Helsetjenestens nye logikk

Grete S. Botten, Jan Frich, Terje P. Hagen,
Tor Iversen, Halvor Nordby (red.)



FAGBOKFORLAGET

Helsetjenestens nye logikk

Grete S. Botten, hovedredaktør

Medredaktører: Jan Frich, Terje P. Hagen,
Tor Iversen, Halvor Nordby

FAGBOKFORLAGET

Copyright © 2019 by
Vigmostad & Bjørke AS
All Rights Reserved

1. utgave 2014 / 2. opplag 2014

ISBN: 978-82-450-2969-7
ISBN (trykt): 978-82-321-0348-5

Tilrettelagt for e-bok: John Grieg, Bergen

Formgivning ved forlaget

Forsidedesign ved forlaget

Utgivelsen er støttet av Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved
Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Spørsmål om denne boken kan rettes til:
Fagbokforlaget
Kanalveien 51
5068 Bergen
Tlf.: 55 38 88 00 Faks: 55 38 88 01
e-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Materialet er vernet etter åndsverkloven.
Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarfremstilling
bare tillatt når det er hjemlet i lov eller avtale med Kopinor.

Tilegnet Ole Berg for hans langvarige
innsats ved Universitetet i Oslo

Forord

Professor Ole Berg fyller 70 år 4. februar 2014. Han blir da pensjonist om han vil eller ikke – og han vil ikke. Foreliggende bok er et forsøk på å dempe virkningene av overgangen til pensjonistenes rekker. Vi er klar over at effekten kan bli den motsatte. I stedet for å markere slutten på en lang karriere som lærer og forsker, kan boken bidra til økt nysgjerrighet for en professor som både er vital, kreativ og har stor arbeidskapasitet. Det synes vi som har redigert boken er helt i orden. Ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi håper vi å kunne benytte Ole som faglig rådgiver, inspirator og pådriver i mange år ennå – nå som professor emeritus.

Ole Berg tok magistergrad i statsvitenskap i 1968 og ble dr.philos. i 1983. Han arbeidet som forsker og universitetslektor ved Institutt for statsvitenskap i perioden fra 1970, var Fulbright-stipendiat ved Yale University i 1973–74 og gjesteprofessor ved University of Minnesota i 1980–81. Etter en kort periode som underdirektør i Finansdepartementet fra 1983 til 1985 returnerte han til Universitetet i Oslo. Ole ble da valgt til å lede planleggingen av kandidatstudiet i helseadministrasjon som ble etablert fra 1986. Han var den første leder for Senter for helseadministrasjon (senere Avdeling for helseledelse og helseøkonomi) i perioden 1986–1995 og var på nytt leder i perioden 1999–2002. Ole ble professor i helseadministrasjon og statsvitenskap i 1987. Han er medlem av Det norske vitenskapsakademi og ridder av 1. klasse av Den kongelige norske St. Olavs orden (2002). Oles innsats har vært formidabel. Det reflekteres på mange måter, blant annet i en usedvanlig fyldig tabula gratulatoria i denne boken.

Boken har fått tittelen *Helsetjenestens nye logikk* og speiler tittelen på Oles dr.philos.-avhandling, *Helsetjenestens logikk*. Mens Oles avhandling hadde som målsetting å forklare hvorfor helsepersonell handler som de gjør, er målsettingen med denne boken å beskrive endringer innen medisin og helsefagene, diskutere hvordan ledelse i den nye klinikken utspiller seg og drøfte helsepolitiske tema og konflikter. Bidragsyterne er tidligere studenter ved mastergradsstudiet i helseadministrasjon og ansatte ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Boken har fem redaktører, hvorav professor emerita Grete Botten har vært hovedredaktør. Uten hennes innsats ville prosjektet neppe blitt realisert. Vi takker også Kari Petersen i KonferansePartneren, Ida Myhre-Nielsen i Akademika forlag og den administrative staben ved Institutt for helse og samfunn for innsatsen. Institutt for helse og samfunn har sjenerøst stilt ansattes arbeidstid til disposisjon.

Blindern, 13. januar 2014

Terje P. Hagen
Professor, leder ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Innhold

Forord

INNLEDNING

Helsetjenestens nye logikk: fortsatt målrettet mangfold
Grete S. Botten, Jan Frich, Terje P. Hagen, Tor Iversen, Halvor Nordby **13**

DEL 1: LEDELSE

Ledelse – en skapende logikk?
Jan Frich og Gudmund Nordby **25**

Kommunikasjon og helseledelse
Halvor Nordby **35**

Repolitisering i avpolitiseringens tidsalder: et skråblikk på styrene i helseforetakene
Janne Skumlien Myrland **47**

Politikk og fag – på samme lag? Helseledelse fra teknokrati til «Velferds-Dannelse»
Werner Christe **53**

Om å bli KLoKere
Stein A. Evensen **61**

DEL 2: HELSEPOLITIKK

Pasientrettigheter: kjennetegn ved utviklingen siden 1980
Olav Molven **69**

Prioriteringens vanskelige kår
Siv Cathrine Høymork **83**

Lange liv gir utfordringer for helsetjenesten
Joakim Oliu Moe og Grete Botten **93**

Helsetjenesteaksjonen av 2013:
Hva er alternativene og hva blir effektene av forslagene?
Terje P. Hagen og Trond Tjerbo **107**

Private helseforsikringer – et gode?
Eli Feiring **117**

De ideelle organisasjoners rolle i helsetjenesten
Mette Kalve **127**

DEL 3: LEGENE OG HELSETJENESTEN

DRG sett fra en klinikers hverdag
Asbjørn Elgen **137**

Samfunnsmedisineren – en ledende aktør i helsetjenesten?
Henning Mørland **143**

Nasjonale strategier og lokale tilpasninger,
fra legemangel til legeoverskudd
Lars Erik Kjekshus **149**

Endring over tid i legers holdninger til kostnader
Ida Iren Eriksen og Hans Olav Melberg **159**

Legekunsten – en elefant i rommet
Olaf Gjerløw Aasland **173**

Medikalisering og iatrogenese – Ivan Illich og begrepene
Aina Schiøtz **185**

DEL 4: KVALITET OG LIKHET

Kvalitet, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
Anne Karin Lindahl **197**

Hva fremmer pasientsikkerheten – ansvarlighet eller åpenhet?
Sverre Grepperud **205**

Statlig tilsyn – demokratisk sikkerhetsventil eller politisk skyggebokser?
Lars E. Hanssen og Geir Sverre Braut **215**

Skohorn og klokskap: den annens perspektiv
Bente Mikkelsen **223**

Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge
Geir Godager og Tor Iversen **231**

Rehabilitering etter behandling for brystkreft: Er det lik bruk i Norge?
Gudrun M. W. Bjørnelv og Eline Aas **247**

DEL 5: FAGLIG UTVIKLING OG NYE MULIGHETER

Medisinen fra håndverk til industriprodukt?
Erik Fosse **263**

Nevrokirurgi – meir enn trepanasjonar og demonar
Haldor Slettebø **273**

Behandling av svært for tidlig fødte barn: fortid – nåtid – fremtid
Dag Bratlid **281**

«To be, or not to be – that is the question»
Ewa Ness **287**

Karkirurgiens muligheter og utfordringer
Jørgen J. Jørgensen **295**

Gastrokirurgien: fra store snitt til små hull og raskt hjem
Tom Glomsaker **303**

DEL 6: EPILOG

Ole Bergs logikk
Grete S. Botten **317**

Framtidens helsetjenestelogikk
Anne Hafstad intervjuer Ole Berg **323**

Forfatterbiografier **331**

Tabula Gratulatoria **339**

INNLEDNING

Kapittel 1

Helsetjenestens nye logikk: fortsatt målrettet mangfold

Grete S. Botten, Jan Frich, Terje P. Hagen, Tor Iversen, Halvor Nordby

Å forstå og å lede helsetjenesten er krevende. Intet enkelt fag kan gripe kompleksiteten. Innsikt fra mange fag er nødvendig når helsetjenesten skal ledes og når myndighetene skal forme helsepolitikken. En slik tverrfaglig tilnærming har vært en ledetråd for forskning og utdanning ved det som startet som Senter for helseadministrasjon i 1986. I 1996 fylte senteret 10 år. Det ble da skrevet en rapport med tittelen *Målrettet mangfold* (Botten og Børdahl 1996) som nettopp viste bredden i de fag som bidro til å forstå det som da var dagsorden innenfor ledelse av og i helsetjenesten. Behovet for bred og mangfoldig innsikt har nok blitt enda større i de siste 25 årene. Nye tema er kommet på dagsorden. Eksplisitte spørsmål om kvalitet, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet var tidligere nærmest ikke eksisterende. Og at brukere skulle ha en viktig stemme, var nesten uhørt. Det var fagekspertene som rådde. Men mange av spørsmålene er fortsatt de samme som på 1980-tallet. Stikkord er prioritering, finansieringsmåter, organisering og samhandling Kunnskapsgrunnlaget på disse og andre felter må stadig utfordres og fornyes. I undervisningen og forskningen som drives ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi er tre fagsøyler gjennomgående: ledelse og organisering, helseøkonomi og helsepolitikk samt medisin. De tre fagsøylene suppleres med fag som metode og statistikk, psykologi, og helserett.

Ledelse og organisering

Det har funnet sted en dramatisk omveltning av behandlingen av den syke de siste 100 år. Helsetjenesten var tidligere preget av små håndverksliknende praksiser,

mens vi i dag forholder oss til store systemer preget av spesialisering, teamarbeid, standardisering og økende ekstern styring og kontroll (Berg 2010). Helsetjenesten er i dag blant samfunnets mest komplekse organisasjoner. Utviklingen har ført til stort behov for koordinering og ledelse (Fosse 2014).

Innen medisin, sykepleie og andre helseprofesjoner har ledelse tradisjonelt vært forankret i en persons faglige autoritet. Faglig ledelse på et klinisk nivå forutsetter solid fagkunnskap og kjennskap til arbeidet som gjøres, men selv på dette nivået er det nødvendig å ha forståelse for rammevilkårene for virksomheten. Ledere på andre nivå kan ofte ha sin fagbakgrunn utenfor helsefagene, og i tillegg til egen bakgrunn trenger vedkommende kunnskap, innsikt og ferdigheter fra andre fagområder som jus, psykologi, økonomi, administrasjon, kommunikasjon og ledelse, og ikke minst en viss forståelse for klinikken. Helseledelse er i dag et etablert fagfelt som står i nær dialog med en rekke fagområder (Burns et al. 2012).

Ofte brukes begrepet ledelse i en ganske vid forstand. Men det kan være nyttig å sondre mellom ulike typer ledelse som personlig aktivitet, administrative oppgaver og mer overordnet styring. I de fleste organisasjoner vil prosesser måtte standardiseres, eksempelvis ved at det besluttes hvordan finansieringen skal foregå eller hvordan kvalitet skal måles. Vi snakker da om systemer for styring snarere enn ledelse. Ledelse er alltid knyttet til situasjon og kontekst og kan ikke reduseres kun til et spørsmål om tekniske manøvrer eller strategier. Det synes likevel som om enkelte har trodd at abstrakte styringssystemer kan erstatte stedlige ledere i klinikken. Dette er en farlig tanke i virksomheter som kjennetegnes ved komplekse tjenesteytende prosesser. Slike virksomheter kan riktignok planlegges i noen grad, men det vil spontant oppstå behov for koordinering, motivering, konflikthåndtering, samt tydeliggjøring av mål og fordeling av oppgaver og roller. Klinikken vil bare tidvis kunne sammenliknes med en seilskute som ligger rolig ved havn – oftere befinner den seg i en situasjon med opprørt hav og stormkast – klinikken krever lederskap og nærværende ledere.

Ledelse innebærer å mobilisere medarbeidere til felles innsats mot bestemte mål. Dette fordrer at lederen må kunne kommunisere på tvers og håndtere motstridende «logikker» eller tenkemåter (Nordby og Botten 2007). Den faglige utviklingen og pasienters forventninger og behov vil hele tiden skape en spenning ved at nye initiativ og muligheter utvikles «nedenfra», noe som utfordrer økonomiske og organisatoriske rammevilkår «ovenfra». Helsetjenesten vil alltid preges av iboende spenningsforhold mellom ulike grupperinger av fagfolk og mellom fagfolk og «administratorer» (Frich og Nordby 2014). I en del år var den rådende

tenkningen at profesjonelle ledere kunne lede hva som helst. Det synes nå å være en økende erkjennelse av at klinikere og fagpersoner må engasjeres og involveres i spørsmål om ledelse og organisering av virksomhetene. I en rekke land er det blitt økt oppmerksomhet på klinisk ledelse, og ledere med klinisk bakgrunn anses å være nødvendige for å fremme kostnadskontroll, kvalitet, pasientsikkerhet og innovasjon i utformingen og organiseringen av tjenestene (Stoller 2008; Yoder-Wise et al. 2013).

En utfordring har vært at medisinske og helsefaglige utdanninger ikke har gitt studentene et tilstrekkelig grunnlag for å forstå og forholde seg til de systemer og organisasjoner de siden skal jobbe i. Leger og sykepleiere opplever å bli kastet inn i lederroller uten å ha nødvendig kompetanse (Spehar et al. 2012). Ledelse og undervisning i teamarbeid, kvalitet og kunnskapshåndtering er riktignok kommet inn på timeplanen i enkelte utdanninger (Frich et al. 2012; Evensen 2014). Nasjonalt og internasjonalt ser vi en også rekke initiativ for å styrke ledelseskapasiteten innen helsetjenesten (Coltart et al. 2012; Stoller 2008; Yoder-Wise et al., 2013). Cleveland klinikken i USA er en blant flere organisasjoner som har lang tradisjon for systematisk å bygge kapasitet innen kliniske ledelse (Stoller et al. 2007). Vi ser en økende satsning på lederutvikling også innen helsesektoren i Norge, og i forslaget til ny spesialistutdanning for leger i Norge er ledelse, organisasjonsutvikling og kvalitetsarbeid lagt inn som egne langsgående elementer. I Storbritannia er det etablert en storstilt nasjonal satsning på helseledelse, med etableringen av NHS Leadership Academy (2013), hvor målet er å gi klinikere bedre forutsetninger for å fylle ledelsesfunksjoner på ulike nivåer. En formell lederutdanning vil, i tillegg til de initiativ som myndigheter, virksomheter og profesjonsforeninger tar, gi den enkelte mulighet til å bygge nettverk på tvers av organisasjoner og gi solid ballast til fremtidige oppgaver og utfordringer.

Helseøkonomi og helsepolitikk

Helseøkonomi som fag har to praktiske formål. Det første formålet er å bidra med kunnskap som gjør at ressursene i helsesektoren blir best mulig brukt og at helsesektoren disponerer en passe stor andel av samfunnets ressurser. Det andre formålet er å bidra til å utforme rammebetingelser som fremmer ønsket ressursbruk. Det første formålet er normativt i den forstand at best mulig ressursbruk avhenger av det formålet en har for virksomheten i helsesektoren. Optimal ressursbruk vil dermed alltid være et relativt begrep. Det andre formålet følger av

at det oftest er lang vei fra de som utformer mål for virksomheten (for eksempel Stortinget og Helsedepartement) til de som gjennom store og små beslutninger skal sørge for at målet om optimal ressursbruk oppfylles. Ofte vil de som fastsetter målene for helsesektorens virksomhet vite mindre om detaljene i virksomheten enn de som leder og jobber der.

Kommandometoder er lite egnet når det er umulig å kontrollere at de kommanderte gjennomfører kommandoene. Det blir dermed viktig å utforme organisasjon og finansieringsmåter som oppmuntrer beslutningstakere på ulike nivåer til å oppfylle de målene beslutningstakerne lenger oppe i hierarkiet har bestemt. Man må med andre ord gi beslutningstakerne på lavere nivå insitamenter til å bruke ressursene slik beslutningstakerne lenger oppe i systemet ønsker. For å utforme slike insitamenter trenger en systematisk kunnskap om hvordan beslutningstakerne i helsesektoren tilpasser seg ulike typer organisering og finansiering. Det blir dermed viktig med teoretiske og empiriske undersøkelser om dette, og gjennomføring av slike undersøkelser følger av det andre praktiske formålet med faget helseøkonomi.

Prioritering og nyttekostnadsanalyser er et sentralt område som omfattes av det første formålet. Utviklingen i norsk prioriteringspolitikk har medført at helseøkonomisk tankegang har blitt stadig mer relevant. I følge pasient- og brukerrettighetsloven gjelder retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten bare dersom kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt (Høymork 2014). For å realisere en slik bestemmelse må man både ha kunnskap om helsetiltakets effekt og kostnader. Nytte- kostnadsanalyser har som formål å bidra til denne kunnskapen. Slike analyser er både et generelt redskap innenfor samfunnsøkonomi og et redskap tilpasset forebygging, diagnostikk og behandling (Drummond et al. 2005). Dette er imidlertid et mer krevende område enn man kanskje umiddelbart skulle tro. Det har delvis å gjøre med normative valg. Hva skal man mene med tiltakets effekt? Er det helseeffekt i form av kvalitetsjusterte leveår? Hvordan skal man i så fall avveie god livskvalitet og antall leveår? Det har også å gjøre med lite presis og ikke eksisterende informasjon om framtidig ressursbruk og helsetilstander samt behovet for kompleks modellering som følger av slik manglende informasjon.

Prioritering av helsesektorens ressurser er dermed et kontroversielt område. Det er ikke mindre kontroversielt hvordan man skal utforme finansieringsmåter som oppmuntrer til beslutninger på mikroplan som følger vedtatte prioriteringsretningslinjer. Dette har sammenheng med at et finansieringssystem skal tjene

mange mål. Med utgangspunkt i et mål om korrekt prioritering vil et fast budsjett (rammefinansiering) ha tiltalende egenskaper siden man da ikke har problemer med at behandlingsavhengige takster medfører kostnadsvridninger, hvis de ikke gjenspeiler de faktiske kostnadene. På den annen side kan fast budsjett ikke oppmuntre nok til effektiv organisering av virksomheten. Noe stykkprisfinansiering belønner pasientbehandling og dermed en organisasjon som fremmer pasientgjennomstrømning. En hensiktsmessig blanding mellom ulike komponenter i et finansieringssystem vil dermed både avhenge av hva staten ønsker å oppnå, av kostnadsstruktur og av hvilke mål de som gjennomfører beslutningene på mikroplan, ønsker å fremme. For å utforme et optimalt finansieringssystem trenger en dermed både kunnskap om kostnadsstruktur og beslutningstakeres preferanser. Å oppnå slik kunnskap er en betydelig utfordring. Ofte har en ikke de data en ønsker seg for å trekke slutninger utover korrelasjoner. Randomiserte forsøk er ofte ikke mulig, og den politiske interessen for å sette i gang kontrollerte forsøk er ikke tilstrekkelig stor. En klarer derfor ofte ikke å etablere kausale sammenhenger, slik man ønsker. Resonnementer basert på teori, i tillegg til resultatene fra empiriske undersøkelser, blir derfor viktige i praktiske anvendelser av kunnskapen.

Medisin

Fokus ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi er etter hvert delvis flyttet fra epidemiologi, etterspørsel og tilbudsutvikling til mer vekt på kvalitet og pasientsikkerhet. Blir pasienten bedre? Blir pasienten kanskje skadet av å være i kontakt med helsetjenesten? Blir pasienters valg og verdier respektert? Vet ulike tjenesteytere hva de andre gjør? Finnes en plan for behandlingen? Sløser man med tid eller ressurser? Må pasienten vente for lenge? Er det urettmessig forskjellsbehandling?

Helsetjenestene er blitt utfordret gang på gang ved forskning som har påvist stor variasjon i praksis og dokumentert at en rekke pasienter får suboptimal behandling. Rapportene fra Institute of Medicine i USA, *To Err is Human* (1999) og *Crossing the Quality Chasm* (2001), representerte et historisk veiskille for kvalitet i helsetjenesten, ettersom spørsmål om kvalitet og pasientsikkerhet ble satt ettertrykkelig på dagsorden, ikke bare for forskere, men også i klinikken og hos helsemyndighetene. Den norske pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* er ett utslag av denne utviklingen (Lindahl 2014).

Lenge var kvalitet noe som levde i skyggen av den økonomiske bunnlinjen, men internasjonalt, så vel som nasjonalt, går trenden i retning av økte krav til

kvalitet og forsøk på å kople kvalitetsmåling og finansiering. Innen rammen av såkalte «accountable care organizations» beveger man seg i USA fra aktivitetsbasert finansiering og i retning av en resultat- og kvalitetsbasert finansieringsmodell. Ordningen innebærer at en tilbyder tar et helhetlig medisinsk ansvar for en gruppe pasienter mot et årlig per capita beløp, og så må tilbyder dokumentere at kvaliteten i oppfølgingen oppfyller bestemte krav. Denne finansieringsmodellen har allerede gitt en betydelig omstrukturering innen helsesektoren i USA, med utvikling av systemer hvor primær- og spesialisthelsetjenestene er integrert i samme organisasjon. Uavhengig av om kvalitet knyttes til finansiering vil vi nok de neste årene se at kvalitetsmålinger i økende grad forskyves fra strukturer og prosesser i retning av resultatmål (Porter og Teisberg 2006). Utvikling av pasientrapporterte resultatmål er en uttalt målsetting for det nyetablerte Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) i USA (2013). Det er også på trappene at finansiering av spesialisthelsetjenesten i Norge skal bygge på kvalitetsrapportering (Kiviluoto og Arneberg 2013).

Brukermedvirkning er nedfelt i lov om spesialisthelsetjenester og gis en bred omtale i Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16 (2010 – 2011)). Helsemyndighetenes målsetting er at grupper som berøres av et tilbud, skal involveres i planlegging, gjennomføring og evaluering av dette (Molven 2014, Mikkelsen 2014). Brukermedvirkning har en egenverdi som er forankret i en tradisjon av deltakende demokrati, og representerer en ganske annerledes måte å ivareta bruker- og pasientperspektivet på enn tilfredshetsmålinger (Frich 2012). Møtet mellom den enkelte fagperson og pasient er en opplagt arena for medvirkning på individnivå, men brukermedvirkning i helsetjenesten kan også skje på systemnivå, gjennom brukerutvalg, dialog med pasientforeninger og involvering av representanter for pasient- og brukergrupper i utviklingen av tjenestene. Forskning viser at pasienter og brukeres erfaringer kan bidra til innovasjon og forbedringer (Mockford et al. 2012), men kunnskapen er begrenset. I årene fremover er det å forvente at brukernes posisjon styrkes ytterligere.

Oppmerksomhet om overordnede strukturer og systemer kan bidra til å løse overordnede strukturelle hindringer for å fremme kvaliteten, men det er viktig ikke å overse at helsetjenester er noe som skapes i mindre kliniske enheter og i samhandlingen mellom disse. Nelson og medarbeidere (2007) har gitt et viktig bidrag til tenkningen om kvalitet ved å rette søkelyset mot det kliniske mikrosystemet, enheter hvor en gruppe mennekser jobber sammen for å gi behandling til en bestemt gruppe pasienter (Nelson et al. 2007). Slike systemer representerer

grunnleggende byggesteiner i de større organisasjonene og i helsevesenet som helhet. Forskningen viser at enheter som utmerker seg med å levere helsetjenester av høy kvalitet kjennetegnes bl.a. av at mikrosystemet har en klar forståelse av hva man ønsker å oppnå, det satses på kontinuerlig forbedringsarbeid, man er dyktige på samhandling internt og eksternt, får nødvendig støtte fra organisasjonen, har gode informasjonssystemer integrert i arbeidsprosessene og foretar løpende registrering av resultatene (Nelson et al. 2007). Slike systemer er i realiteten små lærende organisasjoner, med en tydelig ledelse og hvor medarbeidere kjenner stolthet og ansvar for tjenestene som ytes. Arbeidet med å sikre kvaliteten i tjenestene har vært preget av at blikket hos ledelsen har vært rettet «oppover» mot aktører som etterspør rapporter, målinger og registreringer. Det vil være avgjørende at organisasjonene har en vel så sterk oppmerksomhet «nedover» og spør seg hvordan de kliniske mikrosystemene kan støttes i å utvikle sitt potensial. Det er her «the rubber meets the road».

Avslutning

Forskningsvirksomhet ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi springer ut av formålene ved virksomheten og er preget av tverrfaglighet fordi relevant forskning krever flerfaglige bidrag. Kunnskap om ledelse uten innsikt i den kliniske hverdag blir unyttig og fjern. Å finne organisasjonsmodeller uten bakkekontakt med hvordan klinikken fungerer, vil lett bli teoretiske øvelser. Styringsmodeller og finansieringsformer kan gi skjeve resultat hvis ikke forskningen trekker inn tankegangen i kliniske beslutninger. Innenfor kvalitetsfeltet kan det nok utformes indikatorer og målinger, men for å sikre at disse målingene er relevante og treffer blink, må forskeren kjenne til pasientforløpet innenfor helsetjenesten.

Både undervisnings- og forskningsaktiviteten ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi har i perioder vært utsatt for kritikk. Kritikken har kommet fra to hold. På den ene siden har vi dem som mener avdelingen går for langt i å foreskrive en bestemt medisin. Rune Slagstad er en slik kritiker, og i *Tidsskrift for Den norske legeforening* skriver han (Slagstad 2012):

> Ole Berg har i det siste gjenopptatt denne tråden i sin studie av helseforvaltningens historie, som han har under utarbeidelse. Men denne sykehusinstitusjonens flerdimensjonalitet er systematisk fraværende i reformene siden 1990-årene. Heller ikke har flerdimensjonaliteten vært særlig iøynefallende