

## 01 Introduksjon

# Helsepolitikkenes faglige premisser

*Michael 2017; 14: Supplement 19, 9–16.*

Professor Terje P. Hagen ble født 15. februar 1957. Han vokste opp på Haramsøy og i Volda. Etter gymnaset tjenestegjorde han i Hans Majestet Kongens garde, og begynte deretter å studere statsvitenskap ved Universitetet i Oslo. I januar 1987 leverte han hovedoppgaven i statsvitenskap med tittelen «Innovasjonsdilemma og læreparadoks: strukturelle rammer for samfunnsmessige forsøksordninger».

Hagen var tidlig i karrieren på nippet til å takke ja til et tilbud fra Finansdepartementet etter fullført hovedfag i statsvitenskap. Han valgte med andre ord bort en karriere i forvaltningen til fordel for forskningen – etter hva vi forstår – på grunn av et marginalt bedre tilbud fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR). Hagens valg om å bli forsker kan forstås som et rasjonelt valg mellom to alternativer – der han valgte alternativet med høyest forventet nytte.

Hagen fullførte sin doktorgrad under perioden ved NIBR, og ble i 1998 tilsatt som førsteamanuensis ved det daværende Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo. Senteret var den gang en liten organisasjon – Hagen ble den fjerde vitenskapelig ansatte i full stilling. Lenge utgjorde kandidatstudiet i helseadministrasjon, som i 2003 fikk status som et fullverdig masterprogram, kjernen i miljøets utdanningsaktivitet (1). De siste 15 år er flere nye studieprogram blitt etablert, inkludert European Master in Health Economics and Management, som Terje P. Hagen var primus motor for i etableringsfasen. Læreboken *Kommunal organisering*, hvor han er medforfatter, ble i 2014 utgitt i sin syvende utgave (2).

Som forsker har Terje P. Hagens interesseområde ligget i grenselandet mellom økonomi og statsvitenskap. Gjennom en rekke empirisk og anvendte studier, spesielt studier av finansiering av helsetjenester, har han vært en viktig faglig premissleverandør for helsepolitikken. Han har vært leder og



*Professor Terje P. Hagen. (Foto Øivind Larsen 2016)*

medlem av en rekke offentlige utvalg, bl.a. utvalget som i 2002–2003 utredet ny finansieringsmodell for spesialisthelsetjenesten (3). I perioden 2010–2014 var han avdelingsleder ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi i det nyetablerte Institutt for helse og samfunn. Terje P. Hagen har bidratt i vesentlig grad til utviklingen av eget fagmiljø – som forsker, lærer, formidler og leder. Han har et bredt interesseområde, som denne boken gjenspeiler.

### **Kommunal organisering og primærhelsetjenesten**

Lars-Erik Borge, Jon Fiva, Jørn Rattsø og Rune Sørensen (4) undersøker i sitt bidrag egenskaper ved aktuelle konstellasjoner som fremmer og hindrer kommunesammenslåinger. De finner en negativ sammenheng mellom politisk avstand og andel ja-stemmer til sammenslåing, samt at kommuner med høyere inntekt, har høyere valgdeltagelse og lavere andel ja-stemmer. Lars Monkerud og Trond Tjerbo (5) følger opp Hagen og Vabos studie av budsjett disiplin i kommuner fra 2005 (6). Monkerud & Tjerbo finner antydninger til en sammenheng mellom organisering av budsjettprosessen og netto driftsresultat, men effekten er usikker. Etter kontroll for effektene av kommunestyreperioder og år er ikke effekten lenger signifikant. Det viser seg imidlertid at hvorvidt det er valgår eller ikke kan påvirke en kommunes økonomiske resultat.

Gir allmennlegers portvaktfunksjon bedre bruk av samfunnets ressurser? Dette er tema for Geir Godager og Tor Iversens bidrag (7). De mener en rekke faktorer er av betydning i studier av portvaktfunksjonens effekter, som pasientenes egne kunnskaper, fastlegenes diagnostiske dyktighet, samt tida det tar å utføre portvaktfunksjonen. Godager & Iversen beskriver teoretiske og empiriske studier som viser at avlønningsordningen for primærleger har betydning for hvor strengt portvaktrollen utøves. Et viktig spørsmål for framtidig forskning er om det finnes avlønningssystemer som oppmuntrer til en passe høy henvisningsrate vurdert ut fra kravet om god bruk av helsesektorens samlede ressurser.

### **Spesialisthelsetjenesten og finansiering**

I 2002 satte regjeringen Bondevik ned et utvalg som blant annet hadde som mål å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Professor Terje P. Hagen ble utnevnt som leder for utvalget (3). Den kanskje mest diskuterte delen av forslaget utvalget kom med, var kriteriene for fordelingen av de aktivitetsuavhengige tilskuddene til de regionale helseforetakene. Jon Magnussen gir en oversikt over noen viktige problemstillinger og avveininger knyttet til utformingen av modeller for fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (8). Han argumenterer for at dersom de

regionale helseforetakene skal fjernes, bør det etableres en inntektsfordelingsmodell før – ikke etter – en eventuell reform er gjennomført. I den forbindelse trekker han også frem en del utfordringer som man bør belyses.

De siste årene har kvalitetsbasert finansiering blitt et tema. Oddvar Kaarbøe gjennomgår kunnskapen på dette området (9). Han drøfter det teoretiske grunnlaget for kvalitetsbasert finansiering og oppsummerer de viktigste resultater fra evalueringsstudier. Han peker på at kvalitetsbasert finansiering som regel er innført uten at det er etablert kontrollgrupper som kan si noe om ordningenes effekter. Han konkluderer med at slike metodologiske svakheter gjør at vi ikke vet nok om økonomiske insentiver er et velegnet virkemiddel for å fremme helsetjenester av god kvalitet.

Sverre A.C. Kittelsen, Kjartan S. Anthun og Ingrid M.S. Huitfeldt presenterer resultater av studier av kvalitet og produktivitet i norske sykehus i forhold til sykehus i de andre nordiske landene (10). Datamaterialet for årene 2008 og 2009 er fra EU-prosjektet EuroHOPE. De finner at norske sykehus har høy kvalitet målt ved en klart lavere dødelighet enn de andre nordiske landene. Reinnleggelsesraten er imidlertid høy i Norge, og produktiviteten lavere i Norge enn i Finland og Danmark. Analysen av samvariasjonen mellom produktivitet og kvalitet, risikjustert for pasientsammensetning, finner signifikant positiv samvariasjon mellom kvalitet og produktivitet for dødelighet i nordiske sykehus. Det er følgelig ikke holdpunkt for å si at økt produktivitet har resultert i redusert kvalitet.

## Organisering og reformer

Lars Erik Kjekshus retter i sitt bidrag søkelyset mot organisering av sykehus (11). Han tar utgangspunkt i Berg og Haugs beskrivelse av helsevesenets «flokke» (12). Tilsynelatende enkle og kloke grep og reformer fører ofte til utilsiktede effekter og flere flokke, mener han, og peker på at organisering av sykehus er et typisk eksempel på et område der slike flokke er vanlige. Kjekshus hevder flokkene strammer seg til bl.a. på grunn av manglende organisasjonsforståelse, og mener at politisk og organisatorisk innsikt er nøkkelen for å motvirke dannelse av flokke.

Hvilke oppfatninger har sykehusleger om dagens organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten? Dette spørsmålet er utgangspunkt for Pål E. Martinussen, Jan C. Frich, Karsten Vrangbæk og Jon Magnussens studie (13). De finner at norske legene samlet sett er skeptiske til den nåværende organiseringsmodell, og en god del av legene mener at den tidligere fylkeskommunale forvaltningsmodellen vil være å foretrekke. Sykehuslegene angir at de ønsker mer lokal ledelse, de ønsker seg kortere beslutningsveier, mindre insentivbasert styring og bedre IT-systemer. Leger, vil imidlertid ikke ha

politisk innblanding i driftsmessige spørsmål, men kan akseptere at politikere treffer beslutninger i større saker.

To av de store reformene i den norske sykehussektoren etter årtusenskiftet var sykehusreformen og innføringen av fritt sykehusvalg. Hver for seg har disse reformene blitt grundig evaluert. Nerland & Ringard argumenterer for at reformene i liten grad har blitt sett i sammenheng (14). Har valgene som ble gjort i forbindelse med sykehusreformen påvirket effekten av fritt sykehusvalg? Deres bidrag illustrerer hvordan en reform kan ha utilsiktede effekter på effekten av en annen reform, og at nye reformer kan bidra til den type «floker» Kjekshus viser til.

Hvordan studere effekter av reformer i helsesektoren? Hans Olav Melberg belyser dette spørsmålet i sin artikkel (15). Han peker på at nyere metoder særlig er opptatt av å redusere problemer knyttet til seleksjonsskjevhet i observasjonsdata. Økt tilgang til registerdata og nye metoder gir økte muligheter til å identifisere effekten av ulike reformer. Når metodene brukes i studier av samhandlingsreformen, viser det seg at ordningen der kommunene må betale for utskrivningsklare pasienter, førte til en betydelig nedgang i antall døgn med utskrivningsklare pasienter som lå på sykehus. Det viser seg også at sykehusene begynte å korte ned på den rapporterte behandlingstiden. Analysene viser også at reformen i seg selv trolig ikke førte til flere reinnleggelser.

### **Ledelsesmodeller og ledelsesutvikling**

Ole Berg presenterer en historisk analyse av helsevesenets utvikling, og spesielt det han kaller «klinikkens driftsmodeller» (16). Han viser hvordan nye ideer og modeller kommer til og supplerer de eksisterende, noe som gir helsevesenet det han kaller et «geologisk» preg. Harvard-professorene Michael E. Porter og Clayton M. Christensen er blant dem som argumenterer for at måten helsevesenet organiseres og administreres på, må endres – og at nye tanker og modeller må til. Berg konkluderer med at enkelte av de nye forslagene fremstår som virkelighetsfjerne, men at de er likevel er viktige intellektuelle bidrag til vår forståelse av helsevesenet.

Leder- og ledelsesutvikling er tema i Jan C. Frich, Hege Sjøvik og Ivan Spehars artikkel (17). De ser nærmere på hvordan vi kan forstå begrepet ledelsesutvikling og gir en oversikt over hva vi vet – basert på tilgjengelig forskning – om effekter av lederutvikling innen helsevesenet. De skiller mellom fem kategorier av tiltak og aktiviteter som kan være egnet til å utvikle ledere, og konkluderer med at kunnskapsgrunnlaget om effekten av ulike tiltak og aktiviteter bør styrkes.

## Metoder, kostnader og klinisk effektforskning

Pasienter har ulike muligheter for å oppnå helseforbedring av behandling. Tron A. Moger forklarer hvordan man kan justere for pasienters risikoprofil i analyser av behandlingsutfall og ressursbruk i helsesektoren (18). For å kunne sammenligne behandlingsutfall mellom behandlingssteder på en troverdig måte, må en korrigere for variasjonen i pasientenes muligheter til å oppnå helseforbedringer (risikojustering), understreker han.

Gudrun M. W. Bjørnelv og Eline Aas forklarer innholdet i kost-effekt-analyser (19). De viser hvordan resultatene fra slike analyser kan gi informasjon til beslutningstakere om et tiltak bør tas i bruk eller ikke. Forfatterne mener kost-effektanalyser i kjølvannet av et randomisert kontrollert forsøk gjennomføres i for liten grad. Forfatterne gir også en oversikt over hvordan kostnad-effektanalyser kan bli en naturlig del av kliniske studier.

Klinisk effektforskning (engelsk «clinical effectiveness research») forsøker å finne svar på spørsmålet: Hva virker, og hva virker ikke? Mette Kalager, Øyvind Holme, Magnus Løberg, Per Olav Vandvik, Michael Bretthauer gir en presentasjon av klinisk effektforskning (20). De argumenterer for at tiltak i helsevesenet bør blir gjenstand for systematisk vitenskapelig utprøving. De mener dessuten at kostnadseffektivitetsanalyser bør være en integrert del av klinisk effektforskning.

Spørsmålet om hvilke helsetjenester som bør omfattes av et offentlig ansvar og hvilke tjenester som bør kunne overlates til markedet for private ytelser, er sentralt i den helsepolitiske debatten. Eli Feiring argumenterer for at det offentlige helsevesenet legitimt kan rasjonere behandlingstilbud som omfatter dyre legemidler med liten eller usikker effekt (21). Hun argumenterer også for at den enkelte bør gis anledning til å finansiere slike legemidler gjennom privat helseforsikring, gitt en liberal helsepolitisk kontekst. Hun peker også på at bruk og oppfølging av slike legemidler bør foregå i privat regi.

## Helsetjenester – nye perspektiv

Grønn omsorg («green care») er en samlebetegnelse for et bredt spekter av velferds-, helse- og omsorgsfremmende aktiviteter som anvender natur som innsatsfaktor i produksjonen. Sverre Grepperuds artikkel retter søkelyset mot slike tjenester innen rammen av aktive gårdsbruk («green care farms») (22). Han mener det trengs mer forskning på effekter og ressursbruk av slike tjenester. For det andre argumenterer Grepperud for at brukere av grønne tjenester har lite kunnskaper om tjenestekvalitet, samtidig som leverandører kan ha mangelfull kompetanse, noe som i sum nødvendiggjør regulering. For det tredje er selve utformingen av kontrakter mellom leve-

randører og sponsorer viktig for å sikre målsettinger om kostnadsbevissthet, kvalitet og rekruttering.

Globaliseringen gjør seg gjeldende også i helsevesenet. Frode Veggeland gjør rede for hvordan EU over tid har fått økt kompetanse og myndighet i helsepolitikken (23). Han analyserer hvordan utviklingen i EU kan påvirke nasjonale helsesystemer. Helsepolitikk var opprinnelig ikke del av EU-samarbeidet, men gjennom regelverket for det indre marked, og domstolernes tolkning av dette, har EU blitt involvert på en rekke helsepolitiske områder. Europeisering av helsepolitikk har skjedd som en uforutsett og indirekte konsekvens av EUs traktatfestede markedsregulering.

## Litteratur

1. Frich JC. Utdanning av helseledere gjennom 30 år. *Michael* 2016; 13: 244–8.
2. Fiva JH, Hagen TP, Sørensen RJ. (red.) *Kommunal organisering*, 7. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2014.
3. NOU 2003: 1. *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*.
4. Borge L-E, Fiva JH, Rattsø J, Sørensen RJ. Frivillig kommunesammenslåing – betydningen av folketall, inntekt og politisk avstand. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
5. Hagen TP, Vabo SI. Political characteristics, institutional procedures and fiscal performance: panel data analyses of Norwegian local governments, 1991–1998. *EJPR* 2005;44(1):43-64.
6. Monkerud LC, Tjerbo T. Budsjettprosesser og budsjett disiplin – en studie av norske kommuner i perioden 2002–2007. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
7. Godager G, Iversen T. Fastlegen som portvakt. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
8. Magnussen J. Alle til lags ... om fordeling av inntekter mellom helseforetak. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
9. Kaarbøe O. Kvalitetsbasert finansiering. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
10. Kittelsen SAC, Anthun KS, Huitfeldt IMS. Kvalitet og produktivitet i norske sykehus. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
11. Kjekshus LE. Sykehusets floker i møte med reformer. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
12. Berg O, Haug C. Helsevesenets «floker». *Nytt Norsk Tidsskrift* 1997; 14(4):326-39.
13. Martinussen PE, Frich JC, Vrangbæk K, Magnussen J. Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten – hva mener sykehuslegene? *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
14. Nerland SM, Ringard Å. Når reformer skiller lag – en analyse av fritt sykehusvalg og sykehusreformen. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
15. Melberg HO. Samhandlingsreformen og kausal inferens – effekter på utskrivningsklare dager, behandlingstid og reinnleggelser. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.

16. Berg O. Klinikkens driftsmodeller og helsetjenestemarkedene – en karakteristikk av utviklingen. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
17. Frich JC, Sjøvik H, Spehar I. Leder- og ledelsesutvikling i helsevesenet – en oversikt. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
18. Moger TA. Hvordan justere for pasienters risikoprofil i analyser? *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
19. Bjørnelv GMW, Aas E. Kost-effektanalyse i en randomisert kontrollert studie – status for Norge. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
20. Kalager M, Holme Ø, Løberg M, Vandvik PO, Bretthauer M. Klinisk effektforskning – hvorfor er det så viktig? *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
21. Grepperud S. Grønn omsorg – økonomisk evaluering, regulering, og kontrakter. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
22. Feiring E. Liberal helsepolitikk – mot privatisering av høykostbehandling? *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.
23. Veggeland F. Europeisering av helsepolitikken. *Michael* 2017; 14: Supplement 19, 000-000.

*Jan C. Frich*  
*Professor*  
*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*jan.frich@medisin.uio.no*

*Tor Iversen*  
*Professor*  
*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*tor.iversen@medisin.uio.no*

*Trond Tjerbo*  
*Førsteamanuensis*  
*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*trond.tjerbo@medisin.uio.no*

Vi vil rette en stor takk til Hege Sjøvik for praktisk bistand i arbeidet.