

Sykehuslegenes syn på sykehusreformen

Sammendrag

Bakgrunn. Sykehusreformen i 2002 hadde flere overordnede målsettinger: klarere ansvarslinjer mellom sykehus-eier og sykehusene, større likhet i tilgangen til helsetjenester, bedre medisinsk kvalitet, bedre organisering av sykehusene og økt produktivitet. I denne artikkelen rapporteres sykehuslegenes oppfatning av om de viktigste målene ved reformen er nådd.

Materiale og metode. Et spørreskjema ble sendt til 2 500 sykehusleger i januar 2006. Spørsmålene var utformet slik at respondentene skulle sammenlikne situasjonen i 2006 med situasjonen før reformen ble gjennomført og vurdere om man hadde nærmet seg eller fjernet seg fra målene.

Resultater. 1 298 av legene svarte etter en purring (53 % av utvalget etter korreksjon for bortfall). I gjennomsnitt mente sykehuslegene at man har fjernet seg fra målene om bedre organisering av helsetjenestene, større likhet i tilgangen til helsetjenester og bedre kvalitet i helsetjenestene. Endringen er markant for målsettingen om bedre medisinsk kvalitet, 38 % mente man har fjernet seg fra målet, mens 8 % at man har nærmet seg. 58 % av sykehuslegene mente at produktiviteten i sykehusene er blitt bedre. Legene i daværende Helse Sør rapporterte at man har fjernet seg mer fra målene om klarere ansvarforhold og bedre medisinsk kvalitet enn legene i de andre regionene. 49 % av sykehuslegene mente at reformen alt i alt har hatt negative effekter for sykehusene, mens 18 % mente at effektene er positive.

Fortolkning. Slike meningsmålinger kan bidra til å avklare respondenters holdninger og oppfatninger, men vil sjelden fullt ut avklare årsaksforhold. På tross av slike begrensninger mener vi å kunne fastslå at sykehuslegene gjennomgående er meget kritiske til sykehusreformens effekter.

Opgitte interessekonflikter: Ingen

Olaf Gjerløw Aasland

olaf.aasland@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

og
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Terje P. Hagen

Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Pål E. Martinussen

SINTEF Helse
og
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Sykehusreformen i 2002 innebar at staten tok over eier- og finansieringsansvaret for sykehusene fra fylkeskommunene. Den utløsende årsaken til sykehusreformen var svak aktivitets- og kostnadskontroll (1, 2). Reformen hadde flere målsettinger. I tillegg til klargjøring av ansvarforhold, noe som ble sett på som nødvendig for å få bedre aktivitets- og kostnadskontroll, var høyere kvalitet, høyere grad av likhet med hensyn til tilgjengeligheten til helsetjenester og høyere kostnadseffektivitet eksplisitt uttrykte mål (3).

Den nye organisasjonsmodellen hadde flere elementer. For det første ble eierskapet for om lag 80 sykehus og andre spesialisthelseinstitusjoner overført fra fylkeskommunene til staten. Dette innebar at staten fikk en mer fremtredende styringsposisjon enn tidligere. Staten sitter i dag med både eieransvaret, drifts- og finansieringsansvaret og «sørge for-ansvaret». For det andre ble eierskapet til sykehusene lagt til færre organisatoriske enheter. Staten organiserte sykehusene i form av om lag 30 helseforetak (HF) underlagt fem regionale helseforetak (RHF). Det ble antatt at etablering av større organisatoriske enheter kunne gjøre det lettere å hente ut stordriftsfordeler gjennom endringer i funksjons- og oppgavefordelingen mellom sykehusene (4). For det tredje ble sykehusene, som tidligere var organisert som forvaltningsorganer, organisert som foretak (5). Foretaksorganisering innebærer endringer i måten investeringer regnskapsføres på. I tillegg ble det antatt at organisasjonsformen innebærer større grad av delegasjon av driftsbeslutninger. For det fjerde ble lokal- og fylkespolitikkerne for en periode fjernet fra den utøvende styringen av sykehusene. De kom imidlertid inn igjen som representanter i styrene fra våren 2006 (6).

Det foreligger allerede flere omfattende analyser av reformens effekter (7–10). I denne artikkelen rapporterer vi resultatene fra en spørreundersøkelse om hvordan legene ved somatiske sykehus oppfatter virkningene av reformen. Vi formulerte spørsmålene slik at de reflekterer uttrykte målsettinger ved reformen slik disse ble beskrevet i lovgrunnlaget (3).

Materiale og metode

Undersøkelsen er basert på et tilfeldig utvalg av 2 500 sykehusleger trukket fra Legeregisteret. Sykehuslegene fikk på nyåret 2006 tilsendt et skjema med spørsmål om lønns- og arbeidstidsforhold, organisasjonsmessige forhold og om effektene av sykehusreformen. 50 skjemaer ble returnert ubesvart pga. mangelfull adresse, fordi legen var blitt pensjonist eller av andre årsaker ikke lenger jobbet ved sykehuset. Av de resterende 2 450 svarte 1 298 etter en purring, en svarprosent på 53. Det var ikke nevneverdige skjevheter i utvalget vurdert ut ifra respondentenes kjønns- og alderssammensetning. Leger som ikke var tilsatt i sykehus før reformen ble gjennomført, ble ekskludert fra den delen av undersøkelsen som rapporteres her.

Spørsmålene hadde ferdige svaralternativer som var utformet med tanke på å sikre nøytralitet og balanse (11), blant annet ved at de ga muligheter for å svare både om man har fjernet seg eller nærmet seg reformens målsettinger. Spørsmålene var utformet slik at respondentene skulle sammenlikne med situasjonen før reformen ble gjennomført.

Resultatene presenteres som frekvensfordelinger og som gjennomsnittsskårer på

Hovedbudskap

- En av to sykehusleger mener at sykehusreformen har hatt negative effekter for sykehusene
- Sykehuslegene mener at reformen ikke har ført til bedre organisering, likeverdig tilbud eller bedre kvalitet
- Sykehuslegene i tidligere Helse Sør rapporterer i større grad enn legene ellers at man er fjernere fra målet om klarere ansvarforhold og bedre kvalitet
- Det finnes fortsatt ikke fullgode mål på kvalitetsutvikling ved sykehus

RHF-nivå, der 0 (null) betyr ingen endring. Vi benyttet t-tester for å avgjøre om gjennomsnittsskårene avvok signifikant fra null og Pearsons khikvadrat for å avgjøre om det var signifikante forskjeller mellom leger fra ulike helseregioner.

Resultater

I den følgende analysen ser vi spesielt på tre aspekter: om man har nådd reformens målsettinger, reformens betydning for kvalitet og prioriteringer i sykehusene, og reformens generelle effekter for sykehusene.

Reformens målsettinger

Legene var splittet i synet på om man har nådd målet om klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier og sykehusene (tab 1). Om lag 37 % mente det ikke har skjedd endringer på dette punktet. Av dem som mente at det *har* skjedd endringer, var det om lag like mange som mente man har fjernet seg fra målet (30 %) som mente man har nærmet seg målet (33 %). Det var 11 % som oppga at man har «fjernet seg mye» fra målsettingen om klarere ansvarslinjer, mot 4 % som oppga at man har «nærmet seg mye». Gjennomsnittsskåren avvok ikke signifikant fra nullpunktet (ingen endring).

Både når det gjelder målene om bedre organisering av helsetjenestene, større likhet i tilgangen til helsetjenester og bedre kvalitet i helsetjenestene, var gjennomsnittsskårene signifikant lavere enn null. Sykehuslegene mente med andre ord at en har fjernet seg fra alle disse tre målene. Dette gjaldt særlig målet om bedre medisinsk kvalitet i helsetjenestene, der 38 % mente at en har fjernet seg fra målet, mens 8 % mente at kvaliteten har blitt bedre etter reformen. Også når det gjaldt bedre organisering, var det en klar overvekt som mente en har fjernet seg fra målet. Det eneste av de fem målene som legene mente en har nærmet seg, var målsettingen om økt produktivitet ved sykehusene; 58 % av respondentene mente dette.

Det var variasjoner mellom legene avhengig av deres RHF-tilknytning i synet på om reformens målsettinger er realisert (tab 2) på to punkter: ansvarslinjer og medisinsk kvalitet. Legene i Helse Sør oppga i større grad enn de andre at man har fjernet seg fra målsettingen om klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier og sykehusene, mens legene i Helse Nord skilte seg ut i motsatt retning. På dimensjonen knyttet til bedre medisinsk kvalitet var det negative gjennomsnittsskårer i alle helseregionene, men daværende Helse Sør skilte seg igjen ut med de mest negative respondentene.

Kvalitet og prioriteringer

Vi testet ut legenes oppfatninger nærmere på to områder som har vært gjenstand for debatt, nemlig prioriteringer og kvalitet (12–18). I spørsmålene skilte vi mellom de insentiver som ligger i reformen og hva som faktisk har skjedd på disse to feltene.

Tabell 1 Legenes syn på om reformens målsettinger er nådd. Prosentandeler og gjennomsnittlig skår

Målsettinger	Fjernet seg mye	Fjernet seg litt	Ingen endring	Nærmet seg litt	Nærmet seg mye	Snittskår	N
Klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier og sykehusene	10,9	18,8	36,8	29,8	3,6	-0,04	1 042
Større likhet i tilgangen til helsetjenester	8,6	20,1	52,0	17,6	1,6	-0,17 ¹	1 053
Bedre medisinsk kvalitet på helsetjenestene	9,1	28,7	54,1	7,5	0,7	-0,38 ¹	1 050
Bedre organisering av helsetjenestene	17,6	26,7	29,9	24,4	1,4	-0,35 ¹	1 053
Økt produktivitet ved sykehusene	4,1	8,6	29,0	49,1	9,2	0,51 ¹	1 055

¹ P < 0,01 ved t-test

Tabell 2 Legenes syn på om reformens målsettinger er nådd. Gjennomsnittsskårer for de regionale helseforetak og Pearsons khikvadrat

Målsettinger	Helse Øst (326–334)	Helse Sør (282–288)	Helse Vest (208–211)	Helse Midt-Norge (121–123)	Helse Nord (101–102)	Pearsons khikvadrat (1 041–1 054)
Klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier og sykehusene	0,02	-0,20	-0,02	0,03	0,14	30,28 ¹
Større likhet i tilgangen til helsetjenester	-0,04	-0,25	-0,27	-0,12	-0,17	22,36
Bedre medisinsk kvalitet på helsetjenestene	-0,35	-0,54	-0,29	-0,34	-0,28	34,16 ²
Bedre organisering av helsetjenestene	-0,35	-0,44	-0,32	-0,24	-0,25	15,69
Økt produktivitet ved sykehusene	0,45	0,60	0,50	0,46	0,51	24,70

¹ P < 0,05

² P < 0,01

Det lå, etter sykehuslegenes oppfatning, insentiver i reformen til å prioritere «lønnsomme pasientgrupper»: knapt 62 % oppga at det i høyere eller mye høyere grad ble oppmuntret til denne type atferd etter reformen (tab 3). Legene mente at reformen faktisk har ført til at slike pasienter prioriteres høyere enn før, selv om oppfatningen var at dette har skjedd i noe lavere grad enn det reformen har gitt insentiver til, i og med at den tilsvarende andelen er 45 %. Det motsatte mønsteret fantes for medisinsk kvalitet i pasientbehandlingen. Oppfatningen var at reformen ga insentiver til lavere klinisk kvalitet enn tidligere: nesten en tredel oppga at reformen oppmuntrer til lavere eller mye lavere medisinsk kvalitet. Kvaliteten ble også vurdert til å være redusert, men i noe lavere grad enn insentivene tilsier.

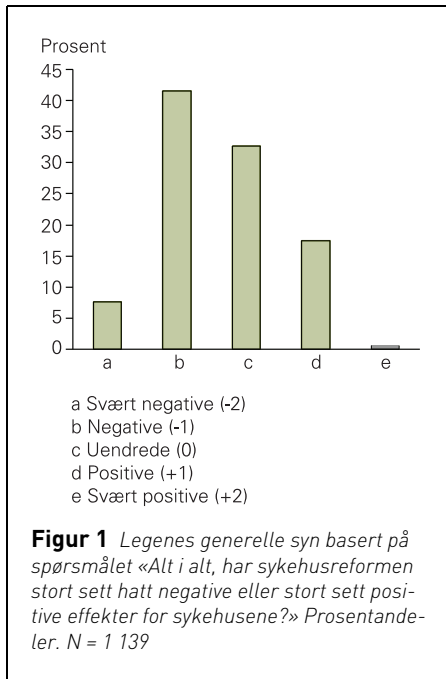
Leger i Helse Sør mente at insentivene til å redusere kvaliteten var noe sterkere enn tilsatte i de andre regionale helseforetakene

(tab 4). Når det gjaldt oppfatningen av hva som faktisk har skjedd, var forskjellene mellom de regionale helseforetakene mindre. Helse Midt-Norge skilte seg riktignok ut med en lavere gjennomsnittsskår enn de andre helseregionene når det gjelder prioritering av «lønnsomme diagnosegrupper», men forskjellen var ikke signifikant.

Sykehusreformen generelt

Det siste spørsmålet var knyttet til sykehusreformens generelle effekter. Halvparten av sykehuslegene mente at reformen generelt sett har hatt «negative» (42 %) eller «svært negative» (8 %) effekter for sykehusene (fig 1), mens bare 18 % befant seg i den andre enden av skalaen, dvs. at de mente at reformen har hatt positive effekter for sykehusene.

Gjennomsnittsskåren for den generelle vurderingen av sykehusreformen var signifikant negativ (-0,39) og tilnærmet lik for alle de fem helseregionene.



Diskusjon

Våre resultater gir grunnlag for å konkludere med at sykehuslegene generelt sett er kritiske til effektene av sykehusreformen. Det er

ikke bare slik at man vurderer målsettingene om større likhet, bedre kvalitet og bedre organisering som ikke nådd. Etter sykehuslegenes syn har man også fjernet seg fra disse målene. Bare i forhold til ett av de målene vi har undersøkt, vurderer legene målsettingen med reformen som oppnådd. Det gjelder målet om økt produktivitet. Det er videre betydelig misnøye med hvordan pasienter prioriteres. Oppfatningen er at reformen ikke bare oppmuntrer til å prioritere «lønnsomme diagnosegrupper», men at den også har medvirket til at dette faktisk skjer. Effektene for kvaliteten i pasientbehandlingen oppfattes også som negative. Det avsluttende spørsmålet om generelle effekter av sykehusreformen gir hovedtendensen i materialet: bare 18 % mener effektene stort sett er positive, mens 49 % av sykehuslegene mener at sykehusreformen stort sett har hatt negative effekter for sykehusene.

Det kan stilles flere spørsmål ved selve undersøkelsen. For det første, er utvalget av leger representativt? Sammenliknet med andre studier som har benyttet postale spørreskjemaer til leger (19), er 53 % en relativt høy andel svar. Det er heller ikke nevneverdige skjvhet i utvalget vurdert ut ifra alders- og kjønnssamsetningen. For å unngå at undersøkelsen appellerte mer til

misfornøyde enn til fornøyde leger, ble spørsmålene om effekter av sykehusreformen lagt midt inne i spørreskjemaet mellom mer objektive spørsmål om arbeidstidsordninger og organisering og spørsmål om legenes sosiale biografi. Resultatene samsvarer også ganske godt med foreløpig upubliserte data fra Legeforeningens forskningsinstituttts referansepanel i 2004, som viser at 64 % av sykehusoverleger og 70 % av sykehusleger i spesialisering bekrefter utsagnet «Avstanden fra fagmiljøet til dem som leder og styrer er større nå enn før sykehusreformen». Alt i alt mener vi derfor at undersøkelsen er representativ for sykehuslegene.

Et annet spørsmål er hvor klare årsakssammenhenger det er mellom sykehusreformen og de effektene sykehuslegene her har uttalt seg om. Spørsmålsformuleringene forutsetter klare sammenhenger. Kan årsakene til de effektene som beskrives være mer sammensatte? Vi vil ikke utelukke mer komplekse årsakssammenhenger enn det som fremgår av spørsmålsformuleringene. For eksempel betrakter vi finansieringssystemet for sykehusene som en medvirkende årsak til effektene som er beskrevet her. Hovedproblemet ved finansieringssystemet er svake koblinger mellom aktivitet og finansiering (20). Sykehusene øker aktiviteten, men får bare delvis

Tabell 3 Legenes syn på prioriteringspraksis og kvalitetsendringer. Prosentandeler og gjennomsnittlig skår

Prioriteringer og kvalitet	Mye lavere	Lavere	Ingen endring	Høyere	Mye høyere	Snitt-skår	N
Oppmuntrer reformen til å prioritere «lønnsomme diagnosegrupper» lavere eller høyere enn før, eller er det ingen endring?	0,2	0,7	37,6	48,5	13,1	0,74 ¹	1 065
Har reformen faktisk ført til at «lønnsomme diagnosegrupper» prioriteres lavere eller høyere enn før, eller er det ingen endring?	0,2	1,1	53,7	37,4	7,6	0,51 ¹	1 060
Oppmuntrer reformen til lavere eller høyere medisinsk kvalitet i pasientbehandlingen enn før, eller er det ingen endring?	2,3	28,2	62,4	6,6	0,3	-0,26 ¹	1 060
Har reformen faktisk ført til lavere eller høyere medisinsk kvalitet enn før, eller er det ingen endring?	2,3	25,1	67,6	4,6	0,3	-0,24 ¹	1 059

¹ P < 0,01 t-test

Tabell 4 Legenes syn på prioriteringspraksis og kvalitetsendringer. Gjennomsnittsskårer for de regionale helseforetak og Pearsons khikvadrat. Antall respondenter i parentes

Prioriteringer og kvalitet	Helse Øst (337-339)	Helse Sør (288-290)	Helse Vest (206-211)	Helse Midt-Norge (123-124)	Helse Nord (99-102)	Pearsons khikvadrat (1 057-1 064)
Oppmuntrer reformen til å prioritere «lønnsomme diagnosegrupper» lavere eller høyere enn før, eller er det ingen endring?	0,69	0,80	0,78	0,63	0,76	16,56
Har reformen faktisk ført til at «lønnsomme diagnosegrupper» prioriteres lavere eller høyere enn før, eller er det ingen endring?	0,49	0,56	0,54	0,37	0,55	22,21
Oppmuntrer reformen til lavere eller høyere medisinsk kvalitet i pasientbehandlingen enn før, eller er det ingen endring?	-0,21	-0,40	-0,22	-0,22	-0,17	34,02 ¹
Har reformen faktisk ført til lavere eller høyere medisinsk kvalitet enn før, eller er det ingen endring?	-0,23	-0,31	-0,25	-0,23	-0,14	16,91

¹ P < 0,01

finansiert aktivitetsøkningen. De siste årene har man fått finansiert 40–60 % av kostnadene ved aktivitetsvekst utover det regjeringen har satt som mål. Dette har hatt to effekter; store driftsunderskudd i mange av foretakene med tilhørende press på kvaliteten, og vridning i aktiviteten over mot behandling av enklere lidelser. Sykehusreformen har trolig aksentuert disse svakhetene i finansieringssystemet ved at signalene om aktivitetsnivå og finansiering i en periode med en ustabil parlamentarisk situasjon er blitt uklare eller til og med inkonsistente (1, 2). Derimot tror vi ikke at andre av reformene som er gjennomført i perioden rundt implementeringen av sykehusreformen, for eksempel innføring av fritt sykehusvalg og klarere retningslinjer for prioritering, har hatt særlige effekter på de forholdene som her er belyst.

Et tredje spørsmål er om sykehuslegenes oppfatninger er rasjonelle, i denne sammenheng om det er samsvar mellom legenes oppfatninger og forskningsbaserte fremstillinger av de samme forholdene. Det finnes undersøkelser som gir støtte til sykehuslegenes syn på de fleste punkter. Tjerbo & Hagen har vist at ansvarslinjene mellom sykehus-eier og sykehusene er preget av den samme klarhet etter reformen som de var før (1). Som alt påpekt, har hovedproblemet vært at staten ikke har gitt konsistente signaler når det gjelder finansiering og aktivitetsnivå. En studie av likhet i forbruk av spesialisthelsetjenester viste økende forskjeller mellom sentrale og mer avsidesliggende kommuner, men samtidig at forskjellene mellom landsdelene kan ha blitt noe mindre (10). SAM-DATA-analyser viser økende arbeidsproduktivitet med om lag 10 % i perioden etter reformen (21), mens den nylig avsluttede forskerevalueringen av reformen viste at endringen i kostnadseffektivitet er langt lavere, i størrelsesorden 3–4 % (9). Begge analyser er gjort under forutsetning av konstant koding i perioden 1999–2004, noe det kan stilles spørsmål ved. Også legenes oppfatning om at «lønnsomme pasientgrupper» prioriteres, får støtte i flere analyser (22, 23). Samtidig viser analyser at prioritering av de letteste pasientene innenfor bestemte diagnosegrupper bare skjer unntaksvis og i hovedsak innenfor ortopedi (24). Når det gjelder kvalitet, eksisterer det få analyser som legenes subjektive oppfatninger kan

sammenliknes med. Alt i alt er vår konklusjon at sykehuslegenes oppfatninger er i tråd med resultatene fra andre analyser der slike foreligger. Oppfatningene må betraktes som rasjonelle.

Bør noe gjøres og eventuelt hva? Siden sykehuslegenes oppfatninger som hovedregel er i tråd med forskningsbaserte analyser, mener vi det er grunn til å tenke gjennom tre forhold – finansieringssystemet, deler av foretaksmodellen og systemene for kvalitets-sikring.

Utvalget som utredet finansieringssystemet for sykehusene etter den statlige overtakelsen i 2002, viste hvordan et system som kobler aktivitet og finansiering kan utformes (20). Hovedpoenget er at staten setter et klart aktivitetsnivå som fullfinansieres. I tillegg delfinansieres mindre avvik, for eksempel aktivitetsvekst på 2 % utover aktivitetsmålet. Det finnes også mindre raffinerte modeller.

Deler av foretaksmodellen må gjennomgås kritisk. Dette gjelder særlig spørsmålet om det regionale leddet skal være organisert som foretak eller forvaltningsorgan. Erfaringene fra de 5–6 første årene etter reformen viser at flertallet av de fem regionale helseforetakene ikke har forholdt seg til statens styringssignaler, verken når det gjelder aktivitet eller investeringer. Sammen med svakhetene i finansieringssystemet legger dette et betydelig press på fremtidig handlingsevne.

Det er bekymringsfullt at det ikke finnes fullgode mål på kvalitetsutviklingen ved sykehusene. Mulige operasjonelle kvalitetsmål kunne være basert på primærlegenes oppfatning av spesialisthelsetjenesten, eksempelvis slik det fremkommer i en ny publikasjon fra Kunnskapssenteret, der alle landets distriktspsykiatriske sentre ble rangert basert på data fra fastlegene (25). Utvikling av gode kvalitetsregistre er et annet virkemiddel.

Litteratur

1. Tjerbo T, Hagen TP. «Harde» og «myke» budsjett-skranker og de regionale helseforetakenes effektivitets- og aktivitetsutvikling. I: Opedal S, Stigen IM, red. Helse-Norge i støpeskjeen. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
2. Hagen TP, Kaarbøe O. The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. Health Policy 2006; 76: 320–33.

3. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Om lov om helseforetak m.m.
4. Norges offentlige utredninger. Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommuner [Oppgavefordelingsutvalget]. NOU 2000: 6.
5. Norges offentlige utredninger. Hvor nær skal det være? [Sørensenutvalget]. NOU 1999: 15.
6. Protokoll fra foretaksrådet i Helse Sør, Vedlegg 1 www.odin.no/hod/norsk/dok/andre_dok/brev/048031-990032/dok-bn.html (15.6.2007).
7. Opedal S, Stigen IM. Helse-Norge i støpeskjeen. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
8. Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer. Oslo/København: Agenda/Muusman, 2005.
9. Resultatevaluering av sykehusreformen. Oslo: Norges forskningsråd, 2007.
10. Nerland SM. Effekter av sykehusreformen. Fire essays om mål og virkemidler i styringen av spesialisthelsetjenestene. Ph.D.-avhandling. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2007.
11. Mordal TL. Som man spør, får man svar: arbeid med survey-opplegg. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
12. Haug C. To foretaksomme år. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 13.
13. Schem BC. Samarbeidende konkurrenter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 773.
14. Wyller TB. Sengebehov og tallakrobatikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2591.
15. Bratlid D. Ventelistesituasjonen ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3241–4.
16. Edwin E. Sykehuspolitikk på skjevt spor? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2766.
17. Haug C. Makten flyttes. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2139.
18. Øgar P. Statlige sykehus – hva så? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2189–91.
19. Husum TL, Gråwe RW, Bjørngaard JH. Avtalespesialister i det psykiske helsevesenet i Midt-Norge: kartlegging av helsetilbudet, samhandling og tilgjengelighet. SINTEF Rapport. Trondheim: SINTEF Helse, 2005.
20. Norges offentlige utredninger/NOU 2003: 1. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenestene.
21. Pedersen M. Effektivitetsutvikling 1999–2005. SAMDATA Somatikk, sektorrapport 2005, 1/06. Trondheim: SINTEF Helse, 2006.
22. Jørgenvåg R. Aktivitetsutvikling 1999 til 2005. SAMDATA Somatikk, sektorrapport 2005, 1/06. Trondheim: SINTEF Helse, 2006.
23. Huseby B, red. SAMDATA Somatikk 1/04. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
24. Martinussen PE, Hagen HP. Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway, 1999–2005. Oslo: Institute for health management and health economics, University of Oslo, 2007.
25. Bjertnæs ØA, Oltedal S, Garratt A et al. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktspsykiatriske sentre. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2787–91.

Manuskriptet ble mottatt 18.1. 2007 og godkjent 18.6. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.