



# Prioritering i praksis

---

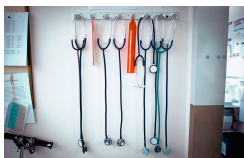
## LEDELIVET

KARIN ISAKSSON RØ

LEFO – Legeforskningsinstituttet

---

Både ledere og klinikere ønsker å utgjøre en forskjell for pasientene, men de velger ulike virkemidler. Hvordan kan vi legge til rette for bedre gjensidig forståelse?



Illustrasjonsfoto: DN/NTB  
scanpix

Et regjeringsoppnevnt utvalg som skal se på helseprioritering i kommunene ble nedsatt uten å ha med klinikere som leger eller fysioterapeuter fra primærhelsetjenesten. Etter kritikk, blant annet fra Legeforeningen, har man nå invitert inn en allmennpraktiserende lege i det nye prioriteringsutvalget (1).

I en nylig publisert artikkel – basert på intervjuer med leger og sykepleiere – diskuteres forskjeller i synet på prioritering mellom klinikere og ledere ved somatisk og psykiatrisk sykehusbehandling i Norge (2). Prioritering er et daglig anliggende ved avdelingene, med krevende beslutninger, særlig når det gjelder hvor mye tid man kan bruke til behandling av enkeltpasienter og hvor fort pasientene skal skrives ut. Både klinikere og ledere fastslo at god kvalitet i pasientbehandlingen var en viktig målsetting, men ut fra ulike perspektiver.

Vi vet fra tidligere at for leger er det profesjonelle engasjementet sterkt knyttet til den individuelle pasientbehandlingen (3). Klinikere – både leger og sykepleiere – i denne nye studien beskrev en etisk nærhetspraksis der man prioriterte innlagte pasienter og der ønsket om å “gjøre en forskjell” ved å gi disse god medisinsk behandling og omsorg ble sett på som den viktigste delen av arbeidet (2).

Lederne var mer styrt av konsekvensetikk. De ville “gjøre en forskjell” ved å sørge for at så mange som mulig skulle få god behandling, inkludert fremtidige pasienter. Det var derfor viktig med høy pasientgjennomstrømming ved avdelingene. Med samme uttalte målsetting og ønsket om å “gjøre en forskjell” vektla lederne dermed det såkalte produksjonsvolumet mer enn klinikere, som i større grad la vekt på kvalitet.

Som vist tidligere ble det også i denne studien tydelig at klinikerne opplevde at deres anliggender når det kom til prioritering i liten grad ble hørt av ledelsen, og at de i liten grad ble oppmuntret til å komme med sine synspunkter. De beskrev imidlertid at når man åpent kunne diskutere fordelingen av begrensede ressurser, ble frustrasjonen over mangel på

transparens og deltagelse mindre.

Prioritering i helsesektoren får konkrete implikasjoner i den kliniske hverdagen og for pasientbehandlingen. For å få til best mulige endringer trengs det engasjement og deltagelse fra klinikerne. Å prioritere kan være en krevende prosess på mange måter, også fordi klinikerens rolle og identitet blir utfordret. Ledere trenger å forstå og anerkjenne klinikerens anliggender, på samme måte som klinikerer trenger å forstå og anerkjenne lederes intensjoner om å skape et godt utgangspunkt for endringsprosesser (4).

Å inkludere både klinikere og ledere i det nye prioriteringsutvalget kan bidra til en slik gjensidig forståelse og dermed skape en plattform for konstruktive forslag til videre prioritering i kommunal praksis (5).

---

#### LITTERATUR:

1. Storvik AG. Snur om prioriteringsutvalg etter kritikk. *Dagens Medisin* 24.2.2017.
2. Skirbekk H, Hem MH, Nortvedt P. Prioritising patient care: The different views of clinicians and managers. *Nurs Ethics* 2017; 969733016664977. E-publisert 1.12.2017.
3. Lindgren Å, Bååthe F, Dellve L. Why risk professional fulfilment: a grounded theory of physician engagement in healthcare development. *Int J Health Plann Manage* 2013; 28: e138 - 57.
4. Bååthe F, Norbäck LE. Engaging physicians in organisational improvement work. *J Health Organ Manag* 2013; 27: 479 - 97.
5. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc* 2017; 92: 129 - 46.

---

Publisert: 26. juni 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0405  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no