

allmennhelsetjenesten. Men de nøyer seg med å beskrive; hvor er analysen av hvordan det er blitt slik, hvorfor vi som profesjonelle utøvere tillater det, og hva som er aktuelle mottrekk? Steinar Westins kapittel om bedriftsøkonomisk *nyttale* har sine fornyelige partier, men det er nok en ubevisst morsomhet når det i flere etterfølgende kapitler stadig benyttes det for tiden mest brukte *nyttale-ordet* av dem alle, nemlig «samhandling».

Bokens svakhet er at forfatterne i for stor grad begrenser seg til å stille gårsdagens spørsmål. Ikke at ikke disse fortsatt kan være aktuelle; det er bare at de er temmelig utførlig beskrevet allerede. Vi visste vel fra før at farmasøytisk industri i for stor grad setter premissene for medisinsk forskning, at primærhelsetjenesten bør prioriteres, at norsk allmenmedisin forgubbes, at sykehusene ofte arbeider for fragmentert, og at det er altfor dårlig tilgang til legemidler i fattige land? Det ville vært mer spennende om man hadde stilt de spørsmålene som virkelig er blitt brennende de siste årene: Hvordan tøyte den farmasøytiske industriens påvirkningskraft uten å gjøre formalitetene rundt forskningen så ugjennomtrenkelige at det blir enda vanskeligere å sjøsette et prosjekt uten et firma i ryggen? Hvordan unngå strategisk DRG-koding uten å engasjere selveste Riksrevisjonen? Hvordan få sykehusene mer funksjonelle uten å slå dem sammen til monstrose organisatoriske enheter som vil sluke enda større administrative ressurser?

Forfatterne har nok stilt noen viktige spørsmål. Men de forspilte sin sjansje til å stille de viktigste.

Torgeir Bruun Wyller

Geriatrisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Økonomene kommer

Haug K, Kaarbøe OM, Olsen TE, red.

Et helsevesen uten grenser?

363 s, tab, ill. Oslo: Cappelen Damm, 2009.

Pris NOK 499

ISBN 978-82-02-30716-5



De 15 kapitlene er i første rekke skrevet av (helse)økonomer. Tre leger har også bidratt, Kjell Haug (f. 1948), Stener Kvinnsland (f. 1948) og Stein A. Evensen (f. 1942). Evensen

skapittelever-skrift (kap. 3) er også blitt bokens tittel. Jeg synes ikke det har vært heldig. Det gir inn-

trykk av at boken er normativ og debattorientert. Evensen og Kvinnslands kapitler er det, i noen grad også Haugs. Kvinnslands kapittel (kap. 2) har overskriften «Å velge betyr også å velge bort», mens Haugs (kap. 1) har «Verdens beste helsevesen?» De fleste av de øvrige kapitlene er nok i mange tilfeller også normative, men de er det på en faglig-teknisk måte. Deres forfattere viser, både prinsipielt og gjennom eksempler, hvilket potensial økonomisk teori og økonomiske analysemetoder har for å kaste lys over hvordan helsevesenet fungerer, hvorfor det fungerer som det gjør og hvordan det, gitt noen normative premisser, kan bringes til å fungere bedre.

Helseøkonomikken som forskningsdisiplin har vokst frem, til dels parallelt med, og som en del av helsetjenesteforskningen, siden 1970-årene. Denne boken viser at miljøet har nådd langt på en drøy generasjon. Det er i ferd med å utvikle kunnskap som kan brukes til å fagliggjøre også meget av ressursstyringen av helsevesenet, og dermed av den enkelte leges praksis. «Før» besto styringen og ledelsen i nokså stor grad i at medisinsk faglighet ble kombinert med legmannsskjønn. Skjønnnet ble i betydelig grad utøvet av leger, men hva de mest overordnede beslutninger angikk, også av politikere og andre legfolk. Boken viser at økonomene har fått meget å tilby skjønnsutøverne, så meget at det kan komme til å gjøre dem svært avhengige av ekspertene. Det gjelder både de der «oppe», politikerne, og de der «nede», legene.

Økonomene kan selvsagt spesielt gi råd hva angår spørsmål om effektivitet av ulike slag. Men kan de også gi råd hva angår det normative? Ja, de kan det, for som anvendt orienterte forskere må de ta utgangspunkt i verdier eller normer. Mange av denne bokens forfattere gjør eksplisitt det. De tar særlig utgangspunkt i tre sett av verdier eller normer, (lidelsens) alvorlighet, rettferdighet (likhet av ulike slag) og (samfunns)nytte, altså det vi kunne kalle venstreliberale (sosialdemokratiske) verdier. Dette er de verdier og normer som dominerer innen helsepolitikken. Verken politikere eller leger har vært presise med hensyn til hvordan de forstår disse verdier og hvordan de prioriterer dem. Helseøkonomene må være det skal de komme noen vei. Det er ikke politikere og leger som har utviklet begrepet om kvalitetsjusterte leveår; det er økonomer. Dermed er økonomene med på om ikke å skape verdiene, så på å konkretisere dem og dermed langt på vei å «styre» prioriteringen av dem.

Utviklingen av denne helseøkonomiske, og mer allment, denne styrings- og ledelsesvitenskapelige, kunnskap kan ses i sammenheng med utviklingen av den kunnskapsbaserte medisin. Mens den kunnskapsbaserte medisin vitenskapeliggjør «resten» av den rent medisinske skjønnsutøvelse, vil den kunnskapsbaserte helse-

politikk og helseledelse vitenskapeliggjøre den ledelsesmessige, eller ressursmessige, skjønnsutøvelse legen tidligere kunne foreta. De to faglige «bevegelser» representerer slik et dobbelt, og i prinsippet fullstendig, angrep på legens skjønnsutøvelse som kliniker. Legen må, det er ikke minst denne bokens implikasjon, underkaste seg både kliniske og økonomiske retningslinjer. En medisinsk beslutning er jo aldri bare medisinsk, den er også økonomisk. Den gjelder pasientens helse, men den gjelder også, alltid, ressursbruk.

Jeg har satt perspektivene på spissen, men mange av kapitlene viser at utviklingen går raskt, i den retningen jeg her har antydnet. De viser også hvor normativt ivrige mange samfunnsforskere er blitt. De studerer helsevesenets måte å virke på, men de gjør det i stor grad for å påvirke det, altså for å bidra til å fagliggjøre styringen av det. Paradoksalt nok blir de slik også en slags ideologiske aktører. De er med på å skape den virkelighet (empiri) de selv, eller deres etterfølgere, i neste omgang skal studere (og påvirke). De fleste av forfatterne representerer et bestemt sett av styringsteorier, de økonomiske. Det er også disse som i praksis dominerer, men av kapitlet til Kari Nyland & Katarina Østergren (kap. 11) fremgår det at det er konkurrerende styringsteorier og at forholdet mellom dem endrer seg. De viser gjennom sin studie av sykehusstyrer at sykehusreformen var preget av et økonomisk styringsperspektiv, men at dette etter 2005 ble modifisert av legmannsperspektivet (politisering av styrene). Nå er også, peker de på, et annet teoriinspirert perspektiv på vei inn, nemlig nettverksperspektivet (samhandling).

Siden denne boken gir et innblikk i en tenkning leger i stigende grad vil bli rammet av, bør den være av interesse for dem. Noen kapitler bør være av særlig interesse. Erik Nord har skrevet pedagogisk godt om økonomisk evaluering av helse tiltak (kap. 6). Jan Erik Askildsen, Tor Helge Holmås & Oddvar Kaarbøe (kap. 7) har på en elegant måte vist hvordan man med utgangspunkt i medisinske veiledere om hvem som skal ha rett til nødvendig helsehjelp og hva som er den lengste forsvarlige ventetid for pasientene, og data om faktisk ventetid, kan studere prioriteringspraksis i spesialisthelsetjenesten. Oddvar Kaarbøe (kap. 9) har påpekt at ordningen med rettighetspasienter (individuell frist) åpner opp for bruk av graderte egenandeler. Trond Bjørnenak, Kari Nyland & Katarina Østergren (kap. 12) har drøftet hvordan kapitalomkostninger kan brukes som et verktøy for styring av og i helseforetak og finner at måten kapitalomkostningene i dag beregnes på, systematisk undervurderer de virkelige omkostninger.

De fleste kapitlene holder et høyt analytisk nivå. Noen, som sluttkapitlet (kap. 14) om helseforsikringens fremvekst og rolle

i dagens velferdsstater, krever at leseren er litt fortrolig med økonomisk-matematiske resonneringer. Dette kapitlet, av Kåre Petter Hagen & Fred Schroyen, er imidlertid så innsiktsfullt og tankevekkende at den som kommer igjennom det, vil ha fått meget å tenke på.

Ole Berg

Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Helseleder? Les og lytt!

Nordby H.

Kommunikasjon og helseledelse

136 s. Oslo: Cappelen Damm, 2009.

Pris NOK 249

ISBN 978-82-02-283490



Etter et seminar med leger, skal filosofen Hans Skjervheim (1926–99) ha sagt: «Nå vet jeg forskjellen på oss. Dere fatter hundre avgjørelser om dagen, jeg bestemmer meg bare én gang i året.»

Historien rant meg i hu da jeg fikk denne boken, skrevet av en filosof, til anmeldelse. Er det mulig for en filosof å bidra med praktiske råd til helseledere, som knapt har et minutt til overs til kaffekoppen når de er på jobb?

Svaret viser seg å være ja. Bare formatet tyder på at forfatteren har forstått. Drøye 100 sider er lest på en kveldstime eller tre. Det er fire hoveddeler; *Helseledelse*, *Kommunikasjonsutfordringer*, *Kommunikasjonsbetingelser* og *Praktisk kommunikasjon*, hver med mange korte kapitler. Særlig i den siste delen hagler det med nyttige råd, men det vil være synd om leseren ikke tar seg bryet med å la bakgrunnsstoffet i de forutgående kapitlene synke inn.

Den første delen om helseledelse er snau, men konsentrert om hovedtemaer relevante for kommunikasjon. Vi hører om møtet mellom økonomifagene og helsefagene og verdikonflikten her. Begrepet *forståelseshorisont*, som stammer fra filosofen Hans-Georg Gadamer (1900–2002), omtales kortfattet og brukes for å tydeliggjøre hvor vesentlig det er for en leder å skaffe seg informasjon om sine medarbeideres oppfatninger og verdier. Videre tar forfatteren for seg *lederstil*, mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjonsteori. Det sier seg selv at på 20 sider blir disse temaene noe for summarisk gjennomgått.

Boken løfter seg derfor i de påfølgende avsnittene. Betydningen av begrep fra kommunikasjonsteorien, språk, oppmerk-

somhet, assosiasjoner og holdninger og verdier utvikles her godt i helselandskapet, med profesjonsdominans, ressursknapphet, sårbarhet, et vidt spektrum av lidelse, paternalisme og medbestemmelse som kryssende dimensjoner. Det blir forståelig hvorfor og hvordan sykepleiere og leger som velger overordnede lederoppgaver, forandrer seg, ofte på en måte som ikke omtales rosende av dem som ble igjen på grunnplanet.

Det var med stor glede jeg så hvordan de teoretisk pregede kapitlene ledet logisk frem til ypperlige praktiske råd i siste del av boken. Her ble det mange utropstegn i marginen, og hver gang tenkte jeg på ledere på alle nivåer jeg har møtt i arbeidslivet. Kvintessensen burde være velkjent: Lytt mer, snakk mindre (og tydelig!) i enhver sammenheng! Men du verden, som det syndes mot disse enkle bud.

Litt malurt til slutt: Leseren må bære over med noen språklige bivirkninger av filosofisk behandling. Nokså ofte skriver forfatteren om hva han senere skal skrive mer om, boken kunne altså vært enda kortere. Og en setning som denne (s. 33) gir trolig kun mening for filosofer: «Videre vil jeg anta at det å være bevisst på utfordringer i kommunikasjon, er det samme som å være bevisst på kommunikasjonsutfordringer.» Dessuten var kjønnsperspektivet overraskende nok fullstendig fraværende. Bevisst?

Pål Gulbrandsen

Helse Sør-Øst kompetansesenter
for helsetjenesteforskning
Akershus universitetssykehus
Lørenskog

Sosiologisk om funksjonshemning

Kassah AK, Kassah BLL.

Funksjonshemning

Sentrale ideer, modeller og debatter. 236 s, ill.
Bergen: Fagbokforlaget, 2009. Pris NOK 367
ISBN 978-82-450-0825-8



Målgruppen er «studenter, lærere og aktivister og alle som ønsker en bedre forståelse av funksjonshemning som begrep og som studie- og praksisfelt». Den er utformet som en lærebok og tilpasset studenter

og ansatte ved helse- og sosialfaglige utdanninger ved høyskoler og universiteter. Begge forfatterne er sosiologer.

Rekkefølgen på de 12 kapitlene er logisk,

bibliografien er omfattende og det er med et kort stikkordsregister. Layouten er luftig, og boken inneholder ingen (!) illustrasjoner. Den er velskrevet, lett å lese og lett å finne frem i.

Forfatterne sier selv: «På denne reisen gjennom teoriene verden har vi gjort strandhugg i temaer som er sentrale innenfor fagfeltet som på engelsk heter Disability Studies, på norsk studier om funksjonshemning.» Tilnærmingen til stoffet er altså rent teoretisk. For å illustrere teoriene bruker forfatterne eksempler fra situasjoner som er både varierte og relevante. Første kapittel tar for seg ulike klassifikasjonsmodeller, hvordan disse er utviklet og hvor de står i forhold til hverandre. Deretter gjennomgås diskusjoner om kulturell forståelse, identitet, sosiale roller, avhengighet, normalitet og styrking (empowerment). Rehabilitering som begrep og praksis, ordningen med individuell plan og WHO's strategi med lokalsamfunnsbasert rehabilitering blir tatt opp. Det siste er den ene forfatterens spesialfelt og brukes i utviklingsland. Kapitlet om velferdsstatens historiske utvikling og velferdsordninger er utmerket. Så følger et litt langt kapittel om globalisering og hvordan den påvirker funksjonshemmedes livssituasjon. Sosial diskriminering, arbeidsdeltakelse, betydningen av kjønn og den verdiladede debatten om retten til å leve opp omtales. Barn og inkludering eller integrering i allmennskole kontra spesialskole er viet et eget kapittel. Sluttkapitlet om forskning og kunnskapsutvikling synes å være vel omfattende for formålet, men inneholder også en poengtert og oversiktlig tabell over ulike paradigmer innen forskning om funksjonshemning.

Denne anmelderen har ikke faglig tyngde til å se boken i sammenheng med annen sosiologisk litteratur. Sett fra klinikerens ståsted, er det sosiologiske perspektivet berikende og iblant klargjørende. Min favoritt ble avsnittene om individuell plan og arbeidet i ansvarsgrupper – enkelt beskrevet og satt i et perspektiv til å bli atskillig klokere av enn Helsedirektoratets veiledere på området. Men: Jeg savner et kapittel om migranter bosatt i Norge – i det minste kunne noen eksempler vært tatt fra denne populasjonen.

Dette er kort sagt en lærebok jeg gjerne ser at mine fremtidige høyskoleutdannede samarbeidspartnere har hatt på pensumlisten. For folk som allerede arbeider med funksjonshemmede og/eller har undervisningsoppgaver innen feltet, er den ryddig, lettlest og leseverdig.

Kjersti Ramstad

Barneklivnikken
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet