regjering og styringskunst*: Cappelen akademisk.
- Foucault, Michel, & Schaanning, Espen. (1995 [1976]). *Seksualitetens historie : 1 : Viljen til viten* (Vol. 1). Halden: EXIL.
- Foucault, Michel, & Østerberg, Dag. (1994 [1975]). *Overvåkning og straff : det moderne fengsels historie* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Gardiner, Michael E. (2009). "Critical Everyday Life Sociologies. Problematizing the Everyday". I Michael Hviid Jacobsen (Red.), *Encountering the Everyday. An Introduction to the Sociologies of the Unnoticed*. (s. 162-184). New York: Palgrave Macmillan.
- Gedde-Dahl, Siri, & Hafstad, Anne. (2003, 07.03.). "Sørlandet sykehus Arendal: Trikset til seg 6,6 mill ekstra", *Aftenposten*.
- Giæver, Wenche Lie, Høyem, Ane, & Steenbuch, Karoline. (2005). "Sykehusene prioriterer de friskeste". Lastet ned fra <https://www.nrk.no/livsstil/sykehusene-prioriterer-de-friskeste-1.1314401>
- Gjerdalen, Anne Grethe. (2015, 09.01.). "Stopp; helse skal ikke være butikk!", *Dagens Medisin*.

- Grimsgaard, Christian. (2014, 24.11.). "Dette er altså pasientenes helsetjeneste", *Dagens Medisin*.
- Hagen, Terje P., & Tjerbo, Trond. (2013). "Historien om da Kostnadskontroll spiste New Public Management til middag". I Norlav Veggeland & Ole Berg (Red.), *Reformer i norsk helsevesen : Veier videre*. (s. 65-80). Trondheim: Akademika forlag.
- Hammer, Svein. (2008). "Styring, statistikk, subjektivitet". *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 1, 73-103.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Innsatsstyrt finansiering*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsatsstyrt-finansiering/id227811/>.
- Herfindal, Sturla. (2004). *Veien frem til sykehusreformen : en studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak* (Vol. 5, 2004). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnstudier.
- Hood, Christopher. (1991). "A public management for all seasons?" *Public administration*, 69(1), 3-19.
- Jensen, Bjarne. (2013). "Helsereformene i et NPM-perspektiv". I Norlav Veggeland & Ole Berg (Red.), *Reformer i norsk helsevesen : Veier videre*. (s. 31-64). Trondheim: Akademika forlag.
- Jørgensen, MW, & Pililips, L. (2006). *Diskursanalyse som teori og metode*, 1. Utgave: Roskilde Universitetsforlag.
- Jørgenvåg, Ronny, & Hope, Øyvind B. (2005). *Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner : i hvilken grad er journalgjennomgang et nyttig verktøy?* (Vol. STF78 A055501). Oslo: SINTEF Helse, Norsk pasientregister.
- Lian, Olaug S. (2007). *Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Magnussen, Jon. (1986). *DRG-systemet : anvendelser og konsekvenser* (Vol. STF 81 A86006). Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Marsdal, Magnes E. (2013, 15.03.). "Legeopprøret". *Manifest tidsskrift*.
- Marx, Karl. (2008 [1867]). *Kapitalen : kritikk av den politiske økonomien : Første bok : Kapitalens produksjonsprosess* (Vol. Første bok). Oslo: Bokklubben.
- Morrison, Ken. (2006). *Marx, Durkheim, Weber : formations of modern social thought* (2nd ed. utg.). London: Sage.
- Pettersen, Inger Johanne, & Bjørnenak, Trond. (2003). *Helse i hver krone? : om økonomisk styring i helsesektoren*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

- Ramsdal, Helge, & Skorstad, Egil. (2004). *Privatisering fra innsiden : om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ritzer, George. (2011). *Sociological theory* (8th ed. utg.). New York, N.Y: McGraw-Hill.
- Samuelsen, Reidun E, & Hafstad, Anne. (2006, 14.09.). "Lønnsomt å kaste ut dyre pasienter", *Aftenposten*.
- Schick, Hege Johansen. (2014).: *Mål- og resultatstyring i NAV - Bakkebyråkratens dilemma*. Masteroppgave i sosialt arbeid, NTNU: Trondheim.
- Sivesind, Kirsten, & Elstad, Eyvind. (2010). *PISA : sannheten om skolen?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaldehaug, Espen, & Berthling-Hansen, Pål. (2008). "Bedriftsøkonomisk styring av helseforetakene—er det i det hele tatt mulig?" *Praktisk økonomi & finans*, 25(4), 37-44.
- Slåttebrekk, Olav Valen. (1990). *Hva koster pasienten? : en beregning av norske kostnadsvekter til DRG* (Vol. STF 81 A90003). Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Sunev, Gran. (2012). "Mot en markedsorientert profesjonsetikk?" *Rus & Samfunn*, 6(06), 33-35.
- Sørhaug, Tian. (2016). *Gull, arbeid og galskap : penger og objektrøbbel*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tøndel, Gunhild. (2006). *Diagnoser og forhandling : DRG-systemets interaksjon med den medisinske diagnosesettingen*. Masteroppgave i sosiologi, NTNU: Trondheim.
- Utaker, Arlid. (2005). "Michel Foucault om liberalisme og nyliberalisme". *Sosiologi i dag*, 35(2).
- Vabø, Mia. (2007). *Organisering for velferd : hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. (22/07), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring: Oslo.
- Vik, Lars Jørgen, & Magnussen, Jon. (1989). *Amerikanske erfaringer med DRG* (Vol. STF 81 A89028). Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Westin, S. (1999). "Likhhet og brorskap-verneverdige verdier i helsetjenesten". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119(10), 1474-1481.
- Westin, Steinar. (1995). "The market is a strange creature: family medicine meeting the challenges of the changing political and socioeconomic structure". *Family practice*, 12(4), 394-401.

Westin, Steinar, & Fosse, Anette. (2003, 16.06). "Kreativ diagnosekoding - en varslet skandale". *Aftenposten*.

Wyller, Vegard Bruun, Gisvold, Svein Erik, Hagen, Egil, Heggedal, Rune, Heimdal, Arnulf, Karlsen, Kjetil, Mellin-Olsen, Jannicke, Størmer, Jan, Thomsen, Ivar & Wyller, Torgeir Brunn. (2013). "Ta faget tilbake". *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 133(6), 655-659.

Zelizer, Viviana A. (1997). *The social meaning of money*. Princeton, N.J: Princeton University Press.

Zelizer, Viviana A. (2010). *Economic Lives : How Culture Shapes the Economy*. Princeton: Princeton University Press.

Vedlegg 1

Informasjonsskriv angående forespørsel om intervju

Jeg er masterstudent i sosiologi ved NTNU, og har begynt mitt arbeid med masteroppgaven. Mitt tema for oppgaven er legers opplevelse av DRG-systemet. Etter å ha lest både faglitteratur og mediediskusjoner angående styring av sykehus og bruk av det noen vil kalle markeds mekanismer, har diskusjonen om DRG-systemet fanget min nysgjerrighet. Nå som systemet har vært i bruk i ganske mange år i norske sykehus, er det naturlig å tro at leger som bruker dette systemet, har dannet seg en mening om hva de synes om systemet, og hvordan de forholder seg til det. Har det en påvirkning på deres arbeidshverdag, og i så fall på hvilke måter?

Offentlig statistikk har vist at enkelte diagnoser settes oftere enn før implementeringen av DRG, og at enkelte behandlinger utføres oftere. Fra tidligere studier fra andre land, tyder det også på at bruken av DRG har påvirket profesjonenes forhold til eget arbeid. Deres ideologiske verdier kan krasje med de verdiene og ideologiene som er skrevet inn i DRG, og målingen av arbeidsmengde virker å ha ført til at noen leger føler seg overvåket i større grad. Jeg er derfor interessert i å høre om legene kjenner seg igjen i dette, eller hvilke andre erfaringer og tanker de har om dette. Nå som systemet ikke lenger er nytt, kan det ha kommet opp andre effekter som ikke kom til syne ved de tidlige undersøkelsene rundt dette. Jeg setter derfor veldig stor pris på om noen leger kan tenke seg å bruke litt tid på å fortelle om sine tanker og refleksjoner.

For de legene som er villige til å stille på intervju, vil jeg selvsagt gi full anonymitet. De etiske spillereglene vil bli fulgt, tekstlig informasjon vil enten gis tilbake til legen hvis ønskelig, eller makuleres. De vil også få anledning til å lese gjennom de analyser av den informasjonen som er avgitt hvis ønskelig. Hvis legen samtykker, ønsker jeg å ta opp intervjuet, så det senere kan transkriberes, lydfilen vil slettes i etterkant. Hvis en informant ønsker å avbryte under eller etter intervju, er dette selvsagt helt i orden. Tidspunkt og sted for intervju kan bestemmes av legene selv, og lengden på intervjuene vil variere med hvor mye legene har å fortelle, alt fra 30-80 minutter.

Jeg er tilgjengelig for spørsmål eller bekreftelse på telefon, 909 28 704, og på mail: lillianbuljo@gmail.com

Med vennlig hilsen, Lillian Buljo

Vedlegg 2

Intervjuguide

Informasjon fra meg til legen:

- Kommer fra institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU
- Masteren vil handle om legers opplevelser og forståelser av DRG-systemet, jeg er opptatt av er å høre dine tanker, refleksjoner og *din* forståelse av emnet.
- Intervjuet er fullstendig frivillig og du kan trekke deg når som helst uten å måtte oppgi noen grunn. All informasjonen om deg vil bli anonymisert.
- For å gjøre det enklere for meg å gjennomføre intervjuet, vil jeg gjerne bruke lydopptaker, er det greit?

1) Bakgrunnsinfo

- Hvor gammel er du?
- Når fant du ut at du ville bli lege og hvorfor?
- Hvor lenge har du jobbet som lege?
- Hvor jobber du nå? (hvilken avdeling)
- Har du jobbet andre plasser?
- Hva er det du liker best med jobben din?
- Hva liker du dårligst?

2) DRG

- Bruker du DRG daglig?
Hvor mye tid bruker du på å kode hver dag?
Er det nyttig/unyttig?
- Hva synes du om DRG som system?
Hvis negativ:
Hva mener du er problemet med DRG?
Hva er det som er problematisk for din arbeidshverdag?

Hvis positiv:
Hva gjør DRG til et bra system?
- Tenker du kun DRG når du koder, eller har du det litt i tankene når du skal sette diagnose og bestemme behandling også?
- Hvis ingen diagnose passer til pasienten, hva gjør du da?
- Kan DRG-systemet på noen måte føre til at pasientene får flere diagnoser tror du?
- Vet du hva hver diagnose genererer av penger?

3) Tidsperspektiv/endring

- Når du begynte å jobbe med DRG, kan du huske hvilken opplæring du fikk?
- Hva var dine første reaksjoner, hva tenkte du da?
- Har oppfatningen din endret seg over tid? Har du en annen oppfatning av systemet nå i forhold til da?
- (hvis vedkommende har jobbet der lenge) Hvordan var det å jobbe som lege før innsatsstyrt finansiering/DRG kontra etter? Eller nå kontra 10 år siden? Beskriv hele prosessen.

4) Faglig etikk

- Hvis jeg sier faglig etikk blant leger, hva tenker du da?
- Tenker du noe på etikk i din arbeidshverdag?
- Er det noe med DRG-systemet som utfordrer denne etikken?
- Hvis vi går litt tilbake til det du sa om hvorfor du hadde lyst til å bli lege, hva tenker du om det nå? Ble forventningene dine til jobben endret etter at du kom i jobb, eller var det som du hadde forventet deg?

5) Relasjon til ledelsen

- Hvordan forhold har du til ledelsen?
- Får dere noen retningslinjer fra ledelsen om hvordan dere skal kode?

(...) noen steder gir det større prestisje og karrieremuligheter å være dyktig DRG-koder enn empatisk omsorgsarbeider. ("Ta faget tilbake")

- Hva tenker du om dette sitatet? Tror du det er tilfelle?
- Føler du noen ganger at det er blir litt press om å "prestere" som god DRG-koder?
- Hvilke krav setter ledelsen til din kodepraksis?
- Er det sann at du selv føler du blir målt når du koder?

6) Legene i mellom

- Hva vet du om hvordan andre leger du jobber med å kode? Vet du f.eks om noen som koder mye eller noen som koder lite?
- Opplever du at legene på avdelingene har samme mening om DRG-systemet? Er det noe dere prater om?
- Finnes det evt. noen for- og mot-grupperinger? Evt. noen nøytrale? Hvordan har det skjedd i såfall?
- Er det noen forskjeller blant eldre og yngre leger? Koder de forskjellig?
- Opplever du noen konkurranse mellom avdelinger?

7) Pasientfokus

- Hvor mye av tiden din går med til direkte kontakt med pasienter?
- Hvilket forhold føler du at du har til pasientene?

- Synes du at pasientfokuset påvirkes av DRG-systemet? I så fall hvordan?
- Det har blitt skrevet om lønnsomme og ulønnsomme pasienter både i media og i mer faglige tekster, er det noe du har tenkt over?
- Vet du hvem de lønnsomme pasientene er?
- Vet du hvem de ulønnsomme er? Eksempler?
- Det arbeidet dere gjør med pasienten som har med omsorg og medmenneskelighet å gjøre blir jo ikke registrert i DRG-poeng, men føler du at den jobben du gjør der blir like mye verdsatt?
- Er det noen som bryr seg om at den jobben blir gjort godt?

8) Kodejuks

- Det har fra tid til annen stått om at enkelte avdelinger på noen sykehus har blitt tatt i kodejuks (tjent mange millioner ekstra ved utnyttelse av systemet). Hva tenker du om det?
- Har du forståelse for at det kan skje?
- Er det noe som har sluttet å skje nå som systemet har vart såpass lenge? Hvorfor?

9) "Tillit lønner seg"

- Føler du at ledelsen viser deg tillit? Hvordan da? Nok tillit?
- Hender det at du føler mistillit?
- Hva skal til for at du føler du blir vist mer tillit?
- Synes du arbeidet har blitt for byråkratisk?

10) Konkrete hendelser

- Har du noen eksempler på konkrete hendelser eller opplevelser der DRG-systemer har hatt direkte påvirkning på måten du eller noen andre leger har handlet på? Ble det i så fall gjort bevisst eller noe du tenkte over i etterkant?
- Tror du at DRG-systemet har en bevisst eller ubevisst påvirkning på ditt arbeid som lege? Hvordan?

11) Økonomisk fokus

- Hvis vi går litt bort fra DRG-systemet, og ser mer på økonomisk fokus generelt på sykehuset. Snakkes det mye om økonomi?
- Det er sagt at de siste reformene som har kommet de siste årene i helsevesenet, har hatt som mål å gjøre legene mer kostnadsbevisste, hva tenker du om det, har det skjedd? Tenker du mye på økonomi i din hverdag?
- Snakker ledelsen mye om økonomi?
- Hender det at du kommer i situasjoner der økonomiske hensyn kommer foran hensyn til pasient?

12) Tid

- Hva med tid, føler du at du har det travelt?
- Hva skyldes det i såfall?
- Hvis du hadde hatt mer tid, hva ville du brukt den på?
- Hva skjer hvis du bruker for mye tid på noe? Hvilke konsekvenser får det?

13) Alternativt system

- Har du noen tanker om hvordan det ideelt skulle vært for at du får gjort ditt arbeid med pasientene best mulig?
- Har du noen tanker om hvordan situasjonen kunne vært forbedret?

Da har ikke jeg noen flere spørsmål, men er det noe mer du har lyst til å si? Synes du det her temaet er relevant og viktig å forske på, eller er det mer uviktig i dine øyne?

Takke for at informanten ville stille opp, setter veldig stor pris på det. Hvis de kommer på noe senere, eller kommer bort i en situasjon som kanskje er interessant for meg å høre, ta kontakt.

