

# Pasientvelferd eller kostnadshensyn: fastlegenes dilemma

---

## **Benedicte Carlsen**

[benedicte.carlsen@uni.no](mailto:benedicte.carlsen@uni.no)

Uni Rokkansenteret, Nygårdsgaten 5, 5015 Bergen

## **Julie Riise**

[julie.riise@econ.uib.no](mailto:julie.riise@econ.uib.no)

Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen, Postboks 7802, 5020 Bergen

Kontaktforfatter: Julie Riise, Telefon 55 58 92 91, Mobil 404 83 386

## Hvordan prioriterer «fotfolket»?

Det er en jevnt økende etterspørsel etter helsetjenester i Norge; folk blir eldre, nye livsstilsrelaterte plager utvikles og stadig nye lidelser kan behandles. Det økte trykket gjør rasjonering og prioritering i helsevesenet til et høyaktuelt tema. Vi har for eksempel den siste tiden hørt om flere sykehus som allerede i vår lå an til svære budsjettunderskudd for 2013 – og om leger som opplever at de får for lite tid til det de er gode til, nemlig å behandle pasienter, og som er uenige i prioriteringene de opplever at gjøres for en stor del av byråkrater og med for stor vekt på markedsøkonomi. De sier det selv på denne måten, «*Fotfolket – vi som ivaretar helsetjenestens egentlige oppgaver og som har det personlige ansvaret i møte med den enkelte pasient – blir avkrevd lojalitet til våre ledere, som i sin tur er lojale mot nivåene over.*» (Wyller et al., 2013). Det argumenteres for at man må ta faget tilbake og at fagpersonene, les legene, i mye større grad enn nå må bestemme hvordan og hvem som skal behandles. I kjølvannet av dette innlegget har diskusjonen gått, blant annet om hvorvidt fagfolket egentlig er en homogen gruppe og i hvilken grad de kan, vil og bør ivareta samfunnets interesser. Ulike synspunkt har kommet fram; noen hevder at leger ikke bør prioritere i det hele tatt men skal konsentrere seg om å gjøre sitt beste for hver enkelt pasient.. Andre hevder at leger er i en slags samfunnstjeneste og har et selvsagt medansvar for ressursbruken i samfunnet. Andre igjen peker på at legene er de som, gitt at man har begrensede ressurser i helsevesenet, best kan vurdere hvilke pasienter som skal prioriteres for ulike behandlinger.

Prioritering i det norske helsevesenet foregår på mange nivå; regjeringen prioriterer via statsbudsjettet, helseforetakene prioriterer ressurser til ulike avdelinger og kommuner prioriterer mellom ulike innbyggergrupper. Helsemyndighetene forsøker også å implementere prioriteringer for primærhelsetjenesten blant annet gjennom utvikling og innføring av retningslinjer. Prioriteringsansvaret ligger med andre ord på mange ulike grupper og nivåer, men; enten det nevnte «fotfolket» kan og vil eller ikke er det til syvende og sist hva hver enkelt lege gjør i møte med sine pasienter som i stor grad blir avgjørende for den faktiske prioriteringen i helsevesenet. Det er akkurat denne litt mer implisitte prioriteringen vi tar for oss i denne artikkelen. Hvis man ønsker å imøtekomme helsetjenesteaksjonens krav og la legene få et større handlingsrom, er det nyttig først å vite mer om hvordan de prioriterer i praksis. De vanskelige avveiningene i direkte møte med pasienter har imidlertid både planleggerne og resten av samfunnet fremdeles liten innsikt i. I studien vi presenterer her, fokuserer vi på primærhelsetjenesten og ser nærmere på hvordan fastleger veier ulike hensyn opp mot hverandre. Ettersom fastlegene har mange hensyn de skal ta, hensyn som ofte trekker i svært ulike retninger, er det ikke gitt hva som blir faktisk prioritering hvis myndighetene gir «fotfolket» mer handlingsrom og dermed indirekte legger mer ansvar for prioritering over på primærhelsetjenesten og fastlegene.

Eksisterende litteratur gir nyttig informasjon om hvilke faktorer leger tar hensyn til når de må prioritere (Beilby & Silagy, 1997; Carlsen & Bringedal, 2011; P Davis, B Gribben, A Scott, & R Lay-Yee, 2000; Eisenberg, 1986; Fernandez et al., 2000; Little et al., 2004; Weinstein, Bronner, Morgan, & Wennberg, 2004). Som

regel blir legene i disse studiene bedt om å ta stilling til én og én faktor om gangen, som for eksempel enten forventet behandlingseffekt eller kostnader, og det blir derfor vanskelig å si noe om hvor viktig ulike faktorer er i forhold til hverandre. Dette er uheldig ettersom fastlegens hverdag består av en rekke situasjoner der en må gjøre vanskelige valg og kontinuerlig er tvunget til å veie ulike hensyn en mener er viktige opp mot hverandre. En kan for eksempel se for seg en situasjon der legen må vurdere pasientens preferanse for behandling opp mot hva hun mener vil gi pasienten best klinisk behandlingseffekt. Å frembringe mer kunnskap om nettopp slike implisitte prioriteringer og dermed også legenes relative verdsetting av ulike hensyn var utgangspunktet for denne studien.

## Kort om studien

Et spørreskjema sendt ut til 1172 norske fastleger i perioden desember 2010 til januar 2011 er grunnlaget for datamaterialet som brukes i denne studien. Hoveddelen av spørreundersøkelsen besto av et diskret valgeksperiment. Dette er en type kvasi-eksperiment der legene fikk beskrevet en fiktiv pasient, fru Hansen, og ble bedt om å velge hvilken av to hypotetiske legemidler de ville skrive ut til henne. Vi beskrev de hypotetiske medikamentene ved hjelp av ulike faktorer som total kostnader, pasientkostnader, forventet behandlingseffekt, i hvilken grad pasienten ønsket medikamentet og i hvilken grad legen hadde erfaring med medikamentet. Dette er faktorer vi utfra det som finnes av forskning på området vet legene vektlegger, eller sagt på en annen måte; hensyn vi vet de tar når de skal gjøre prioriteringer. For at det i det hele tatt skal gi mening å gjøre slike stiliserte og hypotetiske valg, er det viktig at valgene i størst mulig grad ligner på valg legene gjør i virkeligheten. Derfor la vi mye arbeid i å kvalitetssikre spørreundersøkelsen på forhånd. Arbeidet tok utgangspunkt i en grundig diskusjon med både praktiserende leger og forskere. I tillegg gjennomførte vi en omfattende pilotprosess der ulike versjoner av spørreskjemaet sirkulerte fram og tilbake mellom et knippe med "forsøksleger" og forskerteamet for å sjekke blant annet at beskrivelsene av ulike faktorer og graderinger av dem ga mening. Vi forsøkte også i størst mulig grad å unngå at viktige faktorer som påvirker legenes beslutninger var utelatt.<sup>1</sup>

## Ikke bare behandlingseffekt som avgjør

Resultatene våre indikerer at norske fastleger i relativt stor grad er villige til å prioritere mellom ulike hensyn eller sagt annerledes; faktorer vi hadde inkludert i vår beskrivelse av medikamentene. I de oppsatte valgsituasjonene, var høy klinisk effekt i snitt det viktigste kriteriet for å velge et medikament. Pasientens preferanse var den faktoren som i snitt ble tillagt nest mest vekt, mens å unngå høye samfunnskostnader kom på tredjeplass. Legens erfaring med

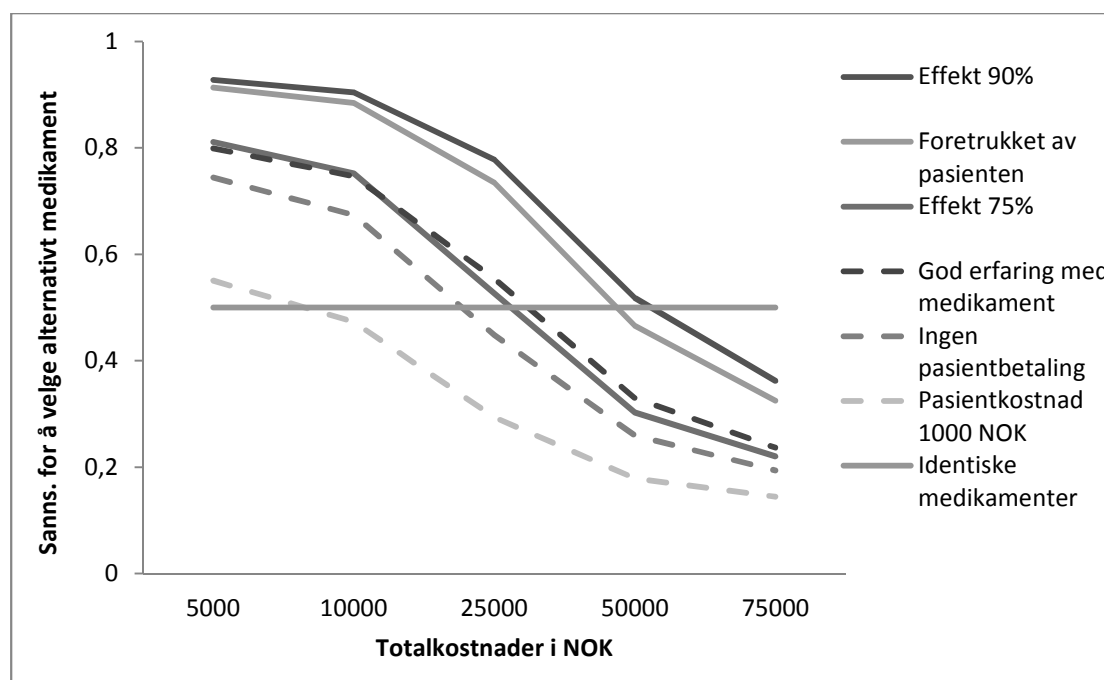
---

<sup>1</sup> For ytterligere informasjon om detaljene i studien, samt hvordan vi kommer fram til resultatene vi diskuterer under, henvises det til en mer omfattende artikkel basert på deler av det samme materialet (Carlsen, Hole, Kolstad, & Norheim, 2012).

medikamentet hadde og en viss påvirkning på valgene, mens kostnad for pasienten (innenfor frikorttaket) så ut til å ha svært liten innvirkning. Denne rangeringen av faktorer eller ulike hensyn, framkommer altså ikke som en direkte rangering eller vurdering av én og én faktor, men er et resultat av gjentatte valg der man har måttet forholde seg til medikamenter som ikke er åpenbart bedre eller dårligere enn hverandre langs alle dimensjoner – slik det også ofte er i virkeligheten.

I snitt er det altså ikke slik at fastlegene lar være å ta hensyn til kostnader, men vi ser at å oppnå høy effekt for pasienten blir viktigere. Det mest interessante med analysen vår er likevel ikke den rangeringen som fremkommer i seg selv, men hvordan de ulike faktorene varierer med hverandre. Som nevnt, er vi interesserte i de vanskelige avveiningene, mellom for eksempel en forbedring i forventet klinisk effekt og økte kostnader. Det er akkurat denne typen vurderinger legene i helsetjenesteaksjonen synes det har blitt urimelig mange av. I prioriteringsforskriften står det at kostnader skal stå i rimelig forhold til virkning (*NOU 1997:18. Prioritering på ny (Priority setting revised), 1997*), men dette er mildt sagt et noe ullent utsagn med liten grad av klare anvisninger annet enn at man på en eller annen måte skal ta kostnad med i vurderingen. I figuren under har vi laget et stilisert eksempel som illustrerer hvor sensitive legene er for totalkostnader i forhold til de andre faktorene når de skal velge hvilket medikament de vil skrive ut. Dette er ment å illustrere hvordan «et rimelig forhold» mellom kostnad og virkning kan oppfattes i praksis.

**Figur 1 – Sannsynligheten for å skrive ut et medikament når totalkostnadene øker**



Utgangspunktet for figuren er et valg mellom det antatt dårligste medikamentet og et annet medikament. Det antatt dårligste medikamentet i denne

sammenhengen kan man tenke seg er et medikament som legen ikke har noe erfaring med, som pasienten ikke ønsker, med forventet klinisk behandlingseffekt på 60%, og årlige pasientkostnader på 1800 NOK. Lengst til venstre i figuren er totalkostnadene 5000 NOK i året, uansett hvilket medikament en bruker, men når vi beveger oss mot høyre på x-aksen øker totalkostnadene for det alternative medikamentet. På y-aksen vises sannsynligheten for å velge et alternativt medikament relativt til det antatt dårligste medikamentet. Skulle man velge mellom to identiske medikamenter ville sannsynligheten for å velge hvert av dem være 50 prosent. Hver linje representerer et alternativt medikament hvor en av faktorene er forbedret i forhold til det antatt dårligste medikamentet; den øverste linjen viser for eksempel sannsynligheten for å velge et medikament med 90 % effekt framfor det med 60%, alt annet likt. Så lenge begge medikamentene koster 5000 NOK i året, ser vi at sannsynligheten for at det alternative medikamentet med 90% forventet effekt blir valgt er 93 prosent. Det er videre 55 prosent sannsynlighet for å velge et medikament med pasientkostnader på 1000 NOK framfor et med pasientkostnader på 1800 (den nederste linjen i figuren). Når derimot totalkostnadene på medikamentet som er billigst for pasienten øker fra 5000 NOK til 10 000 NOK, veier disse tyngst, og sannsynligheten for å velge medikamentet som er billigst for pasienten synker til under 50 prosent. Hovedinntrykket, når man ser på figuren, er at det blir lagt relativt stor vekt på å unngå høye totalkostnader; når totalkostnadene blir høye nok, og man altså beveger seg langt nok til høyre i figuren, blir totalkostnadene mer avgjørende for valg av medikament enn noen av de andre faktorene.

Dette bildet stemmer nokså dårlig med inntrykket vi kan få fra medieoppslag og legeoppsets henstilling til å nedtone økonomisk funderte prioriteringer til fordel for fagfolks egne vurderinger i møte med enkeltpasientene, og gir grunn til å stille spørsmål ved studien vår; er det kanskje bare indoktrinerte «flinke piker» og kyniske menn som har svart på spørreundersøkelsen? Eller kan det være at undersøkelsen vår var så virkelighetsfjern og unyansert at legenes valg ikke reflekterer virkeligheten? Vi tror ikke det. Som allerede beskrevet, har vi gjort grundige forberedelser for å unngå å havne i akkurat denne fella. I tillegg er det sider ved resultatene som virker rimelige og modererer bildet noe.

## Relativt stor uenighet mellom legene, god empirisk støtte

For det første er bildet ikke så entydig som man kan få inntrykk av. Hittil har vi forholdt oss til gjennomsnittene, men det er stor variasjon i hvilken vekt ulike leger legger på de forskjellige hensynene. Enigheten var størst når det gjaldt effekt, noe som gir mening ettersom de fleste nok vil være enige i at legenes fremste oppgave til syvende og sist er å behandle eller kurere pasientene sine. Når det gjelder å følge pasientenes preferanser var uenigheten blant legene derimot stor. Også når det gjaldt å unngå høye totalkostnader var uenigheten blant legene stor. Det er tydelig at dette er relativt kontroversielle tema, og at det er uenighet innad i legestanden om hvordan man skal tolke rollen som hhv «samfunnets portvakt» og «pasientens advokat». Det var også relativt stor variasjon i hvilken vekt legene la på egen erfaring med medikamentet i forhold

til de andre faktorene når de skulle velge medisin til fru Hansen. Det blir følgelig vanskelig å snakke om fastlegene som én homogen gruppe med like ønsker, vurderinger og prioriteringer.

Videre samsvarer funnene våre enkeltvis langt på vei med implisitte funn fra tidligere studier. Flere internasjonale studier har vist at leger prioriterer både pasientens kliniske behov og pasientens ønsker høyt i sine skjønnsmessige valg (Peter Davis, Barry Gribben, Alastair Scott, & Roy Lay-Yee, 2000; Eisenberg, 1986; Little et al., 2004). Det finner også vi. Imidlertid skiller tidligere studier i liten grad mellom pasientens medisinske behov og pasientens ønsker, noe vi gjør i vår studie. Enkelte norske studier bekrefter at pasientens preferanser er høyt verdsatt av fastlegen (Pål Gulbrandsen, Førde, & Aasland, 2002; Pål Gulbrandsen, Hofoss, Nylenna, & Aasland, 2007). Gulbrandsen og kollegaer finner gjennomgående at pasientens preferanser blir prioritert høyere enn samfunnskostnader, men også at det er stor variasjon i legenes syn på å oppfylle pasientens ønsker; fastlegene fordeler seg i distinkte kategorier etter hvor strenge de er når de veier pasientens ønsker opp mot portvaktrollen som går ut på å begrense samfunnsmessige kostnader. Dette samsvarer godt med våre funn; vi viser i tillegg at det varierer med størrelsen på kostnadene hvor mye vekt det legges på pasientens ønsker. Andre studier antyder også at portvaktrollen og norske legers bevissthet om samfunnskostnader er lav og synkende (Arnesen & Fredriksen, 1995; Carlsen, 2008; Carlsen & Frithjof Norheim, 2003; Pål Gulbrandsen et al., 2002). Sett i lys av dette, er den sterke vektleggingen av total kostnader i denne studien noe overraskende. En svakhet ved Gulbrandsen og kollegaers studie fra 2007 (Pål Gulbrandsen et al., 2007) var imidlertid manglende samsvar mellom oppgitt praksis og holdninger. Her forsøkes dette problemet løst ved hjelp av et diskret valgeksperiment som gjennom en øvelse som etterlikner klinisk praksis viser implikasjoner av indirekte prioriteringer. Dette er nytt i litteraturen og gir oss forhåpentligvis et bilde som i større grad sammenfatter holdninger og innsikt i egen praksis. Metoden vi har brukt passer spesielt godt til denne typen problemstillinger fordi det er vanskelig å observere hvordan leger faktisk prioriterer i praksis. Både kan informasjon om virkelige pasienter være sensitiv, men det vil også være vanskelig å vite om legen har tilgang på all informasjon og så å si umulig å vite hvilken informasjon legen benytter når hun skriver ut medisiner til pasienten.

## Noen forbehold

Svarprosenten på 24% (284 deltakere) var noe skuffende, men ikke så overraskende ettersom det er velkjent at spørreskjema sendt ut til travle leger ofte får lave responsrater, og det spesielt når det er snakk om elektroniske undersøkelser (VanGeest, Johnson, & Welch, 2007). Når det gjelder norske fastleger, har vi også grunn til å tro at mange ikke svarer på e-post i arbeidstiden, noe som kan ha ført til at færre har tatt seg tid til å svare. På tross av en lav svarprosent, oppnådde vi et utvalg som er tilstrekkelig stort for våre analyser og dessuten relativt representativt for den norske fastlegepopulasjonen, når det gjelder kjønn, alder og grad av spesialisering. Vi kan ikke utelukke seleksjon på uobserverbare variabler, som idealer, motivasjon og engasjement, men det er

ikke grunn til å tro at slike variabler vil trekke i samme retning og skape en klar forventningsskjevhet.

Metoden har også kjente utfordringer knyttet til intern og ekstern validitet. For det første er det grunn til å stille spørsmål ved hvorvidt valgene i et slikt eksperiment reflekterer hvordan man i virkeligheten ville valgt hadde man vært stilt overfor samme situasjon. Det er veldig vanskelig å svare strategisk i et slikt eksperiment, men man kan tenke seg at respondentene vil forsøke å gjøre det de anser som politisk korrekte valg. I denne studien er imidlertid ikke veldig kontroversielle faktorer som for eksempel karriere- eller personlige økonomiske insentiver inkludert. Det er derfor sannsynlig at observert variasjon i preferanser reflekterer faktiske forskjeller i hva legene legger vekt på og i mindre grad hva de tror forskerne eller samfunnet forventer. En annen relevant begrensning er at metoden innebærer en uunngåelig forenkling av virkeligheten. Viktigst er det antagelig i dette tilfellet at respondentene er vant til å ha mer detaljert kjennskap til pasienten før de skriver ut medisiner.

### **Kan «fotfolket» prioritere mellom ulike hensyn i praksis?**

Basert på vår undersøkelse, virker det langt på vei som at de norske fastlegene er villige til å prioritere mellom ulike hensyn. Videre ser det ut til at mange leger ønsker å ta samfunnsøkonomiske hensyn i sine behandlingsvalg. Om vi vender tilbake til debatten rundt Legeopporet og fagets stilling i helsetjenestens daglige drift, er begge disse funnene interessante. For det første er det, dersom legene ønsker «å ta faget tilbake», betryggende at leger ser ut til å ha evne og vilje til å balansere flere viktige faktorer opp mot hverandre og dermed stå i slike dilemmaer som "ansikt til ansikt-prioritering" krever. For det andre er det noe overraskende, sett i lys av Legeopporets kritikk av «New Public Management»-regimet, hvor stor vekt legene selv tydeligvis legger på økonomiske hensyn når de gjør faglige valg. Dette fremstår likevel som forståelig om en tolker kritikken dithen at det kanskje viktigste ankepunktet mot dagens styringsform i helsevesenet, er byråkratiseringen og mangelen på tillit til fagfolks vurderinger som legene opplever, og ikke akkurat hvilke prioriteringer som ligger i retningslinjene og kontrollrutinene. Legeopporet hevder nettopp at om en overfører mer makt til legene, vil ressursfordelingen bli bedre og velferden i samfunnet øke.<sup>2</sup>

Forsøker en å overføre resultatene fra undersøkelsen til "det virkelige liv", melder det seg i tillegg et viktig spørsmål: I hvilken grad er det realistisk at legene har tilgang på den samme typen informasjon som de har i dette valgekspperimentet? Informasjon om effekt og spesielt om samfunnskostnader kan mangle eller være vanskelig tilgjengelig. Norske fastleger jobber hovedsakelig alene og det finnes studier som viser at de har både begrenset tilgang til og liten tid til å sette seg inn i informasjon om kostnader og virkning

---

<sup>2</sup> Et relevant spørsmål vi ikke kan gå inn på her og som for øvrig i liten grad har vært oppe i det siste ordskiftet, er om summen av enkeltlegers autonome kliniske vurderinger holder mål kvalitetsmessig (noe som har vært et sterkere argument for innføring av retningslinjer og kontrollrutiner enn økonomiske og fordelingsmessige hensyn).

(Carlsen & Bringedal, 2011; Carlsen et al., 2007; Harrold, Field, & Gurwitz, 1999; Rashidian, Eccles, & Russell, 2007). Videre finnes det indikasjoner på at fastleger i større grad enn sykehusleger er usikre på effekter (Carlsen & Bringedal, 2011; Harrold et al., 1999), vet lite om kostnader (Melberg & Bringedal, 2010) og at spesielt fastleger har liten tillit til kostnads-effektanalyser som er grunnlaget for anbefalinger fra helsemyndighetene (Carlsen & Bringedal, 2011). Derimot har fastlegene ofte god kjennskap til pasientens preferanser. Vil det da i realiteten være pasientenes ønsker som er mest avgjørende for ressursbruken? Kan det være slik at pasienter og kanskje særlig de med sterke preferanser og mot til å fremføre dem, får uforholdsmessig mye å si for prioriteringer? Dette bør studeres nærmere, ettersom mer ansvar hos fastlegene i så fall neppe vil føre til en implementering av de prioriteringene samfunnet som helhet, inkludert fastlegene selv, egentlig ønsker.

**Forfatterne takker** Olaf Gjerløw Aasland, Ole Frithjof Norheim, Guri

Rørtveit og en gruppe anonyme leger som deltok i pilotstudien for praktisk hjelp og verdifulle innspill i design- og innsamlingsfasen. Vi vil også rette en stor takk til alle legene som tok seg bryet med å fylle ut spørreskjemaet. All analyse og tolkninger av resultatene er forfatternes egne.

## Referanser

- Arnesen, T., & Fredriksen, S. (1995). Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians. *Journal of Medical Ethics, 21*, 158-161.
- Beilby, J. J., & Silagy, C. A. (1997). Trials of providing costing information to general practitioners: A systematic review. *Medical Journal of Australia, 167*(2), 89-92.
- Braithwaite, D., Emery, J., de Lusignan, S., & Sutton, S. (2003). Using the Internet to conduct surveys of health professionals: a valid alternative? *Family Practice, 20*(5), 545-551. doi: 10.1093/fampra/cm509
- Carlsen, B. (2008). Dobbeltmoralens voktere? Intervjuer med fastleger om sykemelding. *Tidsskrift for velferdsforskning, 11*(4), 259-275.
- Carlsen, B., & Bringedal, B. (2011). Attitudes to clinical guidelines - Do GPs differ from other medical doctors? *BMJ Quality & Safety, qshc.2009.034249*. doi: 10.1136/bmjqs.2009.034249
- Carlsen, B., & Frithjof Norheim, O. (2003). Introduction of the patient-list system in general practice Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian journal of primary health care, 21*(4), 209-213. doi: doi:10.1080/02813430310004155
- Carlsen, B., Hole, A. R., Kolstad, J. R., & Norheim, O. F. (2012). When you can't have the cake and eat it too: A study of medical doctors' priorities in



- complex choice situations. *Social Science & Medicine*, 75(11), 1964-1973. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.005>
- Davis, P., Gribben, B., Scott, A., & Lay-Yee, R. (2000). Do physician practice styles persist over time? Continuities in patterns of clinical decision-making among general practitioners. *Journal of health services research and policy*, 5(4), 200-207.
- Davis, P., Gribben, B., Scott, A., & Lay-Yee, R. (2000). The "supply hypothesis" and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation. *Social Science & Medicine*, 50(3), 407-418.
- Eisenberg, J. M. (1986). *Doctors' decisions and the cost of medical care*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Fernandez, L. A. L., Martin, J. M. J., del Castillo, J. d. D. L., Gaspar, O. S., Millan, J. I. M., Lozano, M. J. P., & Keenoy, E. D. M. (2000). Sources of influence on medical practice. *J Epidemiol Community Health*, 54(8), 623-630.
- Gulbrandsen, P., Førde, R., & Aasland, O. G. (2002). Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 1874-1879.
- Gulbrandsen, P., Hofoss, D., Nylenna, M., & Aasland, O. G. (2007). General practitioners' relationship to sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care*, 25(1), 20 - 26.
- Harrold, L., Field, T., & Gurwitz, J. (1999). Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *Journal of General Internal Medicine*, 14(8), 499-511.
- Little, P., Dorward, M., Warner, G., Stephens, K., Senior, J., & Moore, M. (2004). Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*, 328(7437), 444-440.
- Melberg, H. O., & Bringedal, B. (2010). Hva tror legene en MR-undersøkelse koster? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(6), 558-600.
- NOU 1997:18. *Prioritering på ny (Priority setting revised)*. (1997). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Rashidian, A., Eccles, M. P., & Russell, I. (2007). Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy*, 85(2), 148-161.
- VanGeest, J. B., Johnson, T. P., & Welch, V. L. (2007). Methodologies for Improving Response Rates in Surveys of Physicians. *Evaluation & the Health Professions*, 30(4), 303-321. doi: 10.1177/0163278707307899
- Weinstein, J. N., Bronner, K. K., Morgan, T. S., & Wennberg, J. E. (2004). Trends: Trends and geographic variations in major surgery for degenerative diseases of the hip, knee, and spine. *Health Aff (VARIATIONS REVISITED: WEB-EXCLUSIVE COLLECTION 2004)*, pg. V81, 9 pgs, 7. oktober 2004.
- Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., . . . Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 133, 655 - 659.

