

# Prioritering, styring og likebehandling

---

Utfordringer i norsk helsetjeneste



Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal,  
Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.)

## KAPITTEL 6

# Styring for kvalitet og likebehandling

## Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning

Berit Bringedal, dr.polit, seniorforsker ved  
LEFO - Legeforskningsinstituttet

Benedicte Carlsen, professor ved Institutt for velferd og  
deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen  
på Vestlandet

### **Abstract**

How do medical doctors consider different steering instruments' effects on quality and equity in health care? The current chapter presents the results of a postal survey of a representative sample of Norwegian doctors. The sample belongs to a panel of doctors established in 1994, which is surveyed biannually. The current survey took place in 2014. 1261 of a total of 1612 doctors responded (78,2 percent); the steering instruments in the questionnaire included legal and economic measures, audit and control systems, clinical support, and organizational measures. Overall, the doctors consider economic measures, reporting requirements (excluding

clinical records) and, to some extent, structural measures to yield negative effects on quality and equity, while they consider that all other measures in the survey have positive influence. The responses vary between GPs and hospital specialists; relatively more hospital doctors consider economic, legal and structural measures to have a negative impact on quality and equity. One fourth of the doctors answered the open question: "If any of the measures hinders you in delivering medical help as you would like to, which group(s) of patients are particularly suffering from this?" A majority mention co-morbid patients, especially those of high age, patients with psychiatric and/or addiction related disease, as well as the chronically ill.

## Introduksjon

Målsettingene for norsk helsetjeneste, slik de er formulert i relevante lover<sup>1</sup>, er at pasientene skal få lik tilgang til medisinsk behandling av god kvalitet, og at behandlingstilbudet skal være likeverdig, uansett bosted, kjønn, alder eller andre kjennetegn som anses som medisinsk irrelevante. Vi viser til kapitlet til Riska og Aasen (kap. 6) i denne boken for en nærmere presentasjon av lovene.

For å bidra til å realisere målsettingene om god kvalitet og likebehandling bruker helsemyndighetene en rekke forskjellige styringsverktøy eller virkemidler. *Juridiske virkemidler* består av lover

---

<sup>1</sup> Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), med tilhørende forskrift 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften); lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven); lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven).

og forskrifter som både angir målsettingene med helsetjenestene og gir mer spesifikke regler om rettigheter og krav til innholdet i og utførelsen av dem. *De økonomiske virkemidlene* består selvsagt av de gitte økonomiske rammene som helsetjenesten skal holde seg innenfor, men også finansieringsordninger som mer direkte tar sikte på å styre aktiviteten i bestemte retninger. Disse styringsverktøyene er utformet for å virke som insentiver for aktørene, enten det er helseforetak, enkeltavdelinger eller individuelle leger. Eksempler på slike insentivordninger er tariffen for bestemte diagnostiske eller terapeutiske tiltak hos fastlegen (kalt normaltariffen) eller finansiering av sykehus etter aktivitet (såkalt innsatsstyrt finansiering, forkortet ISF).

I tillegg til *juridiske og økonomiske styringsverktøy* bruker myndighetene *beslutningsstøtte for utøvelse av det daglige medisinske arbeidet* som et virkemiddel for å styre medisinsk praksis. Faglige retningslinjer og anbefalinger tilhører denne kategorien av virkemidler. Helsedirektoratet utgir nasjonale faglige retningslinjer og veiledere på en rekke spesifikke områder, for eksempel retningslinjer for bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten eller retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer.<sup>2</sup> (Faglige retningslinjer og veiledere utgis også av Den norske legeförening og legemiddelfirmaene. De skiller seg fra Helsedirektoratets retningslinjer ved at de ikke kan ses som del av myndighetenes styringsverktøy.)

Helsetjenesten har også ulike *kontrollordninger*. Tilsynsmyndighetene, både Statens helsetilsyn og Riksrevisjonen, kan gå helsetjenesten nærmere etter i sømmene. Også ulike rapporteringskrav tilhører denne kategorien av styringsverktøy, for eksempel rapportering av ventetider for sykehusbehandling, pasienttilfredshet eller reinnlegelser etter operasjon.

---

2 Se <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer> for en oversikt over foreliggende retningslinjer og veiledere.

Endelig har vi *strukturelle* ordninger som styringsverktøy. Dette gjelder for eksempel sammenslåing og funksjonsdeling for å styre virksomheten. Slike organisatoriske virkemidler kan bestå i å bestemme hvilke sykehus som skal tilby hvilke funksjoner, sammenslåing av funksjoner eller endret organisering av spesifikke behandlinger. Eksempler på det siste er endringer i kravene til fullverdige fødselsavdelinger eller pakkeforløp for kreft. Reformene i helsetjenesten, som sykehusreformen, fastlegereformen eller samhandlingsreformen, er andre eksempler på organisatoriske virkemidler for styring.

Virkemidlene henger sammen. En organisatorisk reform, for eksempel, krever som regel både juridiske og økonomiske endringer, på samme måte som en ny lov eller forskrift kan kreve endringer i kontrollrutiner, finansiering eller organisering.

## Problemstilling

Hvor godt styringsverktøyene virker for å fremme målsettingene for helsetjenesten, er selvsagt et empirisk spørsmål. For å studere dette trengs det kunnskap om virkninger på forskjellige nivåer, fra sentralt planleggingsnivå til analyse av virkningene som kan spores i behandlingen av enkeltpasienter. I denne artikkelen beskriver vi hvordan dette ser ut fra et legegperspektiv. Vi har gjort en utforskende studie der vi har spurt et representativt utvalg av leger som praktiserer i Norge, om deres oppfatning av hvordan de ulike kategoriene av styringsverktøy virker inn på henholdsvis kvalitet og likebehandling i helsetjenesten.

Selv om det åpenbart er slik at vi med denne empirien ikke får fullstendig informasjon om den faktiske kvaliteten på helsetjenestene eller hvordan de faktisk fordeles, er det interessant å vite hvordan legene oppfatter situasjonen. For eksempel er det sannsynlig at deres holdninger påvirker om de spiller på lag med eller motarbeider forskjellige styringsverktøy. Til en viss grad kan også legenes

respons sees som en indikasjon på hvordan ting faktisk forholder seg. Dersom vi for eksempel spør legene hvilke pasientgrupper som blir særlig skadelidende under et bestemt styringsregime, er det grunn til å se nærmere på dette.

Empirien vi bygger på, ble innsamlet for prosjektet «Prioritizing health care. Tensions and interplay between legal, political, economic and professional perspectives». Dette er et større forskningsprosjekt som studerer hvordan ulike styringsverktøy påvirker prioriteringene i norsk helsetjeneste. Spesifikt studerer prosjektet hvordan slike ordninger virker inn på legens prioriteringer mellom ulike oppgaver i det daglige kliniske arbeidet. Flere av artiklene i denne antologien bygger på empiri eller teori utviklet i prosjektet.

## Spørreundersøkelsen

Undersøkelsen ble gjennomført som en del av Legeforskningsinstituttets (LEFO) legesurvey, som gjennomføres annethvert år blant et panel av leger som er yrkesaktive i Norge. Panelet ble etablert i 1994 og består av et representativt utvalg på om lag 1600 leger. Det eksakte antallet varierer fra år til år, siden noen medlemmer faller fra og nye inkluderes. Representativiteten<sup>3</sup> vurderes opp mot medlemsregisteret i Den norske legeförening, som inkluderer rundt 97 prosent av norske leger.

I 2014-utsendelsen var bruttoutvalget 1612 leger, hvorav 1261 svarte (svarprosent på 78,2). Svarprosenten for dette panelet er generelt god – den har variert fra 65 til 95 prosent – noe som trolig kan forklares med at panelet består av leger som på forhånd har sagt seg villige til å være med. Vi kan også anta at deltakerne synes undersøkelsene er meningsfulle, siden de i stor grad fortsetter å være med.

---

3 Sammenligningsvariabler for representativitet er alders- og kjønnsfordeling samt spesialitet. Se Rosta og Aasland (2014) for en nærmere beskrivelse av utvalget.

Innholdet i spørreskjemaene består dels av spørsmål som stilles ved hver utsendelse, dels av spørsmål som stilles med (u-)jevn mellomrom, og dels enkeltstående spørsmål. Temaene i 2014 besto av to hovedgrupper: 1) arbeidsforhold, arbeidstid og helse, denne delen inkluderer de faste spørsmålene, og 2) etikk og prioritering, der spørsmålene om vurdering av styringssystemets betydning for det medisinske arbeidet utgjorde hoveddelen. Så å si alle spørsmålene om styringsverktøy var nye for panelet (hele spørreskjemaet kan fås ved å henvende seg til lefo@legeforeningen.no).

## Spørsmålene om styringsverktøy

I utarbeidelsen av disse spørsmålene startet vi med å identifisere de viktigste instrumentene som brukes for å styre helsetjenesten. Vi endte opp med følgende fem kategorier: 1) økonomiske ordninger, 2) juridiske ordninger, 3) kontrollordninger, 4) klinisk beslutningsstøtte og 5) strukturelle forhold. Tabell 6.1 gir en oversikt over de spesifikke styringsverktøyene i hver kategori.

**Tabell 6.1:** Styringsverktøy som inngår i undersøkelsen

Kategorier av styringsverktøy	Spesifikke styringsverktøy
Økonomiske	Normaltariffen (for fastleger) Aktivitetsbaserte ordninger (DRG <sup>4</sup> , ISF)
Juridiske	Pasientrettigheter Prioriteringsregler
Kontrollordninger	Rapporteringskrav (ikke journaler) Tilsyn
Klinisk beslutningsstøtte	Kliniske retningslinjer og veiledere Prioriteringsrådets anbefalinger
Strukturelle	Organisering og funksjonsdeling

4 DRG= diagnoserelaterte grupper. Basert på faktiske kostnader for ulike intervensjoner beregnes nasjonale gjennomsnittstall, som i neste omgang brukes for å beregne overføringene til sykehusene.

Som tabellen viser, spesifiserte vi styringsinstrumentene under hver kategori. Under *økonomiske ordninger* anga vi normaltariffen (aktuelt for fastleger) og «aktivitetsbaserte» ordninger: innsatsstyrt finansiering (ISF) og diagnoserelaterte grupper (DRG) (aktuelt for sykehusleger). Under *de juridiske ordningene* anga vi «pasientrettigheter» og «prioriteringsregler»; legene kan dermed både ha tenkt på pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Av *kontrollordninger* spesifiserte vi «tilsyn» og «rapporteringskrav». For sistnevnte ekskluderte vi eksplisitt journaler, som også er en type rapporteringskrav. Under *klinisk beslutningsstøtte* spesifiserte vi retningslinjer, veiledere og Prioriteringsrådets vedtak og anbefalinger. Endelig anga vi «organisering og funksjonsdeling» under *strukturelle forhold*. Dette er en relativt åpen kategori, som kan vise til alt fra mindre organisatoriske tiltak til større reformer.

Siden vi ønsket å ligge tett opptil lovverket om prioritering, tok vi utgangspunkt i formålsformuleringen i lov om pasient- og brukerrettigheter: Lovens formål er «bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten». <sup>5</sup> Formålet er todelt; loven skal bidra til å sikre både lik tilgang og god kvalitet. Av denne grunn skilte vi mellom kvalitet og likhet i spørreskjemaet, slik at vi hadde en gruppe spørsmål om hvordan styringsverktøyene påvirker kvaliteten i pasientarbeidet, og en gruppe (likelydende) spørsmål om betydningen for likebehandling.

Spørsmålene var formulert slik: «B2 og B3 omhandler hvordan styringsverktøy påvirker kvalitet (B2) og likebehandling (B3) i pasientarbeidet. Vi er ute etter hvordan slike verktøy stort sett virker, derfor er kategoriene vide.» Deretter spesifiseres de ulike verktøyene med spørsmål om hvordan de påvirker henholdsvis kvaliteten på og likheten i tilgang til tjenester (likebehandling) i

---

5 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).



det medisinske arbeidet. Det ble gitt en fem-gradert svarmulighet, fra «i overveiende grad positivt» til «i overveiende grad negativt», som ble kodet med tallverdier fra 1 til 5, i tillegg til et «vet ikke / ikke aktuelt for meg»-alternativ. Alle spørsmålene er gjengitt helt til slutt i dette kapitlet.

## Resultater

Alle resultatene som presenteres her, gjelder utelukkende leger i kliniske stillinger, siden vi er interessert i hvilke erfaringer legene i klinisk arbeid har når det gjelder styringens betydning for pasientbehandlingen. Antallet svar er dermed lavere enn nettoutvalget totalt.

Tabell 6.2 viser vurderingen av de spesifikke styringsverktøyene. Resultatet er presentert som prosentvise andeler av respondenter som oppgir at styringsverktøyet har positiv, nøytral eller negativ effekt for kvaliteten i pasientbehandlingen. De to positive og de to negative svaralternativene er slått sammen til henholdsvis én positiv og én negativ svargruppe.

Vi ser at svarene er sammenfallende for kvalitet og likebehandling. Dette har vi testet ved å gjøre en kjikvadrattest, og denne viser sterk korrelasjon mellom svarene knyttet til de to utfallene kvalitet og likebehandling. Det betyr at legene i overveiende grad mener styringsinstrumentene har samme effekt på likebehandling som på kvalitet, eller at de ikke skiller nevneverdig mellom de to utfallene (gamma ligger i intervallet 0,82–0,88, med ett unntak der gamma er 0,76. Det gjelder spørsmålet om betydningen av rapporteringskrav, der flere svarer at dette virker negativt på kvalitet, enn på likebehandling).

For begge spørsmål kommer retningslinjer og pasientretigheter på topp når det gjelder positive effekter, mens to typer styringsverktøy peker seg ut med særlig mange som svarer at

**Tabell 6.2:** Legenes vurdering av hvordan styringsinstrumentene påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen (i prosent). (Antall svar varierer fordi respondentene ikke svarer på samtlige spørsmål.)

Hvordan påvirker følgende kvaliteten på pasientbehandlingen?	Positivt	Verken - eller	Negativt	N	Antall vet ikke / ikke aktuelt
Økonomiske ordninger: <i>Normaltariffen</i>	33,6	51,0	15,4	441	597
Økonomiske ordninger: <i>ISF/DRG</i>	9,6	49,1	41,2	456	479
Juridiske ordninger: <i>Pasientrettigheter</i>	48,8	40,4	10,9	773	237
Juridiske ordninger: <i>Regler for prioritering</i>	36,0	48,9	15,1	728	209
Kontrollordninger: <i>Rapportering (ikke journal)</i>	11,8	34,3	53,9	670	268
Kontrollordninger: <i>Tilsyn</i>	33,0	44,2	22,8	710	225
Klinisk beslutningsstøtte: <i>Retningslinjer og veiledere</i>	75,1	20,3	4,6	867	73
Klinisk beslutningsstøtte: <i>Prioriteringsrådets vedtak</i>	43,2	45,7	11,2	672	267
Strukturelle ordninger: <i>Organisering og funksjonsdeling</i>	35,5	38,2	26,3	772	167

de «virker negativt inn på kvalitet og likebehandling», nemlig innsattsstyrt finansiering og rapporteringskrav (journaler ekskludert). Disse er de eneste kategoriene der det er flere som svarer negativt enn positivt.

Kliniske retningslinjer og veiledere kommer på topp av de verkøyene som anses å ha god effekt på kvalitet og tilgang, mens også juridiske ordninger (pasientrettigheter og regler for prioritering) og Prioriteringsrådets anbefalinger kommer høyt opp som positive bidrag.

**Tabell 6.3:** Legenes vurdering av hvordan styringsinstrumentene påvirker muligheten for likebehandling (i prosent).

Hvordan påvirker følgende lik-heten i tilgang på tjenest er i ditt pasientarbeid?	Positivt	Verken – eller	Negativt	N	Vet ikke / ikke aktuelt
Økonomiske ordninger: <i>Normaltariffen</i>	33,9	54,2	11,9	463	533
Økonomiske ordninger: <i>ISF/DRG</i>	14,4	53,5	32,1	492	508
Juridiske ordninger: <i>Pasientrettigheter</i>	53,0	39,2	7,9	863	189
Juridiske ordninger: <i>Regler for prioritering</i>	46,4	43,5	10,0	797	246
Kontrollordninger: <i>Rapportering (ikke journal)</i>	14,8	51,6	33,5	701	334
Kontrollordninger: <i>Tilsyn</i>	28,6	54,1	17,3	763	280
Klinisk beslutningsstøtte: <i>Retningslinjer og veiledere</i>	64,4	29,8	5,8	912	147
Klinisk beslutningsstøtte: <i>Prioriteringsrådets vedtak</i>	44,8	46,6	8,6	755	283
Strukturelle ordninger: <i>Organisering og funksjonsdeling</i>	30,4	45,3	24,3	836	222

I tillegg til hvordan legene oppfatter at de ulike styringsinstrumentene virker inn på kvalitet og tilgang, ønsket vi å vite noe om hvilket omfang de mener at en eventuell negativ effekt har. Vi stilte dermed et spørsmål om *hvor ofte* de opplever at styringsinstrumenter hindrer dem i å yte den helsehjelpen de ønsker å yte, dersom de utgjør et hinder. Svarene gis i tabell 6.4.

Tabellen viser styringsinstrumentene gruppert i fem kategorier, på samme måte som i spørreskjemaets spørsmål B4.

**Tabell 6.4:** Legenes svar på spørsmålet: Dersom du opplever at noen av styringsverktøyene hindrer deg i å yte den helsehjelpen du ønsker, hvor ofte skjer det? Prosent.<sup>7</sup>

	Aldri	Sjelden	Ofte / svært ofte	Antall
Økonomiske ordninger	16,8	45	18,7	938
Juridiske ordninger	20,8	52,7	5,8	936
Kontrollordninger	24,7	44	8,1	934
Klinisk beslutningsstøtte	30,3	44,2	4,5	937
Strukturelle ordninger	15,8	40,7	22,2	935

Den viser svarene til alle leger i kliniske stillinger som svarte på dette spørsmålet, uansett om de jobber i primær- eller spesialisthelsetjenesten.<sup>6</sup> Flest oppgir at strukturelle ordninger ofte eller svært ofte hindrer dem i å gi den helsehjelpen de ønsker, mens et fåtall oppgir at juridiske ordninger og klinisk beslutningsstøtte er en ofte forekommende årsak til å ikke kunne gi den hjelpen man ønsker. Vi ser også at svært mange svarer at samtlige styringsverktøy *kan hindre*, eller av og til hindrer, dem i å yte den helsehjelpen de ønsker, da over 40 prosent svarer «sjelden» i alle kategorier.

Vi kan tenke oss at svarene varierer mellom legene avhengig av hvor de jobber (fortsatt rapporterer vi bare svar fra leger i kliniske stillinger). Selv om enkelte har latt være å svare om de ikke har befatning med enkelte styringsverktøy (slik som at en fastlege ikke affiseres av ISF-ordningen), observerer vi at mange har svart likevel. I tabell 6.5 har vi skilt mellom fastleger, sykehusleger og spesialister utenfor sykehus.

Vi ser at det er stor forskjell mellom sykehusleger og andre klinikere i to kategorier, nemlig på spørsmålet om økonomiske

6 Når vi sammenligner sykehusleger og fastleger, finner vi at det er relativt flere sykehusleger som svarer at de økonomiske og strukturelle styringsinstrumentene ofte eller svært ofte hindrer dem i å yte den hjelpen de ønsker.

**Tabell 6.5:** Svarfordeling mellom ulike klinikergrupper (i prosent)

	Sykehus	Fastleger	Annen klinisk	Alle klinikere
Andel som opplever at styringsverktøy ofte eller svært ofte hindrer legen i å yte den hjelpen som legen ønsker.				
Økonomiske	27	17,6	15,9	23,2
Juridiske	7,4	7	7,5	7,3
Kontrollordninger	10,9	9,6	11,4	10,6
Klinisk beslutningsstøtte	6,1	6,1	2,5	5,7
Strukturelle	34,4	17,3	17,3	28,2
N (alle svaralternativ)	450–471	188–210	79–82	934–938

og strukturelle styringsordninger (markert i kursiv). Langt flere sykehusleger rapporterer at økonomiske styringsverktøy og strukturelle forhold ofte hindrer dem å gi den hjelpen de ønsker.

Til sist stilte vi et åpent spørsmål. Vi spurte om legene, dersom de mener at styringsverktøy kan hindre god kvalitet og likebehandling, kunne oppgi hvilke pasientgrupper det særlig gikk utover. Det var 326 som svarte på dette, og mange oppga flere grupper. Fire grupper nevnes særlig ofte: rus og/eller psykiatri (72), eldre og multisyke (46), pasienter med få ressurser, inkludert asylsøkere (44) og kronikere (35). Det kan være vanskelig å skille mellom flere av disse, for eksempel mellom kronikere og psykiatriske pasienter, men tallene gir en pekepinn på hvor de fleste som har svart på dette spørsmålet, mener at skoen trykker.

## Diskusjon

### Skjønn og kontroll

Det kan argumenteres for at god styring av helsetjenesten krever en god balanse mellom profesjonell autonomi og skjønnsvurderinger

på den ene siden og styring og kontroll på den andre (Bringedal, 2015). Styringssystemene skal sikre at beslutningstakerne opptrer i tråd med målsettingene om god behandling, effektiv ressursutnyttelse og rettferdig fordeling av ressurser og tjenester. For å realisere disse målene er det imidlertid verken mulig eller ønskelig å fjerne rommet for skjønn fullstendig (Molander, 2016). Ikke bare ville det krevd et enormt administrativt apparat med detaljbeskrivelser av alt som skal gjøres, med tilhørende kontrollsystemer, det er også umulig å tenke seg at hver eneste beslutningssituasjon skal kunne identifiseres og beskrives. Gode medisinske beslutninger krever både god evidens og godt faglig skjønn for at de skal være medisinsk forsvarlige; profesjonell kompetanse består nettopp i slik oversettelse fra de generelle til de spesielle tilfellene (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Et tiltak som virker godt for de fleste, trenger ikke fungere for den enkelte. Det er altså ikke bare praktisk umulig å detaljregulere alle beslutninger, men dersom det i prinsippet hadde vært mulig, ville det likevel ført til mindre adekvat behandling. Men hvor stort skjønnsrommet skal være, eller hvor sterk reguleringen skal være, er et politisk spørsmål. Politiske beslutninger kan bygge på empirisk kunnskap om hvilke effekter ulike reguleringsregimer får for kvalitet og likebehandling i helsetjenesten.

Profesjonene og helsemyndighetene kan ha ulike vurderinger av denne balansen. Historisk har den beveget seg fra tilnærmet ubegrenset profesjonskontroll til mer og mer innflytelse fra andre (Abbott, 1988; Freidson, 2001; Rothman, 1991). Rothman (1991) hevder at den fullstendig enerådende legen sluttet å være enerådende da de han kalte «Strangers at the bedside» dukket opp og gjorde krav på å få et ord med i laget – der «de fremmede» er andre enn helseprofesjonene selv. I dag er det selvsagt at det ikke bare er klinikerne alene som skal bestemme innholdet i tjenestene, det er ansett som legitimt og nyttig at både pasienter og helsemyndigheter kan påvirke innholdet, gjennom styringssystemer, samarbeid, godkjenning, innsyn og kontroll. Disse

styringssystemene er utviklet på basis av tenkemåter fra mange fag i tillegg til helsefagene: helseøkonomi, jus, moralfilosofi og sosiologi. Den økte innflytelsen fra andre enn helseprofesjonene selv, enten innflytelsen er av begrepsmessig eller direkte styringsmessig karakter, har endret både tjenestene og maktrelasjonene. Hvilken effekt denne endringen har og har hatt på helsetjenesten, er et empirisk spørsmål.

Helsemyndighetenes bruk av styringsverktøy har til hensikt å påvirke legenes skjønnsvurderinger i bestemte retninger, eller begrense rommet for skjønn. I denne undersøkelsen fant vi at legene ikke mener slik påvirkning eller begrensning virker udelt negativt, tvert imot ser vi at mange mener flere av styringsinstrumentene virker positivt inn på kvalitet og likebehandling. Samtidig uttrykker de at enkelte styringsverktøy har mer negativ effekt enn andre. Tabell 6.2 og 6.3 viser at de er særlig kritisk til aktivitetsbasert finansiering og rapporteringskrav, mens tabell 6.4 viser at de er særlig kritisk til strukturelle ordninger og økonomiske verktøy.

### *Økonomi og fag*

Når det gjelder økonomisk styring, er det visse forskjeller mellom svarene som gjelder normaltariffen (gjelder fastlegene) og ISF/DRG (gjelder sykehuslegene); det ser ut til at legene mener aktivitetsbasert finansiering av fastlegenes virksomhet ikke har samme negative effekt som aktivitetsbasert sykehusfinansiering. Det kan selvsagt bero på at normaltariffen fungerer svært godt for å stimulere til god kvalitet og likebehandling, mens erfaringene med sykehusfinansieringen er mer negativ. Samtidig er det mulig at svarene kan være påvirket av en langt større oppmerksomhet rundt negative effekter av (særlig) ISF-ordningen.

En annen side ved dette er at økonomi og yrkesetikk tradisjonelt har vært betraktet som kontrære størrelser; å ta økonomiske hensyn

---

7 Om lag 20 prosent svarer vet ikke / ikke aktuelt i hver kategori.

har vært det samme som å gi avkall på god ivaretagelse av pasienten (Willems, 2001; Magelssen, 2018). Selv om denne motsetningen ikke er så selvsagt i dag, pågår det samtidig diskusjoner om hvorvidt det er økonomi eller god pasientbehandling som faktisk styrer helsetjenesten. At et økende antall leger er åpne for å vurdere bruken av ressursene i helsevesenet fremkom også i denne undersøkelsen, som er presentert i større detalj av Bjorvatn (kapittel 7 i denne boken). Fraværet av debatt om økonomisk styring i kjølvannet av den siste norske prioriteringsutredningen (NOU 2014: 12) kan også tyde på det samme. Men ikke alle leger er enige om at økonomisk styring kan være velbegrunnet. Mange hevder også at de nye styringssystemene, ofte kalt New Public Management, fremmer en effektivitetskultur der god pasientbehandling og faglige hensyn taper (Wyller, Gisvold, Hagen, Heggedal mfl., 2013).

### *Inkonsistente svar*

Det er imidlertid en viss inkonsistens i svarene. Det ser vi om vi sammenligner tallene i tabell 6.2 og 6.3 med tallene i tabell 6.4. Dette gjelder særlig synet på kontrollordninger, spesifisert som rapporteringskrav og tilsyn. I tabell 6.2 og 6.3 ser vi at rapporteringskrav oppgis å ha overveiende negativ effekt, og det er det styringsverktøyet som kommer dårligst ut (tett fulgt av ISF/DRG). Sammenholder vi dette resultatet med tabell 6.4, er det imidlertid bare 10,3 prosent som svarer at kontrollordninger ofte eller svært ofte hindrer legen i å yte den hjelpen vedkommende ønsker.

Det kan være flere grunner til dette. Én forklaring kan være at legene ikke tenker på verken tilsyn eller rapporteringskrav når de får spørsmål om kontrollsystemer hindrer dem, i spørsmål B 4 (se alle spørsmålene i vedlegget). Hvis så er tilfelle, kan svaret være et uttrykk for at de mener at ekstern kontroll bidrar til dårligere tjenester og mindre likebehandling. Det er imidlertid ikke mulig å vite hvilken type kontrollordning dette skulle være.



En annen forklaring på denne inkonsistensen kan være at spørsmålene ikke var klare nok, at de var egnet til å bli misforstått eller tolket i forskjellige retninger. Spørsmål om hvordan et styringssystem virker på prioriteringer, er tematikk som ligger nærmere samfunnsforskernes språk og tenkemåte enn leger i klinisk virksomhet. Den samme forklaringen kan gjelde (den noe mindre) inkonsistensen i svarene på spørsmål om strukturelle og organisatoriske styringsverktøy.

Det er imidlertid ikke bare fagdisiplinære forskjeller som kan gjøre at enkelte av spørsmålene kan ha blitt misforstått eller har vært vanskelige å besvare for legene. Inkonsistensen i svarene på de første og siste spørsmålene kan også skyldes at de siste to spørsmålene dreier seg om hvor *ofte* styringsinstrumentene hindrer dem, mens de første er mer generelle eller overordnede spørsmål om hvordan instrumentene påvirker kvalitet og likebehandling.

Endelig så vi en sterk korrelasjon mellom svarene på spørsmålene om hvordan styringsinstrumentene virket på kvalitet og likebehandling; det ser ut til at legene ikke skiller skarpt mellom de to. Hva årsaken til denne korrelasjonen er, kan vi bare spekulere på. Kanskje oppfattes det som to sider av samme sak? Dette er en tolkning som formuleringen i pasientrettighetsloven<sup>8</sup> kan ha bidratt til. Spørsmålene ble innledet med følgende informasjon: «Formålet til pasientrettighetsloven er å 'bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.'» Dette peker i retning av at kvalitet og likebehandling kan ses som to sider av samme sak.

En annen mulig tolkning er at kvalitet og likebehandling i noen grad blir betraktet som honnørord, og at respondentene av den grunn ikke har brydd seg med å skille mellom dem. Formålet kan defineres som «god helsetjeneste», og hvordan det nærmere presiseres, er kanskje ikke ansett som like vesentlig.

---

8 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

## Avslutning

I den grad styringsordninger rapporteres å virke fremmende eller hemmende for kvalitet og likebehandling, krysses det særlig av på strukturelle ordninger, rapporteringskrav og økonomiske insentivsystemer. Men hva er det egentlig vi får vite? Dersom vi skal trekke en forsiktig konklusjon, kan vi si at en del leger uttrykker en skepsis til de økonomiske styringssystemene, at særlig sykehuslegene er skeptisk til strukturelle virkemidler (organisering, funksjonsdeling), og at de mener rapporteringskrav i noen grad kan virke uheldig.

Dette kan henge sammen med legeprofesjonens motstand mot nye, og mer aktive, styringssystemer i helsesektoren. Den før nevnte balansen mellom profesjonell autonomi og samfunnsmessig styring er muligens ikke helt i balanse; det er rimelig å tro at nye styringssystemer fører med seg gnisninger mellom profesjonene og lederne, på alle nivåer. Vi tror også at mange leger har en generell skepsis til den aktivitetsbaserte finansieringen. Det henger, som nevnt foran, sammen med den tradisjonelle motsetningen mellom profesjonsetikken og kravet om å ta økonomiske hensyn. Så det er kanskje ikke så mye synspunkter på de faktiske effektene av styringsverktøyene vi får svar på her, som en mer eller mindre klart uttalt skepsis til styringssystemet.

Dersom de inkonsistente svarene er en indikasjon på at legene ikke har forstått spørsmålene, hadde kanskje validiteten blitt styrket dersom vi hadde gitt mer plass til konkrete eksempler fra den kliniske hverdagen. Men uansett kan vi ikke se bort fra at legene her sender et viktig signal om at de mener en del kontrollsystemer, økonomiske insentivordninger og strukturelle virkemidler virker mot sin hensikt, og at dette særlig går utover det som fremstår som noen av de svakeste pasientgruppene.

Når det er sagt, er det også verdt å merke seg at andre styringsverktøy blir vurdert som positive både for kvalitet og likebehandling

og for å gi den helsehjelpen de ønsker. Juridiske ordninger og klinisk beslutningsstøtte utmerker seg. Det kan tenkes at disse ordningene i større grad oppleves å gi støtte eller avlastning i det kliniske arbeidet – som hjelpemidler i kliniske beslutninger eller hjelp til prioriteringer mellom pasienter og tiltak.

## Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Bringedal, B., & Bærøe, K. (2016). Økt rettsliggjøring for likebehandling i helsetjenesten? *Retfærd*, 39(2), 6–18.
- Bringedal, B. (2015). Guest editor's introduction. *Professions and Professionalism*, 5(1). doi:10.7577/s..1355
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic. On the practice of knowledge*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.
- Helsedirektoratet (2018). *Nasjonale faglige retningslinjer*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer>
- Magelssen, M. (2018). Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonslogikk? (*kapittel 5, denne boken*).
- Molander, A. (2016). *Discretion in the welfare state. Social rights and professional judgment*. Oxford: Routledge.
- NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig. Prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rosta, J., & Aasland, O.G. (2014). Weekly working hours for Norwegian hospital doctors since 1994 with special attention to postgraduate training, work-home balance and the European Working Time Directive. A panel study. *BMJ Open*, 4(10). doi:10.1136/bmjopen-2014-005704
- Rothman, D.J. (1991). *Strangers at the bedside. A history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York: BasicBooks.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine. What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Wester, G., & Bringedal, B. (2017). The Norwegian national council for priority setting in health care. Decisions and justifications. *Health Economics, Policy and Law*, 21, 1–19.

- Willems, D.L. (2001). Balancing rationalities. Gatekeeping in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27(1), 25. doi:10.1136/jme.27.1.25
- Wyller, V., Gisvold, S., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen, J., Størmer, J., Thomsen, I., & Wyller, T. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(6), 655–659.

## Vedlegg: Utdrag fra spørreskjemaet

B2 og B3 omhandler hvordan styringsverktøy påvirker kvalitet (B2) og likebehandling (B3) i pasientarbeidet. Vi er ute etter hvordan slike verktøy <i>stort sett</i> virker, derfor er kategoriene vide.							
B2	Hvordan påvirker følgende <i>kvaliteten</i> i ditt pasientarbeid?	I overveiende grad positivt				I overveiende grad negativt	Vet ikke / ikke aktuelt
B2.1	Økonomiske ordninger: normaltariffen	1	2	3	4	5	9
B2.2	Økonomiske ordninger: aktivitetsbasert finansiering (DRG/ ISF-systemer)	1	2	3	4	5	9
B2.3	Juridiske ordninger: pasientrettigheter	1	2	3	4	5	9
B2.4	Juridiske ordninger: regler for prioritering	1	2	3	4	5	9
B2.5	Kontrollordninger: rapporteringskrav (ikke journaler)	1	2	3	4	5	9
B2.6	Kontrollordninger: tilsyn	1	2	3	4	5	9
B2.7	Klinisk beslutningsstøtte: retningslinjer og skriftlige veiledere	1	2	3	4	5	9
B2.8	Klinisk beslutningsstøtte: Prioriteringsrådets anbefalinger og vedtak	1	2	3	4	5	9
B2.9	Strukturelle forhold: organisering og funksjonsdeling	1	2	3	4	5	9

B3	Hvordan påvirker følgende <i>likheten i tilgang på tjenester (likebehandling)</i> i ditt pasientarbeid?	I overveiende grad positivt				I overveiende grad negativt	Vet ikke / ikke aktuelt
B3.1	Økonomiske ordninger: normaltariffen	1	2	3	4	5	9
B3.2	Økonomiske ordninger: aktivitetsbasert finansiering (DRG/ ISF-systemer)	1	2	3	4	5	9
B3.3	Juridiske ordninger: pasientrettigheter	1	2	3	4	5	9
B3.4	Juridiske ordninger: regler for prioritering	1	2	3	4	5	9
B3.5	Kontrollordninger: rapporteringskrav (ikke journaler)	1	2	3	4	5	9
B3.6	Kontrollordninger: tilsyn	1	2	3	4	5	9
B3.7	Klinisk beslutningsstøtte: retningslinjer og skriftlige veiledere	1	2	3	4	5	9
B3.8	Klinisk beslutningsstøtte: Prioriteringsrådets anbefalinger og vedtak	1	2	3	4	5	9
B3.9	Strukturelle forhold: organisering og funksjonsdeling	1	2	3	4	5	9

STYRING FOR KVALITET OG LIKEBEHANDLING

<b>B4</b>	<b>Dersom du opplever at noen av styrings-verktøyene hindrer deg i å yte den helsehjelpen du ønsker, hvor ofte skjer det?</b>	Aldri	Sjelden	Ofte	Svært ofte	Vet ikke / ikke aktuelt
B4.1	Økonomiske ordninger	1	2	3	4	9
B4.2	Juridiske ordninger	1	2	3	4	9
B4.3	Kontrollordninger	1	2	3	4	9
B4.4	Klinisk beslutningsstøtte	1	2	3	4	9
B4.5	Strukturelle ordninger	1	2	3	4	9

<b>B.5</b>	<b>Dersom du opplever at noen av styringsverktøyene hindrer deg i å yte den helsehjelpen du ønsker, hvilke pasientgrupper går det særlig utover?</b>	Skriv: ..... .....
------------	--	-----------------------