



Er eliten egalitær?

Hvilke holdninger har leger til innføring av mer differensiert lønn på et norsk lokalsykehus?

Elena Henry og Maria Zimmermann

Veileder: Iver Bragelien

Master i økonomi og administrasjon

Hovedprofil: Økonomisk Styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer inntår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

På norske offentlige sykehus er det vanlig at lønnen til overleger er lik uavhengig av prestasjoner og ferdigheter. Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke fordelene og ulempene med å innføre differensiert lønn på et norsk lokalsykehus. Vi har kartlagt legenes holdninger og undersøkt om differensiert lønn, basert på prestasjon eller ansiennitet, kan være et virkemiddel for å tiltrekke og beholde dyktig personell. Videre har vi analysert hvordan lønnsformene kan påvirke legenes motivasjon og endre deres fokus. Vi har gjennomført 20 semistrukturerte dybdeintervjuer fordelt på to fagfelt: kirurgi og indremedisin.

Teori tilsier at effekten av en insentivordning avhenger av miljøet den implementeres i, og hvordan den er utformet. Av den grunn kan legenes holdninger ha betydning for om en belønningsordning blir vellykket eller ikke. Vi fant at et flertall av legene er positive til ansiennitetslønn og negative til prestasjonslønn. Imidlertid er meningene skjevfordelt mellom fagfelt. Flertallet av kirurgene er positive til prestasjonslønn. Indremedisinerne er negative til prestasjonslønn og positive til ansiennitetslønn. Legene er stort sett motiverte, og motivasjonen er indre forankret.

Mange av respondentene mente at prestasjonslønn ville tiltrekke leger som er mer opptatt av økonomisk gevinst enn pasientbehandling. Det kan skape intern konkurranse, som igjen kan ha negativ innvirkning på samarbeid og arbeidsmiljø. I tillegg avdekket vi flere utfordringer ved å designe og implementere prestasjonslønn på sykehus. Det er vanskelig å finne gode prestasjonsmål, og prestasjonslønn kan skape uheldige vridningseffekter. Teori om motivasjon indikerer at eksterne belønninger i noen tilfeller kan redusere en persons indre motivasjon. Siden legene er indre motiverte, og de fleste har negative holdninger til prestasjonslønn, anbefaler vi ikke å innføre et slikt system.

Flere leger oppfattet ansiennitet som rettferdig og stabilt. Ved å oppmuntre til langvarig tjeneste, kan ansiennitet også bidra til å beholde ansatte. Ansiennitet er en myk overgang fra lønssystemet overlegene har i dag, et system de fleste er fornøyde med. Som følge av miljøet på sykehuset, og legenes positive holdninger, anbefaler vi at sykehuset innfører ansiennitetslønn.

Forord

Denne masteroppgaven er gjennomført som et avsluttende ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole. Den utgjør 30 studiepoeng av vår hovedprofil i Økonomisk Styring, og er gjennomført høsten 2023.

Vår interesse for økonomiske styringsmekanismer oppsto da vi tok kurset «Styring av større foretak». Sykehus er samfunnskritiske institusjoner og legelønn er et omdiskutert tema. Vi syntes det var interessant å kartlegge fordeler og ulemper med differensiert avlønning av leger i en sektor hvor lønningene stort sett bestemmes på gruppenivå. I utredningen anonymiserer vi sykehuset vi har gjennomført intervjuer hos, etter deres ønske.

Denne masterutredningen hadde ikke blitt til uten uvurderlig hjelp. En stor takk rettes til alle intervjuobjekter, som har delt sine meninger og tid med oss, og sykehuset, som hele veien har vært tilgjengelig for spørsmål og sørget for at vi har hatt nødvendige ressurser i skriveprosessen. Videre ønsker vi å benytte anledningen til å takke venner og familie for korrekturlesing og innspill underveis. Sist, men ikke minst, en stor takk til vår veileder, Iver Bragelien, for å sette oss i kontakt med sykehuset, kontinuerlig engasjement og konstruktive tilbakemeldinger.

Bergen, 20. desember 2023

Elena Henry

Maria Zimmermann

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
FORORD	3
INNHALDSFORTEGNELSE	4
1. INNLEDNING	8
1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	8
1.2 BAKGRUNN FOR OPPGAVEN	9
1.3 METODE	11
1.4 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	11
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR	12
2. DAGENS SITUASJON	13
2.1 SPESIALISERINGSLØPET	13
2.2 DAGENS LØNNSSYSTEM	14
2.2.1 Dagens lønnssystem på sykehus	14
2.2.2 Leger fordelt på helsetjenester	15
2.2.3 Andre lønnssystem	16
2.3 DAGENS SITUASJON PÅ SYKEHUSET	16
2.4 OPPSUMMERING DAGENS SITUASJON	17
3. GENERELL TEORI OG EMPIRI	19
3.1 INSENTIVER	19
3.1.1 Effekten av insentivordninger	21
3.2 PRINSIPAL-AGENT-TEORI	22
3.2.1 Moralsk hasard	23
3.2.2 Ugunstig utvalg	23
3.2.3 Måleproblemer	24
3.3 LØNN OG BELØNNING	24
3.3.1 Fastlønn	25
3.3.2 Prestasjonslønn	26
3.4 ADFERDSTEORI	28
3.5 MOTIVASJON	29
3.5.1 Motivasjonsteorier	30
3.5.2 Indre og ytre motivasjon	32
3.6 RETTFERDIGHETSOPPLEVELSER	35
3.7 OPPSUMMERING GENERELL TEORI OG EMPIRI	36
4. EMPIRI FRA HELSESEKTOREN	38
4.1 LEGERES LØNNSPREFERANSER	38

4.2	LEGERS ADFERD	40
4.3	PRODUKTIVITET I HELSESEKTOREN	42
4.4	TILTREKKE OG BEHOLDE KOMPETANSE PÅ SYKEHUS.....	42
4.5	LEGERS MOTIVASJON.....	43
4.6	FORDELER OG ULEMPER MED INNFORING AV DIFFERENSIERT LØNN	46
4.7	KJØNNSFORSKJELLER	47
4.8	OPPSUMMERING EMPIRI FRA HELSESEKTOREN	48
5.	METODE	52
5.1	FORSKNINGSDESIGN	52
5.2	FORSKNINGSMETODE.....	53
5.2.1	<i>Valg av metode.....</i>	<i>53</i>
5.3	DATAINNSAMLING	54
5.3.1	<i>Utvalg av respondenter.....</i>	<i>54</i>
5.3.2	<i>Utforming og gjennomføring av intervjuer.....</i>	<i>55</i>
5.4	BEHANDLING AV DATA	58
5.4.1	<i>Transkribering</i>	<i>58</i>
5.4.2	<i>Dataanalyse</i>	<i>59</i>
5.5	KVALITET	60
5.5.1	<i>Reliabilitet.....</i>	<i>60</i>
5.5.2	<i>Validitet.....</i>	<i>62</i>
5.6	OPPSUMMERING METODE	64
6.	FUNN	65
6.1	HOLDNINGER TIL DAGENS LØNSSYSTEM	65
6.1.1	<i>Legenes motivasjon i dag.....</i>	<i>65</i>
6.1.2	<i>Overlegers holdning til dagens lønssystem.....</i>	<i>67</i>
6.1.3	<i>LIS-legers holdning til dagens lønssystem.....</i>	<i>69</i>
6.1.4	<i>Oppsummering legenes motivasjon og holdninger til dagens lønssystem.....</i>	<i>71</i>
6.2	HOLDNINGER TIL INNFORING AV ANSIENNITETSBASERT LØNN	71
6.2.1	<i>Holdninger til innføring av ansiennitetsbasert lønn.....</i>	<i>71</i>
6.2.2	<i>Forskjeller mellom kirurgi og indremedisin.....</i>	<i>76</i>
6.2.3	<i>Forskjeller mellom menn og kvinner</i>	<i>78</i>
6.2.4	<i>Bør ansiennitet gjelde for antall år som overlege eller antall år på sykehuset?</i>	<i>79</i>
6.2.5	<i>Oppsummering holdninger til innføring av ansiennitetsbasert lønn</i>	<i>79</i>
6.3	HOLDNINGER TIL PRESTASJONSBASERT LØNN	80
6.3.1	<i>Holdninger til prestasjonsbasert lønn</i>	<i>80</i>
6.3.2	<i>Forskjeller mellom kirurgi og indremedisin.....</i>	<i>86</i>
6.3.3	<i>Forskjeller mellom menn og kvinner</i>	<i>87</i>
6.3.4	<i>Oppsummering holdninger til prestasjonsbasert lønn.....</i>	<i>87</i>
6.4	MER OM PRESTASJONSBASERT LØNN.....	88

6.4.1 Prestasjonsmål.....	88
6.4.2 Vridningseffekter.....	92
6.4.3 Oppsummering mer om prestasjonsbasert lønn	93
6.5 LØNN FOR Å TILTREKKE OG BEHOLDE ANSATTE	94
6.5.1 Viktighet av lønn for overleger	94
6.5.2 Viktighet av lønn for LIS-leger	98
6.5.3 Vil prestasjonslønn ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrekker seg?	100
6.5.4 Oppsummering tiltrekke og beholde kompetanse	101
6.6 OPPSUMMERING FUNN	102
7. ANALYSE	105
7.1 DAGENS LØNSSYSTEM	106
7.1.1 Insentiver i dagens lønssystem.....	106
7.1.2 Legenes adferd.....	107
7.1.3 Rettferdighet.....	108
7.1.4 Fastlønn og ugunstig utvalg.....	109
7.1.5 Oppsummering dagens lønssystem	110
7.2 GENERELT OM DIFFERENSIERING	110
7.2.1 Motivasjon.....	110
7.2.2 Tiltrekke og beholde kompetanse.....	112
7.2.3 Oppsummering generelt om differensiering	114
7.3 ANSIENNITETSBASERT LØNN	115
7.3.1 Holdninger til ansiennitetsbasert lønn.....	115
7.3.2 Ansiennitetslønns innvirkning på motivasjon	117
7.3.3 Ansiennitetslønn for å tiltrekke og beholde kompetanse.....	119
7.3.4 Rettferdighet.....	120
7.3.5 Oppsummering ansiennitetsbasert lønn.....	122
7.4 PRESTASJONSBASERT LØNN	123
7.4.1 Holdninger til prestasjonslønn	124
7.4.2 Prestasjonslønns innvirkning på motivasjon	127
7.4.3 Prestasjonslønn for å tiltrekke og beholde kompetanse	130
7.4.4 Utfordringer forbundet med multiple prinsipaler og interessenter	132
7.4.5 Måleproblemer.....	133
7.4.6 Vridningseffekter.....	135
7.4.7 Fordeler og ulemper med ulike faktorer som kan ligge til grunn for prestasjon	137
7.4.8 Påvirkning på samarbeid og miljø.....	140
7.4.9 Oppsummering prestasjonsbasert lønn.....	141
7.5 ANBEFALING.....	144
8. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	147
8.1 BEGRENSNINGER	150

8.2 VIDERE FORSKNING	151
LITTERATURLISTE	153
VEDLEGG	159
VEDLEGG 1 – INFORMASJON I FORKANT AV INTERVJU (OVERLEGE)	159
VEDLEGG 2 – INFORMASJON I FORKANT AV INTERVJU (LIS)	160
VEDLEGG 3 – INTERVJUGUIDE OVERLEGER	161
VEDLEGG 4 – INTERVJUGUIDE LIS-LEGER	164
VEDLEGG 5 – INTERVJUGUIDE LEDER	167

1. Innledning

I dette kapitlet vil vi presentere formålet og konteksten for utredningen. Videre vil vi redegjøre for forskningsmetoden vi har valgt, skissere avgrensninger og til slutt gi en oversikt over oppgavens struktur.

1.1 Formål og problemstilling

Formålet med masterutredningen er å undersøke om mer differensiert lønn, i form av ansiennitet eller prestasjonslønn, kan være et virkemiddel for å tiltrekke og beholde kompetanse, samt øke motivasjonen blant leger på norske sykehus. For å avdekke dette vil vi kartlegge legers holdninger og preferanser til differensiert lønn gjennom semistrukturerte intervjuer. Vi har tatt utgangspunkt i to fagfelt på et norsk lokalsykehus, hvor vi intervjuer LIS-leger, overleger og en leder. Ved å gjøre dette kan vi undersøke om preferanser og holdninger varierer avhengig av stilling og fagområde. Problemstillingen er som følger:

Hva er fordelene og ulempene med innføring av differensiert lønn blant overleger på et norsk lokalsykehus?

Vi ønsker å avdekke fordeler og ulemper sett opp mot ulike faktorer, og har spesifisert følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hva er legenes holdninger til differensiert lønn?
- 2) Kan mer differensiert lønn være et virkemiddel for å tiltrekke og beholde kompetanse?
- 3) Hvordan kan mer differensiert lønn endre legenes adferd i form av motivasjon eller at oppmerksomheten vris?
- 4) Hvilke andre fordeler og ulemper kan differensiering av lønn blant overleger gi?

Som nevnt er målet vårt å avdekke legers generelle holdninger til differensiering av lønn. I tillegg er vi interessert i å utforske potensielle effekter differensiering kan ha på å tiltrekke og beholde dyktige leger. Videre undersøker vi innvirkningen det kan ha på motivasjon, og om det vil oppstå vridningseffekter. Andre fordeler og ulemper er hvilke muligheter og utfordringer som er forbundet med å implementere differensiert lønn. Intervjuer, empirisk forskning og teoretiske perspektiver danner grunnlaget for analysen.

1.2 Bakgrunn for oppgaven

I oktober skrev Ditlefsen og Tørressen (2023) en sak på NRK.no om at Sørlandet sykehus står overfor en bemanningskrise, med 80 av 500 overlegestillinger ubesatt. Foretakstillitsvalgt Cecilie Lunden Gundersen forteller at sykehuset er på full fart inn i en krise, og at stadig flere sykehusleger sier opp stillingene sine til fordel for andre karriereveier. Hun mener det nå er på tide å revurdere lønnsbetingelsene for sykehusleger. Sykehuslegene bidrar til å sikre god helse og livskvalitet i befolkningen. Helsedirektoratet har pekt på dette som viktige forutsetninger for bærekraftig samfunnsutvikling (Helsedirektoratet, 2018). Dette kom frem i et innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Selv om lønn ikke er den primære årsaken til at legene på Sørlandet sykehus slutter, fremhever Gundersen at arbeidsvilkårene må bedres, og trekker frem lønn som et virkemiddel (Ditlefsen & Tørressen, 2023). Bakgrunnen er at kommuner og private aktører lønner betydelig bedre og fremstår som attraktive arbeidsplasser. The Commonwealth Fund rangerer det norske helsevesenet på topp i sin analyse av elleve rike land (Schneider m. fl., 2021). Dersom det norske helsevesenet fremdeles skal være blant de beste, er det ikke tilstrekkelig at det er bra i dag. Helsevesenet bør også kunne møte den økte konkurransen fra andre aktører i fremtiden. Da kan det være viktig å kartlegge potensielle nye systemer for avlønning på offentlige norske sykehus.

NRK publiserte tidligere i år en artikkel som belyser uheldige effekter ved bonuslønn i helsesektoren (Mullis & Topdahl, 2023a). Det ble avdekket at en radiolog ved Unilabs, under press fra et bonussystem som oppmuntret til rask arbeidstakt og høy produksjon, hadde oversett en voksende svulst i en pasients lunge. Ni måneder senere ble personen diagnostisert med kreft, og døde samme år. Bonussystemet ved Unilabs belønnet radiologer for antall undersøkelser de utførte i løpet av en dag. Systemet førte til at radiologene måtte granske et høyt antall bilder raskt, som kan ha redusert kvaliteten på arbeidet. Spørsmålet som ble reist, var om dette systemet ga radiologer insentiver til å arbeide raskere, og om det påvirket deres evne til å foreta nøyaktige undersøkelser. Professor Gaute Torsvik ved Universitetet i Oslo har forsket på prestasjonslønn og bonussystemer, men han var ikke klar over at det fantes slike insentiver i det norske helsevesenet (Mullis & Topdahl, 2023b). Han uttaler at han ville vært forsiktig med å bruke bonus i denne type arbeid, og at

Hvis arbeidsoppgavene er mer komplekse, kan bonusordninger helt klart føre til at ansatte peiler seg inn mot det som gir høyest bonus. Det kan føre til at de ignorerer andre viktige aspekter ved arbeidsoppgavene som det er vanskelig å måle og belønne.

Videre mener stortingspolitiker Cecilie Myrseth fra Arbeiderpartiet at bonusordninger ikke har noe i helsevesenet å gjøre. Hun peker på at man må kunne forvente at det finnes et moralsk kompass i bedriftene, slik at de passer på å gi sine ansatte tilstrekkelig med tid til å gjøre en god jobb (Mullis & Topdahl, 2023b). Artikkelen belyser et ekstremt tilfelle og bidro til å vekke vårt engasjement for temaet. Spørsmålet vi stiller er om differensiert lønn kan være en hensiktsmessig måte å videreutvikle det offentlige helsetilbudet på. Er dette i det hele tatt mulig, eller vil det kunne lede til flere tilfeller som beskrevet over? Viktigst av alt, ønsker vi å avdekke legenes egne synspunkter om temaet.

I denne oppgaven undersøker vi derfor lønnspreferansene blant overleger på et norsk lokalsykehus som opererer med en fast basislønn, som de fleste andre sykehus i Norge. Alle overlegene på sykehuset har lik basislønn uavhengig av hvilket ferdighetsnivå de besitter, hvor etterspurt kompetansen deres er og hvor lenge de har vært ansatt i stillingen. Dette er med unntak av overleger som har tillegg for enten doktorgrad, funksjonstillegg for utvidet ansvar, innehar tidligere fremforhandlede rekrutteringstillegg eller andre typer kompetansetillegg. Den eneste måten overlegene kan tjene mer utover sin basislønn, er å påta seg eller bli tildelt flere vakter. Basislønnsnivået forandrer seg ikke etter at legene har nådd en overlegestilling, utover normale lønnstillegg som følge av kollektive forhandlinger.

Frafallet på Sørlandet sykehus kan tyde på at overlegene er misfornøyde med dagens system. Bragelien og Kvaløy (2014) peker på at det er nødvendig med betydelig kunnskap og informasjon for å utforme gode belønningsordninger. Den som følger opp en insentivkontrakt og har beslutningsmyndighet bør ha god oversikt over forhold som påvirker arbeidstakers jobbhverdag, både på kort og lang sikt (Bragelien, 2011). Det er derfor fordelaktig å kartlegge legenes holdninger i første omgang, slik at disse kan være et utgangspunkt for en eventuell endring av lønnsystemet. De ansatte har førstehåndskunnskap om hvordan medarbeidere kan tenkes å reagere på en ny ordning. Videre er ansatte som regel interessert i å få frem løsningene som faktisk fremmer verdiskapning (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 349).

1.3 Metode

I denne utredningen har vi anvendt en kvalitativ metode. Grunnlaget for analysen er 20 semistrukturerte dybdeintervjuer blant leger og én leder på et lokalsykehus i Norge. Vi har intervjuet elleve overleger, åtte LIS-leger (leger i spesialisering) og en leder. To av legene er tillitsvalgte.

Intervjuguidene ble utarbeidet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, relevant teori, empiri og informasjon om dagens lønssystem. Dataene vi samlet inn fra intervjuene ble underlagt en detaljert analyse, støttet av både teori og tidligere empiriske funn. Sykehuset ønsker å være anonyme for å skåne de ansatte, og for å stimulere til ærlige svar.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Vi har foretatt flere avgrensninger i gjennomføringen av denne oppgaven. For det første er utredningen avgrenset til ett mindre lokalsykehus. Til tross for at det hadde vært interessant å undersøke holdningene blant leger på flere sykehus, er avgrensningen gjort på grunn av kapasitets- og tidsbegrensninger. Det ga oss øg anledning til å fordype oss i ett lønssystem. Av samme grunn har vi begrenset oss til å gjennomføre 20 semistrukturerte dybdeintervjuer blant et utvalg av leger på sykehuset. Dette medfører at respondentgrunnlaget er relativt lite, men vi ønsket å prioritere en dypere forståelse for temaet. I utvalget har vi valgt å inkludere leger som arbeider innenfor de to største fagfeltene på sykehuset: kirurgi og indremedisin. Det ga oss mulighet til å generalisere funnene i større grad, samtidig som vi kunne sammenligne holdningene på tvers av fagfelt. LIS-leger er inkludert som intervjuobjekter for å få et innblikk i hva fremtidens overleger tenker om dagens lønssystem for overleger.

En annen sentral avgrensning i masterutredningen er at vi kun har kartlagt legenes *holdninger* til mer differensiert lønn. Oppgaven gir dermed ikke et forslag til hvordan et differensiert lønssystem kan utformes, men fokuserer på hvilke *fordeler og ulemper* som er forbundet med å designe og innføre ansiennitetsbasert eller prestasjonsbasert lønn.

I utredningen er prestasjonslønn et sentralt tema. Vi har bevisst valgt å ikke avgrense oss til en type prestasjonslønn, men hatt en bred tilnærming. Begrepet inkluderer midlertidige tillegg, bonus og varige fastlønnsøkninger. Formålet med oppgaven har vært å utforske legenes holdninger til lønnsdifferensiering, og vi har derfor sett det som hensiktsmessig å ikke avgrense

begrepet til kun å inkludere én type prestasjonslønn. På den måten har vi fått anledning til å dekke flere perspektiver og tilnærminger.

I løpet av arbeidet har vi også avdekket misnøye rundt andre forhold, noe vi har måttet avgrense oss til å se bort fra. Dette knytter seg hovedsakelig til oppbygning og utforming av dagens lønssystem, i form av hvor mye lønnen avhenger av vaktarbeid, samt overbelastning. Legene har mye ansvar, men begrenset med tid og ressurser. Dette oppleves for mange som viktigere å ta tak i enn lønssystemsendringen vi undersøker.

Videre har vi ikke sett svarene til respondentene opp mot alder, hvilken lønn de har i dag og lignende sosioøkonomisk informasjon. Vi har begrenset oss til å se på forskjeller mellom fagfelt, kjønn og om man er LIS- eller overlege, siden dette virket å være av størst betydning for variasjon i holdninger.

1.5 Oppgavens struktur

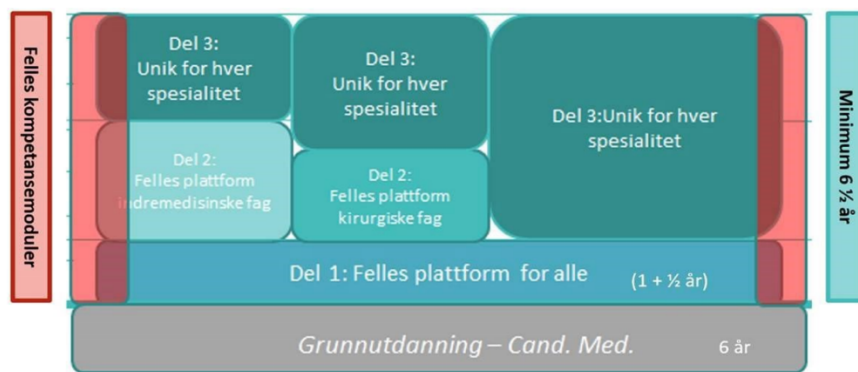
Utredningen er delt inn i åtte kapitler. I dette kapitlet har vi presentert formålet med oppgaven, problemstilling, bakgrunn for oppgaven, valg av metode og avgrensninger. Kapittel 2 belyser dagens situasjon når det gjelder legenes spesialisering, dagens lønssystem og annen relevant informasjon om sykehuset. I kapittel 3 presenterer vi generell teori og empiri, mens vi i kapittel 4 diskuterer empiri fra helsesektoren. Kapittel 5 beskriver metoden vi har anvendt for å samle inn data, og hvordan vi har behandlet og analysert disse. I kapittel 6 presenterer vi funnene våre, som vi analyserer i kapittel 7. Analysen består av fem deler. Den første delen av analysen omhandler *dagens lønssystem*. I andre del ser vi på *differensiering generelt*. Temaene som drøftes er motivasjon og om differensiert lønn kan benyttes for å tiltrekke og beholde kompetanse på sykehuset. Den tredje delen av analysen handler om *ansiennitetslønn*. Her kommer vi inn på holdninger, motivasjon, bemanning, mulige insentiveffekter og rettferdighet. Analysens fjerde del tar for seg *prestasjonsbasert lønn*. Her analyserer vi, i likhet med den tredje delen, holdninger, motivasjon og effekt på å tiltrekke og bevare kompetente overleger. I tillegg belyser vi måleproblemer, vridningseffekter, faktorer som prestasjonslønn kan baseres på, og om prestasjonslønn kan påvirke samarbeid og arbeidsmiljø. Funnene ses gjennomgående i sammenheng med teori- og empirigrunnet for oppgaven. I den siste delen av analysen presenterer vi anbefalingene våre. Avslutningsvis vil vi i kapittel 8 oppsummere og konkludere, samt vurdere begrensninger og gi forslag til videre forskning.

2. Dagens situasjon

Som kontekst for oppgaven gir vi i dette kapittelet en kort innføring i relevante bakgrunnsforhold. Først beskriver vi spesialisingsløpet til leger. Deretter presenteres lønssystemet for sykehusleger, hvordan leger i Norge fordeler seg på ulike helsetjenester samt andre lønssystem. Til slutt beskriver vi dagens situasjon på sykehuset. Der det ikke kildehenvises av anonymiseringshensyn, er informasjon hentet fra dybdeintervjuer med ansatte eller møter med ledelsen og HR.

2.1 Spesialiseringsløpet

Etter at man har gjennomført et 6-årig profesjonsstudium i medisin får man autorisasjon som lege (Braaten, 2023b). Deretter kan man spesialisere seg innenfor spesifikke deler av medisinen. En lege må fullføre spesialisering i én av 46 spesialiteter for å bli spesialist (Braaten, 2023d). (spesialistutdanning). Legen har status som lege i spesialisering (LIS) i spesialiseringsperioden.



Figur 2.1 Illustrasjon av spesialistutdanningens oppbygning (Regjeringen, 2019)

Figur 2.1 illustrerer spesialistutdanningen, som deles inn i to eller tre deler (Regjeringen, 2019). LIS1 er første del, og består av tolv måneder sykehusjeneste etterfulgt av seks måneder kommunehelsetjeneste (Spesialisthelsetjenesten, 2023). Etter LIS1, som er felles for alle, kan legene velge ett av de 46 spesialistutdanningsløpene for å få spesialistgodkjenning. Innen beslektede spesialiteter, eksempelvis kirurgiske og medisinske fag, er det en andre del med felles fag (LIS2). LIS3 er den tredje delen, og er unik for hver enkelt spesialitet. For spesialiteter som ikke har en andre del, er det direkte overgang fra første til tredje del. Sykehusspesialitetene utgjør det store flertallet av legespesialitetene, og disse gjennomføres primært ved sykehus (Regjeringen, 2019).

Etter at spesialistutdanningen er fullført, kan leger søke på en rekke ulike stillinger avhengig av erfaring, interesse og spesialisering. Et eksempel på en stilling en spesialist kan ha på et sykehus er overlege.

2.2 Dagens lønssystem

I dette delkapittelet gir vi en innføring i lønssystemet på sykehus. Deretter presenterer vi statistikk på hvordan personer med legeutdanning fordeler seg på de ulike helsetjenestene i Norge. Til slutt gir vi en kort innføring i lønssystemene innen fastlegetjeneste og privat praksis.

2.2.1 Dagens lønssystem på sykehus

Som hovedregel følger norske sykehus tariffavtaler fremforhandlet sentralt og lokalt i lønnsfastsettelsen (Abelsen & Olsen, 2015). Hvilken avtale sykehuset er omfattet av, avhenger av om det er privat eller offentlig, men generelt angir tariffavtalen hvilke lønns- og arbeidsvilkår som gjelder i bransjen. De sentrale avtalene fastsetter betingelser som er bindende på et overordnet nivå, mens de lokale kan supplere disse på måter som passer de enkelte arbeidsplassene (Braaten, 2023c).

Lønnen til en sykehuslege er basert på fast lønn, og består av *basislønn*, *vaktlønn* og *utvidet arbeidstid* (Abelsen & Olsen, 2015). Sykehusleger er dagarbeidene med *vakt* for å dekke behov på kvelder, netter og i helger/høytid (Braaten, 2023a). Det er to hovedtyper av vakt, tilstedevakt og hjemmevakt. På tilstedevakt er legen på sykehuset. Hjemmevakt er ikke stedbundet, men legen må være tilgjengelig for tilkalling eller for å utføre annet arbeid. Vakttillegget utgjør en prosentvis sats av basislønnen og trer i kraft kl. 17, og varer til kl. 07 neste dag. *Basislønnen* består av minstelønn etter tariff og tillegg som er definert til å inngå i basislønnen. Dette kan være doktorgradstillegg og seksjonsoverlegetillegg. Utover basislønn og vakt, er legene underlagt pliktig utvidet arbeidstid (PUA) og *frivillig utvidet arbeidstid* (UTA). PUA gir arbeidsgiver rett til å pålegge 2,5 timer ekstra per uke, slik at arbeidstid per uke blir 38 eller 40 timer. UTA er en frivillig avtale om utvidet arbeidstid, uten noen øvre grense. Likt som for vakt, er satsen for UTA en prosentsats av basislønnen. På grunn av at vakt og UTA er en prosentsats av basislønnen, kan selv små økninger i denne få stor betydning for totallønnen (Bemlo, 2023). Totallønnen vil altså variere mellom leger avhengig av når og hvor mye de jobber. Det gir sterke insentiver til å jobbe mye og på uregelmessige tider, i form av utvidet

arbeidstid eller vakansvakter (ekstravakter). I gjennomsnitt tjener sykehusleger 23 % av inntekten sin fra å jobbe uregelmessige timer og overtid (Abelsen & Olsen, 2015).

Av tariff sikres en minstelønn på ulike nivåer ut ifra hvor i spesialiseringsløpet legene er. Det er egne minimumssatser for LIS1, LIS2, LIS3, legespesialist og overlege, hvor LIS1 er lavest og overlege høyest. Legespesialist er en midlertidig kategori, for leger som er ferdig i spesialisering, men ikke har fått overlegestilling. Den enkelte leges lønn er individuell og skal være avtalt ved ansettelse. I tillegg til lønnen beskrevet over, kan man motta ulike tillegg både i og utenfor basislønnen. Individuelle tillegg er unike for den enkelte lege, mens kollektive tillegg kan gis til grupper av ansatte. Det er mulig å forhandle frem individuelle tillegg, men det er lite utbredt i praksis. Kollektive tillegg er typisk rekrutteringstillegg, hvor for eksempel en hel gruppe som er vanskelig å rekruttere, mottar høyere lønn.

Vi har ringt til norske offentlige sykehus for å undersøke om differensiering av overlegers lønn praktiseres i dag. Gjennom samtalene fant vi at flere sykehus benytter ansiennitetstillegg i lønnsfastsettelsen. Ingen vi snakket med driver med noen annen form for fastsatt differensiert basislønn. Vi har likevel mottatt indikasjoner fra flere kilder om at enkelte norske sykehus omgår det etablerte systemet. Dette skjer ved at de justerer tjenesteplaner, noe som fører til at visse overleger indirekte mottar høyere lønn.

2.2.2 Leger fordelt på helsetjenester

Flesteparten av utdannende leger jobber i det offentlige. En rapport fra Statistisk sentralbyrå viser at 16 000 (58 %) av 27 378 yrkesaktive personer med legetutdanning jobber i spesialisthelsetjenesten (Hjemås m. fl., 2019). Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet offentlige helseforetak og private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Omtrent 7 000 (25 %) jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste, hvor for eksempel allmennpraksis (fastlege) inngår. Rundt 1 100 leger (4 %) jobber i andre helsetjenester. Andre helsetjenester er det som ikke er inkludert i de to andre kategoriene, og ligger utenfor det offentlige sitt ansvar. Eksempler på slike kommersielle foretak er Volvat og Aleris, eller leger med privat praksis. Resterende jobber utenfor helsetjenesten (12 %). Fagforbundet for personer med høyere grads utdanning fra universitet eller vitenskapelig høyskole, Akademikerne, har 39 502 medlemmer som også er medlem i den norske legeforeningen. Omtrent 4 % av disse er sysselsatt privat (Akademikerne, 2023).

2.2.3 Andre lønssystem

De ulike helsetjenestene har ulike lønssystem. Lønssystemet for sykehusleger er beskrevet over. Som fastlege er det mest vanlig å være ansatt som selvstendig næringsdrivende, selv om noen har fast lønn. Lønnen til en selvstendig næringsdrivende fastlege består av tre elementer; pasientens egenandel, trygderefusjon og basistilskudd (Klev, 2023). For det første betaler pasienten en egenandel per konsultasjon. Prisene på legetjenestene reguleres i en forskrift med takster som forhandles årlig av Legeforeningen og staten, og legen kan ikke selv bestemme disse. I tillegg mottar fastlegene refusjon fra staten for ulike tjenester. Refusjonene er ikke lønn, men tilfaller legenes selskap som inntekt. Basistilskuddet er et tilskudd fra kommunen for å drive praksis, og størrelsen avhenger av hvor mange innbyggere legen har på listen (Wiker, 2022). Når legene har en avtalehjemmel som gir rett til å ha liste og motta tilskudd, refusjoner og egenandeler, kan de være pliktig til å delta i kommunalt arbeid. Da vil kompensasjon for det inngå i lønnen. Fastleger har altså flere typer inntekt, og ordningen er mer komplisert enn for andre yrkesgrupper i offentlig sektor. Lønssystemet for fastleger kan tenkes å gi insentiver til å ha behandle flere pasienter.

Et alternativ for leger med godkjent spesialistutdanning er å jobbe i privat sektor på eget legekantor, med eller uten avtale om offentlig finansiering (Duvaland & Riise-Hanssen, 2015). Det er som regel eldre leger som starter egen praksis, ettersom det krever lang arbeidserfaring (Hjemås m. fl., 2019). Som avtalespesialist driver man næringsdrift med offentlig finansiering (Duvaland & Riise-Hanssen, 2015). Grunnlaget gis i spesialisthelsetjenesteloven, og det inngås individuell avtale med det regionale helseforetaket. I tillegg kan man drive helprivat praksis uten offentlig finansiering, men da kan man ikke benytte legetittel. Man kan likevel levere tjenester for det offentlige gjennom for eksempel anbud, uten å ha avtale om drift. Den viktigste forskjellen mellom helprivat virksomhet og privatpraktiserende fastleger og avtalespesialister, er at de helprivate setter prisene sine selv. I tillegg belastes pasienten (eventuelt forsikringsselskap) den fulle prisen.

2.3 Dagens situasjon på sykehuset

I dette delkapittelet presenterer vi informasjon om sykehuset vi har foretatt intervjuer på. Først ser vi på lønnstrinn sammenlignet med tariff, før vi belyser særegne forhold. Til slutt presenterer vi trend på turnover.

Sykehuset følger minstelønnstabellen som er fastsatt i tariff for alle leger unntatt overleger. Det er kun konstituerte LIS-leger i midlertidige overlegestillinger som tjener tilsvarende minstelønnen til en overlege, mens overleger i overlegestilling tjener noe mer enn minstelønnen. I tillegg mottar anestesioverlegene og radiologene et større kollektivt lønnstillegg som følge av tidligere rekrutteringsproblemer. For å bevare sykehusets anonymitet gir vi ikke en detaljert oversikt over sykehusets minstelønnsatser.

Et særegent forhold ved sykehuset er at det opererer med to ulike årslønnsatser for overleger, der begge ligger over minstelønnsatsen fastsatt i tariffavtalen. Årslønn tilsvarer basislønn uten tillegg. Per 2023 er forskjellen på de to lønnsnivåene 18 200 kr per år. Det er uklart hvorfor det finnes to satser. En seniorrådgiver i HR-avdelingen uttrykte at det var vanskelig å si årsaken til hvorfor det er slik, og fortalte at det har vokst frem over tid. Ledelsen har i senere år forsøkt å finne årsaken, men ikke kommet frem til et klart svar. Rådgiveren nevnte at det kunne tenkes å ha vært ulik utvikling på kirurgisk og medisinsk klinikk. Den ene klinikken har innført det høyeste nivået som en standard, mens den andre klinikken har benyttet det høyeste nivået for et begrenset antall stillinger som har, eller har hatt, utvidet faglig ansvar. I utredningen behandler vi årslønnen til overlegene som én sats.

Med tanke på bemanning er det interessant å vite turnover på sykehuset. Vi har dessverre ikke tilstrekkelig data til å beregne prosentvis turnover i forhold til antall ansatte, men absolutte tall viser beskjeden turnover. Av hensyn til sykehusets ønske om anonymitet begrenser vi ytterligere offentliggjøring av slik statistikk (Turnoverrapport, 2023).

2.4 Oppsummering dagens situasjon

For å gi leseren kontekst for oppgaven, har vi i dette kapitlet gitt en kort innføring i relevante forhold ved helsesektoren og sykehuset. For å bli overlege må man fullføre profesjonsstudium i medisin og spesialistutdanning. Lønnen til sykehusleger består av basislønn, vaktlønn og utvidet arbeidstid. Lønnsordningen gir sterke insentiver til å arbeide mye og på uregelmessige tider. Ut fra vår kartlegging er ansiennitet den eneste formen for differensiert lønn norske sykehus har i dag. Flesteparten av utdannende leger jobber i det offentlige, i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten, mens kun 4 % av medlemmene i den norske legeforeningen jobber i privat sektor. Lønnsystemet til fastleger og i privat sektor kan tenkes å gi insentiver til å behandle flere pasienter, siden lønnen i større grad er koblet opp mot

behandlingen. Når det kommer til sykehuset, er et særegent forhold at de har to ulike satser for årslønn blant overlegegruppen. Siden årsaken ikke er fastsatt, og ledelsen på sykehuset ikke vet hva som skiller de to, vil vi behandle årslønnen til overlegene som én sats. Avslutningsvis så vi at sykehuset har lav turnover.

3. Generell teori og empiri

I dette kapitlet presenteres teoretiske rammeverk, og noe empiri, som er relevant for å identifisere og analysere fordeler og ulemper forbundet med å innføre differensiert lønn blant overleger i Norge. Fordi oppgaven følger et utforskende design, har vi inkludert flere teorier for å ha et omfattende fundament å basere senere diskusjon på.

Innledningsvis forklares insentiver og hvordan det kan benyttes som styringsmekanisme. Teori om insentiver kan bidra til å belyse hvorvidt differensiert lønn faktisk motiverer leger til å yte bedre. Deretter presenterer vi prinsippal-agent-teori fra standard økonomisk teori. Denne teorien kan hjelpe oss med å forklare hvordan en endring av lønnsystemet vil påvirke legenes adferd, samt utforske potensielle utfordringer forbundet med at arbeidstaker og arbeidsgiver har ulike interesser. Etter det vil vi beskrive lønn og belønning nærmere, for å få et grunnlag til å forstå fordeler og ulemper med innføring av ansiennitets- eller prestasjonslønn. Videre inkluderer vi adferdsteori som utfordrer antakelsene som ligger til grunn i klassisk økonomisk teori. Motivasjonsteorier benyttes for å forstå driverne bak legers motivasjon, før vi avslutningsvis presenterer rettferdighetsprinsipper. Disse prinsippene kan gi innsikt i hvordan leger oppfatter lønnsdifferensiering med tanke på rettferdighet.

3.1 Insentiver

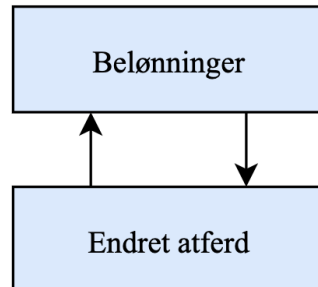
I dette delkapitlet presenterer vi hvordan insentiver fungerer og hvordan det kan brukes som styringsmekanisme. Videre belyses ulike faktorer som påvirker en insentivordning og hva som skal til for at en ordning fungerer hensiktsmessig.

Insentivordninger har som formål å påvirke adferden til de ansatte i en virksomhet gjennom belønning og straff (Hoff m. fl., 2021, s. 431). Bragelien (2021, s. 434) definerer insentiver slik:

«Insentiver innebærer at en person eller en gruppe mottar en belønning som resultat av vedkommendes aktiviteter eller beslutninger. Belønningene påvirkes direkte av det den enkelte gjør, og adferden påvirkes av belønningene».

Den underliggende antakelsen for insentivbasert avlønning er at om du ønsker å motivere ansatte til å etterfølge selskapets mål, så må du belønne dem basert på resultatene de oppnår (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 673). For at en belønning skal kunne skape et insentiv i

økonomisk forstand er det derfor viktig at belønningen og adferden man ønsker å påvirke er gjensidig avhengig av hverandre. Med andre ord at belønningen blir et direkte resultat av hva en person gjør. Dette illustreres i figur 3.1 under.

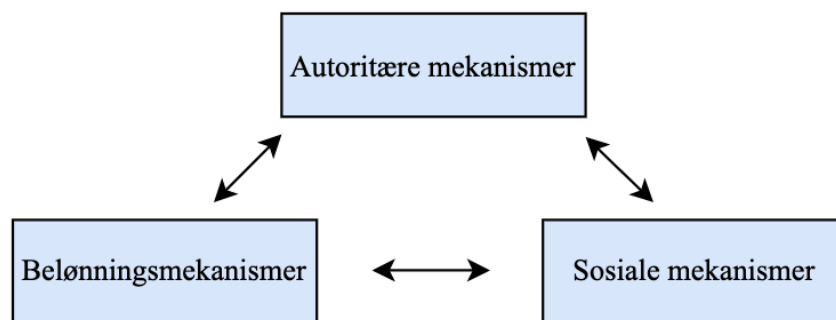


Figur 3.1 Hvordan insentiver virker (Hoff m. fl., 2021, s. 434)

Det er mulig å skille mellom tre ulike styringsmekanismer som påvirker adferd. Vi snakker om autoritære mekanismer, sosiale mekanismer og belønningsmekanismer, og disse kan alle ses på som insentivordninger i den grad at det er belønninger og straff knyttet til de (Hoff m. fl., 2021, s. 432). Autoritære styringsmekanismer går ut på å utarbeide regler og rutiner eller instruere arbeidstakere direkte i hvordan oppgaver skal gjennomføres, for så å kontrollere at disse etterfølges. Den autoritære formen for styring krever at leder har god innsikt og informasjon for å instruere og er samtidig tidkrevende fordi det stadig må foretas kontroll av hvordan arbeidsoppgavene faktisk utføres. Alternativt kan leder forsøke å utvikle en bedriftskultur som påvirker de ansatte til å handle i henhold til bedriftens beste. Bedriftskulturen er summen av normer og verdier, og både sosiale regler for adferd og det at de ansatte identifiserer seg med bedriftens mål kan styre adferd. Slike sosiale mekanismer er effektive, men krevende å utforme i tillegg til at det ikke finnes noen garanti for at de forblir over tid (Hoff m. fl., 2021, s. 430). Et siste alternativ som krever færre ressurser til implementering er styring av adferd gjennom ytre belønning. Eksempler på ytre belønninger kan være monetære som akkord eller provisjonslønn, samt aksje eller opsjonsordninger, men de kan også være ikke-monetære som anerkjennelse, priser eller å få tildelt mer spennende arbeidsoppgaver. Kaplan & Atkinson (2014) belyser en tredje form for belønning, nemlig indre belønning, som ikke krever intervensjon fra et annet menneske. Organisasjonen kan legge til rette for at ansatte skal oppleve indre belønning gjennom å handle i tråd med sine verdier, men indre belønning er noe en person føler selv

3.1.1 Effekten av insentivordninger

Bragelien (2018) viser at metaanalyser finner en signifikant positiv sammenheng mellom belønninger og prestasjoner. Effekten av en insentivordning avhenger av miljøet den implementeres i og hvordan den er utformet. Insentivene påvirkes både av de autoritære og sosiale mekanismene i virksomheten og vice versa, illustrert i figur 3.2 (Hoff m. fl., 2021, s. 428). Miljøet som ordningen skal virke i omfatter blant annet karakteristikker ved arbeidsoppgavene som utføres, hvordan bedriftskulturen er, hvordan ansvar fordeles og hvordan tilbakemeldinger gis. Når det kommer til utforming kan den være avhengig av økonomiske resultater, måltall på drift eller skjønnsmessige vurderinger gjort av leder. Videre kan den være individuell, teambasert, på divisjons eller konsernnivå (Mikkelsen & Laudal, 2014). Siden de ulike mekanismene påvirker hverandre, er det prekært at insentivmekanismen passer overens med de øvrige styringsmekanismene i virksomheten for at den skal fungere effektivt (Hoff m. fl., 2021, s. 433).



Figur 3.2 Styringsmekanismer (Hoff m. fl., 2021, s. 428)

Hvorvidt en insentivordning fungerer effektivt, avhenger videre av *formålet* med ordningen (Bragelien, 2018). Prestasjonslønn kan brukes for en rekke formål, hvor den mest nærliggende er å motivere til høy innsats. Et annet formål som kanskje er vel så viktig er å få medarbeidere til å handle i tråd med eiernes langsiktige interesser og fokusere på de oppgavene som skaper mest verdi, omtalt som vridningseffekter. Videre kan man med prestasjonslønn oppnå sorteringseffekter: at man tiltrekker og beholder de mest talentfulle arbeidstakerne siden det er mer attraktivt for dem å arbeide der de blir belønnet for sin kompetanse (Bragelien, 2022). Utover dette kan variabel lønn redusere risiko for arbeidsgiver fordi de kun betaler høy lønn i de periodene arbeidstakerne presterer godt (Bragelien, 2018).

3.2 Prinsipal-agent-teori

I dette delkapittelet presenteres prinsipal-agent-teori, og to sentrale utfordringer innenfor kontraktsrelasjoner: moralsk hasard og ugunstig utvalg. Deretter beskriver vi ulike former for måleproblemer.

Prinsipal-agent-modellen representerer forholdet mellom en oppdragsgiver (prinsipal) og en oppdragstaker (agent) som har motstridende interesser og asymmetrisk informasjon (Hendrikse, 2003, s. 90). Dette kan føre til suboptimale beslutninger og modellen benyttes i økonomisk teori for å forstå hvordan man kan koordinere agentens interesser til å samsvare med prinsipalens gjennom kontraktsdesign og insentiver (Hoff m. fl., 2021, s. 436).

Prinsipalen ønsker å delegere oppgaver til agenten i bytte mot økonomisk kompensasjon. Arbeidsforholdet reguleres av en kontrakt som prinsipalen setter opp, og agenten velger hvorvidt kontrakten godtas eller ikke. Dersom agenten godtar, velges til slutt et innsatsnivå. Agenten sin innsats har betydning for prinsipalen sin profitt, og det er en personlig kostnad forbundet med å yte innsats for agenten (Hoff m. fl., 2021, s. 434–436). Utfordringen er at prinsipalen ikke kan observere agenten sitt innsatsnivå på en perfekt måte, kun et signal på dette gjennom resultatet. I en insentivkontrakt er den økonomiske kompensasjonen avhengig av resultatet som oppnås. Dette medfører at prinsipalen aldri kan være helt sikker på hvilken innsats agenten har lagt ned og agenten aldri kan være helt sikker på å bli tilstrekkelig kompensert for å yte høy innsats.

I et interessant prinsipal-agent-problem må det, i tillegg til interessekonflikt og asymmetrisk informasjon, foreligge et mulig overskudd. Kompensasjonen som prinsipalen tilbyr må være høyere enn hva det koster agenten å gjennomføre oppgavene, slik at det genereres et overskudd (Hendrikse, 2003, s. 91). Interessekonflikten kommer til syne ved at det antas at agenten med en fast lønn vil gjøre noe annet enn det prinsipalen skulle ønske, fordi begge partene handler ut fra egeninteresse. Agenten kan være tilbøyelig til å utnytte selskapets ressurser for å realisere egne mål, mens prinsipalen ønsker å maksimere virksomheten sin totale verdiskapning. Som følge av interessekonflikten oppstår det to type kostnader, avvikskostnader og systemkostnader. Avvikskostnader er forbundet med at agenten ikke opptrer i tråd med prinsipalens ønsker og systemkostnader er kostnadene prinsipalen pådrar seg for å redusere førstnevnte (Hoff m. fl., 2021, s. 435). Insentiver i form av lønn kan benyttes for å redusere avvikskostnadene, men det

er vanskelig å belønne agenten direkte for sin innsats grunnet asymmetrisk informasjon. At agenten vet noe prinsipalen ikke vet, gir opphav til to typer problemer: moralsk hasard og ugunstig utvalg.

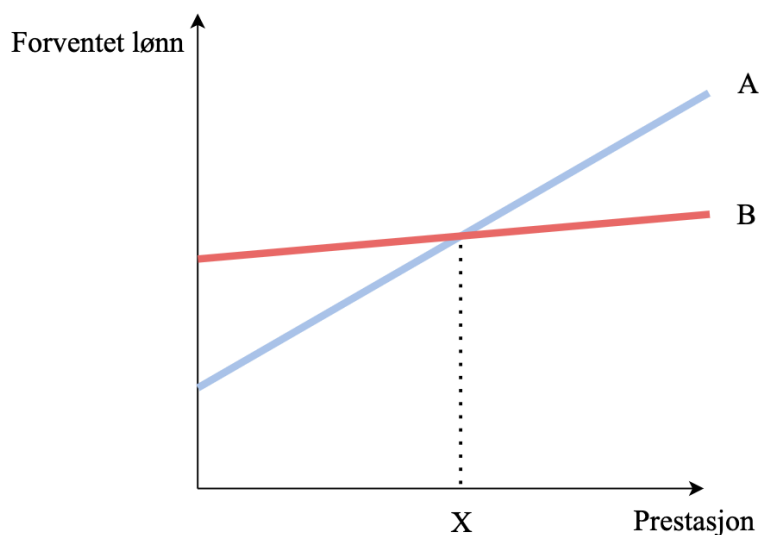
3.2.1 Moralsk hasard

Moralsk hasard er et problem som oppstår *etter* at kontrakten mellom prinsipal og agent er inngått, knyttet til at prinsipalen ikke kan observere agentens handlinger (Bregm, 2004). Ved kontraktsinngåelse besitter begge parter identisk informasjon, men etter dette mister prinsipalen noe av kontrollen over agenten. Prinsipalen kan kun observere resultatet (output) av agenten sin handling. Agenten besitter derfor overlegen informasjon om omstendighetene og hvor mye innsats som legges ned, til tross for at det er prinsipalen som bærer kostnaden. Prinsipalen risikerer å belønne et lavt innsatsnivå, siden resultatet han observerer kan være forårsaket av faktorer uavhengig av agenten sin innsats (Hendrikse, 2003, s. 92).

3.2.2 Ugunstig utvalg

Ugunstig utvalg oppstår *før* kontrakten mellom prinsipal og agent er inngått, som følge av at prinsipalen ikke har kjennskap til alle karakteristikkene ved agenten (Bregm, 2004). Prinsipalen blir presentert med ulike agenter som innehar ukjente egenskaper, og må ta et valg angående hvilken type kontrakt han ønsker å tilby. Siden prinsipalen utarbeider kontrakten basert på sitt tilgjengelig informasjonsgrunnlag kommer ikke alle agenter til å akseptere. Det vil oppstå en seleksjon, altså at de agentene som godtar kontrakten besitter visse lignende karaktertrekk. Kontrakten har følgelig betydning for hvem som søker seg til bedriften, og dersom kostnadene reflekterer en agent med dårlig kvalitet, kan det føre til et ugunstig utvalg hvor dyktige agenter avstår fra å akseptere (Hendrikse, 2003, s. 96–98).

Figur 3.3 illustrerer to insentivkontrakter med ulik insentivstyrke, og hvordan dette fører til seleksjon av arbeidstakere. Lønnsprofil B representerer fastlønn, mens lønnsprofil A er prestasjonsbasert lønn. Agenter som forventer å prestere under X, får høyest forventet profitt av å velge profil B. Fastlønn kan dermed tiltrekke svakere agenter. De som derimot tror de vil prestere over X, vil velge seg til jobber med lønnsprofil A fordi det er her de kan forvente høyest lønn. Prestasjonsbasert lønn kan på denne måten stimulere til å tiltrekke dyktige agenter (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 334).



Figur 3.3 Sorteringseffekt (basert på Bragelien og Kvaløy (2014))

3.2.3 Måleproblemer

Det er flere måleproblemer forbundet med incentivordninger, og disse kan gjøre ordningene mindre effektive (Hoff m. fl., 2021, s. 433). For det første påvirkes resultatet en agent oppnår ofte av støy – dimensjoner utenfor agenten sin kontroll, som for eksempel konjunktursvingninger eller konkurrenters opptreden. Agenten krever da høyere lønn for å kompensere for risikoen dette medfører, som senker nytteverdien av incentivkontrakten for begge parter. For det andre kan signalet som observeres være en dårlig indikator på den faktiske verdiskapningen. Når det heller ikke eksisterer gode mål på de aktivitetene som er verdiskapende på sikt kan det oppstå negative vridningseffekter. De ansatte vil vie oppmerksomhet til aktivitetene som måles på kort sikt til forkleinelse for andre aktiviteter (Hoff m. fl., 2021, s. 433–434). Multitaskproblemer oppstår når agenten utfører flere oppgaver som til ulik grad kan måles, og man ender opp med å benytte de som er enklest å måle fremfor de mest strategiske. Hvordan måleproblemer kan håndteres kommer vi nærmere inn på i neste kapittel.

3.3 Lønn og belønning

I dette delkapittelet beskriver vi mekanismene lønn og belønning nærmere. Deretter beskriver vi to former for lønn, fastlønn og prestasjonslønn, før vi utdyper hvilke kriterier som kan ligge til grunn for sistnevnte.

Lønn er en betaling for at arbeidstaker bruker tid, krefter og evner til å yte en tjeneste for arbeidsgiver (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 328). Lønningen kan enten fremforhandles individuelt

eller via kollektive avtaler mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner. Lokale tillegg som fordeles individuelt til arbeidstakere har blitt en stadig viktigere del av tariffansattes lønnsøkning, samtidig som mange virksomheter har introdusert variable, prestasjonsbaserte lønnskomponenter de siste 20 årene. Lønn har derimot ulik betydning for ulike ansatte. De fleste oppfatter lønnet arbeid som et gode og en naturlig del av livet. Brochs-Haukdal (2010, s. 155) omtaler lønn som et «konvertibelt gode», som vil si at alle kan bytte det i de godene som de selv trenger eller ønsker. Penger har også en symbolfunksjon som bevis på et individs mestring og suksess.

Som tidligere nevnt kan belønning knyttes til både ytre, indre og sosiale aspekter, og det kan være vanskelig å trekke klare linjer for hva som er en bedrift sitt belønningssystem (Nordhaug, 2002, s. 224). Der insentiver er knyttet direkte til den ansattes prestasjon, er ikke belønning nødvendigvis det. Nordhaug (2002, s. 224) snevrer belønningssystem inn til å gjelde «totaliteten av organisasjoners formelle ordninger for økonomisk kompensasjon og ytelser». For at belønningssystemet skal skape høy produktivitet og effektivitet må det oppleves rettferdig og forutsigbart. Et system som oppfattes som rettferdig av de fleste ansatte legger grunnlag for motivasjon og mindre misnøye. I tillegg bør det sikre en viss økonomisk trygghet fremover i tid, og være forståelig og påvirkbart av den enkelte. Fra arbeidsgivers ståsted må det heller ikke være for kostbart.

3.3.1 Fastlønn

Fastlønn er en form for lønssystem som utgjør en identisk utbetaling hver måned eller år. Utbetalingen er gjerne knyttet til stilling og stillingsprosent, og lønnsformen er blant de mest utbredte i norsk arbeidsliv (Nordhaug, 2002, s. 226). Belønningen reflekterer hvilken verdi som settes på stillingens ansvar, krav til kompetanse, utdanning og risiko. Ofte følger det i tillegg enten en ansiennitets- eller kompetansestige med slike systemer, hvor økt tjenestetid eller økt kompetanse premieres med økt lønn. Fordelen med fastlønn er at arbeidstaker og arbeidsgiver enkelt kan sammenligne sitt lønnsnivå med andre bransjer og andre virksomheter innenfor samme bransje. Det er et forutsigbart system som kan medvirke til trygghetsfølelse og underbygning av gode samarbeidsforhold. Videre gir det ro til å utføre arbeidsoppgaver uten å fokusere på privatøkonomi. Ulempen med fast lønn er derimot at det ikke kan brukes for å skape insentiver til endret adferd, sett bort fra gjennom sosiale og autoritære mekanismer. For dyktige og hardtarbeidende agenter kan det oppleves demotiverende.

3.3.2 Prestasjonslønn

Alle prestasjonsbaserte avlønningsordninger er former for insentivsystem og kan dermed brukes til å endre adferd (Nordhaug, 2002, s. 228). Felles er at de belønner basert på måloppnåelse i form av resultater eller prestasjon. Akkord og provisjonslønn gir sterke insentiver fordi de utgjør en stor del av lønnen og er direkte forbundet med arbeidet til den enkelte. Slik belønning egner seg best der resultatet er enkelt å måle og oppgavene er individuelle og repetitive. Belønning i form av aksjer eller aksjeopsjoner var mye brukt på 80- og 90-tallet, men gir svakere insentiver siden ansatte i bedriften ikke kan påvirke aksjekursen i særlig stor grad. Bonusser kan ses på som en mellomting mellom de ovennevnte, fordi det utgjør en mindre del av lønnen, men størrelsen påvirkes direkte av den ansattes innsats (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 331–332).

Det er nevnt en rekke fordeler med prestasjonsbasert lønn tidligere i teoridelen, blant annet at det kan brukes til å styre adferd, til å motivere, som en seleksjonsmekanisme og til å redusere økonomisk risiko for arbeidsgiver. Ulempene med prestasjonsbasert lønn er at det ofte vil oppstå uenighet og misnøye når ansatte mottar ulik lønn (Brochs-Haukedal, 2010, s. 162). Dette til tross for om den er basert på objektive kriterier, fordi alle mennesker oppfatter ting ulikt. Videre er det praktiske problemer forbundet med å finne gode mål på prestasjon, samt hvordan disse skal evalueres og registreres. Ansatte kan ytterligere ha mistro til den faktiske sammenhengen mellom prestasjon og kompensasjon lagt frem av ledelsen. En typisk feil er dessuten å belønne feil ting, for eksempel å belønne kvartalsvise resultater, men ha et ønske om langsiktig vekst. Kritikere av prestasjonsbaserte lønnsordninger har også pekt på at økonomiske insentiver kan ha negativ effekt på relasjoner blant ansatte (Kohn, 1993). Dette gjelder både mellom ansatte, men også mellom ansatte og leder. En siste kritikk av prestasjonslønn er at det baserer seg på feil antakelser om mennesket: mennesker sine underliggende holdninger kan ikke endres av belønning. Endret adferd vil derfor opphøre i fravær av insentivet (Brochs-Haukedal, 2010, s. 163-164).

Det følger av kritikken til prestasjonslønn at et sentralt spørsmål når det gjelder utforming av insentivlønn er nettopp *hva* som skal måles, og *hvordan*. Som nevnt vil en bonusordning avhenge sterkt av miljø, design og formål. Det som fungerer i en bedrift, kan derfor være lite vellykket i en annen. Økonomisk teori tilsier at all tilgjengelig informasjon bør tas i betraktning i det man utarbeider målekriterier for å unngå skjeve prestasjonsmål og multitaskproblemer. Eksempler fra næringslivet viser at valg av kriterier og hvordan resultater måles kan være

avgjørende for hvor vellykket en bonusordning blir (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 339–341). Videre vil vi belyse ulike kriterier som kan ligge til grunn for prestasjonslønn.

Finansielle og ikke-finansielle kriterier

Prestasjonslønn kan avgjøres basert på finansielle og ikke-finansielle måltall (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 339). Det finansielle perspektivet representerer eiernes krav til virksomheten (Hoff m. fl., 2021, s. 320). Eksempler på slike måltall er driftsresultat, driftsmargin eller avkastning på sysselsatt kapital. For å få et mer presist bilde av verdiskapningen til en ansatt kan leder supplere med ikke-finansielle måltall. Eksempler på dette er operasjonelle måltall som antall feil og klager, samt produksjonsvolum eller skjønsmessige kriterier som stå-på-vilje og initiativ. Digitalisering muliggjør flere måter å måle de ulike faktorene som påvirker driften, men det kan likevel være vanskelig å finne årsaks-virkningssammenhenger og benytte disse til å sette fornuftige mål (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 340).

Subjektivt skjønn

Subjektivt skjønn kan brukes når måleproblemer gjør det vanskelig å finne objektive og tellbare mål som favner hele verdiskapningen (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 342). Skjønn kan også bidra til å sette en verdi på arbeid som ikke materialiserer seg før om flere år, slik som forskning og utvikling. Å hensynta forhold som ikke kan måles, kan være med på å korrigere vridningseffekter fordi arbeidstaker får noe igjen for å prioritere riktig mellom oppgaver som telles og ikke telles. Videre kan leder gjennom en skjønsmessig vurdering av hvilke deler av resultatet som skyldes utenforstående omstendigheter, redusere noe av risikoen for arbeidstaker. Med et bredere beslutningsgrunnlag kan ordningen oppleves mer rettferdig. På samme måte er negative sider ved skjønsmessig vurdering derimot at leder kan la seg påvirke av forhold som burde være irrelevante og at det oppstår muligheter for korrupsjon. En løsning er å innføre klare kriterier for hva som skal vurderes subjektivt. Ansatte som har blitt behandlet rettferdig kan likevel oppleve det som urettferdig siden mennesker har en tendens til å rangere seg selv høyere enn sine kollegaer (Bragelien, 2011). Andre negative sider er at leder kan synes det er ubehagelig å gi visse medarbeidere dårligere score. En bonusordning med bruk av skjønn kan ses på som en ufullstendig kontrakt, som vanskelig kan håndheves av en ekstern domstol, og det er derfor fare for at begge parter ikke overholder avtalen (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 343).

Relativ prestasjonsmåling

Relativ prestasjonsmåling mellom ansatte innebærer konkurranse om bonuspotten, og reduksjon i lønnen til de som ikke gjør det like bra (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 346). Konkurranse kan både stimulere til økt innsats, men også ødelegge for samarbeid og arbeidsmiljø. Med fast bonus reduserer relativ prestasjonsmåling risiko, fordi noen uansett får ekstra utbetaling uavhengig av ytre faktorer. I tillegg er det ofte enklere å måle relativ prestasjon sammenlignet med absolutt verdiskapning. En skjønnsbasert måling vil i et slikt tilfelle heller ikke kunne misbrukes til å betale ut lavere bonuser enn det som er oppnådd i perioden tilsier. Når samarbeid er viktig, bør derimot relativ prestasjonsmåling unngås. Andre måter å se dette på er ved at ansatte konkurrerer om bedre stillinger eller økning i fast lønn som følge av at arbeidsgiver ser at du jobber hardt (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 347–348).

Prestasjonsbasert lønn for å tiltrekke og beholde arbeidskraft

For å håndtere utfordringene med moralsk hasard og ugunstig utvalg, kan prinsipalen bruke insentiver i form av lønn for å påvirke arbeidstakerne. Måten belønningsstrukturen i selskapet er utformet på, vil også ha betydning for hvem som søker seg til bedriften, og hvem som velger å slutte. Slik kan insentiver påvirke hvem som jobber i bedriften og hvordan de utfører oppgavene sine (Hoff m. fl., 2021, s. 436). Prestasjonslønn kan bidra til økt produktivitet fordi det gjør at man kan ansette de mest produktive arbeiderne og muligens redusere oppsigelser blant arbeiderne med høyest produksjon (Lazear, 2000). Slik kan prestasjonsbasert lønn føre til en selvseleksjonseffekt der bedriften tiltrekker seg produktive arbeidstakere.

3.4 Adferdsteori

Adferdsøkonomi er et felt i skjæringspunktet mellom økonomi og psykologi, og kan gi et bredere bilde av menneskelig motivasjon og beslutningstaking (Cappelen & Tungodden, 2012). Tradisjonelt har økonomisk teori antatt at mennesket opptrer som *homo economicus* med to sentrale egenskaper: 1) fullkommen rasjonalitet og 2) utelukket egeninteresse. Gjennom observasjon av adferd har det likevel blitt bevist at mennesket ikke alltid følger den rasjonelle teorien sine prediksjoner (Døskeland, 2014, s. 125). Økonomisk teori kan gi god innsikt i hvordan profesjonelle aktører i velfungerende marked vil handle, men kan i andre situasjoner neglisjere betydningen av sosiale og moralske aspekter (Cappelen & Tungodden, 2012). Vi vil videre presentere et par elementer innenfor sosiale preferanser vi anser relevante.

Den første sosiale preferansen er resiprositet. Resiprositet handler om at mennesker gjengjelder andre menneskers handlinger (Fehr & Gächter, 2000). Som respons på at noen er snill mot deg, oppfører mennesker seg betydelig mer hyggelig og samarbeidsvillig enn predikert av økonomisk teori. På samme måte, oppfører mennesker seg svært dårlig som respons på fiendtlige handlinger. Dette gir implikasjoner i et ansettelsesforhold, fordi de ofte kjennetegnes av ufullstendige kontrakter, som gir sterke insentiver til å skulke. Dersom en betydelig del av arbeidsstyrken er motivert av resiprositet, kan arbeidsgivere påvirke graden av samarbeidsvillighet ved å justere generøsiteten på kompensasjonspakken, uten å innføre eksplisitte prestasjonsinsentiver (Fehr & Gächter, 2000). I følge Akerlof (1982) avgjør normene for arbeidsinnsats en vesentlig del av «output», og monetær og ikke-monetær belønning kan ses på som handlinger arbeidstaker ønsker å gjengjelde.

Et annet sosialt fenomen er menneskers tendens til å overvurdere egen innsats eller bidrag til et resultat, omtalt som *self-enhancement bias*. Dette har blitt studert fra to perspektiver: 1) mennesker oppfatter seg selv mer positivt enn de oppfatter andre og 2) mennesker oppfatter seg selv mer positivt enn de blir oppfattet av andre (Kwan m. fl., 2004). En slik overvurdering av egne evner kan føre til urealistiske forventninger til belønning fra arbeidsgiver, og være en kilde til konflikt på arbeidsplassen.

Det siste fenomenet vi ønsker å trekke frem er Kahneman og Tversky (1979) sin *prospect theory*. Denne teorien utfordrer standardteorien, og sier noe om beslutningstaking under risiko. Mennesker har en tendens til å vurdere alt ut fra et referansepunkt, samt å tillegge tap større verdi enn gevinst. Man er derfor mer villig til å ta risiko for å unngå tap, enn man er for å nå tilsvarende gevinst. En person vil også bli mer fornøyd med å motta 1000 kr hvis forventningen var 500 kr, sammenlignet med om forventningen var 1500 kr. Verdi tillegges relativt nivå av tap og gevinst heller enn absolutt verdi.

3.5 Motivasjon

Motivasjon kan defineres som «*de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder adferd i ulike grader av intensitet for å nå et mål*» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 113). I dette delkapittelet vil vi ta for oss ulike motivasjonsteorier, før vi diskuterer samspillet mellom belønningssystemer og indre og ytre motivasjon.

3.5.1 Motivasjonsteorier

For å forklare motivert adferd i arbeidslivet skiller den moderne organisasjonspsykologien mellom ulike teorier som tolkningsrammer: *behovsteorier*, *kognitive teorier*, *sosiale teorier* og *situasjonsteorier* (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 113).

Behovsteorier

Behovsteorier antyder at motivert adferd drives av individets grunnleggende behov (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 114). Abraham Maslow har utviklet en teori som har vært sentral i diskusjonen om hvilke betingelser som best fremmer positiv motivasjon i arbeidslivet. I teorien deles menneskelige behov inn i fem hovedkategorier: *fysiologiske behov*, *sikkerhetsbehov*, *sosiale behov*, *aktelse* og *selvaktualisering*. Innenfor de fem kategoriene er det to hovedtyper behov, nærmere bestemt *behov for underskuddsdekning* og *behov for vekstmuligheter*. En av grunntankene i Maslows behovshierarki er at de laveste behovene må tilfredsstilles før overskuddsbehov kan aktiviseres.

Fysiologiske behov ligger i bunnen av hierarkiet, og er grunnleggende for overlevelse og tilpasning (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 115–116). I arbeidslivssammenheng tenker vi gjerne på lønnsbetingelser som et slikt behov. *Sikkerhetsbehov* er neste nivå i hierarkiet, og omhandler trygghet i omgivelsene som beskytter mot fysisk og psykisk skade. *Sosiale behov* er det høyeste av underskuddsmotivene, og blir aktivert når de to andre behovene er tilfredsstillt. Dette behovet dreier seg om tilknytninger i form av gode venner og kollegaer. Det fjerde nivået av behov er *aktelse*, og vi befinner oss nå i gruppen overskudds- eller vekstmotiver. Aktelse handler om å utvikle selvrespekt og få anerkjennelse fra andre. Selvaktualisering er det femte og høyeste nivået i behovshierarkiet. Ved å frigjøre kapasitet og sikre at behov på lavere nivå er dekket, slik at de ansatte kan utvikle og realisere sitt potensial, kan man utløse høyere motivasjon. Dette kommer både personen og bedriften til gode.

Kognitive teorier

Kognitive teorier argumenterer for at motivert adferd drives av individets forventninger om å oppnå bestemte mål (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 114). I kognitiv forventningsteori understrekes det at menneskers motivasjon stammer fra forventningen om ønsket belønning. Det pekes videre på tre typer overveielser som er spesielt viktig for individets innsats: subjektive forventninger om at innsatsen vil gi resultater, instrumentelle overveielser knyttet til

om de aktuelle handlingene vil gi forventet utfall og valensvurderinger som omhandler belønningens subjektive verdi for individet.

Målsettingsteori er en variant av kognitiv forventningsteori der man har særlig fokus på hvordan målet kan være en motivasjonsfaktor (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 124–127). De viktigste prinsippene er at (1) spesifikke mål fremmer ytelse bedre enn generelle mål, (2) krevende mål er mer motiverende enn lette mål og (3) at det å få tilbakemelding øker ytelsen. I tillegg til disse prinsippene har målsettingsteori to betingelser som nyanserer prinsippene, nærmere bestemt forpliktelser og mestringsstro. Det innebærer at den ansatte må ha interesse i og engasjement for å nå målet, samtidig som den har tro på at den klarer å gjennomføre oppgaven.

Sosiale teorier

Sosiale motivasjonsteorier setter fokus på individets opplevelse av likhet kontra ulikhet og opplevelser av rettferdighet versus urettferdighet (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 114).

Likeverdsteori er en motivasjonsteori som tilsier at ansattes motivasjon er et resultat av hvordan man opplever rettferdighet basert på sammenlikninger med hva andre får og gir (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 132–135). En grunnleggende tanke her er at belønning ikke utelukkende er en absolutt størrelse, men i høyeste grad også relativ. På den ene siden kan man oppleve en likeverdstilstand dersom innsatsen og utbyttet oppleves likeverdig i forhold til de man sammenligner seg med. En slik situasjon vil føles rettferdig og tilfredsstillende. På den andre siden kan man oppleve likeverdsspenning dersom innsatsen og utbyttet ikke er i likevekt med sammenligningsgrunnlaget. En slik situasjon kan skape misnøye og føre til konflikter. Teorien skiller mellom fire referansesammenlikninger: selvintern, selvekstern, andreintern og andreekstern. Lønnsnivå, utdanningsnivå og ansettelseslengde er tre viktige betingelser for disse sammenlikningene. Prinsippet om relativ belønning og sosiale sammenlikningsprosesser som vi har snakket om her kan påvirke generell motivasjon og innsatsvilje. Forskning viser at optimale betingelser for høy produktivitet i en organisasjon er høy og fast lønn, relativt liten distanse mellom leders og medarbeiders lønn samt prestasjonsbasert bonus gitt på gruppenivå.

Innen rettferdighetsteori finner vi konseptet *prosedyrerttferdighet*, som omhandler hvorvidt prosedyrene som benyttes ved fordeling av goder oppleves rettferdig (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 135). For eksempel kan det handle om hvilke prosedyrer ledelsen benytter for å gjøre seg opp en mening om ansattes arbeidsinnsats. Dersom disse prosedyrene ikke oppleves

rettferdig kan det føre til at jobbmotivasjonen synker. G. S. Leventhal har kommet med noen regler man kan følge for å sikre at beslutninger om belønnings- og ressursfordeling blir rettferdige. Reglene er knyttet til at prosedyrene må være konsistente, upartiske, nøyaktige, korrigerbare, representative og etiske. Disse reglene utdypes under rettferdighetsopplevelser i delkapittel 2.6.

Situasjonsteorier

Ifølge situasjonsteorier eller jobbkarakteristikamodeller blir motivasjon påvirket av faktorer i arbeidssituasjonen som kan være enten motiverende eller demotiverende (Kaufmann & Kaufmann, 2015). *Herzbergs tofaktorteori* vekket oppsikt da den kom fordi den utfordret tradisjonelle oppfatninger av de underliggende dimensjonene ved jobbegenskaper. Basert på en situasjonsanalyse fant Herzberg grunnlag for å skille mellom motiveringsfaktorer, som fremmer jobbtilfredshet når de er til stede, og hygienefaktorer, som kan lede til mistriivsel når de ikke er til stede. Det sentrale ved denne innsikten er at trivsel og mistriivsel er to uavhengige dimensjoner. Fravær av motiveringsfaktorer betyr ikke automatisk mistriivsel, akkurat som tilstedeværelsen av hygienefaktorer ikke garanterer trivsel. Interessant nok korresponderer motiveringsfaktorer med de høyere nivåene i Maslows behovspyramide, mens hygienefaktorer assosieres med de lavere nivåene. Dersom motiveringsfaktorer som prestasjoner, anerkjennelse, ansvar, vekst og utviklingsmuligheter er gunstige kan de øke tilfredshet og produktivitet. Samtidig vil hygienefaktorer relatert til arbeidsforhold, lønnsforhold, status og jobbtrygghet gjøre at mistriivsel forsvinner dersom de er gode.

3.5.2 Indre og ytre motivasjon

Vi kan skille mellom indre og ytre motivasjon, der forskjellen er om hovedkilden til motivasjonen ligger innenfor eller utenfor selve aktiviteten (Kuvaas & Dysvik, 2016, s. 54–55). *Indre motivasjon* referer til adferd drevet av indre belønninger som tilfredshet, glede eller en følelse av mening. Her er kilden til motivasjon knyttet til selve oppgaven eller aktiviteten, og vi fokuserer ikke på hva vi får når vi utfører aktiviteten. *Ytre motivasjon*, derimot, oppstår når vår adferd drives av ytre belønninger. I arbeidslivet kan dette eksemplifiseres ved situasjoner når vi gjør jobben vår utelukkende for å oppnå ytre belønninger, som lønn, bonus eller forfremmelser, eller for å unngå negative konsekvenser som oppsigelse eller degradering. Her er det resultatet av arbeidsoppgaven, snarere enn selve aktiviteten, som er kilden til motivasjon. I mange situasjoner vil individer både være indre og ytre motivert samtidig. Det kan derimot

være vanskelig å skille mellom hva som utgjør den indre og ytre motivasjonen for spesifikke situasjoner eller for den enkelte.

Selvdetermineringsteorien beskriver tre personlighetstrekk som kan relateres til indre og ytre motivasjon: autonomiorientering, kontrollorientering og upersonlig orientering (Mikkelsen & Laudal, 2014, s. 47). *Autonomiorienterte individer* er drevet av personlige interesser og har en følelse av at de selv kan bestemme hvilke aktiviteter de skal utføre. Et resultat av dette er at de ofte opplever indre motivasjon, og en følelse av dyktighet og glede til utførelsen av oppgaver. *Kontrollorienterte individer* opplever at deres handlinger ofte bestemmes av andre, som gjør at de regulerer adferden sin basert på eksterne restriksjoner og kontroll. *Upersonlig orienterte individer* føler seg verken indre eller ytre motivert, og har ikke noe tro på at de kan gjøre det bra. Indre motivasjon oppstår naturlig ut fra menneskers psykologiske behov for autonomi, kompetanse og tilknytning. Behovene anses som forutsetninger for vekst og utvikling, og derfor også for motivasjon. Ansatte med høy grad av autonomi har en tendens til å investere mer tid og energi i sine oppgaver, tar flere initiativer og påtar seg mer ansvar for å mestre og fullføre disse oppgavene. Ytre motivasjon kan variere med i hvilken grad den er autonom eller kontrollert. For aktiviteter som ikke er interessante, det vil si de som ikke er drevet av indre motivasjon, er det ofte nødvendig med ytre motivasjon.

Standard økonomisk teori skiller vanligvis ikke mellom ulike typer motivasjon, slik som psykologiske teorier gjør (Frey & Jegen, 2001). Ifølge prinsippal-agent-teori kan eksterne belønninger øke prestasjoner ved å øke marginalkostnaden ved unnasluntring eller ved å øke den marginale monetære fordelen ved å prestere godt. *Motivation crowding theory* prøver å kombinere økonomisk og psykologisk tankegang (Frey & Jegen, 2001). Teorien antyder at eksterne belønninger i noen tilfeller kan *øke* en persons indre motivasjon, mens de i andre tilfeller kan *redusere* den. På den ene siden har vi «crowding-out»-effekten som handler om at en økning i monetære belønninger kan føre til redusert indre motivasjon. Effekten kan oppstå når belønningen oppfattes *kontrollerende*, for eksempel dersom fokuset går fra oppgaven til belønningen, og at individet av den grunn ikke lenger føler at indre motivasjon verdsettes. Et eksempel som trekkes frem i den anledning er Titmuss (1970) sitt funn om at dersom man begynner å betale blodgivere undergraver det sosiale verdier og reduserer eller fjerner på den måten helt villigheten til å donere blod. På den andre siden kan «crowding-in»-effekten oppstå dersom monetære belønninger fører til økt indre motivasjon (Frey & Jegen, 2001). Dersom individet oppfatter en belønning som *støttende*, og som en rettfærdig gjenytelse for jobben de

har gjort og resultatene som er skapt, vil belønningen virke positivt (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 351).

Det kan antas at en arbeidstaker ønsker å besvare en gave med en gave, og jo høyere beløpet er, desto mer ønsker vedkommende å gi tilbake (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 350–351). Dette er et eksempel på resiprositet, som vi introduserte i kapittel 3.4. En fast lønn vil gjøre at arbeidstakeren føler seg forpliktet til å yte innsats over et minimumsnivå, og jo høyere lønnen er, jo høyere innsats vil vedkommende yte. Fastlønn kan altså føre til innsats, men prestasjonslønn kan føre til at arbeidstakeren vil yte ekstra innsats. Likevel er det viktig å være oppmerksom på at det finnes kvaliteter ved prestasjonslønn som kan fortrenge den indre motivasjonen. Grunnen til det er at prestasjonslønn vil være en betinget gave, altså noe man får gitt god prestasjon, mens fastlønn kan forstås som en ubetinget gave. En betinget gave vil oppleves mindre generøs enn en ubetinget gave. Det betyr at for et gitt forventet lønnsnivå, så vil fastlønn kunne oppleves mer motiverende enn prestasjonslønn dersom gjensidighet er viktig for arbeidstakeren. Videre kan det å bruke prestasjonslønn oppfattes som en mistillitserklæring, i form av at det kan gi et signal til arbeidstakeren om at arbeidsgiveren ikke tror man vil yte ekstra innsats med mindre man får betalt for det. En endring fra fastlønn til prestasjonslønn kan derfor oppleves som en «fiendtlig handling», og man risikerer at arbeidstakeren svarer ved å yte lavere innsats.

Gneezy & Rusticini (2000) gjennomførte et felteksperiment som illustrerer at indre motivasjon kan påvirkes negativt av prestasjonslønn i noen situasjoner (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 351). Forskerne så på hvordan belønninger kunne ha effekt på elevers motivasjon til å samle inn penger til et veldeilig formål. Eksperimentet viste at gruppen med elever som fikk litt betalt gjorde en dårligere jobb enn de elevene som var ubetalt. Med andre ord viste resultatet at noe belønning senker den indre motivasjonen. Imidlertid var det de elevene som fikk godt betalt som gjorde det best. Funnene viser dermed at belønningene måtte være av en viss størrelse for å virke bedre enn elevenes indre motivasjon. Dersom en arbeidstaker ville ytt høy innsats med en fast lønn, eller ingen lønn, så kan det være risikabelt å innføre prestasjonslønn da det kan føre til at motivasjonen svekkes. Eksperimentet illustrerte hvordan en arbeidstaker kan begynne å yte for å tjene penger, og ikke lenger bare fordi det gir mening (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 351). Likevel trenger ikke implikasjonen å være at økonomiske insentiver ikke fungerer, snarere at svake økonomiske insentiver kan være lite hensiktsmessig. Med tilstrekkelig økonomiske

insentiver kan det ha en positiv effekt til tross for at det fortrenger noe av individets indre motivasjon, hvert fall på kort sikt (Gneezy m. fl., 2011).

Gjensidighet, sosiale normer og indre motivasjon hjelper oss å forstå hvordan mennesker kan reagerer på pengeinsentiver (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 351). Samtidig er det viktig å understreke at de fleste ønsker seg en høyere monetær belønning for arbeidet man gjør. Dersom pengeinsentivene er gode nok, vil arbeidstakere bruke mer tid og yte høyere innsats på jobben.

3.6 Rettferdighetsopplevelser

Tre former for rettferdighetsopplevelser, som har blitt mye forsket på, er utfallsrettferdighet, prosedyremessig rettferdighet og mellommenneskelig rettferdighet (Kuvaas & Dysvik, 2016, s. 77–78).

Utfallsrettferdighet omhandler hvordan rettferdige utfall, for eksempel beslutninger knyttet til lønn og forfremmelser, oppleves (Kuvaas & Dysvik, 2016, s. 78). Som tidligere diskutert under sosiale teorier, handler *prosedyremessig rettferdighet* om hvorvidt kriteriene og beslutningene som ligger til grunn for beslutninger er rettferdige i seg selv, og om de er anvendt på en rettferdig måte. *Mellommenneskelig rettferdighet* fokuserer på opplevelsen av rettferdighet i interaksjon med andre, vanligvis ledere. Flere metaanalyser har vist at rettferdighetsopplevelser predikerer blant annet ekstrarolleadferd, arbeidsprestasjoner, affektiv og normativ organisasjons-forpliktelse samt tillit til leder og organisasjonen. Dette er med på å underbygge hvor viktig opplevelsen av rettferdighet kan være.

Vi har tidligere snakket om G. S. Leventhals regler for å sikre rettferdige beslutninger knyttet til belønnings- og ressursfordeling (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 135). For å dykke dypere inn i temaet ønsker vi å utdype de ulike kildene til rettferdighet (Kuvaas & Dysvik, 2016, s. 78). Det er viktig at alle parter opplever å bli hørt, at man har innsyn i og forstår prosedyrene, og at objektiv og relevant informasjon blir delt. Videre må prosedyrene oppleves upartiske og konsekvente over tid, både mellom grupper og individer. Det vil også være viktig at etablerte krav til etikk og moral innfris. Samtidig sikrer opplevelsen av valgfrihet og fravær av tvang, at rettferdighet knyttet til prosedyrer bidrar til produktiv adferd og positive holdninger.

Forskningen som er gjort om rettferdighet kan i hovedsak relateres til hvor viktig *fraværet av opplevd urettferdighet* er (Kuvaas & Dysvik, 2016, s. 78). Det innebærer at funnene bør leses slik: høye nivåer av opplevd rettferdighet betyr lave nivåer av opplevd urettferdighet. Et eksempel på dette er en studie gjort av hjerte- og karlidelser blant offentlig ansatte i Storbritannia. Funnene viste at respondentene som ga sin leder en høy score på mellommenneskelig rettferdighet, hadde 30 % redusert risiko for å dø eller oppleve ikke-dødelige hjerte- og karsykdommer. Den praktiske vinklingen av denne studien er dermed at dersom du oppfatter lederen din som urettferdig kan det faktisk øke sannsynligheten for å dø.

3.7 Oppsummering generell teori og empiri

Formålet med å se teori og empiri i sammenheng er å ha et fundament å basere analysen på. Vi har presentert teori og empiri om insentiver, prinsipal-agent-forholdet, lønn og belønning, adferd, motivasjon og rettferdighet. Metaanalyser finner at belønninger i snitt virker prestasjonsfremmende, og teori om insentiver kan forklare mekanismene bak. Økonomisk teori, i form av prinsipal-agent-modellen, antar fullkommen rasjonalitet og utelukket egeninteresse. Den viser oss at belønning og straff kan brukes for å sammenfatte agentens interesser med prinsipalens. Det er fordeler og ulemper forbundet med både fastlønn og prestasjonslønn som belønningsmekanismer, og adferdsteori supplerer økonomisk teori ved å ta hensyn til sosiale og moralske aspekter. Adferdsteori vektlegger indre motivasjon og sosiale preferanser som kilde til motivasjon hos agentene. Til slutt knytter vi økonomisk teori og adferdsteori opp mot motivasjon og rettferdighetsprinsipper. Det er hovedsakelig to kilder til motivasjon, indre og ytre, og de har ulik betydning for adferd. Rettferdighetsprinsipper forklarer hvordan belønningsordninger kan tenkes å virke på motivasjon. De viktigste elementene fra delkapittelet vises i tabell 3.1. I neste kapittel presenteres relevant empiri fra helsesektoren i tilknytning til det teoretiske og empiriske grunnlaget lagt frem her.

Generell teori og empiri	Oppsummering
Insentiver	<p>Insentiver påvirker adferden til ansatte gjennom belønninger og straff. Metaanalyser finner en signifikant positiv sammenheng mellom belønninger og prestasjoner. For å skape et insentiv må belønning og adferd være gjensidig avhengig av hverandre. Vi presenterer autoritære, sosiale og belønningsmekanismer som retningsgivende for adferd. Effekten av en insentivordning avhenger av miljø, utforming og formål.</p>
Prinsipal-agent-teori	<p>Teorien beskriver forholdet mellom prinsipal og agent med motstridende interesser og asymmetrisk informasjon. Formålet er å koordinere agentens interesser til å samsvare med prinsipalens gjennom kontraktsdesign og insentiver. Utfordringene er moralsk hasard, ugunstig utvalg og målproblemer.</p>
Lønn og belønning	<p>Lønn er betaling for at arbeidstaker bruker tid, krefter og evner til å yte en tjeneste for arbeidsgiver. Fastlønn utgjør identisk utbetaling hver måned eller år. Prestasjonslønn belønner basert på måloppnåelse i form av resultater eller prestasjon. Insentiver er knyttet direkte til ansattes prestasjoner, mens belønning ikke nødvendigvis er det.</p>
Adferdsteori	<p>Adferdsøkonomi er skjæringspunktet mellom økonomi og psykologi, og utfordrer tradisjonell økonomisk teori. Sosiale preferanser som resiprositet, <i>self-enhancement bias</i> og <i>prospect theory</i> kan forklare motivasjon og adferd.</p>
Motivasjon	<p>Motivasjon gir retning til, og opprettholder adferd. Behovs-, kognitive, sosiale og situasjonsteorier forklarer motivert adferd. Det tydeligste skillet går mellom ytre og indre motivasjon.</p>
Rettferdighetsopplevelser	<p>Utfallsrettferdighet, prosedyremessig rettferdighet og mellommenneskelig rettferdighet forsøker å forklare hva mennesker oppfatter rettferdig.</p>

Tabell 3.1 Oppsummering generell teori og empiri

4. Empiri fra helsesektoren

I følgende kapittel presenterer vi ytterligere empirisk grunnlag for oppgaven. Først vil vi presentere tidligere forskning om legers lønnspreferanser og adferd. Deretter sier vi litt om hvordan produktivitet i helsesektoren måles, før vi kommer inn på utfordringer med å tiltrekke og beholde leger på sykehus. Videre ser vi på tidligere forskning om legers motivasjon. Avslutningsvis peker vi på fordeler og ulemper med å innføre differensiert lønn, samt hvilke konsekvenser kjønnsforskjeller kan ha.

Hensikten med den empiriske gjennomgangen er å supplere det generelle teori- og empirigrunnlaget med empiri fra helsesektoren. Legers holdninger til lønn er lite forsket på, spesielt i Norge. De fleste studiene og artiklene vi ser på er fra andre land, som betyr at de gjelder for andre helse- og lønssystemer, i en annen kulturell setting. Likevel mener vi de kan gi innsikt i fordelene og ulempene med innføring av differensiert lønn blant overleger på et norsk sykehus.

4.1 Legers lønnspreferanser

Birgit Abelsen og Jan Abel Olsen (2015) undersøkte hva unge leger i Norge tenker om ulike lønssystemer. Forskerne gjennomførte en tverrsnittsundersøkelse blant siste års medisinstudenter og turnusleger i Norge for å analysere deres preferanser *før* de kommer ut i fast jobb. Resultatene viste at dagens aktivitetsbaserte lønssystem var minst foretrukket, både i sykehus- og allmennpraksissetting. Med dagens aktivitetsbaserte system refereres det til at allmennlegers inntekt delvis baserer seg på antall pasienter og tjenester de tilbyr, mens sykehusleger har insentiver for å jobbe utenfor vanlige arbeidstider. Kun 17 % foretrakk aktivitetsbaserte systemer på sykehus og 20 % i allmennpraksis, mens rundt halvparten foretrakk et system der deler av lønnen er fast og deler av lønnen er aktivitetsbasert. Konklusjonen var at flertallet av unge norske leger foretrekker lønssystemer som legger mindre press på å arbeide lange og uregelmessige timer. Videre antydes det at dersom den nye generasjonen av leger kunne valgt et lønssystem som samsvarer med deres preferanser, så kunne det hatt en positiv effekt på å rekruttere og bevare leger i mindre prestisjetunge medisinske spesialiteter. Studien avdekket også betydelige forskjeller i preferanser basert på kjønn og personlighetstrekk. Kvinner og personer som er mindre prestisjeorienterte, risikotolerante eller tolerante mot anstrengelse hadde en tendens til å foretrekke systemer med større sikkerhet og forutsigbarhet.

Abelsen og Olsen (2012) så på hvordan det aktivitetsbaserte avlønningssystemet i allmennpraksis påvirker unge norske legers karrierevalg. De studerte også lønnspreferanser, og fant at omtrent halvparten av deltakerne foretrakk en kombinasjon av fast lønn og aktivitetsbasert avlønning. Deltakerne som valgte et slikt blandet system, foretrakk at fast lønn utgjorde mellom 25 og 80 %. Støtten for kun fast lønn eller kun aktivitetsbasert lønn var 20 % for hver av dem. Med andre ord foretrekker kun én av fem potensielle nykommere til allmennpraksis det nåværende avlønningssystemet (fullstendig aktivitetsbasert, der 2/3 er betaling per tjeneste og 1/3 er betaling per pasient). Dessuten viste studien at de som foretrekker det eksisterende systemet i større grad er menn, og de som trives med et høyt arbeidstempo. På den andre siden er de som foretrekker et system basert på fast lønn i større grad kvinner, og de som ikke anser høy inntekt som viktig.

Rao m. fl. (2013) gjennomførte i 2010 et eksperiment for å analysere jobbpreferanser blant leger og sykepleiere i India, med særlig fokus på rekruttering til landlige områder. Artikkelen avslører at geografisk plassering er et kritisk aspekt i jobbvalg. Jobbsøkere foretrekker stillinger i områder med urbane fasiliteter. Et særlig slående funn var at selv med en femdobling i lønn, var bare 31 % av legene villig til å akseptere jobber i landlige områder. Lønnsøkningen hadde en betydelig større innvirkning på sykepleieres aksept. For medisinstudenter var andelen villige til å akseptere landlige jobber med det høye lønnsnivået kun 13 %. Dette indikerer at andre faktorer enn lønn, for eksempel beliggenhet, spiller en viktigere rolle i valg av jobb.

En kvalitativ studie gjennomført i Canada av Ogundeji m. fl. (2020) undersøkte hvilke faktorer som påvirker spesialistleger sine preferanser ved valg av ulike lønnsmodeller. Den dominerende metoden for å kompensere leger i Canada er honorar-per-tjeneste (FFS), men de har også andre modeller, som fastlønn (CIHI, 2022). Valget mellom ulike modeller synes å være påvirket av en rekke faktorer, inkludert fleksibilitet, autonomi, forretningsaspekter og profesjonelle interesser. Intervjuer med 32 spesialistleger avdekket at spesielt yngre kvinnelige leger ønsket fastlønnsmodeller for å få bedre balanse mellom arbeid og privatliv. Samtidig tenderer erfarne mannlige leger til å foretrekke FFS-modeller, som gir mer autonomi og høyere inntektspotensial (Ogundeji m. fl., 2020).

Karakolias m. fl. (2017) undersøkte primærlegers synspunkter og preferanser for bestemte lønnsformer i gresk offentlig sektor. Forskerne fant at majoriteten av leger vurderte sin lønn som utilstrekkelig sammenlignet med arbeidsinnsatsen deres og lønningene i privat sektor.

Interessant nok viste resultatene at *kun* leger med høyere medisinsk utdanning var villige til å erstatte sin faste inntekt med betaling per pasient eller betaling per tjeneste. Innsikten ga forfatterne grunnlag for å antyde at misnøyen hovedsakelig relaterte seg til lønnens størrelse, heller enn lønnsmodellen i seg selv. Forfatterne konkluderte med at justeringer i lønnen til spesialister, ved å innføre betaling direkte relatert til resultater og prestasjoner, kan føre til forbedret kvalitet og tilgang.

For å oppsummere tilsier empirien at flere faktorer påvirker hvilken lønnsmodell legene foretrekker. Abelsen og Olsen (2015) finner at unge leger i Norge ønsker et lønssystem som legger mindre vekt på lange dager og uregelmessige tider. En annen studie av Abelsen og Olsen (2012) finner at én av fem foretrekker dagens fullstendig aktivitetsbaserte system, og at halvparten vil ha en kombinasjon av aktivitetsbasert og fast lønn. Hva som avgjør legenes preferanser, er ifølge Ogundeji m. fl. (2020) blant annet mulighet for autonomi og fleksibilitet. Rao m. fl. (2013) så at med en femdobling i lønn var kun 13 % av indiske medisinstudenter villige til å jobbe i landlige fremfor urbane områder. Det betyr at sykehusets beliggenhet også er en faktor av betydning. Flere observerer at kvinner i større grad enn menn ønsker fast lønn. Karakolias m. fl. (2017) finner at kun leger med høyere medisinsk utdanning er villige til å bytte ut fast lønn med betaling per pasient eller betaling per tjeneste i Hellas.

4.2 Legers adferd

Donald J. Wright (2007) sammenligner lønssystemer for spesialistleger i private sykehus, der legene betales per tjeneste, med offentlige sykehus, der legene betales med fast lønn. Studien konkluderer med at spesialistene som private sykehus ansetter med betaling per tjeneste, vektlegger inntekt mer enn rettferdighet, og velger å behandle en relativt høy andel av relativt friske og lønnsomme pasienter med korte opphold. Betaling per tjeneste gjør at interessene til spesialister som foretrekker inntekt samstemmer med interessene til det profittmaksimerende private sykehuset. Det gir insentiver til å velge relativt enkle pasienter. På den andre siden vektlegger spesialistene som det offentlige sykehuset ansetter med fast lønn rettferdighet over inntekt, og behandler en relativt høy andel av relativt mindre friske og ulønnsomme pasienter. Siden det offentlige sykehuset ikke er profittmaksimerende, men tar inn alle pasienter som søker behandling uavhengig av type, sikrer betaling med fast lønn at interessene til spesialister som foretrekker rettferdighet samstemmer med de det offentlige sykehuset har. Funnene kan

indikere at en endring i lønnsmodellen på et offentlig sykehus vil påvirke hvilke leger som ønsker å jobbe der, samt hvilke pasienter som prioriteres og hvordan de behandles.

Gosden, Pedersen og Torgerson (1999) gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang for å se på hvordan ulike lønnsmodeller påvirker legers adferd. Ved å bruke ulike databaser identifiserte de 23 studier som møtte deres kriterier. Studiens hovedfunn tyder på at fast lønn resulterer i lavere bruk av tester og henvisninger, færre prosedyrer per pasient, lavere pasientgjennomstrømning per lege, lengre konsultasjoner og mer forebyggende pleie, sammenlignet med betaling per tjeneste (FFS) og betaling per pasient. Kun én av studiene målte samtidig helsestatus på pasientene, og ingen undersøkte om leger som mottok fast lønn skilte mellom pasienter basert på helsebehov. Dermed var det vanskelig å trekke konkrete konklusjoner om effekten av fast lønn på effektivitet og rettferdighet.

En casestudie gjort av Liu og Mills (2005) undersøkte hvilken effekt innføringen av prestasjonsrelatert lønn, kalt «bonussystemet», hadde på leger på offentlige sykehus i Kina. Resultatene viste at dette systemet førte til økte inntekter og bedre dekning av kostnader. Samtidig ble det observert flere tilfeller av unødvendig behandling og en økt sannsynlighet for innleggelse når man gikk fra et system med svakere insentiver til et system med sterkere insentiver til å øke tjenester. Disse resultatene antyder at forbedringen i sykehusenes økonomi ble oppnådd gjennom å tilby mer unødvendig behandling og medisiner, med flere pasientinnleggelser. Studien konkluderte med at det prestasjonsrelaterte lønssystemet ikke var sosialt ønskelig i de kinesiske offentlige sykehusene. Forskerne anbefalte dermed en tettere overvåkning og innføring av reguleringer for å begrense opportunistisk oppførsel. Uten slike tiltak kan en reduksjon i statlig støtte resultere i økt tilbud av unødvendig behandling, økning i helsekostnader og sløsing av sosiale ressurser. Studien indikerer at det er et komplekst forhold mellom økonomiske insentiver i helsevesenet og kvaliteten på pasientbehandlingen, og belyser hvordan prestasjonsbaserte lønssystemer kan fremme unødvendige medisinske prosedyrer.

I dette delkapittelet har vi sett på hvordan ulike lønnsmodeller påvirker legers adferd i forhold til pasientbehandling. Wright (2007) finner at betaling per tjeneste tiltrekker leger med preferanse for inntekt fremfor rettferdighet, mens fast lønn gjør det motsatte. Private sykehus har typisk betaling per tjeneste, og der behandler legene relativt friske pasienter, med korte opphold. På offentlige sykehus med fast lønn behandler legene relativt syke pasienter, som er ulønnsomme. Gosden, Pedersen og Torgerson (1999) ser at fast lønn resulterer i lengre

konsultasjoner, færre prosedyrer, tester og henvisninger per pasient, sammenlignet med betaling per tjeneste. Liu og Mills (2005) finner at innføring av prestasjonsrelatert lønn fører til økt lønnsomhet, men at dette oppnås gjennom unødvendig behandling, medisiner og innleggelser.

4.3 Produktivitet i helsesektoren

Karl-Arne Johannessen (2010) undersøkte sammenhengen mellom legeressurser og økningen i aktiviteter ved sykehus. Studien ser på produktivitet i den norske helsesektoren gjennom kvantitative mål, som DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper), antall sykehusopphold og antall polikliniske konsultasjoner per totalårsverk. DRG-poeng er et av de mest anvendte målene for behandlingsaktivitet, og justeres over tid etter økonomiske hensyn. Av den grunn har man ikke i dag en konstant aktivitetsvariabel som kan måle personellens produktivitet over tid. Dette er noe man må ta hensyn til når man vurderer analyser i denne sektoren. I løpet av studieperioden ble det observert en økning i alle produktivetsmålene, og selv om de totale lønnskostnadene også økte i perioden, så det ut til at legenes aktivitet økte i enda større grad. Forfatteren anerkjenner imidlertid utfordringene ved å måle produktivitet i helsesektoren, og peker på at slike kvantitative mål ikke nødvendigvis gir et fullstendig bilde av produktivitet. Sykehus har viktige oppgaver utover ren pasientbehandling, da de blant annet er lovpålagt å drive med forskning, undervisning og rehabilitering av pasienter. Legeproduktivitet kan derfor ikke fullstendig beskrives gjennom rene pasientrettede aktivitetsmål, både fordi personellet brukes til andre oppgaver enn ren pasientbehandling, og fordi utnyttelse av leger i stor grad avhenger av andre ansatte på sykehuset.

4.4 Tiltrekke og beholde kompetanse på sykehus

Espegren (2023) peker i en kronikk på at arbeidsgivere ikke overholder vernebestemmelsene som skal sikre gode arbeidsvilkår i tilstrekkelig grad. Helsepersonellkommissjonen fastslår i en utredning at *«en levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling er viktig for å rekruttere og beholde ansatte»*. I kronikken kommer det frem at økt fokus på lønnsomhet går på bekostning av faglighet. Arbeidshverdagen preges av flere og mer komplekse pasientoppgaver, samtidig som det forventes at sykehusleger skal arbeide raskere. Legene opplever redusert kontroll over eget arbeidsfelt. Dagens system får legene til å kompromisere på kvalitet, og fører til overbelastning og moralsk slitasje.

Gjennom den uformelle interessegruppen #legermåleve, som oppsto etter dødsfallet til en ung, overarbeidet lege, har det kommet frem at mange leger sliter i sin arbeidshverdag (Espegren, 2023). Espegren skriver at «*arbeidet skal gå fortere, mens ressursene er de samme*», og at det i hennes spesialitet, radiologi, er enkelt å fastslå at «*kravene om kvalitet og effektivitet ofte står i motsetning til hverandre*». Utover at blikket har snudd fra faglighet til lønnsomhet, pekes det på tøffe arbeidsforhold, at livet er mer enn bare en jobb og at leger er en gruppe som tradisjonelt setter pasientbehandling foran egne behov. Det er behov for mer tilrettelegging og investering i arbeidsmiljø. «*Private aktører tilbyr gjerne mer fritid, mer autonomi og bedre lønn*». Espegren belyser at offentlige sykehus kan risikere å miste fagfolk dersom de ikke klarer å være like attraktive og konkurransedyktige.

For å oppsummere handler delkapittelet om hvordan arbeidsgiver kan skape bærekraftige arbeidsforhold for leger. I forrige delkapittel så vi at produktiviteten i norske helseforetak har økt relativt til lønningene. I dette delkapittelet indikeres det at økt produktivitet og fokus på lønnsomhet, kan gå på bekostning av faglig kvalitet og arbeidsmiljø. For å tiltrekke og beholde kompetanse må offentlige sykehus være konkurransedyktige.

4.5 Legers motivasjon

I en kronikk i Tidsskriftet den norske legeförening skriver Rød m. fl. (2018) at leger motiveres av læring, mestring av vanskelig arbeid og samarbeid med kolleger. De sammenligner sin kvalitative masterutredning i helseadministrasjon og helseledelse med legeföreningens medlemsundersøkelse i sykehus fra 2018. I oppgaven intervjuet de 8 ferske spesialister i 30- og 40- årene om hva som motiverer dem som sykehusleger. Funnene tilsier at *læring og mestring* er hovedkilden til motivasjon. Flere oppga å ha en indre driv til å tilegne seg kunnskap, og tilrettelegging for kompetanseheving innenfor arbeidstiden ble trukket frem som positivt. Videre var *forholdet til kollegaer* avgjørende for motivasjon, tilsvarende på grunn av at de lærer mye av hverandre, men også en kollektiv følelse av å bidra og avlaste kollegaer. En annen viktig faktor for motivasjon omhandlet de *organisatoriske forholdene*, hvorpå anerkjennelse av arbeidsmengde og vanskelighetsgrad fra leder og rom for enkel tilpasning i arbeidstid ble trukket frem. Lignende fant de i medlemsundersøkelsen at legene syntes arbeidshverdagen var faglig utfordrende, og at arbeidsoppgavene opplevdes motiverende og meningsfulle.

Berdud m. fl. (2016) foretar en empirisk studie ved bruk av semistrukturerte intervjuer for å svare på tre hypoteser: 1) leger er indre motivert, 2) økonomiske insentiver og kontrollerende politikk kan undergrave motivasjonen og 3) velutformede insentiver kan oppmuntre den. Resultatene ser ut til å bekrefte hypotesene, noe som kan bidra i utforming av optimal insentivpolitikk i helseorganisasjoner når de ansatte er indre motivert. Alle intervjuobjektene hadde uttalelser som støttet hypotese 1 og 2, og forslagene deres til insentiver indikerte gyldigheten til hypotese 3. Leger er iboende motivert, og motivasjonen stammer hovedsakelig fra faglige og prososiale perspektiver. I forhold til innføring av en FFS-modell kan «crowding out» skje ved at det endrer oppfatningen av det medisinske arbeidet fra å være idealistisk til å bli et middel for å motta ekstra godtgjørelse. Som diskutert i motivasjonsdelkapittelet i generell teori og empiri, kan en økning i monetære insentiver redusere den indre motivasjonen. Legene kan begynne å oppføre seg opportunistisk for å maksimere inntekt. Videre kan det å ikke anerkjenne innsatsen eller kvaliteten på arbeidet eller redusere graden av autonomi hos legene skade indre motivasjon. På den andre siden sier de at «crowding in»-effekter kan oppstå, hovedsakelig som følge av ikke-finansielle insentiver som økt autonomi, anerkjennelse og mulighet for forskning og undervisning. «Crowding in» presenterte vi i forrige kapittel. I denne artikkelen finner forfatterne til forskjell fra teorien at økt indre motivasjon ikke oppstår som følge av monetær belønning, men av andre former for insentiver. Resultatene støtter også at det er mer hensiktsmessig å investere i ansattes indre motivasjon enn å benytte monetære insentiver på lang sikt.

Chmielewska m. fl. (2020) har undersøkt hvordan motivasjonsfaktorer påvirker sykehus sin organisatoriske ytelse. Forfatterne gjennomførte en spørreundersøkelse blant 249 leger på offentlige sykehus i Polen, og fant at motivasjonsfaktorer knyttet til «kvalitet og stil på veiledning» og «anerkjennelse» har henholdsvis høyest effekt på den organisatoriske ytelsen til sykehus. Videre indikerte resultatene at hoveddeterminantene for jobbtilfredshet var kvaliteten på arbeidet, status i form av respekt fra kollegaer og respektabel sosial status og autonomi. Grunnet legeyrkets avhengighet av ansattes dedikasjon og kompetanse sier WHO at legers motivasjon bør anses som den viktigste indikatoren for kvaliteten på helsetilbudet. Forfatteren antyder at måten leger blir ledet og overvåket på, har en betydelig innvirkning på deres motivasjon og følgelig sykehusets ytelse. Innenfor «kvalitet og stil på veiledning» var respondentene minst fornøyd med tilbakemeldingene de fikk på arbeid, samt tildeling av klare mål. Dersom leger var mer fornøyd på disse områdene kunne det virke positivt på organisasjonens ytelse.

Forskning basert på selvrapportert motivasjon kan være misvisende. Rynes m. fl. (2004) legger frem bevis på at det er en uoverensstemmelse mellom hva folk *sier*, og hva de *gjør* med hensyn på motivasjon og lønn. Resultatene indikerer at mennesker underrapporterer betydningen penger har på motivasjonen deres. Fenomenet avdekkes gjennom å sammenlikne medarbeiderundersøkelser om hvilken betydning ulike faktorer har på motivasjon med studier av faktisk ansatte sin adferd. Tendensen er at respondenter konsekvent undervurderer hvilken betydning lønn har for dem. Dette kan knyttes til sosial ønskverdighet (*social desirability bias*), et fenomen hvor man svarer i henhold til det man mener er akseptabel adferd heller enn å være helt ærlig. Generelt kan man anta at jo mer nærliggende et spørsmål er verdier som står sterkt i samfunnet, jo mindre pålitelige er selvrapporterte svar. I tilfelle med lønn, peker forfatterne på at forskjellen kan stamme fra enten lav selvinnsett i forhold til hvordan man ville reagert på et tilbud om jobb med høyere lønn, eller at man lar seg påvirke av sosiale normer som sier at penger er en mindre edel kilde til motivasjon enn for eksempel arbeid som bidrar til samfunnet.

Artikkelen kritiserer selvrapporterte svar som indikerer at lønn har liten betydning for motivasjon. Dette støttes opp av funnene over og at metaanalyser tilsier at det ikke er noen annen intervensjon enn prestasjonsbasert lønn som fungerer bedre for å påvirke folk til å oppnå høyere prestasjonsnivåer (Rynes m. fl., 2004).

I dette delkapittelet har vi sett på empiri om hva som motiverer leger, hvordan økonomiske insentiver kan påvirke motivasjon og hva ulike motivasjonsfaktorer har å si for sykehus sin organisatoriske ytelse. Berdud m. fl. (2016) finner at leger er indre motivert. Rød m. fl. (2018) finner at læring og mestring, forhold til kollegaer og organisatoriske forhold er viktig for motivasjonen. Ser man dette i lys av Berdud m. fl. (2016), som sier at motivasjon er den viktigste indikatoren for kvaliteten på helsetilbudet, og Chmielewska (2020), som fant at «kvalitet og stil på veiledning» og «anerkjennelse» er de motivasjonsfaktorene som har mest å si for organisatorisk ytelse, får man en indikator på hvordan sykehus kan forbedre sin ytelse. Berdud m. fl. fant at «crowding out» kan oppstå hvis man innfører betaling per tjeneste, mens «crowding in» kan oppstå som følge av ikke-monetære insentiver. *Motivation crowding theory* ble diskutert i forrige kapittel. I motsetning til hva teorien antyder, indikerer empirien at økt autonomi og anerkjennelse er mer effektivt for å fremme indre motivasjon enn monetære insentiver. Rynes m. fl. (2004) finner derimot at prestasjonsbasert lønn fungerer desidert best for å oppnå høyere prestasjonsnivå. I tillegg kritiseres selvrapporterte svar som mål på motivasjon. Mennesker har en tendens til å undervurdere lønnens betydning på motivasjon i

egenrapporterte svar, sammenlignet med faktisk adferd. Det indikerer at vi må ha et kritisk blikk til forskningen presentert her og våre egne funn.

4.6 Fordeler og ulemper med innføring av differensiert lønn

En artikkel publisert i Indeed (2022) peker på fordeler og ulemper ved å forfremme basert på ansiennitet versus prestasjon på generell basis. Selv om artikkelen primært fokuserer på forfremmelser, inneholder den gode argumenter som er relevante og kan overføres til vår utredning, da de kan gi innsikt i hvordan lønnsfastsettelsen bør tilnærmes. En svakhet ved artikkelen er at den ikke tar hensyn til om personen som forfremmes er den som er best egnet.

En fordel med å forfremme basert på ansiennitet fremfor prestasjon er at det reduserer inntrykket av at ansatte favoriseres (Indeed, 2022). Videre kan det redusere sjansene for baksnakking, siden ytelse og favorisering ikke spiller noen rolle, eller minske turnover fordi ansatte vil bli værende i selskapet for å bli forfremmet. I tillegg gir ansiennitet en tydelig kommunisert målestokk for forfremmelser som alle kan oppnå, samtidig som det belønner lojale ansatte. En siste fordel er at ansatte ofte blir forfremmet når de har opparbeidet seg nødvendige kunnskaper og ferdigheter. Ulempene med ansiennitet er imidlertid at det gir mindre motivasjon for ansatte til å utmerke seg, ettersom dette ikke har innvirkning på mulighetene for forfremmelse. Det kan også øke misnøye blant motiverte eller talentfulle ansatte hvis middelmådige ansatte blir forfremmet over dem. Videre kan ansiennitet by på utfordringer med rekruttering ettersom nye ansatte vil bli forfremmet sist. En siste ulempe er hardt arbeid kanskje ikke blir tilstrekkelig anerkjent eller belønnet.

Forfremmelser basert på prestasjon kan virke som et meritokrati, men kan på en annen side også skade arbeidsmoralen (Indeed, 2022). Fordelene med denne metoden er først og fremst at den belønner hardtarbeidende ansatte. Den kan også virke mer tiltrekkende for høyt kvalifiserte og ambisiøse kandidater, samtidig som den oppmuntrer til innovasjon blant ansatte. Andre fordeler med å forfremme basert på prestasjon er at det øker produktiviteten blant de ansatte som ønsker å bli forfremmet, og at det belønner de som har et talent. Ulempene er derimot at det kan føre til mindre lojalitet blant ansatte ettersom de ikke har en grunn til å bli lenge, i tillegg til at det kan virke urettferdig overfor ansatte som har jobbet der lenge. En annen stor ulempe er at prestasjon kan tillate favorisering dersom det ikke finnes faste kriterier for hvem som kvalifiserer til en forfremmelse. Noen ansatte kan også tro at favorisering har en betydning.

I dette delkapittelet har vi presentert en artikkel som peker på fordeler og ulemper ved å forfremme basert på ansiennitet versus prestasjon. Ansiennitet belønner lojalitet og er en klar forfremmelsesstandard, men kan gi de ansatte mindre motivasjon til å utmerke seg og bidra til rekrutteringsutfordringer. I delkapittelet om å tiltrekke og beholde kompetanse fant vi at et godt arbeidsmiljø og å være konkurransedyktig overfor det private, var viktig for rekruttering og å beholde ansatte. Prestasjonsbaserte forfremmelser kan tiltrekke talent, men skade arbeidsmoral og fremme favorisering. En svakhet ved artikkelen er at den ser bort fra jobben som utføres av personen som forfremmes.

4.7 Kjønnforskjeller

Niederle & Vesterlund (2007) viser i en studie at kvinner og menn er ulike med hensyn på preferanser for å delta i konkurranse. Kvinner deltar ikke i konkurranse selv om de «burde», sett ut fra evner, og flere menn deltar når de ikke «burde». Dette kommer frem ved at deltakerne gjennomførte en ekte oppgave hvor det ikke ble registrert forskjeller i prestasjon mellom kvinner og menn. I første runde mottok de en stykkpris per oppgave. Deretter ble det gjennomført en turnering hvor deltakerne konkurrerte mot hverandre. I valget av hva slags type utbetaling deltakerne ønsket for den tredje runden, valgte menn turnering dobbelt så ofte som kvinner. Forskjellen kan ikke tillegges kjønnforskjeller i prestasjon. Funnene tyder på at menn har for høy selvtilit, og at kvinner har lavere konkurransevillje enn menn.

Lignende funn finner man hos Babcock m. fl. (2003), som finner at kvinner forhandler mindre enn menn. I tre ulike studier finner de at menn har høyere sannsynlighet for å forhandle frem det de ønsker. I den første ser man at nyutdannede menn, med samme utdanning som kvinner, tjener 7,6 % bedre i snitt, fordi kvinner aksepterer startlønnen uten å forhandle. Den andre studien var et laboratorieeksperiment. Deltakere fikk vite i forkant at de skulle bli betalt mellom \$3 og \$10 for å spille et ordspill. I etterkant ble de tilbudt \$3, og spurt om det var greit. Menn sa i fra ni ganger så ofte som kvinner om at dette ikke var greit. Den siste og største studien, spurte respondenter over nett om deres nyligste forhandlingserfaring. Menn setter seg selv oftere i forhandlingssituasjoner, og krever mer. Mulige årsaker til ulikheten er at kvinner sosialiseres fra ung alder til å hensynta andres behov, og at mange arbeidskulturer straffer kvinner når de krever mer. Forfatterne peker på at ledere bør konfrontere dette problemet med å veilede kvinner på fordelene og mulighetene med forhandlinger. De burde også legge til rette for likestilling ved å gi menn og kvinner like lønnshevinger for likt arbeid.

I artikkelen *Ego på topp* i DN skrevet av Ellen Sofie Lauritzen (2019), fremkommer det at forfatteren av en ny bok om inkompetente ledere hevder at «*Verden styres av en gjeng håpløse, selvsentrerte alfahanner*». En gallupmåling fra 2017 viste at 75 % av lønsmottagere over hele verden hadde skiftet jobb på grunn av sjefen, og at 65 % av amerikanere heller vil ha en ny sjef enn en lønnsforhøyelse. Videre regner forskere med at rundt 70 % av samtlige ledere er dårlige til å gjøre det de skal, nemlig å lede. Flesteparten av disse lederne er menn.

I dette delkapittelet har vi presentert generell empiri om kjønnsforskjeller med hensyn på konkurransevilje, lønn og ledelse. Niederle og Vesterlund (2007) viser at kvinner har lavere konkurransevilje enn menn. Menn har for høy selvtilit, mens kvinner deltar i konkurranse sjeldnere enn de «burde» sett ut fra evner. Babcock m. fl. (2003) finner at kvinner forhandler mindre enn menn. De peker på sosialisering og organisatoriske forhold som årsaker. Flesteparten av ledere er menn, og en artikkel i DN avslører at svært mange arbeidstakere er misfornøyde med sjefen sin.

4.8 Oppsummering empiri fra helsesektoren

I dette kapittelet har vi sett på legers lønnspreferanser, adferd, produktivitet og motivasjon. I tillegg har vi presentert empiri om å tiltrekke og beholde kompetanse og kjønnsforskjeller. Store deler av kapittelet dreier seg om legers lønnspreferanser i henhold til det første forskningsspørsmålet om å avdekke legers holdninger. I forbindelse med det andre forskningsspørsmålet om å tiltrekke og beholde kompetanse, ser vi på en kronikk i tilknytning til #legermåleve-bevegelsen. Det tredje forskningsspørsmålet er todelt, hvor empiri om motivasjonsfaktorer og påvirkning på organisatorisk ytelse danner grunnlag for å analysere endringer i motivasjon. Empiri om hvordan ulike lønnsystem påvirker legers adferd, danner grunnlag for å analysere vridningseffekter. Deretter så vi på produktivitet i helsesektoren og kjønnsforskjeller, for å få et bredt grunnlag å besvare det fjerde forskningsspørsmålet på, om ytterligere fordeler og ulemper med differensiert lønn.

I kapittel 3 ble generell teori og empiri presentert som grunnlag for å forstå hvordan insentiver kan påvirke adferd. Videre så vi i delkapittel 4.2 at betaling per tjeneste kan stimulere til flere behandlinger av relativt friske pasienter, mens fast lønn ikke gir insentiver til hvilke pasienter man skal behandle (Wright, 2007). Betaling per tjeneste resulterer i mer lønnsom drift. Prinsipal-agent-teorien tar for seg forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. I Espegrens

(2023) kronikk kom det frem at arbeidsgiver og arbeidstaker hadde motstridende interesser. Økt fokus på lønnsomhet gjør at legene sliter i arbeidshverdagen, noe som igjen kan ha implikasjoner for sykehusets evne til å rekruttere og beholde ansatte. Lønn og belønning benyttes for å kompensere arbeidstaker for sin ytelse, og empiri om legers lønnspreferanser viser at det er flere faktorer som påvirker hvilken avlønningsmodell de foretrekker. Grad av autonomi, fleksibilitet og geografi er viktige faktorer for legers preferanser (Ogundeji m. fl., 2020; Rao m. fl., 2013). Menn og leger med høyere medisinsk utdanning, er mer villige til å bytte ut fast lønn med betaling per pasient (Karakolias m. fl., 2017).

I delkapittel 4.3 finner vi at legeproduktivitet har økt relativt til lønn, men at det er vanskelig å måle produktivitet på sykehus (Johannessen, 2010). Den presenterte teorien om motivasjon skiller mellom indre og ytre motivasjon. Det empiriske grunnlaget presentert i dette kapitlet tilsier at leger hovedsakelig er indre motivert, og finner, i tråd med teorien, at det kan oppstå «crowding-in» og «crowding-out»-effekter. «Crowding-out» oppstår som følge av økt monetær belønning, mens «crowding-in» oppstår som følge av økt autonomi og anerkjennelse. Motivasjon er en viktig indikator for kvaliteten på helsetilbudet (Berdud m. fl., 2016). Avslutningsvis presenterte vi fordeler og ulemper med å forfremme basert på ansiennitet versus prestasjon, samt kjønnsforskjeller når det kommer til konkurransevilje, lønn og ledelse. I tabell 4.1 gir vi en grafisk fremstilling av empirigrunnlaget fra helsesektoren.

Delkapittel	Forfatter	Kort oppsummering
4.1 Legers lønnspreferanser	Birgit Abelsen og Jan Abel Olsen (2015)	Flertallet av unge norske leger foretrekker lønssystemer som legger mindre press på å arbeide lange og uregelmessige timer. Avdekket betydelige forskjeller i preferanser basert på kjønn og personlighetstrekk.
	Abelsen og Olsen (2012)	Halvparten av deltakerne foretrakk en kombinasjon av fast lønn og aktivitetsbasert avlønning. Menn foretrekker i større grad et fullstendig aktivitetsbasert lønssystem, kvinner i større grad fast lønn.
	Rao m. fl. (2013)	Resultatene indikerer at geografi spiller en viktigere rolle enn lønn i valg av arbeidsplass.
	Ogundeji m. fl. (2020)	Valget mellom ulike lønnsmodeller påvirkes av faktorer som fleksibilitet, autonomi, forretningsaspekter og profesjonelle interesser.
	Karakolias m. fl. (2017)	Majoriteten av leger i gresk offentlig sektor vurderte sin lønn som utilstrekkelig. Misnøyen var hovedsakelig relatert til lønnens størrelse, heller enn lønnsmodell.
4.2 Legers adferd	Donald J. Wright (2007)	Spesialistene ved private sykehus med betaling per tjeneste, vektlegger inntekt mer enn rettferdighet. De behandler flere relativt friske og lønnsomme pasienter. Spesialistene ved offentlige sykehus med fast lønn, vektlegger rettferdighet over inntekt, og behandler flere relativt syke og ulønnsomme pasienter.
	Gosden, Pedersen og Torgerson (1999)	Fast lønn resulterer i lavere bruk av tester og henvisninger, færre prosedyrer per pasient, lavere pasientgjennomstrømning per lege, lengre konsultasjoner og mer forebyggende pleie, sammenlignet med betaling per tjeneste og betaling per pasient.
	Liu og Mills (2005)	Innføring av bonussystem i Kina førte til økte inntekter og bedre dekning av kostnader. Forbedringen ble oppnådd gjennom å tilby mer unødvendig behandling, unødvendige medisiner og flere pasientinnleggelses. Det var ikke en ønsket effekt.
4.3 Produktivitet i helsesektoren	Karl-Arne Johannessen (2010)	I løpet av studieperioden ble det observert økning i alle produktivitetsmål, og disse økte i enda større grad enn lønnskostnadene.
4.4 Tiltrekke og beholde kompetanse på sykehus	Espegren (2023)	Kronikk som peker på at mange leger sliter i sin arbeidshverdag. Økt fokus på lønnsomhet går på bekostning av faglighet. Arbeidshverdagen preges av mer komplekse pasientoppgaver, samtidig som det forventes at sykehusleger skal arbeide raskere.
4.5 Legers motivasjon	Rød m. fl. (2018)	Leger motiveres av læring, mestring av vanskelig arbeid og samarbeid med kolleger.
	Berdud m. fl. (2016)	Bruker semistrukturerte intervjuer for å svare på tre hypoteser: 1) leger er indre motivert, 2) økonomiske insentiver og kontrollerende politikk kan undergrave

		motivasjonen og 3) velutformede insentiver kan oppmuntre den. Samtlige hadde uttalelser som støttet hypotese 1 og 2, og forslagene til insentiver indikerte gyldigheten til hypotese 3.
	Chmielewska m. fl. (2020)	Finner at motivasjonsfaktorer knyttet til «kvalitet og stil på veiledning» og «anerkjennelse» har henholdsvis høyest effekt på den organisatoriske ytelsen til sykehus.
	Rynes m. fl. (2004)	Resultatene indikerer at mennesker underrapporterer betydningen penger har for motivasjonen deres.
4.6 Fordeler og ulemper med innføring av differensiert lønn	Indeed (2022)	Ser på fordeler og ulemper ved å forfremme basert på ansiennitet versus prestasjon.
4.7 Kjønnforskjeller	Niederle & Vesterlund (2007)	Finner at kvinner ikke deltar i konkurranse selv om de «burde» sett ut fra evner, og at flere menn deltar når de ikke «burde». Funnene tyder på at menn har for høy selvtillit, og at kvinner har lavere konkurransevillje.
	Babcock m. fl. (2003)	Finner at kvinner forhandler mindre enn menn.
	Ellen Sofie Lauritzen (2019)	Avisartikkel hvor det fremkommer at mange er misfornøyd med sjefen sin.

Tabell 4.1 Oppsummering empiri fra helsesektoren

5. Metode

I dette kapitlet gjennomgår vi den metodiske tilnærmingen vi har benyttet for å besvare problemstillingen, og gir en begrunnelse for de metodologiske valgene vi har tatt. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om tilnærmingen vi bruker for å innhente informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan vi analyserer denne informasjonen og videre forstår dens implikasjoner for samfunnsmessige forhold og prosesser (A. Johannessen m. fl., 2011, s. 33).

Til å begynne med vil vi begrunne vårt valg av forskningsdesign og forskningsmetode. Deretter vil vi gi innsikt i prosessen knyttet til datainnsamling, som inkluderer hvordan vi valgte respondenter, samt utformet og gjennomførte intervjuer. Videre beskriver vi transkriberingsprosessen og hvordan vi klargjorde dataene for analyse. Kapitlet avsluttes med en evaluering av kvaliteten på vår forskningsprosess ved å diskutere studiens reliabilitet og validitet.

5.1 Forskningsdesign

I starten av en forskningsprosess må flere viktige faktorer vurderes. Det er nødvendig å beslutte hvilket problem som skal undersøkes og definere målgruppen som skal inngå i studien (utvalget). Det må også velges en hensiktsmessig tilnærming til hvordan selve undersøkelsen skal utføres (metodikk). En slik planlegging av forskningsprosessen omtales som forskningsdesign (A. Johannessen m. fl., 2011, s. 77). Saunders m. fl. (2016) skiller mellom eksplorativt, deskriptivt og kausalt design. Et eksplorativt design er utforskende, og anvendes når man ønsker å skape ny innsikt om et fenomen man har lite kunnskap om. Med et slikt design benyttes ofte kvalitative metoder. Deskriptivt design er beskrivende og anvendes når noe kunnskap har blitt utviklet, og det er mulig å foreta sammenligninger. Til slutt er kausalt design en mer statistisk tilnærming som brukes i situasjoner hvor man ønsker å undersøke hvordan en variabel påvirker en eller flere andre variabler (årsak-virkning). Ved både deskriptivt og kausalt design benyttes vanligvis kvantitative metoder.

Formålet med utredningen er å undersøke hvorvidt mer differensiert lønn kan være et virkemiddel for å tiltrekke og bevare kompetanse, samt øke motivasjon blant leger på norske sykehus. Samtidig ønsker vi å se på hvilke utfordringer og muligheter utforming og implementering av differensiert lønn kan by på. Vi har merket oss at det er begrenset forskning

på hvilke preferanser og holdninger legene selv har til temaet. Selv om det er gjort noe forskning i andre land, kan det være utfordrende å overføre funnene fra disse studiene til det norske helsevesenet. Den begrensede mengden forskning på dette feltet i Norge, kombinert med dets komplekse natur, krever en tilnærming som er åpen og tilpasningsdyktig. Vårt mål er å generere ny innsikt, og derfor anser vi et eksplorativt forskningsdesign som mest hensiktsmessig. Et slik design gir oss muligheten til å avdekke preferanser og holdninger i en bredere forstand, før vi gradvis innsnevrer fokuset utover i forskningsprosessen (Saunders m. fl., 2016).

5.2 Forskningsmetode

Valg av forskningsmetode kan ha avgjørende innflytelse på resultatene som oppnås, og det er derfor essensielt at problemstillingen og formålet for utredningen styrer valget av metode. Videre vil valg av metode kunne påvirkes av tilgjengelige ressurser og de fastsatte tidsbegrensningene som er satt for forskningsprosessen (Saunders m. fl., 2016).

Innenfor akademisk forskning skiller vi mellom kvantitativ og kvalitativ metode, eventuelt en blanding av de to (A. Johannessen m. fl., 2011, s. 35–36). I en kvantitativ tilnærming fokuseres det på å kvantifisere og kartlegge utbredelsen av et fenomen, mens en kvalitativ tilnærming ofte er assosiert med en subjektiv fortolkning der hensikten er å uttrykke en mening om et fenomen ved hjelp av verbale uttrykk. Dette oppnås typisk ved å samle inn, analysere og sammenligne deltakernes meninger, handlinger og holdninger for å konstruere et konseptuelt rammeverk (Saunders m. fl., 2016).

5.2.1 Valg av metode

I vår utredning er vi interessert i å undersøke legers holdninger og preferanser til mer differensiert lønn. Vi anså det derfor som mest hensiktsmessig å benytte en kvalitativ metode i form av dybdeintervjuer. Bakgrunnen for valget var at slike intervjuer gir muligheten til å skaffe dypere innsikt og forståelse for legenes perspektiver rundt temaet, samt deres tanker om en eventuell endring av dagens lønnssystem. Dybdeintervjuer tilbyr respondentene muligheten til å utforske og reflektere over sine egne personlige erfaringer og holdninger til temaet (Tjora, 2021, s. 127–128). Samtidig får intervjuobjektene sjansen til å gå i dybden der de har mye å bidra med. På den måten kan dybdeintervjuer gi en bedre forståelse og analyse av emnet, og vi vurderte derfor at en slik metode ville gi mest omfattende og inngående svar.

5.3 Datainnsamling

Litteraturen skiller mellom to typer data: primærdata og sekundærdata (Saunders m. fl., 2016). Primærdata representerer data som vi selv har samlet inn, mens sekundærdata er samlet inn av andre. En av fordelene med primærdata er at de spesifikt er samlet inn for studien vi jobber med, og man har dermed mer kontroll over at dataene er pålitelig. Imidlertid må det bemerkes at innsamling av primærdata kan være både ressurs- og tidkrevende. Sekundærdata er på sin side typisk lettere tilgjengelige og kan som regel benyttes uten kostnad.

Vår utredning baserer seg hovedsakelig på kvalitativ primærdata, som inkluderer intervjuer med overleger, LIS-leger og en leder på et norsk lokalsykehus. For å oppnå en dypere forståelse av lønssystem på norske sykehus og dagens situasjon, ble det også innhentet noe sekundærdata i form av artikler og rapporter i studiens innledende fase.

5.3.1 Utvalg av respondenter

I kvalitative intervjustudier er hovedregelen at man velger respondenter som kan uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora, 2021, s. 145). Et slikt utvalg kalles et strategisk utvalg. Dette representerer en tydelig kontrast til kvantitative undersøkelser, der man plukker tilfeldige respondenter for å representere en populasjon. Vår problemstilling er knyttet til innføring av økt differensiering i lønn for overleger, og vi mente derfor at leger var et strategisk valg av intervjuobjekter. Ved å intervjuer både overleger og fremtidige overleger, i form av LIS-leger, kunne vi få et godt innblikk i legers preferanser og holdninger, og hva de så på som eventuelle muligheter og utfordringer ved innføring av et nytt system. Samtidig ga dette oss anledning til å sammenligne svarene til de ulike legegruppene, og se om holdningene varierer ut fra hvor i spesialiseringsløpet legene befinner seg. I tillegg mente vi at det var strategisk å intervjuer en fra ledelsen, da hen trolig kunne bidra med gode perspektiver på temaet fra et arbeidsgiverståsted.

Samtidig som vi ønsket å sammenligne hvorvidt overleger og LIS-leger hadde ulike preferanser for differensiert lønn, synes vi det ville være interessant å se om det var noe forskjell mellom ulike fagområder på sykehuset. I samråd med ledelsen på sykehuset ble det dermed bestemt at vi skulle konsentrere oss om leger som jobbet med de to største fagene på sykehuset, nærmere bestemt kirurgi og indremedisin. Vi mente at disse fagfeltene ville gi oss et utvalg som gjorde at resultatene i større grad kunne generaliseres enn om vi hadde sett på mindre fagfelt. Et annet

aspekt vi var interessert i å avdekke, var om det var ulike preferanser for mannlige og kvinnelige leger. Samarbeidet med sykehuset gjorde at vi fikk et utvalg med variasjon i kjønn, alder og antall år som lege.

Utvalget kan betraktes som tilstrekkelig stort når flere respondenter ikke gir ytterligere forståelse av fenomenet vi studerer (Thagaard, 2013, s. 65). Det finnes dermed ikke noe klart svar på hvor stort datagrunnlag man trenger. Ifølge Tjora (2021) vil en empirisk mastergradsoppgave basert på dybdeintervjuer typisk ha 10-15 intervjuer. Deltakelse i forskning kan medføre en belastning for intervjuobjektet, blant annet i form av tidsbruk, følelsen av å utlevere seg eller ved å bli utfordret til å være veldig konkret. Av den grunn må forskere klare å finne en balanse der belastningen reduseres, samtidig som datagrunnlaget blir best mulig (Tjora, 2021, s. 46). Vi fikk tilgang til å intervju mange leger, men på grunn av tidsbegrensninger besluttet vi at det ville være rimelig å begrense oss til 20 intervjuer. Med en såpass stor gruppe respondenter, mente vi at risikoen for å påvirke datakvaliteten på grunn av høy belastning ble vesentlig redusert. Vi ble også enig med ledelsen om at to tillitsvalgte leger skulle være med i utvalget. Totalt ble det dermed gjennomført 20 intervjuer, derav 1 leder, 6 overleger fra kirurgi, 5 overleger fra indremedisin, 4 LIS-leger fra kirurgi og 4 LIS-leger fra indremedisin. Fordelingen vises i tabell 5.1. Merk at respondenten fra ledelsen ikke er inkludert i oversikten for å anonymisere vedkommende sitt kjønn.

	Kvinner	Menn	Totalt
Overlege kirurgi	2 (33 %)	4 (67 %)	6 (100 %)
Overlege indremedisin	1 (20 %)	4 (80 %)	5 (100 %)
LIS-lege kirurgi	2 (50 %)	2 (50 %)	4 (100 %)
LIS-lege indremedisin	3 (75 %)	1 (25 %)	4 (100 %)
Totalt	8 (42 %)	11 (58 %)	19 (100 %)

Tabell 5.1 Oversikt over respondenter

5.3.2 Utforming og gjennomføring av intervjuer

Den mest utbredte måten å samle inn kvalitative data er ulike former for intervju (Tjora, 2021, s. 127). Formålet med et intervju er å få god innsikt i en persons synspunkter og perspektiver (Thagaard, 2013, s. 95). Intervjuer gir et godt grunnlag for å samle verdifull informasjon om

enkeltpersoners erfaringer, tanker og følelser. Dette skyldes at hendelsene respondenten deler, gir innsikt i deres personlige tolkning av sine opplevelser.

Intervjuer kan variere i graden av struktur, noe som påvirker hvordan spørsmålene stilles og intervjusituasjonen gjennomføres (A. Johannessen m. fl., 2011, s. 145). Vi skiller ofte mellom ustrukturerte, semistrukturerte og strukturerte intervjuer. Et *ustrukturert intervju* har en uformell setting der forskeren stiller åpne spørsmål innenfor et gitt tema, men tilpasser spørsmålene etter den enkelte intervjusituasjonen. I et *semistrukturert intervju* starter man med en generell intervjuguide som gir et rammeverk for samtalen. Spørsmål, temaer og rekkefølge kan derimot tilpasses situasjonen, noe som gir forskeren fleksibilitet til å bevege seg frem og tilbake i guiden. I et *strukturert intervju* er temaene og spørsmålene fastlagt på forhånd. Her er svaralternativene faste, og forskeren krysser av for svarene. Dette gir en høy grad av standardisering. Forskere kan velge mellom ulike intervjuformer avhengig av hva som er målet for studien, samt hvilken grad av kontroll og standardisering som kreves.

I vår utredning har vi valgt å benytte oss av semistrukturerte dybdeintervjuer for å få en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet (A. Johannessen m. fl., 2011, s. 147). Vi utarbeidet derfor intervjuguiden basert på den overordnede problemstillingen, forskningsspørsmålene og relevant teori og empiri. Siden vi intervjuet overleger, LIS-leger og en fra ledelsen på sykehuset, valgte vi å lage tre ulike intervjuguiden (se vedlegg 3, 4 og 5). Vi startet med å utarbeide intervjuguiden til overlegene, slik at intervjuguiden til LIS-legene ble utviklet med utgangspunkt denne. Mange av spørsmålene var like, samtidig som de ble tilpasset i tråd med tankene vi mente de ulike gruppene hadde om temaet. Dette gjorde det lettere for oss å sammenligne og systematisere svarene i etterkant. Av den grunn valgte vi å stille alle spørsmålene i samme rekkefølge, der oppfølgingsspørsmålene varierte. Oppfølgingsspørsmålene gjorde det mulig å fordype oss i tema som var viktige for den enkelte respondenten. Når det gjelder intervjuguiden vi utarbeidet til lederen, var denne i større grad utformet med tanke på å få innspill fra et arbeidsgiverstøtsted. Det må samtidig understrekes at analysen hovedsakelig baserer seg på intervjuene med legene.

Lønn kan være et spesielt sensitivt tema, og vi måtte dermed tenke nøye gjennom hvordan vi skulle utarbeide intervjuguiden. Vi begynte intervjuet med å stille et mer generelt spørsmål om hva vedkommende arbeider med på sykehuset. Dette gjorde vi for å skape en avslappet stemning, der vi kunne etablere et tillitsforhold til respondenten og øke følelsen av at

situasjonen var komfortabel (Tjora, 2021, s. 132–135). Deretter gikk vi over til å snakke mer generelt om hvilke holdninger respondenten har til dagens lønssystem, før vi kom inn på mer sensitive temaer, blant annet om lønn og motivasjon. For å nedtone det emosjonelle nivået mot slutten av intervjuet, valgte vi å avslutte med spørsmål om eventuelle endringer av det nåværende lønssystem (Thagaard, 2013, s. 110). Videre valgte vi å stille åpne spørsmål, som ga intervjuobjektene anledning til å uttrykke seg fritt og i ønsket detaljnivå.

Uansett hvor god erfaring man har som intervjuer, er det viktig å gjennomføre prøveintervjuer i enhver ny undersøkelsessituasjon (Thagaard, 2013, s. 100). Dette gjør man for å teste seg selv som intervjuer, og for å se om det er behov for å gjøre noen endringer i intervjuguiden. Vi valgte å teste intervjuguiden på en bekjent LIS-lege før vi gjennomførte første intervju på sykehuset. I løpet av prøveintervjuet ble det klart at guiden hadde en tilfredsstillende lengde, og at det ikke var behov for omformuleringer. Likevel viste det seg at vi måtte gjøre et par endringer i guiden etter første intervju på sykehuset. Endringene innebar å gjøre noen justeringer i strukturen og å inkludere et par ekstra spørsmål.

Det er vanlig å gjennomføre dybdeintervjuer et sted der respondenten kan føle seg trygg for å legge til rette for en avslappet atmosfære (Tjora, 2021, s. 135). Dersom undersøkelsen er tilknyttet intervjuobjektets arbeid, kan intervjuet gjerne skje på arbeidsplassen. Av den grunn valgte vi å gjennomføre alle intervjuene på møterom på sykehuset. Dette var også hensiktsmessig med tanke på at legene har en svært travel hverdag.

Legene ble tilsendt en samtykkeerklæring og et informasjonsskjema i forkant av intervjuene. Skjemaet inneholdt overordnet informasjon om prosjektet, i tillegg til noen veldig enkle spørsmål for å innhente data om respondenten, se vedlegg 1 og 2. Videre var intensjonen bak utsendelsen av skjemaet å initiere en refleksjonsprosess omkring differensiert lønn. Dette ble gjort med håp om at respondentene skulle være mer reflektert og bedre forberedt under selve intervjuet. For å bevare objektiviteten og unngå potensiell bias som følge av påvirkning fra andre, valgte vi å ikke gi spørsmålene i forkant.

Intervjuene ble innledet med en kort introduksjon av oss og formålet med undersøkelsen. Vi understreket videre at alle uttalelser fra respondentene, samt identiteten til sykehuset, ville bli anonymisert for å ivareta konfidensialiteten og integriteten til de involverte partene (Thagaard, 2013). Samtykke for lydopptak ble innhentet i forkant av hvert intervju, og vi valgte å ta opptak

med to telefoner for å sikre at eventuelle tekniske problemer ikke skulle bli en hindring (Tjora, 2021). Vi var to intervjuere som byttet på å stille spørsmål. Til tross for mangel på en forhåndsdefinert rollefordeling angående hvem som skulle stille de ulike spørsmålene, etablerte vi en effektiv samhandling i løpet av intervjuene. Denne tilnærmingen optimaliserte vår evne til å lytte og stille oppfølgingsspørsmål ved behov. Intervjuene fant sted i perioden 16.10.23-13.11.23. Varigheten på intervjuene med overlegene varierte fra 32 minutter til 1 time og 24 minutter, mens intervjuene med LIS-legene varierte mellom 32 og 58 minutter. Intervjuet med lederen varte i 1 time og 18 minutter. Hvert intervju ble avsluttet med en oppsummerende fase der respondentene fikk anledning til å tilføre ytterligere kommentarer etter behov.

Basert på våre observasjoner viste respondentene sjelden tegn til ubehag eller nervøsitet under intervjuene. Det ble skapt en trygg atmosfære, der det virket som at legene følte seg komfortable med å dele sine perspektiver og tanker om temaet. Gjennomgående virket det som om respondentene ønsket å dele egne erfaringer og ærlige synspunkter. Etter gjennomføring av samtlige intervjuer, mener vi at formålet med intervjuene ble oppfylt. Vi har nå en dypere forståelse for legers preferanser og holdninger til mer differensiert lønn.

5.4 Behandling av data

I det følgende avsnittet presenterer vi metodologien vi har anvendt for å behandle primærdata, inkludert spesifikke tilnærminger og teknikker som ble benyttet i analysefasen.

5.4.1 Transkribering

Prosessen med å skrive lydopptak ut som tekst kalles transkribering (A. Johannessen m. fl., 2011, s. 37). Tjora (2021) anbefaler en fullstendig transkribering av materiale i etterkant av intervjuet, og å være litt mer detaljert enn det man tror er nødvendig. Det er vanskelig på forhånd å vite hvilke detaljer som vil ha betydning i analysen. For eksempel kan det at respondenten leter etter ord, synliggjøre en usikkerhet hos vedkommende (Tjora, 2021, s. 185). Vi valgte å skrive ned intervjuene ordrett, og inkluderte informasjon om intervjuets atmosfære, som eksempelvis lange pauser, latter eller tvil i respondentenes svar.

I transkriberingen valgte vi å skrive ned intervjuene i en muntlig form, noe som tidvis resulterte i lange og ufullstendige setninger. Dette ble gjort for å sikre at vi bevarte respondentenes mening om temaet. Videre er det viktig å vurdere om man skal benytte dialekter eller

normaliserte transkripsjoner, blant annet fordi «oversetting» til bokmål kan bidra til å anonymisere respondentene (Tjora, 2021, s. 186). På grunn av at våre respondenter hadde ulike dialekter og aksenter, og skulle anonymiseres, valgte vi å transkribere intervjuene på bokmål. Likevel beholdt vi noen spesielle dialektord for å sikre at viktig informasjon ikke ble oversett.

For å sikre en presis transkribering og bevare det umiddelbare inntrykket fra intervjuene, sørget vi for å transkribere alle intervjuene innen en uke etter gjennomføring. Transkriberingsprosessen viste seg å være svært tidkrevende, men også veldig viktig, ettersom den la grunnlaget for analysen.

5.4.2 Dataanalyse

Etter at vi hadde transkribert intervjuene, analyserte vi dataene. Første steg i analyse av data omhandler å bli godt kjent med innholdet (Thagaard, 2013, s. 158–163). Ved å lese grundig gjennom intervjuene får man et godt utgangspunkt til å videre dele inn og klassifisere data i ulike kategorier. Kategoriene gjenspeilte temaene vi har definert i intervjuguiden, og inkluderte dermed emner som motivasjon, dagens lønnsystem, hvordan tiltrekke og beholde kompetanse samt differensiering i form av ansiennitet og prestasjon. De ulike kategoriene gjorde det lettere for oss å identifisere sentrale temaer og mønstre i dataene. Sitater ble videre kategorisert basert på respondentenes respons, altså hvorvidt de var positive eller negative, eller om det var andre sammenhenger med de definerte kategoriene. For visse spørsmål anså vi det hensiktsmessig å konvertere de kvalitative dataene til et kvantitativ format. Dette ble realisert ved systematisk kategorisering av svarene, etterfulgt av en kvantitativ oversikt som illustrerte antall respondenter innenfor de respektive kategoriene. Disse innsiktene fremstilles i kapittel 6.

Vi har modifisert enkelte sitater for å forbedre lesbarhet og klarhet. Dette introduserer et potensielt problem som Thagaard (2013) påpeker, nemlig at modifisering kan endre den opprinnelige meningen av utsagnet. Vi har imidlertid tatt nøye forholdsregler for å forsikre oss om at respondentens opprinnelige intensjon opprettholdes. Det har vi gjort ved å høre gjennom lydopptakene igjen for å dobbeltsjekke at meningen er den samme.

5.5 Kvalitet

Når man vurderer kvaliteten på kvalitative data blir begrepene reliabilitet og validitet ofte betraktet som sentrale (A. Johannessen m. fl., 2011, s. 243). I dette delkapittelet vil vi utforske disse konseptene nærmere for å underlegge vår egen forskning en kritisk vurdering.

I denne utredningen har vi benyttet sekundær- og primærdata. Primærdataene er innhentet gjennom kvalitative intervjuer utført av oss, mens sekundærdataene hovedsakelig stammer fra akademiske artikler som diskuterer forskning relatert til legers lønnspreferanser, adferd og motivasjon. Vi har lagt stor vekt på å sikre at sekundærdataene er av høy kvalitet, og at de er objektive og nøytrale i forhold til problemstillingen vår. For teoretiske sekundærkilder har vi valgt kilder fra pensumlitteratur og andre kilder vi anser som pålitelige. Siden en vurdering av sekundærdataenes reliabilitet og validitet ville vært en tid- og ressurskrevende prosess, har vi valgt å begrense drøftingen av reliabilitet og validitet til primærdataene.

5.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler hvor pålitelige dataene er, og knytter seg til hvilke data som brukes, datainnsamlingen og analysen av dataene (A. Johannessen m. fl., 2011, s. 243). Man kan videre skille mellom ekstern og intern reliabilitet (Thagaard, 2013, s. 202–203). Ekstern reliabilitet er assosiert med repliserbarhet, det vil si evnen til å reprodusere et forskningsprosjekt under ulike forhold av forskjellige forskere. En slik grad av repliserbarhet er imidlertid utfordrende å oppnå i kvalitative studier. Intern reliabilitet kan knyttes til konsistens og pålitelighet av datainnsamling og -analyse innenfor selve forskningsprosjektet. For å sikre denne formen for reliabilitet er det essensielt at forskeren gir en konkret og spesifikk beskrivelse av metodologiske tilnærminger og prosedyrer som er anvendt (Thagaard, 2013, s. 202–203). Jacobsen (2015) påpeker at *undersøkereffekt*, *konteksteffekt* samt *unøyaktig registrering og analyse av data*, kan ha innvirkning på studiens reliabilitet. Vi vil drøfte disse hver for seg.

En undersøker kan ha effekt på det som studeres, og det er dette som kalles *undersøkereffekt* (Jacobsen, 2015, s. 242). I sammenheng med intervjuer kaller vi det intervjuereffekt. Dette beskriver hvordan en samtale formes av partene som deltar, både når det gjelder stil og innhold. I vår studie har vi vurdert den potensielle effekten vi kan ha på respondentene, særlig med hensyn til ledende spørsmål eller hvordan vår tilnærming kan forme svarene. Vi har bevisst arbeidet for å opprettholde objektivitet, unngå ledende spørsmål og stille klargjørende

oppfølgingsspørsmål for å sikre at vi skjønner hva respondenten mener. For å redusere eventuelle uklarheter knyttet til innhold og formuleringer ble intervjuguiden til LIS-legene testet på forhånd. Ved starten av hvert intervju klargjorde vi studiens formål og forsikret om anonymitet. Selv om dette styrket reliabiliteten, er det verdt å merke seg potensielle svakheter. Variasjon i hvordan spørsmål ble stilt, tonefall, misforståelser på grunn av dialekter og deltakernes kunnskap om vår bakgrunn, kan ha påvirket svarene. Det må også nevnes at dette er vår første erfaring med en utredning av et slikt omfang, men vi har etter beste evne forsøkt å være så nøytrale og objektive som mulig.

Konteksteffekt referer til hvilken sammenheng informasjon blir samlet inn i og hvordan denne kan påvirke datainnsamlingen (Jacobsen, 2015, s. 243). Mange foretrekker å foreta undersøkelser i en mer naturlig sammenheng, for eksempel på intervjuobjektets arbeidssted. Vi gjennomførte alle intervjuene på møterom på sykehuset. Nesten alle intervjuene skjedde i betalt arbeidstid, med unntak av tre intervjuer som skjedde utover normal arbeidstid. En ulempe med naturlige kontekster er at man kan oppleve elementer av forstyrning, for eksempel skjedde det flere ganger at legene ble ringt på jobbtelefonen sin under intervjuene. Videre ble intervjuene holdt på ulike tider i løpet av en arbeidsdag. Det kan tenkes at respondentene var preget av hendelser som foregikk på jobb eller hadde dårlig tid med å komme tilbake til arbeidet. Intervjuene var planlagt på forhånd, og kom dermed ikke overraskende på respondentene. Selv om intervjuobjektene ikke fikk tilgang til de eksakte spørsmålene i forkant, ble de som sagt gitt en kort orientering om prosjektet i informasjonsskrivet (vedlegg 1 og 2). På den måten balanserte vi behovet for spontanitet, slik at genuine meninger og følelser kunne komme frem, med behovet for at respondentene skulle få tid til å tenke, slik at de potensielt kunne dele mer reflekterte synspunkter om differensiering.

Den siste trusselen mot en studies pålitelighet er *unøyaktig registrering* og *analyse* av data (Jacobsen, 2015, s. 245). Lydopptak vil alltid være det foretrukne valget ved intervjuer, og vi tok dermed opptak av alle intervjuene. Opptakene sikret en fullstendig gjengivelse av samtalen, noe vi mener bidrar positivt til studiens reliabilitet ved å minimere muligheten for feil som kunne oppstått gjennom subjektive interesser eller manglende notatferdigheter. Dette ga oss også muligheten til å bruke direkte sitater i analysen. Selv om Tjora (2021) påpeker at lydopptak kan skape en viss skepsis eller tilbakeholdenhet blant intervjuobjekter, observerte vi ingen slike indikasjoner blant respondentene. Når det gjelder *unøyaktig analyse* av data kan ulike enheter kategoriseres feil i analysesammenheng (Jacobsen, 2015, s. 246). Siden vi var to forskere som

samarbeidet om kategoriseringen, antar vi at risikoen for slike unøyaktigheter ble vesentlig redusert. Samlet sett anser vi reliabiliteten til studien vår som god.

5.5.2 Validitet

Kvalitative studier krever kritisk drøfting for å avgjøre om deres konklusjoner er gyldige og til å stole på, et konsept kjent som validitet (Jacobsen, 2015, s. 227). Vi kan skille mellom intern og ekstern validitet, og vil videre diskutere disse hver for seg.

Intern validitet

Intern gyldighet omhandler hvorvidt resultatene oppfattes som riktige, altså om vi har fått tak i det vi ønsket (Jacobsen, 2015, s. 228). I den sammenheng må vi både spørre oss om vi har fått tak i de riktige kildene, og om disse kildene har gitt riktig informasjon.

Dataenes gyldighet er sterkt avhengig av kildene man har brukt, og i vårt tilfelle er kildene respondenter (Jacobsen, 2015, s. 229). Vår problemstilling er knyttet til fordeler og ulemper ved innføring av differensiert lønn blant overleger. For å få innsikt i dette, anså vi det som naturlig å intervju de som direkte ville bli berørt av et slikt lønssystem – overlegene selv. Videre mente vi at det ville være interessant å høre hva fremtidige overleger, dagens LIS-leger, tenkte om temaet. Ledere er også en relevant kilde, da de ser saken fra et annet perspektiv og kan bidra til en dypere forståelse. For å snevre inn utvalget, valgte vi å fokusere på de to største fagfeltene på sykehuset. Grunnen til det var at det både jobbet overleger og LIS-leger der, men også fordi det ga oss et godt overblikk og var mer representativt. Samtidig var disse fagfeltene ulike nok til å vise forskjeller i muligheter og utfordringer. Noe som fungerer innenfor et fagfelt, fungerer ikke nødvendigvis innenfor et annet. Vi mener dermed at vi har fått tilgang til de riktige kildene.

Det neste sentrale spørsmålet er hvorvidt respondentene har gitt oss riktig informasjon (Jacobsen, 2015, s. 230). Noen respondenter gir bedre informasjon enn andre, og det er i den anledning viktig å vurdere kildenes nærhet til fenomenet vi studerer. I vårt tilfelle var alle overlegene førstehåndskilder, ettersom det var deres lønssystem som ble diskutert. LIS-legene har ikke jobbet under dagens lønssystem for overleger, men dette var noe vi kontinuerlig hadde i tankene. Videre må man være åpne for at kildene ikke forteller sannheten. Lønn kan være et sensitivt emne, noe som øker risikoen for at svarene er unnvikende. Dette kan skyldes at legene

ikke ønsker å fremstå som grådige, men heller ønsker å formidle et sosialt akseptabelt bilde. For å oppmuntre til oppriktighet, garanterte vi full anonymitet, presiserte at ingen svar var mer korrekt enn andre og formidlet at vårt mål var å få et innblikk i deres perspektiver. Til tross for at emnet er sensitivt, opplevde vi åpenhet blant respondentene. Under intervjuene merket vi likevel at noen respondenter delte sine synspunkter mer ivrig og reflektert enn andre.

En fordel ved å bruke semistrukturerte intervjuer var at vi kontinuerlig kunne avklare og rette opp eventuelle misforståelser ved å stille oppfølgingsspørsmål. Dersom respondentenes svar var uklare, eller det virket som de misforsto et spørsmål, kunne vi raskt adressere dette. Videre forsterket tilstedeværelsen av to intervjuere denne fordelene, ettersom to observatører kan fange opp og håndtere unøyaktigheter mer effektivt enn en alene. Disse elementene i kombinasjon, forsterket studiens interne validitet (Saunders m. fl., 2016).

Ekstern validitet

Ekstern gyldighet handler om i hvilken grad funnene man har gjort kan generaliseres til andre sammenhenger (Jacobsen, 2015, s. 237–238). Det dreier seg om to typer generalisering, der den første vurderer om funnene fra en spesifikk case er overførbare til andre enheter innenfor den samme casen. Den andre typen generalisering dreier seg om hvorvidt resultatene fra én case kan generaliseres til andre case. De to typene generalisering er avhengig av to forhold: antall enheter og hvordan de spesifikke enhetene ble valgt i utgangspunktet.

I vår utredning valgte vi å benytte intervju som forskningsmetode for å utforske temaet i dybden. Totalt ble 11 overleger, 8 LIS-leger og 1 leder intervjuet. Overlegene vi intervjuet utgjorde ca. 10 % av overlegene på sykehuset, mens LIS-legene utgjorde ca. 13 (Årsrapport, 2022). Kombinasjonen av at vi intervjuet en *liten andel* av legene på *ett* norsk lokalsykehus, er faktorer som kan begrense overførbareheten. Dette innebærer at generalisering av funnene kan være utfordrende.

Når det gjelder kjønnsfordelingen i utvalget vårt, mener vi at den er relativt representativ for sykehuset. Fra sykehusets årsrapport (2022) har vi at kvinneandelen blant overlegene er 43 %, og vårt utvalg besto av 27 % kvinner. Denne andelen er derfor litt lav. For LIS-legene var utvalget representativt, da sykehusets kvinneandel for slike leger er 61 %, og vi intervjuet 63 % kvinner. Hvis vi sammenligner sykehuset med tall fra Legeforeningen i 2022, ser vi at kjønnsfordelingen avviker noe, der det var 49,2 % kvinnelige overordnede sykehusleger og

64,4 % kvinnelige underordnede sykehusleger blant medlemmene i Legeforeningen i 2022 (Taraldset, 2023). Gjennomsnittsalderen i vårt utvalg var 46 år for overlegene og 34 år for LIS-legene. Sammenligner vi dette med tallene fra Legeforeningen, så er dette relativt representativt, da gjennomsnittsalderen var 51 år for overordnet sykehuslege og 35 år for underordnet sykehuslege i 2022. Vårt utvalg reflekterer derfor i ganske stor grad den generelle kjønnsfordelingen og alderssammensetningen innen feltet.

Til tross for begrensningene, mener vi at vår utredning bidrar med verdifull innsikt i et tema som er lite forsket på. For å øke overførbarheten har vi tilstrebet en detaljert beskrivelse av forskningsspørsmål, metodikk, kontekst og funn. Slik gir vi leserne et grunnlag for å vurdere om funnene er relevante i andre sammenhenger (Saunders m. fl., 2016). Selv om våre funn kanskje ikke kan generaliseres til hele legebstanden, gir de en dypere forståelse av legers holdninger og perspektiver til mer differensiert lønn på ett sykehus. Oppsummert har vi dermed en høy intern validitet, men en mer begrenset ekstern validitet.

5.6 Oppsummering metode

I dette kapittelet har vi gått gjennom de metodiske valgene for oppgaven, forklart analyseprosessen og vurdert utredningens kvalitet. Vi har benyttet et eksplorativt forskningsdesign i oppgaven. Videre har vi valgt en kvalitativ metode i form av semistrukturerte dybdeintervjuer. Dataene er hovedsakelig kvalitative primærdata, men vi har også innhentet sekundærdata i form av artikler og rapporter. Vi intervjuet elleve overleger og åtte LIS-leger fra to ulike fagområder på sykehuset, kirurgi og indremedisin. Dette ga oss et godt innblikk i legers preferanser og holdninger, samt hva de ser på som eventuelle muligheter og utfordringer med å innføre mer differensiert lønn. I tillegg intervjuet vi en leder på sykehuset. Alle intervjuene ble gjennomført på møterom på sykehuset i perioden 16.10.23-13.11.23. Varigheten på intervjuene varierte fra 32 minutter til 1 time og 24 minutter. Når det gjelder behandling av data, transkriberte vi alle intervjuene innen en uke etter at de var avholdt. Deretter analyserte vi dataene. Samlet anser vi reliabiliteten til studien vår som god, og den interne validiteten som høy. Kombinasjonen av at vi intervjuet en *liten andel* leger på *ett* norsk lokalsykehus, gjør derimot at den eksterne validiteten er mer begrenset.

6. Funn

I dette kapitlet presenterer vi funnene våre. Vi har gjennomført 20 semistrukturerte intervjuer, fordelt på to fagfelt på sykehuset. Oppsummert fordeler intervjuene seg slik: 1 leder, 6 overleger fra kirurgi, 5 overleger fra indremedisin, 4 LIS-leger fra kirurgi og 4 LIS-leger fra indremedisin. Av disse har vi intervjuet 8 kvinner og 11 menn, der 2 av legene er tillitsvalgt. Lederens holdninger holdes utenfor grafene vi presenterer, siden det er legenes holdninger vi skal avdekke. Alle grafene presentert i kapitlet er basert på innsamlede data og følgelig egenutviklet.

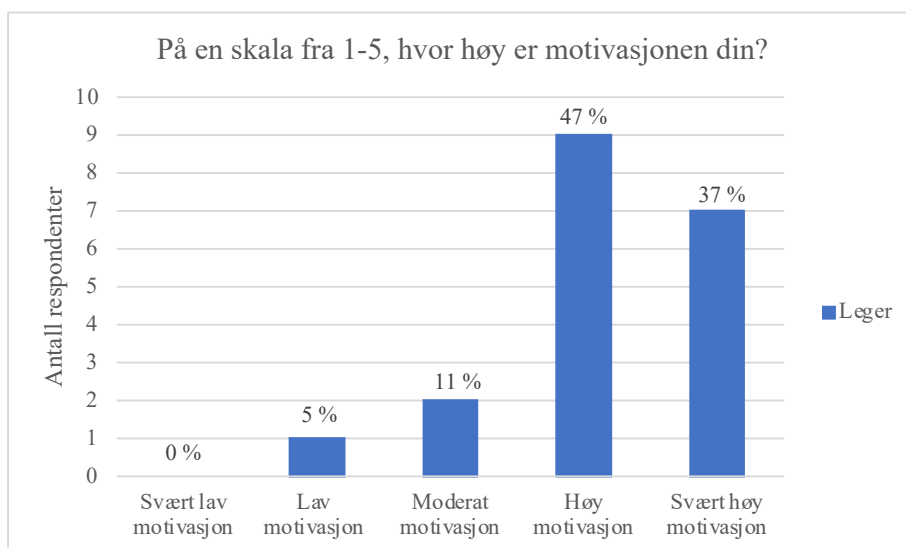
Formålet med intervjuene var å kartlegge legenes holdninger til dagens lønssystem, ansiennitetstillegg, prestasjonsbasert lønn, motivasjonsfaktorer og innvirkningen differensiert lønn kan ha på evnen til å tiltrekke og beholde kompetanse. Vi begynner med å ta for oss legenes holdninger til dagens lønssystem, etterfulgt av deres holdninger til ansiennitet og prestasjonslønn. Deretter utdypes vi om mulige prestasjonsmål og vridningseffekter. Avslutningsvis presenterer vi funn relatert til å tiltrekke og bevare kompetanse, før vi oppsummerer kapitlet.

6.1 Holdninger til dagens lønssystem

Et innblikk i hvordan legene har det i dag, både med tanke på motivasjon og det eksisterende lønssystemet, skaper et godt utgangspunkt for senere diskusjon. I dette delkapitlet vil vi presentere funn om legenes motivasjon, samt hvilke holdninger overleger og LIS-leger har til dagens lønssystem.

6.1.1 Legenes motivasjon i dag

Figur 6.1 viser at 84 % av legene har høy eller svært høy motivasjon. Fra intervjuene fremgår det at motivasjonen er flerfoldig og dypt forankret i både det faglige, og det menneskelige aspektet ved arbeidet. Motivasjonsfaktorene som trekkes frem av mange er pasientbehandling, faglig utvikling, kontinuerlig læring, indre drivkraft, teamarbeid og arbeidsmiljø.



Figur 6.1 Legers motivasjon

Flertallet av respondentene uttrykker en sterk motivasjon knyttet til pasientbehandling. Motivasjonen omhandler alt fra direkte pasientkontakt og å bidra til pasientenes bedring, til tilfredsstillende teknisk mestring av behandlingsformer. Samtidig er faglig utvikling og kontinuerlig læring en annen betydningsfull motivasjonsfaktor som trekkes frem. Respondent 2 illustrerer det med sin beskrivelse av å være «*veldig glad i å være detektiv*» i diagnostiseringsprosessen, som peker på en interesse for de intellektuelle utfordringene i medisinen. Det samme gjenspeiles av respondent 12, som understreker at en kontinuerlig faglig utvikling og søken etter kunnskap er en sentral drivkraft.

Teamarbeid og arbeidsmiljø er også fremhevet som viktige motivasjonsfaktorer. Respondent 1 nevner spesifikt «*å jobbe i et team som fungerer*», mens respondent 8 påpeker viktigheten av godt kollegialt samarbeid og det sosiale aspektet. Til slutt nevner flere indre faktorer, som følelsen av å gjøre en forskjell, mestringsfølelse, og det å bidra til samfunnet, som viktige drivkrefter. Flere leger snakker om gleden ved å hjelpe, og betydningen av å gjøre et arbeid som føles meningsfullt. I tillegg til de nevnte faktorene, trekker et par respondenter frem lønn og jobbsikkerhet som viktige faktorer. Samlet ser vi dermed at legene i stor grad motiveres av en kombinasjon av pasientfokuserende, faglige, mellommenneskelige og personlige faktorer.

På spørsmålet «Er lønn en motivasjonsfaktor for deg?» svarte 32 % av legene «Ja», 16 % «Nei», mens 53 % synes lønn til en viss grad er motiverende, vist i tabell 6.1. Det er ikke store forskjeller mellom overlegene og LIS-legene. En betydelig andel av respondentene anerkjente lønn som en bidragsyter til motivasjon, men de understreket at det ikke er den primære eller

eneste drivkraften. Eksempelvis uttalte respondent 2 at anerkjennelse og positive tilbakemeldinger vektlegges høyere enn finansiell kompensasjon:

Jeg synes det er viktigere å få gode tilbakemeldinger fra sjefen min om at hun synes jeg gjør en god innsats, og at det er kjekt å jobbe med meg. Det er viktigere for meg enn å få litt mer penger.

	Ja	Nei	Til en viss grad	Total
Overleger	3 (27 %)	2 (18 %)	6 (55 %)	11 (100 %)
LIS-leger	3 (38 %)	1 (13 %)	4 (50 %)	8 (100 %)
Samlet	6 (32 %)	3 (16 %)	10 (53 %)	19 (100 %)

Tabell 6.1 Er lønn en motivasjonsfaktor for deg?

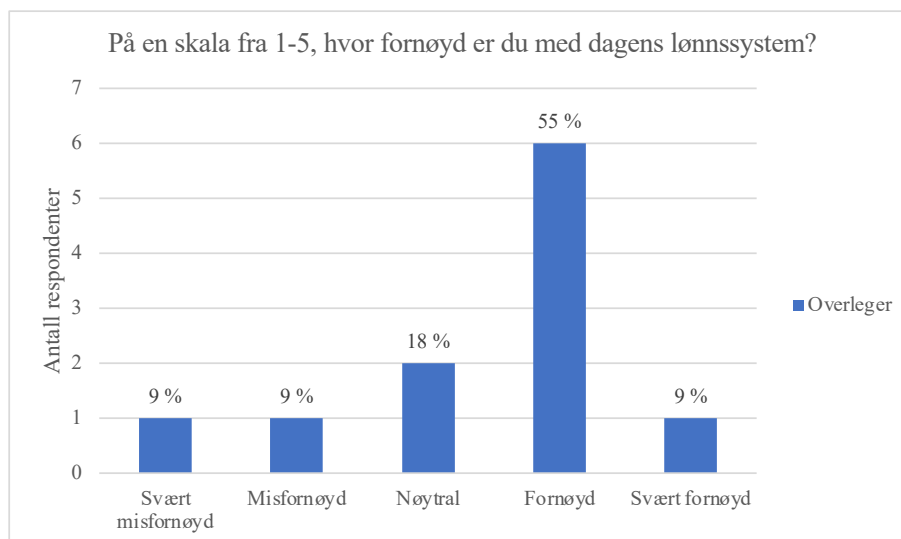
Respondent 5, 8 og 13 fremhevet derimot lønn som en mer sentral motivator, spesielt når det gjelder å påta seg ekstra arbeidsoppgaver, eller for å håndtere økonomiske forpliktelser.

Når det gjelder hvilken type anerkjennelse som er mest motiverende for legene, peker de fleste på at tilbakemeldinger fra pasienter, kollegaer eller ledere er svært motiverende. For enkelte respondenter er en kombinasjon av tilbakemeldinger og lønn viktig.

Samlet viser respondentenes svar at økonomisk kompensasjon er en del av anerkjennelsesbildet. Likevel er det de mer personlige og direkte formene for anerkjennelse, som tilbakemeldinger fra pasienter og kollegaer, som er mest motiverende.

6.1.2 Overlegers holdning til dagens lønssystem

Figur 6.2 viser at de fleste overlegene er fornøyd med dagens lønssystem. Da legene ble spurt om hvor fornøyd de var på en skala fra 1-5, svarte hele 64 % at de var fornøyd eller svært fornøyd med dagens system.



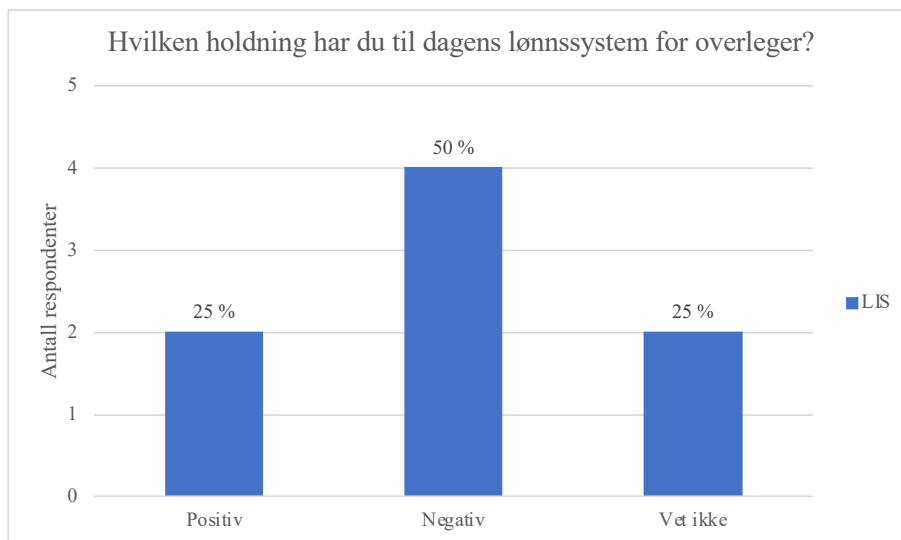
Figur 6.2 Overleger er fornøyd med dagens lønssystem

Styrkene som trekkes frem ved dagens system er at det er rettferdig, gjennomiktig, fornuftig og forutsigbart i form av klare retningslinjer. Respondent 1 uttrykker at «*min grunnholdning til lønssystemet er at det er en fornuftig måte å gjøre det på*». Man får lik kompensasjon for arbeidsinnsats uavhengig av fagområde, og det er bra at lønnen er lik for alle når arbeidsoppgavene i stor grad er felles. Det trekkes frem at systemet hindrer misunnelse og konflikt, og at det ikke gir insentiver til å selektere pasienter basert på behandlingsforløp, da lønnen er lik uavhengig av hvilken behandling man velger å gi.

Selv om størsteparten av overlegene er fornøyd med dagens system, ble det pekt på en rekke svakheter. Flere trekker frem at dagens system ikke gir insentiver til å gjøre noe ekstra eller strekke seg lenger, da man ikke får noe belønning for å påta seg flere arbeidsoppgaver og mer ansvar. Samtidig kan systemet oppleves som en «*straff*», fordi effektivitet fører til at man må gjøre mer for samme lønn. Respondent 3 uttaler at «*Det er ingen insentiver for meg til å øke produktiviteten eller endre noen metoder, fordi jeg bare blir straffet for det*». Svakheten flere påpeker er dermed at systemet ikke har en mekanisme for å premiere de med høy arbeidsinnsats, og at monetære insentiver til å effektivisere driften ikke er til stede. Dette fører til at man har liten mulighet til å belønne kompetanse, innsats og kjernepersonell som man ønsker å knytte til seg. Flere mener også at basislønnen er for lav, og at en for stor andel av lønnen er avhengig av vakt.

6.1.3 LIS-legers holdning til dagens lønssystem

Figur 6.3 viser en oversikt over LIS-legenes holdning til dagens lønssystem for overleger, kategorisert etter om de er positive, negative eller ikke vet hvordan de stiller seg. Skalaen er forskjellig fra overlegenes, fordi LIS-legene ikke har erfaring med overlegenes lønssystem. Funnene kan være preget av at nesten ingen av LIS-legene hadde kjennskap til overlegenes lønssystem på forhånd. Vi ga en kort innføring i hvordan systemet er lagt opp, og spurte deretter LIS-legene hvilke tanker de hadde om systemet. De fleste hadde ikke tenkt så mye over temaet på forhånd, som kan indikere at det er andre faktorer som er viktigere for dem. Selv om en kategorisering av svarene viste at 50 % var negative til systemet, var svarene preget av usikkerhet, og ingen hadde sterke meninger om dette.

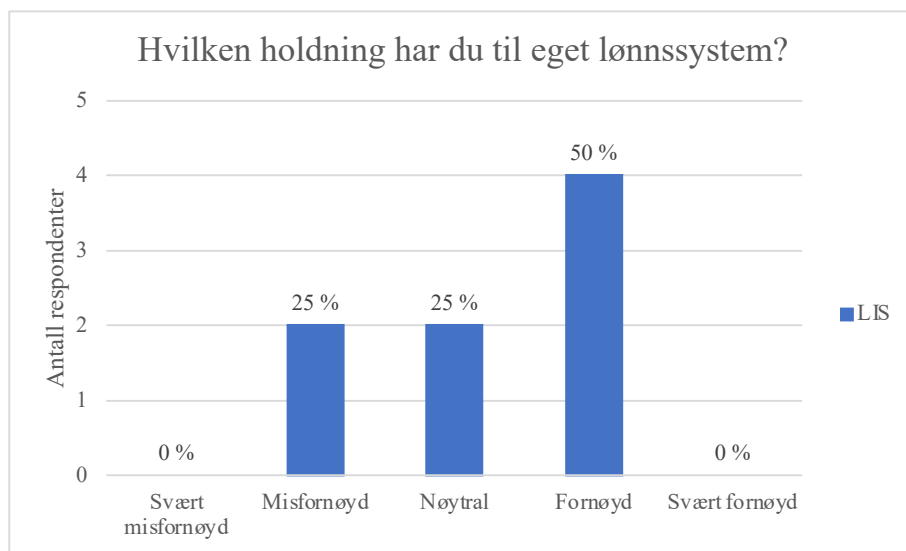


Figur 6.3 LIS-legenes holdning til dagens lønssystem for overleger

Bakgrunnen for de negative holdningene til dagens lønssystem kan blant annet knyttes til at den «lave» lønnen kan virke mindre gunstig over tid. Det private kan tilby både bedre lønn og arbeidstider, samtidig som andre sykehus kan tilby større fagmiljø. En annen grunn som vektlegges, er at man ikke har noe å jobbe mot. Selv om man motiveres av andre ting enn penger, så er høyere lønn motiverende. Flere peker på at kompetansen øker over tid, og respondent 13 sier at «Jeg tenker at det er litt rart at uansett hvor lang erfaring du har, så er basislønnen den samme, fra du er ferdig spesialist til du skal pensjonere deg». Videre kan mangel på pengeinsentiv føre til at initiativet til å bidra blir lavere, og at man ikke gjør mer enn man må. Dagens lønssystem gjør det vanskelig å fremforhandle bedre lønn, samt å premiere de som av ulike grunner burde premieres.

Imidlertid peker LIS-legene på flere styrker ved dagens lønssystem for overleger. For det første anses systemet forutsigbart og rettferdig. Her inngår det at alle anses likeverdige, og at det forhindrer «trynefaktor». For det andre kan det motivere LIS-leger til å fullføre løpet og begynne i en overlegestilling, fordi de da vil stå på lik linje med de andre overlegene. En tredje grunn er at det «minimerer mulighetene for intriger og konflikter», samtidig som det ikke gir insentiver til å skrive ut flest pasienter.

Videre spurte vi LIS-legene om hvilke tanker de hadde til eget lønssystem, som er basert på ansiennitet. I figur 6.4 fremkommer det at 50 % er fornøyd med systemet slik det er i dag. De fleste opplever systemet som greit, og at det er fint med ansiennitet. Respondent 19 uttaler at «Det er jo ansiennitetsbasert, så det er jeg veldig fornøyd med. Altså at det på den måten blir et rettferdig system». Andre respondenter påpeker at det fører til at jo mer erfaring man opparbeider seg, jo mer ansvar vil man få, og jo mer vil man tjene. Av den grunn oppleves differensieringen akseptabel, rimelig og rettferdig. Svakheterne som trekkes frem er at basislønnen er litt begrenset, og at man må jobbe mye for lønnen sin. På sykehus er de avhengig av å få vakttillegg og utvidet arbeidstid for å tjene mer. Misnøyen til systemet virker dermed i større grad å være knyttet til hvordan man lønnes innenfor systemet, og ikke den generelle lønnsstrukturen som innebærer ulike lønnstrinn.



Figur 6.4 LIS-legenes holdning til eget lønssystem

6.1.4 Oppsummering legenes motivasjon og holdninger til dagens lønssystem

De fleste legene (84 %) har høy eller svært høy motivasjon. Legene motiveres hovedsakelig av pasientbehandling, faglig utvikling, kontinuerlig læring, indre drivkraft, teamarbeid og arbeidsmiljø. 32 % av legene synes lønn er motiverende, 53 % synes det til en viss grad og 16 % synes ikke det. Anerkjennelse i form av tilbakemeldinger fra pasienter, kollegaer eller ledere er mest motiverende.

64 % av overlegene er fornøyde eller svært fornøyde med dagens lønssystem. Styrker som trekkes frem er at systemet er rettferdig, gjennomiktig, fornuftig og forutsigbart. I tillegg hindrer systemet misunnelse og konflikt, og gir ikke insentiver til å selekttere pasienter. Svakheterne overlegene forteller om er at systemet ikke har en mekanisme for å premiere de med høy arbeidsinnsats og at økonomiske insentiver til å effektivisere driften ikke er til stede.

Blant LIS-legene er 50 % negative til dagens lønssystem for overleger. Svarene var derimot preget av lite kunnskap og refleksjoner. Blant LIS-legene ble det pekt på at mangel på pengeinsentiv kan føre til at initiativet til å bidra blir dårlig, og at andre arbeidsgivere kan tilby bedre betingelser. Styrkene som ble trukket frem var, i samsvar med overlegenes, at det er forutsigbart, rettferdig og ikke gir et insentiv til å skrive ut flest pasienter. Videre er kun 50 % av LIS-legene fornøyd med eget lønssystem. Misnøyen her er derimot ikke relatert til den generelle lønnsstrukturen som innebærer ulike lønnstrinn, men hvordan man lønnes innenfor systemet med tanke på vakt. Overlegene pekte også på dette som en svakhet.

6.2 Holdninger til innføring av ansiennitetsbasert lønn

I dette delkapittelet presenterer vi funn om ansiennitet. Til å begynne med viser vi en oversikt over legenes holdninger til ansiennitet og om legene mener ansiennitet vil være motiverende. Her skiller vi mellom overleger og LIS-leger. Deretter sammenligner vi legenes holdninger på tvers av fagfelt og mellom kjønn. Til slutt deler vi legenes tanker om hvorvidt ansiennitet bør gjelde for antall år som overlege eller antall år på sykehuset.

6.2.1 Holdninger til innføring av ansiennitetsbasert lønn

Tabell 6.2 viser at 68 % av legene er positive til å differensiere på ansiennitet, og at det kun er 16 % som har en negativ holdning.

	Positiv	Negativ	Usikker	Total
Overleger	6 (55 %)	3 (27 %)	2 (18 %)	11 (100 %)
LIS-leger	7 (88 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	8 (100 %)
Samlet	13 (68 %)	3 (16 %)	3 (16 %)	19 (100 %)

Tabell 6.2 Holdninger til innføring av ansiennitet

Vi spurte også legene om de hadde blitt motivert som følge av et ansiennitetstillegg. Samlet ser vi at 42 % av legene svarte at de ville blitt motivert av et slikt tillegg, 37 % svarte at de ikke ville det og 21 % svarte at de til en viss grad ville det (tabell 6.3).

	Ja	Nei	Til en viss grad	Total
Overleger	2 (18 %)	7 (64 %)	2 (18 %)	11 (100 %)
LIS-leger	6 (75 %)	0 (0 %)	2 (25 %)	8 (100 %)
Samlet	8 (42 %)	7 (37 %)	4 (21 %)	19 (100 %)

Tabell 6.3 Vil innføring av ansiennitet være motiverende?

Videre presenterer vi overlegenes og LIS-legenes holdninger til ansiennitet, og hvorvidt de tror ansiennitet vil være motiverende.

Overleger

I tabell 6.2 ser vi at 55 % av overlegene er positive til å differensiere basert på ansiennitet, 27 % er negative og 18 % er usikre. Overlegene som er positive til ansiennitet, trekker frem at det gir fordeler som økt stabilitet og rettferdighet. Noen trekker frem at det kan sees som en belønning for lang tjeneste, samt benyttes som et virkemiddel for å beholde erfarne leger. En lege understrekte betydningen av erfaring, og argumenterte for at leger når sin karrieretopp i senere år. Respondent 2 uttrykker

Jeg jobber sånn som jeg gjør fordi jeg liker det jeg driver med. Det er ikke lønnen som styrer det, men jeg synes det er helt feil at vi ikke går opp i lønn fra vi er helt ferske overleger til rett før pensjon.

Videre peker flere leger på at ansiennitetstillegg er vanlig i andre yrker, og at det kan gi insentiver for langsiktig karriereplanlegging. Respondent 14 bemerker «*Det er jo normalt i andre yrker (...) Og det er jo noe alle vil oppnå før eller siden*».

Utover den grunnleggende støtten for ansiennitetsbasert lønnsdifferensiering, reflekterer flere respondenter over implikasjonene og prinsippene bak en slik tilnærming. Respondent 2 diskuterer at lønnsdifferensiering ikke bare handler om belønning, men også om å anerkjenne at lønnen bør reflektere vedvarende innsats: «*Det handler ikke egentlig om premiering, det handler om noe som bare burde vært sånn, men ikke er sånn*». Respondent 12 støtter denne ideen, og argumenterer for at en slik lønnskala er rettferdig og bidrar til å beholde kompetanse. Respondent 17 ser på ansiennitetsbasert lønn som en måte å planlegge karrieren på lang sikt, og at det dermed kan være attraktivt. Vektleggingen av langsiktig planlegging og karriereutvikling, og erkjennelsen av at erfaring bør ha en monetær verdi, gjenspeiler et bredere syn på hvordan lønnsstrukturer kan påvirke andre aspekter av legerollen og helsevesenet generelt.

Overlegene delte flere bekymringer med å differensiere basert på ansiennitet, blant annet at annuitetsbasert lønn ikke reflekterer individuell innsats eller kompetanse. De mener at ansiennitet kun handler om hvor lenge man har vært ansatt. En lege forteller at erfaringen som en lege har, ikke alltid deles med de andre, da noen er flinke til å gå inn på kontoret og lukke døren. Videre frykter noen at det kan medføre at noen leger bare flyter i systemet. Respondent 3 uttalte

Jeg kan være på jobben lenge, men det betyr ikke at jeg har mer kunnskap. De med grått hår blir vanligvis sett på som kunnskapsrike, men de har også ganske gamle metoder. Det er en stereotype som sitter i hodet vårt at eldre må være bedre, men det er veldig interessant fordi nytt utstyr er jo alltid bedre enn gammelt utstyr?

Dette synet deles av respondent 4, som legger til

Ulempene er jo at hvis du har en som har kort ansiennitet, som tar veldig mye ekstra ansvar og legger inn mye arbeidsinnsats, og så er det noen som legger ned mindre innsats, men som er eldre, så får de mer lønn bare fordi de eldre. Det er jo en utfordring

fordi det vil oppleves urettferdig. Hvorfor skal man da ta flere pasienter på poliklinikken og flere på operasjonsstuen, hvis man likevel ikke får noe belønning for det?

Disse utsagnene reflekterer en bekymring for at ansiennitet ikke belønner faktisk arbeidsinnsats, og kan skape en følelse av urettferdighet blant de mer produktive legene. Videre kritiseres den økonomiske logikken bak ansiennitetsbasert lønn av flere. Respondent 8 uttrykker

Det er ikke nødvendigvis slik at det er viktigst for folk som er i 50-60 årene å tjene mest mulig. Det kan være viktigere å tjene mer penger når man er yngre og har de store utgiftene.

Samlet sett peker uttalelsene på en bekymring for at ansiennitetsbasert lønn ikke oppmuntrer til initiativ og innovasjon. Disse synspunktene speiler en frykt for at ansiennitetsbasert lønn ikke nødvendigvis fremmer de mest ønskelige utfallene for individuelle leger, pasienter, eller helsetjenesten generelt.

Selv om et flertall av overlegene er positive til ansiennitet, er det ikke slik at et flertall tror et slikt tillegg vil være motiverende. Tabell 6.3 viser at 64 % av overlegene *ikke* tror de vil bli motivert av et ansiennitetstillegg, 18 % tror det til en viss grad og 18 % tror at de ville blitt det. Respondent 1 svarer at «*I den størrelsesorden som praktiseres på norske sykehus, nei*». Respondent 2 er positiv til ansiennitet, men mener likevel ikke at det vil virke motiverende: «*Nei, jeg hadde følt at ansiennitet var riktig, rett og rimelig, men jeg tror ikke det hadde betydd noe for min motivasjon*». På den andre siden er det flere overleger som føler at ansiennitet kunne være motiverende under visse omstendigheter. Respondent 11 fremhever for eksempel at lønn kun er en del av motivasjonsbildet, og at andre faktorer som arbeidsmiljø og det faglige også må være til stede. Respondent 5 synes derimot at et ansiennitetstillegg vil virke motiverende, da vedkommende ser en verdi i at det vil anerkjenne økende kompetanse over tid.

LIS-leger

Basert på intervjuene med LIS-legene, er det tydelig at det er en overveiende positiv holdning til ansiennitetsbasert lønn for overleger. Fra tabell 6.2 ser vi at hele 88 % er positive, 13 % er usikre, og ingen er direkte negative. Flere respondenter trekker frem rettferdighet og forutsigbarhet som sentrale argumenter. For eksempel understreker en respondent at lang erfaring bør belønnes, da dette bidrar til kontinuitet på arbeidsplassen: «*Lang erfaring vil gi*

belønning ved at man får bedre lønn etter hvert. Det er jo positivt at man får en belønning for å være på samme sted over lang tid». Dette perspektivet deles av respondent 18, som mener det er «Rettferdig at de som har jobbet lengst og har mest erfaring, tjener mer».

Videre er det en klar forståelse blant LIS-legene om at ansiennitetsbasert lønn kan tjene som en motivasjon for å beholde dyktige medarbeidere, slik at de ikke går over til det private eller andre sykehus. Det trekkes frem at ansiennitet vil være den enkleste måten å differensiere på, samt at det vil bidra til at folk vil jobbe lenge på samme sted. Respondent 19 følger opp med et lignende synspunkt, hvor ansiennitetsbasert lønn anses som en rettferdig løsning fordi det reflekterer en overleges erfaring og kompetanse: *«Det er naturlig at når du er mer erfaren, så produserer du mer. Da kan du gjøre mer avanserte inngrep og krever mindre ressurser».*

Samtidig er det viktig å merke seg at mange LIS-leger uttrykker bekymringer til implementeringen av et ansiennitetssystem, slik også overlegene gjorde. Respondent 6 påpeker at *«Jeg er i utgangspunktet positiv til ansiennitet. Så lenge det kun er på ansiennitet, og at man ikke mister nåværende lønnsnivå, men heller øker satsen over».* Legene frykter at en økning i lønn for eldre overleger kan føre til reduksjon i startlønnen for yngre overleger. utfordringen er at dersom samme lønnsnett skal fordeles på en annen måte, fører det til at noen får mindre. Flere påpeker at det dermed vil være viktig at et ansiennitetssystem kommer med ekstra bevilgning. Respondent 6 uttrykker videre en bekymring for rekrutteringen til sykehuset dersom samme lønnsnett omfordeles. Frykten er at unge leger vil søke mot sykehus som tilbyr høyere startlønn, fremfor å forplikte seg til en lang karriere ved et sykehus med lønnsvekst på sikt.

Til slutt reflekterer respondent 13 over hvordan systemet kan påvirke nyere overlegers opplevelse av rettferdighet: *«Ulempen kan være at man som relativt fersk overlege kanskje føler at man jobber minst like hardt og likevel ikke tjener like bra».* Dette understreker en oppfatning av urettferdighet, der yngre leger kan føle seg undervurdert til tross for tilsvarende arbeidsinnsats som deres mer erfarne kolleger. Samlet sett er LIS-legene positive til å differensiere på ansiennitet, gitt at det ikke medfører lavere startlønn som overlege.

Av LIS-legene svarer hele 75 % at de ville blitt motivert som følge av et ansiennitetstillegg (tabell 6.3), noe som samsvarer med de positive holdningene. De resterende respondentene mener at et slikt tillegg til en viss grad vil være motiverende. Blant LIS-legene er det dermed

langt større åpenhet for at ansiennitet vil virke motiverende, sammenlignet med overlegene. Respondent 6 bemerker at «Ansiennitet ville vært motiverende for min del. Det ville selvfølgelig ikke vært det mest betydningsfulle, men det ville gitt litt motivasjon for å bli samme sted». Utsagnet reflekterer betydningen av økonomisk belønning for langvarig tjeneste på sykehuset. Respondent 10 fremhever videre en følelse av lojalitet og gjensidighet: «Jeg tror det hadde gitt meg følelsen av lojalitet, og at man får noe tilbake fra sykehuset etter mange år med slit».

Oppsummering

Samlet så vi at 68 % av legene er positive til å differensiere på ansiennitet, og 16 % er negative. Blant overlegene så vi et positivt flertall (55 %) til å differensiere på ansiennitet, mens 27 % er negative og 18 % er usikre. Det som trekkes frem som positivt med ansiennitet av overlegene, er økt stabilitet, rettferdighet, og at det kan benyttes som et virkemiddel for å beholde erfarne leger. Flere mener at det er noe man burde hatt, og at det kan brukes i langsiktig karriereplanlegging. Overlegene er bekymret over at ansiennitet ikke belønner faktisk arbeidsinnsats, og derfor kan oppleves urettferdig. På samme måte som at dagens lønnsystem ikke oppmuntrer til initiativ og innovasjon, gjør heller ikke ansiennitet det. Selv om et flertall av overlegene er positive til ansiennitet, tror hele 64 % at de ikke ville blitt motivert av en slik lønnsdifferensiering.

Blant LIS-legene er holdningene stort sett positive, og ingen er direkte negative. I likhet med overlegene, ble rettferdighet og det faktum at ansiennitet kan benyttes for å beholde dyktige medarbeidere, trukket frem som positivt. LIS-legene frykter derimot at innføring av ansiennitet kan føre til en reduksjon i startlønnen til yngre overleger. Videre tror 75 % av LIS-legene at de ville blitt motivert som følge av et ansiennitetstillegg.

6.2.2 Forskjeller mellom kirurgi og indremedisin

Et bemerkelsesverdig funn fra vår studie er hvordan holdninger til differensiering basert på ansiennitet, varierer mellom ulike fagfelt. Vi vil nå sammenligne holdningene til legene som arbeider med kirurgi, med holdningene til legene som arbeider med indremedisin. Tabell 6.4 viser at 40 % av kirurgene er positive, 30 % er negative, og 30 % er usikre på å differensiere basert på ansiennitet. Samtidig ser vi at 100 % av legene som jobber med indremedisin er positive til ansiennitet.

	Positiv	Negativ	Usikker	Total
Kirurgi	4 (40 %)	3 (30 %)	3 (30 %)	10 (100 %)
Indremedisin	9 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	9 (100 %)
Samlet	13 (68 %)	3 (16 %)	3 (16 %)	19 (100 %)

Tabell 6.4 Forskjeller i holdninger til ansiennitet mellom fagfelt

Kirurgene som er positive til ansiennitetsbasert lønn, peker på at det kan være en metode for å belønne erfaring og oppmuntre til lengre karriere ved samme arbeidsplass. Respondent 5 understreker at «*leger blir mer og mer kvalifiserte jo mer erfaring de får*». Det indikerer at erfaring fører til økt kompetanse. Vedkommende argumenterer videre for at det er vitenskapelig bevist at kirurger når sin topp når de er rundt 57 år. Respondent 10 mener at ansiennitetsbasert lønn er «*den enkleste måten*», og vil virke motiverende for ansatte. Respondent 7 påpeker at et slikt system vil gi forutsigbarhet i lønnsutviklingen, noe som kan motvirke overgangen til privat sektor. Respondent 19 argumenterer for rettferdigheten i en slik ordning, og ser verdien i at mer erfarne leger, som kan «*gjøre mer avanserte inngrep*», belønnes for deres ekspertise.

Kirurgene peker derimot på flere ulemper med ansiennitetsbasert lønn. For det første fremhever flere respondenter at ansiennitetsbasert lønn kan være urettferdig og ineffektivt. Respondent 1 og 3 uttrykker bekymring for at ansiennitet ikke nødvendigvis reflekterer individuell innsats eller kompetanse, og at det kan føre til en «*blind*» lønnspolitikk som ikke tar hensyn til faktisk arbeidsinnsats. Respondent 4 og 5 fremhever at ansiennitet ikke automatisk medfører høyere kompetanse, og at det kan skape urettferdige situasjoner der yngre, potensielt mer kompetente leger, tjener mindre enn deres eldre kolleger som kanskje ikke yter like mye. Respondent 8 utfordrer ideen om at eldre leger ikke nødvendigvis er mer effektive eller kunnskapsrike, og stiller spørsmål ved om høyere lønn i senere karrierestadier virkelig er mest motiverende. Denne respondenten peker også på at en slik lønnsmodell kan føre til lavere inntekt i de tidlige karrierestadiene, noe som kan være demotiverende.

Som sagt er alle legene som jobber med indremedisin positive til ansiennitet. De argumenterer for at det kan bidra til å beholde erfarne leger ved å anerkjenne deres langvarige tjeneste og kompetanse. Respondent 2 peker på utfordringene med alternative lønssystemer som kan skape misnøye og uro. Respondent 11 og 6 legger vekt på at ansiennitetsbasert lønn kan fungere som en form for ros eller belønning. Det kan bidra til å beholde de mest erfarne: «*Lang erfaring vil gi belønning ved at man får bedre lønn etter hvert også*». Respondent 14 og 17 påpeker at

ansiennitet sees som en norm i andre yrker. Ansiennitet fremstår dermed som rettferdig og fornuftig for de fleste, og de anser det å belønne tjenestetid som en naturlig del av karriereutviklingen.

Selv om alle legene som jobber med indremedisin er positive til ansiennitet, pekte de på noen av de samme ulempene som kirurgene med et slikt lønssystem. Respondent 2 og 16 uttrykker bekymring for at ansiennitetsbasert lønn belønner alle likt, uavhengig av arbeidsinnsats, og potensielt kan demotivere de som yter mer. Respondent 6 og 12 fremhever at yngre leger, som kanskje trenger høyere lønn tidlig i karrieren, kan finne systemet mindre attraktivt, og at det kan påvirke rekrutteringen negativt. Respondent 13 understreker dette: *«ulempen kan være at man som relativt fersk overlege kanskje føler at man jobber minst like hardt og likevel ikke tjener like bra»*.

Samlet har vi sett at 40 % av kirurgene og 100 % av indremedisinerne er positive til å differensiere basert på ansiennitet. Både blant kirurgene og indremedisinerne legges det vekt på at ansiennitet vil belønne erfaring, og oppmuntre til lengre karriere ved samme arbeidsplass. Selv om alle legene fra indremedisin er positive til ansiennitet, pekte de på noen av de samme ulempene som kirurgene. Ansiennitetsbasert lønn belønner alle likt, uavhengig av arbeidsinnsats og kompetanse, og kan potensielt demotivere de som yter mer.

6.2.3 Forskjeller mellom menn og kvinner

Tabell 6.5 viser at 64 % av mennene er positive, 27 % er negative, og 9 % er usikre til å differensiere på ansiennitet. Videre ser vi at hele 75 % av kvinnene er positive til å differensiere på ansiennitet, mens 25 % er usikre. Altså er det ingen kvinner som er negative til en slik lønnsdifferensiering.

	Positiv	Negativ	Usikker	Total
Menn	7 (64 %)	3 (27 %)	1 (9 %)	11 (100 %)
Kvinner	6 (75 %)	0 (0 %)	2 (25 %)	8 (100 %)
Samlet	13 (68 %)	3 (16 %)	3 (16 %)	19 (100 %)

Tabell 6.5 Forskjeller i holdninger til ansiennitet mellom menn og kvinner

6.2.4 Bør ansiennitet gjelde for antall år som overlege eller antall år på sykehuset?

Vi spurte legene om et ansiennitetsbasert system bør gjelde for antall år som overlege eller antall år ansatt ved sykehuset. Funnene viser at det er en sterk preferanse for å beregne ansiennitet basert på antall år som overlege. Flere respondenter poengterer at dette ville reflektere den reelle kompetansen og erfaringen en lege har opparbeidet seg, og at det dermed virker mest rettferdig. Respondent 5 uttrykker dette klart «*Det verste jeg vet er når du går for intramural ansiennitet. (...) Jeg vil gjerne ha impulser utenfra*». Sitatet understreker ønsket om å verdsette erfaringer og kompetanse opparbeidet også utenfor sykehusets egne vegger, og å unngå et system som straffer de som har bredere erfaring. Et annet fremtredende synspunkt er at ansiennitet basert på generell erfaring som overlege, fremmer mobilitet og kompetanseutveksling på tvers av institusjoner, og unngår urettferdig favorisering av de som har jobbet lengst ved en bestemt institusjon.

Samtidig er det flere som kommer med et forslag om en hybrid løsning, der både generell og spesifikk ansiennitet vektlegges. Dette kan tyde på et ønske om en balansert tilnærming, som både belønner generell erfaring som overlege og spesifikk lojalitet til en institusjon. Overvekten av meningene lener seg likevel mot å anerkjenne generell overlegeerfaring som grunnlag for ansiennitetsberegning.

6.2.5 Oppsummering holdninger til innføring av ansiennitetsbasert lønn

I dette delkapittelet har vi presentert funn om legenes holdninger til innføring av ansiennitet. Samlet er 68 % av legene positive til å differensiere på ansiennitet, og kun 16 % negative. Når vi sammenlignet overleger og LIS-leger så vi at 55 % av overlegene er positive, og at 88 % av LIS-legene er positive. Ingen LIS-leger er direkte negative, mens 27 % av overlegene er det. Vi spurte legene om de hadde blitt motivert som følge av et ansiennitetstillegg. 64 % av overlegene uttrykker at de ikke ville blitt motivert av et slikt tillegg, mens hele 75 % av LIS-legene mener at et slikt tillegg ville vært motiverende.

En sammenligning av holdningene mellom fagfelt viste at 40 % av kirurgene og 100 % av indremedisinerne er positive til å differensiere basert på ansiennitet. På den ene siden vil ansiennitet belønne erfaring og oppmuntre til lengre karriere ved samme arbeidsplass. På den andre siden vil ansiennitet belønne alle likt, uavhengig av arbeidsinnsats og kompetanse, og kan derfor demotivere de som yter mer. Når det gjelder kjønnsforskjeller så vi at ingen kvinner

er negative til en slik lønnsdifferensiering, men at 27 % av mennene er det. Samtidig er 75 % av kvinnene og 64 % av mennene, positive.

Videre så vi at det er en sterk preferanse for å beregne ansiennitet basert på antall år som overlege, heller enn antall år ansatt ved sykehuset. Flere mener også at begge deler burde vektlegges.

6.3 Holdninger til prestasjonsbasert lønn

I dette delkapittelet presenterer vi funn om holdninger til prestasjonsbasert lønn. Innledningsvis viser vi en oversikt over legenes holdninger til prestasjonslønn, hvor vi skiller mellom overleger og LIS-leger. Deretter presenterer vi legenes tanker om prestasjonslønn sett opp mot motivasjon. Til slutt sammenligner vi holdningene i de ulike fagfeltene og mellom kjønn.

6.3.1 Holdninger til prestasjonsbasert lønn

Når det kommer til å innføre et mer prestasjonsbasert lønssystem er 47 % av legene negative, 37 % positive og 16 % usikre (tabell 6.6).

	Positiv	Negativ	Usikker	Total
Overleger	6 (55 %)	4 (36 %)	1 (9 %)	11 (100 %)
LIS-leger	1 (13 %)	5 (63 %)	2 (25 %)	8 (100 %)
Samlet	7 (37 %)	9 (47 %)	3 (16 %)	19 (100 %)

Tabell 6.6 Holdninger til prestasjonsbasert lønn

Tabell 6.7 viser hvordan legene forholder seg til spørsmålet om hvorvidt differensiert lønn basert på prestasjoner vil være motiverende. Samlet ser vi at 37 % tror prestasjonslønn vil virke motiverende, 26 % tror ikke det, og 37 % tror at det til en viss grad vil virke motiverende.

	Ja	Nei	Til en viss grad	Total
Overleger	5 (46 %)	2 (18 %)	4 (36 %)	11 (100 %)
LIS-leger	2 (25 %)	3 (38 %)	3 (38 %)	8 (100 %)
Samlet	7 (37 %)	5 (26 %)	7 (37 %)	19 (100 %)

Tabell 6.7 Vil innføring av prestasjonslønn være motiverende?

Videre presenterer vi overlegenes og LIS-legenes holdninger til prestasjonsbasert lønn, samt om de tror prestasjonslønn vil være motiverende.

Overleger

Tabell 6.6 viser at 55 % av overlegene er positive til å differensiere på prestasjon, 36 % er negative og 9 % er usikre. Blant de positive påpeker samtlige at dette er forutsatt en god modell for prestasjonsbasert avlønning, og et system som fungerer. I det ligger det blant annet at systemet er transparent, faglig forsvarlig og følges opp tilstrekkelig. Respondent 5 sier «*Jeg tenker det er positivt om man får gjort det på riktig måte, men det ligger noen begrensninger i det. Det kan fort skapes mer ugagn enn nytte med et sånt opplegg*». Blant de negative, antyder flere at prestasjonslønn hadde vært ideelt, men at de ikke ser hvordan det kan gjennomføres i praksis.

Respondent 4, som er positiv, sier at det vil motivere til å legge inn mer innsats fordi innsatsen blir belønnet. Prestasjonslønn kan skape et insentiv til å effektivisere driften, fordi de ansatte har noe å tjene på å påta seg flere oppgaver og være mer produktive. Respondent 5 istemmer dette, med at det er positivt å kunne premiere de som har høy kompetanse, høy effektivitet og som legger inn en stor innsats. I tillegg argumenterer respondent 3 for at overleger besitter ulikt ferdighetsnivå, og at det er rettferdig at de som er dyktigst skal ha høyere lønn.

Hvorfor kan vi differensiere mellom yrkesgrupper, men ikke innad i yrket? Vi utøver ikke de samme oppgavene, og vi gjør ikke de samme prosedyrene. Det er god nok argumentasjon mellom meg og en sykepleier, men ikke mellom meg og en lege. Helt absurd.

Et annet poeng som nevnes, er at prestasjonslønn har en psykologisk fordel i form av at arbeidshverdagen kan oppleves enklere for den enkelte. Eksempelet som benyttes av respondent 8, er at det er tyngre å ha en lang dag på poliklinikken med fast lønn, enn det er å bli betalt per pasient, selv om man ender opp på samme beløp. Respondent 9 uttaler videre at oppgaver utenom det pasientrettede, slik som papir- og administrativt arbeid, ofte skjevfordeles i kollegiet, og at en differensiering basert på dette kunne være fordelaktig.

Mange av overlegene ser på prestasjonslønn som noe ideelt, men uoppnåelig, og det er betydelig skepsis til implementering av en slik ordning. Den mest fremtredende meningen er at det ikke finnes en fullverdig måte å måle innsatsen til legene på sykehuset.

Nei, det er jo vanskelig å måle hos oss, at den ene er bedre enn den andre, antall epikriser skrevet, eller hvor mange pasienter du har skrevet ut ... Det er jo sånn tankegang som kanskje ikke passer så godt hos oss. (...) Én pasient kan du jobbe med en hel dag, mens du kan skrive ut 6 pasienter med enklere problemstillinger på samme dag, så det blir som å sammenligne epler og pærer.

Respondent 14 påpeker at antall pasienter behandlet i løpet av en dag ikke sier noe om kvaliteten på behandlingen. Respondent 1 spør seg videre «*hvordan skal vi sidestille en som har en kneskade med en som har et hoftebrudd? Hva er viktigst?*». Respondent 9 argumenterer for at det er vanskelig å måle, fordi de ulike fagfeltene, kirurgi og indremedisin, har svært ulike oppgaver. I tillegg mener noen at det er enklere å telle for eksempel operasjoner på kirurgisk klinikk, enn det er å telle pasientbehandling på indremedisinsk klinikk. Utover dette påpeker respondent 12 at viktige funksjoner på et sykehus som veiledning, rådgivning, samt opparbeidelse og deling av kompetanse med kollegaer ikke enkelt kan knyttes til produksjonen, og derfor tenkes å bli neglisjert under et slikt system.

Flere er skeptiske til om et slikt system vil oppleves rettferdig. «*Ulempen er at det er veldig vanskelig å lage et system som er treffsikkert og rettferdig, og som ikke blir preget av den enkelte lederen sin synsing*». Videre er det en generell oppfatning at det er vanskelig å forstå hvorfor noen skal ha mer lønn enn andre for samme jobb. Lignende bekymringer er at det vil virke urettferdig om man vet at man aldri vil nå det samme tillegget som kollegaen sin, samt at det kan være demotiverende om andre bedriver såkalt «*cherry-picking*». Det vil si at de bevisst prioriterer oppgaver som blir belønnet. Respondent 8 ytrer at det å trå feil med et prestasjonsbasert lønssystem vil være verre enn å ha et nøytralt system. For å oppsummere peker overlegene på at det er utfordrende å sidestille ulike medisinske oppgaver og resultater, og at det er vanskelig å skape et system som er treffsikkert, rettferdig og fritt fra subjektivitet.

Respondent 14 innrømmer at «*Vi er jo sånn sett ikke mer voksne her enn at det kan bli litt mumling i gangene hvis noen har høyre lønn enn andre når man ikke vet hva slags kriterier som er bakgrunnen for det*». Dette belyser en annen bekymring blant overlegene, at

prestasjonslønn kan ha negativ innvirkning på miljø og samarbeid. Respondent 12 sier «*Jeg er skeptisk til det å belønne prestasjon, for da vil insentivet være det som belønnes, og så er det sannsynligvis arbeidsmiljø og samarbeid som lider under det*». Legene mener prestasjonslønn kan danne grunnlag for spekulasjoner og misunnelse i legegruppen. En siste kritikk som trekkes frem av flere, er faren for at tempo skal gå utover kvaliteten på pasientbehandlingen, eller at man skal få insentiver til å prioritere feil pasienter. Dette peker på en underliggende tendens blant respondentene om at mens teorien bak prestasjonslønn kan virke attraktiv, er realiteten mer kompleks.

Blant overlegene tror 46 % at prestasjonslønn vil være motiverende, og 36 % tror at det vil være motiverende til en viss grad (tabell 6.7). Kun 18 % av overlegene svarer at prestasjonslønn ikke vil virke motiverende, men de formidler likevel ulike meninger og bekymringer. Noen ser verdien i et lønssystem som belønner ytelse og innsats. Eksempelvis uttrykker respondent 5 at «*det er faktisk lettere å jobbe når du vet at du tjener penger per pasient*», og respondent 4 mener at differensiert lønn ville være en «*tydelig måte å gi beskjed om at det er bra å gjøre mer arbeid*». Disse synspunktene understreker hvordan økonomiske insentiver, i form av prestasjonslønn, kan forbedre motivasjonen.

På den andre siden er flere overleger bekymret for at sterk kobling mellom lønn og prestasjon kan gi negative konsekvenser for motivasjonen. Respondent 1 bemerker at en direkte kobling kan føre til feil fokus, der oppmerksomheten flyttes fra pasientbehandling til inntjening: «*hvis man setter tusenlapper på arbeidet, kan man miste motivasjonen for å gjøre det*». Respondent 11 svarer at «*Det spørres hvor mye det er snakk om. Men nei, jeg tror egentlig ikke det. Altså jeg håper og tror at jeg er mest styrt av idealisme. At jeg gjør det som jeg tenker er viktigst for pasientene*». Videre frykter respondent 12 at et prestasjonsbasert lønssystem kan være demotiverende og ødeleggende for arbeidsmiljøet.

LIS-leger

I motsetning til overleger er majoriteten av LIS-leger negative til å differensiere på prestasjon, slik det fremgår av tabell 6.6. Hele 63 % er negative, 25 % er usikre og kun 13 % er positive. Svarene reflekterer en generell skepsis til prestasjonsbasert lønn, og fremhever at det er vanskelig å implementere et slikt system i helsesektoren.

LIS-legene er, på samme måte som overlegene, bekymret for hvordan prestasjon skal defineres og måles. «Jeg synes det er et veldig vanskelig tema. Hvordan skal man definere prestasjoner? Skal det være volumet på undersøkelser, volumet på pasienter?». Hva som er en god prestasjon, hvordan man skal skille nesten like prestasjoner fra hverandre og hvem som skal vurdere disse, er problemstillinger som LIS-legene trekker frem. Respondent 19 belyser dette ved at «Du har så mange variabler og leger fra ulike seksjoner jobber helt ulikt i forhold til hverandre». Det trekkes også frem at samme person kan være god på en ting, og mindre god på noe annet. I tillegg er det systematiske forskjeller i hvor komplekse pasientproblemstillinger de ulike legene får i forhold til hvor erfarne de er. Det spiller inn på hvor raskt de kan behandle pasienter. De mener derfor det er sentrale utfordringer forbundet med å vurdere prestasjon på en rettferdig måte på tvers av spesialiteter og erfaring.

Videre frykter flere av LIS-legene at et slikt system kan føre til et uforholdsmessig fokus på kvantitet fremfor kvalitet, noe som kan gå på bekostning av pasientbehandling. Respondent 6 sier at selv med gode definisjoner kan prestasjonslønn «bli et tveegget sverd med litt for mye fokus på feil ting». Det er utbredt konsensus om at et lønssystem som går på bekostning av fagligheten ikke er noe legene ønsker seg, noe flere er redde for at det vil. Mange ser redusert kvalitet på de medisinske tjenestene som en uunngåelig effekt dersom man hele tiden motiveres til å jobbe raskere eller til å øke inntjeningen til sykehuset. Respondent 20 påpeker at man risikerer å havne i en situasjon hvor pasientene som trenger det mest, ikke får fullgod hjelp, fordi de også er de mest ressurskrevende.

En annen ulempe som fremgår av svarene, er at en prestasjonsbasert lønnsmodell kan ha negative konsekvenser for arbeidsmiljøet. Det belyses at det kan stimulere til et mer konkurransepreget miljø, som igjen kan lede til konflikter og misunnelse blant kolleger. Respondent 7 presenterer et eksempel om at det under et slikt system vil være mer nærliggende å sammenligne seg med kollegaer og lure på hvorfor andre får høyere lønn, til tross for tilnærmet identiske evner og kunnskap. Respondent 19 uttrykker samstemmig at «det ville skapt en del interne gnisninger og utfordringer», samtidig som respondent 7 mener et slikt utgangspunkt er uheldig i en legehverdag.

Respondentene indikerer likevel at prestasjonslønn kan ha positive aspekter ved seg. For det første kan det virke motiverende. Det kan fungere som en belønningsmekanisme til de som påtar seg ekstra ansvar eller utmerker seg i sitt arbeid, og følgelig være et middel for å beholde

dyktige ansatte. Dette kan bidra til at legene føler seg verdsatt. For det andre pekes det på at man har ulik erfaring, og at belastningen man har vært gjennom kanskje bør reflekteres i lønnen. Respondent 15 belyser at resten av samfunnet til en viss grad er bygd opp ved at man måles basert på prestasjon, og at det sånn sett er et system man er vant til å forholde seg til. For det tredje påpeker noen at mer konkurranse kan føre til at man øker kompetansen. I tillegg nevner respondent 6 at *«Det kan jo være positivt for inntjeningen til sykehuset og lette litt på ventelistene»*.

Av LIS-legene tror 25 % at prestasjonslønn vil være motiverende, mens 38 % til en viss grad tror det (tabell 6.7). Også blant LIS-legene er det en bekymring for at et slikt lønnsystem kan lede til feil fokus og potensielt demotivere dem fra deres primære oppgave, nemlig å yte best mulig pasientbehandling. Respondent 6 uttrykker tydelig denne holdningen: *«Å bli målt på en eller annen ting for å kunne tjene mer, ville vært demotiverende»*. Denne bekymringen deles av respondent 18, som reflekterer over erfaringer fra allmennpraksis, der man får penger per pasient: *«Jeg følte at jeg ble for mye styrt av penger i forhold til hva jeg egentlig skulle ønske. Så det var motiverende, men ikke på en god måte»*. Samtidig anerkjenner noen at økonomiske insentiver kan være en motivator, men at de også er bekymret for at det kan føre til utbrenthet eller forskyvning av fokus fra kvaliteten på pasientbehandlingen. Da respondent 10 ble spurt om vedkommende hadde blitt motivert av at sine prestasjoner hadde direkte innvirkning på lønnen, var svaret *«Ja, fordi jeg tror jeg hadde endret meg til det. Sorry for å si det, men jeg tror det. Jeg tror jeg ikke hadde klart å dulle da»*.

Oppsummering

Samlet er 47 % av legene negative, 37 % positive og 16 % usikre til innføring av prestasjonsbasert lønn. Blant overlegene er 55 % positive til å differensiere på prestasjon, 36 % negative og 9 % usikre. Overlegene trekker frem at prestasjonslønn kan skape et insentiv til å effektivisere driften og premiere de som legger inn stor innsats. I tillegg mener noen at det er rettferdig at de som er mest dyktig skal ha høyere lønn, og at det kan skape en psykologisk fordel ved at arbeidsdagen oppleves mer motiverende. Samtidig peker overlegene på flere ulemper med prestasjonslønn. Blant annet finnes det ikke fullverdige prestasjonsmål, prestasjonslønn kan oppleves urettferdig og det kan ha negativ innvirkning på miljø og samarbeid. Man risikerer dessuten at kvantitet trumfer kvalitet og at det gir insentiver til å prioritere feil pasienter.

Majoriteten av LIS-legene er negative til å differensiere på prestasjon. 63 % er negative, 25 % er usikre og kun 13 % er positive. LIS-legene pekte på de samme fordelene som overlegene, nemlig at prestasjonslønn kan virke motiverende, fungere som en belønningsmekanisme og være et middel for å beholde dyktige ansatte. Ulempene som trekkes frem av LIS-legene er de samme som overlegene la vekt på. De er bekymret for hvordan prestasjon skal defineres og måles og frykter at et slikt system kan føre til fokus på kvantitet fremfor kvalitet, samt ha negative konsekvenser for arbeidsmiljøet.

Overlegene tror i større grad enn LIS-legene, at prestasjonslønn vil være motiverende. Mens 46 % av overlegene tror det, svarer kun 25 % av LIS-legene at lønn basert på prestasjoner vil være motiverende. Til sammenligning svarer 18 % av overlegene og 38 % av LIS-legene at de ikke tror prestasjonslønn vil være motiverende.

6.3.2 Forskjeller mellom kirurgi og indremedisin

Et interessant funn er forskjellen mellom kirurgenes og indremedisinernes holdninger til prestasjonslønn. I tabell 6.8 ser vi at 70 % av respondentene fra kirurgi er positive til å differensiere basert på prestasjon. Til sammenligning er ingen av respondentene fra indremedisin positive. Kun 20 % fra kirurgi er negative, mens hele 78 % fra indremedisin er det. Videre er henholdsvis 10 % og 22 % usikre i de to fagfeltene.

	Positiv	Negativ	Usikker	Total
Kirurgi	7 (70 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	10 (100 %)
Indremedisin	0 (0 %)	7 (78 %)	2 (22 %)	9 (100 %)
Samlet	7 (37 %)	9 (47 %)	3 (16 %)	19 (100 %)

Tabell 6.8 Forskjeller i holdninger til prestasjonslønn mellom fagfelt

Det kirurgene trekker frem som positivt med prestasjonsbasert lønn er at det potensielt vil motivere til å legge ned ekstra innsats, og følgelig bedre prestasjon. De fleste mener man bør få uttelling for godt arbeid. Respondent 3 uttaler at prestasjon er det man leverer, og det alt i arbeidslivet måles på, og at av alle variabler som virker inn på lønnen må derfor dette veie tyngst. Legene presiserer at utfordringen er å skape et system som ikke går utover den faglige kvaliteten, og som oppleves forståelig. Blant det negative nevnes selektering av pasienter,

subjektive vurderinger, ensidig fokus på de oppgavene som måles og hvordan de i det hele tatt skal måles.

Den største skepsisen blant legegruppen fra indremedisin knytter seg til at det ikke er mulig å måle prestasjonen deres. De arbeider med ulike problemstillinger som beslaglegger ulikt ressursgrunnlag. Likeledes er målbarhet en av faktorene som trekkes frem som forskjellen mellom fagfeltene. «Det er vanskelig i indremedisin. Det er lett i kirurgien, fordi der kan man telle antall operasjoner». Flere sier de ikke er imot en modell som belønner produktivitet og kompetanse dersom det hadde gått an å måle. Videre trekkes det frem at fokus på inntjening til sykehuset vil gå på bekostning av faglighet og pasientbehandling, at det vil skape et konkurransepreget miljø og at det ikke er noen som er egnet til å vurdere prestasjonen.

6.3.3 Forskjeller mellom menn og kvinner

Når det gjelder å differensiere basert på prestasjon, viser tabell 6.9 at 36 % av mennene er positive, 46 % negative og 18 % usikre til et slikt lønssystem. Blant kvinnene er det tilsvarende holdninger, der 37 % av kvinnene er positive, 50 % negative og 13 % usikre. Interessant nok er det dermed ingen store forskjeller mellom kjønnene.

	Positiv	Negativ	Usikker	Total
Menn	4 (36 %)	5 (46 %)	2 (18 %)	11 (100 %)
Kvinner	3 (37 %)	4 (50 %)	1 (13 %)	8 (100 %)
Samlet	7 (37 %)	9 (47 %)	3 (16 %)	19 (100 %)

Tabell 6.9 Forskjeller i holdninger til prestasjonslønn mellom menn og kvinner

6.3.4 Oppsummering holdninger til prestasjonsbasert lønn

I delkapittel 6.3 har vi presentert legenes holdninger til prestasjonsbasert lønn. Samlet så vi at 47 % av legene er negative, 37 % positive og 16 % usikre til å innføre dette. Det er derimot store forskjeller mellom de ulike gruppene. Blant overlegene er 55 % positive til å differensiere på prestasjon, 36 % negative og 9 % usikre. Til sammenligning er 63 % av LIS-legene negative, 25 % usikre og kun 13 % positive. Legene peker på de samme fordelene og ulempene. Prestasjonslønn kan skape insentiv til å effektivisere driften og premiere de som legger inn mest innsats. På den andre siden er det utfordrende å finne gode prestasjonsmål, prestasjonslønn kan oppleves urettferdig og ha en negativ innvirkning på miljø og samarbeid.

Vi presenterte også funn om hvorvidt differensiert lønn basert på prestasjoner vil være motiverende. Samlet så vi at 37 % av legene tror prestasjonslønn vil virke motiverende, 26 % tror ikke det og 37 % tror at det til en viss grad vil virke motiverende. Når vi sammenlignet overleger og LIS-leger, så vi at 46 % av overlegene tror lønn basert på prestasjoner vil være motiverende, mens kun 25 % av LIS-legene tror det. Noen av overlegene ser verdien i et lønssystem som belønner ytelse og innsats, men uttrykker samtidig bekymring for at det kan lede til feil fokus, være demotiverende og negativt for arbeidsmiljøet. LIS-legene deler samme bekymringer.

Da vi sammenlignet holdningene innad i de ulike fagfeltene, så vi at 70 % av respondentene fra kirurgi er positive til å differensiere basert på prestasjon, mens ingen av respondentene fra indremedisin er positive. Samtidig er kun 20 % fra kirurgi negative, mens hele 78 % fra indremedisin er det. Kirurgene peker på at prestasjonslønn vil motivere til å legge ned ekstra innsats, og følgelig bedre prestasjoner. Indremedisinerne legger vekt på at innenfor deres fagfelt er det ikke mulig å måle prestasjon, slik man kan i kirurgi. Videre fant vi at det ikke er store forskjeller i holdninger mellom kjønnene.

6.4 Mer om prestasjonsbasert lønn

I dette delkapittelet presenteres flere funn relatert til prestasjonslønn. Nærmere bestemt vil vi se på respondentenes tanker om ulike prestasjonsmål og mulige vridningseffekter.

6.4.1 Prestasjonsmål

I løpet av intervjuet la vi frem forslag til ulike mål som prestasjonslønn kan baseres på. I dette delkapittelet går vi gjennom disse målene og presenterer respondentene sine tanker om dem.

Utvikle fagfelt/rutiner internt på sykehuset

Det første forslaget er at leger som er med på å utvikle fagfelt eller rutiner internt på sykehuset kan motta midlertidige tillegg. Respondentene har delte meninger om forslaget. Flesteparten er skeptiske, men noen er positive.

Respondent 2 trekker frem fordelene med at det kan være en måte å belønne de kollegaene som drar lasset for andre på. De «*som bare gjør så utrolig mye mer enn det som står i stillingsbeskrivelsen deres*». En påskjønnelse for dette kan sende en signaleffekt fra sykehuset

om at «*dette liker vi*». Andre trekker frem at det kan bidra til at sykehuset går bedre, og mer sikkerhet for pasientene. Flere ser på det som positivt å utvikle driften og komme opp med nye ideer, og mener at ekstraarbeid bør belønnes. Respondent 12 sier «*hvis du har ansvar for noe, tenker jeg at da er det helt greit at det er noe belønning som følger med det*». Likevel lurte flere på hvordan det skal gjennomføres i praksis. Respondent 5 påpeker at ikke alle kan utvikle fagområder i hver sin retning uten styring, mens respondent 14 frykter det vil resultere i endring «*på papiret*», og ikke i realiteten. Mange sier at dette allerede inngår som en del av deres arbeidsoppgaver, og ser derfor ikke hvorfor det skal lønnes ekstra.

Fastsatt norm

Det andre forslaget er en fastsatt norm, altså at sykehuset beregner hvor mange pasienter som burde behandles i løpet av et år, deler det på antall leger, og får en norm for hvor mange pasienter hver lege burde behandle. Da kan man belønne de over, uten å trekke fra de under, ved slutten av perioden. Dette er samtlige leger negative til.

Slik det fremkommer av intervjuene synes legene at et slikt prestasjonsmål verken vil være rettferdig overfor pasientene eller dem selv. For det første er det ikke mulig å sammenligne pasienter på den måten, på grunn av svært ulike pasientgrupper med varierende ressursbehov. Respondent 5 spør:

Hvordan sammenligner du de som behandler 18-åringers korsbåndsskader med de som behandler en geriatrisk pasient, som blir kjørt inn i rullestol, og bruker halve konsultasjonen på å installere seg på rommet?

For det andre kan det gå utover kvaliteten på pasientbehandlingen ved at det motiverer legene til å velge pasientene som krever færrest ressurser. «*Da vil man heller satse på å være mer effektiv og få høy turnover av pasienter enn å faktisk sørge for at de er godt behandlet før man skriver de ut*». Respondent 4 belyser videre at det kan føre til at leger som ser de ligger et stykke unna normen mot slutten av året, kan bli mer ukritiske i vurderingen av hvem som for eksempel trenger operasjon. For det tredje er det urettferdig for legene som er lojale mot systemet, og sitter igjen med de vanskeligste pasientene. Legene med mest kompetanse og erfaring behandler ofte de mest komplekse problemstillingene. Legene ønsker heller ikke den type konkurranse på arbeidsplassen, og påpeker at effektiviteten i tillegg avhenger av andre, som sykepleiere og renholdspersonell.

Respondent 2 kompliserer dette ytterligere med å påpeke at dersom det er antall epikriser som telles, skrives disse av legen som sjekker pasienten ut. Det er ikke nødvendigvis samme lege som har gjort det viktigste arbeidet med å finne ut hva som feilet pasienten. I tillegg reflekterer respondentene over hvordan det skal tas i betraktning at en pasient blir innlagt på nytt kort tid etter utsjekk.

Egen faglig utvikling

Det tredje forslaget er å motta ekstra lønn for egen faglig utvikling ved å gjennomføre kurs eller ta sertifiseringer. Legene ser på det som gunstig å holde seg faglig oppdatert, men ønsker seg heller tid og mulighet til å gjennomføre kurs, siden det ses på som en belønning i seg selv.

Respondent 20 understreker viktigheten av å holde seg faglig oppdatert for å kunne tilby god pasientbehandling, og ser derfor på en lønnsdifferensiering basert på faglig utvikling som hensiktsmessig. På den andre siden kontrer flere av respondentene med at det allerede eksisterer krav om å holde seg faglig oppdatert. Respondent 11 mener dessuten at «*De fleste som jobber i dette, ønsker jo å være faglig oppdatert. Det er det som gjør at jobben din er spennende*». I tillegg synes legene at slik utvikling er motiverende i seg selv. Respondent 13 sier i likhet med flere av de andre «*Vi vil gjerne ta kurs. Grunnen til at vi ikke får gjort det er fordi vi ikke får fri til å gjøre det, så det er ingen vits i å bruke lønn som motivasjon for det*». En lege påpeker derimot at det finnes kollegaer som ikke orker å bruke fritiden på å ta kurs, men at det kanskje ville være mer aktuelt om det ble kompensert for. Andre ulemper som trekkes frem, er at det er de som er flinkest til å prate med sjefen som vil få dra mest på kurs, og at det kan bli misnøye dersom noen bruker veldig mye tid på kurs og er borte fra avdelingen.

Ansvar/oppgaver

Det fjerde forslaget er at noen får økt lønn for å påta seg ansvar eller oppgaver. Legene er i stor grad positive til dette, men ser noen utfordringer.

Flere ser positivt på ideen om at ekstra ansvar og innsats skal belønnes. Respondent 1 peker på at man får lik lønn uavhengig av kompetanse, men at det ofte er de mer erfarne som påtar seg de tyngste oppgavene. «*Man får det samme som alle de andre, om man er flink eller ikke*». Lignende beskriver respondent 9 at administrative oppgaver utenom det pasientrettede ofte skjevfordeles i kollegiet og havner på et fåtall hender. Respondent 3 belyser videre at det er

mye som går under radaren. Dersom man tar den siste avgjørelsen i vanskelige situasjoner eller står som øverste seksjonsoverlege eller tilsvarende, bør man ha mer tillegg enn en overlege som utfører vanlig pasientarbeid, hevder respondent 6.

Respondent 18 tror at legegruppen er flink til å påta seg oppgaver, men at det ofte er lite tid, og mener man derfor enten bør bli mer kompensert for dette eller få avsatt tid. En negativ konsekvens belyses av respondent 13. Å påta seg ekstra ansvar og oppgaver skjer på bekostning av ytelse på andre områder. Dette fører igjen til at kollegaer må kompensere for redusert innsats andre steder. Respondent 7 spekulerer i om arbeidsoppgavene i så fall vil bli distribuert på en rettferdig måte eller om det blir en form for «*kompisvirksomhet*».

Skjønnsmessig vurdering fra leder

Det siste forslaget vi presenterer er at leder kan foreta en skjønnsmessig vurdering av hvilke ansatte som har utmerket seg i løpet av en gitt periode, eventuelt en skjønnsmessig vurdering basert på fastsatte kriterier. Til dette har legene sterke og sprikende meninger.

Den mest fremtredende kritikken er at det blir en subjektiv vurdering basert på lederen sine synspunkter. Dette mener respondentene er dumt av flere grunner. En av grunnene er at det er vanskelig for leder å foreta en objektiv vurdering, samt ha oversikt over de ulike legene sine prestasjoner. «*Det ville krevd veldig mye fra en leder å se de som jobber litt mer skjult*» sier respondent 10. En annen grunn er at lønnen fort kan ende opp med å bli avgjort basert på «*trynefaktor*», som legene synes ville vært svært demotiverende. Dette uttrykkes blant annet gjennom ironiske kommentarer som «*Med mindre du er bestekompis med sjefen. Da kan det jo være greit*». En som stiller seg sterkt kritisk til prestasjonsmålet, er respondent 13, som peker på viktigheten av at det er mulig å varsle om forhold som ikke er adekvate uten fare for å bli straffet fordi leder ikke likte det: «*Det synes jeg blir veldig, veldig, veldig farlig*». Videre mener flere en slik ordning kan være kilde til konflikt og spekulasjoner. Respondent 15 ønsker ikke et system hvor leder må differensiere i lønnen til de ansatte, og argumenterer med at leder i prinsippet allerede kan dette om det er ønskelig.

På den andre siden mener mange at et velfungerende slikt system kunne vært gunstig. De sier at med et sett med verktøy og en dyktig leder, kan en slik vurdering gjøres på en rettferdig måte. Flere av legene nevner at det som oftest eksisterer en generell oppfatning blant kollegiet om hvem som er effektive og påtar seg ekstra oppgaver og hvem som gjør akkurat det de må. «*Det*

tenker jeg nok at de (lederne) vet og». Det påpekes også at forholdene tilsier at det er mulig for leder å ha oversikt. Lønnsdifferensiering basert på leders vurdering blir altså en balansegang mellom risikoen for subjektivitet og muligheten for rettferdig anerkjennelse.

6.4.2 Vridningseffekter

På spørsmålet «Ville du disponert tiden din annerledes enn i dag ved mer prestasjonsbasert avlønning?», svarer mange at de ikke tror en slik overgang ville endret deres arbeidsmåte betydelig. Respondent 1 uttrykker usikkerhet om en slik endring ville påvirke de daglige rutinene, og viser til at vedkommende allerede fyller dagene godt. Respondent 2 sier at

Hvis insentivene ligger veldig langt fra det som er min måte å drive medisin på, min rytme og min filosofi når jeg er inne og snakker med pasientene, så tror jeg det skulle veldig mye til for at jeg hadde lagt om arbeidsmåten min.

Legene underbygger dette synet med at de allerede har en arbeidsmåte som er optimal for deres ansvarsområder og personlige stil. Dette resonnerer med en annen respondent som fremhever at leger har lite fleksibilitet i hvordan de disponerer tiden sin, siden det er mange faste oppgaver som må gjennomføres i løpet av en uke. Selv om noen uttrykker at de kunne vurdert å endre fokus hvis prestasjonsmål hadde blitt introdusert, er den generelle konsensus at de ville fortsette å prioritere pasientarbeid og avveininger mellom oppgaver etter deres personlige stil.

Respondent 19 er usikker på hvordan det ville påvirket arbeidsstilen, men reflekterer over at prestasjonslønn kan tenkes å påvirke legene underbevisst:

Hvis jeg hadde fått mer lønn for å gjøre et eller annet, så er det noe som påvirker underbevisstheten. Du prøver å ikke la det ha noen reell effekt på hva pasienten opplever, men jeg synes ikke det hadde vært en grei måte å jobbe på.

En annen lege sier at det hadde blitt oppfattet som at arbeidsgiver ville at man skulle gjøre ting annerledes, og at det da hadde holdt å spørre. Et par respondenter mener de ved en slik endring hadde begynt å «*spille spillet*», siden det er det det legges opp til. En siste lege nevner at oppgaver som undervisning kunne blitt bedre ivaretatt hvis det var prestasjon eller anerkjennelse knyttet til dem.

Når det gjelder spesifikke oppgaver som leger ville valgt bort ved prestasjonsbasert avlønning, er det en bekymring over at viktige, men ikke umiddelbart lønnsomme oppgaver vil bli nedprioritert. En lege reflekterer over vanskelighetene med å måle prestasjon på en sengepost, hvor målinger som antall liggedøgn eller gjennomstrømming av pasienter ikke nødvendigvis gjenspeiler kvalitet. Oppgaver som kunne blitt nedprioritert inkluderer administrative oppgaver som dokumentasjon, hvis det ikke var en direkte økonomisk kobling, eller mer komplekse og tidkrevende pasienttilfeller, hvis systemet belønnet kvantitet over kvalitet.

For å oppsummere er noen leger åpne for å tilpasse seg prestasjonslønn og andre skeptiske til hvilken effekt det kan ha på kvaliteten på pasientbehandlingen. Flere uttrykker en sterk tilknytning til deres nåværende arbeidsmetoder og en motvilje til å endre disse bare for økonomisk vinning.

6.4.3 Oppsummering mer om prestasjonsbasert lønn

Delkapittelet ble innledet med respondentenes tanker om ulike prestasjonsmål. Det første forslaget var å utvikle fagfelt eller rutiner internt på sykehuset. Flesteparten av legene er skeptiske, men noen er positive. Det andre forslaget om en fastsatt norm, er samtlige leger negative til. Egen faglig utvikling ses på som en belønning i seg selv, og mange ønsker heller tid og mulighet til å gjennomføre kurs enn å få ekstra lønn for det. Det fjerde forslaget var økt lønn for å påta seg ansvar eller oppgaver. Legene er i stor grad positive til dette, men ser likevel noen utfordringer. Det siste forslaget var at leder kan foreta en skjønsmessig vurdering. Her er meningene sterke og sprikende. Blant annet pekes det på at det vil være vanskelig for leder å foreta en objektiv vurdering og ha oversikt over legenes prestasjoner. Det kan også være en kilde til konflikt og spekulasjoner. Videre frykter noen at lønnen vil være basert på «*trynefaktor*», og at det kan bli vanskelig å varsle om uforsvarlige forhold.

Når det gjaldt vridningseffekter, så vi at mange ikke tror en slik overgang vil endre deres arbeidsmåte. Noen uttrykker at de hadde vurdert å endre fokus hvis prestasjonsmål hadde blitt introdusert, men den generelle konsensus er at de vil fortsette å prioritere pasientarbeid og foreta avveining mellom oppgaver i henhold til deres personlige stil. Samtidig reflekterer noen over at fokuset kan tenkes å påvirke legene underbevisst. En bekymring er også at viktige, men ikke umiddelbart lønnsomme oppgaver kan bli nedprioritert.

6.5 Lønn for å tiltrekke og beholde ansatte

I dette delkapittelet vil vi presentere funn i tilknytning til å tiltrekke og bevare flinke ansatte. Vi vil se på viktigheten av lønn for både overleger og LIS-leger. Avslutningsvis presenterer vi legenes tanker om prestasjonslønn kan påvirke hvilke folk sykehuset tiltrekker seg.

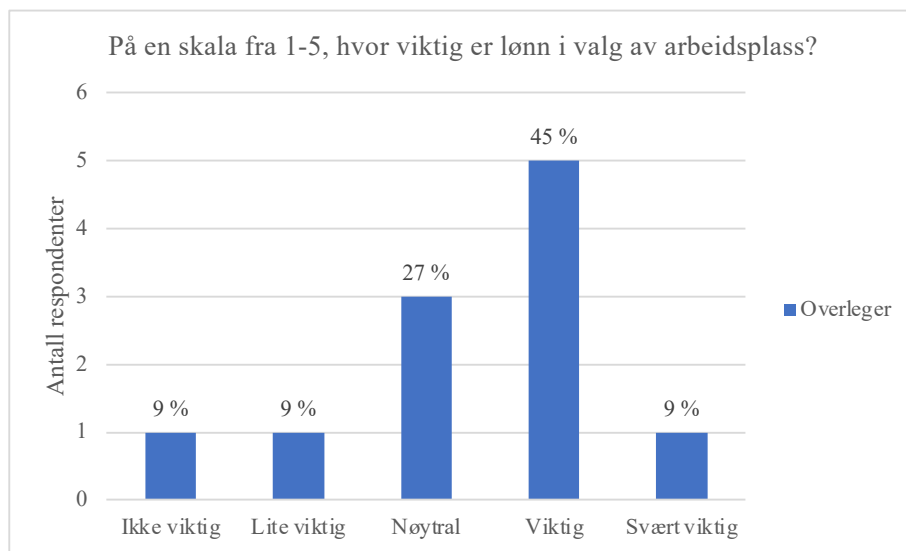
6.5.1 Viktighet av lønn for overleger

Til å begynne med vil vi presentere overlegers tanker om hvordan sykehuset kan tiltrekke og bevare kompetanse. Nærmere bestemt vil vi komme inn på avgjørende faktorer for overleger i valg av arbeidsplass, grunner til at overleger bytter jobb og overlegenes vurdering om å bytte jobb på grunn av lønn.

Vi spurte overlegene om hvilke faktorer de trodde var avgjørende for overleger i valg av arbeidsplass. De fleste respondentene vektlegger viktigheten av faglig utvikling og muligheten til å arbeide innenfor sitt spesialfelt. Respondent 4 uttrykker at «*Det er jo muligheten til faglig utvikling. Det er vel sannsynligvis det aller viktigste*», noe som også understrekes av respondent 11: «*Det aller viktigste er at det er faglig spennende*». Videre fremheves betydningen av arbeidsmiljøet som en viktig faktor, særlig i forhold til relasjonene til kollegaer og kvaliteten på kollegiet. Respondent 1 og 14 belyser behovet for et støttende og samarbeidsorientert miljø, hvor det er rom for dialog og felles beslutningsprosesser. Lønn og arbeidsvilkår blir også ansett som betydningsfullt. Likevel påpeker respondent 2 og 17 at selv om lønn er en faktor så er det ofte arbeidsvilkårene, som arbeidstid og medbestemmelsesgrad i oppgaver, som veier tyngst. Flere peker på at vaktbelastning kan være viktig for noen. Samtidig vektlegges balansen mellom arbeid og fritid, der både respondent 4 og 12 understreker viktigheten av fleksibilitet og evnen til å tilpasse arbeidstidene etter individuelle behov. Respondent 3 og 9 nevner at geografisk plassering og familieforhold ofte spiller en stor rolle, da mange har et ønske om å være i nærheten av hjemstedet eller familie.

Vi spurte videre overlegene om hvilken rolle de trodde lønn spilte i avgjørelsen om valg av arbeidsplass. På en skala fra 1-5, der 1 er «ikke viktig» og 5 er «svært viktig», svarte 55 % at de trodde lønn var viktig eller svært viktig, vist i figur 6.5. Svarene er varierte, noe som tyder på at lønn i varierende grad er viktig for overlegene. For noen er lønnen et sentralt aspekt, spesielt i forhold til konkurransedyktighet. Respondent 1 påpeker at «*lønnen må være konkurransedyktig*» for å matche tilbudet og mulighetene andre sykehus kan tilby. På den andre

siden er det flere respondenter som betrakter lønn som en mindre sentral faktor, eksempelvis mener respondent 2 at «lønn har jo ikke veldig stor betydning». For disse overlegene synes det å være tidligere nevnte faktorer som veier tyngre. Respondent 5 forteller derimot at relativt mange velger å jobbe deltid i det private markedet for å tjene mer. Samtidig peker vedkommende på at privat sektor er ansett som mindre stabil og trygg enn offentlig.



Figur 6.5 Lønn er trolig viktig for overleger når de skal velge arbeidsplass

Samlet ser vi at det dermed er mange faktorer som er viktig for overleger i valg av arbeidsplass. Respondent 3 påpeker samtidig at «Det er veldig få som kan plukke, og velge og vrake i stillinger», noe respondent 5 spiller videre på:

Leger er generelt trofaste medarbeidere, og bytter bare jobb når de har det ordentlig dårlig. Du får jo gjerne et dårlig rykte som lege hvis du har sluttet hos en arbeidsgiver og begynner hos en annen. Da er det ofte veldig vanskelig å komme tilbake igjen, noe som gjør at det blir lite fleksibilitet både for arbeidsgiver og arbeidstaker. Det gjør at det blir vanskelig å bytte jobb, samtidig som det er få potensielle arbeidsgivere i det offentlige.

Utsagnene tyder på at selv om det er mange faktorer som har betydning for overleger når de skal velge arbeidsplass, er det ikke nødvendigvis slik at valgmulighetene er mange.

Det neste spørsmålet vi stilte overlegene var «Hvilke faktorer var avgjørende i ditt valg av arbeidsplass?». Her fremkommer det at valgene ofte er en kombinasjon av ulike faktorer. Mange av respondentene understreker hvordan tilfeldige omstendigheter, som å være tilgjengelig på rett tidspunkt eller å fylle uventede ledige stillinger, spilte en avgjørende rolle. Respondent 1 uttrykker at «*Det er veldig tilfeldig rekruttering i helsevesenet*». Samtidig har kjennskap til arbeidsplassen og personlige preferanser vært betydningsfullt for flere. For eksempel fordi de har jobbet på sykehuset tidligere eller fordi sykehuset er flinke til å tilrettelegge et arbeidssted som balanserer arbeid og familieliv. På spørsmålet om hvilken betydning lønn spilte i avgjørelsen om valg av arbeidsplass, svarte alle respondentene, med unntak av én, at lønn ikke hadde noen betydning.

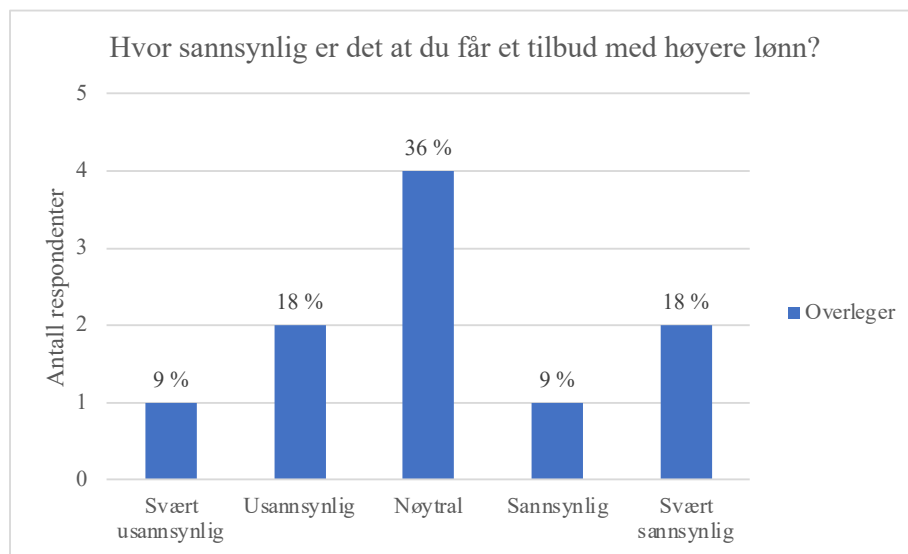
På spørsmålet om hva overlegene tror er hovedgrunnen til at overleger bytter jobb, ble det pekt på mange av de samme faktorene som er nevnt over. De fleste respondentene legger vekt på at overleger søker faglig vekst og nye utfordringer i sitt yrke. Samtidig er arbeidsmiljøet, inkludert kollegiale forhold og organisering av arbeidet, også viktige faktorer som kan føre til jobbskifte. Respondent 11 uttrykker at «*Det tror jeg stort sett er to ting: at man får et bedre tilbud faglig sett eller at det er personlige forhold på arbeidsplassen*». Utsagnet understreker at beslutningen om å bytte jobb kan variere i stor grad. Videre kan personlige grunner, slik som familiære forhold eller endringer i livssituasjonen, ha betydning.

Deretter spurte vi overlegene om de trodde lønn var en grunn til at overleger bytter jobb. Svarene indikerer at lønn sjelden er den primære drivkraften. Flere respondenter uttrykker at selv om lønn er en faktor, spiller den ofte en underordnet rolle sammenlignet med andre aspekter som arbeidsmiljø, faglig utvikling og personlig frihet. Respondent 2 oppsummerer dette ved å si «*Om lønn spiller en rolle? Ja, men ikke så stor rolle at det holder deg på en ræva arbeidsplass*». Noen påpeker at overgang til privat sektor kan være delvis motivert av lønn, men også av ønsket om større autonomi og kontroll over egen arbeidshverdag. For de fleste overlegene så er lønn mindre avgjørende enn andre faktorer når det kommer til valget om å bytte jobb.

Når det gjelder hvorvidt overlegene har *vurdert å bytte jobb* på grunn av lønn, svarte et klart flertall også her at lønn ikke er en primær drivkraft for å bytte jobb. Når respondent 4 ble spurt om vedkommende heller ville gå over til det private for å få høyere lønn var svaret at «*Nei. Jeg er prinsipielt mot et privat helsevesen. Så det sitter meget langt inne*». På en annen side

uttrykker respondent 3 at det har vært under vurdering fordi «Jeg tjener fem ganger månedslønnen min om jeg flytter til utlandet (...), så jeg vet ikke hva som skjer i fremtiden».

Da overlegene ble spurt om hvor sannsynlig det var at de sluttet dersom de fikk et tilbud med høyere lønn, var svarene varierte, men tydelig preget av at det måtte være en kombinasjon av lønn og andre faktorer. For eksempel sa respondent 4, «Det kan ikke bare være lønn alene. Det må være noe mer. Det må være mulighet for faglig utvikling i tillegg». Respondent 5 la til, «Jeg vil ikke ha en faglig uinteressant jobb bare for å få høyere lønn, men lønnen er jo absolutt en komponent som gjør at det blir interessant». Respondent 17 uttrykte at arbeidstedets geografiske beliggenhet og avdelingens karakter var viktig: «Hvis jeg kunne jobbet på samme seksjon på et sykehus i nærheten, bare med høyere lønn, så hadde jeg gjerne takket ja til det». Samlet sett viser svarene at mens lønn kan være en del av vurderingen, er det sjelden den eneste eller avgjørende faktoren for overlegers beslutning om å bytte jobb.



Figur 6.6 Sannsynligheten for at overlegene mottar et tilbud med høyere lønn

Figur 6.6 gir en grafisk fremstilling av overlegenes egen vurdering av sannsynligheten for at de vil motta et jobbtilbud med høyere lønn. Av grafen ser vi at svarene er svært varierte, og at 27 % av respondentene uttrykker en generell skepsis til muligheten for å få slike tilbud. Flere respondenter, slik som respondent 1, anser det som lite sannsynlig på grunn av begrenset etterspørsel i vedkommende sitt spesialistfelt. Respondent 5 og 9 fremhever at den nåværende sykehusstrukturen begrenser slike tilbud, men reflekterer samtidig over at det finnes muligheter i det private markedet. Respondent 12 og 17 anerkjenner også at det finnes alternativer, men

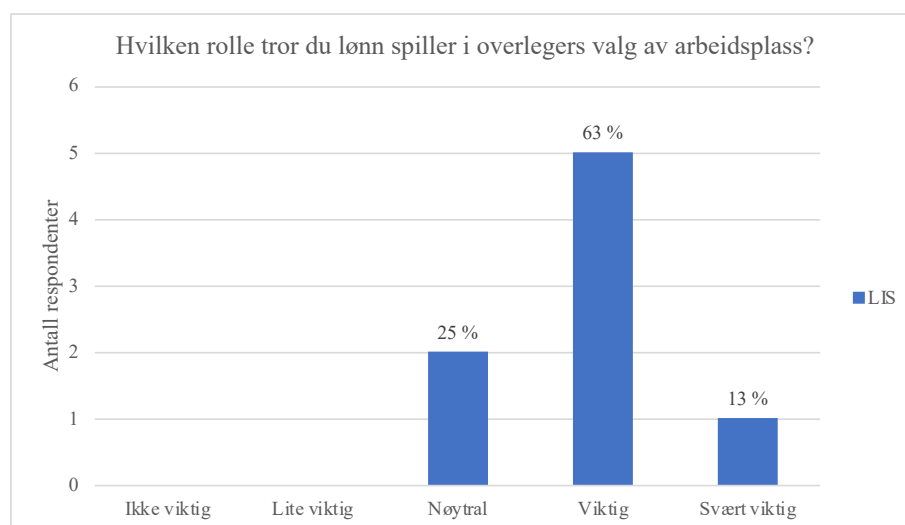
understreker at disse krever aktiv søking. Respondentenes refleksjoner antyder at muligheten for å motta et høyere lønnstilbud er mer teoretisk enn praktisk realiserbart for de fleste overlegene.

6.5.2 Viktighet av lønn for LIS-leger

Videre vil vi presentere LIS-legers tanker om hvordan sykehuset kan tiltrekke og bevare kompetanse, samt LIS-legenes fremtidsplaner.

Vi spurte LIS-legene om hvilke faktorer de trodde var avgjørende for overleger i valg av arbeidsplass. Svarene var ganske like overlegenes svar, der flere nøkkelfaktorer fremheves. Først og fremst vektlegges betydningen av et godt fagmiljø, hvor respondent 6 understreker at «Jeg tenker at det i stor grad egentlig er størrelsen på fagmiljøet og faktisk det å beholde breddekompetansen i sitt fagfelt». Lønn er også et gjentakende tema, blant annet sier respondent 19 at «Jeg tror lønn er veldig, veldig avgjørende». I tillegg fremheves balansen mellom jobb og fritid, samt muligheten for medbestemmelse og selvbestemmelse. Andre viktige faktorer inkluderer muligheter for forskning og tilstrekkelig med tid til administrasjonsoppgaver. Flere respondenter påpeker viktigheten av nok ressurser og å ha en håndterbar arbeidsbelastning.

I figur 6.7 fremkommer det at LIS-legene tror lønn er et viktig element for overleger i valg av arbeidsplass. Samtidig vektlegges det at lønn ikke nødvendigvis er den mest avgjørende faktoren. Respondent 6 uttrykker dette ved å si «For noen, ja, men jeg vil tippe at for majoriteten er det ikke det viktigste. Tror fortsatt fagmiljøet har mye å si».



Figur 6.7 Hvor viktig tror LIS-leger at lønn er for overleger når de skal velge arbeidsplass

I svarene fra LIS-legene om hva de tror er hovedgrunnen til at overleger bytter jobb, er det tydelig at de deler mange av de samme oppfatningene som overlegene selv. Flere respondenter tror arbeidsbelastning er en sentral årsak. Lønn nevnes også flere ganger, for eksempel bemerker respondent 19 at «Jeg tror det er mange som slutter på sykehuset for å jobbe privat på grunn av lønn». Respondent 15 reflekterer over lønnens rolle i sammenheng med arbeidsbelastning «Hvis man føler at man gjør alt for mye og ikke får lønn for det (...), da tror jeg lønn kan være en grunn». I tillegg fremhever noen respondenter viktigheten av et godt fagmiljø og interne forhold. Respondent 6 illustrerer dette poenget «Arbeidsbetingelser og fagmiljø tror jeg egentlig er de to tingene som er hovedgrunnene til at overleger bytter jobb».

LIS-legenes fremtidsplaner

LIS-legenes tanker om fremtidig karriere etter fullført spesialisering reflekterer en kombinasjon mellom det å være målrettet og å tilpasse seg fremtidens arbeidsmarked. Flere respondenter ønsker å jobbe som overlege på sykehus, slik at de kan fordype seg i valgt spesialistfelt. Denne preferansen er ikke bare drevet av faglige interesser, men også av et ønske om å få tilgang til et høyt volum av relevante pasienter. Respondent 6 gir uttrykk for denne tankegangen ved å si

Jeg ønsker å jobbe på sykehus fordi det er der du får mest pasientmengde av den spesialiteten jeg søker mot. I det private kan du få mye jobb, men ikke nødvendigvis akkurat innenfor det fagfeltet du har overlegestilling i.

Vedkommende påpeker videre at størrelsen på sykehuset vil være avgjørende av samme årsak. Andre respondenter er fortsatt usikre og åpne for flere muligheter. Respondent 15 legger vekt på arbeidslivsbalansen og søker «en stilling som innebærer mindre pålagte arbeidsoppgaver og fremdeles har en lønn som er god nok», noe som reflekterer et ønske om å balansere profesjonelle forpliktelser med personlig velvære.

Et interessant perspektiv kommer fra respondent 18, som uttrykker en bekymring for fremtiden på offentlige sykehus og et ønske om å ikke låse seg til en spesialitet som ikke kan utøves privat «Jeg har også tenkt at jeg ikke vil spesialisere meg i noe jeg ikke kan jobbe med privat, fordi jeg er veldig usikker på hvordan fremtiden vil være på offentlig sykehus». Utsagnet kan tyde på et voksende behov blant unge leger for karriererefleksibilitet, og en anerkjennelse av at den offentlige helsesektoren er i endring. Respondent 19 belyser også arbeidsmarkedets realiteter

«Det er vanskelig å få en overlegetilling, så vi har ikke så mye pressmiddel til å kunne velge og vrake blant stillinger».

Når LIS-leger vurderer valg av fremtidig arbeidsplass, er det flere faktorer som spiller en avgjørende rolle. Vi ser at flere av faktorene overlegene pekte på også er viktig for LIS-legene. Blant annet vektlegger noen et stimulerende og støttende fagmiljø. Dessuten er arbeidsmiljø og kollegialt samarbeid fremtredende faktorer. Balansen mellom arbeid og fritid er også betydningsfullt, og respondent 15 uttrykker at *«Jeg er mer glad i fritiden min enn arbeidet mitt»*. Når det gjelder hvor viktig lønn er i beslutningen om valg av arbeidsplass, varierer svarene blant LIS-legene. Noen ser på lønn som mindre avgjørende, mens andre vurderer den som en viktig faktor, men ikke nødvendigvis den viktigste. Respondent 6 uttrykker at *«Lønn vil ikke ha like mye å si for meg»*. For andre, slik som respondent 13, er lønnens betydning forbundet med livsstil og fritid: *«Altså, for meg er det ganske viktig fordi når man har litt bedre lønn, så har man på en måte råd til å kjøpe seg fritid»*. Samtidig nevner noen respondenter at de føler de allerede har valgt bort høyere lønn til fordel for mer engasjerende arbeid. Samlet ser vi at lønnens betydning vurderes ulikt, og at den må balanseres mot andre faktorer som faglig engasjement, arbeidsmiljø og fritid.

6.5.3 Vil prestasjonslønn ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrekker seg?

Vi spurte legene om de trodde innføring av prestasjonslønn ville ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrekker seg. De fleste respondentene uttrykker bekymring for at en slik lønnsmodell kan tiltrekke seg leger som er mer drevet av økonomisk gevinst enn av pasientbehandling, noe som potensielt kan svekke behandlingskvaliteten. Dette bekymringsmomentet blir tydeliggjort av respondent 6: *«Jeg tror man kan få litt mer karrierejag, og folk som er mer opptatt av effektivitet enn god pasientbehandling»*. Respondent 12 tror at det vil gå på bekostning av samarbeid og et godt arbeidsmiljø. Respondent 17 påpeker at man ansetter leger med feil fokus: *«Faren er at du ikke får de som er flinke eller interesserte fordi det er faglig spennende»*. Respondent 19 uttaler at

Tror det er litt sånn som hvordan avlønningen hos private fastleger tiltrekker enkelte leger der, for det er jo noen som er veldig opptatt av penger, sånn som det er i alle andre yrker. Jeg kjenner til veldig mange som er tiltrukket av den måten å jobbe på, fordi det genererer mest inntekter. De har en Rolex på armen og en splitter ny bil, men jeg vet at

pasientene ikke har det bra på grunn av det. Den type mennesker tror jeg ville bli tiltrukket hvis man har et, i hvert fall et noe lignende system som for fastlegene, i det offentlige.

På den andre siden er det noen få respondenter som ser for seg at prestasjonslønn kan ha en motivasjonseffekt, spesielt på høytytende leger, og bidra til et mer stimulerende arbeidsmiljø. Respondent 7 antyder at prestasjonslønn kunne tiltrekke seg personer som er glade i konkurranse, noe som også kan ses som en form for motivasjon. Imidlertid reflekterer respondent 10 over den varierte påvirkningen av prestasjonslønn: «Jeg tror det vil være veldig forskjellig. Noen drives av penger, noen gjør ikke det». Respondent 20 har et delt syn, og mener at prestasjonskultur bare er bra siden det kan drive legene, sykehuset og pasientbehandlingen videre. Samtidig frykter respondenten at dersom fokuset blir for ensidig, så vil ikke prestasjonslønn nødvendigvis være en god ting. Utsagnene illustrerer kompleksiteten i temaet.

6.5.4 Oppsummering tiltrekke og beholde kompetanse

I dette delkapittelet har vi presentert funn tilknyttet sykehusets evne til å tiltrekke og beholde kompetente leger. Innledningsvis introduserte vi overlegenes refleksjoner. Når det gjelder hvilke faktorer de trodde var avgjørende i valg av arbeidsplass, ble faglig utvikling, mulighet til å arbeide innenfor sitt spesialfelt, arbeidsmiljø, lønn og arbeidsvilkår trukket frem. 55 % av overlegene tror lønn er viktig eller svært viktig i avgjørelsen. Samlet tyder utsagnene på at selv om mange faktorer har betydning, er det ikke nødvendigvis slik at overlegene har mange valgmuligheter. Ofte skyldes valg av arbeidsplass tilfeldigheter. Likevel er kjennskap til arbeidsplassen og personlige preferanser også grunner til at overlegene har valgt å jobbe på akkurat dette sykehuset. På spørsmålet om hva overlegene tror er hovedgrunnen til at overleger bytter jobb, ble det pekt på faglig vekst, nye utfordringer og arbeidsmiljø. Flertallet av overlegene mener videre at lønn ikke er primær drivkraft for å bytte jobb, og selv om de hadde fått et tilbud med høyere lønn, hadde ikke lønn alene vært utslagsgivende. Overlegenes egne vurderinger av sannsynligheten for å motta et jobbtilbud med høyere lønn varierer. Flere er skeptiske til muligheten for å få slike tilbud.

Deretter spurte vi LIS-legene hvilke faktorer de trodde var avgjørende for overleger i valg av arbeidsplass. Svarene er ganske like overlegenes svar, der godt fagmiljø, lønn og balanse mellom jobb og fritid trekkes frem. LIS-legene vektlegger at lønn ikke er den mest avgjørende

faktoren, selv om de tror det er en viktig faktor, i valg av arbeidsplass. På spørsmålet om hva de tror er hovedgrunnen til at overleger bytter jobb, har de mange av de samme oppfatningene som overlegene. Arbeidsbelastning, lønn, viktigheten av et godt fagmiljø og interne forhold nevnes.

LIS-legenes tanker om fremtidig karriere etter fullført spesialisering reflekterer en kombinasjon mellom det å være målrettet og å tilpasse seg fremtidens arbeidsmarked. Flere ønsker å jobbe på sykehus for å fordype seg i valgt spesialfelt, mens noen er usikre og åpne for andre muligheter. LIS-legene er opptatt av de samme faktorene som overlegene når de skal velge fremtidig arbeidsplass. Blant annet vektlegges fagmiljø og arbeidsmiljø, samtidig som noen vurderer lønn som en viktig faktor.

Vi spurte legene om de trodde innføring av prestasjonslønn ville ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrekker seg. Flere uttrykker en bekymring for at en slik lønnsmodell kan tiltrekke leger som er mer drevet av økonomisk gevinst enn pasientbehandling. Samtidig frykter en respondent at det vil gå på bekostning av samarbeid og arbeidsmiljø, og en annen påpeker at man risikerer å ansette leger med feil fokus. På den andre siden kan noen respondenter se for seg at prestasjonslønn har en motivasjonseffekt og bidrar til et mer stimulerende arbeidsmiljø.

6.6 Oppsummering funn

De fleste legene (84 %) har høy eller svært høy motivasjon, og motiveres hovedsakelig av pasientbehandling, faglig utvikling, kontinuerlig læring, indre drivkraft, teamarbeid og arbeidsmiljø. Samtidig er 64 % av overlegene fornøyde eller svært fornøyde med dagens lønnsystem, og flere styrker trekkes frem.

Samlet har vi sett at 68 % av legene er positive til å differensiere på ansiennitet, og kun 16 % er negative. Tabell 6.11 gir en oversikt over funnene, og her ser vi store variasjoner mellom gruppene. Hele 88 % av LIS-legene er positive til å differensiere på ansiennitet, i motsetning til 55 % av overlegene. Samtidig er 100 % av indremedisinerne positive til ansiennitet, mens kun 40 % av kirurgene er det. Kvinnene har også en mer positiv holdning enn mennene, men her er ikke forskjellene like store.

	Positiv	Negativ	Usikker	Total
Overleger	6 (55 %)	3 (27 %)	2 (18 %)	11 (100 %)
LIS-leger	7 (88 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	8 (100 %)
Kirurgi	4 (40 %)	3 (30 %)	3 (30 %)	10 (100 %)
Indremedisin	9 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	9 (100 %)
Menn	7 (64 %)	3 (27 %)	1 (9 %)	11 (100 %)
Kvinner	6 (75 %)	0 (0 %)	2 (25 %)	8 (100 %)
Samlet	13 (68 %)	3 (16 %)	3 (16 %)	19 (100 %)

Tabell 6.11 Holdninger til ansiennitet

Videre fant vi at det er en sterk preferanse for å beregne ansiennitet basert på antall år som overlege, heller enn antall år ansatt ved sykehuset. Utover dette uttrykte 64 % av overlegene at de ikke ville blitt motivert av et ansiennitetstillegg, mens hele 75 % av LIS-legene mener de ville blitt det.

Tabell 6.12 viser legenes holdninger til prestasjonsbasert lønn fordelt mellom de ulike gruppene. Samlet er 47 % av legene negative, 37 % positive og 16 % usikre på å innføre prestasjonslønn. Her var det også store forskjeller mellom gruppene. 55 % av overlegene er positive, i motsetning til 13 % av LIS-legene. Et av de mest interessante funnene våre var at 70 % av kirurgene er positive, mens ingen fra indremedisin er det. Hovedårsaken indremedisinerne la vekt på er at det ikke er mulig å måle prestasjon innenfor deres fagfelt, slik man kan i kirurgi. Det er ingen store forskjeller mellom kjønnene. Videre tror 37 % av legene at prestasjonslønn vil virke motiverende, 26 % ikke og 37 % det til en viss grad.

	Positiv	Negativ	Usikker	Total
Overleger	6 (55 %)	4 (36 %)	1 (9 %)	11 (100 %)
LIS-leger	1 (13 %)	5 (63 %)	2 (25 %)	8 (100 %)
Kirurgi	7 (70 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	10 (100 %)
Indremedisin	0 (0 %)	7 (78 %)	2 (22 %)	9 (100 %)
Menn	4 (36 %)	5 (46 %)	2 (18 %)	11 (100 %)
Kvinner	3 (37 %)	4 (50 %)	1 (13 %)	8 (100 %)
Samlet	7 (37 %)	9 (47 %)	3 (16 %)	19 (100 %)

Tabell 6.12 Holdninger til prestasjonsbasert lønn

I delkapittel 6.4 presenterte vi respondentenes tanker om ulike prestasjonsmål og eventuelle vridningseffekter. De fleste tror ikke at prestasjonsbasert avlønning ville endret deres arbeidsmåte, men reflekterer over at lønnsformen kunne tenkes å påvirke dem underbevisst.

Kapittelet ble avsluttet med funn om sykehusets evne til å tiltrekke og beholde kompetanse. Oppsummert ble faglig utvikling, mulighet for å arbeide innenfor sitt spesialfelt, arbeidsmiljø, lønn og arbeidsvilkår trukket frem som faktorer overleger trodde var avgjørende i valg av arbeidsplass. På spørsmålet om hva overlegene trodde var hovedgrunnen til at overleger bytter jobb, ble det pekt på faglig vekst, nye utfordringer og arbeidsmiljø. LIS-legenes tanker om fremtidig karriere etter fullført spesialisering reflekterte en kombinasjon av å være målrettet og tilpasse seg fremtidens arbeidsmarked. Flere ønsker å jobbe på sykehus for å fordype seg i sitt spesialfelt, mens noen er usikre og åpne for andre muligheter. Til slutt spurte vi legene om de trodde innføring av prestasjonslønn ville ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrekker seg. Flere er bekymret for at en slik lønnsmodell kan tiltrekke leger som er mer drevet av økonomisk gevinst enn av pasientbehandling, og at det vil gå på bekostning av samarbeid og arbeidsmiljø. På den andre siden kan noen respondenter se for seg at prestasjonslønn vil ha en motivasjonseffekt og bidra til et mer stimulerende arbeidsmiljø.

I dette kapittelet har vi presentert funnene våre, som vil være gjenstand for analyse i neste kapittel. Analysedelen kobler våre funn med tidligere presentert teori og empiri. Vi vil utforske underliggende mønstre og sammenhenger, slik at vi kan komme med anbefalinger knyttet til vår overordnede problemstilling, og tilhørende forskningsspørsmål.

7. Analyse

I følgende kapittel presenterer vi analysen, hvor vi knytter funnene våre til relevant teori og empiri. Problemstillingen er:

Hva er fordelene og ulempene med innføring av differensiert lønn blant overleger på et norsk lokalsykehus?

Forskningsspørsmålene er følgende:

- 1) Hva er legenes holdninger til differensiert lønn?
- 2) Kan mer differensiert lønn være et virkemiddel for å tiltrekke og beholde kompetanse?
- 3) Hvordan kan mer differensiert lønn endre legenes adferd i form av motivasjon eller at oppmerksomheten vris?
- 4) Hvilke andre fordeler og ulemper kan differensiering av lønn blant overleger gi?

For å svare på problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål, har vi valgt å dele analysen inn i fem deler. I kapittel 8, oppsummering og konklusjon, besvarer vi forskningsspørsmålene på bakgrunn av analysen. Den første delen av analysen omhandler *dagens lønnsystem*. Her drøfter vi insentivene dette gir, legenes adferd, om systemet er rettferdighet og sorteringseffekter. I andre del ser vi på *differensiering generelt*. Temaene som drøftes er motivasjon og hvorvidt differensiert lønn kan benyttes for å tiltrekke og beholde kompetanse på sykehuset. Den tredje delen av analysen omhandler *ansiennitetslønn*. Her kommer vi inn på legenes holdninger til ansiennitetslønn, hvilken innvirkning slik lønn kan ha på motivasjon, hvordan det kan påvirke bemanning og mulige insentiveffekter. Til slutt ser vi ansiennitet fra et rettferdighetsperspektiv. Analysens fjerde del tar for seg *prestasjonsbasert lønn*. Her analyserer vi, i likhet som for ansiennitet, holdninger, motivasjon, samt sykehusets evne til å tiltrekke og beholde kompetanse. I tillegg belyser vi måleproblemer, vridningseffekter, faktorer som prestasjonslønn kan baseres på og om prestasjonslønn har innvirkning på samarbeid og arbeidsmiljø. I den siste delen presenterer vi vår anbefaling til sykehuset om hvorvidt de bør innføre mer differensiert lønn.

7.1 Dagens lønssystem

I analysen av dagens lønssystem tar vi først for oss hvilke incentiveeffekter dette skaper. Deretter benytter vi adferdsteori for å drøfte hvordan lønssystemet kan påvirke legenes adferd. Videre ser vi dagens system i lys av teoriene om rettferdighet. Avslutningsvis vurderer vi hvordan fast basislønn påvirker leger og hvorvidt dagens lønssystem medfører et ugunstig utvalg.

Vi fant at 64 % av respondentene var fornøyde eller svært fornøyde med dagens lønssystem (figur 6.2). Dette stemmer overens med Abelsen og Olsen (2015) som fant at flertallet av unge leger i Norge foretrekker lønssystemer som er mindre aktivitetsbaserte, altså det systemet sykehus har i dag. Overlegene på sykehuset blir i utgangspunktet kompensert med samme årslønn. Som nevnt, tilsvarer årslønn basislønn uten tillegg, og sykehuset har to ulike årslønnssetter for overleger. Etersom dette ikke er fastsatt, og ledelsen på sykehuset ikke vet hva som skiller de to, behandler vi årslønnen til overlegene som én sats i videre analyse. Overlegene har altså lik årslønn uavhengig av hvor lenge de har jobbet på sykehuset og hvordan de presterer sammenlignet med kollegaene sine. Noen av legene har tillegg for doktorgrad, funksjonstillegg for utvidet ansvar, tidligere fremforhandlede rekrutteringstillegg eller andre type kompetansetillegg, som gjør at lønnen likevel varierer.

7.1.1 Insentiver i dagens lønssystem

Det eksisterende lønssystemet er delvis i kontrast til teorien om insentiver. Viktigheten av gjensidig avhengighet mellom belønning og ønsket adferd er fremhevet i teorien (Kaplan & Atkinson, 2014). Dagens lønssystem gir insentiver til å jobbe mye og på ugunstige tider, fordi man får høyere timelønn for ekstravakter og utvidet arbeidstid. Samtidig tyder våre funn på at systemet ikke gir monetære insentiver til å øke produktivitet eller innovasjon. Flere respondenter påpekte dette. For at en belønning skal fungere effektivt, må det være en klar sammenheng mellom adferden man ønsker å fremme og belønningen som tilbys (Kaplan & Atkinson, 2014). Med en fast basislønn kan det argumenteres for at det finnes lite økonomisk motivasjon for å strekke seg utover det som er forventet, ettersom økt innsats ikke korrelerer med økt lønn eller annen finansiell kompensasjon. At det ikke er en direkte sammenheng mellom arbeidsinnsats og lønn kan føre til at legene opplever at økt effektivitet blir straffet, slik respondent 3 uttalte. Man blir tildelt flere oppgaver jo raskere man arbeider, noe som kan oppleves som demotiverende og urettferdig. Dagens system skaper insentiver til å påta seg

vakter utover pålagt arbeidstid, men ikke nødvendigvis til endret adferd i form av økt produktivitet. Det åpner opp for diskusjonen om å revurdere lønssystemet, slik at det samsvarer mer med teori om insentiver (Nordhaug, 2002, s. 226–227).

Sosiale mekanismer er en vesentlig del av dagens lønssystem (Hoff m. fl., 2021). Sosiale normer fremstår som en sterk kilde til legenes adferd. På sykehuset er det en bedriftskultur som påvirker de ansatte til å handle på visse måter. Det gjenspeiles i respondentenes uttalelser, som avslører at de har høye forventninger til innsats og engasjement hos kollegaer. Kulturen er så sterk at det for eksempel ikke er vanlig å registrere overtid, som er et tydelig tegn på et felles sett med normer. Selv om legene i dag ikke lønnes direkte for å være effektive, kan man si at de sosiale normene gir et insentiv til å jobbe effektivt. Siden det ikke er kultur for å registrere overtid, medfører det at legene må jobbe ubetalt overtid dersom de jobber ineffektivt. Dette skaper et miljø hvor effektivitet ikke bare er en personlig preferanse, men nødvendig for å unngå ubetalt arbeid. Imidlertid er det ikke alle legene som jobber så effektivt de kan i dag. For eksempel uttalte respondent 10 at hen ikke tror hen hadde klart å «dulle» dersom prestasjonslønn hadde blitt innført. Uttalelsen antyder altså at noen leger kunne vært mer effektive. Likevel må det påpekes at det å «dulle» ikke nødvendigvis er negativt, men kan være en viktig del av pasientomsorgen. Sosiale mekanismer er svært effektive, men ulempene er at de er krevende å utforme og at det ikke finnes noen garanti for at mekanismene vedvarer. I fravær av økonomiske insentiver for å øke produktivitet, har sosiale mekanismer som påvirker adferd vokst frem. Dette understøttes av teorien om at sosiale mekanismer og belønningsmekanismer påvirkes av hverandre (Bragelien, 2018).

7.1.2 Legenes adferd

Funnene viser at legene i stor grad er motiverte av andre faktorer enn lønn, i tråd med adferdsteori og resiprositet. Leger ser ut til å være motivert av en følelse av gjensidighet og ansvar, ikke bare overfor pasienter, men kollegaer. Dette innebærer villighet til å påta seg ekstra oppgaver og yte ekstra innsats, som ikke direkte belønnes økonomisk, men som styrker kvaliteten på pasientbehandlingen og samarbeid.

Lønssystem kan analyseres ut fra hvordan de påvirker overlegenes beslutningstaking. I motsetning til et system hvor lønn er knyttet til spesifikke behandlingsformer eller pasientutfall, fjerner fast basislønn det økonomiske insentivet til å velge behandlinger basert på inntjening.

En av styrkene som trekkes frem av respondentene, er at dagens lønssystem ikke gir insentiver til å selektene pasienter basert på behandlingsforløp, siden lønnen er lik uavhengig av hvilken behandling de velger å gi. Samtidig gir systemet heller ikke et insentiv til å skrive ut flest mulig pasienter. Det reduserer risikoen for at økonomiske insentiver påvirker medisinske beslutninger. Når legene ikke er økonomisk motivert til å foretrekke visse prosedyrer eller behandlinger, eller gi unødvendig behandling, kan de fokusere på kun det som er best for pasienten. Dette stemmer overens med adferdsteori og resiprositet. Leger handler ikke bare for å oppnå personlig gevinst, men ut fra et etisk ansvar og forpliktelse overfor pasienten. Ved å fjerne direkte økonomiske insentiver fra beslutningsprosessen, kan fast basislønn styrke den etiske tilnærmingen.

Som tidligere nevnt påpekte en respondent at økt effektivitet i dag resulterer i mer arbeid for samme lønn. Ergo er det ingen som bør anstrenge seg mer enn minimumet som kreves, siden det ikke gir ekstra økonomisk belønning. Likevel er det ikke slik det fungerer i praksis. Andre respondenter bemerket at det finnes ansatte som gjør veldig mye mer enn det som er forventet. Ansatte med høy grad av autonomi har en tendens til å investere mer tid og energi i oppgaver, ta flere initiativer og påta seg mer ansvar for å mestre og fullføre oppgaver (Mikkelsen & Laudal, 2014). Leger er autonomiorienterte individer, som betyr at mange yter ekstra uten økonomiske insentiver. Dette kan tyde på at autonomi fungerer som en kraftfull motivator, selv i et lønssystem som ikke direkte belønner ytterligere innsats. For leger kan dermed muligheten til å ha kontroll over arbeidet være mer motiverende enn tradisjonelle monetære belønninger. Drøftelsen indikerer at autonomi er vel så viktig som lønn.

7.1.3 Rettfærdighet

Mange leger trekker frem at dagens lønssystem er rettfærdig, i den forstand at det fremmer en form for likeverd. Likeverdet ligger i at lønssystemet er uniformt og ikke diskriminerer basert på fagområde eller individuelle prestasjoner. Dette resonnerer med teori om likeverd, som fremhever viktigheten av at alle føler de blir behandlet likt i organisasjonen (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Imidlertid reiser det uniforme lønssystemet spørsmål om rettfærdighet på andre nivåer. Som funnene viser, synes flere at systemet ikke anerkjenner individuell erfaring og kompetanse, som kan sies å være i strid med prinsippene om utfallsrettfærdighet. Dersom beslutninger knyttet til lønn skal oppleves rettfærdig, må de gjøres på bakgrunn av individets bidrag og prestasjoner (Kuvaas & Dysvik, 2016).

Når det gjelder lønssystemets prosedyrer, synes det å være en oppfatning blant legene om at systemet er rettferdig. Det kan være fordi det er transparent og konsekvent over tid (Kuvaas & Dysvik, 2016). Prosedyremessig rettferdighet omhandler hvorvidt kriteriene som ligger til grunn for beslutninger er rettferdige i seg selv, og om de er anvendt på en rettferdig måte. Det kan de sies å være her. Likevel opplever noen respondenter at dagens system ikke er helt transparent. Årsaken er blant annet at det finnes to årslønnssetninger for overleger, slik vi omtalte i kapittel 2.3. Det ligger ikke kriterier til grunn for hvorfor noen får det «lave» og «høye» nivået. Dette oppleves urettferdig, og skaper forvirring, spesielt siden grunnlaget for forskjellene ikke er kommunisert eller forstått. Mangelen på transparens og forståelse for de ulike satsene kan undergrave følelsen av prosedyrerettferdighet. I en kontekst der leger verdsetter klarhet og rettferdighet, kan dette aspektet ved lønssystemet være demotiverende og gi en følelse av at dagens system ikke er rettferdig. Implementering av et nytt system vil kunne bidra til større gjennomsiktighet, og gi legene en klar forståelse av hva som kreves for å få høyere lønn.

7.1.4 Fastlønn og ugunstig utvalg

Som diskutert i kapittel 3, er en av fordelene med fastlønn at det er et sosialistisk system som kan medvirke til trygghetsfølelse og legge grunnlag for gode samarbeidsforhold (Nordhaug, 2002). Legene underbygger dette synet, og økonomisk trygghet og godt samarbeid trekkes frem som viktige faktorer for deres trivsel. Dette er i tråd med Maslows behovshierarki, hvor lønn anses som et grunnleggende fysiologisk behov (Kaufmann & Kaufmann, 2015). I et arbeidslivsperspektiv sikrer fastlønn økonomisk stabilitet, som igjen muliggjør fokus på mer intrinsisk motiverende aspekter av arbeidet, som personlig vekst og profesjonell utvikling, altså behov på høyere nivåer. Dersom man skulle innført et mer prestasjonsbasert lønssystem er det ikke sikkert at trygghetsfølelsen og samarbeidet blant de ansatte hadde bestått.

Teorien om ugunstig utvalg antyder at systemer som tilbyr fast lønn kan tiltrekke individer som forventer å prestere under et visst nivå, fordi de søker trygghet fremfor lønn basert på prestasjoner (Bragelien & Kvaløy, 2014). Det indikerer at dagens system favoriserer de som forventer å yte under et visst nivå. Våre funn utfordrer imidlertid dette synet. De fleste legene er motiverte og engasjerte, til tross for at basislønnen er fast. Fastlønn undergraver ikke nødvendigvis motivasjonen til å prestere, men kan faktisk støtte den ved å fjerne økonomisk usikkerhet.

7.1.5 Oppsummering dagens lønssystem

I dette delkapittelet har vi drøftet dagens lønssystem ut fra hvilke insentiver det gir, hvordan det påvirker beslutningstaking og adferd, rettferdighet og om det medfører et ugunstig utvalg. Dagens lønssystem gir insentiver til å arbeide mye og på ugunstige tidspunkt, fordi overtid, ekstravakter og utvidet arbeidstid er bedre betalt enn normal arbeidstid. Det gir derimot ikke insentiver til å arbeide mer effektivt, fordi mer innsats ikke korrelerer med økt monetær belønning. På den andre siden observerer vi en kultur med strenge normer for engasjement og arbeidsinnsats, som kan ses på som en sosial mekanisme som likevel stimulerer til økt effektivitet.

Fastlønn lar legene fokusere på å gi best mulig behandling, og påvirker ikke til å selektere pasienter på bakgrunn av økonomi. På den andre siden stimulerer ikke lønssystemet til å anstrenge seg utover minimumet som forventes. Imidlertid ser ikke det fraværende insentivet ut til å gå på bekostning av ytelse, ettersom legene er autonomorienterte. Fra et likeverdsperspektiv er systemet gunstig, siden det er uniformt og ikke diskriminerer. Sett opp mot utfallsrettferdighet anerkjenner det derimot ikke individuelle bidrag og prestasjoner. Implementering av et nytt system med tydelige krav til hva som kreves for å få høyere lønn, kan redusere misnøyen til at det i dag er to ulike årslønnsseter for overleger. Prinsipal-agent-teori antyder at fast lønn kan medføre et ugunstig utvalg, men det ser ikke ut til å være tilfelle på sykehuset. Spørsmålet som oppstår, er om innføring av mer differensiert lønn kan forbedre motivasjonen ytterligere, samtidig som man opprettholder trygghetsfølelsen og fremmer samarbeid, eller om en innføring vil virke mot sin hensikt.

7.2 Generelt om differensiering

I dette delkapittelet kobler vi funn om hvorvidt legene blir motivert av differensiert lønn opp mot relevant empiri. Deretter drøfter vi om mer differensiert lønn kan være et virkemiddel for å tiltrekke og beholde kompetanse på sykehuset.

7.2.1 Motivasjon

For at implementeringen av differensiert lønn skal bidra positivt til legenes arbeidsinnsats, bør det være positiv korrelasjon mellom insentivene og motivasjonen. Leger jobber med pasienter som krever unik omsorg og oppmerksomhet. Det betyr at de må være dedikerte til arbeidet sitt i tillegg til å kunne takle den mentale belastningen ved utfordrende pasientarbeid. WHO fastslår

at grunnet de særegne trekkene ved det å være sykehuslege, er legers motivasjon den viktigste indikatoren for kvaliteten på helsetilbudet (Chmielewska m. fl., 2020). Antagelsen er at hvis legene motiveres av insentivordningene som innføres, vil dette reflekteres i kvaliteten på tjenestene sykehuset tilbyr. Det er gunstig med forståelse for hva som driver legene i deres arbeid, og hvordan innføringen av et mer differensiert lønssystem kan tenkes å påvirke disse drivkreftene.

Et slående flertall av legene rapporterer høy eller svært høy motivasjon (84 %). Det er særlig det faglige og menneskelige aspektet ved jobben som trekkes frem. Pasientbehandling, faglig utvikling og kontinuerlig læring er det som motiverer legene mest i hverdagen. For dem oppleves det givende å skape gode pasientopplevelser, enten ved å se pasienter bli friske eller ved å gi så god lindrende behandling som mulig. I tillegg er det faglige aspektet med å diagnostisere og tilegne seg ny kunnskap og kompetanse, en vesentlig drivkraft for mange. Faktorene nevnt over danner grunnlag for mestringsfølelse og glede ved å utføre arbeid som er meningsfylt. Flere peker også på det sosiale i form av gode kollegaer og delingskultur som motiverende, mens kun noen få trekker frem lønn og jobbsikkerhet.

Da vi spurte utvalget om lønn var en motivasjonsfaktor svarte 32 % at de syntes lønn var motiverende, 16 % at de ikke syntes det og 53 % at de til en viss grad syntes det. Empiriske funn tyder på at det eksisterer en uoverensstemmelse mellom hva folk sier og gjør (Rynes m. fl., 2004). Mennesker har en tendens til å underrapportere betydningen penger har på motivasjonen deres. Det kan være flere årsaker til en slik underrapportering. Det kan bero på lav selvinnsikt eller at man ikke har reflektert over temaet. En slik underrapportering kan også bero på sosial ønskerverdighet, det vil si at man svarer i henhold til det man mener er akseptabel sosial norm. Våre funn er basert på egenrapporterte svar. Disse blir mer upålitelige jo nærmere spørsmålet er verdier som står sterkt i samfunnet. Man kan derfor argumentere for at lønn har mer å si for legenes motivasjon enn våre data tilsier, fordi legeyrket kan være preget av sosiale regler når det kommer til lønn, som kan ha påvirket svarene. Likevel gir funnene trolig en relativt virkelighetsnær indikasjon, siden majoriteten av utvalget anerkjente lønn som en motivasjonsfaktor, men påpekte at det ikke var den primære kilden. Mange sa at mens økonomisk kompensasjon måtte foreligge, var det de personlige og direkte formene for anerkjennelse, som tilbakemeldinger fra leder, kollegaer eller pasienter, som var mest motiverende.

Funnene indikerer derfor at legene i stor grad drives av indre motivasjon, og at deres engasjement stammer fra personlig interesse og tilfredsstillelse. Dette samsvarer med Berdud m. fl. (2016), som finner støtte for sin hypotese om at leger er indre motiverte. Studien konkluderer med at hovedårsaken til denne motivasjonen ligger i medisinfagets evne til å utfordre legenes intellektuelle nysgjerrighet. I tillegg utgjør den humanistiske siden av faget, relatert til å hjelpe mennesker, en vesentlig grunn. Rød m. fl. (2018) fremhever læring og mestring som hovedkilder til motivasjon. Den indre motivasjonen synes derfor samlet sett å være forankret i elementer som faglig utfordring og pasientpleie, som er kjerneaspekter i legenes arbeid. Drøftelsen av funnene tyder på at differensiert lønn ikke kommer til å ha ønsket effekt på motivasjon, ettersom legene allerede er motiverte, og deres motivasjonen er indre forankret.

7.2.2 Tiltrekke og beholde kompetanse

Samarbeid blant leger er svært viktig, og for å skape et miljø for dette i kollegiet er det avgjørende å ha de rette personene. Av den grunn er rekruttering viktig. Samtidig er det viktig å beholde dyktige ansatte, både fordi sykehuset har investert ressurser i utviklingen av medarbeidere, og fordi det kan være vanskelig å rekruttere visse spesialiteter. Det er også viktig å beholde leger som er kritiske for sykehusets drift og pasientomsorg. Innledningsvis i utredningen introduserte vi bemanningskrisen på Sørlandet sykehus, hvor stadig flere sykehusleger sa opp stillingene sine (Ditlefsen & Tørressen, 2023). Tillitsvalgt fremhevet at lønn kunne benyttes som et virkemiddel. For å hindre en liknende situasjon, kan det argumenteres for at lønn kan brukes som et virkemiddel for å tiltrekke og beholde kompetanse på sykehuset. En mer differensiert lønnsstruktur kan potensielt virke forebyggende mot legers avgang og samtidig tiltrekke nye, kompetente medarbeidere.

For å si noe om differensiert lønn kan benyttes som et virkemiddel for å tiltrekke kompetanse, er det interessant å se spørsmålet i lys av LIS-legenes tanker om karrierevalg etter fullført spesialisering. Funnene våre viste at LIS-leger vurderer flere faktorer ved valg av arbeidsplass, og at lønn bare er en av dem. For de fleste er ikke lønn viktigst. For eksempel er arbeidsmiljø, fagmiljø og kollegialt samarbeid viktigere. Samtidig fant vi at noen LIS-leger er tiltrukket av andre jobbalternativer enn offentlig sykehus. En respondent understrekte at hen bevisst hadde valgt en spesialitet som gjorde det mulig å jobbe privat. For noen LIS-leger er altså privat praksis attraktivt, og da er trolig lønn en vesentlig faktor. Likevel vil sannsynligvis ikke

differensiert lønn i det omfanget et offentlig sykehus kan tilby, møte lønnsforventningene til leger som planlegger å jobbe privat. Videre er det ikke bare lønnsnivået som er avgjørende i deres valg av arbeidsplass. Faktorer som autonomi, fleksibilitet og muligheten til å balansere arbeid med personlig liv spiller også en viktig rolle. Funnene tyder samlet sett på at mer differensiert lønn alene kanskje ikke er tilstrekkelig for å tiltrekke seg LIS-leger etter at de har fullført sin spesialisering, og at det er andre faktorer som er viktigere for sykehuset å ta hensyn til for å fremstå som en attraktiv arbeidsplass.

Fra kapittel 2.3 om dagens situasjon på sykehuset, vet vi at det er lav turnover blant overlegene. I intervjuene fikk vi heller ikke inntrykk av at noen hadde planer om å forlate sykehuset i nær fremtid. Det er derimot nødvendig å påpeke at dette kan skyldes begrensede jobbmuligheter i området, da en respondent for eksempel bemerket at dersom hen skulle byttet jobb så finnes det kun tre arbeidsplasser å søke på. Samtidig er det mulig at noen respondenter unnlot å uttrykke reelle planer om jobbskifte hvis de anså dette som privat eller fryktet at det ville komme frem, til tross for anonymisering. Vi fant også at alle respondentene, med unntak av én, mente at lønn ikke spilte en avgjørende rolle i valg av arbeidsplass. Dette kan skyldes at lønnen generelt er god, og at de fleste dermed er tilfredse. Videre viste figur 6.6 at legenes egne vurderinger av sannsynligheten for at de ville motta et jobbtilbud med høyere lønn var svært varierende.

Espegren (2023) fremhevet arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling som viktige faktorer for å tiltrekke og beholde ansatte. Andre faktorer enn lønn er altså sentrale for at leger skal ønske å bli værende i en jobb. Dette kan tyde på at innføring av mer differensiert lønn ikke nødvendigvis er det mest effektive middelet for å oppnå bemanningsmålet. Samtidig påpeker Espegren at sykehus må holde seg attraktive og konkurransedyktige for å ikke miste fagfolk til private aktører som tilbyr mer fritid, autonomi og bedre lønn. Dersom sykehuset implementerer differensiert lønn, kan det derfor argumenteres for at det kan være et tiltak for å anerkjenne og belønne ekstra innsats og spesialisering som dagens leger besitter. Innføring av mer differensiert lønn kan potensielt bidra til å gjøre sykehuset mer tiltalende som arbeidsgiver, som kan være en del av en bredere strategi for å beholde og tiltrekke dyktige fagfolk.

Våre funn viser at faglig utvikling, muligheten til å arbeide innenfor det fagfeltet man spesialiserer seg i, arbeidsmiljø, lønn og fleksibilitet er avgjørende faktorer for legers valg av arbeidsplass. Selv om 55 % av overlegene trodde lønn var en viktig eller svært viktig faktor i valg av arbeidsplass (figur 6.5), indikerte andre utsagn at lønn sjelden er den primære

drivkraften til at overleger bytter jobb. Overleger bytter jobb for å oppnå faglig vekst og nye utfordringer, eller fordi de ikke trives i arbeidsmiljøet. Dette understreker at mens lønn utgjør en betydelig faktor, er den sjelden hovedårsaken til jobbskifte, da andre faktorer veier tyngre. Studien av Rao m. fl. (2013) bekrefter at faktorer utover lønn, som beliggenhet, spiller en vesentlig større rolle i valg av jobb. Ogundeji (2021) fremhever også at valg av lønnsmodell påvirkes av faktorer som fleksibilitet, autonomi, forretningsaspekter og profesjonelle interesser. Så, i spørsmålet om hvorvidt mer differensiert lønn kan være et effektivt virkemiddel for å tiltrekke og beholde kompetanse, tyder funnene samlet sett på at det ikke nødvendigvis vil være den mest effektive strategien. Overleger verdsetter andre aspekter ved arbeidslivet høyere. For å tiltrekke og beholde dyktige overleger, kan det dermed være bedre å fokusere på å styrke disse områdene.

7.2.3 Oppsummering generelt om differensiering

I dette delkapittelet har vi analysert om differensiert lønn påvirker motivasjon og om det kan benyttes for å tiltrekke og beholde kompetanse. Legers motivasjon anses som den viktigste indikatoren for kvaliteten på helsetilbudet (Chmielewska m. fl., 2020). Dersom legene blir motivert av differensiert lønn, kunne det dermed reflekteres i kvaliteten på sykehusets tilbud. Av den grunn er det interessant å se om legene motiveres av lønn i det hele tatt. Halvparten av utvalget synes lønn til en viss grad er motiverende, samtidig som over halvparten allerede har høy eller svært høy motivasjon. I tillegg fremkommer det av drøftelsen at legene i hovedsak er indre motivert. Differensiert lønn kan derfor tenkes å ikke ha tilstrekkelig effekt på motivasjon. Dette vil vi analysere nærmere opp mot ansiennitets- og prestasjonslønn.

Når det kommer til om differensiert lønn kan benyttes for å tiltrekke arbeidstakere, viser funnene at LIS-leger synes andre faktorer enn lønn er viktigst i valg av arbeidsplass. For at sykehuset skal fremstå som en attraktiv arbeidsplass for leger som har gjennomført spesialisering, kan det være mer hensiktsmessig å fokusere på arbeidsmiljø, fagmiljø og kulturen i kollegiet. For å beholde kompetanse tilsier funnene våre at overleger bytter jobb for å oppnå faglig vekst og utfordring eller fordi de ikke trives i arbeidsmiljøet. Halvparten av overlegene synes lønn er viktig eller svært viktig i valg av arbeidsplass, mens andre utsagn indikerer, som hos LIS-legene, at lønn ikke ville vært hovedårsaken til jobbskifte. Videre antyder sykehusets turnover rapport, når den betraktes i sammenheng med legenes svar, at det er få som ønsker å bytte jobb. Dette tyder på at ansattes avgang kanskje ikke utgjør en vesentlig

utfordring. Likevel er det ikke gitt at denne trenden fortsetter. Espegren (2023) påpeker at økt konkurranse fra det private er en reell trussel, noe våre funn også antyder. I tillegg kan legene undervurdere hvilken betydning lønn faktisk har for dem. Samlet sett indikerer analysen at differensiert lønn ikke nødvendigvis er det mest effektive tiltaket for å tiltrekke og beholde kompetanse, men også dette analyseres ytterligere for ansiennitetslønn og prestasjonslønn.

7.3 Ansiennitetsbasert lønn

I dette delkapittelet analyserer vi innledningsvis legenes holdninger til ansiennitetslønn. Deretter utforsker vi innvirkningen ansiennitet kan ha på motivasjon, før vi utdyper hvordan ansiennitetstillegg kan påvirke sykehusets evne til å tiltrekke og beholde kompetente overleger. Til slutt analyserer vi ansiennitet fra et rettferdighetsperspektiv.

7.3.1 Holdninger til ansiennitetsbasert lønn

For å vurdere fordeler og ulemper med ansiennitetslønn, er det essensielt å analysere legenes holdninger. Effekten av en insentivordning avhenger av miljøet den implementeres i, herunder hvordan bedriftskulturen er (Bragelien, 2018). Holdningene vil dermed trolig ha betydning for om en innføring blir vellykket eller ikke.

Ansiennitetstillegg representerer en form for lønnsdifferensiering som er uavhengig av den ansattes prestasjon eller innsats. Tillegget er automatisk, og utelukkende basert på hvor lenge den ansatte har arbeidet et sted. Abelsen og Olsen (2015) fant at flertallet av unge leger i Norge foretrekker lønssystemer som er mindre aktivitetsbaserte. Det antyder at de kan like ansiennitet. Vi observerte at flertallet av legene så på innføring av ansiennitet som positivt. Mer konkret viste tabell 6.2 at 68 % av legene er positive til å differensiere på ansiennitet, og kun 16 % er negative. Det er imidlertid viktig å merke seg at det finnes nyanserte holdninger innad i de ulike undergruppene. Spesifikt for overlegene registrerte vi en positiv holdning hos 55 %, mens 27 % var negative og 18 % var usikre. Blant LIS-legene var støtten sterkere, med 88 % positive og 13 % usikre.

Et overraskende funn var at holdningene til ansiennitet i stor grad varierte mellom fagfeltene. Hos kirurgene (tabell 6.4) er det delte holdninger, der 40 % er positive, 30 % negative og 30 % usikre. I kontrast til dette er alle indremedisinerne positive til ansiennitet. De ulike holdningene kan skyldes flere faktorer. I kirurgi blir presisjon og tekniske ferdigheter ansett som viktig. Det

kan medføre at kirurgene ønsker et system hvor ferdigheter og resultater verdsettes i høyere grad enn det ansiennitet signaliserer. I indremedisin derimot, pekte flere på at samarbeid og deling av erfaring er viktig, som gjør at ansiennitet kan anses mer verdifullt. Videre mener vi at en annen forklaring kan knyttes til arbeidets natur. Mens kirurgers arbeid, som krever høy teknisk dyktighet, ikke nødvendigvis korrelerer med ansiennitet, får indremedisinerne med tiden mer erfaring og kunnskap som gjør at deres breddekunnskap blir svært verdifull. Der det for kirurger ofte handler om å bli veldig god på en spesifikk prosedyre, legger indremedisinerne vekt på å opparbeide seg allsidig kunnskap og kunne håndtere komplekse medisinske problemer over tid.

Ytterligere differensiering ble observert mellom kjønnene, hvor 64 % av mennene og 75 % av kvinnene var positive til lønnsdifferensiering basert på ansiennitet (tabell 6.5). Interessant nok var 27 % av mennene negative til å differensiere basert på et slikt tillegg, mens ingen kvinner var det. Årsaken til at ingen kvinner er negative til å differensiere basert på ansiennitet, kan skyldes at ansiennitet er stabilt og forutsigbart. Menn setter seg selv oftere i forhandlingssituasjoner, og krever mer (Babcock m. fl., 2003). Av den grunn kan de være mer kritiske til ansiennitetsbaserte systemer, fordi de kanskje heller foretrekker systemer som gjør det mulig å forhandle frem bedre betingelser på egne vegne. Babcock m. fl. (2003) fant også at mange arbeidskulturer straffer kvinner når de krever mer. Derfor kan de foretrekke et egalitært system som anerkjenner lang tjeneste uten at de nødvendigvis må forhandle for å få høyere lønn. Dette støttes av Niederle og Vesterlund (2007) som fant at kvinner har lavere konkurransevillje enn menn. Dessuten kan graviditet og familieliv, som oftere påvirker kvinners karriereutvikling, bidra til en oppfatning om at ansiennitet er mer rettferdig, ettersom det tar høyde for det faktum at kvinner og menn ofte opparbeider arbeidserfaring i ulikt tempo grunnet dette.

Samlet har vi sett at et flertall av legene støtter ideen om et ansiennitetstillegg, og at ingen kvinnelige leger eller leger som jobber med indremedisin er negative til det. Alle legene i indremedisin var positive til ansiennitet, mens 40 % av kirurgene var det. Den positive holdningen kan tyde på at innføring av ansiennitet vil bli godt mottatt, som øker sannsynligheten for at en eventuell innføring vil bli vellykket.

7.3.2 Ansiennitetslønns innvirkning på motivasjon

Hvilken innvirkning ansiennitetsbasert lønn kan ha på legers motivasjon kan ses fra flere perspektiver. Det er delte meninger mellom overleger og LIS-leger om ansiennitet vil virke motiverende. Tabell 6.3 viste at majoriteten av overlegene (64 %) ikke synes det vil virke motiverende, mens alle LIS-legene synes det enten vil virke motiverende (75 %) eller motiverende til en viss grad (25 %). Siden LIS-legene i dag mottar lønn definert i en ansiennitetsstige ut fra hvor i spesialiseringsløpet de er, kan det tenkes at de har en preferanse for å ha det likt som i dag. Folk er ofte fornøyde med og forsvare det de allerede gjør (Bogsnes, 2022). Overlegenes holdning kan sies å være basert på et bredere informasjonsgrunnlag, siden de har vært gjennom LIS-løpet og dagens system med fast overlegelønn. Det hadde derfor vært interessant å vite hva LIS-legene tenkte om noen år, gitt at de begynner i overlegestillinger. LIS-legene mener i dag at ansiennitetstillegg gir insentiver til å bli samme sted lenger, og signaliserer at lojalitet verdsettes. Overlegne på sin side, mener at ansiennitet er rettferdig og noe man burde hatt, men er skeptiske til om det vil ha innvirkning på motivasjon. Dette kommer av at de tviler på om størrelsesorden som er realistisk på norske sykehus vil være stor nok til å motivere. Utsagnet samsvarer med Gneezy & Rusticini (2000) sine funn om at man må betale tilstrekkelig for å stimulere til høyere motivasjon dersom det allerede finnes iboende motivasjon.

Siden ansiennitetsbasert lønn er en form for differensiert lønn som nås bare man venter lenge nok, gir ordningen ingen insentiveffekter til økt produktivitet. Dette reflekteres i flere av svarene, hvorpå svært få tror at ansiennitet vil gi direkte motivasjon til å arbeide hardere eller smartere. Snarere vil det føles som en rettmessig anerkjennelse av kompetansen man har opparbeidet seg, og reflektere den økte verdien man bringer til sykehuset. Rettmessig anerkjennelse kan likevel knyttes opp mot resiprositet, og sånn sett gi retning til motivasjon. Resiprositet handler om at man gjengjelder andre sine handlinger ut ifra hvordan de oppfattes (Fehr & Gächter, 2000). Monetær belønning kan ses på som en handling arbeidstaker ønsker å gjengjelde, og ansiennitet kan oppfattes som en mer generøs gave sammenlignet med for eksempel fastlønn og prestasjonslønn (Bragelien & Kvaløy, 2014). Grunnen til dette er at fastlønn ikke gir noe ekstra, mens prestasjonslønn er en betinget gave basert på hvordan du presterer. Ansiennitet gir en ekstra anerkjennelse, selv om den er betinget av tid. På den måten kan ordningen føre til økt motivasjon ved at legene ønsker å gjengjelde «gaven» i enda større grad.

Som nevnt, pekte respondentene på at ansiennitet ikke gir insentiver. Dette omfattet også insentiver til å ta initiativ eller drive med innovasjon. Fra teorien har vi at en belønning vil skape et insentiv i økonomisk forstand hvis den er et direkte resultat av hva personen gjør (Kaplan & Atkinson, 2014). Når lønnsøkninger er uavhengig av prestasjon kan det føre til mangel på motivasjon til å yte over gjennomsnittet. På den måten kan man argumentere for at ansiennitet ikke gir legene insentiver til å yte ekstra. Dette er en ulempe som støttes opp av artikkelen publisert i Indeed (2022), der det sto at en av ulempene med ansiennitet er at det gir mindre motivasjon, og dermed også færre insentiver, for ansatte til å utmerke seg. Konsekvensen er at ansiennitet gjør det mulig å «flyte» i systemet, og gir alle lønnsøkning uten at de nødvendigvis har fortjent det.

Virkingen på motivasjon kan også knyttes til prosedyrerettferdighet, som omhandler hvorvidt prosedyrene som benyttes i fordelingen av goder oppleves rettferdige (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Som nevnt over synes mange av legene at ansiennitetslønn ville være rettferdig, og det kan oppfattes som en fordel med avlønningsmetoden. Tendensen er ikke entydig, da særlig noen av overlegene påpekte at ansiennitet ikke reflekterer innsats- eller kompetansenivå. Motsvaret er at man som oftest blir en tyngre ressurs med årene, og at det er rettferdig i den forstand at alle når den samme lønnen etter en gitt tid. Kjennetegn på belønnings- og ressursfordelingsordninger som oppleves rettferdige er at de er konsistente, upartiske, nøyaktige og korrigerbare. Basert på svarene fra respondentene kan det argumenteres for at ansiennitet oppfyller disse kjennetegnene. Dersom legene oppfatter prosedyren som rettferdig kan ansiennitet føre til økt motivasjon til tross for at det ikke eksisterer en direkte insentiveffekt.

Til slutt kan ansiennitet ses i lys av kognitive teorier, som forklarer motivert adferd å være drevet av å nå mål (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Forventningen om ønsket belønning er det som driver motivasjon hos mennesker, og det pekes på tre typer overveielser som er viktige for individets innsats. Ansiennitet kan sies å tilfredsstillere to av dem. Valensvurderinger, som omhandler belønningens subjektive verdi for individet, vil variere mellom legene. Flere har pekt på at det skal litt til før en lønnsøkning utgjør en reell forskjell, men for de fleste vil økt lønn ha verdi. Under ansiennitetsbasert lønn vil den instrumentelle overveielser av sammenhengen mellom handlinger og forventet utfall være tydelig, siden de ansatte vet at de får ansiennitetstillegget uten å egentlig «gjøre noe». Når det kommer til om innsatsen vil gi resultater derimot, tilfredsstiller ikke ansiennitet kriteriet angitt i den kognitive teorien, fordi

resultatene kommer uansett. Derfor kan man si at ansiennitet ikke vil føre til økt motivasjon i henhold til kognitive teorier.

For å oppsummere gir ansiennitetslønn ingen insentiver til å øke produktiviteten, men den kan likevel gi økt motivasjon i form av resiprositet og det faktum at det oppleves som en rettferdig prosedyre.

7.3.3 Ansiennitetslønn for å tiltrekke og beholde kompetanse

Her utdyper vi hvordan differensiert lønn, i form av ansiennitetstillegg, kan påvirke sykehusets evne til å tiltrekke og beholde kompetente overleger. Som svar på spørsmål om overlegene trodde lønn var viktig i overlegers valg av arbeidsplass sa 55 % at de trodde lønn var viktig eller svært viktig (figur 6.5). Selv om lønn er viktig for mange, viser våre funn og tidligere forskning at andre faktorer kan være viktigere enn lønn. Hvorvidt ansiennitet kan være et virkemiddel for å tiltrekke og bevare kompetanse kan derfor diskuteres.

Indeed (2022) trekker frem en fordel ansiennitet har når det gjelder å beholde kompetanse, nemlig at det vil minske turnover fordi ansatte ønsker å bli værende i selskapet for å bli forfremmet. Blant legene vi intervjuet, ble det nevnt at ansiennitet kan fungere som et virkemiddel for å beholde erfarne leger. Videre vil dette bidra til at folk vil jobbe lenge på samme sted, siden man blir belønnet for lojalitet. På den måten vil det være økonomisk gunstig å bli på sykehuset, i tillegg til at lang erfaring og kontinuitet på arbeidsplassen belønnes. Samtidig ble det trukket frem at ansiennitet kan fungere som en motivator til å ikke gå over til private eller andre sykehus. Disse funnene antyder at ansiennitet kan fungere som et virkemiddel for å beholde ansatte. Når det er sagt, kan det at ansatte blir værende i selskapet fordi de vet at en lønnsøkning kommer, være problematisk. Spørsmålet blir om sykehuset ønsker å beholde leger som primært blir fordi de venter på en automatisk lønnsøkning, uten at de er nødt til å legge inn en ekstra innsats. Dette utfordrer ideen om at det er effektivt å benytte ansiennitet som et virkemiddel for å beholde ansatte.

På den andre siden påpekte noen respondenter at ansiennitet gir insentiver til å planlegge for og stimulere til en lang karriere. Selv om ansiennitet ikke er et direkte resultat av hva en person gjør, kan det argumenteres for at det vil gi langsiktig belønning til ansatte som har jobbet lenge

på sykehuset og stått på i mange år. Slik kan ansiennitet være et insentiv for de ansatte, siden det belønner verdien av erfaring og dedikasjon over tid.

Flere av legene var bekymret for om innføring av ansiennitetstillegg for overleger ville medføre en nedjustering av startlønnen til nyansatte. Grunnlaget for bekymringen er at å innføre ansiennitet ikke nødvendigvis medfører at lønnsporten blir større, bare at den omfordeles. En slik praksis kan i så fall gjøre sykehuset mindre attraktivt sammenlignet med andre sykehus, fordi man tilbyr lavere startlønn. Det kan dermed tenkes å ha negativ effekt på rekruttering. På den andre siden, hvis sykehuset opprettholder en konkurransedyktig startlønn parallelt med et ansiennitetstillegg, kan dette i lengden resultere i høyere total lønn og dermed ha positiv effekt på rekruttering. Det kan derfor argumenteres for at sykehuset ikke bør innføre ansiennitet uten ekstra midler. Dette vil representere en stor kostnad for sykehuset, som må veies opp mot verdien av å beholde ansatte.

Basert på våre funn er det utfordrende å trekke en entydig konklusjon om effekten av ansiennitetstillegg på sykehusets evne til å tiltrekke og beholde dyktige overleger. Mens det ser ut til at ansiennitetstillegg ikke er en primær faktor for rekruttering, kan det ha en positiv innvirkning på å bevare kompetanse. Spørsmålet som reiser seg, er om ansiennitet kan benyttes som et virkemiddel for å beholde den kompetansen man faktisk ønsker å beholde, altså de flinkeste legene.

7.3.4 Rettferdighet

For at et belønningssystem skal skape høy produktivitet og effektivitet, må det oppleves forutsigbart og rettferdig (Nordhaug, 2002). Vi har også fra teorien at et system som oppfattes rettferdig av de fleste ansatte, legger grunnlaget for motivasjon og mindre misnøye. Når det gjelder hvorvidt belønningssystemet oppleves slik, var det flere LIS-leger som trakk frem nettopp forutsigbarhet som et sentralt argument til hvorfor man bør innføre ansiennitetstillegg. Flere sa at ansiennitet vil oppleves stabilt, noe som kan tyde på at et slikt lønnsystem kan bidra til å skape høyere produktivitet.

Det er delte meninger blant de ansatte om ansiennitetstillegg vil oppfattes rettferdig. Noen respondenter mener at ansiennitetsbasert lønn er rettferdig fordi det reflekterer en ansatts erfaring og kompetanse. Tilsvarende peker andre på at det er rettferdig at de som har jobbet

lengst og har mest erfaring skal tjene mer. Dette støttes i artikkelen fra Indeed (2022), der en av fordelene med ansiennitet er at ansatte blir forfremmet når de har opparbeidet seg nødvendige ferdigheter og opplæring. Andre respondenter mener derimot at ansiennitetslønn er urettferdig. Bakgrunnen for meningene er en bekymring om at ansiennitet ikke belønner faktisk arbeidsinnsats og dermed kan oppleves urettferdig av de mer produktive legene. Fra Indeed (2022) har vi at det er en ulempe med ansiennitet at hardt arbeid kanskje ikke blir tilstrekkelig anerkjent eller belønnet. Noen peker dessuten på at erfaring ikke alltid er synonymt med kompetanse eller effektivitet. Urettferdigheten kan også komme av at yngre leger føler seg undervurdert til tross for tilsvarende arbeidsinnsats som deres mer erfarne kolleger. Ved innføring av ansiennitet vil dette være en reell bekymring som sykehuset bør ta hensyn til. Dersom ansiennitet ikke oppleves rettferdig, vil det kunne skape misnøye blant motiverte og talentfulle ansatte, og i verste fall redusere produktiviteten og effektiviteten til legene (Indeed, 2022).

En fordel med å forfremme basert på ansiennitet fremfor prestasjon, er at et slikt system vil redusere inntrykket av at ansatte favoriseres (Indeed, 2022). En av fordelene respondentene pekte på med dagens lønssystem er at det forhindrer «trynefaktor». Et ansiennitetstillegg vil ikke føre til at noen får et lønnstillegg på grunn av bevisste eller ubevisste fordommer hos beslutningstaker. I prestasjonsbaserte systemer kan leders vurdering bli påvirket av en rekke personlige faktorer som alder, kjønn, etnisitet, eller personlige likheter. Dette kan føre til at lønnsøkningen ikke gjenspeiler faktisk prestasjon eller en ansatt sin kompetanse, men heller lederens subjektive syn. Med ansiennitet blir kriteriet for lønnsøkning objektivt, noe som sikrer at lønnsøkningen tildeles på en rettferdig og konsistent måte. Dette kan bidra til å fremme en følelse av rettferdighet og likebehandling i organisasjonen.

Respondent 4 pekte på en problemstilling med ansiennitetslønn som kan oppleves urettferdig. Man kan havne i en situasjon der en ansatt med høy ansiennitet ikke leverer på samme nivå som en nyere ansatt, men fortsatt mottar høyere lønn. Indeed (2022) trekker også frem dette som en ulempe fra et forfremmelsesperspektiv, der ansiennitet kan øke misnøye blant motiverte eller talentfulle ansatte dersom middelmådige ansatte blir forfremmet fremfor dem. Flere av legene vi intervjuet argumenterte for at innføring av ansiennitetstillegg ikke ville utgjort noen forskjell fra slik det er i dag. Irritasjonen knyttes heller til at enkelte ikke bidrar i det hele tatt. Videre påpekte de at dersom man skulle blitt bitter for at eldre leger tjente mer på grunn av ansiennitet,

kunne man jo like gjerne vært bitter for at de tjener det samme i dag. Det ser dermed ikke ut til at dette er en problemstilling spesifikt tilknyttet ansiennitet, men også til dagens lønssystem.

I kapittel 7.3.2 snakket vi om prosedyrerettferdighet (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 135). Et ansiennitetstillegg vil trolig oppfylle nesten alle reglene som sikrer at beslutninger om belønnings- og ressursfordeling blir rettferdige, da det er en konsistent, upartisk, nøyaktig og korrigerbar prosedyre. Likevel kan det diskuteres om ansiennitet vil oppleves som en upartisk prosedyre avhengig av hva som er kriteriene for å få et tillegg. Her blir spørsmålet om ansiennitetstillegget skal baseres på antall år som overlege eller antall år på sykehuset. Funnene våre viste at det var en sterk preferanse blant respondentene for å beregne ansiennitet basert på antall år som overlege, og dette synet ble ofte begrunnet med argumenter som at man bør unngå et system som straffer de som har bredere erfaring. Et ansiennitetstillegg som favoriserer de som har vært ansatt på sykehuset lenge kan oppleves urettferdig. Bredden av en leges erfaring bør anerkjennes for at også nye ansatte skal føle at systemet er rettferdig, og at de ikke straffes for å ha skaffet erfaring utenfor sykehusets vegger.

7.3.5 Oppsummering ansiennitetsbasert lønn

I dette delkapittelet har vi analysert holdningene utvalget har til ansiennitetslønn, hvordan det kan påvirke motivasjon og hvilken effekt det kan på sykehusets evne til å tiltrekke og beholde kompetente overleger. I tillegg har vi sett ansiennitet opp mot rettferdighetsopplevelser. Legenes holdninger vil trolig være en sentral faktor for om innføring av ansiennitet vil bli vellykket eller ikke. Et interessant funn er at alle indremedisinerne er positive til ansiennitet, mens kirurgene har delte meninger. Vi mener at ulikhetene i avdelingenes type arbeid kan være en mulig forklaring. Kirurger kan tenkes å verdsette ferdigheter, i tillegg til at arbeidet krever at man er teknisk dyktig. I indremedisin verdsetter man i større grad samarbeid, og drar nytte av breddekunnskap som opparbeides over tid. Ingen kvinner er negative til ansiennitet, som kan skyldes preferanser for stabilitet. Indremedisinernes og kvinnenes holdninger, indikerer at ansiennitetsbasert lønn vil bli godt mottatt av dem.

Ansiennitet kan ha ulik effekt på motivasjon. Alle LIS-legene synes det vil være, eller til en viss grad vil være, motiverende, mens overlegene har delte meninger. Ansiennitetslønn kan oppfattes som en «gave» fra arbeidsgiver, som legene ønsker å gjengjelde ved å yte mer innsats. Videre kan det føre til økt motivasjon, fordi prosedyren oppleves rettferdig. Det kan også tenkes

at innføring av ansiennitetslønn ikke vil ha effekt på motivasjonen. Flere påpeker at det vil være en rettmessig anerkjennelse av kompetanse og innsats, men ikke gi direkte motivasjon til å jobbe hardere eller smartere.

Hvordan ansiennitet vil påvirke sykehusets evne til å tiltrekke og beholde kompetanse, har vi analysert ut fra relevant empiri. Artikkelen i Indeed (2022) peker på at ansiennitet kan få ansatte til å bli værende i selskapet i påvente av en forfremmelse. Ansiennitet kan styrke sykehusets evne til å holde på overleger fordi de blir belønnet for å fortsette. Samtidig pekte noen respondenter på at det kan forhindre frafall til det private, siden man blir belønnet for antall år som overlege. Dersom ansienniteten er knyttet til antall år på sykehuset spesifikt, eller sykehuset er ett av få som har ansiennitet, kan det hindre lekkasje til andre sykehus. Til tross for manglende insentiveffekt, kan ansiennitet stimulere til at leger planlegger karrieren sin mange år fremover. Likevel oppstår det et spørsmål om det faktisk er ønskelig beholde leger som primært blir værende på sykehuset for å få en automatisk lønnsøkning. I tillegg er det viktig å understreke at innføring av ansiennitet kan redusere sykehusets konkurranseevne i forhold til lønn, dersom innføringen medfører at startlønnen reduseres. Sykehuset bør derfor ikke innføre ansiennitet uten at det samlede lønnsbudsjettet økes.

Avslutningsvis analyserte vi ansiennitet ut fra et rettferdighetsperspektiv. Systemer som oppfattes rettferdig, kan skape økt motivasjon og høyere produktivitet og effektivitet (Nordhaug, 2002). Flere trekker frem ansiennitet som stabilt, men det er delte meninger om det er rettferdig. På den ene siden mener mange respondenter at de som har mest erfaring bør tjene mer. På den andre siden er ikke ansiennitet basert på arbeidsinnsats, og kan derfor oppleves urettferdig for yngre, mer produktive leger. En fordel med ansiennitet er at det er et objektivt mål, slik at muligheten for misbruk, eller at beslutningstaker påvirkes av ubevisste forhold, elimineres. Det er altså en rettferdig prosedyre. Videre mener de fleste legene at ansiennitet bør baseres på antall år som overlege fremfor antall år på det spesifikke sykehuset. Neste steg i analysen er å analysere om prestasjonslønn kan være et bedre alternativ til differensiert lønn på sykehuset.

7.4 Prestasjonsbasert lønn

I denne delen analyserer vi innledningsvis holdningene legene har til prestasjonsbasert lønn. Etter det undersøker vi hvilken effekt slik lønn kan ha på motivasjonen deres, før vi ser om det

kan ha en effekt på å tiltrekke og beholde dyktige overleger. Deretter vil vi belyse måleproblemer og vridningseffekter, før vi ser nærmere på hvilke faktorer prestasjonslønn kan baseres på og om prestasjonslønn kan tenkes å gå på bekostning av samarbeid og arbeidsmiljø.

7.4.1 Holdninger til prestasjonslønn

For å kunne si noe om prestasjonslønn vil ha en positiv eller negativ effekt på sykehuset, er det fordelaktig å analysere legenes holdninger. Bakgrunnen for det er at de besitter førstehånds erfaring fra arbeidet. Deres holdninger vil trolig også ha betydning for om en innføring blir vellykket eller ikke (Bragelien, 2018). Funnene utgjør dermed et viktig utgangspunkt for videre diskusjon av prestasjonsbasert lønn.

I dag er det ingen tradisjon for å måle prestasjoner på offentlige sykehus, slik man gjør i andre sektorer. Dersom man synes at sykehusfag er spennende, og ønsker å jobbe innenfor disse fagfeltene, finnes det ikke noe sted man kan ha en lønnsstruktur der inntekt korrelerer med antall utførte prosedyrer eller behandlinger. Det betyr at de som er interessert i å jobbe innen medisin, men samtidig ønsker en lønnsmodell basert på individuell ytelse, må se mot privat sektor eller andre alternative arbeidsområder utenfor det tradisjonelle sykehusmiljøet.

Abelsen og Olsen (2012) fant at det blant potensielle nykommere til allmennpraksis kun er én av fem som foretrekker det nåværende avlønningssystemet, som er fullstendig aktivitetsbasert. Selv om et slikt system ikke vil innføres på sykehuset, indikerer det likevel negative holdninger til at hele lønnen skal være prestasjonsbasert. Våre funn viser at majoriteten av legene i vårt utvalg på generell basis er negative til å innføre et mer prestasjonsbasert lønssystem, der 47 % av legene er negative, 37 % positive og 16 % usikre (tabell 6.6). Vi ser at det blant overlegene er et flertall positive holdninger, mens det blant LIS-legene er et flertall negative. Dette stemmer også godt overens med Abelsen og Olsen (2015) som fant at flertallet av unge leger i Norge foretrekker lønssystemer som er mindre aktivitetsbaserte. At nesten halvparten av legene har en negativ holdning til innføring av prestasjonslønn, kan antyde at et slikt system vil møte mye motstand og kritikk, og ikke få den positive effekten man ønsker.

Hovedårsaken til de negative og usikre holdningene er at legene ikke ser hvordan det kan gjennomføres i praksis. Det nevnes at det ikke finnes en fullverdig måte å måle innsatsen til leger på, og at dersom man er effektiv, illustrerer ikke det nødvendigvis behandlingens kvalitet.

Utfordringen knyttes dermed til hva man skal måle, hvordan man skal måle det og hvilke konsekvenser prestasjonsmål vil ha på kvalitet. Dette kan knyttes opp mot kritikk av prestasjonslønn, som omhandler nettopp utformingen av insentivlønn (Bragelien & Kvaløy, 2014). I tillegg påpekes det at det finnes mange viktige funksjoner på et sykehus, og at det er en fare for at noen av disse vil bli neglisjert under et slikt system. Dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 7.4.6 om vridningseffekter.

Videre var det en frykt blant legene at prestasjonslønn ville skape et konkurransepreget miljø. Bekymringen knyttet seg til at et slikt system kan ha negativ innvirkning på miljø og samarbeid. Dette synet støttes av Bragelien og Kvaløy (2014) som påpeker at konkurranse kan ødelegge for samarbeid og arbeidsmiljø. I tillegg mener Kohn (1993) at økonomiske insentiver kan ha negativ effekt på relasjonene blant ansatte. Siden legene er avhengig av å samarbeide, kan en innføring av noe som potensielt gir insentiver til mindre samarbeid være farlig. På et sykehus fremmes en annen type arbeidsmoral og etikk sammenlignet med privat praksis. Følelsen av kollegialitet og teamarbeid er sterkere, og suksess måles i hvordan hele teamet fungerer sammen. Introduksjon av prestasjonslønn kan i verste fall oppfattes som et brudd med disse verdiene, og potensielt føre til økt konkurranse på bekostning av pasientomsorg og samarbeid. I delkapittel 7.4.8 vil vi analysere hvordan prestasjonslønn kan tenkes å påvirke samarbeid og miljø.

Studien til Abelsen og Olsen (2012) fant at omtrent halvparten av deltakerne foretrakk en kombinasjon av fast lønn og aktivitetsbasert avlønning, dersom de fikk velge fritt. Studien undersøkte potensielle nykommere i allmennpraksis sine preferanser, slik at aktivitetsbasert avlønning her er betaling per tjeneste og betaling per pasient. Samtidig fant de at støtten for *kun* fast lønn var 20 % for unge leger, der alternativene var fast eller aktivitetsbasert lønn. Det vil si at hele 80 % av legene foretrakk at en del av lønnen er knyttet til aktivitet. Selv om denne studien ble gjort på unge leger som potensielt skal inn i allmennpraksis, kan vi trekke paralleller til vår utredning. Deres funn stemmer overens med holdningene til kirurgene, da hele 70 % av disse var positive til å differensiere på prestasjon (tabell 6.8). Grunnen til den positive holdningen knyttes til at det potensielt vil motivere til å legge ned ekstra innsats, og at de fleste mener man bør få uttelling for godt arbeid.

På den andre siden var ingen av legene som jobbet i indremedisin positive til innføring av prestasjonsbasert lønn. De trekker frem at det ikke er mulig å måle deres prestasjon. Innenfor

kirurgi er det i større grad mulig å måle prestasjoner siden man i prinsippet kan telle antall operasjoner. I indremedisin er arbeidsmetodene og pasientbehandlingen helt annerledes. Mens man som kirurg ofte behandler en mer spesifikk skade eller tilstand, kan pasientene man behandler i indremedisin være mye mer varierte. Resultatene i indremedisin er mer preget av subjektivitet og langsiktige pasientutfall, og de er derfor utfordrende å måle. Samtidig pekes det på at dersom man går «sengepost», så har man ikke nødvendigvis ansvar for en pasient fra starten til slutten av oppholdet. Det kan være flere leger som behandler samme pasient, og spørsmålet blir da hvem som skal få «æren» av den prestasjonen. Til tross for den negative holdningen, nevner mange av legene i indremedisin at de hadde vært positive til en innføring dersom det hadde vært mulig å måle, og om man hadde hatt en fungerende modell. Gitt at man klarer å finne en modell som oppleves rettferdig, med prestasjonsmål som legene støtter, vil de muligens i større grad kunne godta en lønnsdifferensiering basert på prestasjon.

En respondent fra kirurgi som var usikker, og en som var negativ til innføring av prestasjonslønn, fortalte at de tidligere hadde jobbet på fastlegekontor der de fakturerte for tjenestene sine basert på fastsatte takster. Takstene hadde innvirkning på inntekten deres, som vil si at jo flere tjenester de takset, desto høyere ble lønnen. Disse legene har altså erfaring fra et aktivitetsbasert lønssystem, og er usikre og negative til prestasjonslønn på sykehus. Det kan indikere at en slik endring ikke er ønskelig. Fra prinsipal-agent-teori har vi at hvordan en insentivkontrakt er utformet, har betydning for hvilke agenter som søker seg til sykehuset (Bragelien & Kvaløy, 2014). De legene som jobber på sykehuset, har allerede valgt sykehus fremfor andre alternativer, selv om de eksempelvis kunne hatt høyere lønn som fastlege. Dette antyder at det er andre faktorer enn økonomiske insentiver som veier tyngst i deres valg av arbeid. Noen av respondentene viser til at valget om å jobbe på sykehus delvis er motivert av å slippe presset og koblingen mellom økonomiske insentiver og pasientbehandling, slik at hovedfokuset er å gjøre en god jobb.

Når det gjelder kjønnsforskjeller i holdninger til å differensiere på prestasjon, er det nesten ikke noe skille mellom kvinner og menn i vårt utvalg (tabell 6.9). Dette samsvarer ikke med funn av Niederle & Vesterlund (2007) som antyder at menn er mer villige til å konkurrere enn kvinner. Ergo burde menn ha vært mer positive til å differensiere basert på prestasjon. Imidlertid observerte vi, som analysert i kapittel 7.3.1, at ingen kvinner var negative til ansiennitet, som samsvarer med at kvinner foretrekker stabilitet fremfor konkurranse. Funnene våre når det kommer til prestasjonslønn, kan dog forstås i lys av andre faktorer. Likestilling blir regnet som

en samfunnsmessig grunnverdi i Norge (Ryste & Ikdahl, 2022). Det er nettopp den sterke kulturen for likestilling og egalitarisme, som kan forklare hvorfor kvinnelige og mannlige leger har et relativt likt syn på slik lønnsdifferensiering. Legeutdannelsen vektlegger likeverd og rettferdighet, som kan føre til at leger, uavhengig av kjønn, utvikler identiske holdninger til hvordan lønnsstrukturen bør være. En annen faktor er at det offentlige helsevesenet i stor grad har en standardisert tilnærming til lønnsstruktur. Det kan også medføre relativt like holdninger. Likevel tar vi forbehold om at våre funn ikke er statistisk signifikante, siden vi har gjennomført en kvalitativ undersøkelse med et begrenset antall respondenter.

Oppsummert ser vi at flertallet av legene er negative til å innføre prestasjonsbasert lønn. De mener prestasjoner vil være vanskelig å måle, og kan få konsekvenser for samarbeid og miljø. Dette er faktorer som er veldig viktige i et legekollegium. For at innføring av nytt system skal ha positiv effekt, og potensielt bidra til økt motivasjon og arbeidsinnsats, er det essensielt at legene er positive til innføringen. Funnene våre viste at det blant overlegene var et flertall av positive holdninger, mens det blant LIS-legene var flest negative. Samtidig så vi at flertallet av legene som jobber innenfor kirurgi var positive til prestasjonslønn, og at det dermed er legene som jobber med indremedisin som trekker legenes holdninger mot det negative. Imidlertid så vi at dersom man klarer å finne en modell som oppleves rettferdig, med gode prestasjonsmål, vil også legene i indremedisin kunne støtte et slikt system.

7.4.2 Prestasjonslønns innvirkning på motivasjon

Dersom legene er indre motivert, antyder empiri at økonomiske insentiver og kontrollerende politikk kan undergrave denne motivasjonen (Berdud m. fl., 2016). Skulle det være tilfelle, kan det være en ulempe å innføre prestasjonslønn, da det kan tenkes å endre legenes adferd til å bli mindre motiverte. Berdud m. fl. (2016) finner i sin studie av spanske leger at innføring av en FFS-modell (fee for service) kan endre oppfatningen av det medisinske arbeidet fra å være en yrkesaktivitet drevet av kall, til å bli en kilde til ekstra inntekt. Ifølge *motivation crowding theory* kan man ved å innføre prestasjonsbasert lønn stå i fare for å redusere den indre motivasjonen, omtalt som «crowding out»-effekten (Frey & Jegen, 2001). Dette oppstår fordi fokuset flyttes vekk fra aktiviteten, over på belønningen, og individet ikke lenger utfører arbeidet på grunn av en følelse av mening. Nettoeffekten på motivasjonen til leger vil avhenge av den samlede effekten av å innføre et prestasjonsbasert system, altså hvor mye indre motivasjon som fortrenses versus hvor mye ytre motivasjon som skapes.

På spørsmål om prestasjonslønn ville vært motiverende, svarte 46 % av overlegene og 25 % av LIS-legene ja (tabell 6.7). Dette kan også knyttes til Berdud m. fl. (2016) sin studie som fant at det er skadelig for motivasjonen når innsatsen og kvaliteten på arbeidet ikke anerkjennes. Prestasjonslønn kan være en måte å anerkjenne ekstra innsats på, og en metode for å signalisere at godt arbeid verdsettes. Flere påpeker at prestasjonslønn vil være motiverende, men på feil grunnlag. Incentiver kan være en sterk kilde til motivasjon, eller driver for å utføre visse handlinger, men det er ikke det fokuset legene ønsker i arbeidshverdagen. Det kan være vanskelig å ikke la seg påvirke av monetære incentiver dersom de er der, selv om de ikke samsvarer med legenes holdninger og verdier.

Respondentene indikerer at «crowding out» er en utfordring man står overfor når man skal innføre et incentivsystem. Til tross for at kun 18 % av overlegene sier at prestasjonslønn ikke vil være motiverende, uttrykker de bekymring rundt en for sterk kobling mellom lønn og prestasjon. Til sammenligning mener 38 % av LIS-legene at det ikke vil være motiverende. De to gruppene har en del overlappende bekymringer knyttet til å flytte fokus fra pasientbehandling til inntjening. Flertallet frykter at dette vil påvirke handlingene deres, enten de vil eller ikke, og mener det vil demotivere dem fra deres primære oppgave som er pasientbehandling. Uttalelsene tyder på at en ulempe med innføring av et prestasjonsbasert system er at det kan fortrenge legenes indre motivasjon.

Selv om ordningen kan tenkes å fortrenge indre motivasjon, betyr ikke det nødvendigvis at den samlede effekten blir negativ. Med store nok incentiver vil en ordning kunne skape mer incentiver enn den fortrenger, i hvert fall på kort sikt (Gneezy m. fl., 2011). Hvorvidt indre motivasjon fortrenses, avhenger av hvordan incentivordningen oppfattes. Dersom den oppfattes som kontrollerende, det vil si at den fremstår som lite gunstig eller medfører negative konsekvenser for legene sin arbeidshverdag, kan ordningen redusere den indre motivasjonen. Dersom den oppfattes støttende, altså at den fungerer som en rettferdig gjenytelse for jobben som er gjort og resultatene som er skapt, kan ordningen virke positivt på motivasjonen (Frey & Jegen, 2001). Dette kan knyttes opp mot at en incentivordning må tilpasses miljøet den implementeres, siden legenes oppfatning vil ha stor betydning for virkningen.

Legenes oppfatning av prestasjonslønn kan analyseres ut fra behovs- og likeverdsteorier (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Hvordan ordningen mottas har igjen implikasjoner for legenes motivasjon. Behovsteori antyder at motivert adferd drives av individets grunnleggende behov.

I arbeidslivssammenheng tenker man gjerne på lønn som et fysiologisk behov, grunnleggende for overlevelse. Legeyrket dekker dog trolig også overskudds- og vekstmotiver, siden det gir anerkjennelse og mulighet til å utvikle seg. Aktelse og selvaktualisering er de høyeste nivåene i pyramiden. Ved å legge til rette for disse kan man utløse høyere motivasjon. Dersom man innfører prestasjonslønn, er det fare for at legene tar det som et signal på at de behøver ytre insentiver for å utvikle seg og at de oppfatter det som en mistillitserklæring (Bragelien & Kvaløy, 2014). I tillegg kan det tolkes som at samfunnet tror de kun jobber for penger, og ikke bryr seg om pasientene. Det vil bety at den sosiale anerkjennelsen knyttet til det å være lege reduseres. Oppfatningene om at legene behøver ytre insentiver for å gjøre jobben og at samfunnet tror de jobber for pengene sin skyld, kan i henhold til behovsteori føre til redusert motivasjon. For å ta hensyn til dette bør man formidle formålet med innføringen av en ordning.

Likeverdsteori antyder at ansattes motivasjon er et resultat av hvordan de opplever rettferdighet basert på sammenligninger med hva andre får (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Prestasjonslønn vil føre til økte forskjeller i lønn, og kan legge grunnlag for sammenligning innad i legegruppen. Dersom innsatsen legene legger ned, og utbyttet de oppnår, oppleves å være likeverdig med dem de sammenligner seg med, kan et slikt system være tilfredsstillende. Det betyr at dersom noen får mer lønn, bør det samsvare med en oppfatning blant legene om at de også har lagt ned mer innsats. Dersom de man sammenligner seg med får mer betalt, og man ikke skjønner hvorfor, vil det oppstå likeverdsspenning, som kan føre til lav motivasjon. Belønning er ikke bare en absolutt størrelse, men i høyeste grad også relativ. Implikasjonen er at det er en fare for å svekke motivasjon når forskjellene på belønningene blir større, slik de blir med prestasjonsbasert lønn. En måte å håndtere dette på er å ha gode mål for prestasjon, slik at det er forståelig hvorfor noen får høyere lønn enn andre.

For å oppsummere vil legenes motivasjon avhenge av insentivene som innføres og effekten de har på motivasjon. Funnene våre tyder på at leger er indre motiverte, og at det derfor er en reell fare for at det oppstår en «crowding-out»-effekt. Spesielt dersom ordningen oppfattes mer kontrollerende enn støttende. Nettoeffekten kan likevel være økt motivasjon dersom det skapes mer ytre motivasjon enn det fortreges indre. Videre er det essensielt å finne gode mål på prestasjon, fordi med relativt større forskjeller i lønn står man i fare for å skape misnøye.

7.4.3 Prestasjonslønn for å tiltrekke og beholde kompetanse

Med et prestasjonsbasert lønssystem vil leger vurderes og belønnes ut fra oppnåelse av definerte prestasjonsmål. Dersom et slikt system innføres, kan leger som konsekvent underpresterer oppleve at lønningene deres aldri blir like høye som kollegaers. Legene som presterer godt vil få lønnsøkning, og de som ikke møter de forventede prestasjonsmålene vil oppleve stagnering i lønnen. Dette kan medføre at leger som konsekvent ikke tilfredsstillere kravene, velger å forlate sykehuset til fordel for fastlønn (Bragelien & Kvaløy, 2014). Argumentet støttes av teori om sorteringseffekter, altså vil de legene som er mest kompetente og dyktige bli værende på sykehuset fordi de får belønning. Implementeringen av et prestasjonssystem kan på den måten bidra til å opprettholde legetjenester av høy kvalitet ved å holde på dyktige leger, samtidig som det vil tiltrekke nye kompetente medarbeidere.

Implementering av et prestasjonsbasert lønssystem på sykehuset vil gi en indikasjon om hvilken arbeidsinnsats som forventes av legene. Funnene våre tyder på at legene er klar over egen effektivitet, samt hvilke kollegaer som yter ekstra og presterer godt. Ut fra denne informasjonen kan legene selv selektere seg inn i prestasjonsbaserte ordninger dersom det passer dem godt. Prinsipal-agent-teorien antyder at de som velger å være en del av et prestasjonsbasert system, ofte har høyere kvalifikasjoner. Det vil være legene som selv mener at de presterer godt, som er villige til å knytte en del av lønnen sin til prestasjoner. Dette kan skape en seleksjonseffekt, hvor sykehuset naturlig tiltrekker seg og beholder de mest dyktige legene (Bragelien & Kvaløy, 2014). Innføring av prestasjonslønn kan dermed bidra til å løse problemet med asymmetrisk informasjon. På den måten kan sykehuset bli mer attraktivt for gode leger, siden de vet at deres evner og harde arbeid blir anerkjent og belønnet.

I kronikken skrevet av Espegren (2023) vises det til at andre faktorer enn lønn er viktigst for leger i valg av arbeidsplass. Dersom det stemmer, kan innføring av prestasjonslønn ha begrenset effekt på rekrutteringen til sykehuset. Våre funn støtter opp om dette. De fleste respondentene fremhever at det er mange andre faktorer som har større betydning enn lønn i valg av arbeidsplass. Wright (2007) fant at spesialistene som det offentlige sykehuset ansetter med fast lønn, har preferanse for rettferdighet over inntekt. Dersom ansatte på offentlige sykehus har en slik preferanse, antyder det at prestasjonslønn ikke er det mest effektive virkemiddelet for å tiltrekke og beholde kompetanse. Som vi fant i kapittel 7.4.1, har respondentene allerede valgt bort høyere lønn til fordel for engasjerende arbeid. Således kan et prestasjonsbasert lønssystem

være mindre effektivt for å beholde dyktige leger på sykehuset, siden de verdsetter andre faktorer enn finansiell kompensasjon.

Spørsmålet blir videre hvilke leger man ønsker å ansette, altså om man ønsker å ansette leger som har en preferanse for inntekt over rettferdighet. Da vi spurte legene om de trodde innføring av prestasjonslønn ville ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrakk seg, var det mange som var bekymret for at man med en slik lønnsmodell kunne tiltrekke seg leger som er mer drevet av økonomisk gevinst enn pasientbehandling. Fra teori om ugunstig utvalg har vi at agenter som godtar en kontrakt, besitter visse lignende karaktertrekk (Hendrikse, 2003). Som diskutert over, kan en endring av lønssystemet medføre at individer med preferanse for å bli målt på prestasjoner, ansettes på sykehuset. Dersom sykehuset tiltrekker seg leger som hovedsakelig er drevet av økonomiske insentiver, er det en risiko for at sykehusets samlede kompetansenivå svekkes. Leger som er mer fokusert på inntekt enn kvalitet, har ikke nødvendigvis den dedikasjonen og engasjementet som er avgjørende for kontinuerlig faglig utvikling og opprettholdelse av høy medisinsk standard.

Videre kan prestasjonslønn skape et konkurransepreget miljø på sykehuset. På den ene siden kan dette være positivt, og det kan tiltrekke leger som er drevet av målbare resultater og personlig utvikling. På den andre siden kan et slikt miljø virke demotiverende for leger som har en genuin interesse for pasientbehandling og forskning. Disse legene kan føle at de blir oversett dersom kvantitet blir viktigere enn kvalitet. Dette kan potensielt føre til at verdifulle medarbeidere som mest av alt verdsetter kvalitet og omsorg i pasientbehandlingen, søker seg bort fra sykehuset. Igjen kan dette medføre et ugunstig utvalg, da leger som har en annen preferanse enn inntekt, men likevel er faglig dyktige, kan velge å ikke akseptere kontrakten fordi de ikke ønsker å jobbe i et slikt miljø. Samtidig er det en risiko for at prestasjonslønn kan avskrekke nyutdannede leger eller de som ønsker å fokusere på områder som kanskje ikke genererer høy inntekt, som for eksempel forskning eller undervisning, fra å søke seg til sykehuset. Av den grunn er det helt avgjørende for sykehuset å finne en balanse som anerkjenner og belønner både kvalitet og kvantitet ved en eventuell innføring av prestasjonslønn.

For å oppsummere, kan innføring av prestasjonslønn påvirke bemanning på flere måter. I et prestasjonsbasert lønssystem vil leger bli vurdert og belønnet basert på definerte mål, noe som kan påvirke deres beslutning om å bli på eller forlate sykehuset. Prinsipal-agent-teorien

indikerer at leger med høyere kvalifikasjoner vil være mer tilbøyelige til å delta. Det kan skape en seleksjonseffekt hvor sykehuset naturlig tiltrekker og beholder de mest dyktige legene. På den andre siden viser empiri og våre funn at leger ofte vektlegger andre faktorer enn lønn, som rettferdighet og engasjerende arbeid. Det antyder at prestasjonslønn kan være mindre effektivt for å tiltrekke og beholde dyktige leger. Videre er det en risiko for at prestasjonslønn endrer hvem sykehuset tiltrekker seg. Faren er at det favoriserer leger som er mer drevet av økonomiske insentiver enn pasientbehandling, som potensielt kan svekke sykehusets kompetansenivå. Til slutt så vi at prestasjonslønn kan skape et konkurransepreget miljø. Det kan virke demotiverende for leger som verdsetter pasientbehandling og forskning, og dermed påvirke evnen til både å rekruttere og beholde dyktige leger.

7.4.4 utfordringer forbundet med multiple prinsipaler og interessenter

Offentlig sektor er stor og kompleks, og skiller seg fra privat sektor på en rekke måter. Sykehus tilbyr en offentlig tjeneste, og vil derfor generelt ha flere interessenter som står i posisjon til å påvirke som prinsipaler (Dixit, 2002). For eksempel vil det være et prinsipal-agent-forhold mellom sykehusledelsen og legene, mellom fagforeningen og sykehuset, og mellom myndighetene og sykehuset. I tillegg berører sykehusets handlinger skattebetalerne siden de er offentlig finansiert. Dixit (2002) peker på multiple prinsipaler som et særtrekk ved offentlige etater og byråkratier, fordi de tilbyr et gode som påvirker flere grupper i befolkningen.

Problematikken med multiple prinsipaler i offentlig sektor, relaterer seg til utfordringene med å designe et insentivsystem som tar hensyn til alle interessentene. Spesielt på offentlige sykehus i Norge, gjør komplekse og sammensatte krav og forventninger utformingen av et slikt system svært utfordrende. Hver prinsipal ønsker å styre agenten sin oppmerksomhet mot de oppgavene de anser å være av størst betydning. Interessenter som myndigheter, helsepersonell, fagforeninger, pasienter og skattebetalere har alle sine egne forventninger og krav, som ofte kan være motstridende. For eksempel kan myndighetenes fokus på kostnadseffektivitet stå i konflikt med pasientenes ønske om behandling av høy kvalitet, eller helsepersonellens behov for tilstrekkelige ressurser og rimelige arbeidsforhold. Et potensielt insentivsystem må være fleksibelt nok til å favne om sykehusets varierte ansvar, samtidig som det sikrer at alle interessenter opplever at deres behov og bekymringer blir tatt hensyn til. Insentiver som fungerer godt i en dimensjon, eller for en gruppe interessenter, kan være kontraproduktive i en annen. At det er vanskelig å ivareta alle sine ønsker og krav, kan være en kilde til konflikt.

7.4.5 Måleproblemer

Med insentivordninger er det også ofte forbundet måleproblemer, som kommer av at det ikke eksisterer eksakte indikatorer for det man ønsker å betinge belønningen på (Hoff m. fl., 2021). Johannessen (2010) belyser utfordringene med å måle produktivitet i helsesektoren. Pasientrettede aktivitetsmål gir ikke et fullstendig bilde av produktiviteten, fordi sykehus har viktige oppgaver utover ren pasientbehandling. Leger bedriver andre oppgaver som forskning, undervisning og rehabilitering av pasienter, og de er i stor grad avhengig av andre grupper, slik at legeproduktivitet ikke kan beskrives fullstendig gjennom kvantitative mål. Det er enklere å måle for eksempel antall, enn det er å måle kvaliteten på de nevnte oppgavene.

Måleproblemer kan i hovedsak manifestere seg på to måter. Den første måten er i form av støy, at faktorer utenfor agenten sin kontroll påvirker resultatet som oppnås (Hoff m. fl., 2021). Den andre måten er når signalet som observeres er et upresist mål på den faktiske verdiskapningen. En av de mest fremtredende utfordringene med å innføre prestasjonsbasert lønn, som ble trukket frem av både LIS- og overleger, var nettopp måleproblemer. De mener at det ikke er mulig å lage et system som måler prestasjon korrekt.

Det er nærliggende å anta at objektive indikatorer på ytelse vil inkluderes dersom man skal innføre prestasjonslønn. Dette kan for eksempel være antall epikriser skrevet, pasienter behandlet på poliklinikk, tid per konsultasjon, inntekt til sykehuset eller DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper). Mange av legene uttrykker skepsis til å benytte epikriser eller antall pasienter som prestasjonsmål, som igjen knytter seg til problematikken om det er et godt mål på innsats. Dersom legenes lønn i stor grad avhenger av antall pasienter eller hvor raskt de behandler disse, vil faktorer utenfor deres kontroll være avgjørende. Legene har ingen påvirkning på pasientenes tidligere sykdomshistorikk, generelle helse eller problemstillinger i forkant av behandling. Likevel vil disse omstendighetene påvirke hvor vanskelig pasienten er å behandle.

I teorien blir denne problematikken omtalt som støy. Når faktorer utenfor legenes kontroll har innvirkning på hvilken kompensasjon de får, kan det danne grunnlag for maktesløshet og misnøye. Man risikerer at legene blir mindre motiverte. Sett fra et annet perspektiv kan tendensen tenkes å utjevne seg over tid. Legene behandler en rekke pasienter, slik at hver lege på sikt behandler pasienter av varierende kompleksitetsgrad. Likevel påpeker flere av respondentene at leger med lenger ansiennitet og mer kompetanse systematisk påtar seg

pasientene med mest komplekse problemstillinger. Kritikken av mål som tid per pasient eller antall pasienter, er at dette ikke bare avhenger av legene selv, men av hele støtteapparatet rundt. I tillegg til at sykepleierne må gjennomføre sine oppgaver, vil også rengjøring av utstyr og lokaler være faktorer som er utenfor legenes kontroll. Dette bidrar til ytterligere støy. Legene kan selvsagt forsøke å påvirke til en kultur hvor alle jobber effektivt, men det vil ikke avhenge utelukkende av dem selv. Legene har heller ikke kontroll over antall pasienter. Antallet kan til tider være begrenset, som også begrenser påvirkningsmuligheten og kan gi en følelse av maktesløshet.

Som tidligere påpekt, er den andre utfordringen tilknyttet måleproblemer, at det observerbare signalet ikke gir et nøyaktig bilde av den reelle verdiskapningen som har funnet sted. Rene pasientrettede aktivitetsmål beskriver ikke den fullstendige produktiviteten til leger, fordi de har oppgaver utover det som er enkelt å måle gjennom aktivitetsdata (K.-A. Johannessen, 2010). Legene forteller at flere av dem, gjennom sine karrierer, har påtatt seg ansvar utover det som er forventet av dem. De har stilt opp frivillig, tatt vakter som andre ikke vil ha for å avlaste hverandre og drevet med prosjekter som gagnar flertallet. Slik virksomhet fanges ikke nødvendigvis opp gjennom objektive prestasjonsmål. Legene frykter å havne i en situasjon hvor mye av det de gjør ikke er kvantifiserbart, og derfor heller ikke belønnes.

Det er vanskelig å finne gode mål på verdiskapning som omfavner sosial og faglig utvikling, opplæring og samarbeid. Noen dager er det viktigste en lege gjør å snakke med en vanskelig pårørende, ikke å utføre et gitt antall prosedyrer. Hvor raskt en lege arbeider, og antallet pasienter en lege behandler, sier lite om kvaliteten på behandlingen. At en pasient kan skrives ut av én lege, men en annen har foretatt mesteparten av arbeidet, gjør det vanskelig å knytte pasienter til bestemte leger. Dette kan ses i lys av lav prosedyrereffektivitet. Prosedyren med å gjøre seg opp en mening om ansattes innsats, kan oppleves urettferdig. I tillegg kan det knyttes opp mot kognitive teorier, der prestasjonslønn vil føre til motivasjon de gangene man forventer at handlinger vil gi forventet utfall. En slik instrumentell overveielse kan sies å ikke nås dersom de aktivitetene legene utfører i løpet av arbeidsdagen, ikke fanges opp i systemet.

Ved å benytte skjønn i vurderingen kan sykehuset forsøke å redusere effekten støy og upresise mål har på prestasjonsvurderingen. Desto mer støy som påvirker lønnen til legene, og jo mer upresist målet på verdiskapning er, desto mindre effekt vil insentivordningen ha. Dette resulterer i redusert motivasjon blant legene. Med subjektive prestasjonsmål kan man ta hensyn

til at noen leger behandler pasienter med mer utfordrende problemstillinger enn andre. Sykehuset vil også kunne ta hensyn til flere av de andre faktorene som inngår i likningen for sykehusets verdiskapning. En kombinasjon av objektive og subjektive mål vil derfor kunne gi et mer nyansert bilde av verdiskapningen, og på den måten redusere måleproblemene.

Oppsummert har vi sett at det er betydelige måleproblemer forbundet med å innføre prestasjonslønn på sykehus. Dette knytter seg både til støy og at resultatene som observeres er upresise signaler på verdiskapningen. Legene er skeptiske til objektive mål som for eksempel antall pasienter behandlet, siden slike prestasjonsmål ikke fanger opp kompleksiteten i arbeidet. Videre er det vanskelig å kvantifisere legenes bidrag til sosial og faglig utvikling, opplæring og samarbeid. For å håndtere måleproblemene kan man introdusere innslag av skjønnsbaserte kriterier i vurderingen av prestasjon.

7.4.6 Vridningseffekter

Ved innføring av et prestasjonsbasert lønssystem kan legenes adferd endres i form av at oppmerksomheten vris, noe som kan medføre både fordeler og ulemper for sykehuset. Det er derfor viktig å være bevisst på hvilke vridningseffekter som kan oppstå når man utformer en insentivordning. Som beskrevet tidligere, består en lege sin arbeidshverdag av en rekke ulike oppgaver. Det gjør det vanskeligere å lage et prestasjonssystem med gode mål langs alle relevante dimensjoner. Når man måler prestasjon basert på visse oppgaver, flyttes fokuset mot disse, og risikoen for å neglisjere oppgavene som ikke måles, økes.

Vridningseffekter oppstår når ansatte vier sin oppmerksomhet til de aktivitetene som måles, og benyttes ifølge prinsial-agent-teori til å rette agentens interesser til å være i tråd med prinsipalen sine (Hoff m. fl., 2021). All tilgjengelig informasjon bør tas i betraktning når man utarbeider målekriterier for å unngå skjeve prestasjonsmål og multitaskproblemer. Hensikten med vridningseffektene er at anerkjennelse av prestasjoner skal stimulere til ønskede effekter, for eksempel høyere gevinst, reduserte kostnader eller mer effektiv pasientbehandling. Det er en utfordring å få til dette i praksis, spesielt siden sykehus sine aktiviteter er komplekse og sammensatte, og til ulik grad kan måles. Utfordringen reflekteres i svarene til respondentene.

Legene trodde ikke at deres oppførsel ville endre seg betydelig som følge av innføring av prestasjonslønn. Flere uttrykte en sterk tilknytning til nåværende arbeidsmetoder, og en

motvilje til å endre disse for økonomisk vinning. Liu og Mills (2015) observerte en økning i unødvendige behandlinger, og økt sannsynlighet for innleggelses som ga bedre betalt, etter at de innførte prestasjonsrelatert lønn på offentlige sykehus i Kina. Selv om de fleste legene i vårt utvalg uttrykte skepsis til om de selv ville endret adferd, var de bekymret for uheldige vridningseffekter på et overordnet nivå. Altså var de redd for at kollegaer ville endre sin adferd.

Hvilke aktiviteter som nedprioriteres, avhenger av kriteriene som benyttes for å måle prestasjon. Som presentert i kapittel 6.3.1, uttrykte flere leger bekymring for at uforholdsmessig fokus på kvantitet fremfor kvalitet, skulle gå på bekostning av pasientbehandling. Faren er at de pasientene som har størst behov for medisinsk hjelp, er de som vil bli nedprioritert, fordi de krever mest ressurser. En slik situasjon kan oppstå dersom man for eksempel bruker en fastsatt norm, tid per pasient eller antall pasienter som mål på prestasjon hos legene. Dette samstemmer med Wright (2007) sitt funn der han sammenlignet private sykehus, hvor leger ble betalt per tjeneste, med offentlige sykehus, der legene hadde fastlønn. Forfatteren konkluderte med at spesialister som ble kompensert per tjeneste, altså mer aktivitetsbasert, behandlet en høyere andel av relativt friske og lønnsomme pasienter. En respondent mener at man allerede i dag ser en predisposisjon for slik oppførsel på sykehuset, ved at behandlinger som betaler godt prioriteres høyere enn andre. En vridningseffekt som følge av prestasjonslønn, kan altså være at det oppstår et selekteringsproblem. De mest krevende pasientene vil bli nedprioritert, som betyr at de som virkelig behøver hjelp fra helsevesenet, kanskje ikke får det.

Noen av legene påpekte at man, i tillegg til å få insentiver til å nedprioritere krevende pasienter, kan bli for *lite* kritiske i selekteringen av pasienter ved prestasjonslønn. Vi diskuterte flere prestasjonsmål med respondentene. Et av disse målene var en fastsatt norm for hvor mange pasienter en lege skal behandle. I et slikt tilfelle kan en lege, som ser at det er en del pasienter igjen til terskelen er nådd, bli fristet til å utføre ekstra operasjoner for å nå målet. Ofte er det ikke en fasit på hvilken behandling en pasient har behov for. En terskelverdi som utløser økt lønn, kan skape uønsket press på å foreta behandling.

Prestasjonslønn skal stimulere de ansatte til å jobbe hardere og legge inn mer innsats. Gosden, Pedersen og Torgerson (1999) så på hvordan ulike lønnsmodeller påvirker legers adferd, og fant at fast lønn resulterte i lavere pasientgjennomstrømning, lengre konsultasjoner og mer forebyggende pleie, sammenlignet med betaling per tjeneste og betaling per pasient. Legene påpekte at det er få insentiver til å effektivisere og belønne ekstra innsats i dagens

fastlønnssystem. Rynes (2004) finner gjennom metaanalyser at ingen annen intervensjon på motivasjon fungerer bedre enn prestasjonsavhengig betaling for å oppnå høyere prestasjonsnivå. Vi har sett at legenes oppgaver til ulik grad kan måles. Det er mange funksjoner på et sykehus, og alle oppgavene er viktige for at driften skal fungere optimalt. Likevel vil ikke alle oppgavene være like enkle å måle. Da kan det oppstå multitaskproblemer. Dersom sykehuset ikke finner gode prestasjonsmål, vil ikke legene bli belønnet for viktige, men ikke-målbare oppgaver, og det kan oppstå negative vridningseffekter. Legene kan ende opp med å fokusere uforholdsmessig mye på oppgavene som måles. En måte å håndtere dette på, er å redusere styrken på insentivene for oppgaver som er enkle å måle.

For å oppsummere kan innføring av prestasjonsbasert lønn medføre endringer i legenes adferd. At fokus skifter mot målbare oppgaver kan være fordelaktig, men også problematisk. Prestasjonslønn kan føre til nedprioritering av krevende pasienter og mindre kritisk pasientseleksjon. Det er også en risiko for at legene kan utføre unødvendige operasjoner, og at fokus på kvantitet kan gå på bekostning av kvalitet. Dette kan resultere i at pasientene som trenger mest hjelp, blir oversett. Videre kan legene neglisjere viktige, men ikke-målbare oppgaver, som på lang sikt vil være negativt for sykehusets drift.

7.4.7 Fordeler og ulemper med ulike faktorer som kan ligge til grunn for prestasjon

Legeyrket er svært komplekst og inneholder et bredt spekter av ansvarsområder. Det gjør implementering av prestasjonsbaserte lønnsmodeller utfordrende. Oppfatningen blant legene er at det nesten er umulig å etablere pålitelige mål for prestasjonene deres. Likevel gjøres dette i andre land og deler av helsesektoren i Norge (CIHI, 2022). Det kan indikere at det ikke bare er legeyrket sin natur, men en motvilje til å innføre slik avlønning i det offentlige, som driver trenden. Hvilke kriterier som benyttes og hvordan resultater måles, er avgjørende for hvordan en insentivordning vil fungere (Bragelien & Kvaløy, 2014). Videre ser vi på flere fordeler og ulemper som kan ligge til grunn for å måle prestasjon.

Finansielle og ikke-finansielle kriterier

Prestasjonslønn kan måles basert på finansielle og ikke-finansielle måltall (Bragelien & Kvaløy, 2014, s. 339). På den ene siden kan man argumentere for at finansielle måltall er lite relevant siden sykehus er offentlig finansiert. Likevel er det alltid noe å tjene på å styre mer lønnsomt, siden man potensielt kan tilby et bedre tilbud. Fordelen med finansielle tall, er at de

er forholdsvis enkle å måle og objektive. På den andre siden har flere av legene kritisert denne typen mål, fordi det ikke representerer den reelle innsatsen til legene. En løsning er å supplere med operasjonelle måltall, som pasientgjennomstrømning, reinnleggelsesrate, ventetid på viktige prosedyrer eller pasienttilfredshet. Likevel vil heller ikke disse gi et fullstendig bilde av produktivitet, og man kan da benytte skjønsmessige kriterier.

Skjønnsbasert

Å inkludere skjønn som en faktor for å gi prestasjonslønn, har tidligere blitt diskutert som en måte å redusere forekomsten av måleproblemer på. Siden det er vanskelig å finne objektive og tellbare mål som favner om hele verdiskapningen på sykehuset, kan ledelsen supplere med subjektive vurderinger på ikke-tellbare og tellbare mål. På den måten kan de ta hensyn til dimensjoner som er viktige på lang sikt. Likevel var ikke alle legene enige i at dette var en god idé. På den ene siden mente mange av legene at en dyktig leder kunne få til en skjønsmessig vurdering på en rettferdig måte. De pekte på at det ofte eksisterer en felles oppfatning av hvem som yter det lille ekstra og hvem som gjør akkurat det de må, og at leder mest sannsynlig vet dette. Flere mente at leder hadde mulighet til å følge med på alles prestasjoner, og et fåtall mente at dette burde vært en tydeligere del av leders jobb.

På den andre siden syntes flere at en slik supplerings til prestasjonsmålene, ville ha vært urettferdig. Prosedyrer bør være upartiske og konsekvente over tid dersom de skal oppleves rettferdig, noe som er i strid med en skjønsmessig vurdering fra leder eller en fastsatt gruppe (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Til tross for at leder har forutsetninger for å ha oversikt over de ansatte på de ulike avdelingene, mener mange at det kan være uheldig overfor de som arbeider i det skjulte og ikke roper høyest. Det påpekes også at det er en risiko forbundet med at leder har direkte innvirkning på lønnen til legene. En fare er at det kan avskrekke ansatte fra å si fra om forhold som ikke er adekvate, dersom de frykter at det skal gå utover lønnen deres. Denne ulempen relaterer seg til problemer med trynefaktor og korrupsjon. De negative synspunktene til skjønsmessig vurdering finner støtte i forskning som antyder at omtrent 70 % av samtlige ledere er dårlige til å lede (Lauritzen, 2019). Dette reiser videre spørsmålet om ansatte virkelig ønsker at en leder, som kanskje er dårlig i sin rolle, skal ha ansvaret for å bedømme arbeidet de utfører.

Teori tilsier at leder kan la seg påvirke av forhold som burde være irrelevante når beslutninger om lønn skal tas, noe som også åpner opp for korrupsjon eller smisk (Bragelien & Kvaløy,

2014). En utbredt bekymring hos de fleste legene var at skjønnsmessig vurdering kom til å bli et spill om «trynefaktor». For å håndtere det, kan en løsning være å fastsette klare kriterier for hva som skal vurderes subjektivt. Respondentene støttet dette, og mente at systemet måtte være helt transparent, og kunne utfordres. I lys av mellommenneskelig rettferdighet, som særlig knytter seg til interaksjon med leder, vil det være gunstig å ha mulighet til å utfordre leder på beslutningen som tas. Dersom vurderingen til leder er basert på forhåndssatte kriterier, og er forståelig, kan det bidra til at det oppleves rettferdig blant de ansatte. Når det er sagt, har mennesker en tendens til å rangere seg selv høyere enn sine kollegaer (Bragelien, 2011). Det kan problematisere en slik ordning uavhengig av om den subjektive vurderingen tas på grunnlag av fastsatte kriterier eller ikke.

Relativ prestasjonsmåling

Noen ganger kan det være enklere å måle prestasjoner relativt til andre enn det er å måle absolutte prestasjoner. Fordelene med relativ prestasjonsmåling er at det er enklere, at noen uansett får betalt ekstra og at det kan stimulere til økt konkurranse (Bragelien & Kvaløy, 2014). Et konkurransepreget miljø er ikke ønsket av alle legene, noe vi kommer nærmere inn på når vi analyserer hvilken effekt prestasjonslønn vil ha på samarbeid og arbeidsmiljø. Å sette ansatte opp mot hverandre kan potensielt ha en dårlig effekt på teamets samhold, og skape et konkurransepreget miljø. Videre kan det argumenteres for at på et sykehus, der pasientenes velferd er hovedmålet, kan relativ prestasjonsmåling føre til uønskede incentiver. For eksempel kan leger bli mer fokusert på å prestere bedre enn kollegaene enn på samarbeid og pasientpleie. I verste fall kan det gå ut over den helhetlige pasientbehandlingen. Samarbeid er viktig på sykehus, og man bør derfor unngå former for prestasjonsmåling som kan undertrykke dette.

For å oppsummere kan prestasjonslønn baseres på finansielle og ikke-finansielle måltall, skjønnsbaserte mål, relativ prestasjonsmåling eller en kombinasjon av disse. Finansielle og ikke-finansielle mål er objektive og enkle å måle, men favner ikke om hele verdiskapningen. Skjønnsbaserte vurderinger kan gi et mer nyansert bilde, men da risikerer man at leder lar seg påvirke av forhold som burde være irrelevante i en lønnsbeslutning. Relative prestasjonsmål kan argumenteres for å sette legene unødvendig opp mot hverandre.

7.4.8 Påvirkning på samarbeid og miljø

Samarbeid og arbeidsmiljø ble ofte trukket frem som betydningsfullt for legene. Samtlige mente at et godt fagmiljø og kollegium var viktig i deres valg av arbeidsplass, som henger sammen med at det i legehverdagen oppstår en rekke situasjoner hvor man har nytte av å spille på hverandres kunnskap. De påpekte at det mest sannsynlig var samarbeid og miljø som ville lide under et prestasjonsbasert lønssystem. Videre vil vi derfor analysere hvordan prestasjonslønn kan påvirke samarbeidet mellom legene og arbeidsmiljøet på sykehuset.

For å analysere hvordan prestasjonslønn vil påvirke samarbeid og miljø, er det nyttig å se insentivmekanismen i sammenheng med de andre styringsmekanismene. For at prestasjonslønn skal ha god effekt, må utformingen stemme overens med miljøet og kulturen den implementeres i (Bragelien, 2018). Miljøet på sykehuset er preget av høy indre motivasjon og høyt fokus på samarbeid og behjelpelighet. De fleste legene motiveres av pasientbehandling, gode tilbakemeldinger og forskning. Det er sosiale normer for at man skal hjelpe hverandre, foreta opplæring og jobbe mye. I tillegg må man følge regler og rutiner. Insentivene påvirkes altså av de autoritære og sosiale mekanismene i virksomheten. Dersom prestasjonslønn ikke harmonerer med disse, kan effekten av insentivet utebli eller arbeidsmiljøet endres.

Man kan si at prestasjonsbasert lønn står i kontrast til de sosiale styringsmekanismene, fordi det medfører at de ansatte settes opp mot hverandre. Økt konkurranse kan påvirke relasjonene i organisasjonen negativt. Både mellom ansatte på samme nivå, fordi de konkurrerer med hverandre, men også mellom ansatte og leder, fordi leder vurderer den ansatte på en annen måte. Når legene har fokus på egen ytelse, kan det i tillegg bli mindre deling av kunnskap og informasjon. Det er en klassisk fallgrube å belønne feil ting når man utformer insentiver (Brochs-Haukedal, 2010). Dersom sykehuset ønsker å opprettholde et miljø som fremmer samarbeid, kan det være en utfordring å belønne de ansatte individuelt. Et alternativ er å innføre teambaserte prestasjonsmål. En individuell ordning vil ha større negativ effekt på samarbeid enn en teambasert, fordi legene i større grad settes opp mot hverandre. Samtidig vil ikke en teambasert ordning skape like sterke insentiveffekter.

Dersom prestasjonslønn medfører at miljøet blir mer konkurransepreget, er det en reell fare for at det vil gagne visse grupper mer enn andre. Niederle & Vesterlund (2007) viser at kvinner og menn har ulike preferanser for å konkurrere. Menn har generelt høyere konkurransevilje og selvtillit, og deltar oftere i konkurranser, selv om det ikke er noen kjønnsforskjell i ferdigheter.

Som diskutert vil prestasjonslønn trolig skape et mer konkurransepreget miljø. Da kan man si at lønnsystemet favoriserer mennesker med preferanse for konkurranse, og man kan få en uheldig effekt hvor menn ønsker å søke seg til sykehuset i større grad enn kvinner. Lignende funn finner man hos Babcock m. fl. (2003), som viser at menn oftere setter seg i forhandlingssituasjoner enn kvinner. I vårt utvalg hadde derimot kvinner og menn nesten identiske preferanser for hvordan de stilte seg til prestasjonslønn. Dette kan forklares av at legene er et spesielt utvalg, og indikerer at fellestrekk ved det å være lege er mer avgjørende for lønnspreferanser enn kjønn. Det er likevel vanskelig å vite hvordan de hadde reagert dersom det hadde blitt innført.

At prestasjonslønn vil ha en negativ effekt på samarbeid er dog ikke gitt. Effekten avhenger av legenes respons. En endring fra fastlønn til prestasjonslønn kan på den ene siden oppleves som en fiendtlig handling (Bragelien & Kvaløy, 2014). I tråd med teori om resiprositet kan legene respondere med å yte lavere innsats. Det skyldes at prestasjonslønn kan oppfattes som et signal om at ytre motivasjon er nødvendig for å sikre at legene gjør en god nok jobb. Til tross for det, og at flere av legene frykter et konkurransepreget miljø, ser noen på den andre siden prestasjonslønn som en mulighet til å skape et stimulerende arbeidsmiljø der konkurranse blir en kilde til motivasjon. Dette kan drive legene, sykehuset og pasientbehandlingen videre. Respondentene påpeker at det er lite kultur for konkurranse i offentlig helsevesen, men at sosiale normer og holdninger kan skiftes ut over tid. Dersom legene oppmuntres til å dele og lære av hverandre for å gjøre en enda bedre jobb, kan det ha en positiv effekt på arbeidsmiljøet.

For å oppsummere kan prestasjonslønn komme i konflikt med de resterende styringsmekanismene på sykehuset. Legene verdsetter fagmiljø, samarbeid og kollegiet. Mange frykter at prestasjonsbasert lønn vil skape et konkurransepreget miljø, som står i veien for informasjons- og kunnskapsdeling. Noen mener likevel at økt konkurranse kan være kilde til motivasjon. En teambasert ordning vil ikke stimulere til konkurranse mellom legene i like stor grad som en individuell, men vil heller ikke gi like sterke insentiveffekter.

7.4.9 Oppsummering prestasjonsbasert lønn

I dette delkapittelet har vi analysert legenes holdninger til prestasjonsbasert lønn, samt hvilken effekt et slikt lønnsystem kan ha på motivasjonen deres. Vi har drøftet prestasjonslønn som virkemiddel for å tiltrekke og beholde dyktige overleger, og diskutert to sentrale aspekter ved

prestasjonslønn: måleproblemer og vridningseffekter. Avslutningsvis så vi på ulike faktorer som kan ligge til grunn for prestasjonsmål og hvilken innvirkning lønnsformen kan ha på samarbeid og arbeidsmiljø. Vi fant at majoriteten av legene har negative holdninger til å innføre prestasjonsbasert lønn. Det er ingen tradisjon for å måle prestasjon på norske offentlige sykehus, og skepsisen blant legegruppen knytter seg til måleproblemer, negative vridningseffekter og konsekvenser for samarbeid og miljø. Ingen overleger på indremedisin var positive til å innføre prestasjonslønn. En forklaring kan være at det er enklere å måle antall operasjoner i kirurgien sammenlignet med pasientbehandling i indremedisinen.

Videre antyder empiri at økonomiske insentiver og kontrollerende politikk kan undergrave indre motivasjon (Berdud m. fl., 2016). Vi fant at legene er indre motiverte, og at prestasjonslønn derfor kan stå i fare for å skape en «crowding out»-effekt. Indre motivasjon kan svekkes som følge av at fokuset flyttes vekk fra aktiviteten, over på belønningen. Likevel syntes flere av respondentene at prestasjonslønn kunne ha vært motiverende, fordi man hadde fått anerkjennelse for å yte ekstra innsats. Dersom ordningen oppleves støttende, kan den øke motivasjonen. Noen mente prestasjonslønn kunne være motiverende, men på feil grunnlag, fordi det ga insentiver til å utføre handlinger i strid med legenes etikk. Innføring av prestasjonslønn kan dessuten oppfattes som en mistillitserklæring, fordi legene tar det som et signal på at de har behov for ytre insentiver for å prestere. Dersom ordningen oppleves kontrollerende, kan den svekke motivasjonen. Prestasjonslønn kan altså endre legene sin adferd i form av motivasjon på ulike måter, avhengig av hvordan et slikt system utformes og oppfattes.

Prestasjonslønn kan bidra til å beholde og tiltrekke dyktige ansatte. Dette følger av teori om sorteringseffekter, som sier at man vil tiltrekke og beholde de flinkeste agentene med prestasjonslønn, fordi de blir belønnet for ytelsen sin. Legene som konsekvent underpresterer kan velge å forlate sykehuset, mens de mest dyktige blir igjen fordi de får belønning. Videre synliggjør prestasjonslønn hvilken arbeidsinnsats som forventes. De som søker seg til sykehuset, og ønsker å knytte deler av lønnen sin opp mot prestasjoner, vil være de som selv mener at de er høyt kvalifiserte. På den måten vil det ha positiv effekt på å tiltrekke kompetanse. Likevel finner vi at andre faktorer enn lønn er viktige for legene i valg av arbeidsplass, som gjør at prestasjonslønn ikke vil gi like sterk sorteringseffekt som først antatt. Videre reiste det seg et spørsmål om hvilke agenter sykehuset ønsker å tiltrekke. Dersom agenter med preferanse for prestasjonslønn ikke fokuserer like mye på kvalitet, kan kompetansenivået på sykehuset svekkes. En annen utfordring med å implementere prestasjonslønn på et offentlig sykehus, er

at man må ta hensyn til en rekke interessenter. Fra prinsipal-agent-teori kan vi se at sykehuset har flere prinsipaler som står i posisjon til å påvirke sykehuset.

Flere av de negative holdningene til prestasjonslønn handler om måleproblemer. Det er vanskelig å måle produktiviteten til legene, og måleproblemene oppstår hovedsakelig i form av støy og upresise mål på verdiskapning. Kvantitative mål som antall pasienter og tid per pasient er objektive måltall, og fører til at faktorer utenfor legenes kontroll kan påvirke lønnen deres. Dette kan være demotiverende, og favner heller ikke om hele verdiskapningen, som er den andre kilden til måleproblemer. Det er vanskelig å utarbeide aktivitetsmål som beskriver den fullstendige produktiviteten til legene, fordi de har oppgaver utover det som enkelt kan måles gjennom aktivitetsdata. Dersom man supplerer de kvantitative målene med vurderinger basert på skjønn, kan man redusere påvirkningen av støy og få et bedre bilde av verdiskapningen.

I tillegg til måleproblemer, knyttet de negative holdningene seg til vridningseffekter. Med prestasjonslønn kan man flytte fokuset til oppgavene som måles. Metaanalyser viser at det ikke er noen annen intervensjon som fungerer bedre enn prestasjonsavhengig betaling for å oppnå høyere prestasjonsnivå (Rynes, 2004). Som beskrevet over er det derimot vanskelig å finne mål som dekker hele verdiskapningen på sykehuset, og flere av legene stilte seg derfor kritiske. Den mest fremtredende uroen handlet om at fokus på kvantitet over kvalitet ville gå på bekostning av pasientbehandlingen. Med insentiver til å arbeide raskere, kan legene ønske å behandle relativt enkle pasienter fremfor de med mer komplekse problemstillinger. Likevel uttrykte flere av legene sterk tilknytning til sine arbeidsmetoder, og trodde ikke disse ville endres som følge av endringer i lønssystemet.

Videre så vi på fordeler og ulemper med ulike faktorer som kan ligge til grunn for prestasjonsmål. Fordelene med finansielle og ikke-finansielle måltall er at de er objektive og enkle å måle. Ulempen er at de ikke representerer hele innsatsen til legene. En løsning er å inkludere subjektive prestasjonsmål. På den ene siden stilte flere av legene seg positive til dette, og pekte på at både ledere og ansatte har en formening om hvem som bidrar mest og minst. På den andre siden mente mange at prestasjonslønn ville være urettferdig, og ikke uten risiko. Respondentene begrunnet dette med at prestasjonslønn vil kunne baseres på «trynefaktor». Prestasjonslønn vil også kunne bidra til at ansatte ikke tør å melde fra om avvik i frykt for å bli økonomisk sanksjonert. Leder kan også la seg påvirke av forhold som burde være irrelevante. For å løse dette kan man ha gitte kriterier for hva som skal måles subjektivt, i tillegg til at legene

får mulighet til å utfordre beslutningene som tas. I drøftelsen av hvorvidt man burde benytte relative prestasjonsmål, kom vi frem til at man bør unngå slike mål siden samarbeid er svært viktig på sykehus.

Det siste vi diskuterte var hvilken innvirkning prestasjonslønn kan ha på samarbeid og arbeidsmiljø. Legene verdsetter et godt fagmiljø og kollegium i valg av arbeidsplass. De svarer i undersøkelsen at de er redde for at arbeidsmiljøet vil lide med et prestasjonsbasert avlønningssystem. Videre fant vi at prestasjonslønn kan kollidere med de sosiale styringsmekanismene på sykehuset. I dag er kulturen preget av høy indre motivasjon og fokus på samarbeid og behjelpelighet. En innføring av prestasjonslønn kan sette de ansatte opp mot hverandre. Økt konkurranse kan påvirke relasjonene i organisasjonen negativt, og dermed hindre effektiv deling av kunnskap. Det kan være et alternativ å bruke teambaserte prestasjonsmål, da disse i mindre grad vil føre til økt konkurranse. Enkelte leger mente at økt konkurranse kan være en kilde til motivasjon. I utvalget vårt hadde menn og kvinner nesten like preferanser for prestasjonslønn, men empiri tilsier at menn kan favorisere et slikt system.

Basert på foregående analyse, hvor vi har drøftet funn opp mot relevant teori og empiri, ønsker vi å gi en anbefaling til sykehuset.

7.5 Anbefaling

I dette kapitlet har vi analysert våre funn opp mot teori og empiri. Analysen har avdekket en rekke komplekse aspekter ved lønnsdifferensiering, inkludert hvordan det påvirker motivasjon, arbeidsmiljø og sykehusets evne til å tiltrekke og beholde kompetente leger. I lys av dette, vil vi presentere en anbefaling om hvorvidt sykehuset bør innføre differensiert lønn, og om denne i så fall bør baseres på ansiennitet eller prestasjoner. Vårt mål er å komme med en anbefaling som er realistisk og gjennomførbar i praksis.

Som diskutert i utredningen har legene ulike holdninger på tvers av stilling, fagfelt og kjønn. Vi har likevel valgt å gi en samlet anbefaling til hele overlegegruppen, siden vi anser det hensiktsmessig at alle overlegene på sykehuset avlønnes likt. Grunnen til det er at sykehuset ønsket å kartlegge overlegenes holdninger på generell basis på sykehuset, og det i utgangspunktet ikke er ønskelig fra deres side å ha ulike lønssystemer for overleger i ulike fagfelt på sykehuset.

I løpet av analysen har vi drøftet fordeler og ulemper med innføring av prestasjonslønn. Fordelene med differensiering basert på prestasjon er at det trolig vil gi incentiver til å øke effektivitet og produktivitet samtidig som det vil anerkjenne innsats. For noen kan det også virke motiverende. Flertallet av kirurgene i undersøkelsen var positive til prestasjonslønn. Nesten halvparten av legene totalt sett var derimot negative til prestasjonslønn, noe som kan tyde på at et slikt system vil møte betydelig motstand. Videre vil det være en stor utfordring å finne et prestasjonsmål som oppfattes rettferdig, og som faktisk reflekterer behandlingens kvalitet og legens innsats. En annen utfordring med prestasjonslønn er at det kan skape et konkurransepreget miljø, som igjen kan ha en negativ effekt på samarbeid og arbeidsmiljø. En siste utfordring er at enkelte viktige funksjoner på sykehuset kan bli neglisjert under et prestasjonsbasert system, siden fokuset vil være på de aktivitetene som måles og belønnes. Dersom man skulle innført prestasjonslønn, vil det dermed være avgjørende å utvikle en modell som oppleves rettferdig, og har tydelig definerte og aksepterte prestasjonsmål. Samlet sett er vår vurdering at ulempene veier tyngre enn fordelene. Dette gjør at vi ikke kan anbefale sykehuset å differensiere lønn basert på prestasjon.

Ulempene med ansiennitet er at det, i likhet med dagens lønssystem, ikke nødvendigvis reflekterer individuell innsats eller kompetanse. Et slikt system vil også mangle incentiver for produktivitet og innovasjon, ettersom lønnsøkningen kommer uavhengig av prestasjoner. Disse ulempene gjelder også for det nåværende systemet, og er derfor ikke noe man nødvendigvis må ta hensyn til i vurderingen av om ansiennitet bør innføres. En av de største fordelene med et ansiennitetssystem er at flertallet av legene er positive til dette. Mange respondenter oppfatter et slikt tillegg som rettferdig og stabilt. De mener det vil styrke lojalitet og oppmuntre til langvarig tjeneste. Ansiennitet vil dermed kunne ha en positiv effekt på å beholde ansatte. Videre er ansiennitet en rettferdig prosedyre og gir de ansatte en forutsigbarhet i lønnsutviklingen. Det vil heller ikke være en stor overgang fra lønssystemet overlegene har i dag, et system som flertallet er fornøyd med. Mange av legene trakk dessuten frem at ansiennitet er noe man burde hatt. De fleste legene har i dag høy eller svært høy motivasjon. Selv om ikke alle respondentene tror ansiennitetslønn vil virke motiverende, er det derimot lite sannsynlig at det vil virke demotiverende hvis det innføres på riktig måte. Det vil i så fall være viktig at overlegers startlønn ikke reduseres, fordi det kan redusere sykehusets konkurransevne i forhold til lønn. Videre vil det være viktig at ansienniteten gjelder for antall år som overlege og ikke antall år som ansatt på sykehuset. Dersom sykehuset skal innføre mer differensiert lønn,

er vår anbefaling ansiennitetslønn. Denne anbefalingen gis på bakgrunn av fordelene og ulempene vi har drøftet, gitt at nevnte hensyn tas i betraktning.

8. Oppsummering og konklusjon

En viktig forutsetning for bærekraftig samfunnsutvikling er at befolkningen har god helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018). Sykehus spiller en viktig rolle i Norges offentlige helsetilbud, og på Sørlandet sykehus ser man tendenser til at sykehusleger sier opp til fordel for andre karriereveier (Ditlefsen & Tørressen, 2023). Dersom Norge ønsker å fortsette å tilby et helsetilbud i verdensklasse, kan lønnsbetingelser være en måte å sikre arbeidskraft i årene som kommer (Schneider m. fl., 2021). Med dagens lønnssystem stagnerer sykehusleger i lønn når de får en overlegestilling, som er relativt tidlig i karrieren sammenlignet med andre yrker. I denne utredningen har vi studert fordelene og ulempene knyttet til å innføre mer differensiert lønn blant overleger på et offentlig norsk sykehus. Vi har følgende problemstilling:

Hva er fordelene og ulempene med innføring av differensiert lønn blant overleger på et norsk lokalsykehus?

De følgende fire forskningsspørsmålene er ment å spisse denne problemstillingen:

- 1) Hva er legenes holdninger til differensiert lønn?
- 2) Kan mer differensiert lønn være et virkemiddel for å tiltrekke og beholde kompetanse?
- 3) Hvordan kan mer differensiert lønn endre legenes adferd i form av motivasjon eller at oppmerksomheten vris?
- 4) Hvilke andre fordeler og ulemper kan differensiering av lønn blant overleger gi?

Det første forskningsspørsmålet omhandler legenes holdninger til differensiert lønn. Legene har ulike holdninger til prestasjonsbasert og ansiennitetsbasert differensiering av lønn.

Samlet er de fleste legene motstandere av et prestasjonsbasert system på et offentlig sykehus. Likevel er det blant kirurgene et flertall som er positive til prestasjonslønn, mens det blant indremedisinerne ikke er noen som er positive. De negative holdningene stammer fra utfordringene forbundet med prestasjonsmåling grunnet legeyrkets oppbygning og egenart. Legene uttrykte skepsis til om et slikt system kan implementeres på en rettferdig og gunstig måte på sykehus. Videre avdekket vi frykt for at prestasjonsbasert avlønning vil gå på bekostning av viktige aspekter ved arbeidskulturen, som samarbeid og opplæring. I større bedrifter i privat sektor er halvparten av alle ansatte omfattet av bonusordninger, og disse

ordningene er ikke fullstendig rettferdige heller (Bragelien, 2018). Likevel er det en trend at bonusordninger innføres, og det er ikke tegn til at trenden avtar. Dersom sykehusene skal innføre prestasjonsbasert avlønning, er det viktig å utforme det slik at det ikke får utilsiktede konsekvenser som drøftet i 7.4.5 (multiple prinsipaler), 7.4.6 (vridningseffekter), 7.4.8 (påvirkning på samarbeid og miljø). Det vil muligens også kreves et målrettet arbeid med holdningsendring for at en slik ny avlønningsmåte skal bli vellykket.

Legene er mer positive til ansiennitet. Alle legene fra indremedisin støtter en slik ordning, mens kirurgene er delte i sitt syn. Dette skyldes trolig arbeidets natur innen to fagfeltene. Kvinner i vårt utvalg støtter ansiennitet i større grad enn menn, noe som kan knyttes til en større vektlegging av forutsigbarhet og trygghet enn mennene i utvalget. Forutsigbarhet og trygghet er likevel verdier som er vektlagt av hele legegruppen. Legene har positive holdninger til dagens lønssystem, som er nærmere ansiennitetslønn enn prestasjonslønn. De positive holdningene til ansiennitet vil være en fordel ved eventuell innføring, og vil ikke kreve samme arbeid med holdningsendring som innføring av prestasjonslønn.

Det andre forskningsspørsmålet tar for seg hvorvidt differensiert lønn kan være et virkemiddel for å tiltrekke og beholde kompetanse. For å tilby god behandling må sykehuset ha riktig personell. Funnene våre tilsier at legene synes andre faktorer enn lønn, som arbeidsmiljø, fagmiljø og samarbeid blant kollegaer, har større betydning i vurderingen av arbeidssted. Implikasjonen er at lønn vil ha mindre effekt enn ønsket med tanke på å rekruttere og å beholde kompetente overleger. Likevel kan prestasjonslønn i teorien ha en sorteringseffekt. Dyktige leger kan velge seg til sykehuset, mens svakere kandidater selekteres ut. I tillegg kan nøkkelpersonell bli på sykehuset fordi de føler seg tilstrekkelig verdsatt. På den andre siden kan agentene som tiltrekkes av prestasjonslønn være mer opptatt av økonomisk vinning enn faglig kompetanse, og lønssystemet kan føre til et uønsket konkurransepreget miljø.

Det er flere fordeler med ansiennitetsbasert avlønning. Ansiennitet belønner leger for å bli lenger på sykehuset, og kan slikt sett benyttes som et tiltak for å beholde ansatte. Samtidig kan det fungere som et virkemiddel for å tiltrekke leger som nettopp er ferdig med spesialisering, dersom det ikke innebærer reduksjon i startlønnen. På den andre siden er det en ulempe at ansiennitetsbasert avlønning ikke reflekterer innsatsen til de ansatte, og at det kanskje ikke er ønskelig med leger som blir på sykehuset hovedsakelig i påvente av lønnsøkning.

Det tredje forskningsspørsmålet er todelt, og omhandler hvordan adferd kan tenkes å endres i form av *motivasjon* eller at *oppmerksomheten vris* som følge av innføring av ulike former for differensiert lønn.

Motivasjon er ifølge Chmielewska m. fl. (2020) den viktigste indikatoren på kvaliteten på helsetilbudet, og det vil derfor være en stor fordel å sørge for at legers motivasjon er høy. Når det gjelder motivasjon, kan prestasjonslønn komme i fare for å fortrenge den indre motivasjonen til leger, omtalt som «crowding-out»-effekten. Hvorvidt dette skjer, avhenger av om insentivene oppfattes som kontrollerende eller støttende. Dersom ordningen oppleves som en «straff» fra samfunnet eller ledelsen, kan motivasjonen i følge behovsteorier svekkes, da det vil redusere aktelses og selvrealiseringsnivåene i behovspyramiden. Videre antyder likeverdsteori at det er vesentlig at ordningen oppfattes som rettferdig i forhold til innsats og belønning. Den samlede effekten av prestasjonslønn på motivasjon, avhenger derfor av hvor mye indre motivasjon som eventuelt fortrenses i forhold til hvor mye motivasjon som skapes. Ansiennitetslønn vil på sin side ikke gi noen insentiveffekt på motivasjon, siden belønningen ikke avhenger direkte av handlingen. Dette støttes videre opp av kognitive teorier. Likevel kan ansiennitet tenkes å motivere i form av resiprositet og at det oppfattes som en rettferdig prosedyre.

Endret adferd i form av vridningseffekter medfører fordeler i form av at man etter prinsippal-agent-teori kan vri agenten sin oppmerksomhet til å være i tråd med prinsipalen sine (Hoff m. fl., 2021). Det betyr at prestasjonslønn kan stimulere til ønskede effekter som høyere gevinst, reduserte kostnader eller mer effektive rutiner. I vår analyse fant vi derimot at det kan oppstå en rekke uheldige vridningseffekter, hvor de mest påfallende er seleksjon av pasienter og neglisjering av viktige, ikke-målbare oppgaver. Mindre kompliserte og relativt friske pasienter kan prioriteres over mer komplekse pasienttilfeller for å nå prestasjonsmålene, samtidig som oppgaver som er vanskelige å knytte til prestasjon kan bli nedprioritert. Dette representerer ulemper med innføring av prestasjonslønn.

I analysen har vi diskutert fordeler og ulemper med å innføre differensiert lønn på sykehuset basert på de tre forskningsspørsmålene over. Det siste forskningsspørsmålet samler de resterende mulighetene og utfordringene vi har avdekket. Legeyrkets særegenhet gjør det svært utfordrende å etablere gode prestasjonsmål, samtidig som det foreligger betydelige måleproblemer. Noen av ulempene kan håndteres ved å benytte en kombinasjon av objektive

og subjektive prestasjonsmål. Utover dette kan innføring av prestasjonslønn føre til et konkurransepreget miljø og virke negativt på arbeidsmiljø og samarbeid. Økt grad av konkurranse kan imidlertid også være positivt i den forstand at legestaben ønsker å utvikle sine ferdigheter og kompetanse.

Oppgavens tittel stiller spørsmålet om eliten er egalitær, noe vi mener det er grunnlag for å konkludere med. Legene i vårt utvalg er indre motiverte agenter med sterke preferanser for egne arbeidsmetoder, samtidig som de verdsetter forskning og utvikling på et idealistisk grunnlag. Basert på de ulike sidene ved differensiert lønn som vi har diskutert over, ser ulempene ut til å veie tyngre enn fordelene når det gjelder prestasjonslønn. På den ene siden kan prestasjonsbasert avlønning stimulere til økt innsats, tiltrekke og beholde dyktige kompetanse, samt være en kilde til motivasjon. På den andre siden eksisterer det mye motvilje til en slik ordning i legegruppen. Prestasjonslønn kan få uheldige vridningseffekter, innvirkning på arbeidsmiljø og være grobunn for konflikt på ulike nivå. Forskjellene mellom fagfeltene tilsier at dersom prestasjonslønn skulle innføres, hadde det vært mest aktuelt innenfor kirurgi. Ulempen er at det kan oppleves urettferdig for legene på indremedisinsk klinikk, siden det ikke finnes noen tilsvarende måte å innføre dette hos dem. Basert på drøftelsen, anbefaler vi ikke å innføre prestasjonslønn.

Til gjengjeld ser det ut til å være flere positive holdninger til ansiennitetsbasert avlønning. Det kan derfor tenkes å være en mindre kontroversiell måte å avlønne legene på. Lønnsmodellen er nærmere dagens system, og gir mulighet til å anerkjenne ansatte som opparbeider seg kompetanse. I anbefalingen som følger av analysen, foreslår vi at sykehuset bør innføre ansiennitetsbasert lønn. Anbefalingen er forutsatt at overlegers startlønn ikke reduseres og at ansienniteten gjelder for antall år som overlege generelt.

8.1 Begrensninger

I denne utredningen har vi undersøkt legers holdninger til mer differensiert lønn. Noe som har kommet klart frem underveis, er at å innføre differensiering basert på prestasjon på et sykehus vil være svært utfordrende. Differensiering basert på ansiennitet vil ikke være like utfordrende. Selv om vi har forsøkt å gjennomføre forskningsprosessen på en hensiktsmessig måte, har oppgaven flere begrensninger. Den første begrensningen knyttet til antall respondenter. At vi kun har snakket med 19 leger er begrensende på to måter. For det første er det kun en liten andel

av legene på sykehuset, samtidig som det også bare er en liten del av den norske legebestanden. Av den grunn vil det dermed være vanskelig å si med sikkerhet at våre funn er representative for leger i Norge. Til tross for det begrensede utvalget, opplever vi at antallet var tilstrekkelig for å kunne avdekke noen viktige særegenheter ved legers holdninger til avlønning, som var oppgavens formål.

Den andre begrensningen vi ønsker å påpeke kan knyttes til respondentenes svar. Vi kan ikke med sikkerhet fastslå at legene har svart ærlig. Samtidig er det heller ikke gitt at de legene som har uttrykt en positiv holdning i intervjuene, faktisk vil være positive til mer differensiert lønn dersom det blir innført.

En siste begrensning med oppgaven er at vi har anvendt en bred definisjon av prestasjonslønn. Begrepet har inkludert midlertidige tillegg, bonus og varige fastlønnsøkninger. Vi har valgt å gjennomgående bruke en bred definisjon siden formålet med oppgaven var å utforske legenes holdninger til lønnsdifferensiering. Det har gitt oss anledning til å dekke flere perspektiver og tilnærminger. Imidlertid kan det ha ført til en mindre spesifikk analyse. Respondentene kan ha tolket prestasjonslønn ulikt, noe som kan ha redusert vår evne til å identifisere presise holdninger til ulike typer prestasjonslønn. Til tross for dette, har den brede definisjonen muliggjort en mer omfattende oversikt over legenes synspunkter på lønnsdifferensiering som helhet.

8.2 Videre forskning

Avslutningsvis ønsker vi å komme med forslag til videre forskning. I løpet av forskningsprosessen har vi fått ideer til flere relaterte temaer det hadde vært spennende å se nærmere på. Vi snakket kun med 19 leger på ett sykehus. Det hadde derfor vært interessant å undersøke holdningene til enda flere leger, både på dette sykehuset, men også andre sykehus. Ved å gjøre en slik undersøkelse kunne man fått et bedre inntrykk av om holdningene vi har observert kun gjelder for dette sykehuset, eller om de i større grad kan generaliseres. Imidlertid ville gjennomføring av en nasjonal kvalitativ studie krevd betydelige ressurser. Som et alternativ kunne man gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse. I tillegg ville det vært interessant å undersøke om det finnes forskjeller i holdningene til differensiert lønn mellom leger som jobber på sykehus i urbane strøk, sammenlignet med de som jobber på sykehus i mindre sentrale områder.

Videre hadde det vært interessant å undersøke hvordan et mer differensiert lønssystem basert på prestasjoner kan utformes, altså i større grad teste ulike prestasjonsmål. På den måten kan man undersøke hvordan legene vil reagere, og om de synes det oppleves rettferdig. Dette vil kreve en grundig analyse av hvilke prestasjonsmål som er mest relevante og vil bli akseptert. Videre blir man nødt til å vurdere hvordan et slikt system vil påvirke samarbeidet og teamdynamikken blant legene, samt om det påvirker pasientbehandlingen.

Et ytterligere forskningsfelt kunne vært å videreutvikle hele lønssystemet til sykehusleger. Under intervjuene nevnte legene mange problemer og utfordringer med dagens lønssystem, spesielt i forbindelse med vakt. En utredning kunne dermed undersøkt hvordan man kunne utforme et lønssystem der legene kompenseres på en annen måte, og lønnen ikke er like avhengig av vaktplanen. Det vil være en stor utfordring å utvikle et nytt system, men samtidig vil det kanskje være helt nødvendig for å beholde kompetansen over tid. Dersom legene opplever at lønssystemet gjør det lettere å kombinere privatlivet med legelivet, kan det potensielt øke jobbtfredsheten og redusere risikoen for utbrenthet. I tillegg kan det føre til at flere flinke leger velger å bli i offentlig sektor, og dermed bidra til å opprettholde høy kvalitet på sykehusene over tid.

Litteraturliste

- Abelsen, B., & Olsen, J. A. (2012). Does an activity based remuneration system attract young doctors to general practice? *BMC Health Services Research*, 12(68).
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-68>
- Abelsen, B., & Olsen, J. A. (2015). Young doctors' preferences for payment systems: The influence of gender and personality traits. *Human Resources for Health*.
<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0060-0>
- Akademikerne. (2023). *Medlemstall*. Akademikerne. <https://www.akademikerne.no/om-akademikerne/medlemstall>
- Akerlof, G. A. (1982). Labor Contracts as Partial Gift Exchange. *The Quarterly Journal of Economics*, 97(4), Artikkel 4. <https://doi.org/10.2307/1885099>
- Babcock, L., Laschever, S., Gelfand, M., & Small, D. (2003). Nice Girls Don't Ask. *Harvard Business Review*, 81(10), 14–16. <https://hbr.org/2003/10/nice-girls-dont-ask>
- Bemlo. (2023, august 15). *Hvor mye tjener en lege i Norge 2023?* Bemlo.
<https://www.bemlo.no/blog/lohn-for-leger/>
- Berdud, M., Cabasés, J. M., & Nieto, J. (2016). Incentives and intrinsic motivation in healthcare. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 408–414.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.013>
- Bogsnes, B. (2022, oktober 12). Forelesning 14 i BUS400N-H22 Styring av større foretak: Gjesteforelesning—Beyond Budgeting Ved Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Braaten, K. E. (2023a). *Arbeidstid for sykehusleger*. <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/jeg-har-sporsmal-om/arbeidsforhold/arbeidstid/arbeidstid-for-sykehusleger/>
- Braaten, K. E. (2023b). *Medisinstudiet*.
<https://www.legeforeningen.no/fag/utdanning/medisinstudiet/>
- Braaten, K. E. (2023c). *Offentlige sykehus*. <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/avtaler-for/leger-ansatt-pa-sykehus/offentlige-sykehus/>
- Braaten, K. E. (2023d). *Spesialistutdanning*.
<https://www.legeforeningen.no/fag/utdanning/spesialistutdanning/>
- Bragelien, I. (2011). Belønninger som styringsverktøy—Når bør toppledelsen holde fingrene av fatet? *Magma - Tidsskrift for økonomi og ledelse*, 31–43.
- Bragelien, I. (2018). Utskjelt bonuslønn fortsatt utbredt—Fordi den virker? *Magma - Tidsskrift for økonomi og ledelse*, 24–31.

- Bragelien, I. (2022, september 5). Forelesning 5 i BUS400N-H22 Styring av større foretak: Design av bonuslønn i praksis. Ved Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Bragelien, I., & Kvaløy, O. (2014). *Lønn og belønning (kap. 16) i boka Strategisk HRM 2 skrevet av Aslaug Mikkelsen & Thomas Laudal (red) (1. utg.)*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bregn, K. (2004). Principal-agent-teori – Med særligt henblik på lønsystemer. Roskilde Universitet, 13, Artikkel 13. https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/40685064/Principal_agent_theory_med_s_rligt_henblik_p_l_nsystemer.pdf
- Brochs-Haukedal, W. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi (8. utg.)*. Cappelen Damm.
- Cappelen, A. W., & Tungodden, B. (2012). Adferdsøkonomi og økonomiske eksperimenter. *Magma - Econas tidsskrift for økonomi og ledelse, 2*, 34–39.
- Chmielewska, M., Stokwizewski, J., Filip, J., & Hermanowski, T. (2020). Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland. *BMC Health Services Research, 20*(1), 701. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05573-z>
- CIHI. (2022). *An overview of physician payments and cost per service | CIHI*. CIHI (Canadian Institute for Health Information). <https://www.cihi.ca/en/health-workforce-in-canada-in-focus-including-nurses-and-physicians/an-overview-of-physician>
- Ditlefsen, H., & Tørressen, A. R. (2023, oktober 18). *Sørlandet sykehus mangler 80 overleger- gjør tiltak*. NRK. <https://www.nrk.no/sorlandet/sorlandet-sykehus-mangler-80-overleger--gjor-tiltak-1.16591575>
- Dixit, A. (2002). Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review. *The Journal of Human Resources, 37*(4), Artikkel 4. <https://doi.org/10.2307/3069614>
- Duvaland, L., & Riise-Hanssen, H. B. (2015). *Veileder for næringsdrivende leger*. Den norske legeforening. https://www.legeforeningen.no/contentassets/e1b02083342d4b84ace31451af43c4d4/v_eileder-naringsdrivende-leger.pdf
- Døskeland, T. (2014). *Personlig finans et helhetlig rammeverk for hvordan vi skal forholde oss til finansmarkedet*. Fagbokforlaget.
- Espegren, M. K. (2023). Veien til bærekraftige arbeidsforhold for leger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0547>
- Fehr, E., & Gächter, S. (2000). Fairness and Retaliation: The Economics of Reciprocity. *Journal of Economic Perspectives, 14*(3), Artikkel 3.

- <https://doi.org/10.1257/jep.14.3.159>
- Frey, B. S., & Jegen, R. (2001). Motivation crowding theory. *Blackwell Publishers Ltd, Journal of Economic Surveys Vol. 15*, 589–611.
- Gneezy, U., Meier, S., & Rey-Biel, P. (2011). When and Why Incentives (Don't) Work to Modify Behavior. *Journal of Economic Perspectives*, 25(4), Artikkel 4.
<https://doi.org/10.1257/jep.25.4.191>
- Gneezy, U., & Rustichini, A. (2000). Pay Enough or Don't Pay at All. *The Quarterly Journal of Economics*, 115(3), 791–810.
- Gosden, T., Pedersen, L., & Torgerson, D. (1999). How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM: An International Journal of Medicine*, 92(1), 47–55.
- Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken* (IS-2748; Nummer IS-2748).
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf
- Hendrikse, G. (2003). *Economics and Management of Organizations: Co-ordination, Motivation and Strategy*. McGraw-Hill Education (UK).
- Hjemås, G., Beyrer, S., Hansen, J., & Othilde, S. (2019). *Legers arbeidssted og nyutdannede legers tilknytning til arbeidslivet* (ISBN 978-82-537-9885-1). Statistisk sentralbyrå.
- Hoff, K. G., Bragelien, I., Per Aksel Holving, & R. Øystein Strøm. (2021). *Strategisk økonomistyring* (3. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Indeed. (2022). *Seniority vs. Performance in Promotions: Definitions, Pros and Cons and Tips*. Indeed. <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/seniority-vs-performance>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? - Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, K.-A. (2010). Lønn og produktivitet blant leger i norske helseforetak 2001 – 08. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 18(130), 1810–1814.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk.

- Econometrica*, 47, 263–292.
- Kaplan, R. S., & Atkinson, A. A. (2014). *Advanced Management Accounting* (3. utg.).
- Karakolias, S., Kastanioti, C., Theodorou, M., & Polyzos, N. (2017). Primary Care Doctors' Assessment of and Preferences on Their Remuneration: Evidence From Greek Public Sector. *Sage journals*, 54.
<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0046958017692274>
- Kaufmann, A., & Kaufmann, G. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Klev, N. K. (2023). *Hvordan tjener man penger som fastlege?*
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/alis/oppstarts-handbok/Artikler-om-oppstartshandbok-i-ALIS/hvordan-tjener-man-penger-som-fastlege/>
- Kohn, A. (1993). Why Incentive Plans Cannot Work. *Harvard Business Review*, 71(5), 54.
- Kuvaas, B., & Dysvik, A. (2016). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser—Evidensbasert HRM* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Kwan, V. S. Y., John, O. P., Kenny, D. A., Bond, M. H., & Robins, R. W. (2004). Reconceptualizing Individual Differences in Self-Enhancement Bias: An Interpersonal Approach. *Psychological Review*, 111(1), Artikkel 1. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.94>
- Lauritzen, E. S. (2019). Ego på topp. *DNMagasinet*, 36–39.
- Lazear, E. P. (2000). Performance Pay and Productivity. *The American Economic Review*, 90(5), 1346–1361.
- Liu, X., & Mills, A. (2005). The effect of performance-related pay of hospital doctors on hospital behaviour: A case study from Shandong, China. *Human Resources for Health*, 3(11). <https://link.springer.com/article/10.1186/1478-4491-3-11>
- Mikkelsen, A., & Laudal, T. (2014). *Strategisk HRM 2 HMS, etikk og internasjonale perspektiver* (1. utg.). Cappelen Damm.
- Mullis, M. E., & Topdahl, R. C. (2023a, mai 10). *Når legene får bonus*. NRK. <https://www.nrk.no/rogaland/xl/nar-legene-far-bonus-1.16389623>
- Mullis, M. E., & Topdahl, R. C. (2023b, mai 14). *Advarer mot legenes bonusordninger: – Jeg ville vært forsiktig*. NRK. <https://www.nrk.no/rogaland/professor-overrasket-over-bonusordninger-i-helsevesenet-1.16390278>
- Niederle, M., & Vesterlund, L. (2007). Do Women Shy Away From Competition? Do Men Compete Too Much?*. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(3), 1067–1101.

<https://doi.org/10.1162/qjec.122.3.1067>

- Nordhaug, O. (2002). *LMR Ledelse av menneskelige ressurser* (3. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Ogundeji, Y. K., Quinn, A., Lunney, M., Chong, C., Chew, D., Danso, G., Duggan, S., Edwards, A., Hopkin, G., Senior, P., Sumner, G., Williams, J., & Manns, B. (2020). Factors that influence specialist physician preferences for fee-for-service and salary-based payment models: A qualitative study. *Elsevier*, 442–449.
- Rao, K. D., Ryan, M., Shroff, Z., Vujicic, M., Ramani, S., & Berman, P. (2013). Rural Clinician Scarcity and Job Preferences of Doctors and Nurses in India: A Discrete Choice Experiment. *PLOS one*, 8.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0082984>
- Regjeringen. (2019, mars 1). *Helse- omsorgsdepartementets rundskriv I-2/2019 Spesialistforskriften med kommentarer, revidert 30. September 2022*. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22019-spesialistforskriften-med-kommentarer/id2631041/>
- Rynes, S. L., Gerhart, B., & Minette, K. A. (2004). The importance of pay in employee motivation: Discrepancies between what people say and what they do. *Human Resource Management*, 43(4), Artikkel 4. <https://doi.org/10.1002/hrm.20031>
- Ryste, M. E., & Ikdahl, I. (2022). Likestilling. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/likestilling>
- Rød, S., Faiz, K. W., & Spehar, I. (2018). Hva motiverer sykehusleger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0545>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (7. utg.). Pearson.
- Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams II, R. D. (2021). *MIRROR, MIRROR 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund.
https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf
- Spesialisthelsetjenesten. (2023). *Til deg med spørsmål om LIS1*. Spesialisthelsetjenesten.
<https://spesialisthelsetjenesten.no/lis/til-deg-med-sporsmal-om-lis1>
- Taraldset, A. (2023). *Yrkesaktive leger i Norge: Exceldokument fra 2022 som viser yrkesaktive leger under 70 år i Norge fordelt på stilling*.
<https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/yrkesaktive-leger-i->

norge/#Stillingsgrupper

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse—En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.).

Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.

Turnoverrapport. (2023). *Intern turnover rapport 2019 – sept. 2023*.

Wiker, L. M. (2022, oktober 24). *Lønn og inntekter for fastleger*. KS.

<https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/lonnsstatistikk-for-ks-tariffomrade/lonn-og-inntekter-for-fastleger/>

Wright, D. J. (2007). Specialist payment schemes and patient selection in private and public hospitals. *Elsevier*, 26(5), 1014–1026.

Årsrapport. (2022). *Sykehusets årsrapport*.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjon i forkant av intervju (overlege)

Vi er to studenter ved Norges Handelshøyskole i Bergen, som skriver en masteroppgave innenfor profilen Økonomisk Styring. Formålet med utredningen er å undersøke om mer differensiering i lønn kan være et virkemiddel for å tiltrekke og bevare kompetanse, samt øke motivasjon blant leger på norske sykehus.

Som en del av vår forskning ønsker vi å samle innsikt fra overleger og LIS-leger på sykehuset. Målet er å forstå deres perspektiver på en eventuell mer differensiert avlønningsmodell og få innspill til hvordan en slik kompensasjonsordning kan utformes.

Vi hadde satt pris på om du kunne besvart de vedlagte spørsmålene i forkant av intervjuet. Alle respondenter vil være anonyme, og dataene vil bli behandlet på en ansvarlig måte.

På forhånd takk for ditt bidrag!

Alder: _____

Kjønn: Kvinne Mann

Antall år som lege: _____

Antall år som overlege: _____

Antall år på sykehuset: _____

Årslønn i tusen kroner: _____

Stillingsprosent: _____

Har du doktorgrad? Ja Nei

Hvilket fagfelt jobber du med? Kirurgi Indremedisin

Får du noen individuelle tillegg i lønnen din i dag? Ja Nei

Vedlegg 2 – Informasjon i forkant av intervju (LIS)

Vi er to studenter ved Norges Handelshøyskole i Bergen, som skriver en masteroppgave innenfor profilen Økonomisk Styring. Formålet med utredningen er å undersøke om mer differensiering i lønn kan være et virkemiddel for å tiltrekke og bevare kompetanse, samt øke motivasjon blant leger på norske sykehus.

Som en del av vår forskning ønsker vi å samle innsikt fra overleger og LIS-leger på sykehuset. Målet er å forstå deres perspektiver på en eventuell mer differensiert avlønningsmodell og få innspill til hvordan en slik kompensasjonsordning kan utformes.

Vi hadde satt pris på om du kunne besvart de vedlagte spørsmålene i forkant av intervjuet. Alle respondenter vil være anonyme, og dataene vil bli behandlet på en ansvarlig måte.

På forhånd takk for ditt bidrag!

Alder: _____

Kjønn: Kvinne Mann

Antall år som lege: _____

Stillingstittel: _____

Antall år på sykehuset: _____

Årslønn i tusen kroner: _____

Stillingsprosent: _____

Har du doktorgrad? Ja Nei

Hvilket fagfelt jobber du med? Kirurgi Indremedisin

Får du noen individuelle tillegg i lønnen din i dag? Ja Nei

Vedlegg 3 – Intervjuguide overleger

Presentasjon av oss og oppgaven

- Takke for at de stiller opp og presentere oss
- Gi informasjon om forskningsspørsmål og hvorfor vi gjennomfører intervjuet
- Forklare hvordan dataene vil bli behandlet (anonymitet) og avklare tillatelse til å ta opptak
- Spørre om de har noen spørsmål før vi begynner

- Vil du fortelle litt kort om hva du arbeider med på sykehuset?

Holdninger til dagens lønssystem

*Kort beskrivelse av overlegers lønssystem: Som du kanskje vet har alle overleger på sykehuset i utgangspunktet **lik oppbygning** av lønnen med basislønn + vakttillegg + UTA (utvidet arbeidstid)*

- Hva tenker du om dagens lønssystem?
 - Hvorfor er du fornøyd/ikke fornøyd?
 - Skala 1-5 (1: svært misfornøyd, 2: misfornøyd, 3: nøytral, 4: fornøyd, 5: svært fornøyd)
- Hva ser du på som de største styrkene med dagens lønssystem?
- Hva ser du på som de største svakhetene med dagens lønssystem?
- Dersom du kunne endret noe med dagens lønssystem, hva ville du gjort?

Tiltrekke og beholde kompetanse

- Hvilke faktorer tror du er avgjørende for overleger i valg av arbeidsplass?
 - Hvilken rolle tror du lønn spiller i denne avgjørelsen?
 - Skala 1-5 (1: ikke viktig, 2: lite viktig 3: nøytral 4: viktig, 5: svært viktig)
- Hva tror du er hovedgrunnen til at overleger bytter jobb?
 - Tror du lønn er en grunn til at overleger bytter jobb?
- Hvilke faktorer var avgjørende i ditt valg av arbeidsplass?
 - Hvilken rolle spilte lønn i denne avgjørelsen?
- Har du vurdert å bytte jobb på grunn av lønn?
- Hvor sannsynlig er det at du slutter hvis du får et tilbud med høyere lønn?
 - Hvor sannsynlig er det at du får det?
 - Skala 1-5 (1: svært usannsynlig, 2: usannsynlig, 3: nøytral, 4: sannsynlig, 5: svært sannsynlig)

Motivasjon

- Hvorfor valgte du å bli lege?
- Hva motiveres du av?
- På en skala fra 1-5, hvor høy er motivasjonen din (på jobb)?
 - 1: Svært lav motivasjon, 2: lav motivasjon 3: moderat motivasjon, 4: høy motivasjon, 5: svært høy motivasjon
- Er lønn en motivasjonsfaktor for deg?
 - Kategorisere svar: ja, nei, usikker/til en viss grad
- Hvilken type anerkjennelse er mest motiverende for deg?

Differensiering

I dag har overlegene samme lønn uavhengig av ansiennitet og prestasjoner, så i utgangspunktet har dere ingen fastsatt lønnsdifferensiering blant overlegene. På andre sykehus har man valgt å gjøre det noe mer enn på dette sykehuset. Vi er interessert i å kartlegge holdningene deres til å differensiere mer slik at ikke alle overlegene tjener det samme

- Hva er dine tanker om det?
- Hva ser du på som eventuelle fordeler og ulemper med differensiering?
- Tror du mer differensiert lønn vil virke motiverende eller demotiverende for deg?
- Tror du mer differensiering av lønn vil bedre rekrutteringen eller føre til at man beholder kompetanse på sykehuset?
 - Konsekvenser på kultur, arbeidsmiljø eller teamdynamikk?
- Har du innspill på/tanker om hvordan en mer differensiert kompensasjonsordning kan utformes?
 - Fordeler og ulemper

Ansiennitet

- Hva tenker du om å differensiere basert på ansiennitet?
 - Fordeler og ulemper
 - Kategorisere svar: positiv/negativ/usikker
- Bør ansiennitet gjelde for antall år som overlege generelt eller antall år som overlege på sykehuset?
- Hadde du blitt motivert av økt lønn som følge av ansiennitet?
 - Kategorisere svar: ja, nei, usikker/til en viss grad
 - For å utdype: hvordan ville du blitt motivert/ evt. hvorfor ikke?
- Hvor stor skal differensieringen være (i kroner eller prosent)?

Prestasjon

- Hva tenker du om å differensiere basert på prestasjon?
 - Fordeler og ulemper
 - Kategorisere svar: positiv/negativ/usikker
- Forslag
 - Å utvikle fagfelt internt på sykehuset/forbedre rutiner
 - Fastsatte normer (Dersom man beregnet hvor mange pasienter sykehuset burde ta i løpet av et år, og delte dette på antall leger kunne man fått en norm for hvor mange pasienter hver lege burde behandle ilt ett år. Belønne de over, men ikke trekke fra de under)
 - Egen faglig utvikling (f.eks. kurs, sertifiseringer)
 - Ansvar/oppgaver
 - Skjønnsmessig vurdering fra leder
- Ville du disponert tiden din annerledes enn i dag ved mer prestasjonsbasert avlønning?
 - Ville dette endret ditt fokus?
 - Eventuelt hvilke oppgaver ville du valgt bort? (vridningseffekter)
- Hadde du blitt motivert av at dine prestasjoner har direkte innvirkning på lønnen din?
 - Kategorisere svar: ja/nei/usikker/til en viss grad
 - For å utdype: hvordan ville du blitt motivert/ evt. hvorfor ikke?
- Tror du prestasjonslønn vil ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrekker seg?
- Dersom man skulle innført en form for prestasjonslønn, hvor store kunne forskjellene i lønn vært?

Avslutning

- Oppsummere hvordan vi har forstått de
- Spørre om det er noe mer de vil legge til
- Kan vi kontakte deg igjen for oppfølgingsspørsmål dersom det blir aktuelt?
- Takke for at de tok seg tid

Vedlegg 4 – Intervjuguide LIS-leger

Presentasjon av oss og oppgaven

- Takke for at de stiller opp og presentere oss
- Gi informasjon om forskningsspørsmål og hvorfor vi gjennomfører intervjuet
 - Siden problemstillingen dreier seg om overlegelønn, vil flere av spørsmålene fokusere på overlegelønn.
- Forklare hvordan dataene vil bli behandlet (anonymitet) og avklare tillatelse til å ta opptak
- Spørre om de har noen spørsmål før vi begynner

- Vil du fortelle litt kort om hva du arbeider med på sykehuset?
- Hvorfor valgte du å fortsette på sykehus etter LIS1?

Holdninger til dagens lønssystem

- Hvor god kjennskap har du til dagens avlønning av overleger?

*Kort beskrivelse av overlegers lønssystem: Som du kanskje vet har alle overleger på sykehuset i utgangspunktet **lik oppbygning** av lønnen med basislønn + vakttillegg + UTA (utvidet arbeidstid)*

- Hvilke tanker har du om dagens lønssystem for overleger?
 - Hvorfor er det gunstig/ikke gunstig?
 - Kategorisere svar: positivt/negativ/vet ikke
- Hva ser du på som de største styrkene med overlegene sitt lønssystem?
- Hva ser du på som de største svakhetene med overlegene sitt lønssystem?
- Dersom du kunne endret noe med overlegene sitt lønssystem, hva ville du gjort?
- Hvordan opplever du lønssystemet for LIS-leger?
 - Hvorfor er du fornøyd/ikke fornøyd?
 - Skala 1-5 (1: svært misfornøyd, 2: misfornøyd, 3: nøytral, 4: fornøyd, 5: svært fornøyd)

Tiltrekke og beholde kompetanse

- Hvilke faktorer tror du er avgjørende for overleger i valg av arbeidsplass?
 - Hvilken rolle tror du lønn spiller i denne avgjørelsen?
 - Skala 1-5 (1: ikke viktig, 2: lite viktig, 3: nøytral, 4: viktig, 5: svært viktig)
- Hva tror du er hovedgrunnen til at overleger bytter jobb?
 - Tror du lønn er en grunn til at overleger bytter jobb?
- Hva er din planlagte karrierevei etter endt spesialisering?
 - Hvorfor/hvorfor ikke vil du bli overlege?
- Hvilke faktorer blir avgjørende for deg når du skal velge arbeidsplass?
 - Hvor viktig vil lønn være i denne avgjørelsen?

Motivasjon

- Hvorfor valgte du å bli lege?
- Hva motiveres du av?
- På en skala fra 1-5, hvor høy er motivasjonen din (på jobb)?

- 1: Svært lav motivasjon, 2: lav motivasjon 3: moderat motivasjon, 4: høy motivasjon, 5: svært høy motivasjon
- Er lønn en motivasjonsfaktor for deg?
 - Kategorisere svar: ja, nei, usikker/til en viss grad
- Hvilken type anerkjennelse er mest motiverende for deg?

Differensiering

I dag har overlegene samme lønn uavhengig av ansiennitet og prestasjoner, så i utgangspunktet er det ingen fastsatt lønnsdifferensiering blant overlegene. På andre sykehus har man valgt å gjøre det noe mer enn på dette sykehuset. Vi er interessert i å kartlegge holdningene deres til å differensiere mer slik at ikke alle overlegene tjener det samme

- Hva er dine tanker om det?
- Hva ser du på som eventuelle fordeler og ulemper med differensiering?
- Dersom du hadde vært overlege, tror du mer differensiert lønn vil virke motiverende eller demotiverende for deg?
- Tror du mer differensiering av lønn vil bedre rekrutteringen eller føre til at man beholder kompetanse på sykehuset?
 - Konsekvenser på kultur, arbeidsmiljø eller teamdynamikk?
- Har du innspill på/tanker om hvordan en mer differensiert kompensasjonsordning for overleger kan utformes?
 - Fordeler og ulemper

Ansiennitet

- Hva tenker du om å differensiere lønnen til overleger basert på ansiennitet?
 - Fordeler og ulemper
 - Kategorisere svar: positiv/negativ/usikker
- Bør ansiennitet gjelde for antall år som overlege generelt eller antall år som overlege på sykehuset?
- Hadde du blitt motivert av økt lønn som følge av ansiennitet?
 - Kategorisere svar: ja, nei, usikker/til en viss grad
 - For å utdype: hvordan ville du blitt motivert/ evt. hvorfor ikke?
- Hvor stor skal differensieringen være (i kroner eller prosent)?

Prestasjon

- Hva tenker du om å differensiere lønnen til overleger basert på prestasjon?
 - Fordeler og ulemper
 - Kategorisere svar: positiv/negativ/usikker
- Forslag
 - Å utvikle fagfelt internt på sykehuset/forbedre rutiner
 - Fastsatte normer (Dersom man beregnet hvor mange pasienter sykehuset burde ta i løpet av et år, og delte dette på antall leger kunne man fått en norm for hvor mange pasienter hver lege burde behandle ilt ett år. Belønne de over, men ikke trekke fra de under)
 - Egen faglig utvikling (f.eks. kurs, sertifiseringer)
 - Ansvar/oppgaver
 - Skjønnsmessig vurdering fra leder
- Ville du disponert tiden din annerledes enn i dag ved mer prestasjonsbasert avlønning?
 - Ville dette endret ditt fokus?

- Eventuelt hvilke oppgaver ville du valgt bort? (vridningseffekter)
- Hadde du blitt motivert av at dine prestasjoner har direkte innvirkning på lønnen din?
 - Kategorisere svar: ja/nei/usikker/til en viss grad
 - For å utdype: hvordan ville du blitt motivert/ evt. hvorfor ikke?
- Tror du prestasjonslønn vil ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrekker seg?
- Dersom man skulle innført en form for prestasjonslønn, hvor store kunne forskjellene i lønn vært?

Avslutning

- Oppsummere hvordan vi har forstått de
- Spørre om det er noe mer de vil legge til
- Kan vi kontakte deg igjen for oppfølgingsspørsmål dersom det blir aktuelt?
- Takke for at de tok seg tid

Vedlegg 5 – Intervjuguide leder

Presentasjon av oss og oppgaven

- Takke for at de stiller opp og presentere oss
- Gi informasjon om forskningsspørsmål og hvorfor vi gjennomfører intervjuet
- Forklare hvordan dataene vil bli behandlet (anonymitet) og avklare tillatelse til å ta opptak
- Spørre om de har noen spørsmål før vi begynner

- Vil du fortelle litt kort om hva du arbeider med på sykehuset?

Holdninger til dagens lønssystem

*Kort beskrivelse av overlegers lønssystem: Som du sikkert vet har alle overleger på sykehuset i utgangspunktet **lik oppbygning** av lønnen med basislønn + vakttillegg + UTA (utvidet arbeidstid)*

- Hvilke tanker har du om dagens lønssystem for overleger?
 - Hvorfor er det gunstig/ikke gunstig?
- Hva ser du på som de største styrkene med overlegene sitt lønssystem i dag?
- Hva ser du på som de største svakhetene med overlegene sitt lønssystem i dag?
- Dersom du kunne endret noe med overlegene sitt lønssystem i dag, hva ville du gjort?

Motivasjon

- Hva tror du overleger motiveres av?
- Tror du overleger motiveres av lønn?
 - Kategorisere svar: ja, nei, usikker/til en viss grad

Differensiering

I dag har overlegene samme lønn uavhengig av ansiennitet og prestasjoner, så i utgangspunktet er det ingen fastsatt lønnsdifferensiering blant overlegene. På andre sykehus har man valgt å gjøre det noe mer enn på dette sykehuset. Vi er interessert i å kartlegge holdningene deres til å differensiere mer slik at ikke alle overlegene tjener det samme

- Hva er dine tanker om det?
- Hva ser du på som eventuelle fordeler og ulemper med differensiering?
- Hvordan stiller du deg til å bedømme overlegene sin innsats basert på skjønn?
 - Føler du at du har tilstrekkelig innsikt til å ta en slik avgjørelse?
- Hvordan tror du en ordning der leder har ansvar for å differensiere de ansattes lønn ville blitt mottatt?
 - Ville det fungert i praksis?
- Har du innspill på/tanker om hvordan en mer differensiert kompensasjonsordning for overleger kan utformes?
 - Fordeler og ulemper

Tiltrekke og beholde kompetanse

- Hvilke faktorer tror du er avgjørende for overleger i valg av arbeidsplass?
 - Hvilken rolle tror du lønn spiller i denne avgjørelsen?
- Hva tror du er hovedgrunnen til at overleger bytter jobb?
 - Tror du lønn er en grunn til at overleger bytter jobb?

- Hvilke tiltak benytter dere for å tiltrekke og beholde kompetanse?
- Er lønn et virkemiddel som benyttes for å tiltrekke og beholde kompetanse?
- Tror du differensiert lønn kan være et verktøy for å bedre rekrutteringen til sykehuset?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
- Tror du differensiert lønn kan være et verktøy for å beholde erfarne og kompetente overleger?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvilke konsekvenser tror du det å bruke differensiert lønn til å tiltrekke og beholde kompetanse kan gi?
 - Konsekvenser på kultur, arbeidsmiljø eller teamdynamikk?

Kompensasjonsordninger

Ansiennitet

- Hva tenker du som arbeidsgiver om å differensiere basert på ansiennitet?
- Bør ansiennitet gjelde for antall år som overlege generelt eller antall år som overlege på sykehuset?
- Hvor stor skal differensieringen være (i kroner eller prosent)?

Prestasjoner

- Hva tenker du som arbeidsgiver om å differensiere basert på prestasjon?
- Forslag
 - Å utvikle fagfelt internt på sykehuset/forbedre rutiner
 - Fastsatte normer (Dersom man beregnet hvor mange pasienter sykehuset burde ta i løpet av et år, og delte dette på antall leger kunne man fått en norm for hvor mange pasienter hver lege burde behandle ilt ett år. Belønne de over, men ikke trekke fra de under)
 - Egen faglig utvikling (f.eks. kurs, sertifiseringer)
 - Ansvar/oppgaver
 - Skjønnsmessig vurdering fra leder
- Tror du overleger ville disponert tiden sin annerledes enn i dag ved mer prestasjonsbasert avlønning?
 - Ville dette endret deres fokus?
 - Evt. hvilke oppgaver tror du de ville de valgt bort? (vridningseffekter)
- Tror du prestasjonslønn vil ha innvirkning på hvilke folk sykehuset tiltrekker seg?
- Dersom man skulle innført en form for prestasjonslønn, hvor store kunne forskjellene i lønn vært?

Avslutning

- Oppsummere hvordan vi har forstått de
- Spørre om det er noe mer de vil legge til
- Kan vi kontakte deg igjen for oppfølgingsspørsmål dersom det blir aktuelt?
- Takke for at de tok seg tid