

Ta faget tilbake!

Norge har forutsetninger for å ha en helsetjeneste i verdensklasse. Den bør nyte tillit i alle samfunnslag, organiseres av det offentlige og gi mest mulig igjen for det fellesskapet investerer. Alle er enige om disse overordnede målene. Uenigheten gjelder virkemidlene. Statsråden foreskriver stø kurs. Vi mener at nåværende kurs fører oss stadig lenger vekk fra målene. Vi ser klare tegn på forfall i helsetjenesten. En radikal kursendring er nødvendig.

Vegard Bruun Wyller

brwyll@online.no

Sven Erik Gisvold

Egil Hagen

Rune Heggedal

Arnulf Heimdal

Kjetil Karlsen

Jannicke Mellin-Olsen

Jan Størmer

Ivar Thomsen

Torgeir Bruun Wyller

Her analyserer vi først dagens styringsideologi og virkningene av den. Deretter presenterer vi en alternativ styringsideologi, konsekvensene av denne og hvordan den bør implementeres i praksis.

Hva kjennetegner dagens styringsideologi?

Fra 1990-årene er norsk forvaltning, inkludert helsetjenesten, blitt reformert i retning av «ny offentlig styring» (new public management, NPM) (1, 2). Denne styringsideologien kommer til uttrykk i helseforetaksreformen, samhandlingsreformen, sykehusomstillinger med store fusjoner og «tverrgående avdelinger» osv. (3). Tre kjennetegn er særlig viktige:

Ekspansjon av markedsmakt og statsmakt samtidig. New public management innebærer innføring av både markedsmekanismer og kontrollrutiner. Ideologien låner fritt elementer fra både høyre- og venstresiden i politikken. Forvaltningen blir en egenartet kombinasjon av butikk og byråkrati, der butikken kjennetegnes av liberalistisk tankegodt og byråkratiet av ekspanderende kontroll- og rapporteringssystemer som signaliserer en grunnleggende mistillit til helsearbeiderne.

Krav om lojalitet «oppover». Fotfolket – vi som ivaretar helsetjenestens egentlige oppgaver og som har det personlige ansvaret i møte med den enkelte pasient – blir avkrevd lojalitet til våre ledere, som i sin tur er lojale mot nivåene over. Slik omdannes autonome profesjonsutøvere til disiplinerne funksjonærer. I new public manage-

ment blir selvstendige normer, for eksempel den tradisjonelle medisinske etikk og vurderinger av medisinsk forsvarlighet, fortrengt av det som bestemmes i «linjen».

Delegering av ansvar og dilemmaer «nedover». Samtidig som lojalitet kreves oppover, blir ansvar og dilemmaer forskyvet nedover, i første omgang fra politisk til byråkratisk nivå. Helseforetaksreformen er et godt eksempel. Nå er det ikke lenger politikerne, men foretaksstyrene som har overordnet ansvar for sykehusdriften, slik helseministeren stadig gjør oppmerksom på (4). I neste omgang delegeres dilemmaene helt frem til fotfolket, som må ivareta velferdsstatens forpliktelser uten å få tilstrekkelige ressurser til rådighet. «Statsråder kan for eksempel garantere alle brukerne av pleie- og omsorgstjenester et visst nivå på ett tidspunkt, bevilge for knappe ressurser i det neste, for så å gjenoppstå som advokater for dem som ikke får rettighetene sine innfridd i det tredje» (5, s. 13).

Hvilke konsekvenser har dagens styringsideologi for helsesektoren?

New public management ble innført blant annet for å få kontroll på offentlige utgifter og offentlige ansatte. Det er ingen grunn til å tvile på at intensjonene var de aller beste. Men nå renner barnet ut med badevannet. Her er noen eksempler:

Dårligere kliniske tjenester. Hovedstadsprosessen har ikke bedret de kliniske tjenestene (6). Dette er i samsvar med internasjonale erfaringer (7). Eldreomsorgen er allerede i dårlig forfatning mange steder, og samhandlingsreformen rommer elementer som vil gjøre vondt verre (8, 9). Erfarne leger må bruke så mye tid på møter og rapportering at det svekker oppfølgingen av pasientene i vesentlig grad. Pasientenes tillit til systemet forvitrer. Denne tilliten er både en viktig forutsetning for gode tjenester og et mål i seg selv (10).

Økonomisk ineffektivitet. Det påståtte innsparingspotensialet ved new public management er ikke dokumentert. Sykehus sammenslåinger fører tvert imot ofte til høyere realkostnader (7, 11, 12). Økende

byråkratisk kontroll representerer en kostnad i seg selv – det er i dag flere administratorer enn leger ved norske sykehus. Samtidig kan kontrollregimer føre til at «fotfolket» blir mindre effektive (13).

Demokratisk underskudd. Når ansvar flyttes fra politikere til byråkrater, flyttes også makt. Dermed forvitrer folkestyret, slik makt- og demokratiutredningen har vist (2). Byråkrater er ikke på valg. Når de viktigste bestemmelsene tas på styrerommene, forvitrer den politiske diskursen til tom retorikk.

Kompetanseflukt. Delegering av dilemmaer kombinert med lojalitetskrav skaper moralske konflikter for den enkelte helsearbeider (14–16). Man stilles overfor et umulig valg – troskap mot «linjen» versus troskap mot den enkelte pasienten. En kortsiktig løsning kan bestå i å arbeide stadig raskere. Langtidsvirkningene er demotiverende helsearbeidere, fallende personlig ansvarsfølelse og flukt fra faget (17, 18).

Moralsk forfall. Et annen mulig tilnærming til det moralske krysspresset er å gi avkall på sine idealer. Dehumanisering av helsesektoren kan skje ved at helsefagenes tradisjonelle verdigrunnlag fortrenses av teknisk-økonomisk språk, tenkning og handling. Det er symptomatisk at både helse- og statsministeren distanserer seg fra tragiske enkeltsaker, utløst av omorganisering og systemsvikt, ved å vise til at det «gjennomsnittlig» er god kvalitet i helsetjenesten (4, 19). Det er et tegn på moralsk forfall dersom helsearbeidere begynner å tenke på samme måte.

Systemet med innsattsstyrt finansiering (ISF), også et ektefødt barn av new public management, er en god illustrasjon på flere av disse negative konsekvensene (20): Kliniske tjenester blir dårligere fordi man prioriterer «lønnsomme» pasienter foran «ulønnsomme». Den økonomiske effektiviteten svekkes – dels fordi selve kodingen stjeler ressurser fra primær oppgavene, dels fordi de innebygde incentivene i systemet dreier virksomheten mot det som gir inntekter for avdelingen fremfor det som er fornuftig ressursbruk for fellesskapet. Det



Illustrasjon © Superpop

moralske språket fortreges av økonomiske nyttekalkyler, og noen steder gir det større prestisje og karrieremuligheter å være dyktig DRG-koder enn empatisk omsorgsarbeider.

På denne bakgrunn er det forunderlig at helseministeren fastholder det fortreffelige i dagens styringsideologi (4, 21). Det kan bare forklares av at ideologien er blitt sin egen begrunnelse – den bygger verken på empirisk verifikasjon eller rasjonelle begrunnelser (3) og har dessuten til fulle demonstrert sine uheldige virkninger innenfor andre samfunnssektorer (22). Den kan lede helsetjenesten i stikk motsatt retning av ministerens uttrykte ønske og føre til nedbygging av offentlig velferd.

Allmennlegene har vært vitne til hvordan spesialisthelsetjenesten omslutes av stadig nye administrative sjikt som forvansker den direkte kontakten med kolleger i sykehuse. Sentrale helsemyndigheters styringsiver nådde allmennlegene i 2011 i form av utkastet til ny fastlegeforskrift. Den skulle sikre kvalitet i førstelinjetjenesten ved å detaljregulere legevirkksomheten under trusler om sanksjoner. Forslaget ble oppfattet som mistillit til fastlegene. Det førte til en hurtig mobilisering, der mer enn to tredeler av landets fastleger samlet seg om et skriv til helseministeren. Der gjorde man det klart at fastlegens valg og prioriteringer skal være basert på medisinske vurderinger, ikke på forvaltningens behov for kontroll og styring (23). Mens allmennlegene hittil i noen grad har lyktes i å beholde nødvendig faglig integritet, har deres kolleger i sykehus tapt faglig terreng de siste ti årene (24).

En ny styringsideologi for helsetjenesten

En ny styringsideologi for helsetjenesten er nødvendig. Helsefagene må gjenoppdage

sitt historiske verdigrunnlag, som tar utgangspunkt i det unike møtet mellom hjelper og hjelpetrengende, mellom helsearbeider og pasient (25). Dette møtet – den kliniske konsultasjonen – utgjør helsefagenes universelle forpliktelse: Å arbeide for *den andres* helbred. «The doctor's master must be the patient» (26).

Dette verdigrunnlaget setter omsorgen for *enkeltmennesket* i sentrum. Helsearbeidernes oppgave er verken å tjene samfunnet eller sine egne interesser, men de lidende enkeltmennesker som kommer i vår vei. Videre er verdigrunnlaget intimt *forankret i profesjonen*: Det er utøverne av faget selv, i samarbeid med pasienten, som må definere hva som er til gunst for den andres helbred (25). Verdigrunnlaget er ikke knyttet til noen bestemt politisk retning og kan ikke klassifiseres som høyre- eller venstreorientert. Dermed kan det også fungere samlende for alle helsearbeidere, uavhengig av politisk standpunkt og uavhengig av rolle i helsetjenesten. Det er viktig fra første kontakt i primærhelsetjenesten og gjennom hele forløpet av diagnostikk og behandling.

Verdigrunnlaget kan forankres i to filosofiske retninger. For det første i *nærhetsetikken*, utviklet av filosofen Emmanuel Lévinas (1906–95), som tar utgangspunkt i den unike relasjonen mellom et «jeg» og et «du» (27, 28). I nærhetsetikken er moralske handlinger ikke et produkt av rasjonelle og abstrakte overveielser, men hviler på mitt ansvar for «den andre». Man blir ikke «nær-synt» av den grunn (28). Overføringsverdien til helsefagene er åpenbar (29). For det andre i *den aristoteliske etikken*, som på liknende vis tar utgangspunkt i det spesifikke formålet ved en bestemt praksis – i vårt tilfelle enkelt-pasienters helbred (30, 31). Helsearbeidere må utvikle de dyder (karakteregenskaper)

som den aktuelle praksis krever. Dette innebærer blant annet utvikling av våre intellektuelle og rasjonelle evner, men disse kan ikke frikobles fra praksis. Den aristoteliske etikken er derfor også kritisk til en kontekst-uavhengig rasjonalitet som grunnlag for moralske handlinger.

Begge filosofiske retninger kan motivere krass kritikk av den fremherskende styringsideologien i helsetjenesten. Loughlin, som står i den aristoteliske tradisjonen, peker på kynismen i vår tids prioriteringsdiskusjoner: Man bekymrer seg ikke for at enkeltmennesker lider, men for at lidelsen ikke blir rettferdig fordelt (31). Med utgangspunkt i nærhetsetikken advarer Nortvedt tilsvarende mot at «den andre» blir redusert til et anonymt nummer i rekken (29).

Hva blir konsekvensene av en ny styringsideologi?

Helsefagenes tradisjonelle verdigrunnlag må gjenreises som basis for organiseringen av helsetjenestene. Et slikt ideologisk skifte er radikalt og fremtidsrettet. Pasientenes tillit til helsetjenesten er gjenreist når de kan være trygge på at behandleren bare har én agenda – nemlig deres ve og vel. Helsearbeidere får en lettere arbeidssituasjon og vil dermed prestere bedre når krysspresset mellom to lojalitetskrav avtar. Dette gir i seg selv store samfunnsgevinster.

Helseministeren argumenterer for at myndighetene må kontrollere helsetjenestens virksomhet av demokratiske grunner (4). En statsråd med annen partibakgrunn kunne hevdet det samme, men foretrukket økonomiske incentiver som styringsredskap fremfor byråkratisk regelverk. Begge baserer seg på en bestemt oppfatning av forholdet mellom politikk og profesjon. Vi er grunnleggende uenige. Et demokrati



kjennetegnes av de representative institusjoners maktutøvelse, men også av enkeltmenneskers og sivilsamfunnets bidrag til fellesskapet. Et demokratisk samfunn skapes ikke bare «ovenfra», men også «nedenfra» gjennom ulike profesjoners spesifikke praksiser (30). En slik grenseoppgang mellom politikk og profesjon har en rekke positive virkninger:

Tydeliggjøring av politisk ansvar.

I stedet for å invadere profesjonenes praksisfelt bør politikerne gjenerobre politikkenes egentlige oppgave, nemlig å definere tydelige rammebetingelser. Det blir lettere dersom helsearbeiderne yter motstand mot delegering av politiske dilemmaer og blir flinkere til å synliggjøre konsekvensene av politiske beslutninger. Et forenklet eksempel er dette: Politikerne bestemmer hvor mye av samfunnets fellesmidler som skal brukes til moderne behandling av malignt melanom. Legene opplyser hvor mange som vil overleve og hvor mange som vil dø ved ulike handlingsvalg. Velgerne bestemmer om politikerne skal gjenvelges.

Tilrettelegging, ikke detaljstyring. Statens oppgave er å legge til rette for profesjonenes samfunnsbyggende praksis, ikke å detaljstyre hva denne praksisen skal inneholde. For dét må profesjonen selv definere.

Folkeopplysning og åpenhet. Et moderne demokrati forutsetter en informert befolkning. Nåværende og fremtidige pasienter har rett til å få innsyn i driften av helsetjenesten. Profesjonen er tilsvarende forpliktet til åpenhet om dette, noe som forutsetter full profesjonell yringsfrihet. Et dobbelt lojalitetskrav hemmer denne yringsfriheten og leder til den fryktkultur som har vært beskrevet ved flere sykehus i de senere år. En ny styringsideologi vil fremme yringsfriheten.

Bedre ressursutnyttelse. Tydeligere profesjonsnormer gjør de mange lagene med administrative kontrollfunksjoner og byråkratiske strukturer overflødige. Samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten forenkles når alle har et felles mål om å virke til beste for den enkelte pasient, ikke om å vinne konkurransen eller bli kvitt kvasiproblemer skapt av rapporteringskrav og sekundære mål.

Alternative offentlige rasjonaliteter.

Moderne samfunnsteoretikere, f.eks. Jürgen Habermas, understreker at den offentlige samtalen må næres av ulike måter å se verden på. Nå dominerer det teknisk-økonomisk verdensbildet de fleste samfunnsområder. En tydeliggjøring av vårt tradisjonelle verdigrunnlag vil demonstrere at det viktigste i livet ikke lar seg måle eller telle. Det å gi og motta omsorg er en avgjørende dimensjon i hvert enkelt menneskets liv så vel som i den menneskelige sivilisasjon (32). Som leger har vi et spesielt ansvar for å forfekte faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp overfor våre pasienter.

Hva må gjøres i praksis?

En ny styringsideologi kommer ikke av seg selv. Den må etableres gjennom konkrete handlinger. Noen elementer er sentrale:

Samhold innen og mellom helseprofesjonene. Vårt tradisjonelle verdigrunnlag innebærer en uselvisk tjeneste for enkeltmennesker. Å arbeide for dette verdigrunnlaget forutsetter at man motarbeider visse handlemåter, både hos seg selv og hos sine kolleger. Det dreier seg hovedsakelig om to typer: *Egoistiske handlemåter*, der motivet f.eks. kan være egen karriere, faglig tilfredsstillelse, inntjening eller annet, og *systemlojale handlemåter*, der den primære lojaliteten til enkeltpasienten ofres til fordel

for den rådende styringsideologien. Det er tallrike historiske eksempler på de førstnevnte, noe som bidrar til å forklare hvorfor politikerne ønsker sterkere kontroll. Lojaliteten til den rådende styringsideologien er imidlertid et langt større problem i vår tid og forklarer for eksempel hvordan det har vært mulig å omorganisere sykehus på en måte som man måtte forstå ville føre til død og lidelse for enkeltpersoner.

Holdning til uheldige hendelser. Når noe går galt, må vår holdning være preget av åpenhet, ærlighet, troverdighet og hjelpsomhet overfor de involverte – både pasienter og helsepersonell.

Synliggjøring av ressurs situasjonen. De påståtte enorme helseutgiftene i Norge er en seiglivet myte. I realiteten er ressursbruken ganske gjennomsnittlig for europeiske land (33). Det er politikernes privilegium å bestemme bevilgningene, mens vi helsearbeidere skal synliggjøre konsekvensene på en edruelig måte. Dette forutsetter blant annet samarbeid med pressen snarere enn journalistangst og offentlighetsvegring.

Konkrete endringsforslag

Våre forslag vil føre til radikale endringer av styringsstrukturen i helsetjenesten. Følgende ti tiltak er en naturlig start på oppbyggingen av fremtidens helsevesen. Endringene er nødvendige, men ikke tilstrekkelige, for å nå de overordnede målene som er beskrevet foran.

1. Avskaffe sykehusstyrene i sin nåværende form. «Profesjonelle styrever», bestående hovedsakelig av personer uten helsefaglig bakgrunn, er ikke det rette organet for å fatte viktige beslutninger i en så komplisert virksomhet som et sykehus. Dagens styrever tjener i for stor grad bare som et alibi for administrasjonens beslutninger. I sin

nåværende form bidrar ikke styrene positivt til sykehusdriften. Beslutningene i sykehusene må fattes i organisasjonen, godt forankret i fagmiljøene.

2. *Avskaffe «tverrgående» avdelinger som ikke er forankret i fagmiljøene.* Sykehusavdelinger spredt på ulike geografiske steder har i stor grad bidratt til å fjerne eller fremmedgjøre avdelingslederne og fratatt dem naturlig autoritet. Dette kan reverseres raskt. Alle sykehus må ha lokal stedlig ledelse.

3. *Avskaffe de regionale helseforetakene (RHF-ene).* Disse representerer et unødvendig sikt mellom de politisk ansvarlige (Helse- og omsorgsdepartementet) og det utøvende ledd (sykehusene). En sykehusavdeling i Helsedepartementet er ingen garanti for at ting blir bedre, men opprettholdelse av de regionale helseforetakene vil være en barriere mot grunnleggende forbedringer. Sykehusavdelingen må ha kompetanse om alle regioner og være i tett dialog med sykehusdirektørene.

4. *Slutte å bruke innsatsstyrt finansiering (ISF) for fordeling internt i sykehusene.* ISF-systemet for sykehusfinansiering har svært uheldige konsekvenser og bør på lengre sikt erstattes av et system som i mindre grad legger opp til kortsiktige strategiske overlegninger til skade for fellesskapet og enkeltmennesker. På kort sikt kan man oppnå betydelig gevinst ved å forby bruk av innsatsstyrt finansiering til budsjettfordeling internt i sykehusene. Dette har ISF-systemet heller aldri vært ment for (34), men en endring av dagens inngrodd praksis vil kreve at sentrale politikere griper inn.

5. *Forby fakturering innen den offentlige helsetjenesten.* I dag ser vi fakturering mellom avdelinger i samme sykehus, mellom offentlige sykehus og mellom sykehusene og kommunene. Slikt fremmer ikke samarbeid til pasientenes beste, men fører til byråkratiekst og strategisk posisjonering for å få «pasienten ut av mitt budsjett og inn i ditt». Disse ordningene kan avskaffes raskt, men heller ikke her vil initiativet komme fra sykehusene selv. Sentrale tiltak er nødvendige.

6. *Slanke Sosial- og helsedepartementet og Helsedirektoratet.* Dette får effekt på to plan. For det første frigjør det i seg selv ressurser. Dessuten tenderer byråkrati på ett nivå til å forsterke byråkrati på et annet: Den sentrale helseforvaltningen produserer regler, rapporteringskrav og tungrodd administrative ordninger som sykehus og kommuner må bygge opp sine byråkratier for å imøtekomme. Å stanse veksten krever resolutte grep, som naturligvis vil møtes med motstand av byråkratiet selv. I første omgang kan man iverksette ansettelsesstopp i departement og direktorat. Slike tiltak brukes regelmessig overfor behandlende profesjoner i helsetjenesten. Det er et paradoks at det tilsynelatende fremstår som

mer utenkelig å iverksette dem overfor personellgrupper uten behandlingsansvar.

7. *Slanke sykehusenes eget byråkrati.* Helsepersonellet opplever at mye tid som skulle vært brukt til pasientbehandling, blir stjålet til fordel for møter, rapportering, sekretærarbeid mm. «Effektiviseringstiltak», som innføring av talegjenkjenning og reduksjon av støttepersonell, har dessverre virket mot sin hensikt. Vi krever en netto reduksjon i antall administrativt ansatte i sykehusene, men funksjoner som direkte understøtter det pasientrettede arbeidet (f.eks. postsekretærer) må skjermes.

8. *Skille mellom investeringer og drift.* Det er meningsløst at nødvendig vedlikehold av sykehusenes bygninger skal finansieres ved å redusere pasientbehandlingen. Vedlikehold og nybygg må dekkes over statsbudsjettet med bevilgninger som ikke konkurrerer med den daglige driften. Bygningsmassen skal holde nasjonal forsvarlig standard over hele landet, og kan ikke bli gjenstand for evig svarteperspill der behandlingstilbudet til pasienter blir salderingspost.

9. *Ingen ytterligere sentralt drevne skrivebordsreformer i helsevesenet.* Endringer i helsetjenesten må være forankret i reelle behov på grunnplanet og ikke mer eller mindre fikse ideer fra statsråder og andre maktpersoner.

10. *Bare gjennom å vise tillit til grunnplanet kan helsetjenestens ledere selv gjøre seg verdige vår tillit.* Dagens system er preget av mistillit. De stadige kravene om styring og kontroll er uttrykk for mistillit mot helsepersonellet. Men dermed oppstår det også mistillit mot ledelsen, som mister legitimitet blant dem de skal lede. Til sjuende og sist forvitrer pasientenes tillit til helsetjenesten – en forutsetning for vårt virke. Helsetjenestens ledere bærer ansvaret for å gjenskape de tillitsfulle relasjonene som vårt arbeid må hvile på.

Oppfordring til handling

Vi har hver på vår kant – i forskjellige deler av landet og i ulike grener av helsetjenesten – erfart de negative konsekvensene av dagens styringskultur. Primærhelsetjenesten og sykehusene har grunnleggende de samme problemene, om enn i ulik form og grad. Denne utviklingen må snu, og det kommer ikke til å skje uten kamp. Vi vet at våre holdninger deles av svært mange. Men motstanden mot dagens styring er fragmentert og ukoordinert og derfor svak. Helsearbeidere som deler de grunnleggende synspunktene vi har beskrevet, oppfordres til å melde seg på epostlisten «Vern våre sykehus» (<http://mailman.uib.no/listinfo/vvs>). Listen brukes for deling av informasjon, diskusjon og planlegging av nødvendige tiltak for å gjenreise en helsetjeneste i pakt med de idealene vi bekjenner oss til. Sisteforfatter av denne artikkelen er moderator/redaktør for listen. Tiden er overmoden for å samle kreftene til felles innsats for faget.

Vegard Bruun Wyller (f. 1972)

er spesialist i barnesykdommer, postdoktorstipendiat og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han arbeider ved Kvinne- og barnekliviken, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sven Erik Gisvold (f. 1944)

er spesialist i anesthesiologi, overlege og professor ved Anestesiavdelingen, St. Olavs hospital. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Egil Hagen (f. 1959)

er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer og overlege ved Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Rune Heggedal (f. 1960)

er spesialist i anesthesiologi og avdelingsoverlege ved Anestesiavdelingen, Sjukehuset i Volda. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arnulf Heimdal (f. 1957)

er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Kjelsås legesenter, Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kjetil Karlsen (f. 1966)

er fastlege ved Sørbyen legesenter, Tromsø. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jannicke Mellin-Olsen (f. 1957)

er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Anestesi-intensiv-operasjon-akuttomtak, Bærum sykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Størmer (f. 1948)

er spesialist i radiologi og overlege ved Røntgenavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ivar Thomsen (f. 1951)

er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Forus legesenter, Stavanger. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960)

er spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege og professor ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Berg O. Helsevesenet – fra venstrepolitikk til høy-repolitikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 29.
- Østerud Ø, Selle P. Power and democracy in Norway: the transformation of Norwegian politics. Scand Polit Stud 2006; 29: 25–46.
- Slagstad R. Helsefeltets strategier. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1479–85.
- Støre JG. Politiske mål og forventninger til spesialisthelsetjenesten. Tale til sykehusene 30.1.2013. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-og-artikler-av-helse-og-omsorgsmi/2013/politiske-mal-og-forventninger-til-espe.html?id=713002 [3.2.2013].
- Vike H, Haukelien H, Bakken R et al. Kvinnelig bemanning. Om vilkårene for fagutøvelse og kvalitet i omsorgsyrkene. Rapport. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 2004.
- Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2011. Dokument 3:2 [2012–2013]. www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/Selskapskontrollen2011.aspx [26.2.2013].
- Fulop N, Protopsaltis G, Hutchings A et al. Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. BMJ 2002; 325: 246.
- Wyller TB. Akutte sykehjem – fare for misbruk? DM-blogg 20.11.2012 www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-bruun-wyller/akutte-sykehjem--fare-for-misbruk/ [20.2.2013].
- Veggeland N. En midlertidig reform. Klassekampen 17.1.2013: 21. http://folk.uio.no/tbwyller/Veggeland_Klassekampen_170113.pdf [26.2.2013].
- Skirbekk H, Nortvedt P. Making a difference: a qualitative study on care and priority setting in health care. Health Care Anal 2011; 19: 77–88.
- Kjekshus L, Hagen T. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. J Health Serv Res Policy 2007; 12: 230–5.
- Pellegrini VD Jr. Mergers involving academic health centers: a formidable challenge. Clin Orthop Relat Res 2001; 391: 288–96.
- Andvig JC. Sanger fra andre etasje – forfallet i det offentlige. Nytt Norsk Tidsskrift 2001: 188–96.
- Hem E. Vi blir tilfreds til slutt. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 5.
- Maxwell B. Just compassion: implications for the ethics of the scarcity paradigm in clinical health-care provision. J Med Ethics 2009; 35: 219–23.
- Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. Nurs Inq 2003; 10: 177–83.
- Haug C. Alt på ett kort. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2033.
- Strømmen EN, Syvertsen TG. Det regelstyrte samfunn. Aftenposten 26.10.2011. www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Det-regelstyrte-samfunn-6680989.html [26.2.2013].
- Kuvås J. Gjennomsnittlige dødsfall og lidelser. Ukeavisen Ledelse 18.1.2013. www.ukeavisenledelse.no/meninger/leserinntegg/gjennomsnittlige-dodsfall-og-lidelser/ [26.2.2013].
- Butenschøn DG. Bivirkningen. Dagens Næringsliv (Magasinet) 29.12.2012: 23–35. http://folk.uio.no/tbwyller/Dagens_Naringsliv_291212.pdf [26.2.2013].
- Støre JG. Virkning – ikke bivirkning. Dagens Næringsliv 10.1.2013: 37.
- Norges offentlige utredninger. Rapport fra 22. juli-kommisjonen. NOU 2012: 14. www.regjeringen.no/nb/dep/smk/dok/nou-er/2012/nou-2012-14.html?id=697260 [26.2.2013].
- Fastlegeksjonen. Helse- og omsorgsdepartementet måtte gi seg. <http://fastlege.blogspot.no/2012/09/dagens-medisin-helse-og.html> [15.2.2013].
- Moe M. Fastlegepunktum. Dagens Medisin 13.9.2012. www.dagensmedisin.no/leder/fastlegepunktum/ [26.2.2013].
- Pellegrino ED. The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. J Med Philos 2001; 26: 559–79.
- Levinsky NG. The doctor's master. N Engl J Med 1984; 311: 1573–5.
- Vetlesen AJ. Introducing an ethics of proximity. I: Vetlesen AJ, Jodalén H, red. Closeness. An ethics. Oslo: Scandinavian University Press, 1997: 1–19.
- Bauman Z. Postmodern ethics. Oxford: Blackwell, 1993.
- Nortvedt P. Levinas, justice and health care. Med Health Care Philos 2003; 6: 25–34.
- MacIntyre A. After virtue. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1984.
- Loughlin M. Ethics, management and mythology. Rational decision making for health service professionals. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002.
- Kleinman A. Caregiving as moral experience. Lancet 2012; 380: 1550–1.
- Jensen B. Norge bruker for lite på helsetjenester. Fagbladet 2012; nr. 9: 40–1. www.fagbladet.no/helse_og_sosial/article6320527.ece [26.2.2013].
- Magnussen J. Støres neste steg. Dagens Næringsliv 14.1.2013: 3. http://folk.uio.no/tbwyller/Magnussen_Dagens_naringsliv_140113.pdf [26.2.2013].

Mottatt 21.2. 2013, første revisjon innsendt 17.2. 2013, godkjent 28.2. 2013. Medisinsk redaktør Erlend Hem.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Publisert først på nett.