

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidater: Anne-Line Bosch Strand

Anne Berit Sund

Fri flyt

- Laboratorievekst uten kontroll?

Dato: 20. juni 2016

Totalt antall sider: 73

FORORD

Denne oppgaven markerer slutten på en to-årig MBA i helseledelse ved Handelshøgskolen i Bodø, Nord Universitet. Studiet utgjør 90 studiepoeng.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi opplevd både en faglig og personlig utvikling. Det har vært en lang prosess med mange gode diskusjoner underveis. Det å jobbe to sammen om oppgaven har vært nyttig og lærerikt. Vi har bakgrunn fra ulike deler av Helse Nord, og har kunnet bidra med forskjellige innfallsvinkler til problemstillingen.

Vi vil takke våre arbeidsgivere, som har gitt oss mulighet til å delta på dette studiet. Videre en stor takk til vår veileder Kari Nyland, som har kommet med gode råd og konstruktiv kritikk underveis. Sist, men ikke minst, ønsker vi å takke våre informanter. Denne oppgaven hadde ikke vært mulig uten dem.

Bodø, 20. juni 2016

Anne-Line Bosch Strand og Anne Berit Sund

SAMMENDRAG

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan man, i mangel av pris som reguleringsmekanisme, kan styre etterspørselen etter laboratorietjenester. Dagens finansieringsordning av denne type tjenester bryter med det finansielle ansvarsprinsipp ved at det er primærhelsetjenesten som genererer en stor del av aktiviteten, mens spesialisthelsetjenesten får hele kostnaden. Veksten i laboratorieanalyser har i flere år vært vurdert som for høy av myndighetene, og et tiltak for å stagge denne veksten er å redusere takstene som skal finansiere deler av sektoren. Dilemmaet vårt er at denne innsparingen treffer spesialisthelsetjenesten, mens primærhelsetjenesten ikke blir berørt.

Den empiriske undersøkelsen gir fem hovedfunn:

- Flere tilbudsrelaterte faktorer genererer etterspørsel.
- Laboratoriene ivaretar i liten grad sin rolle som prinsippal for fastlegen.
- Portvokter-rollen utfordres ved at flere aktører har «makt» til å påvirke fastlegens atferd.
- Fastlegens atferd kan påvirkes gjennom profesjonsstyring i form av synliggjøring/oppmerksomhet og kompetanseheving.
- Tilgjengeligheten av aktivitetstall for laboratorietjenester er veldig begrenset.

Vi konkluderer med at det ikke finnes effektive reguleringsmekanismer i dagens system. Fastlegen skal inneha rollen som portvokter for å stagge veksten i laboratorieanalyser, men har ikke incentiver til å ivareta denne rollen. I stedet er det pasienten og til dels tilsynsmyndighetene fastlegen har incentiv til å tilfredsstille, og fastlegen fungerer derfor som agent for pasienten. Dette er et avvik fra intensjonene bak portvokterrollen, slik den er beskrevet i dagens modell. Spesialisthelsetjenesten har likevel noen muligheter til å påvirke fastlegens atferd ved hjelp av profesjonsstyring (bedre samarbeid og økt kompetanse til fastlegene) og motivasjon (synliggjøring av fastlegens atferd gjennom statistikk som sammenligner fastlegene med hverandre).

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to examine how to control the demand for laboratory services, when price is not a possible option. The GP (general practitioner) is responsible for a large part of the production of laboratory analysis in Norwegian hospitals, while the hospitals are responsible for the entire cost. According to the authorities the volume and costs of laboratory services has increased too much for years. To restrain this growth there has been a reduction of the fee for service that is supposed to finance part of this sector. The dilemma is that these measures do not affect the GP, only the hospitals.

Main findings:

- Several factors related to supply causes demand.
- The laboratories do not act as principal to the GP.
- The GP's role as a gatekeeper is challenging, because others has the power to affect his or hers behavior.
- The GP's behavior can be affected by a "clan" control (ritual and ceremony), by giving attention and education from the doctors at the laboratories.
- The availability of statistics that shows details of the production is limited.

We conclude that we have no system to control the market of laboratory services effectively today. The GP as a gatekeeper is supposed to restrain the growth of laboratory services, but he or she has no incentive to act as one. The GP has incentive to satisfy the patients, and to a certain degree, The Norwegian Board of Health Supervision. This means that the GP acts as an agent for the patient. This is contrary to the intentions of the arrangement with the gatekeeper.

The hospitals still have some possibilities to affect the behavior of the GP. "Clan" control (improved cooperation and education about laboratory analysis to the GP) and motivation (attention to the GP's behavior by using statistics to compare GPs with each other) can affect the GP.

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Innholdsfortegnelse	iv
Figurliste	vi
Tabelliste	vi
Forkortelser	vi
1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Aktualisering og problemstilling	2
1.3 Sentrale begreper	4
1.4 Oppgavens struktur	5
2 Teori	6
2.1 Tilbud og etterspørsel	6
2.2 Styringsverktøy	10
2.2.1 Prinsipal-agent-perspektivet	11
2.2.2 Profesjonsstyring	16
2.2.3 Motivasjonsteorier	19
2.3 Sammenfatning av teori	21
3 Metode	22
3.1 Vårt ståsted	22
3.2 Forskningsstrategi	22
3.3 Utvalgsstrategi	23
3.4 Datainnsamlingsprosessen	24
3.5 Dataanalyse	25
3.6 Svakheter ved metoden	25
3.7 Reliabilitet og validitet	26
3.8 Avgrensning	27
4 Empiri	29
4.1.1 Kontekst	29
4.1.2 Aktivitet - laboratorietjenester	30
4.2 Informantene og laboratorietjenester	32
4.2.1 Tilbudsrelaterte faktorer som påvirker etterspørselen	32
4.2.2 Rollen som portvokter	34
4.2.3 Incentiver	36
4.2.4 Kompetanse	40
4.2.5 Profesjonsstyring	44
4.3 Oppsummering av hovedfunn	45
5 Analyse	47
5.1 Tilbud genererer etterspørsel	47
5.2 Hvem har prinsipal-rollen?	49
5.3 Portvokter for hvem?	50
5.4 Profesjonsstyring og kompetanse	52
5.5 Tilgjengeligheten av aktivitetstall	55
6 Oppsummering og konklusjon	56
6.1 Hvilke utfordringer gir dagens finansieringssystem for laboratorietjenester?	56

6.2	Hvilke tiltak kunne bedret styringsmulighetene i dagens system?	57
6.3	Hovedkonklusjon.....	59
6.4	Anbefaling og videre forskning	60
7	Vedlegg.....	61
7.1	Vedlegg 1: Intervjuguide fastleger.....	61
7.2	Vedlegg 2: Intervjuguide lab-leger	62
8	Litteraturliste.....	63

FIGURLISTE

Figur 1: Samfunnsøkonomisk effektivitetstap

Figur 2: Sosiale betingelser og informasjonsbetingelser for kontroll

Figur 3: Relasjoner i helsetjenestesystemer

Figur 4: Kunnskap om mål- middelrelasjon og konsekvenser for styringsform

TABELLISTE

Tabell 1: Intervjustatistikk

Tabell 2: Vekst i perioden 2011-2015 for utvalgte koder innen medisinsk biokjemi fra et HF i Helse Nord

Tabell 3: Kostnadsvekst i perioden 2011-2015 for utvalgte koder innen medisinsk biokjemi fra et HF i Helse Nord

FORKORTELSER

ISF	Innsatsstyrt finansiering
DGR	Diagnoserelaterte grupper
Helfo	Helseøkonomiforvaltningen i Norge
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	Regionalt helseforetak
HF	Helseforetak

1. INNLEDNING

Formålet med denne oppgaven er å se på hvordan etterspørselen etter laboratorietjenester kan styres, når pris ikke er en aktuell reguleringsmekanisme. Generelt sett ser vi på allokeringseffekten i laboratoriemarkedet, spesielt knyttet til den aktiviteten som genereres av primærhelsetjenesten. Vi har en hypotese om at sløsing forekommer fordi dagens finansieringssystem ikke fungerer etter intensjonen. Ordningen er et brudd på det finansielle ansvarsprinsippet, ved at en aktør (primærhelsetjenesten) generer aktivitet, mens en annen (spesialisthelsetjenesten) har finansieringsansvaret. Temaet er interessant fordi sykehusene har begrensede ressurser, og dersom man ved hjelp av bedre styring kunne redusert sløsing ville det gitt mulighet til å bruke ressursene til andre formål innenfor helsesektoren.

I dette kapitlet redegjør vi for valg av problemstilling, samt bakgrunn og aktualisering av denne. Sentrale begreper blir definert, og vi viser videre oppbygging av oppgaven.

1.1 BAKGRUNN

Det er et tilbakevendende problem at kostnadene til dekning av laboratorietjenester innenfor den norske helsesektoren øker, jf. blant annet Ulvestad (2000), Ellingsen og Dahl (2007) og Gjelsvik m. fl. (2008). I 2006 holdt leder i Rådet for legeetikk, Trond Markestad, et innlegg der han stilte spørsmålsteget ved om legenes atferd er kostnadsdrivende i seg selv.

«Undersøkelser tyder dessuten på at leger er mindre villige til å påta seg en portvokterfunksjon og lar seg styre av pasientenes krav», Andersen (2006).

I statsbudsjett 2016 (Prop. 1 S) heter det:

«Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester underregulert noe i forhold til antatt pris- og kostnadsvekst, svarende til om lag 21 mill. kroner for de offentlige og 9 mill. kroner for de private.»

Statsbudsjett 2016 legger til grunn at det er et overforbruk av radiologi- og laboratorietjenester. Tiltaket fra myndighetene sin side er å nedjustere refusjonstakstene, som skal finansiere 40 % av analysekostnadene som sykehusene har for laboratorieanalyser av polikliniske pasienter.

1.2 AKTUALISERING OG PROBLEMSTILLING

Dilemmaet vi forsøker å belyse er at det er primærhelsetjenesten som rekvirerer en stor del av analysene, mens det er laboratoriene innenfor spesialisthelsetjenesten som utfører arbeidet og som har alle kostnader knyttet til selve analysen, inklusiv porto/transportkostnader og nødvendig utstyr for prøvetaking.

Norheim-utvalget (NOU 2014:12) drøfter at fastlegen har et ansvar som portvokter for spesialisthelsetjenesten, og trekker her inn det finansielle ansvarsprinsippet. Dette prinsippet ble beskrevet i NOU 2000:22 (s. 96) slik «*Det myndighetsorgan som er tillagt ansvar og beslutningskompetanse for en oppgave skal også ha ansvaret for å finansiere utgiftene til oppgaveløsningen*». Utvalget utdyper videre at «*...de utgifter som blir pålagt en myndighet må stå i et rimelig forhold til den innflytelse den har på beslutningene*» (s. 97).

Som Norheim-utvalget redegjør for kan fastlegenes beslutninger i stor grad påvirke den samlede ressursbruken innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi mener at laboratorieanalyser er et godt eksempel på dette, ettersom en stor andel av analysene som rekvireres kommer fra primærhelsetjenesten, mens det er spesialisthelsetjenesten som har hele finansieringsansvaret.

Hagen og Kjerstad (2001) redegjør for at noe av begrunnelsen for mange av reformene i det norske helsevesenet er å kontrollere kostnadsvekst, øke effektiviteten og heve kvaliteten. Videre mener de at reformbehovene har sitt utspring i demografiske endringer, medisinsk utvikling og høyere krav fra befolkningen. Myndighetene tror ressursutnyttelsen kan bedres på to områder (side 174):

- Kostnadseffektivitet (gjøre ting på rett måte)

- Allokeringseffektivitet (gjøre de rette tingene)

Vi vil videre i oppgaven særskilt fokusere på allokeringseffektivitet, det vil si hvordan prioriteringer i helsetjenesten gjøres. Spesielt vil vi se på hvordan finansieringssystemet bidrar til prioritering, og i hvilken grad systemet virker etter den hensikt myndighetene ønsker. Vi har en antakelse om at det er etterspørselen som driver opp volumet av laboratorietjenester, og ønsker derfor å øke forståelsen for hvilke faktorer som driver denne etterspørselen. Vår hypotese er at mange av analysene som rekvireres fra primærhelsetjenesten ikke er nødvendige, og vi antar at man kan bedre allokeringseffektiviteten ved å styre denne delen av laboratorietjenestene bedre. Vi avgrenser oppgaven ved ikke å diskutere medisinsk-faglige vurderinger av behovene, men selve finansieringsmodellen for laboratorietjenester.

Vi ønsker å se på aktuelle årsaker til økt etterspørsel av laboratorietjenester for å prøve å identifisere mulige tiltak. For å identifisere disse vil vi se på hvilke mekanismer som bidrar til styring, herunder hvilke incentiver og muligheter laboratoriene ved norske sykehus har for å påvirke til redusert bruk av denne type tjenester. Videre ønsker vi å se nærmere på fastlegens rolle som portvokter når det gjelder rekvirering og bruk av laboratoriemedisinske tjenester.

Vår problemstilling kan dermed formuleres slik:

Når pris ikke kan brukes som reguleringsmekanisme, hvilke andre muligheter har man for å styre etterspørsel?

Vi vil undersøke denne problemstillingen innenfor laboratorieområdet, og tar utgangspunkt i at det ikke er mulig å få gjort større endringer i dagens finansieringsordning for laboratorietjenester. Ut fra dette har vi definert følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer gir dagens finansieringssystem for laboratorietjenester?
- Hvilke tiltak kunne bedret styringsmulighetene i dagens system?

1.3 SENTRALE BEGREPER

Laboratorietjenester Alle sykehus har laboratorier der det gjøres analyser av prøver fra andre avdelinger på sykehuset og fra eksterne rekvirenter, som for eksempel fastleger. Prøvene kan basere seg på blod, urin, avføring eller vevsprøver.

Finansielle ansvarsprinsipp «*Det myndighetsorgan som er tillagt ansvar og beslutningskompetanse for en oppgave skal også ha ansvaret for å finansiere utgiftene til oppgaveløsningen*», NOU 2000:22.

Portvokter Det er to store aktører som har ansvar for det norske helsevesenet. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for all spesialisert behandling, hvor drift av sykehusene er det største området. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten, der blant annet fastlegen er inkludert. For å optimalisere ressursbruken i helsevesenet skal det som er mulig å behandle i primærhelsetjenesten behandles der, og det er fastlegene som gjør en vurdering hvorvidt det er nødvendig å henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten. I denne vurderingen kan man si at fastlegen foretar en siling av pasienter, og det er denne funksjonen vi kaller portvokter (NOU 2014:12).

Styring Styring kan defineres på mange måter. I følge Pettersen et al. (2008:15) berører styringen av helsesektoren viktige forhold som har med prioritering å gjøre. Videre er det en ubalanse mellom den raske teknologiske utviklingen og de økonomiske og styringsmessige rammene.

1.4 OPPGAVENS STRUKTUR

Videre i denne oppgaven redegjør vi i kapittel 2 for relevant teori for vår problemstilling. Metoden er redegjort for i kapittel 3, der vi beskriver forskningsstrategi og forskningsmetode. I kapittel 4, empiri, oppsummerer vi de funnene vi gjorde gjennom intervjuer med seks informanter. Kapittel 5, analyse, knytter våre empiriske funn sammen med teoretiske perspektiver fra teorikapittelet. Til slutt, i kapittel 6 oppsummerer og konkluderer vi.

2 TEORI

Dersom man ikke har en best mulig utnyttelse av ressursene i markedet, vil man trolig oppleve markedssvikt. Dette innebærer at økonomien ikke har en effektiv ressursallokering (jf. punkt 1.2). Eksempler på slik markedssvikt har vi ved kollektive goder og asymmetrisk informasjon. Ved markedssvikt vil man være avhengig av andre måter å styre på. Vi vil i dette kapitlet først redegjøre for hvordan markedet kan fungere som styringsmodell, hvis pris brukes som reguleringsmekanisme. I andre del av teorikapitlet tar vi for oss styringsperspektivet i de tilfeller der pris ikke kan brukes til å regulere markedet.

2.1 TILBUD OG ETTERSØRSEL

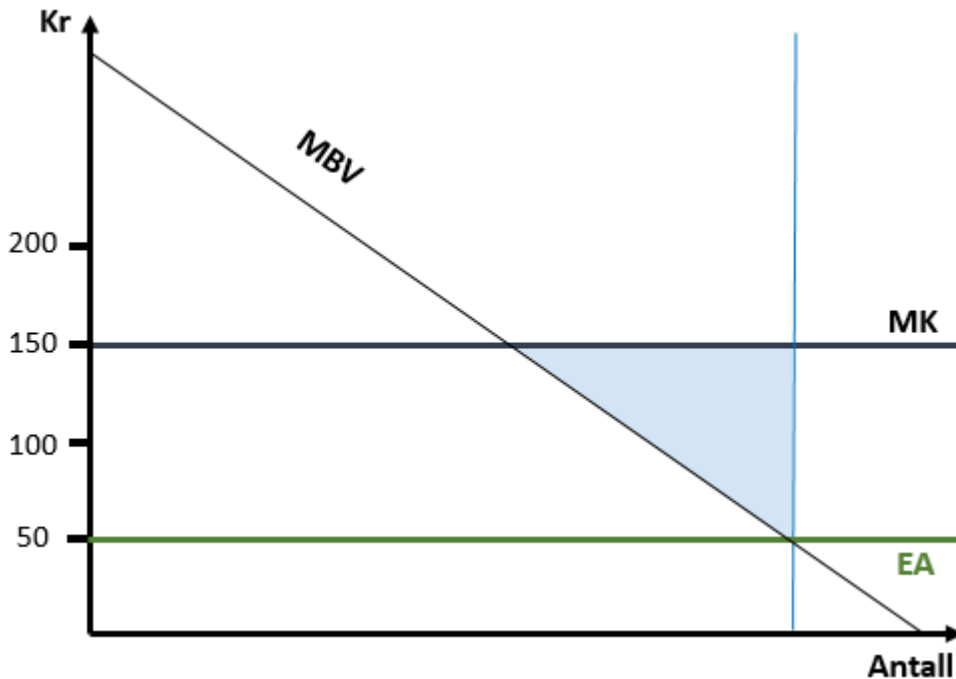
Tilbud er den mengden av et gode som tilbys forbrukeren. Etterspørsel kan defineres som mengden av et gode (varer eller tjenester) som forbrukerne ønsker å kjøpe. Teorien om tilbud og etterspørsel er helt sentral innenfor all samfunnsøkonomi og den normale forståelsen er at jo lavere pris, desto større etterspørsel. Motsatt finner vi at jo høyere pris en tilbyder/produsent kan få, jo større mengde av varen/tjenesten vil bli tilbudt i det aktuelle markedet. Dette er logiske sammenhenger all den tid tilbyder vil tjene mest mulig mens kjøper/forbruker vil betale minst mulig. I et veltilpasset marked med fri konkurranse antar man at krefter i markedet vil sørge for at det blir likhet mellom tilbud og etterspørsel, det vil si en markedstilpasset pris (Ringstad, 1995:57).

I tilfeller med etterspørselsoverskudd (etterspørselen er større enn tilbudet) vil normalt prisen presses opp. Når prisen høynes vil dette som oftest føre til lavere etterspørsel, slik at det blir likevekt i markedet. Det er med andre ord markedet som styrer og denne prosessen kalles markedsmekanismen. Markedet sørger for effektiv ressursallokering. Fullkommen konkurranse (også kalt frikonkurranse eller perfekte markeder) er en markedsform der prisen fastsettes i samspill mellom tilbud og etterspørsel. Når prisen går opp vil normalt etterspørselen falle, og dersom tilbyder ønsker at etterspørselen skal øke kan prisen settes ned som virkemiddel (Hoff, 2009).

Mange offentlig framstilte goder stilles gratis til disposisjon for befolkningen. Kollektive goder er eksempel på slike goder, og defineres av Sloan et al. (2012) som goder der forbruk av ett individ ikke påvirker tilgjengeligheten for andre individer. Ringstad (1995) beskriver at det ikke er praktisk mulig å ta betalt for denne typen goder. Eksempel på kollektive goder er rettssikkerhet eller nasjonalt forsvar. Videre beskriver Ringstad at helsetjenester er eksempler på andre typer goder der det er praktisk mulig å ta betalt, men hvor dette ikke gjøres, eventuelt er betalingen mye lavere enn kostanden. Ved at konsumenten ikke betaler for innleggelse på sykehus, og har en lav egenandel ved bruk av polikliniske tjenester betyr det at dette markedet ikke har fullkommen konkurranse. Ved fullkommen konkurranse har vi et marked i likevekt der tilbud og etterspørsel sammenfaller, og det samfunnsøkonomiske overskuddet blir maksimalt (Ringstad, 1995: 65).

Tilbudet av helsetjenester er politisk bestemt, gjennom de ressurser som tilføres sektoren. Dette definerer den ytre rammen for sykehusene, deretter prioriteres det internt i sykehusene mellom ulike fagområder. Helsesektoren skiller seg ut fra tankegangen om fullkommen konkurranse, spesielt fordi det er betydelig usikkerhet knyttet til fremtidig behov for helsetjenester for den enkelte (Hagen og Kjerstad, 2001). Dette løses ved at samfunnet bærer risikoen kollektivt, og utgiftene finansieres ved beskatning.

Vi vil nå redegjøre for hvordan markedet innenfor laboratorietjenester fungerer. Pasienten (som etterspør) betaler kun en egenandel for de laboratorieprøvene som tas. Eksempelvis så koster det kr 50 (i 2016) å få utført laboratorieprøver hos fastlegen. Denne prisen er fast og uavhengig av hvor mange og hvilke typer prøver som tas.



Figur 1: Samfunnsøkonomisk effektivitetstap (jf. Ringstad, 1995)

Vi kan ved hjelp av figur 1 synliggjøre det samfunnsmessige effektivitetstapet som oppstår innenfor laboratorietjenester når pris ikke regulerer etterspørselen. Figurens MBV-kurve (marginal betalingsvillighet) viser etterspørselen etter en gitt laboratorieanalyse. Marginal betalingsvillighet betyr her betalingsvilligheten til en ekstra pasient (Ringstad, 1995). Kurven viser høy betalingsvillighet og dermed høy etterspørsel, når antall tilbudte analyser er lavt.

Figurens MK-kurve (marginalkostnad) viser kostnadene til én ekstra av den aktuelle analysen. Det forutsettes her at den reelle kostanden per analyse er 150 kroner. Ved å legge til grunn optimal samfunnsøkonomisk ressursbruk vil alle som har en betalingsvillighet på minst 150 kroner få utført analysen (Ringstad, 1995: 213). Dette vises som skjæringspunktet mellom MBV-kurven og MK-kurven.

Egenandelen for laboratorieanalysen fremkommer av den grønne horisontale kurven, og ligger på 50 kroner. Ved at egenandelen er satt lavere enn den reelle kostnaden (MK-kurven) krysser den MBV-kurven lenger til høyre i figuren. Det feltet som i figuren er merket med lys blå farge viser *effektivitetstapet* som oppstår når realisert samfunnsøkonomisk overskudd er

mindre enn maksimalt samfunnsøkonomisk overskudd (Ringstad, 1995: 64). Dette effektivitetstapet er en form for sløsing i samfunnsøkonomisk forstand (Ringstad, 1995: 182). Dersom det hadde vært mulig å øke egenandelen til for eksempel 100 kroner ville vi fått redusert effektivitetstapet. Da vil MBV-kurven og MK-kurven krysse hverandre lenger til venstre i figuren, og trekanten som markerer effektivitetstapet ville blitt redusert.

Manglende styring med etterspørselen og manglede mulighet (eller vilje) til å benytte normale mekanismer for å regulere denne (prisregulering) fører til økt aktivitet og stort etterspørselspress når det gjelder laboratoriemedisinske tjenester. Ser vi på dette i et samfunnsøkonomisk perspektiv kan vi si at ønsket om eller behovet for å benytte offentlige helsetjenester (eksempelvis laboratorietjenester) er svært høyt og det er grunn til å anta at lav pris (egenandel) bidrar til høyere etterspørsel enn det som ville ha vært tilfelle i et marked der prisen ble regulert av tilbud og etterspørsel.

Det er ikke politisk vilje til å overlate ressursfordeling og ressursutnytting av helsetjenester til markedet. Det er flere grunner til dette, blant annet ønsker man ikke at betalingsevne skal være avgjørende for at pasienter får dekket sine helsemessige behov. Videre er det svært vanskelig å måle nytteverdien av helsetjenestene (Pettersen et al., 2008). Norheim-utvalget (NOU 2014:12) drøfter ulike måter å redusere etterspørselen etter helsetjenester og trekker frem egenbetaling som et alternativ, men mener selv at bruk av egenandeler som et virkemiddel er kontroversielt og har problematiske fordelingsmessige konsekvenser.

Ole Berg (2005:42) redegjør for at pasientbetaling kan begrense finansieringsproblemene i helsevesenet. I noen grad har egenandelene økt innenfor primærhelsetjenesten, men det har vært spesielt lite populært politisk innen sykehusfinansieringen. Berg forklarer at manglende vilje til å øke egenandeler har ført til at man alternativt har valgt å arbeide for en effektivisering av sykehusene. I følge Hagen og Kjerstad (2001:179) ville en økt bruk av egenandeler for pasientene trolig hatt en disiplinerende effekt på etterspørselssiden. Videre hevder de at «*kostnadene knyttet til atferdsrisiko øker i det offentlige systemet*» (side 181).

Bruk av egenandel som virkemiddel er som nevnt lite populært politisk, men Norheim-utvalget (2014:181) anbefaler differensierte egenandeler i samsvar med tjenestens prioritet. Med dette mener utvalget at prioriterte tjenester bør få reduserte egenandeler, eller at de fjernes helt, noe utvalget mener vil gi gunstige helseeffekter. Utvalget redegjør for at man bør ha lavere egenandel ved behandling som gir store helsegevinster og høyere egenandel for behandling som gir lav helsegevinst. Samtidig anbefaler de at en slik differensiering må gjøres gjennom en omfattende prosess for å legitimere ordningen.

2.2 STYRINGSVERKTØY

Hvis man har et marked som ikke fungerer, må man ta i bruk andre mekanismer for å styre slik at effektivitetstapet ikke blir for stort. Styringen av helseforetakene har i de senere år gått i retning av en mer markedsorientert styring, der staten benytter et bestiller-utførerprinsipp (Pettersen et al. 2008). Med dette menes det at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i form av oppdragsdokumentet sender sin bestilling til de regionale helseforetakene (RHF-ene), som igjen sender en bestilling videre til underliggende helseforetak. Innenfor laboratorieområdet er det blant annet primærhelsetjenesten som har en bestiller-funksjon, mens laboratoriene ved sykehusene utfører de aktuelle analysene. Det som her skiller seg fra det overordnede bestiller-utfører-prinsippet er at primærhelsetjenesten ikke betaler for sin bestilling. På overordnet nivå er det organisert slik at HOD i tilknytning til sin bestilling deler ut budsjetttramme til RHF-ene, som igjen fordeler ramme til sine helseforetak.

Ouchi beskriver i sin artikkel fra 1979 tre ulike former for styring, avhengig av hva slags type organisasjon eller aktivitet man skal styre. Den enkleste styringsformen er et marked, der man er avhengig av gjensidige normer for å sikre at deltakerne opptrer i henhold til det som er ønsket. Ved at det er enighet mellom aktørene i markedet om hvilke sosiale spilleregler som gjelder, vil det være enkelt for det sosiale systemet å kontrollere/styre atferd. For eksempel vil en prismekanisme være et effektivt virkemiddel for å måle resultatet (output).

Dersom en markedsbasert organisasjon ikke lar seg enkelt kontrollere gjennom priskontroll blir den oftest erstattet av et byråkrati. I tillegg til de gjensidige normene vil man da tilføre regler for å gi legitimitet til at overordnede kan overvåke og instruere underordnede, og på den måten styre deltakernes atferd. For at dette skal fungere må deltakerne lenger ned i organisasjonen være enige i at de som er lenger opp i hierarkiet skal kunne kommandere og overvåke de som er organisert under seg.

Ouchi (1979) benevner den tredje og mest krevende organisasjonsformen for klan. I en klan har man ikke eksplisitte prismekanismer og byråkratiske regler, men det er delte verdier og tradisjoner i det sosiale fellesskapet som styrer atferden. Leger og sykepleiere blir av Ouchi brukt som eksempel på yrkesgrupper der aktørene gjennom sine studier ikke bare får sin opplæring i konkrete arbeidsoppgaver, men også i egne verdier. Ouchis inndeling i type kontroll kan oppsummeres i figuren under:

Type kontroll	Sosiale betingelser	Informasjonsbetingelser
Marked	Gjensidige normer	Pris
Byråkrati	Gjensidige normer Legitimert autoritet	Regler
Klan	Gjensidige normer Legitimert autoritet Delte verdier	Tradisjoner

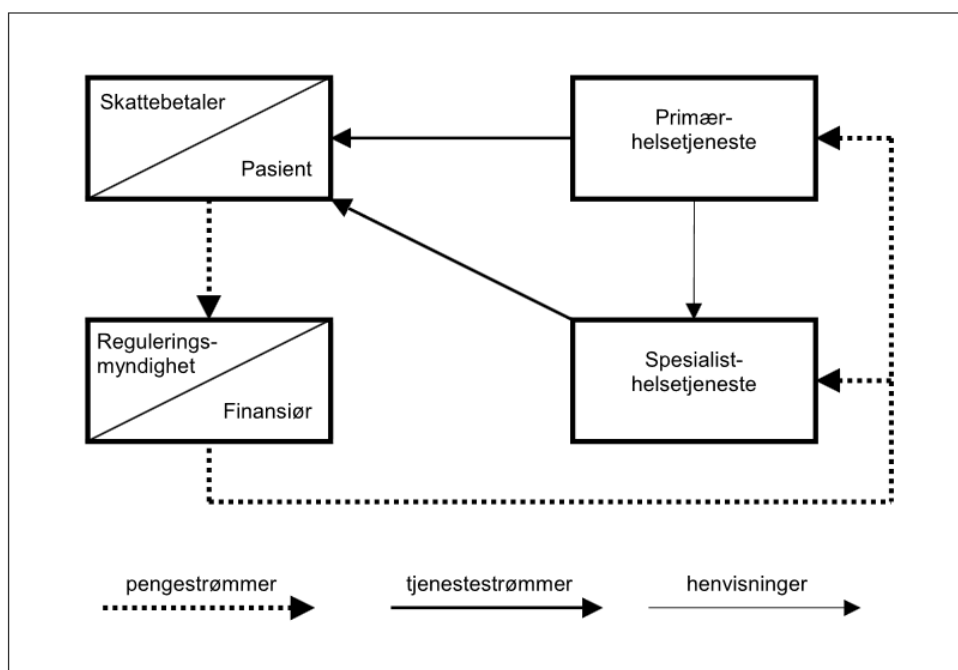
Figur 2: Sosiale betingelser og informasjonsbetingelser for kontroll (Ouchi, 1979, egen oversettelse)

2.2.1 PRINSIPAL-AGENT-PERSPEKTIVET

Ouchi (1979) beskriver utfordringen ved at man ikke kan benytte markedet som styringsverktøy. Dette gir behov for andre styringsmekanismer. Prinsipal-agent-perspektivet beskriver utfordringene ved å styre relasjoner mellom ulike aktører. Teorien beskriver

situasjoner der noen (agenten) handler på vegne av andre (prinsipalen) eller ivaretar andres interesse (Hagen, 1992). Agentens handlinger påvirker virksomhetens resultat, og har derfor betydning for hvilken nytte eller mål prinsipalen oppnår. Hagen (1992: 44) definerer dette som at «*prinsipalen desentraliserer beslutningsproblemet til agenten*».

I følge Hagen og Kjerstad (2001) består helsesektoren av et komplisert nettverk av prinsipal-agent-relasjoner. Eksempler på dette er relasjonene mellom skattebetalerne og folketrygden, mellom folketrygden og sykehuset, mellom pasienten og fastlegen, mellom sykehusledelse og øvrige ansatte og mellom pasienten og sykehuset. Det er staten som finansierer sykehusene, og en målsetting er å få mest mulig ut av helseressursene. Vi kan dermed si at en av de aktuelle prinsipal-agent-relasjonene i dagens system er at staten som prinsipal ønsker at sykehusene som agenter opptrer på en slik måte at økonomiske ressurser utnyttes best mulig, det vil si at nytten maksimeres.



Figur 3: Relasjoner i helsetjenestesystemer (NOU 2003:1)

Figur 3 illustrerer hvordan finansieringen av det norske helsetjenestesystemet er bygd opp. Både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten behandler pasienter, og begge finansieres av staten. I tillegg henviser primærhelsetjenesten pasienter til spesialisthelsetjenesten. Det er i denne relasjonen at primærhelsetjenesten utøver sin portvokterrolle, gjennom fastlegen, som i tillegg til å være pasientens talsperson og hjelper, er tillagt et

myndighetsansvar som kan tilsi at legen vil gå mot pasientens ønsker (NOU 2014:12). Som portvokter fungerer fastlegen som agent overfor spesialisthelsetjenesten, som er prinsipal.

Et eksempel hvor fastlegene utøver sin portvokterrolle i praksis er ved vurdering av henvisning til videre utredning ved sykehus eller hos spesialist. Et annet eksempel er diagnostiske tjenester, som laboratoriet- eller røntgentjenester. Ved at primærhelsetjenesten har en portvokterrolle overfor pasientenes tilgang til laboratorietjenester innebærer det at fastlegen opptrer som agent for sykehusets laboratorium som er tredjepartsbetaler av tjenestene. I følge Sloan et al. (2012) vil man i samfunn uten en portvokter-mekanisme ofte få et høyt forbruk av spesialiserte helsetjenester og et lavt forbruk av primærhelsetjenester. Dette vil gi dårlig ressursallokering.

Hagen og Kjerstad (2001) viser at leger i primærhelsetjenesten har en viktig rolle når det gjelder ressursbruken i spesialisthelsetjenesten. Det er fastlegene som sorterer ut videre behandling av pasientene og hvor vidt de skal sendes videre til spesialisthelsetjenesten, samtidig som de selv ikke er ansvarlige for de kostnadene deres beslutning påfører sykehusene. Problemet i slike prinsipal-agent relasjoner er at de to aktørene kan ha ulike målsetninger. Dersom prinsipalen ikke kan observere agentens handlinger eller resultatet ikke er entydig bestemt av agentens innsats, har vi en skjev informasjonsstruktur (Hagen, 1992). Denne type utfordringer kalles gjerne asymmetrisk informasjon og «moral hazard».

Asymmetrisk informasjon innebærer at aktører som skal handle på vegne av myndighetene er den parten i relasjonen som har mest informasjon om sentrale forhold ved tjenesteproduksjonen (Hagen og Kjerstad, 2001). Dette kan for eksempel gjelde kostnader eller effektiviseringsmuligheter. Ettersom legen har mer kunnskaper om helse og helsetjenester enn pasientene blir ofte lege-pasient-forholdet beskrevet som en relasjon preget av asymmetrisk informasjon (Godager et al. 2012).

Helsetjenester kan benevnes som «credence goods» (Sloan et al. 2012). Dette innebærer at helsetjenester er et produkt der konsumentene/pasientene ikke har nok informasjon eller mulighet til å tilegne seg nok informasjon til at de selv kan vurdere kvaliteten på eller behovet for produktet/behandlingen. Konsumenten må langt på vei stole på produsenten (sykehuset eller legen) når han eller hun vurderer om dette er en tjeneste de ønsker å kjøpe/benytt seg av. Konsumenten/pasienten er ikke i posisjon til å vurdere alternative produkter/behandlinger.

I følge McGuire et al. (1988) ser vi ytterligere en faktor som øker kompleksiteten ved helsetjenester ved at heller ikke legen/agenten alltid kan forutsi utfallet av en gitt behandling, ettersom medisin ikke er en eksakt vitenskap. Laboratorietjenester er i egenskap av å være diagnostiske tjenester ikke en behandling i seg selv, men en utredning som skal avgjøre videre behandling eller ikke. Videre redegjør Godager et al. (2012) for at det ofte er asymmetrisk informasjon i forholdet mellom «den som behandler pasienten, og institusjonen som finansierer behandlingen» (side188). Innenfor laboratorietjenester ser vi eksempel på dette ved at laboratoriet ikke har full oversikt over hvorfor fastlegen har rekvirert en aktuell analyse, og dermed i liten grad kan vurdere behovet.

Uttrykket «moral hazard» stammer fra forsikring og har sammenheng med at en forsikringstaker kan være villig til å ta en høyere risiko nettopp fordi vedkommende er forsikret. Dette fenomenet gjenspeiler seg innen helsetjenester ved at behandling ved norske sykehus er tilnærmet gratis. Systemet fører til økt sykdomshyppighet, fordi den enkelte ikke selv bærer kostnadene ved et helsefarlig leveste (Hagen, 1992). I følge Sloan et al. (2012:742) eksisterer «moral hazard» fordi presis informasjon ikke er tilgjengelig, og dette gir lege og pasient et mulighetsrom de kan manøvrere noe friere innenfor.

Norheim-utvalget (NOU 2014:12) drøfter at også fastlegen er med og gjør prioriteringer av ressursbruken i spesialisthelsetjenesten. Ved at spesialisthelsetjenesten har fullt finansieringsansvar for laboratorietjenestene ligger ingen risiko på fastlegen, noe som gir

grunn til å tro at rollen som portvokter ikke tas like alvorlig som dersom risikoen hadde vært fordelt mellom prinsipal og agent.

Løsningen på utfordringene med asymmetrisk informasjon og «moral hazard» er, ifølge prinsipal-agent-teorien, å innføre incentiver som gjør at prinsipalen kan styre agenten. Prinsipalen trenger et incentivsystem som gjør at agenten handler i tråd med det som optimaliserer prinsipalens nytte/interesser. Vi kan uttrykke dette som at prinsipalen ønsker en mulighet til å styre agentens atferd. Incentiver motiverer konsumenter og produsenter, og brukes blant annet av myndighetene for å styre atferd. Ofte er incentiver som påvirker beslutninger av økonomisk art, men de kan også være av andre typer, som for eksempel juridisk eller moralsk art. Myndighetene bruker i ulik grad incentiver til å styre markeder, men helsesektoren er et område der dette brukes i større grad (Sloan et al., 2012). Et eksempel på et slikt forsøk på styring av sykehussektoren er innføringen av ISF-finansiering, som gir økonomiske incentiver til å øke aktiviteten innen somatikken.

I følge Hagen (1992) opplever vi incitamentsproblemer i dagens samfunn, fordi aktører treffer beslutninger på vegne av andre, der det ikke er åpenbart at nyttemaksimering vil ivareta alle berørte aktørers beste. Videre redegjør Hagen (1992) for at det er problematisk når de som treffer beslutninger i liten grad selv bærer konsekvensene. På samme måte redegjør Godager et al. (2012) for at myndighetene bør sikre et betalingssystem som gjør behandlere ansvarlige for kvalitet og kostnader som er under deres kontroll, og videre bør det ikke oppmuntres til aktiviteter hvor «*formålet er å velte kostnader over på andre aktører*». I NOU 2003:1 (side 67) finner vi et eksempel der en slik tredjepartsfinansiering problematiseres. Tidligere var Rikstrygdeverket ansvarlig for syketransport, mens de regionale helseforetakene var ansvarlige for lokalisering av behandlingstilbud. NOU-en drøfter at dette kunne medføre økte kostnader til transport, fordi helseforetakene ikke trengte å ta hensyn reisekostnader når beslutning om geografisk lokalisering ble gjort. Senere har ansvaret for syketransport blitt overført til de regionale helseforetakene.

I følge Hagen og Kjerstad (2001:190) bør styringsreformer utformes på en slik måte at «egennyttige aktører motiveres til å utføre de handlinger som bidrar mest til myndighetenes måloppnåelse». Eksempel på slike mål er kostnadseffektivitet, bedret service og mer innovasjon.

2.2.2 PROFESJONSSTYRING

Som redegjort for under innledningen i punkt 2.3 hevder Ouchi (1979) at dersom markedsstyring ikke er egnet er klan det beste alternativet for styring. Pettersen et al. (2008) redegjør for ulike styringsformer i en virksomhet, herunder blant annet:

- Aktivitetsstyring (ressursforbruk per aktivitet)
- Resultatstyring (produsert mengde tjenester)
- Målstyring (det man ønsker å få ut av aktiviteten)

Disse styringsformene fokuserer på ulike stadier i produksjonen, men i sykehussektoren praktiseres i stor grad kulturell styring (Pettersen et al, 2008). Dette omtales gjerne som profesjonsstyring eller normstyring.

Byråkratiske systemer fungerer ifølge Ouchi (1979) dårlig der vi opplever «løse koblinger», det vil si at det er umulig å måle resultater (output) eller styre atferd. Vårt utgangspunkt, ved at vi innenfor laboratorietjenester har brudd med det finansielle ansvarsprinsippet, er eksempel på en slik «løs kobling». Pettersen et al. (2008) støtter opp om dette ved å redegjøre for at helseinstitusjoner er sammensatte og at sammenheng mellom ressursinnsats og resultat kan være tvetydig i varierende grad. I figuren på neste side beskrives nødvendige forutsetninger for styring.

		KAUSALKUNNSKAP	
		GODE	DÅRLIGE
RESULTATMÅL	KLARE	Resultatstyring/ atferdsstyring	Resultatstyring
	UKLARE	Atferdsstyring	Rituell styring eller profesjonsstyring

Figur 4: Kunnskap om mål - middelrelasjon og konsekvenser for styringsform (Ouchi (1979) fra Pettersen et al. 2008)

Som vi ser av figuren har vi best styringsmulighet dersom resultatmålene er klare og kausalkunnskapen er god. Da kan man benytte både resultatstyring og atferdsstyring. Dersom resultatmålet er uklart, men kausalkunnskapen er god må man benytte atferdsstyring. Ved klare resultatmål og dårlig kausalkunnskap er resultatstyring hensiktsmessig. Når både resultatmål er uklare og kausalkunnskapen er dårlig, vil man være avhengig av rituell styring eller profesjonsstyring.

I følge Busch (2012) kan profesjonsverdier best forklares ved å se på teorier om organisasjonskultur. En gruppes felles normer og verdier «*vokser fram som svar på behovet for å tilpasse seg omgivelsene*» (Busch, 2012:28). I følge Schein (Jacobsen og Thorsvik, 2013) kjennetegnes organisasjonskultur ved at en gruppe deler grunnleggende antakelser, og kulturen er basert på læring. Videre opprettholdes denne kulturen bare så lenge den oppfattes som riktig, og læres videre til nye medlemmer av gruppen. Profesjonskulturen skaper et fellesskap mellom de profesjonelle (Busch, 2012). Denne profesjonskulturen kan både være innenfor en organisasjon eller ha en ekstern funksjon, for eksempel i samfunnsdebatten.

I følge McGuire et al. (1988) er det vanskelig å måle resultatoppnåelse ut fra ressursbruk innen helse når bedret helse er ønsket resultat. Videre redegjør de for at klinisk frihet gir den enkelte lege mulighet til å gjøre sitt beste, men at denne friheten er begrenset ut fra etiske koder/verdier.

Profesjoner kjennetegnes ved at de representerer en spesialisert kompetanse, har eksklusiv kontroll over et avgrenset fagfelt, står i en beskyttet situasjon på arbeidsmarkedet, bygger på et spesifikt høyere studium og bygger på en ideologi med fokus på kvalitet (Busch, 2012).

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) er fordelene med det profesjonelle byråkratiet at man får et godt faglig arbeid og rask problemløsning, takket være delegering av beslutningsmyndighet. Ulempene kan være rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper, noe som vanskeliggjør styring. I tillegg kan fokuset på formalisert kompetanse hindre at man får utnyttet ansattes realkompetanse, samt at faglige standarder settes foran alt annet, noe som kan vanskeliggjøre økonomistyringen. Dette er i tråd med Busch (2012), som viser til at den profesjonsorienterte rasjonaliteten går ut på å velge *«den aktiviteten som er i tråd med profesjonelle verdier og profesjonelle standarder»*. Gjennom felles utdanning og at profesjonen gir egen kultur og identitet får de som jobber innen en gitt profesjon et eget særpreg.

I følge McGuire et al. (1988) kan fastlegen som portvokter oppleve å være i en rolle der han eller hun fordeler helsetjenester etter kost/nytte-perspektiv. I denne sektoren er det vanskelig kun å måle resultater ut fra pris, men en vurdering av ressursallokering bør på et slags vis gjøres ut fra mengde helse produsert. Dette er vanskelig å måle, men McGuire et al. mener at dersom legen tenker mer over hvilken effekt den aktuelle behandlingen kan gi og hvilke konsekvenser hans eller hennes beslutning får for de samlede ressursene, hadde det hjulpet. På den annen side redegjør McGuire et al. (1988) for at en slik sammenblanding av medisinsk og økonomisk tenkning kan gi legen uheldige bindinger i agent-rollen. Dette utdypes av Eriksen (2012: 230) som redegjør for at fastlegen opplever det som en konflikt og på den ene siden bare skal tenke på pasienten, mens han eller hun samtidig, ifølge helsepersonelloven, skal forvalte samfunnets ressurser på en rimelig måte.

Norheim-utvalget (NOU 2014:12) argumenterer på samme måte som McGuire et al. for at legen bør være klar over de ressursmessige konsekvensene av de ulike undersøkelser som rekvireres. Videre opplyser Norheim-utvalget at undersøkelser har vist at leger har liten

kunnskap om kostnader for legemidler og MR-undersøkelser. Vi antar at det samme gjelder for kostnader til laboratorieanalyser. Denne antakelsen finner vi støtte i fra Eriksen (2012: 232), som basert på en undersøkelse fra 2010 finner at fastleger «*har spesielt dårlig kunnskap om kostnaden av laboratorietjenester ...*»

2.2.3 MOTIVASJONSTEORIER

Utfordringen med de motstridene funksjonene som fastlegen har, ved både å ivareta pasientens interesser og samtidig ta hensyn til samfunnskostnader, tilsier at det ikke er tilstrekkelig kun å basere seg på profesjonsstyring. Av den grunn vil vi redegjøre for motivasjonsteorier. Motivasjon kan defineres som biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet ved måloppnåelse (Kaufmann og Kaufmann 2003:43).

Behovs- og forventningsteori er ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) de motivasjonsteoriene som gjennom forskning har påvist hvilke grunnleggende forutsetninger som må være tilstede for å skape motiverte medarbeidere. Forventningsteorien (kognitiv teori) betrakter motivasjon og vilje til ytelse som utløst av forventninger til å oppnå bestemte resultater av de utførte handlinger. Behovsteorien betrakter motivasjon til å være utløst av spesifikke menneskelige behov som motiverer individet til handling, og dermed blir bestemmende for den enkeltes atferd. Jacobsen og Thorsvik (2013) og Kaufmann og Kaufmann (2003) betegner Hertzbergs to-faktorteori og Maslows behovshierarki som de mest innflytelsesrike behovsteoriene.

Maslows behovshierarki tar utgangspunkt i at mennesket har fem grunnleggende behov: fysiologiske behov, sikkerhetsbehov, sosiale behov, behov for anerkjennelse og behov for selvrealisering. Ifølge Maslow får ikke et individs behov for selvrealisering oppmerksomhet, før behov på lavere nivå er tilfredsstilt (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Maslows motivasjonsteori har imidlertid blitt kritisert og utfordret basert på at behovskategoriene er upresist formulert og at innholdet i dem derfor fremstår som noe uklart. Med utgangspunkt i Maslows behovshierarki utviklet David McClellands en teori der hovedresonnementet er at

det er mulig å søke behovstilfredsstillelse i begge retninger (Jacobsen og Thorsvik, 2013; Kaufmann og Kaufmann, 2003). Dette tilsier at selv om de fysiologiske behovene ikke er tilfredsstilt så kan likevel behovet for samhandling og sosial tilhørighet med andre være den viktigste motivasjonen for atferd.

Frederick Herzberg utarbeidet på slutten av 1950-tallet en to-faktorteori som vakte stor interesse fordi den utfordret gjengse oppfatninger av de underliggende dimensjonene ved de ulike jobbegenskapene (Kaufmann og Kaufmann, 2003). Nærvær av motivasjonsfaktorene utgjør de vesentlige grunnene til at mennesker skaper motivasjon. Grunnprinsippet til Herzberg er at en medarbeider som trives vil være motivert og produktiv. Herzberg skilte imidlertid mellom motivasjonsfaktorer som virker fremmende på jobbtrivsel, men som ikke nødvendigvis utløses mistrivsel i den grad de ikke er tilstede og hygiene faktorer som skaper mistrivsel i den grad de ikke er tilstede, men ikke nødvendigvis trivsel ved at de er tilstede (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Som eksempel på motivasjonsfaktorer finner vi ansvar for eget arbeid og arbeidssituasjon, prestasjoner (tilfredshet ved å gjøre en god jobb), anerkjennelse fra andre og forfremmelse. Hygiene faktorer kan bl.a. beskrives som lederens kompetanse og måte og lede på, fysiske arbeidsforhold, de mellommenneskelige forholdene (relasjoner), sikkerhet i jobben, lønnsforhold og status. Herzberg peker her på ulike faktorer som motiverer til endret holdning eller atferd (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Dersom vi knytter denne teorien til fastlegene og deres portvokterrolle, så vil motivasjonsfaktorer som anerkjennelse eksempelvis kunne bidra til endret holdning når det gjelder bevissthet rundt kostnader knyttet til laboratorietjenester. Motivasjon for å tilfredsstille pasientenes behov på en god måte (prestasjon) vil også være avgjørende for hvordan hver enkelt fastlege velger å benytte laboratoriemedisinske tjenester. Innenfor hygiene faktorer kan det tenkes at relasjoner og status kan være utløsende for en atferdsendring hos fastlegen i den forstand at et godt samarbeid mellom fastlege og laboratorielege gir sikkerhet i jobben.

2.3 SAMMENFATNING AV TEORI

Vi har i dette teorikapitlet sett på hvordan markedet for laboratorietjenester er organisert, og hvilke utfordringer som kjennetegner et slikt marked. Hovedutfordringen er at en prismekanisme ikke kan benyttes til å justere tilbud og etterspørsel. Videre har vi gjennomgått alternative måter å styre aktiviteten på. Vi har tatt utgangspunkt i tradisjonell prinsipal-agent-teori, og pekt på forutsetninger for at denne type kontrakt skal fungere. Fastlegen som portvokter, er ment å skulle fungere som agent for spesialisthelsetjenesten (prinsipalen). For at dette prinsipal-agent-forholdet skal fungere etter hensikten er prinsipalen avhengig av å kunne gi agenten incentiver til å handle i tråd med ønsket atferd.

På grunn av ordningens brudd med det finansielle ansvarsprinsippet har ikke fastlegen økonomisk incentiv til å opptre som agent for laboratoriet. Likevel kan det være andre ikke-økonomiske incentiver som kan påvirke fastlegens/agentens atferd. For alle aktørene i dette markedet er medisinsk-faglig kompetanse et tungtveiende argument for å endre atferd. På laboratorieområdet er ikke alle nødvendige forutsetninger for at prinsipal-agent-teorien skal fungere optimalt oppfylt, og vi har derfor redegjort for andre styringsverktøy.

Profesjonsstyring er særskilt relevant innenfor helsesektoren, der kultur og tradisjon har stor påvirkningskraft. I tillegg har vi gjennomgått motivasjonsteorier for å supplere teoriene om profesjonsstyring.

Vi vil i empiri-kapitlet vise hva våre informanter mener er drivere for etterspørselen etter laboratorietjenester. Videre redegjør vi for hvordan aktørene oppfatter at portvokter-rollen i praksis samsvarer med prinsipal-agent-teorien. I kapitlet tar vi for oss hvilke incentiver som styrer atferden til fastlegene, samt hvordan kompetanse og profesjonsstyring kan bidra til å påvirke atferd.

3 METODE

Hensikten med denne oppgaven er å bidra med kunnskap om vår avgrensede problemstilling, som definert i kapittel 1.2. I dette kapitlet beskrives metoden vi har valgt for å kunne besvare problemstillingen. Å bruke en metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen et al. 2011). Valgt metode avgjør hvordan man går frem for å innhente, analysere og tolke data, og er et hjelpemiddel for å kunne beskrive empirien. Det er problemstillingen som avgjør valg av metode, og vi har tilpasset vår fremgangsmåte med egen problemstilling som utgangspunkt.

3.1 VÅRT STÅSTED

Ontologi er læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut, mens epistemologi går ut på hvordan og i hvor stor grad er det mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten (Jacobsen, 2000:25). Hvordan vi oppfatter verden påvirker innhold, metodevalg og analyser i oppgaven. Derfor er det behov for å reflektere over vårt ståsted og forsøke å klargjøre dette. Vi har i denne oppgaven valgt en hermeneutisk tilnærming. Det vil si at vi mener virkeligheten er konstruert av mennesker, og vi må derfor studere hvordan mennesker oppfatter denne virkeligheten (Jacobsen, 2000:31).

Våre erfaringer og faglig bakgrunn er en del av vårt ståsted, som påvirker våre vurderinger, holdninger og tankesett i denne oppgaven. En av oss jobber i ledergruppen ved diagnostisk klinikk ved Nordlandssykehuset HF, mens den andre er ansatt ved Helse Nord RHF. Vi er begge utdannet økonomer og har arbeidsoppgaver der virksomhetsstyring er i fokus. Laboratorietjenester har vært et fagfelt vi begge har jobbet med, men fra ulikt ståsted.

3.2 FORSKNINGSSTRATEGI

Formålet med denne oppgaven er å studere hvilke utfordringer dagens finansieringsordning gir for virksomhetsstyringen av laboratoriet i sykehuset, og hvilke tiltak som kunne tenkes å påvirke styringsmulighetene. Undersøkelsen vår er deskriptiv, og vi har valgt en kvalitativ forskningsdesign med intervju. Årsaken til at vi har valgt en kvalitativ design er at et intensivt undersøkelsesopplegg lar oss gå i dybden på problemstillingen (Jacobsen, 2000). På denne

måten ønsker vi å få en så helhetlig forståelse som mulig, for å forstå hvordan finansieringsordningen for laboratorietjenester påvirker atferden til aktørene.

Gjennom seks kvalitative intervjuer har vi hentet inn hovedtyngden av empirien. I tillegg har vi beskrevet noen egne erfaringer fra laboratorieområdet. Vi valgte det åpne individuelle intervjuet som metode, fordi vi er interessert i hvilke holdninger den enkelte lege har til vår problemstilling. Ved å ha en åpen dialog med våre informanter muliggjorde intervjuet at erfaringer og oppfatninger fra informanten kom frem på en god måte (Johannessen et al. 2011).

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer, basert på en intervjuguide. I et semistrukturert intervju er intervjuguiden et overordnet utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål og rekkefølge kan varieres (Johannssen et al. 2011:145). Fordelen med dette er at man kan utnytte den kompetansen man tilegner seg i intervjuene, ved at man har mulighet til å generere spørsmål underveis. Et eksempel på dette fikk vi da vi i første intervju lærte at fastlegene har tilgang på statistikk over egen sykemeldingspraksis sammenlignet med andre.

Vi benyttet to ulike intervjuguides: en for fastleger (vedlegg 1) og en for laboratorieleger (vedlegg 2). Dette basert på at legene har ulike utgangspunkt i sin arbeidshverdag og tilknytninger til vårt tema. I noen grad fikk informantene samme spørsmål. Vi tok utgangspunkt i teori og aktuelle artikler ved utformingen av intervjuguidene. Ved å knytte intervjuguiden så sterkt til teori fikk vi etter vår mening en fordel da vi skulle analysere intervjuene i etterkant. Vi kunne på en enklere måte kategorisere svarene i tråd med aktuell teori.

3.3 UTVALGSSTRATEGI

Vi har intervjuet fire fastleger og to laboratorieleger. Antallet ble begrenset til seks av hensyn til tid og ressurser. Alle informanter er tilhørende i samme kommune. Det vil si at alle fastlegene sender sine laboratorierekvisisjoner til det samme laboratoriet som laboratorielegene jobber ved.

En svakhet ved oppgaven kan være at alle informanter tilhører samme kommune, og at vi ikke vil avdekke om aktører i andre kommuner eller tilhørende andre helseforetak har en annen oppfatning av våre spørsmål. Samtidig er utvalget vårt så lite at å intervju noen fra andre områder likevel ikke ville gitt gode nok data til å sammenligne ulikheter mellom kommuner eller helseforetak. På den annen side kan det at informantene jobber i samme kommune styrke muligheten for å få dybdekunnskap om fenomenet vi undersøker.

Bakgrunnen for at vi valgte å intervju både fastleger og laboratorieleger er at de i sin arbeidshverdag møter temaene rundt vår problemstilling fra ulike vinkler, og vi forventer at de vil kunne ha noe ulik oppfatning av temaene. Dette ville etter vår vurdering gi oss mer utfyllende informasjon. Med andre ord var utvalget formålsorientert, jf. Jacobsen (2000). Begge informantene som jobbet som laboratorieleger hadde tidligere erfaring fra primærhelsetjenesten, og hadde derfor god forståelse for hvordan arbeidshverdagen til fastleger arter seg. Vi valgte informanter med varierende erfaring og det er kjønnsbalanse i utvalget for både fastleger og laboratorieleger.

3.4 DATAINNSAMLINGSPROSESSEN

Intervjuene ble gjennomført i løpet av april 2016. Vi brukte nesten en hel måned på å få gjennomført intervjuene, fordi to av informantene vi hadde gjort avtale med falt fra underveis og det tok tid å finne nye informanter. Intervjuene hadde en varighet på 0,7 til 1,25 timer. Intervjustatistikken fremkommer i tabellen på under.

	Intervju A	Intervju B	Intervju C	Intervju D	Intervju E	Intervju F
Dato	1.4.2016	1.4.2016	1.4.2016	7.4.2016	18.4.2016	28.4.2016
Tid	55 min.	75 min.	65 min.	56 min.	40 min.	43 min.
Sted	Pauserom på legekontor	Møterom i HF	Møterom i HF	Møterom i HF	Møterom i HF	Pauserom på legekontor
Rolle	Fastlege	Lab-lege	Lab-lege	Fastlege	Fastlege	Fastlege

Tabell 1: Intervjustatistikk

Vi kontaktet aktuelle informanter på e-post eller sms for å redegjøre for hensikten med intervjuet, med forespørsel om dette var noe de kunne tenke seg å delta på. Alle informantene

ble videre kontaktet per telefon for å avklare tid og sted. To av fastlegene ønsket at vi skulle komme til deres legekontor, mens de øvrige ønsket å bli intervjuet på et møterom på sykehuset. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert av oss. Vi opplevde at tre av informantene i ettertid tok kontakt med oss for å understreke momenter de synes var viktige.

3.5 DATAANALYSE

Etter å ha transkribert intervjuene laget vi en samlet oversikt i en tabell der den første kolonnen viste tema knyttet til vårt teorikapittel. På radene bortover satt vi inn nummer og kjennetegn for hver informant, slik at vi kunne gruppere hva de ulike informantene uttalte om de ulike temaene. Da fikk vi en samlet oversikt, som vi brukte som grunnlag for tolkning og hovedfunn.

3.6 SVAKHETER VED METODEN

Mulige undersøkelseeffekter ved kvalitative intervjuer er intervjuereffekt og konteksteffekt (Jacobsen, 2000). Ved intervjuereffekt kan intervjuerens tilstedeværelse skape spesielle resultater. For eksempel kan det tenkes at informantene følte en ubalanse ved at vi var to, mens den enkelte informant bare var en. Videre kan vår begrensede erfaring med intervju i forskningssammenheng være med å påvirke svarene vi fikk (Johannessen, 2011:151). For å sikre at intervjuene ble så like som mulig hadde vi en fast arbeidsdeling der én intervjuet, mens den andre tok notater.

Konteksteffekter kan oppstå ved at stedet der intervjuet foretas kan skape spesielle resultater. Laboratorielegene ble intervjuet på møterom i eget helseforetak, og var i kjente omgivelser. Det samme kan sies om to av fastlegene, som ble intervjuet på eget kontor. De øvrige ble etter eget ønske intervjuet i et møterom på helseforetaket.

Vi vektla at informantene skulle føle seg trygge og vi forsøkte å skape en hyggelig atmosfære under intervjuene ved blant annet å by på kaffe. Innledningsvis redegjorde vi for vårt forskningsprosjekt, og vi startet med generelle, åpne spørsmål. Vi holdt oss i stor grad til den semistrukturerte intervjuguiden, men vekslet noe frem og tilbake. Underveis stilte vi oppfølgingsspørsmål for å få nærmere utdypet det informantene sa. I slike tilfeller kan det

være utfordrende ikke å påvirke informantene ubevisst i retning av de svarene vi forventer eller ønsker og høre.

3.7 RELIABILITET OG VALIDITET

God reliabilitet/pålitelighet og god validitet/gyldighet er forutsetninger for ekstern gyldighet (Jacobsen, 2000:369), det vil si at vi kan generalisere et funn fra en undersøkelse.

God reliabilitet innebærer at man ved å undersøke et fenomen flere ganger får samme resultat. Reliabilitet kan sikres ved å gjenta den samme undersøkelsen, eller ved at flere forskere undersøker samme fenomen (Johannessen et al. 2011:44). Vi har ikke lagt opp til testing av reliabilitet innenfor rammene av denne oppgaven. I kontakten med informantene hadde vi fokus på at de skulle føle seg trygge, og vi understreket både ved forespørselen og ved oppstart av det enkelte intervju at informantene var sikret full anonymitet og at alle lydopptak ble slettet i etterkant av undersøkelsen.

Noen av informantene vi har intervjuet jobber i diagnostisk klinikk ved Nordlandssykehuset HF. Det kan tenkes at disse kan ha blitt påvirket av at den ene av oss jobber i ledergruppen ved samme klinikk, og det er mulig at den enkelte har tilpasset sine svar på grunn av dette. Et tiltak vi gjorde for å styrke reliabiliteten var at den av oss som ikke jobber i Nordlandssykehuset gjennomførte alle intervjuene.

Vår erfaringsbakgrunn og subjektive oppfatninger påvirker vår tolkning av data og analyser, noe som også vil gi reliabilitetsutfordringer. Dette har vi forsøkt å være bevisste på. Vi har samme faglige bakgrunn, men at vi kommer fra ulike deler av foretaksgruppen har vært til hjelp for og samlet få en mer helhetlig og nyansert forståelse av det fagfeltet vi har undersøkt. Med ulik innfallsvinkel og bakgrunnskunnskaper til problemstillingen har vi kunne korrigere hverandres synspunkter og tolkninger til en viss grad.

Validitet betyr gyldighet, og vi skiller mellom intern og ekstern gyldighet. Intern gyldighet er hvorvidt resultatene oppfattes som riktige. En måte å teste dette på er å sjekke egne

konklusjoner mot andre undersøkelser (Jacobsen, 2000:207). Vi har i stor grad funnet støtte i en artikkel av Ida Iren Eriksen (2012), som har gjort en egen undersøkelse av fastleger og kostnader. Videre mener vi at vi ved å intervjuer både fastleger og laboratorieleger har økt validiteten, fordi begge grupper har nærhet til fenomenet vi undersøker, men fra ulike ståsted.

Ekstern gyldighet dreier seg om hvorvidt resultatene fra vår undersøkelse kan generaliseres. For kvalitative undersøkelser er sjelden hensikten å generalisere til en stor populasjon, men en slik undersøkelse har til hensikt å forstå og utdype fenomener (Jacobsen, 2000:213-214). Vi mener at teori og undersøkelsen til Eriksen (2012) er med på å understøtte vår forståelse av problemstillingen.

Videre mener vi at validiteten styrkes ved at vi har intervjuet ansatte i egen klinikk, fordi nærhet til virksomheten bidrar til at vi og informantene forstår hverandre godt. I dette ligger at informantene oppfatter hva våre spørsmål dreier seg om, og at vi har større evne til å forstå og tolke deres svar.

3.8 AVGRENSNING

Vi har i denne oppgaven valgt å begrense oss til kun å undersøke laboratoriene ved offentlige sykehus. De private laboratoriene analyserer også en viss andel av laboratorieprøver for primærhelsetjenesten, men det er den offentlige spesialisthelsetjenesten som står for det største volumet. I tillegg er det litt ulike rammebetingelser for de to aktørene, ettersom de private laboratoriene kan velge hvilke analyser de ønsker å tilby, men det offentlige må tilby det som etterspørres. I praksis er det slik at mer spesielle analyser bare utføres av ett eller få laboratorier, eventuelt sendes til utlandet, men det er fortsatt sånn at helseforetaket i pasientens opptaksområde må betale for analysen.

Videre er vi kjent med at Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse jobber med et kodeverk for laboratorieområdet, som skal danne grunnlag for en ny finansieringsordning. I følge planen skal ordningen innføres i 2017. Vi har fått opplyst fra Helsedirektoratet at det nye systemet ikke vil ha betydning for de totale refusjonene for laboratorieanalyser, men vil føre

til en omfordeling mellom dagens analyser. Det vil si at analyser som gir for høy refusjon i forhold til kostnaden vil få lavere refusjon, og omvendt. Ettersom totale kostnader ikke forventes å endre seg har vi valgt ikke å ta hensyn til dette i vår undersøkelse.

En annen avgrensing i oppgaven er, som nevnt, at vi forholder oss til bare ett av helseforetakene og én kommune i vår region.

4 EMPIRI

I dette kapitlet redegjør vi for våre empiriske funn. Vi starter med å redegjøre nærmere for hvordan laboratorietjenestene er finansiert i dagens system, og hva som er utfordrende med denne organiseringen. I kapittel 4.2 redegjør vi for informantenes erfaringer, synspunkter og holdninger. Til slutt, i kapittel 4.3, oppsummerer vi fem hovedfunn.

4.1.1 KONTEKST

Laboratorier i norske sykehus finansieres ulikt avhengig av om analysen skal utføres for en pasient som er inneliggende i sykehus eller en pasient som er til poliklinisk konsultasjon.

De inneliggende pasientenes analyser forutsettes å dekkes gjennom ISF-ordningen. Det innebærer at det legges til grunn at den enkelte DRG-prosedyre også forutsetter å ha kostnader for tilhørende laboratorietjenester dekket gjennom ISF-refusjon.

Kostnadene til polikliniske analyser forutsettes dekt gjennom en kombinasjon av rammetilskudd og refusjonstakster fra Helfo (Helseøkonomiforvaltningen i Norge). Det er angitt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) at takstrefusjonene i gjennomsnitt skal dekke 40 % av kostnadene, mens de resterende 60 % forutsettes dekt gjennom rammefinansiering. Det er disse takstrefusjonene som ikke ble prisjustert fullt ut i statsbudsjett 2016, noe som i praksis betyr at rammen må dekke en større andel av kostandene. Ved å redusere antall analyser vil rammen kunne finansiere en relativt sett større andel av kostnadene.

Helseforetakene kjøper i tillegg laboratorietjenester fra private laboratorier. Kjøpet baserer seg på anbudskonkurranser. Det er også mange legekontorer som velger å sende sine analyser til private aktører, der Fürst Medisinsk Laboratorium er den største aktøren. Fürst får polikliniske takster fra Helfo, på lik linje med offentlige laboratorier. Vi velger i denne oppgaven ikke å gå nærmere inn på diskusjonen omkring private aktørers betydning for tjenesteområdet, jf. kapittel 3.9.

Staten har ved flere anledninger forsøkt å begrense kostnadsveksten ved å kutte i takstrefusjonen. I 2004 ble takstene satt ned med omtrent 7 % (RTV-Rapport 02/2006). I statsbudsjett 2005 (St. prop. nr. 1 (2004-2005)) ble den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk laboratorievirksomhet halvert, mens rammen til RHF-ene ble økt tilsvarende. Ved å redusere den aktivitetsbaserte delen av finansieringen var det tenkt at staten skulle få bedre kontroll på egne utgifter. Likevel fortsetter en problematisk kostnadsøkning for laboratorietjenestene.

Vi antar at det er mange forhold som medfører økt aktivitet for laboratorietjenester, der noen av disse skyldes økte behov, mens andre skyldes endret medisinsk praksis. Noe av veksten som skyldes økt behov kan forklares ved at befolkningens levealder øker, noe som fører til flere diagnoser og sykdommer som utredes og behandles. I tillegg ser vi en økning i livsstilssykdommer (eksempelvis diabetes eller fedme). Endret medisinsk praksis kan blant annet komme som følge av en teknologisk utvikling som gir økte muligheter for analyser, og vi antar at nye pakkeforløp for kreft kan gi et økt aktivitetsvolum for laboratoriene. Andre årsaker som forklarer veksten kommer vi tilbake til i kapittel 4.2, der vi presenterer synspunkter som fremkom i intervjuene.

4.1.2 AKTIVITET - LABORATORIETJENESTER

For å gi et innblikk i volum og kostnader knyttet til laboratorietjenester presenterer vi her et utvalgt fagområde som illustrasjon. Vi har begrenset vårt utvalg til medisinsk biokjemi, fordi dette er en type analyser som i stor grad rekvireres av primærhelsetjenesten. Eksempler på analyser innen medisinsk biokjemi er D-vitamin, jern, kalsium, kalium, kreatinin, insulin eller stoffskifteprøver.

Som utgangspunkt ønsket vi en oversikt som viser utviklingen i volum av laboratorierekvisisjoner fra primærhelsetjenesten de siste fem år. Dette viste seg å være vanskelig tilgjengelige data. Det har ikke vært mulig for oss og skaffe til veie nasjonale tall. Videre har vi forsøkt å få en oversikt over utviklingen i foretaksgruppen til Helse Nord, men også dette har bydd på store utfordringer. Etersom vi jobber innenfor den aktuelle virksomheten hadde

vi forventet at dette skulle være mulig å få tak i. Det viste seg at tallene er vanskelig tilgjengelig for det enkelte helseforetak.

Vi har ikke mulighet til å hente ut statistikk over medisinsk biokjemi sentralt fra Helse Nord RHF, og ble avhengig av å få tilsendt statistikk fra det enkelte laboratorium ved sykehusene i regionen. Det er totalt elleve laboratorier i Helse Nord, og av disse er det ett som aldri leverte statistikk på forespørsel fra oss, mens et annet ikke leverte fullstendig statistikk. I tillegg er det mye manuelt arbeid for å få ut statistikken, og dermed en stor mulig feilkilde. Videre har det de senere år vært en større omlegging av datasystemer innenfor laboratoriemedisin, noe som ytterligere øker sannsynligheten for at det ikke vil være korrekt å sammenligne tall over år. Basert på de tallene vi har mottatt er det for enkelte laboratorier så store variasjoner mellom år at vi velger ikke å stole på at tallene er riktig.

Vi har derfor valgt kun å presentere en oversikt over utviklingen av utvalgte koder fra ett av foretakene i Helse Nord. Disse kodene viser en vekst i rekvirerte analyser fra primærhelsetjenesten over årene 2011-2015 på 18 % for det aktuelle laboratoriet.

Takst	2011	2012*	2013	2014	2015
707a	642 034	655 998	669 962	669 771	722 508
707b	251 708	257 761	263 813	272 691	297 139
707c	126 755	150 903	175 051	201 085	145 594
707d	9 008	9 315	9 621	9 931	9 479
707e	3 139	3 066	2 993	3 710	38 957
Totalsum	1 032 644	1 077 042	1 121 440	1 157 188	1 213 677

*Pga dataproblemer er 2012 estimert ut fra gjennomsnitt 2011 og 2013

Tabell 2: Vekst i perioden 2011-2015 for utvalgte koder innen medisinsk biokjemi fra ett HF i Helse Nord

Fordi dette er analyser som har et høyt volum vil de også generere høye kostnader. Som en enkel analyse har vi, basert på at takstrefusjonen skal dekke 40 % av kostnaden til den tilhørende analysen, valgt å illustrere hvor mye denne veksten utgjør i kostnader. Vi har tatt utgangspunkt i takstrefusjonen for 2016 ved beregning av alle år, slik at beregningen er gjort uten prisjustering.

Takst	2011	2012*	2013	2014	2015
707a	6 420 340	6 559 980	6 699 620	6 697 710	7 225 080
707b	7 551 240	7 732 815	7 914 390	8 180 730	8 914 170
707c	8 555 963	10 185 953	11 815 943	13 573 238	9 827 595
707d	1 801 600	1 862 900	1 924 200	1 986 200	1 895 800
707e	1 247 753	1 218 735	1 189 718	1 474 725	15 485 408
Totalsum	25 576 895	27 560 383	29 543 870	31 912 603	43 348 053

Tabell 3: Kostnadsvekst i perioden 2011-2015 for utvalgte koder innen medisinsk biokjemi fra ett HF i Helse Nord

Som vi ser av beregningen har kostnadene økt fra 25,6 mill. kroner i 2011 til 43,3 mill. kroner i 2015. Dette tilsvarer en økning på 69 % på fire år. Veksten kan delvis forklares ved at det er gjennomført en omlegging slik at volumet for kode 707c er redusert, mens volumet for kode 707e (som gir høyere takst) har økt. Eksempelet illustrerer noe av utfordringene med dagens system. Ulvestad (2000) støtter opp om dette ved å understreke at en generell takstreduksjon kan få uoversiktlige medisinske konsekvenser. «*Generelle reduksjoner er uttrykk for budsjettstyrt kostnadskontroll, en form for kontroll som i liten grad samsvarer med politikernes ønske om mer målstyrt forvaltning*» (Ulvestad, 2000:2). Dette innebærer i praksis at man ved å redusere takstrefusjonene overfører kostanden fra Helfo til sykehusbudsjettene. Gitt at aktiviteten holder seg på samme nivå, betyr dette at sykehusene må ta en større andel av kostandene på eget budsjett.

4.2 INFORMANTENE OG LABORATORIETJENESTER

Veksten innenfor laboratorietjenester er sterk selv om noe kan forklares med teknologisk utvikling og endringer i befolkningen. Vi har intervjuet fastleger og laboratorieleger for å spørre om andre faktorer som kan forklare veksten, samt hva de mener er utfordringene med dagens system. Vi vil i det følgende gjennomgå våre empiriske funn etter seks intervjuer. Informantene omtales som A, B, C, D, E og F. De empiriske funnene organiseres i tråd med gjennomgått teori.

4.2.1 TILBUDSRELATERTE FAKTORER SOM PÅVIRKER ETTERSPØRSELEN

Endring i tilbud forekommer i hovedsak i tilknytning til teknologisk utvikling. Enten ved at nye tester utvikles, eller ved at bedre tester kommer på markedet og at tradisjonelle tester dermed byttes ut. Informant B (lab-lege) uttalte: «*Bestillingene fortsetter nok så lenge de er*

på skjemaet. Men i det man får en ny og bedre analyse vil folk begynne å ta den, når de vet at den finnes».

En av våre fastleger, informant A (fastlege), ga uttrykk for at tilbudet av laboratorieanalyser er så omfattende at det ikke er enkelt for en fastlege å opprettholde kompetansen med følgende utsagn: *«De siste årene har det blitt en skog av lab-analyser, og det kommer hele tiden nye, så jeg tror det er lett å gå seg vill i den blodprøvejungelen»*

Lett tilgang og teknologisk utvikling er med på å øke etterspørselen etter laboratorietjenester, noe alle informantene ga uttrykk for. *«Det er jo klart - tilgangen er god –vi har lett tilgang til alt. Vi får jo resultatet av lab-prøvene allerede på ettermiddagene – det kan ha vært tatt prøve på morgenen – og det er jo fantastisk», informant F (fastlege).*

Alle informantene våre som var fastleger ga uttrykk for at de tror over-rekvirering forekommer, og at de selv hadde rekvirert laboratorieanalyser som de har tenkt egentlig ikke var nødvendig. Informant E (fastlege) ga uttrykk for at lett tilgang og ingen form for begrensing gjør at over-rekvirering forekommer: *«Men likevel kjenner jeg, selv om jeg har jobbet i snart 10 år, så kjenner jeg likevel at det er fort gjort å slenge på et ekstra kryss, vil jeg si. Ta noen ekstra prøver.»*

På samme måte ga informant D (fastlege) uttrykk for at tilbud genererer etterspørsel med følgende sitat: *«Har du tilgang til ressurser så blir de brukt også».*

Flere av våre informanter ga uttrykk for at tilbudet av analyser som ikke resulterer i behandling av pasienten har begrenset verdi. Eksempler på dette er luftveisprøver/influensaprøver. For de fleste pasienter har det ikke betydning hvilken type influensa de har/har hatt. Dette har bare betydning for pasienter i risikogrupper eller de som er

innlagt på sykehus (disse skal isoleres fra andre pasienter). Ofte rekvireres denne type prøver når pasienten er på bedringens vei, og resultatet har ikke annen verdi enn at pasienten da får en bekreftelse på at han eller hun har hatt eksempelvis svineinfluensa.

Oppsummert mener informantene:

- Tilbudet av laboratorieprøver er omfattende og voksende.
- Det er flere faktorer knyttet tilbud som genererer etterspørsel.
- Over-rekvirering fra primærhelsetjenesten forekommer.
- Enkelte tilbudte laboratorieprøver har begrenset verdi for pasientbehandlingen.

4.2.2 ROLLEN SOM PORTVOKTER

Fastlegens rolle som portvokter er en mekanisme som er tiltenkt som en funksjon for å begrense etterspørselsveksten. Gjennom intervjuene fikk vi forståelsen av at pasientens rolle påvirker fastlegens atferd. Alle informantene våre reflekterer over egen rolle som portvokter for spesialisthelsetjenesten. De oppfatter portvokterrollen som en posisjon der man skal «sile ut» de pasientene som skal videre i et spesialisert forløp, og de som ikke skal det. Flere gir uttrykk for at dette er noe som blir diskutert på lege-studiet, men at laboratorietjenester kanskje ikke er det mest omtalte området i denne sammenheng.

Alle informantene våre er enige om at presset og kravet fra pasienter har økt etter at internett kom. De opplever at pasienter har økt kompetanse sammenlignet med tidligere, og at de aktivt søker informasjon i forkant av legebesøket. Når de så kommer til fastlegen sin har de ofte en forventning om hva fastlegen skal gjøre.

Informant A (fastlege) uttalte:

«Jeg tror utviklingen er at pasienten bestemmer i større og større grad. De blir mer opplyst, de bruker internett mye. Folk er mer opplyst i dag enn før. Jeg tror nok at utviklingen går dit hen at det er de som i stor grad bestemmer. Det ser man hos de som går mye til legen og har

sterke meninger, de får generelt mere utredning enn de som er litt forsiktig av seg og ikke går så mye til legen»

Det oppleves krevende for fastlegene å veilede pasienter som har så bestemte forventninger til videre utredning. Informant E (fastlege) sa: *«folk stoler nesten mindre på det som vi leger sier, de stoler mer på det de finner på nett»*

Tilsvarende opplevde informant F (fastlege) at portvokterrollen er krevende å håndheve i praksis *«Det er kundene våre så vi skal jo være litt forsiktig»*. Videre forklarte informanten at laboratorietjenester ikke er det området der det er mest fokus på rollen som portvokter. *«Jeg tror egentlig det er vanskeligere å være portvakt på lab-siden. Skal du avslutte noe... vi tar nå litt ekstra prøver. Det er lettere å avvise på andre områder»*, informant F (fastlege).

Flere av informantene oppga at de til tider føler seg som en «bestiller» for pasientene. Pasienter som kommer til fastlegen og ber om en henvisning videre eller en bestemt blodprøveanalyse, uten at de først redegjør for hva som er problemet. Informant D (fastlege) forklarte det på denne måten:

«.....man sitter der som en bestiller-funksjon. Pasienten kommer og sier «jeg har vondt i kneet og må få en MR». Det er det det går på. Spørsmålet er ikke «hva kan det være?». Her er det mer, du kommer med bestillingen.»

Informant E (fastlege) kom med tilsvarende utsagn om rollen som bestiller:

«Folk kommer jo med veldig klare bestillinger. Det gjør de definitivt. Du har alt i fra blodprøver og MR. Henvisning sånn og sånn. Noen åpner samtalen med at de vil ha henvisning til en MR. Så må jeg spørre «hvorfor vil du det, hva er det?». Da jeg var helt fersk lege var det vanskeligere å avvise de der, hvis det ikke var medisinsk grunn til det, men det blir lettere å begrunne hvorfor man ikke skal ta det, når man har jobbet noen år. Så jeg

henviser færre enn jeg gjorde da jeg var fersk. Da hadde jeg lavere terskel. Da visste jeg ikke bedre»

Tilsvarende forklarte informant F (fastlege) at pasienten ofte forventer at legebesøket skal resultere i prøver eller undersøkelser, selv om legens skjønn tilsier at det ikke er nødvendig. *«Men det er ikke alle som slår seg til ro med det, har de først kommet til legen etter å ha ventet i tre uker så forventer de at det tas noen prøver. Det er ikke alle som stoler på det legen har sagt, de vil gjerne ha tatt noen prøver»*, informant F.

Oppsummert mener informantene:

- Pasienter har mer kompetanse enn før.
- Opplyste og krevende pasienter gjør portvokter-rollen mer utfordrende.
- Fastlegene opplever i økende grad å inneha en bestiller-rolle.

4.2.3 INCENTIVER

Med dagens finansieringsordning har fastlegene i liten grad direkte økonomisk incentiv til å redusere sin rekvirering av laboratorieanalyser. Informantene uttrykte at det ikke har betydning for økonomien i egen praksis hvor mye de rekvirerer og informant A (fastlege) uttalte følgende: *«Jeg har aldri som fastlege tenkt at jeg ikke burde ta denne blodprøven fordi den genererer en kostnad for samfunnet, det har jeg aldri gjort»*

To av informantene fortalte historier der fastlegen fikk et økonomisk incentiv til å sende analyser til sykehusets laboratorium, som egentlig kunne vært håndtert av eget legekontor. Informant E fortalte at de gjør en del laboratorieanalyser ved eget kontor, og de fleste av disse er forholdsvis enkle. En analyse kontoret utførte er en såkalt hbhc-analyse. Informanten beskrev at denne typen analyse er forholdsvis dyr, og derfor valgte de alltid å sende den til laboratoriet ved sykehuset, dersom det ikke haster med å få svar, selv om de kunne utført den selv på legekontoret.

Tilsvarende fortalte informant A (fastlege) om en fastlege ved et annet legekantor som ofte gjorde en bestemt kombinasjon av to laboratorieanalyser ved mistanke om infeksjon. Analysene ble gjennomført ved legekantorets laboratorium, og kontoret fikk takstrefusjon fra Helfo. Etter en viss tid hadde denne legen fått tilbakemelding fra Helfo om at vedkommende ofte hadde gjort denne analyse-kombinasjonen, med spørsmål om det strengt tatt var nødvendig. Dette resulterte i at den aktuelle fastlegen sluttet å kjøre kombinasjonen ved kantorets laboratorium, og sendte prøvene til sykehusets laboratorium i stedet. Etter denne endringen hørte han aldri mer om saken fra Helfo, fordi de ikke har den type oppfølging når analyser bestilles via sykehuset. Det hører med til historien at vår informant ikke syns legens kombinasjon av analyser var merkelig.

Flere av informantene gir uttrykk for at de blir opplært til å tenke samfunnsøkonomi under legestudiet, men samtidig forklarer de at de ikke er kjent med kostnaden til de enkelte laboratorieanalysene. Informant B (lab-lege) og F (fastlege) uttrykte at det har vært større fokus på kostnadene på andre deler av diagnostiske tjenester, for eksempel røntgen. Her trekkes MR frem som eksempel på en type røntgen som er kjent for å være kostbar.

Informant A (fastlege) uttrykte det slik: *«Hvis man var klar over kostnaden kunne det hende at man hadde tidligere i større grad tenkt over at kanskje jeg skal prøve å begrense det til 15 prøver, ikke 20»*

Fra informantene som er laboratorieleger trekkes det frem at i et større samfunnsøkonomisk perspektiv kan det være lønnsomt å praktisere en stor andel av screening for å avdekke alvorlige lidelser tidlig, slik at pasienten kan få behandling før sykdomsforløpet er kommet for langt. Eksempler informant C (lab-lege) trekker frem her er diabetes, som kan forårsake hjerteinfarkt, hjerneslag, nyreskader, nerveskader, øyeskader osv. Dersom sykdommen er langt fremtreden før det oppdages vil det være en større kostnad for samfunnet at pasienten vil ha behov for utstrakt behandling i helsevesenet og ikke vil kunne stå i jobb. Et annet eksempel er mangel på vitamin B12, som kan forårsake demens. Dersom dette oppdages i tide kan pasienten behandles. Alternativt kan sykdommen utvikle seg slik at pasienten på et tidligere tidspunkt får behov for en sykehjems plass.

Det er derimot et indirekte økonomisk incentiv til reduksjon som bemerkes av flere. Dersom fastlegen rekvirerer et stort volum av analyser får han eller hun også et stort volum av prøvesvar i retur. Dette genererer merarbeid for fastlegen, og vi kan definere det som en form for transaksjonskostnader. Informant E (fastlege) uttrykker det slik: *«Jo, men hvis jeg tar mye unødig prøver...det skaper jo mye engstelse hvis det er noe som er litt avvik på , og vi må ta kontroll. Det skaper jo merarbeid for meg, pasienten og laben».*

Et incentiv som vektlegges mer av flere er at man som fastlege vil ha medisinske incentiver til å unngå å rekvirere enkelte analyser. Informant D (fastlege) uttrykker det slik:

«Vet i hvert fall før da jeg var mye mer uerfaren, så tok jeg mer prøver enn nødvendig. Men ofte så skaper man seg selv kanskje noen unødvendige problemer. Hvis du da får et patologisk svar som du ikke hadde forventet. Hva skal du gjøre da? For eksempel type sånn villscreening med PSA, prostata-prøve. Det er jo overhodet ikke anbefalt, selv om folk kommer og ønsker å få tatt en sånn prøve. Hva gjør du når du får en PSA-verdi på 8, som er litt forhøyet? Skal man da gå videre eller skal man ikke gjøre det? Skal man da utsette pasienten for den risikoen det medfører å ta diverse undersøkelser? Eller så kan man ha is i magen og vente og se. Det er et sånt dilemma man havner oppi. Man skal ikke ta prøver med mindre det foreligger symptomer fra organsystemer tenker jeg»

I tillegg gir informant C (lab-lege) uttrykk for at fastleger kan være redde for at å unnlate å ta prøver kan medføre at pasienter ikke får diagnose i tide. *«Det er komplisert – man kan av og til havne i et etisk dilemma dersom en lege ikke vil rekvirere enkelte tester for en pasient, og han senere utvikler alvorlig sykdom»* informant C.

Denne frykten beskrives også av informant F (fastlege):

«Men risikoen er jo stor. Hvis man for eksempel nekter en person en henvisning, og så viser det seg at han er syk.... Da er man jo den verste legen i byen. Nå kan folk gå inn på legelistene og skrive hva de mener og synes. Folk uttaler seg om arrogante leger. De som skriver på disse listene er gjerne noen som har blitt nektet noe, for eksempel en henvisning»

Frykten understrekes ved at flere av vår informanter gir uttrykk for at tilsynsmyndighetene gir incentiv til å øke rekvireringen av analyser, for å være på den sikre siden. Informant E (fastlege) uttrykker det slik: «...så blir man kanskje litt redd også for å overse noe. Da kan man jo risikere å få tilsynssak på seg»

Dette støttes av informant D (fastlege) som uttrykker det slik:

«Men så er jo spørsmålet om man tør som både portvokter og advokat å ta den risikoen å la være å ta undersøkelser, med fare for å havne i en klemme. Der tenker jeg at tilsynsmyndighetene skulle vært mer ute og...på behandleren sin side også.»

Også Nordlandssykehuset har de senere år erfart noe endring i praksis ved tilsynssaker fra Helsetilsynet. Tidligere var fokuset hovedsakelig rettet mot systemsvikt og prosedyrer. I den senere tid etterspør Helsetilsynet i tillegg mer opplysninger om den medisinskfaglige ansvarliges kompetanse. For eksempel kan tilsynet be om en skriftlig redegjørelse fra alle involverte parter der hendelsesforløpet beskrives detaljert, inkludert kommunikasjon mellom ulike avdelinger/klinikker ved sykehuset. I økende grad handler Helsetilsynet undersøkelser om hvilken erfaringsbakgrunn den enkelte lege har og de kan for eksempel stille spørsmålstegn ved en leges alder og dokumenterte kompetanse.

Oppsummert mener informantene:

- De viktigste incentivene for å redusere antall laboratorierekvisisjoner er transaksjonskostnader og medisinsk-faglige argumenter.
- Legekontorene har økonomiske incentiver til å sende kostnadskrevende analyser til sykehuset, selv om eget laboratorium kunne håndtert analysen.
- Dagens oppfølging fra Helfo kan gi incentiver til å sende analyser til sykehuset laboratorium, slik at fastlegen ikke får anmerkninger basert på egen praksis.
- Fastlegenes oppfattelse av praksis fra tilsynsmyndighetene er med å gi incentiver for økt rekvirering av laboratorieanalyser.

4.2.4 KOMPETANSE

Informantene våre redegjorde for hvordan både fastlegen vil ha mer kunnskap om hvor formålstjenlig laboratorietjenester er enn pasienten, samtidig som at fastleger har mye mindre kompetanse på området enn laboratorielegene.

Asymmetrisk informasjon mellom lege og pasient

Fastlegene opplever at dagens pasienter er krevende, og kommer til legekontoret med en klar bestilling på hvilke analyser de ønsker, etter at de har oppdatert seg for eksempel ved å lese om et tema på internett. Informant D (fastlege) forklarer her hvordan presset fra pasientene kan oppleves: *«Det er mye for å tilfredsstille pasienten også, ikke sant. Man får jo et økende krav fra pasienten, som da har lest seg opp. Mye av jobben i dag det er jo å forklare hvorfor det ikke stemte, det de har lest seg opp på.»*

I løpet av intervjuene stilte vi spørsmål om «pasientens helsetjeneste» kan bidra til å øke veksten innen laboratorietjenester ytterligere. Med «pasientens helsetjeneste» tenker vi på helseministerens visjon om at pasientens behov skal være styrende for utviklingen av helsetjenestene.

Flere av informantene våre mente at dette ikke vil ha så mye å si fordi pasientene allerede har høye forventninger innen laboratorieområdet. Informant B (lab-lege) uttalte: *«Jeg tenker at pasienter er ganske klar over sine rettigheter. Det blir ikke så stor endring, jeg tror det har vært sånn en god stund at folk vet hva de vil».* Dette samsvarer med følgende utsagn fra informant A (fastlege): *«Jeg tror ikke det utgjør noen stor forskjell. Det er pasienten som bestemmer i dag også».*

En konkret analyse som flere av informantene dro fram var PSA (står for Prostataspesifikt antigen, og er en analyse som vurderer sannsynligheten for at pasienten har prostatakreft). Det

er en medisinsk-faglig diskusjon hvorvidt PSA-analyse bør anbefales, men i mange tilfeller frarådes den fordi den kan gi verdier som er i grenseland uten at det er noe som feiler pasienten. Dette medfører unødig engstelse og behov for oppfølging. Vi spurte informant E (fastlege) om det oppleves vanskelig å fraråde en PSA-prøve, og fikk følgende svar:

«Ja, på noen. Men hvis jeg....det er jeg blitt flinkere til etter jeg var på et kurs i overdiagnostikk/overbehandling for et par år siden, å ta en samtale rundt PSA. Er de over 55 og har andre tilfeller i nær familie, så er det jo greit. Men jeg har jo hatt menn i 30-årene som...og det er jo uaktuelt. Men samtidig så har jo alle en kompis eller en slektning som var 43 og oppdaget at de hadde kreft fordi PSA ble tatt»

Videre uttalte informanten:

«...det er nok en prøve som jeg fort før kunne slengt på, da jeg begynte. Men jeg spør aldri, jeg lar pasienten spørre om å få den. Og da har det blitt mye mindre av det også, at jeg tar den mindre», informant E (fastlege). Kurset informanten hadde deltatt på var i regi av legeföreningen, og hadde tydelig en effekt på egen rekvireringspraksis i ettertid.

Asymmetrisk informasjon mellom fastlege og laboratoriet

Det blir av flere trukket frem at fastlegene, naturlig nok, ikke har samme kompetanse om laboratorieanalyser som laboratorielegene har. Både informantene som var fastleger og informantene som var laboratorieleger fremhever at de kunne hatt stor nytte av et tettere samarbeid. Informant C (lab-lege) uttalte: *«Vi tror at det er fornuftig organisert slik det er i dag, hovedgrunnen til dette er at den viktigste samhandlingen mellom sykehusene og legekantorene er via lab-prøvene»*

Videre uttalte informant C (lab-lege) at *«Det er flere ting man kan gjøre for å ta ned uønsket vekst, det viktigste vil være å ta de rette prøvene. Hvis man mistenker en, to eller tre sykdommer så er det viktig å ta de rette prøvene».*

Tilsvarende uttalte informant B (lab-lege): *«Hvis jeg tenker tilbake på da jeg selv var allmennlege, så tenker jeg at nå kjenner jeg en del lab-prøver som jeg ikke kjente da. Enkelte prøver bestilte jeg for sjeldent, fordi jeg visste for lite om dem»*

For laboratorielegene var det vanskelig å fastslå hvorvidt fastleger rekvirere unødige analyser, fordi mangelfulle kliniske opplysninger på rekvisisjonen gjør det vanskelig for laboratorieleger å vurdere det reelle behovet. Informant C (lab-lege) forklarer det slik:

«Vi ser enkelte ganger at det rekvireres for mye, men dette er vanskelig å vurdere. For å kunne vurdere veldig godt så må man ha en god sykehistorie, kjenne pasienten, man må vite hvor lenge siden forrige rekvirering av prøver, så må man vurdere nøye om hva som trenges på akkurat denne pasienten. Det er ganske vanskelig å vurdere hva som er rette analyser for hver enkelt pasient»

Samtidig opplever laboratorieleger at feil-rekvirering forekommer. Dette merker de eksempelvis ved at det ikke rekvireres komplementære analyser ved mistanke om en gitt diagnose. I tillegg har laboratorielegene inntrykk av at tidspress gjør at fastleger rekvirerer mer analyser enn nødvendig for å kompensere for manglende kliniske opplysninger.

Informant B (lab-lege) forklarte det slik:

«Man skjønner at når kliniske opplysninger mangler så har de hatt det veldig travelt, så da gjør vi så godt vi kan med de opplysninger vi har. Men vi vet at svaret blir bedre hvis vi får gode opplysninger inn.»

For å øke denne kompetansen hos fastlegene mener laboratorielegene at man i større grad enn i dag tilby kurs eller analysepakker. Ved hjelp av slike analysepakker kan fastlegen, basert på hvilke mistanker han eller hun har, få automatisk forslag til hvilke laboratorieanalyser som er aktuelle. Laboratorielegene har inntrykk av at fastlegenes rekvireringspraksis har sammenheng med oversikt og kunnskap, uttrykt ved følgende sitat:

«På rekvisisjonsskjemaet så står det jo ganske mange prøver, men så fins det en hel rekke flere prøver som ikke står der, som man bare må vite om at finnes eller skjønne at det er aktuelt å rekvirere. Og da er det jo ikke alle som nødvendigvis kjenner til disse eller kommer på dem. Det kommer an på hvilket kurs de har vært på eller hva slags fokusområde de har i sin allmennhelsetjeneste» Informant B (lab-lege).

Informant D (fastlege) mente også at fastleger vektlegger laboratorieprøver i for stor grad, mens de i praksis bare skal være et supplement til den kliniske undersøkelsen og den historien pasienten forteller. Dette utypes med følgende sitat: «Jeg tror kanskje mange leger har stor tillitt til lab-prøver. Ubevisst kanskje, at man forventer mer svar enn man får».

Dette utsagnet kan vi se i sammenheng med følgende utsagn fra informant A (fastlege): «Aner ikke, men tror jeg rekvirerte mye. Det vet jeg for jeg fikk fryktelig mange lab-prøver tilbake, det var ikke alltid jeg visste hva jeg skulle gjøre med dem». Uttalelsen er et uttrykk for manglede kompetanse, samtidig som mulighetene for rekvirering er ubegrenset.

Når vi spør hvilke tiltak sykehuset kan iverksette for å effektivisere driften av laboratoriet svarer informant F (fastlege) følgende «Ja, da tror jeg spesialisthelsetjenesten må opplyse oss mere - om nødvendigheten av prøvene». Samtidig kan det være krevende for fastlegene å avsette tid til kursvirksomhet, men ved å bruke etablerte kurs som fastlegene er pliktige til å delta på kan laboratorieanalyser settes på agendaen.

Oppsummert mener informantene:

- Pasientene er kjent med egne rettigheter.
- En viktig del av jobben som fastlege er å overbevise pasienter om at de ikke nødvendigvis vet selv hvilke laboratorieanalyser de har behov for.
- Feil-rekvirering fra primærhelsetjenesten forekommer.

- Ved at sykehuset tar større ansvar for å øke fastlegenes kompetanse kan antall rekvisisjoner reduseres.
- Erfaring og veiledning har betydning for rekvireringspraksis.

4.2.5 PROFESJONSSTYRING

Flere av våre informanter gir uttrykk for at erfaring har betydning for volum på bestilte laboratorieanalyser. Vi fikk eksempler på at turnusleger rekvirerer mer, og at fastleger blir bevisstgjort gjennom veiledning i starten av karrieren som fastlege.

Allerede i intervjuet med den første fastlegen lærte vi at de i dag mottar oversikt fra Helfo over hvor mange sykemeldinger de produserer. I oversikten fremkommer det hvor mange pasienter som er sykemeldt i ulike prosenter, og den enkelte fastlege sammenlignes med andre fastleger i egen kommune og i landet for øvrig. Denne oversikten fører gjerne til debatt mellom legene på det enkelte kontor. Om denne sykemeldingsstatistikken uttalte informant A (fastlege): *«Ingen vil jo ligge over snittet. Det handler om bevisstgjøring og du ser for eksempel at du sykemelder mer enn de andre legene i kommunen. Det vil man jo ikke, man vil jo ligge på gjennomsnittet»*

Om samme tema uttalte informant F (fastlege): *«Men jeg tror jeg ligger ganske bra an, ganske lavt. Hadde vært mere bekymret hvis jeg hadde ligget på topp»*

Fastlegene mottar også en oversikt fra Helfo over hvor mange takster de henter ut av normaltariffen¹ ved hvert oppgjør, det vil si to ganger per måned. For eksempel fremkommer det her hvor mange tidstakster du har, sammenlignet med andre. En turnuslege vil normalt sett ligge over gjennomsnittet, men dette opplyses i oversikten fra Helfo. Om denne statistikken uttalte informant A (fastlege): *«Når du vet at det er noen som ser på hva du gjør så blir man bevisst og da tenker man over hvordan man gjør det».*

¹ Normaltariffen inneholder informasjon om hvilke refusjonstakster og egenandeler leger kan ta for de tjenester som utføres (legeforeningen.no)

Vi spurte våre informanter om en tilsvarende statistikk over forbruk av laboratorieanalyser kunne vært nyttig, og dette var de positive til, med forbehold om at man tok hensyn til populasjon. Det vil være sånn at de fastlegene som for eksempel har en stor andel kronikere og/eller eldre på sin liste vil ha en høyere andel laboratorieanalyser enn de som har en lav andel av disse gruppene.

Informantene ga uttrykk for at en slik statistikk ville bidratt til bevisstgjøring og hadde vært interessant. Informant E uttrykte det slik:

«I hvert fall hvis jeg ser at vi ligger over gjennomsnittet, da ville jeg absolutt tenkt mer på de prøvene, det ville jeg. Det er jo ingen som har lyst til å ligge i den gruppen som rekvirerer mest. På samme måte som man ikke vil ligge i gruppen som sykemelder mest. Man blir jo litt mer obs hvis man ser hvor mange...at man tar seg litt i nakken»

Oppsummert mener informantene:

- En jevnlig oversikt over hva man rekvirerer av laboratorieanalyser sammenlignet med andre vil medføre en bevisstgjøring.
- Den enkelte fastlege vil søke å ligge på gjennomsnittet ved innføring av en slik transparens.

4.3 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN

Vi har i dette kapitlet presentert en rekke empiriske funn. Vi har funnet ut at informantene mener at mange tilbudsrelaterte faktorer bidrar til å øke etterspørselen. Dette har blant annet sammenheng med teknologisk utvikling, rettigheter og krav fra pasienter, og frykten for tilsynssaker. Informantene som er fastleger gir uttrykk for at de ikke har incentiver til å redusere aktiviteten på laboratorieanalyser, og en følge av dette er at over-rekvirering forekommer i stor grad. Laboratoriet har liten mulighet for å påvirke rekvisisjoner og aktivitet generert av primærhelsetjenesten. Fordi rekvisisjonen har mangelfulle kliniske opplysninger er det vanskelig for laboratorielegene å vurdere behovet for den enkelte analyse, og de har

heller ikke god statistikk som viser den enkelte fastleges rekvisisjonspraksis. Samtidig opplever fastlegene at det er pasientene i form av kunderelasjon og mulighet for evaluering på internett som har størst påvirkningskraft på fastlegens atferd. I tillegg påvirkes fastlegene av en oppfatning om at tilsynsmyndighetene i økende grad etterspør hva som ikke er gjort.

Gjennom eksempel på sykemeldingsstatistikk gir informantene uttrykk for at en slik synliggjøring fører til bevisstgjøring. Dette igjen er med på å skape oppmerksomhet og påvirke atferd, noe de tror kunne hatt tilsvarende effekt for laboratorietjenester. I tillegg fremhever informantene at bedre samarbeid og kompetanseutveksling mellom fastleger og laboratorieleger kan bidra til endret atferd.

I arbeidet med denne oppgaven har vi avdekket vansker med å innhente sammenstilte aktivitetsdata for å få en oversikt over utviklingen for laboratorieanalyser. Dette gjelder både for det enkelte laboratorium, på regionnivå, på nasjonalt nivå og for den enkelte fastlege.

Oppsummert er hovedfunnene:

- Flere tilbudsrelaterte faktorer genererer etterspørsel.
- Laboratoriene ivaretar i liten grad sin rolle som prinsippal for fastlegen.
- Portvokter-rollen utfordres ved at flere aktører har «makt» til å påvirke fastlegens atferd.
- Fastlegens atferd kan påvirkes gjennom profesjonsstyring i form av synliggjøring/oppmerksomhet og kompetanseheving.
- Tilgjengeligheten av aktivitetstall for laboratorietjenester er veldig begrenset.

5 ANALYSE

Finansieringsmodellen for laboratorietjenester medfører et brudd på det finansielle ansvarsprinsippet. Primærhelsetjenesten står for en stor andel aktiviteten i laboratorier ved norske sykehus. Spesialisthelsetjenesten bærer alle kostnader knyttet til denne aktiviteten, uten å ha noen styringsmuligheter.

I følge Ouchi (1979) er pris det mest effektive virkemiddelet for å styre et marked. Ved at pasientene betaler en egenandel på 50 kroner (2016) uansett hvor mange analyser som utføres har vi ingen prismekanisme til å regulere etterspørselen. Dette betyr at analysen er tilnærmet gratis, noe som i seg selv medfører økt etterspørsel, jf. Ringstad (1995). Ved at verken pasientene eller fastlegene ikke har noen økonomisk risiko knyttet til antallet laboratorieanalyser som bestilles, taler dette for at atferden kan innebære det teorien omtaler som «moral hazard» (Hagen, 1992).

5.1 TILBUD GENERERER ETTERSPORSEL

Markedet for laboratorietjenester er i stadig vekst, ved at det kommer nye analysemuligheter. Ved at tilbudet er tilnærmet gratis forsterker det denne trenden, slik at volumet av prøver der sykehuset bærer hele kostnaden øker. På grunn av den teknologiske utviklingen er sykehuset selv med på å drive opp etterspørselen. Dette vises i empirien der flere informanter trekker frem influensaprøver. Ny teknologi gir muligheter for flere analyser og hurtig diagnostikk. Men resultatene kan ha begrenset verdi for oppfølgingen av pasienten fordi det ikke gis behandling på bakgrunn av prøvesvarene.

Dersom man kunne benyttet betaling fra pasientene som virkemiddel for å redusere etterspørselen ville det trolig hatt effekt (Hagen og Kjerstad, 2001), men det er omdiskutert hvorvidt dette vil være aktuelt i Norge. Norheim-utvalget (NOU 2014:12) anbefaler at egenbetaling bør «*differensieres i samsvar med tjenestens prioritet*» (side 181). Prøver som ifølge empirien har begrenset medisinsk verdi, som influensaprøver, kunne man tenke seg skulle hatt høyere egenandel, i tråd med Norheim-utvalgets syn.

Når et marked ikke kan reguleres ved hjelp av pris innføres ifølge Ouchi (1979) ofte byråkratiske systemer. En forutsetning for at det skal fungere er at en overordnet part har legitimitet til å styre og overvåke den underordnede. Det betyr i denne sammenheng at laboratoriet ved sykehuset må ha mulighet til å styre atferden til fastlegene i betydning av hva de rekvirerer av laboratorieanalyser. De av våre informanter som er laboratorieleger ga uttrykk for at de ikke har mulighet for å ivareta en slik rolle. Dette er fordi de ikke har direkte styring over fastlegen, og i mange tilfeller inneholder rekvisisjonen mangelfulle opplysninger, slik at de ikke kan vurdere det reelle behovet for analysen.

På samme tid ga alle våre informanter som er fastleger uttrykk for at de tror over-rekvirering forekommer, og at de alle har bestilt analyser de har tenkt var unødvendige. Dette understøtter at de ikke lar seg styre av spesialisthelsetjenestens mål om redusert volum.

Finansieringsmodellen innen laboratorietjenester bryter med det finansielle ansvarsprinsippet, det vil si at den som utløser kostnader også skal ha det finansielle ansvaret. Alle informantene våre bekreftet at de ikke har økonomiske incentiver til å begrense antall rekvisisjoner av laboratorieprøver. Tvert imot fortalte to av informantene at de hadde opplevd å ha økonomisk incentiv til å sende laboratorieprøver til sykehuset som de kunne analysert ved eget legekantor. Dette er eksempel på at systemet gjør at fastlegens atferd bærer preg av «moral hazard». Fenomenet er nettopp det Godager et al. (2012) problematiserer når de diskuterer utfordringen ved finansieringssystemer som oppmuntrer til å velte kostnader over på andre aktører.

Samtidig er det vanskelig for de av våre informanter som var laboratorieleger å skulle påstå at volumet av laboratorieprøver er for høyt. De kjenner ikke til de kliniske vurderingene som er gjort av fastlegen, og som McGuire et al. (1988) sier er det vanskelig å måle hvor mye helse som er produsert.

5.2 HVEM HAR PRINSIPAL-ROLLEN?

Prinsipal-agent-perspektivet legger til grunn at det er prinsipalen som evaluerer sin agent. Hagen (1992) redegjør for at prinsipalen fastlegger et avlønningssystem som baserer seg på observert atferd eller resultat av agentens handlinger. Empirien viser at innenfor laboratorietjenester gjør spesialisthelsetjenesten ingen form for evaluering av fastlegens resultater eller handlinger.

Informantene våre som var laboratorieleger forklarte at de oftest har for lite kliniske opplysninger i rekvisisjonen fra fastlegen til å vurdere om det er grunnlag for å gjennomføre de aktuelle analysene. Dette resulterer i at alle rekvirerte analyser blir utført, uten at det stilles spørsmålsteget ved behovet. Her skiller laboratoriefaget seg fra eksempelvis radiologi. På bildediagnostisk avdeling mottar sykehuset henvisning fra fastlegen, og vil i mange tilfeller etterspørre supplerende kliniske opplysninger for å sikre at pasienten innkalles til riktig undersøkelse.

Ettersom den som skal være fastlegens prinsipal, laboratoriet, ikke følger opp fastlegens atferd har ikke fastlegen som agent grunn til å handle i tråd med det som er ønsket fra prinsipalen. Manglende bearbeiding av styringsdata gjør at verken fastlege eller laboratoriet har oversikt over hva den enkelte rekvirerer. Dette gjør at vi har ikke transparens eller innsyn, slik at det ikke er noen muligheter for evaluering. Laboratoriet som prinsipal har ikke mulighet til å evaluere fastlegen (agenten), fastlegen kan ikke evaluere seg selv, og fastlegen kan ikke evaluere seg selv mot andre.

Det er to andre aktører som evaluerer fastlegen, disse aktørene er pasientene og tilsynsmyndighetene. Informantene peker på flere drivkrefter som trekker i retning av at fastlegen i praksis ikke fungerer som agent for laboratoriet. Dette redegjør vi for i kapittel 5.4.

5.3 PORTVOKTER FOR HVEM?

I en evaluering av fastlegeordningen av Norheim og Carlsen (2003) viser de at fastleger opplever å være i en dobbeltrolle som både advokat og portvokter. Dette er i tråd med det våre informanter opplever, ved at de på den ene siden har et samfunnsansvar ved å si ut hva som skal videre til spesialisthelsetjenesten, mens de på den andre siden skal tale pasientens sak. Ved at fastlegen opplever å være i en dobbeltrolle får vi uklare prinsipal-agent-relasjoner og spørsmålet blir; hvem er fastlegen agent for?

Ordningen med at fastlegene skal fungere som portvokter til spesialisthelsetjenesten har til hensikt å fremme god ressursallokering (Sloan et al. 2012). I vårt tilfelle innebærer det at fastlegen er agent for laboratoriet og skal gjennom sin rekvireringspraksis sikre at samfunnets ressurser forvaltes på en rimelig måte (Eriksen, 2012).

Pasienten oppleves som krevende og har forventninger til hva fastlegen skal tilby. Informantene opplever at pasientene i stadig større grad setter fastlegen i en bestiller-rolle, der legen forventes å handle i tråd med pasientens ønsker. Pasientene har ved hjelp av internett tilgang til informasjon og har i forkant av legebesøket undersøkt hvilke laboratorieprøver som kan være aktuelle. I tillegg opplever fastlegene i økende grad opplever at pasienter etterspør prøver, ikke for å undersøke et gitt symptom, men for å få en bekreftelse på at de er friske. Det oppleves som vanskelig ikke å imøtekomme pasientens forventninger.

Samtidig er relasjonen mellom pasient og fastlege et kundeforhold, der pasienten kan velge å bytte fastlege dersom han eller hun ikke innfrir forventningene. Norheim og Carlsen (2003) støtter opp om dette ved å redegjøre for at primærhelsetjenestens vilje til å være portvokter er svekket fordi det er en økt konkurranse mellom fastlegene.

Videre viser empirien at fastlegene opplever pasientenes mulighet til å evaluere legen på internett gir et økt press. Dette økte presset gjør at fastlegene strekker seg lenger for å tilfredsstille pasienten ut over det de nødvendigvis mener er medisinsk nødvendig. Dette beskriver informantene som at de eksempelvis rekvirerer laboratorieanalyser for at pasienten skal oppleve å ha fått noe ut av legebesøket. Relasjonen med pasientene oppleves stadig mer krevende for fastlegene, og flere føler at de har fått en «bestiller-rolle», der pasienten stoler mer på det de selv har tilegnet seg av kunnskap enn det fastlegen sier. I tillegg ønsker fastlegen å gjøre pasienten fornøyd, og ønsker ikke negativ omtale. Dette har blitt en større utfordring etter at folk kan evaluere fastleger på egne nettsider.

Som pasient har en mange rettigheter, eksempelvis retten til å få vurdert sin helsetilstand og til å få nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt frist. Retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten følger primært av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b og § 2-2 (Molven, 2012). Helseministeren har gitt uttrykk for at «pasientens helsetjeneste» skal ta utgangspunkt i pasientens behov. Etersom medisin ikke er en eksakt vitenskap (McGuire et al., 1988), kan det være vanskelig å definere eksakt behov og det kan være faglig uenighet. Dette gjør det enda vanskeligere for fastlegen å skulle nekte pasienten en laboratorieanalyse vedkommende mener å ha behov for. Pasienten har tilegnet seg informasjon blant annet via internett, og fastlegen må bruke mye energi på å forklare i de tilfeller det ikke er et medisinsk behov. Dette er eksempel på at laboratorietjenester er «credence goods» (Sloan et al. 2012), det vil si at det er asymmetrisk informasjon mellom lege og pasient.

Tilsynsmyndighetene evaluerer fastlegens rolle dersom det oppstår en tilsynssak. Empirien viser at fastlegene i økende grad rekvirerer ekstra laboratorieanalyser for «å ha ryggen fri», dersom det i ettertid opprettes tilsynssak. En faktor som forsterker denne trenden er at man aldri opplever at tilsynsmyndighetene anerkjenner de fastlegene som tar samfunnsansvar ved ikke å rekvirere for mye analyser. På den andre siden er tilsynsmyndighetene med på å øke presset for å rekvirere et større volum laboratorieanalyser enn det fastlegen i utgangspunktet ser som nødvendig. I empirien fremkommer det at fastlegene i økende grad tar laboratorieprøver «for sikkerhets skyld». Dette har sammenheng med at tilsynsmyndighetene i større grad enn tidligere etterspør ikke bare hva som er gjort, men hva som ikke er gjort.

Dette betyr at tilsynsmyndighetene gir fastleger incentiv til å øke rekvireringen av laboratorieanalyser.

Dette er i tråd med oppslag på nrk.no den 26. april 2016, der det redegjøres for at antall henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten som avvises stadig øker. Leder i Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, Petter Brelin ble intervjuet i forbindelse med saken: *«Brelin mener også at flere leger skriver ut henvisninger fordi de frykter konsekvensene av å ikke gjøre noe.*

– *Det er en frykt for at man ikke har gjort en god nok jobb for pasienten, og det er en frykt for at man skal få represalier fra tilsynsmyndigheter.*

Han viser til at Helsetilsynet aldri kritiserer en lege for å ha gjort for mye.

– *Vi står under et konstant press fra tilsynsmyndighetene i enkeltsaker om at mer burde ha vært gjort»*

Uttalelsene fra Brelin støttes av professor i samfunnsmedisin Olav Helge Førde på samme nettsted den 27. april 2016: *«Det er aldri noen som støtter eller skryter av et nei, når det kommer opp at det er gjort en gang for mye. Verken politikere, media eller Helsetilsynet har noen gang støttet en lege som har sagt nei».*

Ved at finansieringsordningen bryter med det finansielle ansvarsprinsippet, samt at vi ikke kan styre ved hjelp av en prismekanisme eller byråkrati (Ouchi, 1979) så forsterkes styringsutfordringene. I følge teorien må man i mangel av incentiver styre ved hjelp av profesjonsstyring. Dette redegjøres for i kapittel 5.5.

5.4 PROFESJONSSTYRING OG KOMPETANSE

Både fastleger og laboratorieleger i vår undersøkelse gir uttrykk for at fastlegene hadde hatt nytte av økt kunnskap innen fagområdet. Det er et stort fagfelt med rask teknologisk

utvikling, og det er vanskelig for fastleger å opprettholde kompetansen. Dette er et eksempel på at det er asymmetrisk informasjon mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, jf. Hagen og Kjerstad (2001).

En annen form for kompetanse er knyttet til kostnader for laboratorieanalyser. Fastlegene vi har intervjuet opplyser at de ikke har kjennskap til hva ulike analyser koster. Dette er i tråd med Eriksen (2012).

Videre har ikke fastlegene kjennskap til hvor mye de rekvirerer sammenlignet med andre fastleger. I empirien fremkommer det at en slik oversikt hadde vært nyttig, og våre informanter ga uttrykk for at de hadde vært opptatt av ikke å rekvirere mer enn gjennomsnittet. Dette samsvarer med motivasjonsteorier der oppmerksomhet og synliggjøring blir fremhevet som motiverende tiltak (Kaufmann og Kaufmann, 2003).

I dag mottar fastlegene oversikt over mye de sykemelder, sammenlignet med andre fastleger i kommunen og landet for øvrig. Denne oversikten fører til økt bevissthet rundt egen praksis og diskusjon mellom legene på det enkelte legekantor. Ouchi (1979) sier at dersom man ikke kan styre gjennom resultatstyring eller atferd må man styre ved hjelp av profesjonsstyring eller klan. Leger er eksempel på en klan, det vil si at de gjennom sin utdanning får opplæring i egne verdier. Eksempelet viser at den enkelte lege lar seg påvirke av andre leger, og er i samsvar med Jacobsen og Thorsvik (2013).

Dette er i tråd med Busch (2012) som viser til at den profesjonelle rasjonaliteten medfører at legens atferd er bestemt av profesjonens verdier. Hertzbergs motivasjonsteorier (Jacobsen og Thorsvik, 2013 og Kaufmann og Kaufmann, 2003) argumenterer for at anerkjennelse og oppmerksomhet påvirker individets atferd. Dette kan bety at ved å innføre en oversikt over hvor mye den enkelte fastlege rekvirerer vil de trolig søke å nærme seg gjennomsnittet, slik at deres atferd samsvarer med andre fastlegers atferd. Ved at man får en jevnlig oversikt over

egen rekvireringspraksis vil fagområdet få økt oppmerksomhet fra fastlegene, og de av fastlegene som ikke ligger over gjennomsnittet vil oppleve en følelse av anerkjennelse.

Gjennom empirien fremkommer det at fastlegene ofte tar en større andel laboratorieprøver når de er nye i jobben, og at volumet reduseres noe etter hvert som de blir mer erfarne. De har andre fastleger som veiledere i starten og påvirkes av denne veiledningen slik at de får mer trygghet. Dette er i tråd med Jacobsen og Thorsvik (2013) og Busch (2012), som redegjør for at faglige standarder er styrende for atferden til profesjonene. På samme måte redegjorde en av informantene som er fastlege for at et kurs i regi av Legeforeningen hadde medført endret atferd. Fastlegen rekvirerte betydelig færre PSA-prøver etter å ha blitt gjort oppmerksom på svakheten med denne typen analyse.

Dette er et eksempel på at fastleger kan ha medisinsk-faglige incentiver til å redusere sin rekvirering av laboratorietjenester. Både de av informantene som var laboratorieleger og de som var fastleger ga uttrykk for at et tettere samarbeid mellom dem ville gitt økt kompetanse som kunne vært med på få fastlegene til å treffe bedre på sine rekvisisjoner og dermed unngå unødige bestillinger.

I empirien fremkommer det et indirekte økonomisk incentiv for å redusere antall analyser. Enkelte laboratorieanalyser har svakheter med målingen som gjør at de kan gi veldig usikre resultater. Ved slike prøver kan man få resultater som har en svakt forhøyet verdi, noe som oftest ikke har betydning, men når fastlegen først har et slikt resultat vil han eller hun ofte føle en forpliktelse til å følge opp, ved for eksempel å ta nye prøver innen en viss tid. Dette oppleves som at en analyse genererer masse merarbeid for legen og kan sees som en form for transaksjonskostnader. I empirien redegjør fastlegene for at de helst unngår å bestille laboratorieanalyser dersom det ikke er en medisinsk indikasjon i utgangspunktet.

Empirien viser at fastlegene ikke tar samfunnsansvar knyttet til kostandene for laboratorietjenester. Uttalelser om at kostnaden til laboratoriet ikke er med i vurderingen når analyser rekvireres og at prøver sendes til sykehusets laboratorium for å skjerme eget

legekontor underbygger dette. Dette viser at samfunnsansvaret som portvokter for laboratorietjenester burde vektlegges mer i legestudiet. Den enkelte fastlege har et ansvar, og dersom systemet skal baseres på profesjonskontroll må det gis en mulighet til å danne en ønsket kultur.

5.5 TILGJENGELIGHETEN AV AKTIVITETSTALL

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi funnet ut at det er veldig vanskelig å få en detaljert oversikt over aktiviteten innenfor laboratoriemedisinsk virksomhet. Dette gjelder på alle nivåer, både nasjonalt, regionalt og på foretaksnivå. Ouchi (1979) beskriver at den enkleste styringsformen er resultatstyring, men da er man nødvendigvis avhengig av å kunne måle resultat (output).

I teorien diskuterer McGuire et al. (1988) at man for å vurdere ressursallokeringen i helsesektoren bør måle mengde helse produsert, men dette er vanskelig å skulle måle. Samtidig øker kompleksiteten ved at man ikke alltid kan forutsi resultatet av en behandling, og det kan være vanskelig for en fastlege å være i en rolle der han eller hun skal fordele helsetjenester etter kost/nytte-perspektivet. Ved at det ikke er mulig å fremskaffe oversikt over hvor mye laboratorieanalyser som rekvireres av den enkelte fastlege er det heller ikke mulig i neste skritt å skulle vurdere hvordan den enkelte fastlege gjør sin kost/nytte-vurdering.

6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Det er en kjent problemstilling at brudd på det finansielle ansvarsprinsippet gir styringsutfordringer. Innenfor laboratorievirksomheten ser vi eksempel på dette ved at spesialisthelsetjenesten finansierer aktiviteten, mens primærhelsetjenesten generer en stor andel av produksjonen. Staten oppfatter veksten i laboratorietjenester som for høy, og har av den grunn ikke prisjustert refusjonstakstene for 2016 fullt ut. Begrunnelsen for dette er at det skal stimulere til økt effektivitet. Dette oppleves som et dilemma, fordi spesialisthelsetjenesten straffes økonomisk for aktivitet som styres av primærhelsetjenesten. Sykehusenes finansiering av tredjepart gir styringsutfordringer i form av manglende kontroll på egen aktivitet, noe som igjen gir planleggingsutfordringer.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har aktørene innenfor laboratorievirksomheten gitt uttrykk for hvilke faktorer de opplever er driverne for økt etterspørsel etter laboratorietjenester. Dagens finansieringssystem tillater ikke å styre denne etterspørselen ved hjelp av prisregulering, derfor har vi søkt å finne andre muligheter for å regulere etterspørselen. Vi vil i punktene 6.2 og 6.3 svare på våre forskningsspørsmål, jf. punkt 1.2.

6.1 HVILKE UTFORDRINGER GIR DAGENS FINANSIERINGSSYSTEM FOR LABORATORIETJENESTER?

I dagens system legges det opp til at fastlegen skal fungere som portvokter for laboratoriet. Utfordringen i dette systemet er at det ikke finnes muligheter for å evaluere atferden til fastlegene. Vi mener at på grunn av måten pasientene og tilsynsmyndighetene opptrer på svekkes fastlegens incentiv til å ivareta samfunnsansvaret som portvokter for spesialisthelsetjenesten. Dette forsterkes av spesialisthelsetjenestens manglende oppfølging av fastlegens atferd.

Det er vanskelig å identifisere drivkrefter som trekker i motsatt retning. Ved at fastlegen ikke har noen økonomiske incentiver til å redusere etterspørselen etter laboratorietjenester mangler et av de sterkeste virkemidlene for å styre atferd. Pasienten har makt over fastlegen fordi de har et kundeforhold og pasienten er den som evaluerer legen. Derfor blir det viktigere for fastlegen å handle i tråd med pasientens ønsker. Dette gir seg utslag i det teorien kaller «moral hazard», ved at fastlegen uten risiko kan tilfredsstillе sin egentlige prinsipal, pasienten. Dette systemet oppfordrer til sløsing. Følgen av dette er at fastlegen i praksis er agent for pasienten, ikke for laboratoriet, noe som strider mot en sentral forutsetning i dagens finansieringsmodell.

6.2 HVILKE TILTAK KUNNE BEDRET STYRINGSMULIGHETENE I DAGENS SYSTEM?

Vi har identifisert tre tiltak som kan være mulig å iverksette innenfor dagens system.

Økt kompetanse for fastlegen

Som informant C (lab-lege) sa «*den viktigste samhandlingen mellom sykehusene og legekantorene er via lab-prøvene*». Laboratoriefeltet er et stort fagområde, med en rivende teknologisk utvikling, noe som gjør at en ikke kan forvente at fastlegene skal evne og holde seg faglig oppdatert på egen hånd. Ettersom legene er en gruppe profesjonelle som i stor grad påvirkes av profesjonsstyring (Ouchi, 1979) har lab-legene mulighet til å påvirke fastlegenes atferd. Dette forutsetter at de finner en arena som gir mulighet til å øke fastlegens kompetanse og kunnskap om laboratoriefaget. Dersom fastlegene skal ta seg tid til denne type kursvirksomhet må det integreres i den løpende opplæringen som allerede er obligatorisk.

Tettere samarbeid mellom fastlegene og lab-legene

Det er et uttrykt ønske fra de av våre informanter som er fastleger at lab-legene kunne vært mer tilgjengelig for henvendelser, slik at de kunne få faglig støtte der de var i tvil om hvilke analyser som burde gjøres. En slik støtte fra spesialisthelsetjenesten kunne også støttet fastlegene i sitt arbeid som portvokter, fordi pasientene kanskje lettere kunne godta et nei dersom det kom fra sykehuslegene. Ved denne type tiltak mener vi at man kunne benyttet det Ouchi (1979) kaller profesjonsstyring, og fått legene som er aktører i dette markedet til «å

spille på lag». Ved hjelp av profesjonsstyring kan lab-legene påvirke fastlegene slik at de får felles normer for hvilke laboratorieanalyser som bør tas. Dette forutsetter at lab-legen har ressurser til en slik oppfølging.

Økt transparens

Det viktigste tiltaket for å få styring med denne sektoren er etter vårt syn økt transparens. Synliggjøring i form av aktivtetsdata som viser den enkelte fastleges rekvireringspraksis kan bidra til å korrigere atferd, fordi den enkelte vil søke å nærme seg gjennomsnittet. Transparens i form av tilgang til statistikk vil også kunne føre til læring, fordi den enkelte fastlege vil kunne stille spørsmål ved egen praksis. Dette vil videre gi grunnlag for kompetanseutveksling mellom aktørene.

I empirien har vi vist eksempel på slik synliggjøring, ved at fastlegene i dag mottar statistikk over egen sykemeldingspraksis. Denne oversikten sammenligner egen praksis med andres, og fører til bevisstgjøring og oppmerksomhet. Dersom en tilsvarende statistikk hadde vært tilgjengelig for laboratorieanalyser mener vi at det kunne påvirket atferd slik at de fastlegene som ligger over gjennomsnittet ville søkt å redusere over-rekvirering, og dermed redusert sløsing. Det å unngå å ligge over gjennomsnittet ble fremhevet som viktig fra alle våre informanter som var fastleger. Dette viser at de opplever det som i motivasjonsteoriene forklares med en form for anerkjennelse ved å holde seg innenfor det som er normen (det vil si, det som de andre fastlegene gjør).

I arbeidet med denne oppgaven har det fremkommet at denne type statistikk er vanskelig tilgjengelig. Det betyr at for å få på plass et slikt tiltak krever det forbedrede rapporteringsmuligheter, slik at man enkelt kan hente ut oversikt over hva og hvor mye den enkelte fastlege rekvirerer.

6.3 HOVEDKONKLUSJON

Oppsummert mener vi at vår undersøkelse viser at laboratorieområdet mangler effektive reguleringsmekanismer. Dagens system bryter med det finansielle ansvarsprinsippet. I stedet baserer myndighetene seg på at fastlegens rolle som portvokter skal bremse veksten i laboratorieanalyser, men denne ordningen fungerer ikke i tråd med intensjonene. I stedet for at fastlegen som portvokter opptrer som agent for laboratoriet, fungerer fastlegen som agent for pasienten. Konsekvensen av dette er at myndighetenes tiltak med å nedjustere refusjonstakstene for laboratorieanalyser ikke fungerer etter hensikten, fordi tiltaket ikke treffer en stor del av den målgruppen som genererer aktiviteten, nemlig primærhelsetjenesten. I tittelen på oppgaven vår stiller vi spørsmålsteget ved om laboratorieveksten er uten kontroll. Undersøkelsen vår viser at svaret dessverre er ja.

Konklusjonene i oppgaven viser avvik fra intensjonene med dagens modell og bidrag til praksis. I teorien legger prinsippal-agent-perspektivet opp til at fastlegen som portvokter er agent for laboratoriet. I praksis viser det seg at fastlegen fungerer som agent for pasienten. Dette er et avvik fra intensjonene med portvokterrollen. Vårt bidrag til praksis viser at det er mulig å gjøre noe tiltak innenfor dagens system for å redusere sløsing:

- Kompetanseheving i form av kurs for fastleger der laboratorieleger underviser. Laboratorieområdet er et stort fagfelt med stor grad av asymmetrisk informasjon mellom aktørene. For at fastlegene skal ha mulighet til å prioritere dette må kursing tilpasses annen obligatorisk kursvirksomhet.
- Tettere samarbeid mellom lab-lege og fastlege kan trygge fastlegen i møte med pasienten, på den måten at lab-legen i form av sin profesjon kan påvirke rekvireringsvolum fra primærhelsetjenesten.
- Statistikk over egen rekvireringspraksis, der man sammenlignes med andre, vil kunne påvirke atferd. I følge motivasjonsteoriene kan man ved økt oppmerksomhet og anerkjennelse oppnå redusert sløsing fordi den enkelte fastlege vil søke å nærme seg gjennomsnittet.

6.4 ANBEFALING OG VIDERE FORSKNING

I helsesektoren blir en stor del av aktiviteten rapportert og fulgt opp av myndighetene. Etter vår oppfatning er laboratorietjenester et neglisjert område med manglende oversikt. Vi mener det burde vært mulig å sikre en enkel tilgang til statistikk for legene, og stiller spørsmålsteget ved hvorfor dette ikke finnes fra før. Ettersom Helfo utbetaler takstrefusjon i tilknytning til alle rekvirerte analyser (også fra de private) vil det være naturlig at de får et ansvar for å fremskaffe en slik oversikt over fastlegenes rekvireringspraksis, ettersom de er den eneste aktøren som kan forventes å ha komplette data.

Dersom man skal innføre en slik ordning bør det i forkant gjøres en kost/nytte-vurdering. Man må vurdere om tiltaket vil føre til praksisendring, og påvirke atferd på samme måte som fastlegene sier det har gjort ved å innføre transparens på sykemeldingsområdet. I følge SSB var kostnadene til diagnostiske tjenester (laboratorier og røntgen) 13 432 mill. kroner i 2014. Dersom man klarte å redusere disse med bare 2 % utgjør det nesten 270 mill. kroner i året. Våre informanter er åpne på at de rekvirerer mer enn det som er nødvendig. Dette tilsier at det finnes en åpenbar mulighet for å redusere kostnadene.

Før man kan iverksette de tiltakene vi har foreslått er det en del undersøkelser som bør gjennomføres. Det ene er at man bør vurdere nærmere hvordan et tettere samarbeid mellom laboratoriet og fastlegene skal fungere, samt at det må kartlegges hvilke ressurser som er nødvendige for å få det til. I tillegg bør man undersøke hvordan aktuelle kurs for kompetanseheving bør utformes og iverksettes, for at fastlegene skal kunne prioritere disse.

Et siste forslag er at man bør se nærmere på hvordan aktivitetsdata skal fremstilles for at de skal gi mest mulig nytte. For eksempel kan man vurdere å ha statistikk for den enkelte fastlege eller det enkelte legekantor, og det må være sammenlignbart.

7 VEDLEGG

7.1 VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE FASTLEGER

1. Hvor lenge har du jobbet som fastlege?
2. Hva tenker du når du hører begrepet «portvokter»?
3. Hvordan praktiserer du rollen som «portvokter» i din fastlegejobb?
4. Tror du det forekommer over-rekvirering av laboratorieanalyser?
5. Tror du det er forskjell på rekvireringspraksis mellom nye og erfarne leger?
6. Tror du at du rekvirerer mer eller mindre lab-analyser enn andre fastleger?
7. Tror du at ditt legekantor rekvirerer mer eller mindre lab-analyser enn andre legekantor?
8. Tenker du på kostnader ved bestilling av analyser?
9. Hvordan tenker du at utviklingen av «pasientens helsetjeneste» påvirker bruken av diagnostiske tjenester?
10. Tror du etterspørselen etter diagnostiske tjenester vil fortsette å øke like mye i fremtiden? I tilfelle hvorfor?
11. Hva skal til for at du som fastlege skal ha fokus på å begrense antall rekvirerte prøver?
12. Sett at det var du som var ansvarlig for å effektivisere laben ved NLSH, hvilke tiltak tror du kunne hatt effekt?
13. Kunne du/legekantoret hatt nytte av målinger som viser egen rekvireringspraksis sammenlignet med gjennomsnittet?

7.2 VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE LAB-LEGER

1. Tror du det forekommer over-rekvirering av laboratorieanalyser fra primærhelsetjenesten?
2. Tror du det er forskjell på rekvireringspraksis mellom nye og erfarne fastleger?
3. Opplever laben kvalitetsforskjell i rekvisisjonene fra primærhelsetjenesten?
4. Hvilke forskjeller er det i oppfølgingen av leger internt på sykehuset og i primærhelsetjenesten?
5. Hvilke tiltak kan iverksettes for å redusere veksten i bestilte analyser fra primærhelsetjenesten?
6. Kan du gi eksempler på at et bedret tilbud gir økt etterspørsel?
7. Kan du gi eksempler på at et redusert tilbud gir redusert etterspørsel?
8. Hvordan tenker du at utviklingen av «pasientens helsetjeneste» påvirker bruken av diagnostiske tjenester?

8 LITTERATURLISTE

Andersen, Ellen Juul (2006): *Legen som leverandør og portvakt*. Tidsskrift for Den norske Legeforening nr. 19, 2006;126

Berg, Ole (2005): *Fra politikk til økonomikk*. Den Norske Lægeforening, Oslo

Busch, Tor (2012): *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Fagbokforlaget, Oslo

Eriksen, Ida Iren (2012): *Fastlegens kunnskaper og holdninger til kostnader*. Hans Olav Melberg og Lars Erik Kjekshus (red.), *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 227-240.

Ellingsen, Jostein og Espen Halland Dahl (2007): *Økt bruk av laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser i spesialisthelsetjenesten*. Arbeids- og velferdsdirektoratet // Arbeid og velferd // Nr. 2-2007.

Finansdepartementet: *Prop. 1 S (2015-2016) – Forslag til statsbudsjett 2016*

Gjelsvik, Roar, Oddvar Kaarbøe, Sverre Sandberg, Hanne Husom Haukland & Anne-Lise Bjørke Monsen (2008): *Riktigere bruk av laboratorietjenester – økonomiske aspekter*. Tidsskrift for Den norske Legeforening nr. 7, 2008; 128 s. 814-7.

Godager, Geir, Tor Iversen og Hilde Lurås (2012): *Framtidens betalingsystemer i allmennlegetjenesten*. Hans Olav Melberg og Lars Erik Kjekshus (red.), *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 187-203.

Hagen, Kåre P. (1992) *Prinsipal-agenteori: Implikasjoner for offentlig styring og politikk*. Agnar Sandmo og Kåre P. Hagen (red.), *Offentlig politikk og private incitament*. Oslo: Tano forlag, s. 41-60.

Hagen, Kåre Petter og Egil Kjerstad (2001) *Styring og regulering av helsesektoren*. Jan Erik Askildsen og Kjell Haug (red.), Helse, økonomi og politikk. Oslo: Cappelen, s. 173-200.

Helse- og omsorgsdepartementet: NOU 2014:12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*

Helse- og omsorgsdepartementet: NOU 2003:1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*

Hoff, Kjell Gunnar (2009): *Grunnleggende bedriftsøkonomisk analyse*, 6. utgave. Universitetsforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 1. utgave. Høyskoleforlaget AS, Kristiansand S.

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2013): *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utgave. Fagbokforlaget, Bergen.

Johannessen, Asbjørn, Line Christoffersen og Per Arne Tufte (2011): *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utgave. Abstrakt forlag, Oslo.

Kaufmann, G., Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget, Bergen.

Kommunal- og regionaldepartementet NOU 2000:22 *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*

McGuire, Alistair, John Henderson og Gavin Mooney (1988): *The economics of health care*. Routledge London and New York.

Molven, Olav (2012): *Helse og jus*. 7. utgave. Gyldendal juridisk, Oslo

Norheim, Ole Frithjof og Benedicte Carlsen (2003): *Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen*. Stein Rokkan Senter for Flerfaglige samfunnsstudier. Notat 19-2003, Bergen.

Pettersen, Inger Johanne, Kari Nyland, Jon Magnussen og Trond Bjørnenak (2008): *Økonomi og helse – perspektiver på styring*. 2. utgave. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo.

Ringstad, Vidar (1995): *Innføring i samfunnsøkonomi og økonomisk politikk*. 2. utgave. Bedriftsøkonomens forlag A/S, Oslo

Rikstrygdeverket (2006): *Polikliniske laboratorie- og radiologitjenester: En analyse av veksten i statens utgifter*. RTV-Rapport 02/2006. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.

Sloan, Frank A. og Chee-Ruey Hsieh (2012): *Health Economics*. MIT Press Ltd, Cambridge Massachusetts * London, England

Ulvestad, Elling (2000): *Økende bruk av laboratorietjenester – en kontrollerbar prosess?* Tidsskrift for Den norske Legeforening; 120: 2315-9.

Nettsider:

Nrk.no 26.4.2016: <http://www.nrk.no/norge/sykehusene-sier-nei-550-ganger-daglig-1.12913536>

Nrk.no 27.4.2016: http://www.nrk.no/norge/professor_-stott-legene-som-sier-nei-1.12918968