
Den gylne regel for prioritering av rusbehandling og psykisk helsevern – en kvalitativ studie

ORIGINALARTIKKEL

ANDREA MELBERG

andrea.melberg@uib.no

Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS)

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: utvikling av idé, datainnsamling, analyse og utarbeidelse av manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Andrea Melberg er lege og postdoktor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGRID MILJETEIG

Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS)

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: utvikling av idé, deltatt på deler av datainnsamling og utarbeidelse av manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Ingrid Miljeteig er lege og professor. Hun leder klinisk etikkomité ved Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Det har i mange år vært bred politisk enighet om å prioritere rusbehandling og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Mellom 2014 og 2021 gjaldt «den gylne regel», som innebar at det skulle være en høyere relativ vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatiske

helsetjenester. Formålet med denne studien var å undersøke forståelsen av den gylne regels rolle i prioritering av ressurser til rus- og psykiatrifeltet i spesialisthelsetjenesten blant norske helseledere og -byråkrater.

MATERIALE OG METODE

Studien baser seg på en ettårig etnografisk studie av prioriteringer i norske helseforetak og -byråkrati. Dokumenter, møteobservasjoner og tolv kvalitative dybdeintervju ble analysert med kvalitativ diskursiv metode.

RESULTATER

Den gylne regel bidro til økt satsning på rusbehandling og psykisk helsevern i helseforetakene, ifølge helseledere. Samtidig var den gylne regel kun en av mange konkurrerende og tidvis motstridende føringer de måtte ta hensyn til. Mange drivere motvirket en større vekst innenfor rusbehandling og psykisk helsevern enn i somatikken. Flere tok til orde for at den gylne regel var et umulig oppdrag. Ufullstendig måloppnåelse ble forklart med demografisk utvikling, finansieringsordninger og manglende oppfølging av regelen.

FORTOLKNING

Helseprioriteringer gjennomføres i institusjoner som ivaretar mange politiske interesser og samfunnsoppdrag. Funnene i studien illustrerer kompleksiteten når politiske prioriteringer skal gjennomføres i praksis.

Hovedfunn

Den gylne regel konkurrerte med andre og motstridene føringer i foretakene. Regelen ble fremstilt både som en suksess, men også som et symptom på manglende styring av spesialisthelsetjenesten.

Selv i Norge er behovene for spesialisthelsetjenester større enn vi har ressurser til [\(1\)](#). Vi har lang tradisjon for offentlig debatt om helseprioriteringer. Prioriteringer i spesialisthelsetjenesten er regulert gjennom lovgivning, bevilgninger og gjennom departementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene [\(2\)](#). Prioritering av helseressurser er komplekst og vanskelig. Det gjennomføres i et krysspress fra politiske, sosiale, kulturelle og økonomiske krefter, både i og utenfor helseinstitusjonene [\(3–5\)](#). En hovedoppgave på medisinstudiet identifiserte nylig et titalls empiriske studier som eksplisitt omhandlet prioriteringer på ledelsesnivå i norske helseforetak [\(6\)](#). Disse tematiserte i hovedsak lederes oppfatning av innholdet i ulike prioriteringskriterier og retningslinjer [\(7–9\)](#), og i mindre grad hvordan prioriteringer gjennomføres i praksis [\(10, 11\)](#). En tendens til at sykdommer med høy prestisje og teknologisk avansert behandling får høy prioritet, gjenfinnes i flere studier [\(7, 10\)](#).

Få områder har blitt så uttrykkelig prioritert i den norske spesialisthelsetjenesten som psykisk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den gylne regel ble først innført av helseminister Ansgar Gabrielsen i 2004 og

gjenninnført i 2014 av daværende Helse- og omsorgsminister Bent Høie. Målet var at veksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle være relativt større på regionsnivå enn veksten innenfor somatikken. Målene ble gitt som et av tre hovedmål i oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (RHF) hvert år mellom 2014 og 2019 (12). Måloppnåelsen ble konkretisert gjennom fire indikatorer (Ramme 1). Helseforetakene ga årlige rapporter om måloppnåelse, mens Helsedirektoratet utarbeidet nasjonale oversikter (13).

Ramme 1 Målindikatorer for den gylne regel

1. Kostnader (eksklusiv kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon)
 2. Årsverk
 3. Gjennomsnittlig ventetid (absolutte tidskrav)
 4. Aktivitet (polikliniske konsultasjoner)
-

Forskning på prioriteringer viser at det sjeldent er villighet til å peke på noe en skal gjøre mindre av (14). I så måte er den gylne regel unik, den vektlegger vekst innenfor ett felt (rus og psykiatri) fremfor et annet (somatikk) (1). Riksrevisjonen vurderte den gylne regel i 2021, og konkluderte med at målet ikke var nådd (12). Mellom 2015 og 2019 var kostnadsveksten sterkere i somatikken enn innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Både Riksrevisjonen og Stortingets Kontroll- og konstitusjonskomité kritiserte Helse- og omsorgsdepartementet for implementeringen av regelen og manglende bruk av virkemidler for å sikre etterlevelse blant de regionale helseforetakene (15).

Dynamikken mellom politiske prioriteringer og praksis i norske helseforetak er lite studert. Vi ville derfor undersøke forståelsen av den gylne regels rolle i prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling i spesialisthelsetjenesten blant helseledere og -byråkrater.

Metode

Denne kvalitative studien ble informert av et etnografisk feltarbeid (16). Dataene besto av langvarige møteobservasjoner i ledelsen i ett helseforetak, relevante offentlig tilgjengelige dokument og kvalitative dybdeintervju med helsebyråkrater- og ledere. Møteobservasjonene fokuserte på helseforetakets budsjettprosess og foregikk over en periode på ni måneder i 2022–23. Førsteforfatteren deltok som stille observatør i et 40-talls møter som varte fra 45 minutter til hele arbeidsdager. Underveis gjennomførte hun flere uformelle diskusjoner om den gylne regel og dens rolle. Dokumentanalysen tok utgangspunkt i stortingshøringer, oppdragsdokument og rapporter fra Helse- og omsorgsdepartementet og fra regionale og lokale helseforetak i årene 2014–22. I tillegg ble tolv dybdeintervju med byråkrater i forvaltningen, administratorer, ledere og styremedlemmer i ulike regionale og lokale

helseforetak gjennomført. De skriftlige kildene, intervjutranskripter og observasjonsnotater ble samlet og analysert med kvalitativ diskursiv analyse (17). Underveis i analyse- og skriveprosessen ble funnene diskutert med deltakerne i observasjonsstudien for å validere funnene.

Studien er vurdert av NSD – Norsk senter for forskningsdata, og intervjuer og observasjoner ble gjennomført etter informert samtykke. Prioriteringer i helsetjenesten er politiske og sensitive av natur, og Norge er et lite land med gjenkjennbare forhold og fagpersoner. Som forfattere havner vi i et dilemma mellom å gi mest mulig kontekst slik at leserne har mulighet til å forstå, fortolke og vurdere studiens overførbarhet til andre forhold, og å sikre deltakernes anonymitet. Vi har vektlagt anonymitet, og utelatt identifiserende opplysninger om helseforetak, geografi, arbeidsted, stilling eller bakgrunn, selv om dette utgjør en metodologisk svakhet.

Resultater

Økt satsning på rusbehandling og psykisk helsevern

Mellom 2014 og 2020 er ordet prioritering nesten utelukkende myntet på psykisk helsevern og rusbehandling i oppdragsdokument til regionale helseforetak. Formuleringene fra Helse- og omsorgsdepartementet om den gylne regel ble videreført ordrett i styringsdokumentene fra regionale til lokale helseforetak som ett av tre hovedoppdrag. Den gylne regel ble av alle deltagerne trukket frem som en viktig driver for økt prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Flere hevdet at når helseforetakene og regionale helseforetak jevnlig måtte fremlegge data som sammenlignet vekst, fremmet det prioritering av fagområdene. I intervjuer beskrev mange at økning innenfor rusbehandling og psykisk helsevern skjedde til tross for at ledelsen hadde en faglig bakgrunn fra fagfelt som «naturlig» favoriserte somatiske fag.

«Alternativet er hvis du ikke hadde den gylne regelen. Da ville det vært kummerlig. Jeg tror det ville ha sett helt annerledes og mye verre ut hvis den ikke var der.»

Imidlertid hevdet flere at sammenligningen med somatikken var uklok, og bidro til interessekonflikter mellom ledere innenfor somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern. De hevdet at det ville vært mer hensiktsmessig med en konkret øremerket bevilgning til fagfeltene eller en opptrappingsplan.

Det er vanskelig å måle prioritering

I samtaler om den gylne regel kom en raskt inn på forståelsen av regelen og mer spesifikt indikatorbruk. Hva målte regelen egentlig, og hvordan kan en måle prioritering, var spørsmål deltakerne problematiserte. Flere tok til orde for at søkelyset på vekst i kostnader ikke tok hensyn til kvaliteten i tjenestene som ble tilbudt. Andre igjen var kritiske til bruk av flere indikatorer, og hevdet at manglende relativ kostnadsvekst forsvant i små endringer i aktivitet eller ventetid. At medikamentkostnader ble holdt utenfor regelen, gjorde at den reelle kostnadsfordelingen egentlig var enda mer i somatiske fags favør, siden medikamentkostnader ofte var høyest der, mente noen. Andre argumenterte

for at det var antall årsverk som burde måles, siden personell er den store kostnadsdriveren og mangelvaren innen psykisk helsevern og rusbehandling. Begrepet *regel*, hevdet noen, skapte en misoppfatning om at det var de konkrete indikatorene, og ikke intensjonen om styrking av rusbehandling og psykisk helsevern som var målet.

«Regelbegrepet kan misforstås. Dette er jo en intensjon innenfor mål- og resultatstyring. Det er jo et overordnet mål om at det i praksis skal føre til at psykiatrien får styrket sin stilling sammenlignet med somatikken. Departementet skal operasjonalisere Stortingets intensjoner, også nedover i systemet.»

Tjenester ble tilpasset indikatorene for måloppnåelse

I intervjuer pekte deltakerne på hvordan den gylne regel også påvirket prioriteringer innad i psykisk helsevern. Indikatorene på ventetid og poliklinisk aktivitet i den gylne regel ble fulgt tett. Disse indikatorene fanget i liten grad opp aktiviteten innenfor døgnbehandling. Flere mente at indikatorene og deres oppfølging var medvirkende til en vridning av tilbudet i psykisk helsevern. Det ble en økende satsning på de «lettere» pasientene med behov for poliklinisk behandling, på bekostning av satsning på pasienter med alvorlige psykiske lidelser. De sistnevnte pasientene ble i mindre grad «fanget opp» av den gylne regel.

«Problemet er at når du ikke har oppnådd målet, og samtidig hatt føringer på at den polikliniske kapasiteten skal økes, har psykisk helse i disse årene vært nødt til å flytte ressurser fra de sykere pasientene til de letteste pasientene.»

Grunner til at den gylne regel ikke ble nådd

Den gylne regel var kun en av mange føringer og styringssignaler som ledelsen i helseforetakene måtte ta hensyn til. Både rapporter og intervjudeltagere pekte på forhold i somatikken når de forklarte hvorfor regelen ikke ble nådd. Deltagerne forklarte hvordan det overordnede prioriteringsmålet i den gylne regel kunne forsvinne i dagsaktuelle politiske saker og krisehåndtering av «branner som måtte slukkes», og at det var manglende evne til å holde fast i en overordnet prioritering.

«Ja, og det var ikke vanskelig å finne forklaringer [på at den gylne regel ikke ble innfridd]. Biologiske legemidler, akuttmedisin, ambulanser, luftambulanse. Det var et byggeprosjekt. Det var aktverdige begrunnelser. Men det betyr også at man ikke var villige til å gjøre en reell prioritering. Prioritering handler ikke om å prioritere opp. Det handler om å si hva man ikke skal gjøre i somatikken. Prosessen er ekstremt tøff å få til.»

Finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten ble trukket frem som en viktig driver for skjevfordelingen i retning somatikk. Mens psykisk helsevern i all hovedsak har vært finansiert via rammetilskudd i den studerte perioden, har somatikken vært delvis finansiert (40–60 %) gjennom aktivitetsbasert finansiering. Mange deltakere hevdet at den totale ressursbruken er enklere å kontrollere for rammefinansierte enn for delvis aktivitetsfinansierte enheter. Somatiske enheter hadde større økonomiske insentiver til å øke aktiviteter og kunne i større grad «produsere seg ut av» trange budsjettammer. I så måte kunne man ofte, ved å se på budsjettene, få inntrykk av at den gylne regel ville

bli innfridd ved inngangen til året. Når regnskapet ble gjort opp på slutten av året, bidro imidlertid budsjettoverskridelser og økt aktivitet til at regelen ikke ble innfridd.

«Den (gylne regel) er reell når man legger budsjettene, og så minsker den utover året. Det kommer andre ting som haster mer. Somatikken roper høyere. Ledelsen er mest sammensatt av personer med somatisk bakgrunn. (...) Man skrur ned budsjettene til psykisk helsevern og TSB, og så går det opp i somatikken.»

Den gylne regel: en utfordring for helseforetakene

I samtaler med byråkrater og ledere i helseforetak viste det seg at mange hadde en oppfatning om at den gylne regel ikke egentlig kunne nås. Blant årsakene som ble nevnt, var de strukturelle hindringene og den vanskelige sammenligningen med somatiske helsetjenester. Noen pekte også på vansker med å rekruttere fagfolk til rusbehandling og psykisk helsevern og at det derfor var vanskelig å få benyttet tildelte midler. Flere studiedeltagere hevdet at det var en underforstått og akseptert sannhet i fagmiljøet at den gylne regel var et umulig oppdrag. En slik oppfatning gjenfinnes ikke i dokumenter og det offentlige ordskiftet. Der gjentas det hvert år at den gylne regel både kan og skal nås. En av deltakerne reflekterer rundt dette paradokset:

«Det er sjelden at så høyt flaggede politiske mål ikke har måloppnåelse i det hele tatt, som i dette tilfellet. (...) Jeg tror folk i gata også ville husket at det løftet ble avgitt og flagget så høyt. Så det var overraskende, i hvert fall for meg, at ikke mer hadde skjedd med tanke på den gylne regel. Det er ikke vanlig.»

Som Riksrevisjonen, stilte flere deltakere spørsmål om hvordan måloppnåelsen ble fulgt opp på ulike nivå i helsetjenesten. De etterlyste nye og tøffere krav når det år etter år ble rapportert om manglende måloppnåelse. Deltakerne i denne studien hadde ingen klare forslag til hvilke virkemidler som kunne blitt brukt. Det ble pekt på den komplekse styringen av spesialisthelsetjenesten, vanskene med å bevilge «nye» penger og dynamikken mellom styrene og administrativ ledelse i helseforetak og regionale helseforetak.

«Vi følger bare opp i etterkant. Vi har pekefingeren på regnskapene og sier: 'Her er ikke den gylne regel fulgt.' Og så blir det kjeftet i styret i RHF. Nå er jeg litt tabloid i fremstillingen, men styret i RHF kjefter litt, og styret i HF kjefter litt på administrerende, og sånn går nå dagene.»

Diskusjon

For å oppnå prioritering i praksis er det viktig å forstå hvordan helseledere oppfatter implementering av politiske føringer. Denne studien synliggjør helselederes egne oppfatninger av, og erfaringer med, en politisk føring de har vært med på å implementere. Den illustrerer også hvilke utfordringer som oppstår når overordnede prioriteringer møter en kompleks virkelighet i spesialisthelsetjenesten (4, 5).

Hva målte den gylne regel?

Indikatorer oversetter og representerer komplekse fenomen, slik som prioritering, til enkle og sammenlignbare tall som skal gi universell mening (18). I tilfellet den gylne regel er de fire indikatorene spisset for å sikre «reell prioritering» av rusbehandling og psykisk helsevern (13). Selv om indikatorene er presentert og behandles som objektive og sammenlignbare, er de hverken nøytrale eller apolitiske (19). Måten de er utformet på, er et resultat av normative beslutninger, som for eksempel vektlegging av polikliniske konsultasjoner, og vurderinger av hvordan en best kan måle «prioritering». Indikatorer måler ikke bare prioritering, de er også med på å forme prioriteringene ved å påvirke det som blir og ikke blir målt. Fokus på ventetider og antall polikliniske konsultasjoner går på bekostning av det som ikke måles i samme grad, for eksempel kvalitet og døgnbehandling. Dette viser hvor viktig det er å utrede og revurdere underveis om de valgte indikatorene er de beste.

Prioritering og dragkamp

Det er bred politisk enighet om å prioritere psykisk helsevern og rusbehandling. Til tross for dette var ikke den gylne regel tilstrekkelig for å sikre høyere vekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikken. Selv om prioriteringen er formulert som en regel, har den vært delegert til regionale helseforetak og helseforetak som en overordnet føring for virksomhetene. Tidligere studier tyder på at avdelingsledere i sykehus føler seg kompetente til å styre avdelingenes økonomi, men at akutte og prestisjefylte tilstander gjerne prioriteres (7, 10, 11). De samme mekanismene gjenfinner vi i vår studie. For at overgripende prioriteringer skal kunne lykkes, må en også ta hensyn til de komplekse politiske, sosiale, kulturelle og økonomiske kreftene som påvirker ressursfordeling i og utenfor helseinstitusjonene (3–5). Burde dette kanskje kommet høyere på agendaen i de mange møtene hvor det ble klart at den gylne regel ikke ble overholdt?

Den gylne regel: en umulig oppgave for spesialisthelsetjenesten?

Politiske føringer har mange ulike roller: De definerer en visjon for fremtiden, setter mål, skisserer prioriteringer og forventede roller til ulike grupper, bygger konsensus og informerer folk i og utenfor helsesystemet (20). Politiske mål uttrykkes ofte som aspirasjoner, mål som en kan strekke seg etter, uten at det nødvendigvis skapes en forventning om at de kan eller skal nås. Innenfor psykisk helsevern er et slikt omdiskutert mål nullvisjonen for selvmord (21). Måten den gylne regel er formulert på i oppdragsdokument og den tette oppfølgingen av regelen, gir imidlertid inntrykk av at måloppnåelse forventes. Når politikere og helseledere år etter år refererer til den gylne regel og gir inntrykk av at den skal og vil innfris, oppstår det to parallelle virkelighetsforståelser: en offisiell om at den gylne regel kan og skal etterleves, og en annen, mer underforstått, at dette er et umulig oppdrag. Slike parallelle virkeligheter og denne typen dobbeltkommunikasjon kan på sikt være skadelig for befolkningens tillit til, og oppslutning rundt, prioritering av våre felles helsetjenester (22).

Konklusjon

Denne studien har gitt et innblikk i hvordan politiske føringer påvirker prioriteringer i norske helseforetak. Funnene tyder på at den gylne regel har bidratt til økt satsning på rusbehandling og psykisk helsevern, men at måloppnåelsen har vært vanskelig på grunn av motstridende føringer og krav samt finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten. Etter regjeringsskiftet i 2019 ble den gylne regel ikke videreført. I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene skulle en ikke lenger «prioritere», men «styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (23). Fremtiden vil vise om politiske signaler om styrking av rusbehandling og psykisk helsevern vil sikre reell prioritering i møte med en aldrende befolkning og knapphet på ressurser og helsepersonell.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou20142014001200odddpdfs.pdf> Lest 27.6.2023.
2. Befring AK. Helsepolitikk og ledelse: Styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2015: 77–88.
3. Wendt K, Mørk BE, Berg OT et al. Medicine and interest politics a study of decision-making processes in the area of vascular surgery in Norway. J Health Organ Manag 2020; 34: 427–47. [PubMed][CrossRef]
4. Smith N, Mitton C, Davidson A et al. A politics of priority setting: Ideas, interests and institutions in healthcare resource allocation. Public Policy Adm 2014; 29: 331–47. [CrossRef]
5. Smith N, Mitton C, Hiltz M-A et al. A qualitative evaluation of program budgeting and marginal analysis in a Canadian pediatric tertiary care institution. Appl Health Econ Health Policy 2016; 14: 559–68. [PubMed][CrossRef]
6. Cetin K. Meso-level priority setting in Norwegian hospitals- an overview of available evidence. Hovedoppgave. Bergen: Universitetet i Bergen, 2023.
7. Aidem JM. Stakeholder views on criteria and processes for priority setting in Norway: a qualitative study. Health Policy 2017; 121: 683–90. [PubMed][CrossRef]
8. Bjorvatn A, Nilssen E. Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester. Tidsskrift for velferdsforskning 2018;

21: 18–38. [CrossRef]

9. Skirbekk H, Hem MH, Nortvedt P. Prioritising patient care: The different views of clinicians and managers. *Nurs Ethics* 2018; 25: 746–59. [PubMed] [CrossRef]

10. Kipiriri L, Norheim OF, Martin DK. Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy* 2007; 82: 78–94. [PubMed][CrossRef]

11. Nyland K, Olsen T-E. Tettere styring i helseforetakene? En studie av mellomleders holdninger til økonomistyring 2008–2014. *Praktisk økonomi & finans* 2017; 33: 36–52. [CrossRef]

12. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf> Lest 20.9.2023.

13. Helsedirektoratet. Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) i 2016 «Den gylne regel». https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioritering-av-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-tsb-den-gylne-regel/Prioritering%20av%20psykisk%20helsevern%20og%20rusbehandling%20TSB%20Den%20gylne%20regel.pdf/_/attachment/inline/ed10c7e4-cbe6-4a09-a565-9f6c65e9b532:60430754f76a9ce9e6ed4249eccded20b17c0eb1/Prioritering%20av%20psykisk%20helsevern%20og%20rusbehandling%20TSB%20Den%20gylne%20regel.pdf Lest 20.9.2023.

14. Rooshenas L, Owen-Smith A, Hollingworth W et al. "I won't call it rationing...": an ethnographic study of healthcare disinvestment in theory and practice. *Soc Sci Med* 2015; 128: 273–81. [PubMed][CrossRef]

15. Stortinget. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=85156> Lest 25.4.2023.

16. Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography: principles in practice*. 2. utg. London: Routledge, 1995.

17. Hodges BD, Kuper A, Reeves S. *Qualitative Research: Discourse Analysis*. *BMJ* 2008; 337 (aug07 3): a879. [CrossRef]

18. Merry SE. Measuring the World: Indicators, Human Rights, and Global Governance: with CA comment by John M. Conley. *Curr Anthropol* 2011; 52 (S3): S83–95. [CrossRef]

19. Adams V. Metrics of the Global Sovereign: Numbers and Stories in Global Health. In: Adams V, editor. *Metrics: what counts in global health*. London: Duke University Press, 2016.

20. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. London: McGraw-Hill Education (UK), 2012.
21. Malkomsen A, Solberg CT. Psykiatriens forventningskrise. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 202–4. [PubMed][CrossRef]
22. Byrkjeflot H, Neby S, Vrangbæk K. Changing accountability regimes in hospital governance: Denmark and Norway compared. Scandinavian Journal of Public Administration 2012; 15: 3–23.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> Lest 5.5.2023.
-

Publisert: 6. november 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0295
Mottatt 18.4.2023, første revisjon innsendt 22.8.2023, godkjent 20.9.2023.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 16. februar 2026.