

Han viser hvordan både departementet og Helse Sør-Øst la til grunn at det kunne spares astronomiske beløp. Så store vurderte man innsparingsmulighetene til å være at sammenslåingen skulle gjennomføres helt uten eksterne omstillingsmidler. Dermed fikk Oslo universitetssykehus ikke engang adgang til å planlegge med underskudd de første årene for å frigjøre interne omstillingsmidler. Slagstad viser også til konsultantselskapenes sentrale rolle i Oslo-prosessen.

Gevinsten for pasienter, ansatte og samfunnet har vist seg tvilsom, mens gevinsten for McKinsey sannsynligvis er utvilsom?

Sentrale aktører ønsker i ettertid ikke å diskutere grunnlagene for fusjonsprosessen. Som Slagstad viser benektet Mari Trommald kjennskap til innsparingsanslagene. Vil hun bli trodd på det, eller dekker hun seg bak begrepet «et konkret resultatmål på ressursbruk»? I Søndagsavisa i NRK P2 1.7. 2012 hevdet statssekretær Robin Kåss at han ikke kjente til at McKinsey var involvert i prosessen. Er Kåss tilfreds med å konstatere at her vet han ikke hva hans eget departement og underliggende foretak har bedrevet? Når sentrale politikere henviser til de nåværende resultater på for eksempel kreftbehandling som bevis på at fusjonsprosessen har lyktes, har de ikke den minste forståelse for at resultater av forskning og utvikling tar langt mer tid enn som så. Resultatene av dette eksperimentet vil vi ikke se før om mange år.

Slagstad fortjener ros for å ha løftet frem fusjonspremisses som beslutningstakerne i etterkant fortrenger og for å påpeke reelle negative effekter der Kåss vil sole seg i positive fenomener som åpenbart skyldes andre forhold enn fusjonen. Da Kåss i samme intervju i Søndagsavisa ble presset på at ikke alt i Oslo universitetssykehus var perfekt, la han alt ansvaret over på den gamle ledelsen. Med ny ledelse ville problemene forsvinne. Han aksepterte altså ikke at problemene har med sviktende forutsetninger eller manglende omstillingsmidler fra departement eller Helse Sør-Øst å gjøre. Kåss avsluttet med å hevde at alle nå slutter opp om sammenslåingen. For oss som arbeider ved Oslo universitetssykehus til daglig er det vanskelig å forstå hvor han henter en slik påstand fra. Hvor mange av dem som eventuelt støtter en sammenslåing gjør det under forutsetning av økonomiske rammer som muliggjør reell effektivisering og kvalitetsheving?

Synspunktene her er mine egne.

**Gunnar Birkeland Flugsrud**

gunnar.flugsrud@ioks.uio.no

Gunnar Birkeland Flugsrud (f. 1961) er ph.d. og overlege ved Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Slagstad R. Helsefeltets strategier. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1479–85.

## Kort replikk til Grimsgaard

Ja, jeg sporer av. Jeg er mer glad i en debatt som går på prinsipper og løsninger snarere enn på personer, det var hensikten med innlegget.

Nei, jeg hevder ikke at det er en nødvendig motsetning mellom institusjonenes/fagmiljøenes autonomi og tilgjengelige ressurser. Tvert i mot reiser jeg som en problemstilling (uten å ha noe svar) i hvor stor grad beslutninger kan/skal/bør være (sentralt/desentralt) politiske/administrative/faglige.

Nei, jeg sier ikke at fagmiljøene «i første rekke» forfekter egeninteresser, jeg sier at det er nødvendig å ta med i diskusjonene at også fagmiljøene har egeninteresser. Ordene «i første rekke» endrer innholdet i utsagnet og tillegger meg meninger jeg ikke har.

Jo, eksemplet Molde/Kristiansund er relevant. Det illustrerer at «ikke-faglige» beslutningstakere (f.eks. politikere) ikke nødvendigvis kan basere beslutninger på den input de får fra fagmiljøene. Det reiser igjen spørsmålet om hvordan samfunnet best kan fremskaffe gode premisser for nødvendige beslutninger.

**Jon Magnussen**

jon.magnussen@ntnu.no

Jon Magnussen (f. 1959) er professor i helseøkonomi og leder ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## R. Slagstad svarer:

Professor i helseøkonomi Jon Magnussen er åpenbart irritert over min artikkel *Helsefeltets strategier* i Tidsskriftet nr. 12–13/2012 (1). Det er en irritasjon jeg ingeniør vil frata ham. Han mener jeg burde ha skrevet en annen artikkel og anfører flere momenter til en slik, så som det mest rasjonelle politiske nivå for helsepolitiske beslutninger og formålet med finansieringssystemet og dets utforming. Dette er viktige spørsmål som Magnussen gjerne må skrive flere artikler om, utover dem han allerede har begått. Hva de har med min analyse av fusjonsprosessen ved Oslo universitetssykehus å gjøre, forblir mer uklart.

Min analyse av det maktpolitiske spillet om Oslo universitetssykehus mener han åpenbart å kunne punkttere med alminneligheter: Det fyres av «i alle retninger», «noe treffer, mye bommer», dog uten den minste antydning til konkretisering av «alle», «noe» eller «mye». Magnussens eneste konkrete henvisning er at debatten om helsepolitikk ikke primært bør dreie seg om hvorvidt direktøren i Helse Sør-Øst og departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet «er gode eller dårlige mennesker». Det er et synspunkt det er vanskelig ikke å være enig i, og den stråmann som måtte ha hevdet dette, bør melde seg.

De intellektuelle «short-cuts» Magnussen gjør bruk av, ville vært liten grunn til å oppholde seg nærmere ved om det ikke var for at han selv har vært – og er? – en viktig premissleverandør for den offisielle helsepolitikk (jf. bl.a. Magnussen-utvalgets utredning om inntektsfordelingen mellom de regionale helseforetakene) (2). Men det finnes, så lite svart-hvitt det enn måtte høres, flere fenomener i den helsepolitiske verden enn dem som fanges inn av Magnussens økonomiske modeller. Jeg har pekt på noen aktører som mer eller mindre i det skjulte har vært retningsgivende for den helsepolitiske reformismen, ikke minst en lite påaktet styringssymbiose mellom «doldisbryåkrater» og en ekspanderende konsulentbransje med McKinsey i spissen. I dette miljøet er ikke sansen for den tradisjonelle faglige kompetansen den mest påfallende. Det er en observasjon med relevans også utover helsefeltet, men det oppløftende er at på dette feltet møter de nye styringsagentene en langt sterkere faglig forankret motstand enn på andre samfunnsfeltet. Det påhviler ikke minst legene et betydelig samfunnsansvar med henblikk på enda tydeligere å artikulere offentlig sin opposisjon.

Kanskje er vi her ved en av grunnene til at konkretisering av strategier er så problematisk for Magnussen? Om kritikk rettes kun mot «systemet» og overser bevegelse for den sosiale konstruksjon som politikk (eller økonomi) er, kan man kanskje fortsette å anta at «politikk ikke (er) personer». Men det bør den ikke dersom konstruktiv reorientering er målet. *Vi trenger en debatt om politikk, ikke om personer!* er Magnussens overskrift. Hans ansvarsfritakende synspunkt ville i det minste vært mer konsistent om han ikke hadde rettet sin kritikk nettopp mot min person. Det finnes et elementært akademisk begrep for slik selvmotsigende atferd: selvrefererende inkonsistens.

**Rune Slagstad**

rune.slagstad@hioa.no

Rune Slagstad (f. 1945) er dr.philos. og professor ved Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Slagstad R. Helsefeltets strategier. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1479–85.
2. Norges offentlige utredninger. Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. NOU 2008: 2.