



Pasient og kunde – eller fortsatt bare pasient?

Om pasientens rolle i ny organisering av helsesektoren

Tormod Eilertsen Sletvold

*SOS-3900
Masteroppgave i sosiologi
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø
Høsten 2007*

Forord

Jeg vil takke min elskede kone Hilde - som har vist meg stor tålmodighet, kjærighet og omsorg og brødfødt hele familien. Brage, Mats og Malin – takk for at dere er til og minner mamma og meg om hva som egentlig er viktig i tilværelsen.

Takk til min veileder Jorid Anderssen, som beholdt troen når min var noe redusert...

Innholdsfortegnelse

Forord	3
1. Innledning.....	7
2. Sammendrag.....	11
3. Tema og problemstilling	13
3.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	13
3.2 Sosiologisk utgangspunkt og målsetting	14
3.3 Tema og hovedproblemstilling.....	16
3.4 Forskningsspørsmål og sentrale begreper	16
3.4.1 Forskningsspørsmål.....	16
3.4.2 Sentrale begreper	17
4 Teori og litteratur	19
4.1 Tidligere forskning	19
4.2 Teori og litteratur	20
5 Metode.....	23
5.1 Kilder.....	23
5.2 Kvalitativ metode	24
5.3 Induktive strategier.....	24
5.4 Dokumentanalyse	25
5.5 Troverdighet, bekreftbarhet, overførbarhet.....	26
5.6 Etske betraktninger.....	26
6 Strukturelle betingelser for ny en pasientforståelse	29
6.1 Fra "laissez-faire" til total velferd	29
6.1.1 Velferdsmodeller	29
6.1.2 Etter krigen	32
6.1.3 Velferdsstat eller velferdssamfunn?	33
6.2 Krise og nye betingelser for velferdsstaten	34
6.3 New Public Management	35
6.3.1 Hva er NPM?.....	35
6.3.2 Politisk kontekst	36
6.3.3 Hvorfor NPM?.....	38
6.3.4 NPM i helsesektoren	39
6.4 Evaluering og kritikk av NPM	42
7 Prosjektet "Elektronisk timereservasjon".....	47
7.1 Hva er elektronisk timereservasjon?	47
7.2 Historikk.....	48
7.2.1 Det politisk-administrative fundamentet for prosjektet	48
7.2.2 Initiativ og utvikling.....	50
7.3 Formålet med elektronisk timereservasjon	51
7.4 Implementering	54
7.5 Hva er problemet?	55
7.5.1 Endring – treghet, vegring, motstand, barrierer	56
7.5.2 Arbeidsdeling og prioritering. Motsetninger og profesjonslojalitet.....	61
7.5.3 Motivasjon.....	63
8 Pasientbegrepet.....	65
8.1 Innledning – en ny pasient?.....	65
8.2 Fra syk til kunde – fra rolleinnhaver til rasjonell aktør	67
8.2.1 Sykerollen.....	67
8.2.2 Rasjonell aktør.....	69

8.2.3 Kunden	70
8.3 Individet i det moderne. Individualisering og refleksivitet	76
8.3.1 Fra tradisjonelle til moderne samfunn, men hva nå?.....	77
8.3.2 Det refleksive individ	78
8.3.3 Det individualiserte individ	81
8.3.4 Borger, ikke bare kunde	82
9 Pasientens rolle i tekster om organisering av helsesektoren	87
9.1 Utvalg og metode	87
9.1.1 Innledning.....	87
9.1.2 Fremgangsmåte	88
9.1.3 Om dokumentene	89
9.1.4 Databehandling og -seleksjon	90
9.2 Dokumentene	91
9.2.1 NOU 1997:2 <i>Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.</i>	91
9.2.2 Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) ..	96
9.2.3 NOU 2005:3 <i>Fra stykkevis til helt.</i>	100
9.3 Sammenfatning.....	103
10 Kundeorientering; nødvendighet, redskap og vare.....	105
10.1 Hva er kundeorientering?	106
10.2 Informasjon	107
10.3 Kvalitet	108
10.4 Hvorfor kundeorientere offentlige tjenester?	111
11 Oppsummering og konklusjon	113
12 Litteraturliste	117
Vedlegg 1: Grunnleggende elementer og mekanismer i New Public Management.....	121
Vedlegg 2: Hva er problemet med kundeorientering i det offentlige?.....	131

1. Innledning

"- Med denne reformen fører vi helsevesenet nærmere næringslivets logikk enn det mange andre land, herunder Sverige og Danmark, har gjort, sier Grund, som selv gjerne omtaler den norske sykehusreformen som «et gigantisk og spennende eksperiment. (...). Hva må så til for at det norske eksperimentet skal lykkes? Grund mener at en ny rolleforståelse hos alle aktører på alle nivåer og i alle ledd er avgjørende." (Jan Grund i Navo Orienterer 3, 2001, lastet fra www.navo.no 11.12.06)

"- Vi må ha mer fokus på at pasientene er våre kunder, og bli bedre på å behandle dem som det." (Bjørn Kaldhol, styreleder for UNN, i UNN's årsmelding for 2003)

Lov om helseforetak tredde i kraft 1. juli 2001. Staten overtok fylkeskommunenes eierskap i sykehusene, og sykehusene og helseregionene fikk status som selvstendige rettssubjekter, med større handlefrihet, men også større ansvar for egen økonomi. Reformen utgjør en reell organisatorisk omveltning og har skapt nye strukturelle betingelser for spesialisttjenestene, samt en mer funksjonell ramme for tidligere reformer som innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg.

Helseforetaksreformen inngår i en generell utvikling av styrings- og organiseringsformer i offentlig sektor. Ny organisering av offentlige virksomheter har hentet inspirasjon fra privat sektor, og innebærer markedslige organiseringsformer og tilrettelegging for markedslige mekanismer. Utviklingen har utspring i en dreining i økonomisk politikk og i debatten om velferdsstaten, som startet i etterkant av økonomiske nedgangstider på 1970- og begynnelsen av 80-tallet, og som ledet til etablering av nye prinsipper for offentlig organisering, samlet i begrepet New Public Management. Med New Public Management forkastes tradisjonelle offentlige organiserings- og finansieringsformer basert på hierarki, planstyring og rammebudsjettering. Innføringen av nye prinsipper er motivert av deres suksess i privat kommersiell virksomhet.

Parallelt med innføringen av nye tanker om offentlig organisering har det skjedd en endring i holdninger til individet som mottaker av velferdsstatens tjenester og ytelser. Vi mener ikke lenger at den som benytter seg av velferdsstatens tilbud – og det er jo alle – i takknemlighet skal tilpasse seg et hierarkisk velferdsapparat og regelstyrte prosesser. Individet forholder seg til velferdsstaten med bevissthet om sine rettigheter; rett til informasjon, rett til medvirkning, valgmuligheter og klagemuligheter, og forventer å bli møtt med samme perspektiv. Endringen kan knyttes til en generell demokratisk utvikling, og generelle trekk i utviklingen av moderne

samfunn og et moderne individ, men den kan også sees i lys av individforståelsen i fundamentet for New Public Management; nyliberalismen og økonomisk teori.

For helsevesenets del innebærer endringen at pasienten skal betraktes som et subjekt, som skal kunne bevare sin integritet gjennom et behandlingsløp, gjennom rett til informasjon, innsyn, medvirkning, fritt sykehusvalg og rett til pasientskadeerstatning. Med foretaksreformen forsterkes også en struktur som tillegger pasienten funksjoner i helsevesenet som økonomisk system. Med sykehusene som helseforetak med budsjettansvarlig ledelse, ved inntektssystemer hvor pengene følger pasienten, og dels ved fastlegeformen, legges det opp til at helsesektoren skal ha form av et marked og at det skal være et mål for aktørene å tiltrekke seg pasienter. Kombinasjonen av økonomisk ansvarlighet og nødvendigheten av pasienttilstrømming skal gi bedre tjenestekvalitet og mer effektiv drift. I tillegg vil pasientens valgmulighet kunne legge føringer på geografisk fordeling av tilbud; f. eks. føre til sentralisering av "tunge", kompetansekrevende tjenester eller at lokale foretak spesialisere seg på nisjetjenester., "... og bidra til en bedre utnyttelse av den samlede behandlingsskapiteten i spesialisthelsetjenesten Norge." (www.frittsykehusvalg.no, 05.11.07)

Fritt sykehusvalg er derfor en pasientrettighet som også har en sentral funksjon i en ønsket mekanisme. Sosial- og helsedirektoratet har opprettet kanaler (telefon og internett) med informasjon til pasienter om ventetid og kvalitet på spesialisttjenester. Et annet tiltak som skal fremme bruken av fritt sykehusvalg er utviklingen av et IT-basert system for direkte timereservasjon av spesialisttjenester. Med dette skal pasienter sammen med sin fastlege kunne velge tid og sted for oppfølging hos spesialist ved å booke ledig time på et sikret nettsted, omtrent slik man bestiller flybilletter. Med dette er det etablert en samhandlingssetting i helsesektoren som er svært lik kjøpsituasjonen i det private markedet. Pasienten opptrer som en bestiller av tjenester fra en helsetjenestetilbyder, som en kunde.

Elektronisk timereservasjon er et av mange elementer i det som Grund kaller "*et gigantisk og spennende eksperiment*" og som fordrer "*ny rolleforståelse hos alle aktører på alle nivåer og i alle ledd*" (sitat over). Prosjektet hadde i pilotfasen brukbar oppslutning blant deltakerne. De siste 18 månedene er imidlertid bruken vesentlig redusert, og andelen spesialisttimer som reserveres elektronisk er svært liten (Larsen/NTNU 2007). Evalueringsforskning påpeker forskjellige grunner til at tiltaket ikke har fått ønsket respons. Jeg ønsker å fokusere på

betydningen av det Grund kaller *ny rolleforståelse*, spesielt på betydningen av å forstå pasienten *også* som kunde i et helsemarked.

Målet med oppgaven er ikke å trekke noen konklusjoner om omfanget eller dybden i en eventuell ny rolleforståelse og syn på pasienten, eller om dennes betydning for utbredelsen av elektronisk timereservasjon. Jeg ønsker å etablere et fundament for forståelse ved å først redegjøre for den historiske utviklingen av velferdsstaten og framveksten av nye organiseringsprinsipper, som utgjør et historisk, økonomisk-politisk grunnlag for en ny rolleforståelse/en ny forståelse av pasienten. Videre vil jeg se på teoretiske og ideologiske forutsetninger for forståelsen av et moderne velferdssamfunns individ med et sosiologisk perspektiv.

Deretter vil jeg ved en enkel innholdsanalyse av offentlige dokumenter som tar for seg nettopp organiseringen av helsevesenet, se om det i dokumentene etableres et grunnlag for ny rolleforståelse og derved for nye dimensjoner i forståelsen av pasientens rolle og funksjoner

2. Sammendrag

Oppgaven tar for seg forståelsen av pasientens rolle i et moderne helsevesen, med fokus på pasientens økonomiske funksjoner i ny, markedsinspirert organisering av sektoren. Utviklingen i synet på pasienten betraktes i lys av endringer i velferdsstatens betingelser og forvaltningsprinsipper, New Public Management. Overgangen fra synet på pasienten som klient, til bruker og kunde betraktes også som respons på generelle prosesser i det moderne. Velferdsstatens aktørforståelse må overensstemme med samtidens, det moderne individ og med individets krav. NPM er innført i en tid med svekkede økonomiske betingelser, men kan også kalles et forvaltningsmessig svar på behovet for ny tenkning om individet i velferdsstaten. Med ulike reformer har helsesektoren innført nye organiseringsformer som krever at synet på pasientens rolle og funksjoner utvikles. Et element i både effektiviserings- og rettighetsreformer er bruk av informasjonsteknologi på stadig flere områder. IKT-satsingen i helsesektoren er stor, og den politisk-administrative motivasjonen for innføring av IT-redskaper er høy. Et av målene er å bedre samhandlingen mellom allmenn- og spesialist-tjenesten.. Umiddelbar og sømløs informasjonsutveksling skal sikres ved bruk av bl.a. elektronisk journal og -epikrise. Fra 2001 har det også pågått prosjekter som har som mål å utvikle elektronisk timereservasjon av spesialisttjenester. Hensikten er å redusere kanselleringer og styrke ordningen med fritt sykehusvalg ved at allmennlegene gis mulighet til bestille spesialisttjenester på et nettsted, sammen med pasienten, omtrent slik man bestiller flybilletter på internett. Pasienten får en sterkere og mer kundeliknende opplevelse av tilrettelegging, medvirkning og valgmulighet. Bedre ressursbruk, fornøyde pasienter. Denne doble effekten bidrar til å legitimere og styrke NPM-prinsippenes paradigmatisk posisjon. Bruker- og kundeorienteringen er både en speiling av og en respons på det moderne, individualistiske individs karakteristika samtidig som den fremstår som et redskap for effektiv og forsvarbar ressursbruk. Elektronisk timebestilling illustrerer potensialet i å tillegge pasienten økonomiske funksjoner, lik en kunde.

Kapittel 6 tar for seg utviklingen av velferdsstaten og overgangen til nye forvaltningsprinsipper, New Public Management. Med NPM utvikles en ny tilnærming til velferdsstatens individ. I kapittel 7 beskrives timereservasjonsprosjektet; initiativ, utvikling, implementering og implementeringsproblemer. Kapittel 8 behandler endringer i synet på pasienten i lys av generelle moderniseringsprosesser ved bruk av sosiologiske teori, og tar for seg teoretiske fundamentet for ny offentlig forvaltning. I kapittel 9 undersøker jeg hvilken forståelse av

pasientens rolle som formidles i sentrale dokumenter om organisering av helsesektoren.
Kapittel 10 behandler kundeorientering i lys av privat sektors kunnskaper om markedsføring og markedsatferd.

3. Tema og problemstilling

3.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Mitt utgangspunkt var en kritisk innstilling til markedstenkning i helsevesenet og en bekymring for konsekvensene av å innføre markedets prinsipper. Med nye organiseringsprinsipper kan pasienten betraktes som bruker av helsetjenester, men også som kunde i et helsemarked. Innebærer det at synet på pasienten endres og gis nytt innhold fra markedets aktørsyn?

Jeg kunne derfor opprinnelig tenke meg å se på om språkbruken i offentlige dokumenter o.a. relatert til endrings- og reformprosesser i helsesektoren fortsatt innehar begreper for den *syke* pasienten, den som er i krise og ute av stand til å delta i eget behandlingsløp. I et organiseringsperspektiv, med en deltakende og velgende pasient som faktor i markedslige mekanismer, er det en fordel at alle opptrer slik at intensjonene med markedslige prinsipper og incentiver oppfylles – med andre ord opptrer som kunder. Samtidig, vil jeg nå tro, vil det i behandlingssituasjoner med alvorlig syke være lite igjen av markedets ånd. Behovet for sykepleierens omsorgsfulle hånd vil være langt større enn markedets usynlige hånd, for å si det slik. Det kunne vært interessant å se om organiseringsretorikken på et politisk-administrativt nivå ivaretar denne dimensjonen ved det å være pasient.

Ved kontakt med Nasjonalt senter for telemedisin har jeg imidlertid blitt kjent med innføringen av elektronisk timebestilling av spesialisttjenester. Elektronisk timebestilling (ofte kalt e-booking) går ut på at allmennlege og pasient sammen kan finne og reservere tid og sted for behandling på sykehus, for et avgrenset utvalg av symptomer/diagnoser. Tiltaket er ment å bedre muligheten til pasientdeltakelse og fritt sykehusvalg, samt effektivisere driften ved sykehusavdelinger ved at ledig kapasitet gjøres tilgjengelig gjennom et nettbasert sentralt reservasjonssystem. Tiltaket kan sies å gjøre pasientens posisjon mer kundelik ved at det i denne delen av behandlingsforløpet – overgangen fra allmenn- til spesialisthelsetjenesten - etableres en type samhandling som synliggjør og understreker pasientens valgmuligheter. Preget av kunde- og markedsorientering blir ekstra tydelig ved at reservasjonssentralen – hvor sykehusene kan gjøre timer tilgjengelige for allmennlegene – kalles ”Markedsplassen”.

Jeg er nysgjerrig på flere sider ved innføringen av elektronisk timebestilling. Først og fremst kan man si at dette er et ærlig forsøk på å tilrettelegge for fritt sykehusvalg og derved gi meningsinnhold til pasientens posisjon som kunde i helsemarkedet. Tiltaket griper essensen i markedsmekanismen – den egeninteressedrevne aktør som fritt velger beste tilbyder – og gir den en form som forener teknologi og helsemarked på en tiltalende måte. Foreløpig forskning viser imidlertid at tiltaket har fått lunken mottakelse av helseutøvere både på sykehusavdelinger og på legekantorene. Det enkle prinsippet om valgfrihet, som kan sies å være ordningens fundament, avføder motstand og praktiske barrierer.

Innføringen av elektronisk timebestilling fortsetter tross implementeringsproblemer. Fra politisk-administrativt hold - og fra leverandørhold - fokuseres det fortsatt på verdien av å tilrettelegge for fritt sykehusvalg. Verdien av kunderetning ser ut til å overskygge implementeringsproblemene, og motivasjonen for å fullføre prosjektet er sterk tross mangelen på opplutning. Jeg er nysgjerrig på grunnene til at motivasjonen opprettholdes på det politisk-administrative nivå og om motivasjonen formidles til utførernivået. Her skal jeg imidlertid fokusere på *en* mulig faktor; forståelsen av pasienten som bærer av økonomiske funksjoner, pasienten som kunde.

3.2 Sosiologisk utgangspunkt og målsetting

Valg av tema og teoretisk perspektiv er farget av sosiologiske preferanser mht. emner og teorier. Tross alle (alles) anstrengelser for nøytral og objektiv tilnærming til et tema og en problemstilling kan man (jeg) ikke underslå at man starter forskningsprosessen fra *ett* ståsted; som man ikke har ramlet ned på, men som er dannet ved en unik (idiosynkratisk) faglig utvikling som har utgangspunkt i individuelle interesser og motiver, og er påvirket av det fagmiljø man er en del av:

"The professional socialization of the researcher, in terms of both discipline and academic institution, will have influenced exposure to and experience with particular approaches and strategies." (Blaikie 1993:202).

Samfunnsvitere har ulike motiver, varierende faglige kapasiteter og forskjellige ambisjoner. Uansett hvor stor faglig tyngde og bredde man måtte mene å ha, er det overmodig å ha ambisjoner utover et ønske om å *bidra til* økt forståelse, eller *bidra med* nye elementer til forklaringen av et fenomen. Faglig tyngde og bredde øker gjerne sjansen for at bidraget er vesentlig eller at elementene faktisk er nye, men de totale forklaringene (grand theories) dager regnes som talte.

Sosiologisk forforståelse og ballast har påvirket temavalg, vinkling og problemformulering. Temaet viderefører en interesse for medisinsk sosiologi, inspirert av et kritisk perspektiv på medisinen som profesjon og organisasjon, anlagt av bl.a. Freidson (eks. 1970) og Mechanic (eks. 1972). Sosiologisk nytenkning presenterer gjerne motsatser til etablerte forestillinger om tingenes tilstand. Roar Hagens (1999 og 2005) drøftinger av det kollektives problem utgjør en slik motsats. Dominerende forvaltningstenkning har tatt til seg økonomiske teories tro på at individuell rasjonalitet må danne grunnlaget for offentlig organisering. Hagen utvikler begreper om kollektiv rasjonalitet og rasjonell solidaritet med utgangspunkt i systemteoriens kommunikasjonsbegrep (eks. Luhmann 1995). Hagens prosjekt har inspirert meg til å utforske det individualistiske fundamentet i ny offentlig organisering. Videre er jeg, bl.a. gjennom Habermas' kritikk (Moe 1994:239) av systemverdenens og formålsrasjonalitetens forrang i moderne samfunn, tilbøyelig til å opprettholde et "fiendebilde" av kapitalismen og grunnlaget for kapitalistisk tenkning, til tross for at kapitalismen unektelig er fundamentet for vestlig velstand og velferd. Habermas' teorier om kommunikativ rasjonalitet som basis for handlings-teori og etisk teori (ibid.), har også mer appell til meg enn metodologisk individualisme som tilsvarende basis.

Jeg møter med andre ord det emnet jeg har valgt med en sosiologisk slagside som jeg må være bevisst.

Med dette som sosiologisk utgangspunkt er min ambisjon er å bidra til forståelse av den samfunnsmessige (historisk, politisk, økonomisk, ideologisk) og teoretiske kontekst som nye organiseringsprinsipper springer ut av, og som danner fundamentet for en ny forståelse av pasientens rolle. Blaikie skriver; "..., *without an adequate descriptive base, it is not possible to begin to pursue the other research objectives.*" (Blaikie 2000: 83). Mitt forskningsmål er å bidra til et slikt *deskriptivt fundament* for *de øvrige forskningsmålene* (forståelse, forklaring, prediksjon, endring, evaluering) gjennom utforskning av pasientrollen som samfunnsfenomen.

Jeg vil også forsøke å utdype hvordan mekanismer som er sentrale i markedsorganisering krever visse at visse kriterier er tilstede; suksesskriterier som ikke uten videre lar seg overføre fra privat til offentlig sfære. Jeg mener at dette utgjør demarkasjonen mellom reelle og konstruerte markeder og at implementeringen av elektronisk timereservasjon illustrerer problemene ved å overskride denne grensen.

3.3 Tema og hovedproblemstilling

Oppgavens kjernetema kan kort formuleres slik: **Forståelsen av pasientens rolle i en moderne helsesektor.** Målet for oppgaven er å redegjøre for denne forståelsen og hvordan den er relatert til innføringen av et konkret tiltak – elektronisk timereservasjon – som skal styrke en ønsket, markedslik ordning (fritt sykehusvalg). Denne koblingen danner oppgavens sentrale problemstilling.

Hovedproblemstillingen kan formuleres slik: **På hvilke måter kan forståelsen av pasienten som kunde relateres til prosjektet Elektronisk timereservasjon?**

Problemstillingens to elementer, pasienten som kunde og e-booking, har utspring i dels samme og dels parallelle sosiale prosesser. For å svare på problemstillingen vil jeg gjøre rede for disse prosessene, i form av svar på forskningsspørsmålene under.

3.4 Forskningsspørsmål og sentrale begreper

3.4.1 Forskningsspørsmål

”In some kinds of research it is impossible or unnecessary to set out with hypotheses. A much more useful procedure is to establish one or more research questions.” (Blaikie 2000: 59).

Problemstillingen krever ikke at jeg formulerer delproblemstillinger med hypoteser om sammenhenger, og utsetter disse for testing eller drøfting. Formuleringen kobler tema til et konkret organiseringstiltak, men anlegger likevel et vidt perspektiv på fenomenene som skal beskrives. Problemstillingen krever at jeg redegjør for hva *pasienten som kunde* og *elektronisk timereservasjon* innebærer, for samfunnsutviklingen de springer ut fra og for kontekster de inngår i. Forskningsspørsmålene skal hjelpe konkretisere dette:

- Hvilke historiske og politiske samfunnsprosesser har bidratt til å forme en ny forståelse av individet i velferdsstaten og derved en moderne pasientrolle.
- Hvordan kan overgangen fra tradisjonell pasient til moderne pasient forklares med individ- el. aktørforståelsen i ny offentlig organisering?
- Hvordan fremmer velferdsstatens legitimeringsbehov et nytt syn på pasientens posisjon?
- Hvordan forklarer sosiologisk teori synet på pasienten i et moderne samfunn?
- Hvilket syn på pasienten formidles i dokumenter om organisering av helsetjenester?

- Hva er elektronisk timereservasjon og hva er formålet med elektronisk timereservasjon?
- Hvilken betydning har forståelsen av pasienten som kunde for gjennomføringen av timereservasjonsprosjektet?

Forskningsspørsmålene vil bli forsøkt besvart i fem hovedkapitler. Kap. 6 tar for seg den historiske utviklingen av vestlige velferdsstater, med spesiell vekt på de siste 25 års politisk-økonomiske klimaskifte og framveksten av nye prinsipper for offentlig forvaltning. Kap. 7 omhandler timereservasjonsprosjektet; bakgrunn, formål og implementering. I kap. 8 vil jeg redegjøre for endringer i synet på pasienten i lys av sosiologiske rolle- og aktørteorier og teorier om individets betingelser i det moderne. Med innholdsanalysen i kap. 9 vil jeg undersøke hvilken forståelse av pasientens rolle, posisjon og funksjon som framtrer i tre offentlige dokumenter som behandler organiseringstiltak i helsevesenet. Jeg er spesielt nysgjerrig på om det legges vekt på pasientens funksjoner for helsevesenet som økonomisk system. I kap. 10 vil jeg utdype betydningen av kundeorientering med utgangspunkt i teori om forbrukeratferd og markedsføring.

3.4.2 Sentrale begreper

Noen begreper er sentrale for behandlingen av oppgavens tema og problemstilling.

Betydningen og bruken av de innledningsvis mest åpenbare begrepene vil bli klargjort under. I tillegg til disse vil andre begreper som krever avgrensning/definering bli behandlet etter hvert som de brukes i oppgaveteksten.

Pasient

Definisjonen fra Pasientrettighetsloven er utgangspunktet; ”*en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;*”. Med behandlingen av tema og problemstilling vil pasientbegrepet bli plassert i andre kontekster og andre dimensjoner ved begrepet beskrives.

Klient

Klient betegner en mottaker eller bruker av offentlige tjenester fra tradisjonelt organiserte offentlige virksomheter. I tradisjonelle offentlige institusjoner har strukturelle og byråkratiske prosesser ”rangen”, og individet må i større grad tilpasse seg institusjonen. Klientbegrepet har

etter hvert fått en negativ klang; det knyttes til passivisering, umyndiggjøring og mangel på respekt for individet.

Bruker

Mottaker eller bruker av offentlige tjenester i en moderne offentlig sektor. Brukerrollen assosieres med rett til informasjon, innsyn, medbestemmelse, medvirkning, innflytelse, valgmuligheter.

Kunde

I privat sektor er en kunde en person eller organisasjon som kjøper varer eller tjenester fra en tilbyder til en pris som markedet bestemmer. Varer eller tjenester kan ikke kjøpes fra tilbydere i offentlig sektor på tilsvarende måte. I offentlig sektor brukes kundebegrepet for å plassere en mottaker av offentlige tjenester i en sfære av valgfrihet og rettigheter, lik den man forbinder med kunden i privat sektor. Transaksjonen (kjøpet) er ikke det sentrale, men kundens posisjon og økonomiske funksjoner.

New Public Management

NPM betegner et sett av prinsipper og retningslinjer for modernisert styring av offentlig sektor. Det er ikke snakk om et fastsatt og etablert utvalg av metoder, men begrepet samler organiseringsprinsipper med bestemte særtrekk. Prinsippene for organisering er i hovedsak hentet fra markedsøkonomisk teori.

Kundeorientering

Kundeorientering innebærer at en leverandør av varer eller tjenester, offentlig eller privat, innretter sin virksomhet rundt, og tilpasser sitt tilbud til, kundens ønsker og behov.

Elektronisk timereservasjon, elektronisk booking, e-booking

Nettbasert system som gir allmennlege og pasient i fellesskap mulighet til direkte reservasjon av spesialisttjenester (time for undersøkelse eller behandling hos spesialist).

4 Teori og litteratur

“The aim of the literature review is to indicate what the state of knowledge is with respect to each research question, or group of questions.” (Blaikie 2000: 71).

Hensikten med en teori- og litteraturgjennomgang er å plassere tema og problemstilling i en faglig ramme og gjøre rede for hvilke teoriredskaper som skal brukes for å gripe an forskningsspørsmålene. Først og fremst er det viktig å skaffe seg en oversikt over forskning som tar for seg samme eller tilsvarende emner.

4.1 Tidligere forskning

Nasjonalt senter for telemedisin er den mest nærliggende kilden til forskning på implementering av tiltak for elektronisk samhandling og telemedisin. Gjerdrum m. fl. (2003) har undersøkt hvilke faktorer som har positiv og negativ innvirkning på implementering av telemedisinske tjenester. Ved NST løper prosjektet *Space, Power and Communication: The dynamic of convergent ICT in the Norwegian Health Care system*, tilknyttet Forskningsrådets KIM (kommunikasjon, IKT og medier) - program. Elektronisk timereservasjon er et av flere forskningsfelt for prosjektet. Ellingsen og Obstfelder (2004) har tatt for seg hvordan e-bookingsystemet former medisinske arbeidsmåter og bringer konflikten mellom individuelle og kollektive interesser til overflaten. Lotherington og Obstfelder (2006) har sett på implementeringen av e-booking i lys av teorier om samspillet mellom teknologiske og sosiale faktorer, og som ”*contests in virtual space*”.

Larsen (2007) har gjennomført en undersøkelse om implementeringen av e-booking på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Resultatene er innlemmet i statusrapport om timereservasjonsprosjektet (UNN/Helse Nord 2007). Et sammendrag av funnene er tilgjengelig på nettsidene til Norsk senter for elektronisk pasientjournal (www.nsep.no).

GetMedic har produsert en evalueringsrapport til Sosial- og helsedepartementet av sitt eget e-bookingprosjekt. (GetMedic 2002).

Markedsorientering i helsesektoren har vært emne for forskning innen ulike fag. Av konkrete forskningsprosjekter som har hatt betydning for valg av tema vil jeg nevne *Från patient til kund* (Nordgren 2003). Nordgren er økonom og har behandlet innføringen av markedstenkning i helsevesenet med en diskursteoretisk tilnærming.

4.2 Teori og litteratur

"However, I believe that it is impossible to avoid using theory in research. Even descriptive studies that may be concerned with just a few concepts cannot escape, as all concepts carry theoretical baggage with them."
(Blaikie 2000:26)

Teori kan forstås som faglige redskaper man bevisst velger for å forstå og/eller forklare et fenomen. Teori kan også forstås som forutsetning for alle former for begrepsanvendelse. Selv en enkel deskriptiv studie forutsetter, som Blaikie påpeker, teori, ettersom all bruk av begreper har et teoretisk fundament. Å bli bevisst teoretisk "bagasje" kan skje ved å klargjøre egen bakgrunn og forforståelse – slik jeg har forsøkt over - eller ved eksplisitte teoretiske redegjørelser. Når det gjelder teori som redskap, er det i sosiologisk forskning kanskje mest vanlig å bruke *en* teori og *et* begrepsapparat for å forstå eller forklare et sosialt fenomen. Fenomenet får da sin plass i et teoretisk rammeverk, og hypoteser om fenomenet kan svekkes, styrkes, avvises eller bekreftes, avhengig av hvor godt fenomenet passer inn i teoriens forklaringsramme.

Min teoretiske tilnærming er preget av ønsket om å etablere en bred forståelsesramme. Det er ikke et mål å plassere fenomenet og kontekster i et enhetlig teoretisk skjema, i en "grand theory" (Blaikie 2000). Valg av sosiologisk grunnlagslitteratur og teoretisk litteratur har derfor ikke noe enhetlig preg. Fordyping i ulike teorier og sosiologiske tilnærminger skal bidra til at beskrivelsene av tema favner flere dimensjoner.

I en redegjørelse for endringen av pasientbegrepet velger jeg å ta utgangspunkt Talcott Parsons og hans funksjonalistiske perspektiv på sykerollen. Jeg mener Parsons' beskrivelse av sykerollen utgjør en konseptuell ramme for en tradisjonell forståelse av hva en pasient er – både fra et sosiologisk ståsted og i common sense-forstand – og at den dermed er et godt utgangspunkt for en endringsbeskrivelse.

Individet som egennyttmaksimerende rasjonell aktør er kjernen i frimarkedsmekanismene som etterlignes/etterstrebes av offentlig sektor. Økonomisk teoris individforståelse er den økonomisk rasjonelle aktøren. Ny organisering av offentlig virksomhet baseres i stor grad på et tilsvarende individbegrep og velferdsstatens borgeres atferd og samhandling som økonomisk rasjonelle aktører kan beskrives med valghandlingsteoretiske (rational choice) begreper. Infantino (1998) redegjør for *individualisme* i moderne tenkning, og for

metodologisk individualisme som fundament i økonomisk teori. Med Elster (1989) kan man forstå pasientens nye posisjon i en valghandlingsteoretisk ramme.

Endringer i forståelsen (common sense, politisk, sosiologisk) av hva en pasient er, kan sees i lys av moderne samfunns generelle utvikling mot individualisering. Giddens' modernitetsteori og fokus på individet i det moderne, gir et begrepsapparat å beskrive utviklingen med – og til å forstå "[...] - menneskers handlinger under modernitetens kondisjoner – [...]." (Giddens 1994:21). Giddens kan bidra med begreper til å beskrive individets betingelser i det moderne, og moderne velferdsstaters legitimitetsstreben. Bauman (2001) sine betraktninger har et sterkere preg av bekymring over individets nye betingelser, men er like fullt innsiktsfulle beskrivelser av den nye moderniteten.

Lian (2003) gir oversikt over utviklingen av markedstenkning i helsevesenet. Hun problematiserer ulike dimensjoner ved medikalisering, og ved det hun kaller *varifiseringen* av helsevesenet.

For et teoretisk og praktisk grep på kundeorientering som begrep og *redskap*, vil jeg bruke profesjonsrettet litteratur. Lærebøker i markedsføring (eks. Thjømøe 1999) gir innblikk i kundeorientering i kundens opprinnelige habitat – det frie, private markedet. Lærebøker myntet på offentlige virksomheter (eks. Johnsen 2005) kan vise hvordan kundebegrepet er adoptert av offentlig forvaltning og hvordan kundeforståelsen kan manifestere seg i offentlige virksomheter

5 Metode

"Social enquiry has a range of purposes; exploration, description, understanding, explanation, change and evaluation. At the most basic level, it [social enquiry] is concerned with exploring some social phenomenon that is not well understood, possibly to inform further stages of investigation." (Blaikie 1993:203)

Mitt mål er som sagt å bidra til forståelse av kontekster som nye organiseringsprinsipper springer ut av, og som danner fundamentet for en ny forståelse av pasientens rolle, og etablere et *deskriptivt fundament* gjennom utforskning av pasientrollen som samfunnsfenomen. Et forskningsmotiv som går igjen hos samfunnsforskere er ønsket om å påvise at ting ikke er slik man (allmennheten) tror de er. Troen på markedsmekanismer har utspring i økonomisk teori, men den allmenne og politisk-administrative overbevisningen om og argumentasjonen for markedsorganiserings fortrinn er ikke nødvendigvis basert på kjennskap til økonomisk teori eller samfunnsvitenskap. Sosiologiske undersøkelser kan bidra til å korrigere antakelser og forestillinger om sosiale fenomener/mekanismer. *"..., the 'critical evaluation of beliefs and practices is an inescapable feature of the discourse of the social sciences' (Giddens 1979:253)."* (Blaikie 1993:209). For å ha håp om å gjennomføre en *"critical evaluation"* må jeg først og fremst finne relevante kilder.

5.1 Kilder

Målet med oppgaven er hovedsakelig å utforske, forstå og beskrive et sosialt fenomen – pasientens rolle i et moderne helsevesen. For å plassere fenomenet i en samfunnskontekst bruker jeg litteratur om utviklingen av velferdssamfunnet (eks. Hatland m.fl. 1996), og om utvikling og bruk av nye prinsipper for offentlig forvaltning (eks. Ferlie et.al. 1996 og Busch m.fl. 2001). Jeg bruker også faglitteratur; "håndbøker" for offentlige forvaltning (Johnsen 2005) og privat markedsføring (Thjømøe 1999), for en bredere forståelse av henholdsvis bruker- og kundeorientering. Grunnlagslitteraturen behandles som kilder til forståelse. De danner grunnlaget for utforskning og beskrivelse av tema og drøfting av problemstillingen.

For å finne ut noe om en politisk-administrativt, offentlig forståelse av pasientens rolle i ny helseorganisering, bruker jeg tre tekster som jeg forventer at gir beskrivelser av sammenhengen mellom pasient og organiseringsmåter. NOU 1997:2 *Pasienten først!* tar for seg ledelse og organisering av sykehus, Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) sammenfatter regjeringens forarbeider til lov om helseforetak, og NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt dreier seg om samhandlingen mellom primær- og spesialisttjenesten.*

5.2 Kvalitativ metode

Oppgaven dreier seg om å utforske og beskrive oppfatninger av pasientens rolle i et moderne helsevesen. Målet er å bidra til forståelsen av et samfunnsfenomen. Kildene til forståelse er tekst; som kilder til data som må tolkes. Tema og problemstilling tilsier en kvalitativ tilnærming.

5.3 Induktive strategier

Litteratur og dokumenter er gjenstand for induktiv tilnærming. Tekstene blir mine kilder til data om "forståelsen av pasientrollen". I prinsippet utleder jeg beskrivelser og påstander om fenomenet ved akkumulasjon av data om fenomenet gjennom induksjon. Induktive strategier er egnet til å *utforske* et sosialt fenomen. Ved bred tilnærming til et felt og bruk av kildene som kilder til forståelse, kan man få et tilstrekkelig grunnlag for beskrivelser av regulariteter i sosiale fenomener, sosiale mønstre eller korrelasjoner mellom hendelser eller fenomener.

*"The choice of concepts, and the way they are defined, will predetermine what data are collected." (...). ...if the definitions of the concepts are made explicit the conclusion can be evaluated in terms of them, (...). With these modifications, the inductive strategy can be used for two purposes: to pursue exploratory and descriptive objectives to answer 'what' questions, i.e. **to describe phenomena and establish regularities which need to be explained** [min uthev.]; or to pursue an explanatory aim, i.e. to discover laws or very general regularities that can be used to explain observed regularities." (Blaikie 2000:103-104).*

Induktive strategier har imidlertid begrensninger som man må være bevisst. Som Blaikie påpeker er begrepene man bruker for å ramme inn tema og problemstilling bestemmende for datainnsamlingen. Vitenskapsteoretikere påpeker mangler ved induksjon som vitenskapelig metode.

"Because induction is not a 'perfect' logic, all attempts to generalize must be tentative. In other words, consistent findings can support a generalization but never prove it to be true." (ibid. s. 104)

Gjennom induksjon kan man påvise sammenhenger, men ikke forsvare påstander om kausalitet som sanne i logisk stringent forstand. I etterkant av positivismestriden (eks. Hagen 1999) er det få som mener at man gjennom induksjon, forstått som forutsetningsfri innsamling av rådata, kan komme fram til sannheter om sosiale fenomener. All datainnsamling forutsetter teori. I fundamental forstand er teorifri persepsjon umulig. I et mer praktisk perspektiv har forskerens utgangspunkt og forutsetninger betydning for seleksjon og tolkning av data. Forskeren må være forutsetningene bevisst og ha en aktiv innstilling til føringene som disse legger på forskningsprosessen; det Mason kaller *aktiv refleksivitet*:

"Qualitative research should involve self-scrutiny by the researcher, or active reflexivity. This means that the researcher should constantly take stock of their actions and their role in the research process, (...). This is based on the belief that a researcher cannot be neutral, or objective, or detached from the knowledge and evidence they are generating." (Mason 1996 i Blaikie 2000:55)

Mason (ibid.) foreskriver også en bevisst holdning til hvordan man “leser” data. Her vil jeg veksle mellom det Mason kaller *fortolkende lesing* av data fra grunnlagslitteraturen;

”An interpretive reading will involve you in constructing or documenting a version of what you think the data mean or represent, or what you think you can infer from them.”

og refleksiv lesing av data fra innholdsanalysen av offentlige dokumenter;

A reflexive reading will locate you as part of the data you have generated, and will seek to explore your role in the process of generation and interpretation of data. (ibid.)

5.4 Dokumentanalyse

Dokumentanalysen kan illustrere at ideelle induktive strategier ikke kan gjennomføres.

Tekstene kan ikke angripes i sin helhet i en jakt på alle data som kan gi mening og sammenheng. Datainnsamlingen må derfor avgrenses med kriterier for relevans. Kriteriene bygger nødvendigvis på teori, bakgrunn og innfallsvinkel, og medfører informasjonstap.

Datainnsamlingen kan verken være teorifri eller total.

De tre offentlige dokumentene behandles empirisk ved kvalitativ innholdsanalyse.

Dokumenter kan defineres som *”Materiale som i form av skrift, lyd eller bilde inneholder direkte eller indirekte informasjon om spor etter sosiale forhold, hendelser eller handlinger.”*

og innholdsanalyse som *”Enhver systematisk vitenskapelig undersøkelse av innholdet i en tekst.”* (Sigmund Grønmo, forelesning 26.01.05). I utgangspunktet kan alt som kan omformes til eller betraktes som tekst være gjenstand for både kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse.

Både innhold og kontekst kan inngå i analysen. Selv om dokumentets kontekst, opphav (forfatter) og hvilken rolle forfatter(ne) har i forhold til teksten og identifiserte tema, ikke inngår i analysen er det viktig med tilstrekkelig kildekritisk og kontekstuell forståelse (Grønmo 2004). Før analysen vil jeg fastsette kriterier for avgrensning og identifisering av relevante data. Selve analysen består i å identifisere relevante funn etter de gitte kriteriene, og deretter se på hvordan tema blir behandlet og presentert i funnene; tolke funnene. En objektiv tolkning av tekst er riktignok ikke mulig, ettersom alle ytringer i dokumentene er tekstlige manifestasjoner av mening som forskeren ikke har direkte tilgang til. Funnene behandles likevel som ”virkeligheten”, som sanne uttrykk for en politisk-administrativ holdning.

Tolkningen av ”virkeligheten” vil nødvendigvis skje med grunnlag i personlige og sosiologiske forutsetninger.

5.5 Troverdighet, bekreftbarhet, overførbarhet

Til kvalitative metoder har det heftet en debatt om vitenskapelig legitimitet. I kvalitativ forskning kan man ikke underslå at forskeren har innvirkning på forskningsprosessen. Denne innvirkningen er ikke like åpenbar ved bruk kvantitative metoder. Man kan argumentere for at all forskning bygger på teoretiske forutsetninger og tolkning, men i kvalitativ forskning er tolkning et grunnleggende element. Forskeren søker forståelse og mening i et forskningsfelt ved tolking av innsamlede data, enten disse kommer fra observasjon, intervjuer, dokumenter e.a. Kvalitative tradisjoner har møtt vitenskapsteoretisk kritikk. Den mest ytterliggående mener fortolkende tilnærminger prinsipielt åpner for en "anything goes-", subjektiv ikke-vitenskap. Legitimitetsproblematikken forsterker behovet for å redegjøre for utgangspunkt og forutsetninger og for valg som gjøres underveis, samt at forskeren beholder en aktiv, bevisst holdning til dette gjennom forskningsprosessen. På denne måten styrkes forskningens reliabilitet eller *troverdighet*. "*Troverdighet knyttes til om forskningen utføres på en tillitvekkende måte.*" (Thagaard 1998:20).

Ved å klargjøre fundamentet for tolkning styrkes også forskningens validitet eller *bekreftbarhet* (ibid.). I kvantitativ forskning sikter validitet til hvorvidt man måler det man søker å måle. Med fortolkende tilnærminger er det vanskelig å fastsette kriterier for dette. Styrken i *bekreftbarhet* baseres på tolkningenes kvalitet og om beskrivelsene finner støtte i annen tilsvarende forskning (ibid.). Mitt mål er at bred tilnærming skal gi bred forståelsesramme, og at dette skal være en kvalitet i seg selv. Ved å ikke låse redegjørelsen til enkeltteorier eller teoritradisjoner/-retninger kan flere dimensjoner ved fenomenet belyses sosiologisk. Ulempen er et fragmentert preg og at fenomenet ikke gis en plass/posisjon i en enhetlig sosiologisk forståelsesramme som kanskje på en bedre måte ville *forklart* fenomenet. Bruk av én teoretisk ramme ville også gjort det lettere å vurdere *overførbarhet*; "*... om tolkninger som er basert på en enkelt undersøkelse også kan gjelde i andre sammenhenger.*" (ibid.). Fordelen er at redegjørelsen ikke blir underlagt bestemte føringer, at fenomenet ikke presses inn i en teoretisk ramme.

5.6 Etske betraktninger

Oppgaven bygger på faglitteratur, sosiologisk teoretisk litteratur, offentlige dokumenter, rapporter o.a. En del av materialet er tilgjengelig på internett. I de tilfellene kilden til sitater er navngitt er sitatene hentet fra tekstmateriale som er ment å være tilgjengelige for

offentligheten. Sitater fra informanter i andres forskningsmateriale er allerede anonymisert. Sitater fra diskusjonssider, blogger eller lignende internett knyttes ikke til navn. Med søkemotorer er det mulig å spore opphavet til sitatene. Jeg mener likevel ytterligere anonymisering ikke er nødvendig, både fordi krav om anonymitet ikke kan heftes ved ytringer på nettet, og fordi ytringene ikke er kontroversielle. Etske betraktninger utover anonymitetsvurderinger anser jeg ikke som nødvendig.

6 Strukturelle betingelser for ny en pasientforståelse

Hensikten med en nokså omfattende redegjørelse for velferdsstatens utvikling er å utforske de historiske betingelsene for utviklingen av nye former for offentlig forvaltning, som igjen kan ses som betingelser for en ny forståelse av individet som velferdsmottaker og pasient.

Redegjørelsen er ment å gi grunnlag for å svare på forskningsspørsmålene: Hvilke historiske og politiske samfunnsprosesser har bidratt til å forme en ny forståelse av individet i velferdsstaten og derved en moderne pasientrolle?; hvordan kan overgangen fra tradisjonell pasient til moderne pasient forklares med individ- el. aktørforståelsen i ny offentlig organisering? og; hvordan fremmer velferdsstatens legitimeringsbehov et nytt syn på pasientens posisjon?

6.1 Fra "laissez-faire" til total velferd

I Norge har det funnet sted en stadig utvidelse av det offentlige velferdsapparatet. I likhet med andre vestlige velferdsstater, er den norske velferdsstaten et komplekst system for sosial tjenesteproduksjon og fordeling av goder. Og i likhet med de fleste vestlige land har borgernes velferdsbehov og forventninger og krav til offentlige tjenester skapt store utfordringer for folkevalgte og byråkrater. Litt flåsete kan man si at det ser ut til at borgernes forventninger er grenseløse, mens det er hevet over tvil at landets ressurser er begrensede. Utfordringene består i å balansere tjenestetilbud og budsjettammer, og finne måter å optimalisere organiseringen av offentlig sektor på. Under vil jeg redegjøre for utviklingen av den norske velferdsstaten og ulike velferdsstatsmodeller, og beskrive utviklingen av nye forvaltningsprinsipper.

6.1.1 Velferdsmodeller

Den skandinaviske velferdsmodellen er formet i en tid med bred politisk enighet om dens grunnleggende elementer. Universalismeprinsippet og likhetsidealet har stått sterkt:

"Skandinavisk sosialpolitikks kanskje viktigste særpreg i nyere tid har vært den utstrakte graden av universalisme – det vil si at i prinsippet hele befolkningen, eller alle naturlig hjemmehørende i en befolkningskategori – er blitt inkludert av velferdsordningene." (Hatland m.fl. 1996).

Det offentliges ansvar for enkeltmennesket har vært omfattende og det offentliges monopol som leverandør av kollektive tjenester har vært relativt uomstridt. Kuhnle (Hatland m.fl. 1996:29) hevder at *"kjernen i begrepet om velferdsstaten er det offentliges ansvar for inntektssikring, helse og omsorg"*. Omfanget av ytelser og tjenester har vært stort og økende gjennom etterkrigstida. Et bredt velferdsbegrep, universelle velferdsordninger, sjenerøse

ytelser og offentlig ansvar for og offentlig produksjon av tjenester har kjennetegnet det norske samfunnet (NOU 2003:19, s. 26). Den vedvarende økonomiske veksten i etterkrigstidas økonomi tillot stor økning i offentlige budsjetter, men i kjølvannet av oljekrise og konjunktursvikt på 70-tallet måtte også Norge gjøre endringer i forvaltningen av offentlig sektor, som følge av sviktende finansieringsgrunnlag.

Jeg vil gjøre rede for særtrekk ved ulike velferdsmodeller og – ideologier, og utviklingen av den norske velferdsstaten fram mot slutten av 80-tallet.

Utviklingen av europeiske velferdssamfunn fra og med forrige århundreskifte er preget av ulike institusjonelle og politiske utgangspunkt, som har gitt ulike tilnærminger til velferdsstatens formål, oppbygging og innhold. Fra "laissez-faire"-stater, med selvansvar som bærende norm, har europeiske stater utviklet seg til velferdssamfunn som forvalter et omfattende tilbud av velferdstjenester til sine borgere. Kuhnle (i Hatland m.fl. 1996) beskriver tre europeiske utviklingslinjer som alle, tross forskjellige politiske fundament med forskjellige historiske grunnmotiver, har skapt velferdssamfunn med høye tjenestenivåer.

Bismarck-tradisjonen kjennetegnes ved et organisatorisk fragmentert og sosialt differensiert trygde- og velferdssystem, basert på korporative ordninger og tilknytning til arbeidslivet.

"For den konservative og autoritære Bismarck var visjonen for vel 110 år siden å skape et stabilt regime og en fredelig politisk utvikling gjennom inkorporeringen av arbeiderklassen i staten." (Hatland m.fl. 1996:19).

Velferdsordninger har en grunnleggende tilknytning til deltakelse i arbeidslivet, med private, yrkesbaserte ordninger. Kontinental velferdspolitikkk bygger på denne tradisjonen, men dens selektive og korporative trekk er utvisket og motivene for å opprettholde et velferdssamfunn har fjernet seg fra Bismarcks opprinnelige grunnmotiv.

William *Beveridge* var opphavsmannen til etterkrigstidas britiske velferdsmodell.

Grunnprinsippet er universalisme - velferdsordninger skal ha universell karakter og knyttes til borgerskap; borgeren, ikke arbeideren er velferdsordningenes mottaker. *"For den liberale britiske embetsmann og politiker Beveridge var visjonen i 1942 å skape et sosialt sikkerhetsnett for alle innbyggere fra vugge til grav."* (ibid.). Den britiske velferdsmodellen har vært kjennetegnet ved bred universalisme, men også av et lavt ytelsesnivå.

Beveridge har fått æren for universalismeprinsippet i moderne velferdssystemer, men de *skandinaviske* landene var tidlig ute med ordninger som stod i kontrast til de tyske, ved at de ikke var knyttet til arbeidsdeltakelse. Den danske alderspensjonsloven av 1891 representerte et første steg mot universelle ordninger ved at den tilbød ytelser til alle gamle som ikke hadde mottatt fattighjelp de forutgående ti år. Den norske sykeforsikringsloven av 1909 knyttet ytelser til lav arbeidsinntekt uten differensiering i yrkesgrupper, og den svenske alders- og uførepensjonsordningen av 1913 lovfestet en universell befolkningsdekning som var fremmet i forarbeidene til loven så tidlig som i 1889. (ibid. s.11). De skandinaviske ordningene skilte seg tidlig fra de tyske ved et offentlig ansvar for organisering og finansiering. Det tyske initiativet, med ordninger kun for industriarbeidere, og senere egne ordninger for funksjonærer, var utgangspunktet for utviklingen av et fragmentert nasjonalt velferdssystem som stod i kontrast til det britiske og skandinaviske. I de skandinaviske velferdsstatene har folket fra starten av velferdsstatens oppbygging fått grunnleggende trygghet uavhengig av deltakelse i arbeidslivet og i Norge rundt 1960 var ”*Statens rolle for ivaretagelsen av folks velferdskrav og behov [...] blitt politisk selvsagt og skjøvet ut av diskusjonskartet.*” (ibid. s. 18)

Klassifisering av lands velferdsregimer kan ha forskjellige utgangspunkt og fokusere på ulike dimensjoner ved de enkelte lands velferdssystemer. Esping-Andersen (1990 i Hatland m.fl. 1996:80) skiller mellom den *liberale* velferdsstat, den *konservative* eller *korporatistiske* velferdsstat, og den *sosial-demokratiske* velferdsstat. Land som USA, Canada og Australia er representanter for den liberale og kjennetegnes ved behovsprøvd hjelp, beskjedne universelle overføringer og beskjedne sosialforsikringsordninger. Østerrike, Tyskland, Frankrike og Italia hører til de korporatistiske, med reproduserende og lite omfordelende ordninger, mens de skandinaviske landene trekkes frem som eksempler på den siste typen velferdsstat, som preges av universalisme, høye standarder og høye ytelser. Andre typologiseringer kan ha andre kriterier for inndeling, men de har to klare fellestrekk. De bygger på en idealtypisk inndeling i *marginale modeller* for velferdsstaten, en *industriell prestasjonsorientert modell* og den *institusjonelle omfordelingsmodellen*. (Titmuss 1974:30-31):

- *Marginalmodellen* knyttes til den klassiske liberalismen. I denne modellen spiller staten en svært begrenset rolle i forhold til markedet: Staten skal nøye seg med å etablere et sikkerhetsnett som skal fange opp dem som av ulike grunner ikke klarer seg selv.
- *Prestasjonsmodellen* kan knyttes til konservativ politisk tradisjon. De offentlige trygdeordningene innrettes etter forsikringsprinsippet, slik at forskjeller i lønn og status mellom ulike grupper respekteres.
- *Den institusjonelle modellen* knyttes til sosialdemokratiske tradisjonen. Nivået på sosiale ytelser er høyt, og baseres på at alle samfunnsmedlemmer har de samme rettigheter uansett deres forhold til arbeidslivet.

Det andre fellestrekket er at;

”De skandinaviske land havner alltid i den kategorien som er kjennetegnet av velferdsstater med relativt størst offentlig engasjement i organiseringen av velferdsordningene. Dette innebærer stor offentlig sektor og stor offentlig sysselsetting totalt og i velferdssektoren.” (Hatland m.fl. 1996:81).

Skandinavia har ordninger som finansieres av generelle skatter og som er sosialt omfordelende og derved mer egalitære, og som gir bredere sosial sikkerhet og større grad av resultatlikhet.

6.1.2 Etter krigen

Etter annen verdenskrig stod norsk offentlig sektor overfor utfordringer som krevde stor kollektiv innsats og tverrpolitisk samarbeid. Partienes felles samarbeidsprogram fra 1945 gir et bilde av den rådende samarbeidsånden, men også hva samtida forsto som statens ansvar m.h.t. samfunnsgoder:

- alle arbeidsplasser skulle ha rett og plikt til arbeid;
- sosiallovgivningen skulle utvikles og gjøre forsorgsvesenet (fattigvesenet) overflødig, og trygdeordningene skulle videreutvikles
- utbygging av en landsomfattende institusjon med helsestasjoner og helse- og husstellærere
- standardtyper som sikret gode og solide varer til rimelig pris
- utarbeide planer for *”vakker og hensiktsmessig bebyggelse”* med det mål å gi alle gode og rommelige boliger
- uavhengig av geografisk tilknytning eller økonomiske kår skulle alle gis høve til en ordentlig utdanning (Hatland m.fl. 1996:16).

Tilfanget av velferdsordninger og – lover i etterkrigstidas Norge illustrerer en politisk samstemthet, som dels som kan forklares av fellesskapsånd skapt av fem års okkupasjon, dels av en felles plattform basert på sosialpolitiske strømninger fra årene før krigen. (Kuhnle i Hatland 1996). Med innføringen av universell barnetrygd i 1946, syketrygd i 1956, alderstrygd uten behovsprøving i 1957, arbeidsledighetstrygd i 1959, folketrygdloven i 1967, arbeidsmiljøloven 1977, likestillingsloven 1978, barneombudsloven 1981, sosialtjenesteloven 1991 og så videre, har Norge etablert et samfunn med ordninger som sikrer stor grad av sosial trygghet, relativt (sammenlignet med andre land) stor grad av sosial likhet med et omfattende offentlig ansvar for velferdsgoder. Man kan si at velferdsstaten utgjør en av fire grunnpilar, som til sammen skaper det norske samfunn. Velferdsstaten, en regulert kapitalistisk markedsøkonomi, et parlamentarisk massedemokrati og et aktivt organisasjonssamfunn med mange og dels tette koplinger mellom borgere og myndigheter skaper en helhet av individuelle og kollektive interesser og prosesser. (ibid.)

6.1.3 Velferdsstat eller velferdssamfunn?

For den moderne nordmann, eller mer generelt for den vestlige verdens moderne individ, er denne helheten av individuelle og kollektive prosesser uløselig knyttet til velferdssbegrepet.

"I mellomkrigstiden ble det i alle europeiske land tatt for gitt at staten hadde et ansvar for folks økonomiske og sosiale velferd og trygghet." (Hatland m.fl. 1996:15)

Stat, samfunn og leverandør av velferdsgoder kan for mange gå ut på ett, men begrepet velferdsstat har møtt motstand. *"Velferdsstat mer enn antyder at staten skal spille hovedrollen på alle felt knyttet til velferd, og det er en tanke som jeg ikke er spesielt komfortabel med."*

sier Per Sandberg (FrP) til Høgskoleavisa (nr. 6/2005, lastet 02.04.07), om lag 25 år etter begrepet *velferdssamfunn* begynte å få innpass – også hos hans politiske motstandere. OECD lanserte i 1981 rapporten *The Welfare State in Crisis*, og innledet med denne en periode med nye strømninger i tenkningen om velferdsstatens innhold, oppbygning og organisering:

"Individer må ta større ansvar for seg selv, og nye former for samhandling mellom offentlige og private aktører stimuleres." (Hatland m.fl. 1996:32). Det ble lagt vekt på at andre aktører enn staten – enkeltmennesket, nabolagsgrupper og nærmiljø, og frivillige organisasjoner – også er kilder til velferdsgoder og bidragsytere til et *velferdssamfunn*. Tross forsøk på å øke bevisstheten om velferdsstatens begrensninger og redusere forventningene til offentlig velferdsinnsats, fortsatte veksten i velferdsbudsjettene i Norge og flere vestlige land utover 80-årene. En stadig voksende offentlig sektor bidro til styrket kritikk av velferdsstatsbegrepet.

I en skjematisk, dikotom framstilling kan begrepene velferdsstat og velferdssamfunn kan sies å beskrive to forskjellige velferdsmodeller (Busch m.fl. 1999:18):

Velferdsstatstilnærmingen:

Sentral planlegging

Sentral styring

Fellesskapsorientering

Formynderstat

Velferdssamfunnstilnærmingen:

Marked

Fri konkurranse

Individorientering

Privatstat

Vi kan si at i punktene i den første kolonnen utgjør det kritikerne identifiserer som hovedårsakene til offentlig sektors problemer, og grunnlaget for den dyptgripende kritikken velferdsstaten etter hvert møtte. Punktene i den andre kolonnen beskriver på samme tid det ideologiske fundamentet og hovedelementene i kritikernes forslag til ny offentlig organisering. Kritikken tok imidlertid mange former. Velferdsstaten ble beskyldt for å

akselerere moralsk degenerasjon. Spesielt Fremskrittspartiet målbar en staten-syr-puter-under-armene-på-giddalause-snyltere-kritikk. Andre grep tok i ideologiske dimensjoner ved velferdsstatsbegrepet, hovedsakelig ved at de tilskrev velferdsstaten et sosialistisk idégrunnlag (kanskje primært ved sammenblanding av begrepene sosial, sosialpolitikk og sosialisme) (Kuhnle i Hatland m. fl. 1996)). Mer konstruktiv kritikk var rettet mot veksten i offentlig administrasjon og bygd på forestillinger om at offentlig sektor er et ineffektivt byråkrativelde. En fjerde linje av kritikk er tuftet på forestillingen om velferdsstatens ødeleggende effekt på økonomien. *"Siden velferdsstatens beskjedne begynnelse rundt århundreskiftet, har bekymringen om dens vekst og uønskede bivirkninger for næringsliv og borgerlig moral vært levende."* (ibid. s. 23). Selv om offentlig ekspansjon og generell økonomisk vekst har ledsaget hverandre i de fleste vestlige land i siste hundre år, lever forestillinger om velferdsordningers negative insentiveffekter og velferdsstatens bremseeffekt på økonomien i beste velgående. Etter de økonomiske nedgangstidene på 70- og 80-tallet fikk kritikken av velferdsstaten særlig gode vekstforhold.

6.2 Krise og nye betingelser for velferdsstaten

Fra gjenoppbyggingstida og fram til den økonomiske nedgangen som ble innledet med oljekrisa i 1973 var norsk økonomi stort sett preget av vekst. Økonomien tillot, som nevnt over, økte velferdsbehov å bli møtt med økte budsjettammer, og offentlig sektor vokste vesentlig. I 1962 var det 199500 offentlig ansatte i Norge, i 1980 var tallet økt til 460000 (Busch m.fl. 2001:43). 186000 årsverk (13 %) i 1962, 491000 (28,1%) i 1992 (www.ssb.no). Keynesianismen stod sterkt, staten hadde og skulle ha en sosialt aktiv og økonomisk intervenserende rolle. *"Årene 1950 til 1973 kjennetegnes av omfattende inngrep for å dempe virkningene av markedskreftene og en høy grad av tverrpolitisk enighet om velferdstiltakene."* (Lian 2003:39). I løpet av 70-årene, et tiår med økonomisk stagnasjon, inflasjon og arbeidsledighet, *"[...] mistet keynesiansk økonomisk politikk tillit, og det oppstod et sammenbrudd i 30 års sosialdemokratisk-keynesiansk konsensus [...]"* (ibid. s.37). Etterkrigstidas måte å organisere offentlig sektor på var ikke lenger tilstrekkelig og behovssvarende, og; *"Enigheten omkring oppbyggingen av velferdsstaten som karakteriserte etterkrigstiden, er over."* (Lian 2003:39). Den eksisterende velferdsstaten ble møtt med kritikk som fulgte to hovedlinjer. For det første ble offentlig virksomhet betraktet som økonomisk ineffektiv. For det andre ble det satt spørsmålsteget ved velferdsstatens legitimitet. Er velferdsstaten en sentralstyrt formynderstat, som ikke sørger for de tjenester folk vil ha til den prisen folk er villige til å betale?

Selv om det på 80-tallet var uenighet om framgangsmåter, var det klart at det var behov for en modernisering av offentlig sektor, og at det var et vesentlig potensial for kostnadseffektivisering i offentlig forvaltning og i produksjonen av offentlige tjenester. Senere utredninger (NOU 1991:28, Norman-rapporten) antydde et effektiviseringspotensial på 180 milliarder kroner årlig, og at offentlig sektor kunne reduseres med 500.000 årsverk. Hvordan skulle en offentlig sektor med et kompleks og innarbeidet byråkrati og etablerte forvaltningsmodeller kunne endres og ledes i retning av innsparinger av en slik størrelse?

Mange mente det var behov for nye prinsipper og redskaper for organiseringen av offentlig sektor. Utfallet av det Jarlov og Melander kaller et skifte fra planleggingspolitisk diskurs til økonomistyringsdiskurs (Busch 2001:56), og det Åkerstrøm Andersen ser på som overgangen fra "*planlegging av planlegging*" til den idealiserte omstillingsdyktige forvaltning (Dyrberg 2000:91), har vist seg å være at offentlig sektor har tatt til seg markeds- og bedriftsøkonomiske teorier, prinsipper og strategier og tilpasset disse til bruk i offentlige virksomheter. Noe har altså skjedd med organiseringen av offentlig sektor, eller, med et bredere begrep, med organiseringen av velferdssamfunnet. Planleggings- og intervensjonspolitikken er forkastet. Det er innført nye metoder som skal bidra til å løse velferdsstatens problemer. Elementene i den nye organiseringsformen er samlet i begrepet *New Public Management*.

6.3 New Public Management

6.3.1 Hva er NPM?

"New Public Management er i stor grad en samlebetegnelse for et sett av ideer, teorier og modeller som kan legges til grunn for styring og organisering av offentlig sektor." (Lian 2003:96).

NPM betegner med andre ord et sett av prinsipper og retningslinjer for modernisert styring av offentlig sektor. Det er ikke snakk om et fastsatt og etablert utvalg av metoder, det er snarere slik at begrepet samler organiseringsprinsipper med bestemte særtrekk. Klausen (i Busch 2001) omtaler NPM som en fortolkningsramme for reformer og skriver at;

"Udgangspunktet for NPM er en kritik af det offentlige for at være for stor, for bureaukratisk (...) og med en for ringe ledelse og for svag brugerorientering, og den løsning NPM's fortalere anbefaler er at tage lære af det private (...)." (ibid. s.24).

Det er overveiende enighet om bruken av begrepet og dets innhold. Klausen henviser til Auccin 1990, Hood 1991, Prior 1993, Dunleavy & Hood 1994, Walsh 1995 og Ferlie et.al.

1996 (ibid. s. 27) for å understreke at betegnelsen er anerkjent og det er enighet om grunnleggende elementer. Begrepet kan brukes deskriptivt; for å beskrive utviklingstrekk i organiseringen av offentlig sektor i nyere tid, analytisk; til å forklare og analysere utviklingen, og preskriptivt; som kilde til konkrete løsningsforslag og tiltak for å utvikle og forbedre offentlig sektor. (Lian 2003). NPM representerer en motsats til tradisjonelle forvaltningsmodeller for offentlige sektor. Byråkratiske og hierarkiske styringsmodeller skal erstattes av styringsprinsipper og strukturer som er hentet fra økonomisk teori og fra privat sektors organisasjonsteori, og som er i bruk i privat sektor. Ved å ta i bruk disse skal offentlige sektor som helhet og de enkelte tjenesteytende instansene flytte fokus fra prosedyre til resultat, fra regelstyrt virksomhet til målstyrt virksomhet. De grunnleggende elementene i New Public Management vil bli beskrevet under. Først vil jeg gjøre rede for de grunntrekkene i nyere tids historie som kan forklare overgangen til NPM-forvaltning i Norge.

6.3.2 Politisk kontekst

Opphavet til NPM-bølgen i vestlig offentlig forvaltning spores som regel til den anglo-saksiske verden, med Storbritannia, New Zealand og Australia som foregangsland fra begynnelsen av 80-tallet. USA, med sterkere tradisjoner for markeds- og privatøkonomiske innslag i sin fordelings- og forvaltningsstruktur, var også tidlig ute. Foregangslandene deler noen hovedtrekk i økonomisk og politisk kontekst. Lik store deler av den vestlige verden, preget redusert økonomisk vekst og krise i offentlig sektor disse landene mot slutten av 70-tallet. I USA og Storbritannia ble dette, som kunne tolkes som venstreorientert politikks fallitt, etterfulgt av en politisk høyredreining. Med regjeringsskiftet i 1979 (Thatcher 1979 – 1990) innledet Storbritannia sin ”New Right”- periode, og samme år introduserte den konservative regjeringen en serie tiltak preget av ny-liberalistiske strømninger. (Ferlie et. al 1996:31). I USA overtok Reagan og republikanerne makten i 1981. Republikanernes motkonjunkturtiltak fikk etter hvert betegnelsen *reaganomics*, og besto bl.a. i deregulering av økonomien og omfattende skattelettelser med motsvarende reduksjoner i sosialbudsjettet. Tiltakene skapte økonomisk velst og økt sysselsetting, men prisen var en tredobling av utenlandsgjelden. Med disse økonomiske og politiske rammene tok reformer i offentlig sektor form av første generasjons New Public Management, med sterkt fokus på effektivisering. Også i Norge opplevde vi en politisk høyrebølge som kan knyttes til økonomiske situasjon (inflasjon og stagnasjon) og velferdsstatskrise. Med Willoch-regjeringene (1981-1986) ble det gjennomført reformer som utfordret innhold og praksis i det etablerte offentlige forvaltningssystemet, som med Arbeiderpartiet som dominerende politisk aktør i årene etter

krigen hovedsakelig var blitt formet ut i fra den politiske venstresidens tro på sterk statlig styring av økonomi og samfunnsliv. Den politisk-ideologiske visjonen for Willochs regjeringer var å begrense den offentlige inngripen. Reformene representerer innledningen på NPM-inspirert forvaltning av offentlig sektor i Norge.

Det er likevel ikke riktig betrakte politisk høyrevind som forutsetning for at New Public Management fikk fotfeste i vestlige demokratier. I New Zealand ble store endringer i organisering og ledelse av offentlig sektor iverksatt av Labour-regjeringer i tida mellom 1984 og 1990. New Zealand trekkes frem som *"an extreme case and as a rapid mover [mht. innføring av NPM], yet here new public management-style ideas were embraced by a Labour government."* (Ferlie et. Al 1996:16). Også Australia tok tidlig i bruk NPM-prinsipper og gjennomførte omfattende reformer under Labor-regjeringer på 80- og 90-tallet (Labor var i posisjon fra 1983 til 1996). I Norge ble omorganiseringen av offentlig sektor videreført av regjeringene Brundtland.

På den annen side kan nasjonale særtrekk i form av politisk arv og velferdspolitiske tradisjoner virke fremmende eller hemmende på hvor fort NPM som forvaltningsideologi eller – paradigme får dyptgripende respons. Ferlie (1996:19) trekker frem Sverige som eksempel på *"...a relatively cautious mover..."*, og forklarer dette med at svenskenes forankring til tradisjonelle demokratiske verdier fortsetter å prege tenkningen rundt omorganisering av offentlig sektor.

Selv om de enkelte lands politiske klima har skapt ulike vekstforhold for New Public Management-ideer, er det mer fruktbart å se fremveksten av NPM som en reaksjon på tidligere omorganiseringstiltaks mangel på målbare effekter. Etterkrigstidas økonomiske rammebetingelser tillot en voksende offentlig sektor, og aktualiserte i mindre grad behovet for endringer i organiseringen av offentlig forvaltning og tjenesteyting. 70- og 80-tallets lavkonjunktur aktualiserte derimot i høy grad et behov for dyptgripende reformer, og tydeliggjorde svakheter ved omorganiseringstiltak som vedlikeholdt en tradisjonell, hierarkisk offentlig forvaltning.

Ferlie (1996) viser til forskning på amerikanske og britiske reformer i perioden før 1980, og beskriver hvordan politiske intensjoner riktignok kunne manifesteres i reformvedtak, men at disse mistet sin reformerende kraft – enten ved utvanning i politiske prosesser rundt

reformforslagene – eller ved implementering, i møtet med rådende strukturer i offentlig sektor.

”These attempts at restructuring can be seen as being legitimacy-led rather than efficiency-led, as governments introduced policies which appeared politically attractive and to which organizations had to be seen to conform.” (Ferlie et. al 1996:34).

Reformforslag kunne sees som politisk taktikk, som redskap til å skape en illusjon om utvikling, selv om de verken skapte reelle endringer eller var fremmet med en reell politisk overbevisning om at endring var mulig.

6.3.3 Hvorfor NPM?

NPM kan derfor forstås som utfallet av en kritikk av måten å organisere offentlig sektor på, som fikk næring av problemene i tida etter oljekrisen i 1973. Utfordringene som lavkonjunkturperioden brakte med seg ble ikke tilfredsstillende møtt av etterkrigstidens og samtidas planleggings- og intervensjonspolitik. Utviklingen i offentlig sektor, med sterk vekst i etterspørselen etter velferdssamfunnets tjenester og sterk vekst i størrelsen på offentlige virksomheter og budsjetter, hadde ikke lenger et motsvar i sterk økonomisk vekst. Likevel, som ledd i keynesiansk motkonjunkturpolitikk, ble veksten i norsk offentlig sektor vedlikeholdt tross nedgangstider utover 70-tallet, ved at utsiktene til vesentlige oljeinntekter på 80-tallet tillot store utenlandslån. Og når oljeinntektene oversteg forventningene ble det mulig å redusere utenlandsgjelden samtidig som man opprettholdt en stor offentlig sektor og førte en konfliktdempende ”alle får”-politikk fram mot midten av 80-tallet. Med oljeprisfallet i 1985-86 var det ikke lenger mulig opprettholde veksten i offentlig sektor.

”Dette gjorde at Brundtland-regjeringen, som overtok etter Willoch i 1986, foretok store innstramminger i offentlige budsjetter. Lønnsøkningen ble også mer moderat, men innstrammingerne bidrog til at arbeidsledigheten etter hvert ble høy i norsk målestokk.” (Austvik 2004).

Fallet i oljeprisen og de påfølgende innstrammingsiltakene gjorde det tydelig, også for nordmenn, som i motsetning til andre europeiske land til nå hadde hatt inntektene fra oljeindustrien som ”buffer”, at det var behov for omstillinger i driften av velferdssamfunnet. Organiseringen av offentlig sektor og velferdsstaten møtte etter hvert kritikk som gikk ut på at offentlig sektor var for stor, for ineffektiv, for regelbundet og lite fleksibel, med svak ledelse og manglende brukerorientering. (Lian 2003:96). De sentrale temaene for New Public Management-litteraturen er nettopp disse; hvor stor offentlig sektor skal være, hva det offentlige bør ha ansvar for, hvilke former forholdet mellom offentlig og privat sektor skal ta og hvordan enkeltorganisasjoner eller – enheter i offentlig sektor bør organiseres. Ved å ta tak i disse problemområdene skal man kunne skape en effektivt drevet, kvalitetsorientert og

legitim offentlig sektor som leverer de velferdsgoder folket trenger og vil ha, med en ressursbruk som økonomien kan tåle og som kan forsvares overfor folket.

For en utfyllende redegjørelse for prinsippene i New Public Management; se vedlegg 1: *Grunnleggende elementer og mekanismer i New Public Management.*

6.3.4 NPM i helsesektoren

Norsk helsesektor har ikke vært en *rapid mover* med hensyn til innføring av helhetlig NPM-organisering. For helsesektoren sin del ble New Public Management i første omgang innført ved at enkelte styringsredskaper fra NPM-sortimentet erstattet tradisjonelle redskaper.

Overgangen fra ramrefinansiering til stykkprisfinansiering (*innsatsstyrt finansiering*) er det fremste eksempelet:

6.3.4.1 Innsatsstyrt finansiering

Fra 1969 til 1980 ble norske sykehus tildelt midler etter et kurpengesystem, hvor fast døgnpris pr. pasient utgjorde en form for stykkprisbetaling. Fra 1980 ble ramrefinansiering innført for å sikre geografisk lik fordeling, ved en type behovsbasert ressurstildeling, med overføringer regulert av ulike demografiske behovsindikatorer. Ramrefinansieringen ble kritisert fordi den ikke stimulerte til effektiv ressursutnyttelse (NOU 1987:25). Ordningen manglet incitamentet til økt kostnadseffektivitet fordi den ikke forskjellsbehandlet institusjoner etter hvor effektive de var. Underskudd ble dekket, og overskudd gagnet ikke den enkelte helsevirksomhet. Effektivitet ble "straffet" ved lavere budsjetterammer for neste tildelingsperiode. Kritikere hevdet dette inspirerte til suboptimalitet, hvor fokus ble satt på å overholde budsjetterammer, ikke på effektivisering av driften. Eilertsenutvalget påpekte også at ramrefinansiering ikke var egnet til mål- og resultatstyring og at systemet var preget av detaljstyring som ga liten omstillingsevne (Lian 2003:75-76). Stykkprisfinansiering ble foreslått av Eilertsenutvalget, for "å motivere sykehusene til å behandle flere pasienter og dermed forbedre det totale helsetjenestetilbudet." (NOU 1987:25, s. 17). Fra 1991 til 1993 ble det gjennomført forsøk med DRG-basert stykkprisfinansiering ved fire sykehus i Nordland og Hordaland.

"DRG-systemet er en klassifisering av sykehusopphold i det man antar er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene grupper. (...) Kostnadsvekten er ment å uttrykke et gjennomsnittlig ressursforbruk for et sykehusopphold i denne gruppen. Systemet er dermed ikke tilpasset kostnadsstrukturen og kostnadsnivået i det enkelte sykehus. Konsekvensen blir at sykehus med ulike kostnadsnivåer kommer ulikt ut i forhold til å få sine reelle utgifter dekket." (Lian 2003:76).

Sommeren 1996 vedtok Stortinget en ordning med 30 % SPF og 70 % rammebevilgninger, nå med betegnelsen innsatsstyrt finansiering (ISF), overtalt av en fersk helseminister, Gudmund

Hernes. ISF innført 1. juli 1997 for alle somatiske sykehus med erklært hensikt å øke behandlingsaktivitet og bedre kostnadseffektivitet. I 2002 var fordelingen 55 % SP (basert på DRG-systemet) og 45 % rammefinansiering.

”Innsatsstyrt finansiering er ment å motivere helsearbeidere til å eliminere unødvendig ressursbruk gjennom å lokke med økonomiske belønninger: ‘Standard DRG-stykkpriser vil være et effektivt virkemiddel for å stimulere til konkurranse mellom sykehus for å minimalisere kostnadene.’ (Sosialdepartementet 1990b:12)” (Lian 2003:78)

Det ble åpnet for at helsevirksomheter kunne høste fruktene av å drive med overskudd, ved at differansen mellom kostnader og overføringer tilfalt virksomheten.

”Tanken er at aktørene vil etterstrebe å oppnå en slik differanse fordi deres handlinger er motivert ut fra et ønske om å oppnå økonomisk profitt. Konkurransen er ment å bli ytterligere stimulert gjennom ordningen med fritt sykehusvalg.” (Lian 2003:79).

6.3.4.2 Fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg er et annet sentralt tiltak i NPM-inspirert omstilling i helsesektoren, hjemlet i pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2001. Loven plasserer pasienten i en rettighetssfære; ved lovfesting av rett til nødvendig helsehjelp, grenser for ventetid, medbestemmelsesrett og valgfrihet. Et erklært formål med pasientrettighetsloven og fritt sykehusvalg er å bedre utnyttelsen av helsevesenets totale ressurser og kapasitet. Dette skal skje gjennom å gi pasienten mulighet til å selv velge sted for planlagt spesialistbehandling. Ved sitt valg skal pasienten bidra til både ressursallokering, effektivisering og kvalitetsheving. I tråd med prinsippene i NPM skal pasientens mulighet til å velge være et incitament til forbedring, for sykehusene som leverandører av offentlige tjenester. Innsatsstyrt finansiering innebærer at pengene følger pasienten, og skal føre til at sykehusene gjør en innsats for å bli attraktive for pasienter. Kvalitetsindikatorer og ventetider for ulike typer behandling offentliggjøres (www.frittsykehusvalg.no), slik at pasienter kan finne relevant informasjon før de velger behandlingssted.

6.3.4.3 Foretaksreformen

Innsatsstyrt finansiering og Fritt sykehusvalg er tiltak som skal skape økonomiske insentiver som virker i riktig retning, og sikre pasientens medbestemmelsesrett. Insentivordninger og ordninger for valgfrihet er to redskaper for New Public Management som gjerne er virksomme innenfor et kvasi-marked. Med helseforetaksreformen ble det etablert en spesialisttjenesteorganisering som i større grad enn tidligere åpner opp for kvasi-markedets muligheter. Statlig overtakelse (eierskap) av sykehusene og overgang fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering er de grunnleggende elementene i reformen.

Foretaksreformen er en av ni reformer i Stoltenbergregjeringens (Stoltenberg I) *Program for fornyelse av offentlig sektor*, som erklærte som mål å fremme effektivisering, økt handlefrihet og brukerorientering.

Organiseringsmessig er det primære overgangen fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering. Helseforetakene er nå egne rettssubjekter, og det er skapt et tydelig organisatorisk skille mellom politiske organer og den enkelte virksomhet. Staten tar seg av overordnede forhold og rammebetingelser, de regionale helseforetakene har ansvaret for å sette politikken ut i livet. Foretakene har ansvar for og frihet til daglig drift. Modellen baseres på mål- og resultatstyring – resultat er viktigere enn prosedyre. De politiske målene er mindre byråkrati, bedre omstillingsevne, og bedre brukerorientering. Frihet, fleksibilitet og handlingsrom skal gi *”innovasjon, læring, erfaringsoverføring og positiv konkurranse.”* (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s. 95). Reformen innehar elementer av desentralisering i form av ansvarliggjøring av og handlingsrom for utførende enheter, men også elementer av sentralisering ved statlig eierskap. Statlig eierskap skal gi gevinster for sektoren som helhet; bedre ressursutnyttelse, utjevning av forskjeller, oppgavefordeling og bedre samordning av tjenestetilbudet og motvirke ansvarspulverisering, samt bidra til ensrettet medisinsk praksis. *”Alt dette skal oppnås gjennom klarere og enklere ansvarsforhold.”* (Lian 2003:84).

For problemstillingens del er det vesentlige her at foretaksorganisering er fundamentet i forsøket på å skape en fungerende kvasi-markedskontekst, hvor også de øvrige NPM-inspirerte tiltakene fungerer etter intensjonene. Med foretaksreformen er det etablert en kontekst hvor markedsetterliknende mekanismer forventes å ha bedre vekstforhold og tydeligere konsekvenser for ressursallokering og kostnadseffektivitet. Jeg vil spesielt trekke fram at sykehusene – nå helseforetakene – må forholde seg aktivt til pasientens rett til fritt sykehusvalg. I et scenario med en fullendt fritt sykehusvalg-ordning og et perfekt fungerende ISF/DRG-system vil helseforetakene tilby det rette spekteret av behandlingstjenester, med høy kvalitet og kort ventetid, som tiltrekker pasienter og tilfredsstiller velferdssamfunnets forventninger og krav. Hvert enkelt foretak vil måtte drive sin virksomhet så effektivt som mulig, både ved kostnadseffektiv drift og ved å justere sitt tilbud etter etterspørsel og etter lønnsomhetskriterier. Samspillet mellom foretakenes lønnsomhetsvurderinger og pasientenes valg av behandlingssted skal gi gunstige fordelings effekter. En konsekvens av denne egenreguleringen etter markedets modell, kan være at behandlingstilbud fordeles geografisk etter lønnsomhetskriterier, f. eks ved sentralisering av tunge, ressurskrevende

behandlingstilbud (slik det for så vidt alltid har blitt gjort), eller ved at lokale sykehus finner sine behandlingsnisjer. Pasienten får innflytelse på fordelingen av tilbud ved muligheten til å velge, fordi etterspørsel inngår i helseforetakenes lønnsomhetsvurderinger. På denne måten, ved at markedsmekanismer erstatter planleggingspolitikk som allokeringerredskap, styrkes også velferdsstatens legitimitetsgrunnlag. Pasienten er i prinsippet ikke lenger et objekt i en planleggingspolitisk diskurs (Jarlov og Melander i Busch 2001), men et subjekt som kan påvirke endringsprosesser i helsesektoren gjennom sine valg som markedsaktør. Med dette perspektivet fremstår fritt sykehusvalg som et sentralt redskap for organisering av spesialistsektoren. Det å tilrettelegge for fritt sykehusvalg blir følgelig et viktig satsningsområde for politisk-administrative instanser.

Et av tiltakene i et samlet forsøk på å skape en valgkultur, er tilbudet om elektronisk reservasjon av spesialisttjenester. Elektronisk timereservasjon er sånn sett et enkeltelement i en helhetlig NPM-orientert helsesektorforvaltning hvor et velfungerende kvasi-marked er både mål og middel. Man kan argumentere for at e-booking er det eneste tiltaket som plasserer pasienten i en reell kundeposisjon overfor spesialisttjenesten, og at tilbudet derfor er et viktig skritt på veien mot å realisere potensialet i kvasi-markedsstrukturer. I kapittelet om timereservasjonsprosjektet vil jeg utdype ulike dimensjoner ved prosjektet og dets tilknytning til New Public Management.

6.4 Evaluering og kritikk av NPM

New Public Management er stadig en frisk kilde til styringsidéer for offentlig sektor. Parallelt med utviklingen mot NPM som forvaltningsparadigme, har NPM møtt motstand.

Kritikken kan stort sett plasseres i to hovedbåser. Den ene rommer kritikk av ideologiske dimensjoner ved New Public Management. Politiske grupperinger, hovedsakelig på venstresiden, ser utviklingen i offentlig organisering som videreføring av 80-tallets høyrevind, og kritiserer NPM-orienteringens ny-liberalistiske opphav og grunnlag. Ny-liberalismen eller økonomisk liberalisme sees av kritikerne som uttrykk for kapitalistisk ideologi, og som uforenlig med sosialdemokratiske idealer. Politisk forankret kritikk målbæres nå i mindre grad fra de større partiene på venstresida. En grunn kan være at venstresida har vært og er i regjeringssposisjon og er ansvarlige for en offentlig sektor hvor NPM videreføres. Andre kritikere påpeker at det teoretiske grunnlaget for NPM ikke problematiseres i særlig grad. Med sitt fundament i økonomi som fag tillegges NPM verdinøytrale, ideologifrie, apolitiske

egenskaper. Til tross for at økonomi – inklusive mikro-økonomi - unektelig er en samfunnsvitenskap, betraktes og brukes økonomisk kunnskap ofte etter en naturvitenskapelig modell. Naturvitenskapelig epistemologi gir tradisjonelt mer åpning for et absolutt sannhetsbegrep og for å se årsak-virkning-forhold som lovbestemte. Dette gjør terskelen lavere for å bruke innsikter til å utvikle redskaper. Lik naturlover har redskaper, f. eks. en hammer, ingen ideologi. Kritikere hevder tvert om at også økonomisk teori nødvendigvis har en ontologisk basis. NPM kan ikke unndra at også økonomiske teorier formidler et menneske- og verdisyn og påvirker betingelsene for menneskelige relasjoner. Økonomiske baserte styringsredskaper har også ideologiske og politiske implikasjoner og er derved ikke nøytrale.

I den andre båsen kan vi plassere kritikk som rettes mot grunnlaget og nytten av NPM som redskap med et pragmatisk perspektiv. Noen mener NPM har et svakt eller tvilsomt vitenskapelig fundament:

”Det er høyst variabelt i hvilken grad rådene som blir gitt i NPM-litteraturen kan sies å være basert på vitenskapelig innsikter, men de har i alle fall et teoretisk fundament.” (Lian 2003:116).

Andre gir uttrykk for skepsis til effektene av NPM-tiltak; dels i tråd med en generell skepsis til hvorvidt noen form for offentlig reform oppnår de konsekvenser som myndighetene ønsker (Ferlie et. al 1996:30), dels ved å belyse konkrete utilstrekkeligheter i NPM. Ferlie (ibid. s. 69) påpeker at en svakhet med de aksiomatiske, mikroøkonomiske tilnærmingene er at de ikke tar for seg beslutningsprosesser internt i organisasjoner eller i interorganisatoriske nettverk. Mikroøkonomisk teori retter oppmerksomheten mot effektivitet, insentiver og markedsstrukturer framfor den interne organiseringen av produksjonsenheter eller mot hvordan markeder utvikles over tid. Organisasjonen sees snevert som produksjonsfunksjon. New Public Management kritiseres med andre ord for overdreven vektlegging av effektivitetsdimensjonen på bekostning av betraktninger om sosiale og organisatoriske forhold. Videre settes det spørsmålsteget ved presisjonen i situasjonsbeskrivelser og modeller i teorigrunnlaget for NPM. Et eksempel er samspillet mellom prinsipal/agent-teori og transaksjonskostnadsteori. Teoriene forutsetter at opportuniste heller enn tillit er menneskets naturtilstand og foreskriver botemidler i form av arbeidsdeling mellom hierarkisk forvaltning og marked, bestiller-utfører-systemer, samt insentiv-, kontroll- og sanksjonsordninger. Kritikere påpeker at systemer for bestilling, betaling og oppfølging av leveranser, og ikke minst systemer for kontroll og sanksjoner, også er transaksjonskostnader, og at omfanget av disse kostnadene underkommuniseres i teoriens beskrivelser og prediksjoner. Mer generelle kritiske betraktninger om NPM og markeds-orientering dreier seg om at offentlige kvasi-

markeder forblir nettopp kvasi-markeder. Målsetningen er å kopiere markedets mekanismer og dynamikk, men offentlig sektors aktører, substans og strukturer ”yter motstand”. Kritiker mener at markedets strukturer ikke lar seg tre ned over offentlig sektor for derved å skape markedslignede effekter. Privat handel og offentlig tjenesteyting og – produksjon er to ulike verdener. Tilhengere hevder på sin side at kvasi-markedet ikke nødvendigvis avhenger av et perfekt fungerende neo-klassisk marked for å kunne forsvares. Det er tilstrekkelig at elementer fra markedets prosesser/relasjoner, først og fremst konkurranseaspektet, opptrer periodisk i kvasi-markedet.

”As long as there is periodic contestability in the market (Baumol 1982), the new quasi-market forces could exert important effects: If market contestability can be created and sustained, substantial welfare gains may be achieved. The pace of this process is uncertain but its effects may be significant, obliging managers to restructure the supply side in a fashion which reflects current market demand rather than past history. (Maynard 1991)” (ibid. s. 68).

Annen pragmatisk kritikk baseres på at evalueringsforskning på effekten av NPM-tiltak ikke kan konkludere med at tiltakene forbedrer offentlig sektor. Noen hevder at forskningsresultatene viser at NPM-oppskriften ikke gir ønskede resultater. Andre vil si at de illustrerer hvordan kompleksiteten i offentlig sektors virksomhetsområder gjør det vanskelig å identifisere relevante parametere og måle effekten enkelttiltak har på disse (ibid.).

Til tross for kritikk fra faglig og politisk hold og at det, i den grad det fortsatt eksisterer en debatt om nye forvaltningsprinsipper, er kritiske røster som dominerer i media; tross til dels stor intern motstand i virksomheter når NPM-reformer får følbare konsekvenser for virksomheten (nedskjæring, nedlegging, konkurranseutsetting eller privatisering av tjenesteproduksjon); tross avisinnlegg og protestaksjoner, er det liten politisk konflikt om hvordan prinsippene for offentlig forvaltning skal formes.

Det er interessant at det tilsynelatende er bred politisk enighet – eller i hvert fall ikke støyende strid - om NPM-elementenes anvendelighet, selv om de overveiende har sitt opphav i nyliberalistisk ideologi og mikro-økonomisk teori. Nyliberalismen representerer et motstykke til sosialdemokratisk ideologi, og NPM skulle kunne forvente å møte vedvarende motstand fra venstresida i norsk politikk. Slik er det imidlertid ikke:

”Den kognitive forskyvningen som er nødvendig for å få til dyptgripende endringer i velferdsstaten har allerede funnet sted. Ingen av de politiske partiene har tatt noe klart standpunkt mot denne utviklingen. (...) Den nye modellen er blitt den normale, med stor grad av konsensus om hovedtrekkene. Motstanderne har ikke klart å komme opp med alternative institusjonelle løsninger.” (NOU 2003:19, s. 27).

NPM kan sies å inneholde dominerende og fullt ut aksepterte prinsipper for nåtidas offentlige forvaltning.

I tillegg til umiddelbare og naturlige reaksjoner på nedskjæringer i offentlige virksomheter og nedbygging av velferdstilbud (særlig helsetjenestetilbud) i kjølvannet av NPM-reformer, er den mest framtrædende motstanden knyttet til NPM-retningens kvalitative innhold.

Motstanden er konstituert av politiske, ideologiske, ontologiske og etiske motforestillinger og fremstår som en frykt for at NPM og ”økonomisering” av velferdssystemet skal undergrave et humanistisk menneskesyn og demokratiske idealer. Motstanden illustrerer på et vis inkongruens mellom folkelig kritikk av velferdsstatsorganiseringen og befolkningens krav til velferdssamfunnet. Forventningene til hva velferdssamfunnet skal tilby enkeltmennesket øker. Samtidig bidrar forankringen i tradisjonelle forestillinger om demokrati og velferdsstat til at nye, behovssvarende forvaltningsordninger møter motstand når de lanseres. I Maktutredningens (2003) beskrivelser av nye betingelser og nye former for offentlig forvaltning formidles (om ikke eksplisitt, så implisitt gjennom ordvalg og retoriske grep) en negativ holding til utviklingen. Ideologiske endringer identifiseres som grunnlaget for reformpolitikken, og ny-liberalistiske ideer presenteres som synderen:

”Endringene stikker imidlertid dypere enn opplevelsen av begrensede offentlige budsjetter og søking etter mer kostnadseffektive løsninger – de har sammenheng med ideologiske endringer og framgangen for nyliberale idéer.” (ibid. s. 26)

Maktutredningens situasjonsbeskrivelser bestrides - bl.a. av Rattsø (2004):

”De gamle forvaltningsmodeller tilfredsstillter ikke middelklassens krav om valgfrihet og kvalitet. Eldrebølgen og produktivhetsproblemene (Baumol’s sykdom) trenger på. Maktutredningen tror reformer i offentlig sektor skyldes et ideologisk eliteprosjekt. Det er en stor misforståelse. Det er befolkningens krav, ikke liberalistisk ideologi, som tvinger fram ny organisering.” (Horisont nr. 3 – 2004, www.nho.no, 30.10.07)

Der Maktutredningen ser en politisk-ideologisk initiert utvikling som ikke har folkemeningen som legitim plattform, ser Rattsø, og mange med ham, en endringsprosess som er tvunget fram av folkets økte forventninger og krav til velferdsstaten. Men, hvem er dette folket som ”tvinger fram ny organisering”? Mer presist; hva har skjedd med samfunnsmedlemmene siden tradisjonell forvaltning ikke lenger strekker til, og hva er folkets, eller retttere individets, bidrag i dannelsen av nye betingelser for velferdsstaten? For vårt tilfelle blir spørsmålet hva som kjennetegner utviklingen av individets rolle og posisjon som pasient, og på hvilken måte denne utviklingen kan ha betydning for organisering av helsesektoren. I kapittel 7 vil jeg ta for meg endringene i vår forståelse av pasienten fra ulike perspektiver; ved å se utviklingen av pasientbegrepet i lyset fra teorier om modernitet og individualisering; fra et rolleperspektiv

ved å stille opp en tradisjonell sykerolle mot en moderne pasientrolle; og ved å belyse samspillet mellom pasientens individuelle valg og kollektive interesser. Først skal jeg redegjøre for prosjektet Elektronisk timereservasjon - et NPM-tiltak som er ment å tilrettelegge for dette samspillet.

7 Prosjektet ”Elektronisk timereservasjon”

Kapittelet skal gi svar på spørsmålet; ”Hva er elektronisk timereservasjon og hva er formålet med elektronisk timereservasjon?”, og derved skape grunnlag for å forstå sammenhengen mellom prosjektet og pasientens økonomiske funksjoner i ny organisering av helsevesenet.

7.1 Hva er elektronisk timereservasjon?

Elektronisk timereservasjon, også kalt elektronisk timebestilling og e-booking, er et nettbasert system som gjør det mulig for pasient og fastlege i fellesskap å bestemme tid og sted for spesialistbehandling ved sykehus. Betegnelsene brukes om hverandre som navn på prosjektet og systemet, men som navn på handlinger i systemet skilles det mellom reservasjon (bestilling) og booking. *Timereservasjon* benevner timebestillerens (pasient og lege i fellesskap) aktivitet mot systemet (SHDir 2005:8). Pasienter som er til konsultasjon eller behandling hos sin fastlege kan ved bruken av dette systemet sammen med fastlegen reservere tid og sted for videre undersøkelse, utredning eller behandling hos spesialister ved sykehusene. Ved reservasjon gjøres timen utilgjengelig for andre bestillere. Bruken av tilbudet forutsetter at pasienten har symptomer, antatte diagnoser eller diagnoser som fører med seg utrednings- eller behandlingsbehov som overensstemmer med det spesialisttilbudet som foreløpig er tilgjengelig for elektronisk reservasjon. *Booking* viser til tilbyders behandling av reservasjonen. Reservasjonen kan avvises hvis endringer i operasjonsprogram/timeplan, eller andre forhold hos tilbyder gjør det nødvendig. I motsatt fall blir reservasjonen akseptert og bekreftet. Timen er da booket (ibid.).

Elektronisk timereservasjon startet som prøveprosjekter ved to regionale helseforetak, Helse Nord RHF og Helse Sør RHF, men er nå et nasjonalt prosjekt underlagt mer direkte styring fra Sosial- og helsedirektoratet. Endemålet for det nasjonale prosjektet er at langt mer av spesialisttilbudet ved sykehusene skal gjøres tilgjengelig i form av ”e-bookingtimer” for førstelinjetjenestens (fastlegens) pasienter, enn tilfellet er pr. i dag.

Formålet med e-booking er i grove trekk todelt: Tiltaket skal bidra til å bringe visjonen om fritt sykehusvalg et steg nærmere realitet. Samtidig skal IT-basert samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gi effektiviseringsgevinster, blant annet ved at ledig kapasitet markedsføres og ved at økt pasientdeltakelse skal redusere antallet pasienter

som ikke møter til avtalt tid. Elektronisk timereservasjon er et av mange elementer i satsingen på elektronisk samhandling i helsesektoren.

7.2 Historikk

7.2.1 Det politisk-administrative fundamentet for prosjektet

Elektronisk timereservasjon inngår i en helhetlig, nasjonal satsing på IKT-infrastruktur for elektronisk samhandling i offentlig sektor. IT-redskaper i alle varianter skal bidra til å effektivitet, og til å skape kontinuitet og flyt mellom nivåene i offentlig sektor og i relasjonene mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Visjonen om elektronisk samhandling i helsesektoren kommer til uttrykk i en rekke offentlige tekster.

Visjonene og planene for helsesektoren konkretiseres i handlingsplanen ”Mer helse for hver bIT” (SHD 1996), i tiltaksplanen ”Si @” (SHD 2001) og i strategiplanen ”S@mspill 2007” (HSD 2004). I planene kommer det til uttrykk en forventning om at informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal bidra til både kvalitet, effektivitet, flyt og kontinuitet i tjenestene (bedre ressursbruk) og til pasientinformasjon og -medvirkning (styrking av pasientens posisjon, økt pasientmakt).

I ”Mer helse for hver bIT” siteres og utdypes fem mål for IT-satsingen i kapittel 3.2 - Mål for IT i helsevesenet:

1. *Øke helsepersonellens kompetanse -» bedre diagnoser og behandling*
2. *Forenkle rutiner for ajourføring og lagring av informasjon -» mer tid til pasienten*
3. *Bedre kommunikasjon mellom ulike ledd -» bedre koordinering og samhandling*
4. *Fremme god informasjon til pasienten -» mer makt til pasienten*
5. *Ivareta fullgod informasjonssikkerhet -» ivareta både forsvarlig og effektiv pasientbehandling og et sterkt personvern.*

(Statsråd Gudmund Hernes' 5 hovedmål for bruk av IT i helsevesenet, juni 1996.)

Hovedfokuset er her på kvalitetsheving; kompetanseheving, bedre rutiner, bedre kommunikasjon og bedre informasjon – tiltak som skal komme pasienten til gode. I neste kapittel er daværende administrasjonsminister Nils Totland sitert: «*Helsesektoren er et område hvor gevinstpotensialet ved bruk av elektroniske informasjonsnettverk kan ligge i en størrelsesorden på flere milliarder kroner pr år.*». Uttalelsen er et eksempel på forhåpningene om at innføring og bruk av IT-redskaper skulle gi omfattende økonomiske gevinster – ”mer

helse for hver krone”, selv om det erkjennes at det er vanskelig å forutsi eller beregne hvor mye mer helse som kan presses ut av hver krone.

”Si @!” følger opp intensjonene fra ”Mer helse for hver bIT”. Her skisseres det generelle formålet med planen som

”å stimulere til elektronisk samhandling som styrker og effektiviserer samarbeidet mellom ulike fagområder og forvaltningsnivåer i helse- og sosialsektoren, bedrer kontakten med pasienter, pleietrengende og klienter, og styrker kvaliteten på tjenestene.” (SHD 2001, Si @).

Elektronisk samhandling forventes med andre ord å gi mer effektiv samhandling mellom tjenestenivåer og fagområder, bedret kommunikasjon med helsetjenestens brukere og høyere kvalitet på sektorens tjenester, og betraktes for en viktig forutsetning for at kommende forvaltnings- og rettighetsreformer (foretaksreformen, fastlegereformen og fritt sykehusvalg) skal bli vellykket. De konkrete tiltakene i planen er statlig initierte, likevel ”gjelder visjonene og målsettingene som omtales for hele helse- og sosialsektoren” (ibid.). Fire kategorier av tiltak innen elektronisk samhandling erklæres som prioriterte: Standardisering av meldingstjenester og elektronisk pasientjournal (EPJ), insentiver for bred anvendelse av elektronisk samhandling mellom helsevesenets nivåer og mot trygdeetaten, elektronisk samhandling i sosialetaten og pleie- og omsorgstjenesten, samt informasjonsutveksling og samhandling via sentrale registre. Tiltaksplanen påpeker at arbeidsfordeling og roller i helsesektoren er i endring; mellom første- og andrelinjetjenesten og mellom førstelinjen og brukerne. Utviklingen innen medisinsk teknologi og informasjonsteknologi, og større innslag av konkurransefaktorer i offentlig sektor, bidrar til endringer av relasjoner og roller. Det skisseres en utvikling hvor ressurssterke pasienter ”går over fra å være passive mottakere til aktive deltakere i behandlingssituasjonen” (ibid.), deltakere som er informert, mer selvhjulpne, har valgmuligheter og stiller krav. Tiltaksplanen setter som mål at elektronisk samhandling skal gi en sektor med visse kjennetegn. Særlig relevante her er ønskene om en helsesektor hvor;

”Samhandling mellom tjenesteyterne foregår uten merkbare forsinkelser for brukerne”, og ”Ressursene brukes effektivt gjennom bedre utnyttelse av fagpersonell som en følge av samarbeid om IT-drift, fagsystemer, helsenett m.m.”(ibid.).

Det presenteres en fremtidsvisjon fra Nasjonalt senter for telemedisin hvor det innledes med at en stor del framtidens helsetjenester og helsetjenesteorganisering vil baseres på elektronisk samhandling. For pasienten vil dette bety ”at de i større grad kommer i sentrum og får sterkere rettigheter og flere valg for sted og form på behandling fra helsevesenet” (ibid.). Framtidsbeskrivelsen vektlegger mulighetene for nettbasert pasientkontakt og behandling,

samt rasjonaliseringspotensialet i nasjonale databaser og felles nasjonale strukturer. Jeg vil trekke fram to påstander som relevante for en redegjørelse for det politisk-administrative fundamentet for e-bookingprosjektet, selv om de blir noe løsrevet fra den sammenhengen de presenteres i: *”Nettet blir en handelsplass der den enkelte kan tilby sin kompetanse og veiledning.”* og *”Økt konkurranse vil kreve en aktiv holdning til hvordan man møter pasienten i et ’e-helsemarked’.*” (ibid.). Stående for seg selv griper påstandene essensen i, dels et av de erklærte formålene med e-booking; sykehusenes markedsføringsmulighet (www.shdir.no, Om timereservasjonsprosjektet) og dels sentrale elementer i drøftingene under av pasientbegrepet og kundeorientering i helsesektoren.

Under overskriften ”Statlige tiltak – utvikling av basistjenester” erklæres det at det er et mål for tiltaksperioden at det legges opp en strategi for utvikling av nasjonale innholdstjenester i helsenett. Blant disse er en formidlingsentral for sykehustjenester – en ”elektronisk markeds plass” (ibid, kap. 3).

7.2.2 Initiativ og utvikling

I tråd med tiltaksplanen ble det initiert prøveprosjekter med elektronisk timebestilling i regi av Helse Nord og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i 2001. Prosjektet kom i gang etter en henvendelse fra GetMedic AS til UNN høsten 2001, med forslag om prosjektsamarbeid (GetMedic 2002). Desember 2001 innvilget Sosial- og helsedirektoratet økonomisk tilskudd til prosjektet, og på nyåret 2002 var prosjektet i gang. Første elektroniske booking ble gjort i mai 2002. Ved utgangen av 2002 var 120 pasienter formidlet elektronisk (ibid.). Pr. november 2003 var 12 legekantor med 42 leger tilknyttet ordningen, med mulighet til å bestille 15 ulike tjenester fra seks avdelinger ved UNN. I alt ble 400 timer booket elektronisk de første halvannen årene. UNN var med dette blant de første i Europa til å tilby direkte bestilling av spesialisttjenester som en nettbasert tjeneste. Prosjektet hadde solid basis i offentlige plan- og styringsdokumenter og vekket interesse på departementsplan. Det var et erklært mål at erfaringene fra prosjektet skulle bidra til etablering av et nasjonalt system for elektronisk timebestilling (UNN 2003). Målet om nasjonal utbredelse og et enhetlig nasjonalt reservasjonssystem er opprettholdt:

”Prosjektets mål er at man skal etablere en landsdekkende database hvor helseforetakene eksporterer en del av sine timer og tjenester slik at disse kan bestilles av primærleger over hele landet.” (UNN/Helse Nord 2007:7)

I tråd med gartnermodellen for utviklingen av innholdet i et nasjonalt helsenett ble det igangsatt flere prosjekter for elektronisk timebestilling innen de ulike helseregionene. I alt 7 prosjekter løp parallelt i begynnelsen av 2003 (Helse Nord RHF 2003).

”Gartnermodellen – ikke snekkermodellen’. Et nasjonalt helsenett skal gro frem på grunnlag av regionale og lokale behov og videreutvikling av eksisterende løsninger, ikke ”nybygges” fra grunnen av. Det nasjonale element består i å binde regionene sammen, og levere enkelte basistjenester til hele landet samt gi klare føringer for regional utvikling.” (Si @, SHD 2001: 18)

Det arbeides nå med å sammenstille regionale initiativ til et integrert nasjonalt system for timereservasjon. Sentrale aktører er de leverandørene av i utgangspunktet ulike bookingsystemer, Well Diagnostics og Derriga, som nå har nasjonale spesifikasjoner å forholde seg til; Norsk Helsenett, som drives av helseforetakene og er ansvarlige for utvikling og drift av et nasjonalt helseintranett, Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH), som har ansvaret standardisering og samordning av elektronisk samhandling i sektoren med et spesielt fokus på informasjonssikkerhet; og Sosial- helsedirektoratet, som har det overordnede ansvaret for utvikling, implementering og drift. Arbeidet med elektronisk timereservasjonssystemet har forlatt prosjektfasen, selv om enkelte forhold ikke er avklart:

”De primære aktivitetene i prosjektet anses imidlertid avsluttet, men prosjektrapport og diverse arbeider i forbindelse med ”Fritt sykehusvalg” og fremtidig drift av det nasjonale systemet er ikke endelig avklart. Man har i dag et driftsregime som håndteres av Helse Nord IKT ut 2006.” (UNN/Helse Nord 2007:5)

Pr. i dag er det mulig for alle legekontor de fem helseforetaksregionene å knytte seg til systemet for elektronisk timereservasjon.

7.3 Formålet med elektronisk timereservasjon

”I fremtiden vil vi antakelig se at det vokse frem tjenester i nettverk, hvor tilbydere av helse- og sosialtjenester kan legge ut informasjon om sine tilbud, og de som etterspør slike tjenester (f.eks. henvisende leger) kan søke etter tjenester og ledig kapasitet, og eventuelt bestille tid. Telemedisin gir nye muligheter for å tilby tjenester som f.eks. spesialistvurdering av billedbaserte undersøkelser i et marked. Dette vil bidra til økt konkurranse både mellom sykehus, på tvers av regiongrenser, og mellom offentlig og privat helsetjeneste. Økt konkurranse i sektoren og reformer som fritt sykehusvalg gir pasienter flere valgmuligheter. Disse valgmulighetene forutsetter et godt informasjonsgrunnlag hos pasientene, og løsninger for elektronisk kommunikasjon som ivaretar de nødvendige sikkerhetskrav.” (Si @. SHD 2001:10)

Elektronisk timereservasjon er, i alle fall foreløpig, en liten del av den samlede satsningen på IKT-løsninger i helsevesenet. Prosjektet har ikke medført noen teknologisk eller administrativ revolusjon i samhandlingen mellom allmennleger og spesialisttjenesten, eller ført med seg store endringer i samhandlingen mellom fastlege og pasient i konsultasjonen. De erklærte formålene med e-booking presenteres ikke med reformretorikk, men snarere som selvfølgelige gevinster av et nytt IT-redskap som har sin naturlige plass i et bruker- og

markedsorientert helsevesen. Alle inkluderte aktører, og samhandlingen aktørene i mellom, forventes å tjene på å bruke systemet.

På sine nettsider presenterer Sosial- og helsedirektoratet elektronisk booking og intensjonene med systemet med de enkelte aktørenes perspektiv:

Hvorfor elektronisk booking?

”For pasienten har retten til fritt sykehusvalg liten verdi dersom han/hun ikke kan velge behandlingssted og -tid.

For allmennlegen er dette en praktisk mulighet til å veilede pasienten mht valg av behandlingssted.

Allmennlegene kan sammen med pasienten finne det sykehuset som kan gi nødvendig helsehjelp og/eller behandling på et tidspunkt som passer for pasienten. Allmennlegen henviser og bestiller time direkte fra sitt system..

For sykehuset er det en måte å ”vise seg frem” på. I en fremtidig konkurranse om pasientene vil et rikholdig tjenestetilbud med god kvalitet kunne føre til at man tiltrekker seg pasienter som ellers ville gått ut av sykehusets normale nedslagsfelt.” (www.shdir.no, 26.03.07):

Fra pasientens perspektiv er fordelene med e-booking umiddelbart tilgjengelige: E-booking gir mulighet til å selv bestemme tid og sted for behandling hos spesialist - til å enkelt og direkte gjøre et ”fritt sykehusvalg”. I stedet for å måtte sette seg inn i de enkelte sykehusenes tjenestetilbud, ventelister og kvalitetsparametere på egen hånd, kan pasienten forholde seg til fastlegen som fagperson og støttespiller i valget av sykehus. Pasienten kan også slippe å først innlede et tradisjonelt lagt behandlingsforløp – henvisning, tildeling av time ved tildelt sykehus, vurdering, behandling osv.– og så bryte dette med sitt frie sykehusvalg. E-booking gjør det lettere å innlede et spesialistbehandlingsløp med et fritt sykehusvalg. Terskelen for benytte seg av den lovfestede retten til fritt sykehusvalg senkes, og opplevelsen av medbestemmelse og deltakelse styrkes.

For allmennlegen presenteres e-booking som et hjelpemiddel for fastlegens funksjon som pasientens støttespiller og veileder. E-booking gir fastlegen mulighet til å integrere et sørvistilbud i konsultasjonen.

For sykehusavdelingen som tilbyder fokuseres det på muligheten til å markedsføre sitt sykehus og tjenestetilbud i et helsemarked. Ved å eksponere sitt tilbud for pasienter utenfor sykehusets geografiske nedslagsfelt, kan sykehusene tiltrekke seg pasienter som ikke ville funnet veien til deres avdelinger ved tradisjonell henvisning. Muligheten til å styrke sin markedsposisjon trekkes frem som bookingsystemets gevinst for tilbydere.

I SHDir sin nettpresentasjon legges det vekt på aktørenes gevinster ved bruken av booking-systemet. I andre sammenhenger fremheves bookingsystemets potensial med et mer helhetlig

sektorperspektiv. I ”Kravspesifikasjon til system for nasjonal elektronisk booking” (SHDir 2003) erklæres det at:

”Formålet med elektronisk booking er å bidra til forenkling og effektivisering av samhandlingen mellom rekvirent og tilbyder av helsetjenester. Systemet skal også bidra til realisering av pasientens rett til fritt sykehusvalg. Samtidig gir dette henvisende leger et nytt og nødvendig verktøy for å gi pasienten profesjonelle råd i forbindelse med valg og bestilling av behandlingssted. For de enkelte foretakene vil dette innebære en mulighet til å profilere sine tjenester, gi bedre kvalitet og effektivisere informasjonsflyten.” ,

Hovedmålet er i denne fremstillingen å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene i helsevesenet, i tråd med de grunnleggende visjonene for elektronisk samhandling i helsesektoren som presenteres i strategi- og plandokumenter (over). Fordelene for de enkelte aktørene presenteres som underpunkter eller implikasjoner av systemets hovedformål (*”også bidra til”*, *”Samtidig gir”*, *”innebære en mulighet til”*). Over- og underordningen av formål er kanskje ikke tilsiktet, men viser likevel at utvikling og innføring av nye organiseringsmåter i det offentlige ikke skjer uten et helhetlig perspektiv på ønskede gevinster. Elektronisk timereservasjon er initiert og utviklet med basis i føringer som er gitt i dominerende politisk syn på legitim forvaltning av offentlig sektor; i offentlig forvaltningsretorikk; i konkrete styringsdokumenter for helsesektoren; og i strategidokumenter for utvikling av IKT-løsninger for helsevesenet. Veksling mellom hensynet til den enkelte borger og forsvarlig ressursbruk er et grunnleggende element i diskusjonen om velferdsstatens legitimitet, og integrert i prinsippene for ny offentlig organisering. Tiltak som er ment å innvirke på organiseringen av offentlige tjenestetilbud, som e-booking, må ivareta begge hensyn. Formålene med e-booking er derfor både effektivisering av samhandlingen mellom bestiller og tilbyder, og styrking av pasientens posisjon.

I tillegg kan man betrakte e-booking som et av flere tiltak som skal bidra til virkeliggjøre en markedslik helsesektor, ved at man forsøker å innrette samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten etter prinsippene i offentlige markedsmodeller og tydeliggjøre et kundeperspektiv på pasienten. I bookingsystemet manifesteres bestiller – utfører (tilbyder)-modellen. Hver enkelt sykehusavdeling blir en av flere tilbydere som kjemper om de samme pasientene, dvs. kundene, i et spesialisttjenestemarked. Sykehusavdelingene kan markedsføre og tilby sine tjenester gjennom bookingsystemet. Med funksjonen som bestiller er fastlegen mediet mellom kunde og marked, i stedet for å være portvakten til spesialisttjenesten. Pasienten kan opptre som kunde og velge det tilbudet han finner best. I dette lyset kan e-booking sees som et delement i en overordnet strategi for markedslik organisering av helsesektoren. Som overordnet formål kan dette bidra til å forklare hvorfor prosjektet drives

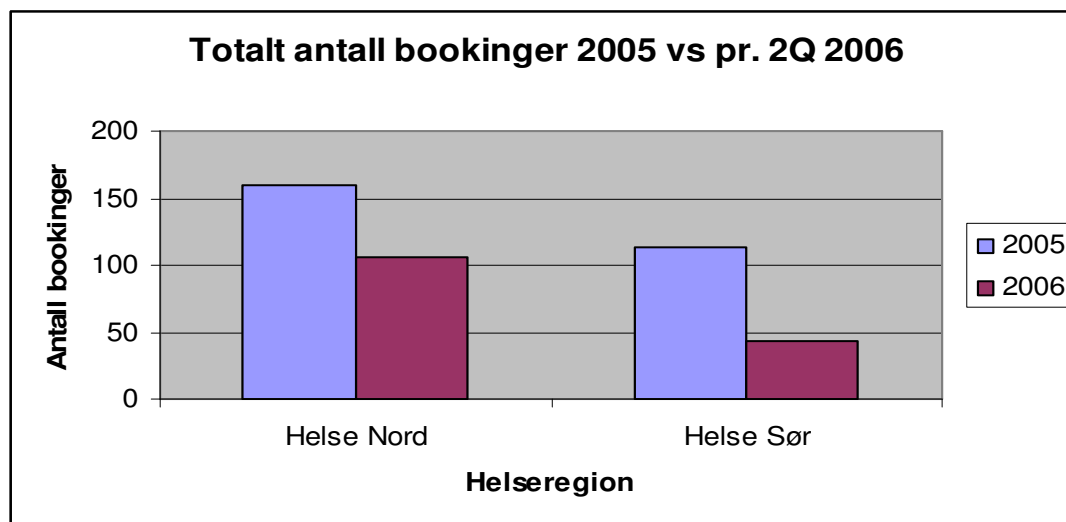
videre til tross for at responsen fra systemets aktører foreløpig har generert liten utbredelse og liten etterspørsel.

7.4 Implementering

I ”Si @!” spørres det, i forbindelse med visjonen for et nasjonalt helsenett: ”Hva er en perrong uten passasjerer? En teaterscene uten skuespillere?” (SHD 2001, kap. 3).

Plattformen for elektronisk samhandling blir meningsfull først når den blir fylles med aktivitet og blir en reell plattform for aktiviteter som skaper bedre kommunikasjon, effektivitet og kvalitet. På samme måte blir de enkelte tiltakene og tilbudene som lanseres uten mening hvis de ikke får oppslutning av helsesektorens utførere og brukere. Prosjektet med elektronisk timereservasjon har til nå ikke etablert et vesentlig aktivitetsnivå. I Helse Nord ble det de første 18 månedene av pilotprosjektperioden gjort ca. 340 reserverasjoner fra 12 legekantor tilknyttet prosjektet ved hjelp av systemet (**Pingvinen 31.10.03**). Tall fra NTNU/NSEP/Well **Diagnostics** indikerer en nedgang i bruken de siste 6 halvår, fra rundt 400 til i overkant av 100 reserverasjoner pr. halvår i Helse Nord. Følgende tall illustrerer omfanget av e-booking:

”En allmennlege har ca. 3000 konsultasjoner og henviser ca. 300 pasienter per år. Høst 05/vår 06 booket ca. 15 allmennleger 63 pasienter. Altså 4,2 bookinger hver. 1,4 % av alle henvisninger blir booket. 0,14 % av alle konsultasjoner blir booket.” (Larsen/NTNU 2007)



Tabell 1 (UNN/Helse Nord 2007:6)

Tabellen fra prosjektrapporten illustrerer også utviklingen. Tross en flat og senere negativ utvikling i bruken, er det ikke noe som tilsier at ambisjonene for prosjektet er redusert. Målet er at elektronisk timereservasjon skal få nasjonal utbredelse og være anvendelig ved flere spesialisttjenestebehov enn tilfellet er nå. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH) har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet arbeidet med utvikling av

kravspesifikasjoner for nasjonale databaser for timereservasjon (KITH 2004). Arbeidet bygger i hovedsak på erfaringene fra prøveprosjektene i helseregionene, som ble sammenfattet til en felles spesifikasjon til et system for nasjonal elektronisk timereservasjon (Helse Nord/UNN 2003).

Det er grunn til å hevde at det ikke er samsvar mellom ambisjonene for nasjonal utbredelse og det faktiske omfanget av elektronisk timereservasjon. På et teknisk-administrativt nivå (SHDir, KITH, Norsk Helsenett) arbeides det med å løse de tekniske og praktiske barrierene for utbredelse - tilrettelegge for enkelhet for brukerne (brukergrensesnitt) og sikre sikker informasjonsutveksling - og private aktører (Getmedic (nå Well Diagnostics), Well Diagnostics, Derriga) har fra begynnelsen av vært involvert i utviklingen av timereservasjons-systemer. Utviklingsarbeidet, ved både offentlige instanser og hos private leverandører, er legitimert i politisk-administrative strategi- og plandokumenter og finansieres av helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet. Samtidig viser tallmateriale at tilbudet ikke utnyttes i særlig grad. Så det er grunn til å spørre – som flere har gjort (eks. Larsen 2007) – hva problemet er.

7.5 Hva er problemet?

”Fire måneder etter lansering har Ving bare klart å selge Sicilia-turer til 200 personer. Passasjerene skulle fordele seg på 12 flyavganger i juni, juli og august. Nå avlyses alle turene, og de som drømte om en varm ferie i sør-Italia i sommer, får pengene tilbake eller reise til et annet sted Ving selger. Vi har rett og slett solgt for dårlig. Det er sånn med alle varer her i livet. Er det ingen som kjøper dem, så forsvinner de, sier administrerende direktør Gunnar Grosvold i Ving til Dagbladet.no.” (www.dagbladet.no, 13.03.07)

I privat sektor er det ikke verre. Tilbudet av varer og tjenester formes etter et enkelt prinsipp: Det som ikke etterspørres, blir fjernet fra markedet. Tilbudet av offentlige tjenester kan normalt ikke formes på samme måten. Svært mange av velferdssamfunnets tjenester må opprettholdes selv om etterspørselen skulle være lav.

Elektronisk timereservasjon er ikke en del av helsesektorens kjernevirksomhet - helsetjenester etablert for å møte befolkningens helsebehov - men et organisatorisk/administrativt redskap og et sørvistilbud som legger til rette for pasientdeltakelse og valgfrihet. Som sørvistilbud er e-booking ikke en uunnværlig tjeneste. I et markedsperspektiv skulle mangelen på etterspørsel og bruk føre til at tilbudet opphører. Det at prosjektet Elektronisk timereservasjon fortsetter og tilbudet opprettholdes, og ønskes opprettholdt av Sosial- og helsedirektoratet, kan illustrere flere dimensjoner ved prosjektet og prosjektets plass i et markedsetterliknende helsevesen.

Det er også et eksempel markedsmekanismer og offentlige kvasi-markedsmekanismer ikke er analoge.

Her skal jeg bare konstatere at SHDir anser at e-booking har tilstrekkelige kvaliteter som organiseringsredskap og pasienttilbud til at de ønsker å opprettholde og utvikle tilbudet, og utdype noen faktorer som kan ha betydning for sviktende implementering. Disse dreier seg om organisasjonsteoretiske beskrivelser av generell endringsmotstand og endringsvegring, praktiske barrierer i bookingsystemet, mangelen på synlig effektiviseringsgevinst, arbeids- og ansvarsdelingen mellom spesialist- og allmenntjenesten, og om summen av motivasjonsfaktorer for implementering.

7.5.1 Endring – treghet, vegring, motstand, barrierer

7.5.1.1 Behov for endringer?

”Uten organisasjonsendringer vil investering i ny teknologi ofte bare føre til at oppgavene løses på samme måte som tidligere, men til høyere kostnader.” (Si @, SHD 2001:15)

”Si @!” (SHD 2001) understreker at utvikling og innføring av teknologi må skje i samspill med organisasjonsutvikling i sektoren. IT-redskaper kan være katalysator for struktur- og organisasjonsendringer. Samtidig er det en forutsetning for at IT-redskaper skal gi effekt, at organisasjonen den skal bidra til å utvikle er i stand til utvikle seg rundt teknologien og ”forløse teknologiens potensial”:

”IT kan være en viktig drivkraft for omstilling i helse- og sosialvesenet - fordi det gir nye muligheter for organisering og presser frem nye løsninger. [...] IT kan være med på å bryte ned gamle strukturer, og bygge opp nye. Samtidig er organisasjonsutvikling nødvendig for å få god effekt av IT-investeringer.” (Si @, SHD 2001:15)

Forventningen om et parallelt løp mellom innføring av teknologi og det å tilpasse strukturer og organisasjonsmåter til den nye teknologien, er lett å gi sin tilslutning til, men det kan samtidig være beskrivelsen av et paradoks: For at et nytt verktøy skal være en katalysator for eller spore til forandring må det overbevise sine nye brukere om at det gir gevinst; at arbeidet og organiseringen av arbeidet kan gjøres lettere, billigere og/eller bedre. Verktøyet må bidra til forenkling, effektivitet, kvalitet. Hvis det er slik at den nye teknologien ikke gir synlig (og overbevisende) effekt uten at arbeidet først organiseres rundt teknologien, kan teknologiens rolle som katalysator for endring være utspilt på forhånd.

Elektronisk timereservasjon er et pasienttilbud som er ment å styrke pasienters reelle mulighet til å gjøre frie sykehusvalg. I helseutøvernes arbeidshverdag er elektronisk timereservasjon et administrativt verktøy for samhandling mellom allmenn- og spesialisttjenesten. For at pasienten, hos sin fastlege, skal få anledning til å benytte tjenesten, kreves det at sykehusavdelinger endrer sin måte å organisere sin arbeidshverdag på og det kreves at allmennleger inkorporerer tjenesten i konsultasjonen - sin arbeidshverdag. Helseutøvere i begge ender av bookingsystemet må endre innarbeidede strukturer og rutiner for å gi pasienten tilbud om e-booking. Under vil jeg skissere ulike faktorer som kan virke hemmende på viljen og/eller evnen til å gjennomføre nødvendige endringer.

7.5.1.2 Endringsvegring og – motstand

”Men si ikke høyt at noen har endringsvegring, advarer [Tian] Sørhaug. Da blir det enda verre å få gjennomført reformer, særlig for organisasjoner. De har alle en iboende konservatisme, og skal forsvare medlemmenes privilegier, faglige kompetanse og innarbeidede praksis.” (Thompson 2004)

Endringsmotstand kan kort defineres som krefter som forsøker å opprettholde tingenes tilstand. Kildene til disse kreftene kan beskrives fra ulike perspektiver. Fra et *ledelsesperspektiv* kan motstanden sees som et resultat av mangelfull styring av endringsprosesser. Sentrale stikkord er mangel på tidlig og god informasjon og mangel på toveis-kommunikasjon om endringsprosesser, samt sen involvering av ansatte.

Endringsmotstand betraktes normalt som noe som må overvinnes på et lavest mulig konfliktnivå. En endringsprosess er m.a.o. vellykket når man lykkes i å implementere nye tiltak med minst mulig motstand. I et ledelsesperspektiv betraktes motstand unntaksvis som en ressurs for endringsprosessen, men motstand kan i mange tilfeller være fornuftig og rasjonell og bidra med elementer som gir nyttige korrektiv til det opprinnelige endringsmålet og til endringsprosessen. Motstand er uttrykk for de berørte aktørers kompetanse og engasjement, og opposisjon og meningsbrytning genererer en energi som kan gagne både endringsprosessen og organisasjonen som helhet. I et *psykologisk perspektiv* forklares motstand som konsekvenser av psykologiske og psykososiale forhold: Endringer innebærer overgang fra det kjente til noe ukjent og kan framkalle følelsesmessige reaksjoner. Usikkerhet om hva endringene vil innebære kan medføre uvilje til å støtte og jobbe aktivt med endringsprosessen. Endringsprosessen er altså en omstillingsprosess som gjør at arbeidstakere må endre måten de jobber på, og hvordan de forstår sitt arbeid og arbeidssituasjon (Jacobsen 2004). Selv om mennesker flest ikke er utelukkende konservative og yter motstand mot alt som utfordrer en tilstand av stabilitet og sikkerhet, vil endringer kunne tolkes som en trussel mot innarbeidede

rutiner, stabilitet og trivsel. Forestillinger om at endringer innebærer arbeidsoppgaver man ikke mestrer eller skaper uønsket merarbeid, bidrar også til endringsvegring. Med et *politisk/institusjonelt perspektiv* betraktes årsakene til motstand som følge av at individer og grupper har ulike interesser, motiver og agendaer for sin virksomhet i organisasjonen. Endringer kan motarbeides fordi de sees som en trussel mot innarbeidede posisjoner, privilegier og rettigheter. I dette lyset framtrer endringsmotstand som en maktkamp; en kamp for å bevare posisjon og innflytelse. Individer og gruppers særinteresser kan være legitime eller illegitime, og kampen om dem føres mer eller mindre åpent. Dersom de reelle motivene for å motvirke endring ikke tåler dagens lys, kan kampen om dem føres under dekke av legitim, faglig argumentasjon. Motivene for en kamp om makt og innflytelse i endringsprosess kan selvfølgelig også være fullt legitime, basert på genuin, faglig uenighet om verdien av nye tiltak, og et reelt ønske om å gane organisasjonens virksomhet (ibid.).

7.5.1.3 Praktiske barrierer

Endringsmotstand kan beskrives i generelle vendinger med psykologiske eller organisasjonsteoretiske forklaringsmodeller, som over. Under vil jeg se på barrierer som kan knyttes til konkrete, praktiske forhold i bookingsystemets kontekst - både tekniske og organisatoriske – som kan skape barrierer.

Tekniske barrierer dreier seg om i hvilken grad brukergrensesnitt og IT-infrastruktur sørger for en "friksjonsfri" brukeropplevelse. Viljen til å bruke e-bookingsystemet i en presset arbeidshverdag kan påvirkes av enkle faktorer. I tidlige versjoner av bookingsystemet måtte timebestiller (legen) gå ut av sitt PLS (primærlegesystem) på datamaskinen, logge seg inn i bookingsystemet og skrive inn pasientinformasjon som allerede var registrert i PLS, for så å reservere time for sin pasient. Dette opplevdes som tungvint og tidkrevende:

"The average time for our consultations is about 15 minutes (...) and we have made macros in our EPR [PLS] help us producing a [ordinary] referral in one second. This means that using 3 minutes on booking is a whole eternity." (uttaler en allmennlege i Ellingsen og Obstfelder 2004).

I senere spesifikasjoner for et nasjonalt bookingsystem kreves det større integrasjon mellom bookingsystemet og de ulike primærlegesystemene, slik at primærlegen skal kunne gå inn i bookingsystemet fra arbeidsflaten i sitt PLS uten ny pålogging.

"Erfaringene fra de ulike bookingprosjektene som har vært kjørt har vist at en av suksessfaktorene for primærlegene er at bookingsystemet må integreres med primærlegesystemene på en slik måte at man nyttegjør informasjon som ligger i PLS-systemet og unngår ekstra pålogging." (UNN/Helse Nord RHF 2007:12).

Manglende integrasjon mellom bookingsystemet og eksisterende pasientadministrasjons-systemer (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ) var også et problem for timetilbyder (sykehusavdelinger). Et eksempel fra UNN er at det i tillegg til timereservasjon (bookingen) må sendes ordinær henvisning med pasientinformasjon fra primærlegen, og at denne henvisningen må kobles til bookingen ved manuell registrering av et bookingreferanse-nummer. Hvis e-booking gir en opplevelse av at bruken av systemet fører med seg økt tidsbruk, parallell-løsninger og nye manuelle, administrative arbeidsoperasjoner, svekkes interessen for å bruke tiltaket og viljen til å tilrettelegge for bruk, både hos bestiller og tilbyder.

Forskjellige organisatoriske forhold ved sykehusavdelingene kan også skape barrierer for implementering. Administrative rutiner, strukturer og kulturer som er innebygd i sykehusavdelingens og sykehusets organisasjon kan gjøre det vanskelig å tilrettelegge for e-booking. Et eksempel er sykehuslegens "frie" posisjon. For å frigjøre timer til bookingsystemet – legge ut timer på "Markedsplassen" – er det en fordel med størst mulig forutsigbarhet. Hvor langt fram i tid og i hvilket omfang avdelinger kan sette opp timeplan og operasjonsprogram med både "egne" og bookingsystemets pasienter, avhenger av hvor godt de kan forutsi legenes tilgjengelighet. Inntrykket fra enkelte avdelinger ved UNN er at leger til dels styrer sin egen tid; de er ikke personale på linje med øvrige sykehusansatte (**ref.**), tross foretaksorganisering med vekt på optimalisert ledelse og drift:

"Fremtidige avtaleløsninger på personalområdet må speile foretakenes behov for fleksibilitet, effektivitets-utvikling og ikke minst styrbarhet [min uthev.], (...)." (Bratten i NAVO Orienterer 3, 2001:19, www.navo.no, 11.12.06)

I tillegg har enkelte avdelinger ikke faste leger til planlagte aktiviteter; leger og timer kobles sammen etter at timeplan/program er satt opp. Mangel på forutsigbarhet er på denne måten et hinder mot detaljert planlegging av tidsbruk og derved også et hinder mot å inkludere e-booking i planlegging av aktiviteter. Planlegging med pasienter fra ordinære henvisninger kan oppleves som mer enn nok arbeid. Frigjøring av timer til e-bookingpasienter og administrering av e-bookingpasienter kan oppleves som ekstraarbeid. Dette utgjør en opplevd og/eller faktisk barriere mot e-booking, og kan bidra til antallet timer som frigis til e-booking blir redusert.

En annen faktor er ulike medisinsk-faglige føringer på administrasjonen av avdelingenes virksomhet i forhold til e-booking. For det første kan sykehusavdelingene kan være svært

forskjellige m.h.t. i hvilken grad deres virksomhet rommer de standardiserte diagnoser og forhåndsdefinerte behandlingsforløp som passer for e-booking. For det andre må noen avdelinger, mer enn andre, ta høyde for ikke-planlagte (akutte) aktiviteter i sin planlegging.

Et spørsmål som foreløpig ikke er besvart empirisk er om e-booking gir noen reell effektiviseringsgevinst. Når man får presentert hovedtrekkene i e-bookingprosjektet kan man umiddelbart tenke at; ”dette var en god idé, pasienten får velge og sykehuset får markedsført og brukt ledig kapasitet”. Dette umiddelbare bildet forstyrres noe når man reflekterer over elementene i bookingprosessen – spesielt hvordan ”Markedsplassen” fylles med ledige timer:

Med bakgrunn i de 15-20 siste års fokus på ventetid for spesialistbehandling er det grunn til anta at ledig kapasitet i praksis ikke eksisterer på de fleste sykehusavdelinger og at normalsituasjonen er fulle timebøker og ventelister.

”Sykehus og andre helseinstitusjoner mottar flere henvisninger om utredning og behandling enn de klarer å ta unna, og mange pasienter må vente for lenge på utredning og behandling.” (Lian 2003:35).

Ledig kapasitet oppstår når pasienter ikke møter til avtalt time, ofte uten at pasienten varsler frafall. Disse kanselleringene skaper hull i driftsplanen. Timekanselleringer som er varslet på forhånd vil kunne legges ut på ”Markedsplassen”, men hvis timene skal være attraktive for elektronisk timebestilling bør de være tilgjengelige en viss tid i forveien. I alle fall såpass i forveien at pasienten rekker å pakke kofferten. Mitt inntrykk er at denne typen ledig kapasitet (varslet kansellering) ofte utnyttes ved at avdelingen griper telefonen og tilbyr timen til pasienter på egne ventelister. Hvilke timer er det da som gjøres tilgjengelige på ”Markedsplassen”?

Intervjuer med nøkkelpersoner (Lotherington og Obstfelder 2006) viser at det ”konstrueres” ledig kapasitet på eksisterende timeplaner. De som setter opp timeplanen setter av eller frigir enkelte timer til elektronisk booking. Derved fortrenses normalt pasienter i som står i prioritert rekkefølge på eksisterende ventelister, enten det gjelder operasjon eller vurdering/utredning. Den direkte effektiviseringsgevinsten av elektronisk timebestilling blir liten i lyset av denne fremgangsmåten, og forestillingen om utnyttelse av ledig kapasitet svekkes. Utnyttelse av ledig kapasitet er da heller ikke et tema når det argumenteres for bruken av e-booking i offentlige dokumenter og i private leverandørers markedsføring.

Inntrykket fra intervjuene (ibid.) er at det administrative personalet ved sykehusavdelingene er sentrale for innføringen av prosjektet. Deres innstilling til e-booking som redskap for driften har betydning for i hvor stor grad det tilrettelegges for e-booking; for mange timer som frigjøres til Markedsplassen. Forskjeller i innstilling kan forklares psykologisk ved å vise til allmenne variasjoner i menneskelige egenskaper og våre holdninger til forandringer, men det er også rimelig å hevde at innstillingen til e-booking følger av strukturelle, organisatoriske forhold ved avdelingene. Noen av disse er skissert over. Generelt kan det sies at dersom tekniske eller administrative barrierer gjør at arbeidet med å tilrettelegge for e-booking oppleves som omfattende, mens gevinstene av e-booking oppleves som små, og *det ikke eksisterer andre insentiver til å bruke e-booking*, er det rimelig å anta at tilrettelegging for og bruk av e-booking vil bli en nedprioritert oppgave.

7.5.1.4 Tilbud gir etterspørsel

En konsekvens av det ovenstående er at ”Markedsplassen” ikke fylles med tilgjengelige timer fra tilbyderne i så stort omfang som den kunne. Samtidig ser det ut til at allmennlegenes interesse for e-booking svekkes dersom utvalget av ledige timer – utvalget av spesialist-tjenester, behandlingssteder og behandlingstider – ikke er stort nok (ibid. s. 8). Tilbud blir en forutsetning for etterspørsel i en slags negativ sirkel: Dersom allmennlegen opplever at tilbudet av timer er for lite, vil han kvie seg for å logge på og bruke bookingsystemet. Og når timer som er lagt ut på ”Markedsplassen” ikke blir reservert av allmennlegene og må trekkes tilbake av tilbyder, vil interessen for å legge ut timer svekkes. Dårlig tilbud – mindre etterspørsel – dårligere tilbud. Man kan si at bookingsystemets møte med eksisterende organisasjonsstrukturer synliggjør en strukturell barriere; systemets innebygde forutsetning om full oppslutning fra systemets aktører.

”That is, for booking to work as expected, a presupposition is that all the actors involved, humans as well as non-humans, act as prescribed by the designers of the system. The hospitals have to publish hours at ‘the marketplace’, and the GPs have to book the hours, also the ones outside own health region. In addition, the GPs must find enough hours to choose from, and the hours must be distributed on a variety of consultations and treatments available within an appropriate timeframe.” (ibid. s. 3)

7.5.2 Arbeidsdeling og prioritering. Motsetninger og profesjonslojalitet.

Bruken av elektronisk timereservasjon nedfører en endring i arbeidsdeling og ansvarsfordeling mellom allmenn- og spesialisttjenesten. Når allmennlegen foretar en timereservasjon i samarbeid med pasienten påtar hun seg først og fremst en administrativ arbeidsoppgave som ved tradisjonell henvisning gjøres av sykehusavdelingenes sekretærfunksjoner. Enkelte allmennleger har uttrykt misnøye med å gjøre ”sekretærarbeid”:

“One aspect of this distribution [of work] includes administrative routines generally associated with secretary work. The general practitioners are not happy with that as one of them complains: ‘We become secretaries (...) because we have undertaken a lot of work from the secretaries at UNN’ (GP-2).” (Ellingsen og Obstfelder 2004).

Ønsket om å unngå sekretærarbeid har ved enkelte legekantor ført til at allmennlegen overlater ”Markedsplassen” til kontorpersonalet: Etter konsultasjonen blir ledig time booket av sekretæren, deretter blir tid og sted formidlet til pasienten (Lotherington og Obstfelder 2006). Slik utnyttes potensialet i bookingsystemet på en kreativ måte som kanskje ikke er i tråd med intensjonene, men som for så vidt ivaretar allmennlegens mulighet til å utnytte ledig kapasitet til sin pasients fordel. Denne fremgangsmåten undergraver imidlertid den politisk-administrative målsettingen om tilrettelegging for pasientdeltakelse og for pasientens frie sykehusvalg.

At allmennlegen ikke ønsker å gjøre sekretærarbeid kan tolkes som uvilje mot å gjøre arbeid som ikke tilhører legeyrket som profesjon. Flere leger gir imidlertid uttrykk for at uviljen skyldes at nye administrative oppgaver innføres på bekostning av pasienten, fordi det blir mindre tid til den kliniske delen av konsultasjonen. Gjennom blant annet *eyr*, e-postliste og diskusjonsforum for allmennpraktikere, luftes bekymringen for at primærlegene avlaster andrelinjetjenesten administrative oppgaver og ”gjør 2.linjen ’mer effektiv’, - mens vi blir ’mindre effektive’. Elektronisk booking er ikke tid- og kostnadsnøytralt for oss.” (lege på www.uib.no/isf/eyr). Videre luftes det motforestillinger mot å overta oppgaven med å vurdere og prioritere pasienter. Med en tradisjonell prosess med henvisning til spesialist, tildeling av time hos spesialist, utredning hos spesialist og behandling hos spesialist, ligger hele tiden ansvaret for vurdering og prioritering hos andrelinjetjenesten. Allmennlegen gjør et *innledende* prioriteringsarbeid i og med at hun er portvakt for tilgang til andrelinjens tjenester, men med tradisjonell henvisningsprosess har ikke allmennlegens administrative handlinger innflytelse på prioriteringen av pasienter som er ”innrullert” i spesialistsektoren. Med elektronisk booking har allmennlegen et redskap til å forsere eksisterende ventelister. Timene som er lagt ut på ”Markedsplassen” kan gis benevnelsen ”ledig kapasitet”, men er mer eller mindre tilfeldige, konstruerte åpninger i fastsatte aktivitetsplaner (Lotherington og Obstfelder 2006). Disse åpningene kan benyttes av allmennlegene. Ved reservasjon av time for sin pasient gjør allmennlegen et prioriteringsarbeid ved at pasienten gis plass i en behandlingsrekkefølge som er basert på spesialistenes medisinske vurderinger (i hvert fall i prinsippet). Dette avhenger selvfølgelig av at den reserverte timen bekreftes booket, og ikke trekkes tilbake av tilbyder, men dimensjonene i allmennlegens handlingsvalg er de samme.

Og ikke alle leger ønsker å forholde seg til avveininger mellom individuelle og kollektive interesser (prioritering) i konsultasjonssituasjonen:

"Eg ønsker meg ei andrelinjeteneste som vurderer og prioriterer tilvisingar på medisinsk grunnlag og ser ikkje nokon grunn til å jobbe vidare med elektronisk bookingsystem – [...]." (lege på www.uib.no/isf/eyr).

Vi kan se denne motstanden som utfallet av refleksjoner over egne faglige begrensninger; hvor allmennleger konkluderer med at spesialistene er bedre skikket til å vurdere og prioritere, både til pasientens og samfunnets beste.

En uvilje mot å involvere seg i det som regnes som spesialistlegenes domene - vurdering og prioritering, og ønsket om å bevare profesjonsgrensene og arbeidsdelingen mellom allmennlege og spesialist vil virke negativt på utbredelsen av e-booking, men leger gir også uttrykk for at denne typen avveininger ikke tynger. De ser e-bookingsystemet som en legitim mulighet til å tilfredsstille egne pasienters behov for hurtig tilgang til spesialisttjenester:

"Since I want my patient to get an appointment as soon as possible I take the first available hour which suits the patient. If I don't take it, other general practitioners will." (uttaler en lege i Ellingsen og Obstfelder 2004).

Denne holdningen til allmennlegens rolle - legen som en pasientens "advokat" og en støttespiller som prioriterer hensynet til egen pasient – inneholder elementer som kan knyttes til kundeorientering og vil bli behandlet under.

7.5.3 Motivasjon

"Vi mener hovedproblemet med konseptet er og blir at legen ikke har tid og interesse av å 'surfe' i tjenstedatabasen etter en egnet tjenesteyter/time for pasienten." (Roar Halvorsen, utviklingsleder IT/ Strategi, Helse Øst RHF. UNN/Helse Nord RHF 2007:16)

Prosjektet "Elektronisk timereservasjon" møter motstand i de konkrete barrierene og motforestillingene som er beskrevet over. Motivasjonen til å delta i prosjektet og bruke tilbudet har likevel vært god i innledende faser av prosjektet. Dette kan dels tilskrives effekten av den entusiasmen som nye tiltak og ideer skaper hos enkeltpersoner i organisasjoner:

"Et pilotprosjekt vil være tidsavgrenset og tett samarbeid mellom utviklerorganisasjon og brukerorganisasjon skaper motivasjon blant medarbeiderne. I tillegg vil pilotprosjekter ofte engasjere entreprenørene eller ildsjelene blant brukerne, de som ser muligheter ved å ta i bruk ny teknologi på ny og utradisjonell måte [...]." (Gjerdrum m. fl. 2003: 7).

Denne effekten kan antas å avta når prosjektet møter hverdagen. Engasjementet som er blitt opprettholdt gjennom hyppig kontakt mellom utviklere og brukere, og for noen ved kontakten med fagmiljøer som evaluerer pilotprosjektet, gis mindre næring. Motivasjonen til å videreføre prosjektet gjennom å inkorporere e-booking i den daglige virksomheten ved sykehusavdelinger og legekantor, må finnes i selve bookingsystemet; i elementer i systemet

som styrker interessen for bruk, eller gjennom insentivordninger som styrker motivasjonen fra ”utsida”.

Tallene fra prosjektrapporten (UNN/Helse Nord RHF 2007) viser nedgang i bruken av bookingsystemet. Når sykehusavdelingene og legekantorene sliter med å henholdsvis tilrettelegge for bruk ved å tilby timer, og invitere til bruk ved å informere pasienter om tilbudet, er det tydelig at barrierene for implementering er høye. Og motivasjonen til å bryte ned barrierene ser ikke ut til å kunne finnes i form av et uforløst gevinstpotensial *innebygd i bookingsystemet for bookingsystemets aktører*. Spørsmålet blir hva som gjenstår som drivkraft til bruke og utvikle bookingsystemet når aktørene på tilbyder- og bestillersiden ikke ser noen gevinst i bruken av systemet. Det svaret man kunne ønske å høre, ikke minst med tanke på systemets erklærte formål i politisk-administrative visjoner, er at *pasientens beste* skulle være gevinst og motivasjon nok. I offentlig politisk retorikk kommuniseres en tydelig ”pasienten først”-holdning som gjenspeiles i offentlige plan- og styringsretorikk/-dokumenter. *Pasientens beste* innebærer ikke bare best mulig behandling og omsorg, men også best mulig tilrettelegging for pasientdeltakelse og medbestemmelse. I den nye helseretorikken omtales pasienten stadig oftere som kunde, og helsevesenets utøvere forventes å orientere seg mot pasienten som kunde. Tilrettelegging for fritt sykehusvalg er en del av dette.

Mangelen på motivasjon til å utvikle bookingtilbudet kan sees som et uttrykk for at det kundeorienterte pasientsynet som opptrer i ny helseretorikk ikke har fullstendig gjennomslag hos helsevesenets utøvere. Tilrettelegging for pasientdeltakelse og valgfrihet er ikke motiverende nok til å oppveie mangelen på gevinster for bookingsystemets aktører. Dette betyr ikke at helseutøvere ikke har pasientens beste som mål for sine aktiviteter. Det kan snarere tolkes som at forståelsen av pasientens økonomiske funksjoner, fra den politisk-administrative helseretorikken, ikke er integrert i helseutøveres ”hverdagsforståelse” av pasienten og pasientens beste. Man kan si det er et misforhold mellom helseutøveres hverdag og helseretorikken. Under vil jeg gjennom en enkel innholdsanalyse se om organiseringsdokumenter formidler en forståelse av pasientens økonomiske rolle. Først skal jeg redegjøre for synet på pasienten med sosiologiske teorier om individet.

8 Pasientbegrepet

Hensikten med kapittelet er å redegjøre for hvordan sosiologisk teori kan forklare synet på pasienten i et moderne samfunn. Med utgangspunkt i ulike individ- og handlingsteorier vil jeg beskrive hvordan det modernes kontekst skaper nye betingelser for individet, og gjør det nødvendig å forstå individet - og pasienten – på nye måter. Kapittelet inneholder både en beskrivelse av en utvikling, og problematisering av grunnprinsippene i rådende forvaltningsparadigme. Jeg kritiserer metodologisk individualisme som basis for forvaltningspolitikken - som jeg mener må tørre å søke legitimitet også utenfor det egeninteressedrevne mikro-økonomiske univers. Jeg argumenterer for at offentlig forvaltning bør støtte seg på prinsipper som åpner for at kollektiv handling kan være mer enn effekten av akkumulerte individuelle intensjoner.

8.1 Innledning – en ny pasient?

”Å gi medlemmene roller som enkeltmennesker er det moderne samfunns varemerke.” (Bauman 2001:43)

Strammere økonomiske rammer og politisk-ideologisk utvikling har bidratt til nye former for organisering av offentlig sektor. Ny organisering kan betraktes som framtvunget av økonomiske realiteter og framkommet gjennom nye politiske strømninger, som en redningsaksjon for en nødstedt velferdsstat. Parallelt med endringen av rammebetingelser for velferdsstaten har det imidlertid skjedd endringer i vår forståelse av individet, og betydningen av disse endringene kan ikke utelates når innføringen av nye prinsipper for offentlig forvaltning skal forklares.

Våre forestillinger om individet og borgeren har fått nytt innhold i det moderne samfunns kontekst. Kritikere og alt-var-bedre-før-talsmenn vil kanskje hevde at gjenreisingstidens kollektive ånd og sosialdemokratiets solidaritetsideologi har utspilt sin rolle og at moderne borgere ikke anerkjenner kollektive forpliktelser. Oppfordringer som; *gjør din plikt, krev din rett* og *”Ask not what your country can do for you, but what you can do for your country”* vil i framtiden kanskje bli møtt som *monstre* i diskursteoretisk forstand (Foucault 1999).

“I’ve always disliked the statement by former president Kennedy: Ask not what the country can do for you, but what you can do for you country. Our country is meant to serve us. It serves us by giving us the chance to make our own way individually and not depend on others like communism would make us do. Or serve some tyrant, no its supposed to give us freedom. By serving it we are not free to choose what we want to do, but what our country would have us do.” (Blogginlegg fra sacrificetheory på www.ephilosopher.com. Lastet 09.05.07)

Samfunnsforskere påpeker at individet lever under andre betingelser i moderne enn tradisjonelle samfunn, og at individualiseringsprosessen er både en konsekvens av, og en faktor i samspillet mellom, moderne individ og moderne samfunn. Et moderne individ konstitueres derved bl.a. ved en mer rettighetsfokuseret relasjon til samfunnet, i motsetning til et tradisjonelt fokus på den enkeltes plikter overfor samfunnet. Man kan også si at det modernes velferdssamfunn, og for vårt tilfelle den moderne helsesektor, konstitueres rundt det modernes individ. Krav og forventninger fra enkeltindividet styrer i større grad enn tidligere utformingen av velferdstilbud- og forvaltning, og relasjonen mellom offentlig sektor og individ preges generelt av betingelsene som det individualiserte samfunn frembringer. Byråkratisk, hierarkisk og regelstyrt forvaltning er nedtonet. Medvirkning, medbestemmelse, deltakelse og dialog fremstår som idealer for samhandlingen mellom individ og forvaltning.

Dette preger også helsesektoren. Med et svunne tiders perspektiv på helsevesenet kan pasienten beskrives som bærer av en diagnose, og et behandlingsløp beskrives som vellykket dersom grunnlaget for diagnosen er borte i enden av løpet. Den tradisjonelle pasientrollen kan hevdes å gjøre individet til objekt i et behandlingssystem. I det nye bildet av velferdssamfunnet og dets velferdsmottakere passer en tradisjonell forståelse av pasienten ikke inn - forståelsen av pasienten som takknemlig, ydmyk og pliktoppfyllende mottaker av behandling må anses som død og begravet. Pasienten er ikke lenger tilfreds med at behandlingstilbudet og behandlingsløpet utelukkende bestemmes av behandlingssystemet med basis i en stilt diagnose. Hun forventer at hun gis valgmuligheter og mulighet til å delta i avgjørelser om egen behandling. Offentlig sektors respons på disse forventningene til helsevesenet er institusjonalisert ved ulike rettighetsreformer; bl.a. fastlegeordningen, pasientrettighetsloven og retten til fritt sykehusvalg. Tilbudet om elektronisk reservasjon av spesialisttjenester kan sees som et endeprodukt i institusjonaliseringen av individ- og rettighetsorientering i offentlig sektor.

Under vil jeg forsøke å redegjøre for dimensjonene ved det nye pasientbegrepet. Redegjørelsen kan grovt sammenfattes som svar på tre spørsmål:

- Hva skiller den nye pasienten fra den gamle?
- Hvilke føringer legger det modernes kontekst på pasientbegrepets innhold?
- På hvilke måter legger den nye pasienten føringer på organiseringen av helsevesenet?

Redegjørelsen skal bidra til en sosiologisk forståelse av hvem hun er, denne pasienten som tilbudet om elektronisk timereservasjon er formet rundt og tilrettelagt for.

8.2 Fra syk til kunde – fra rolleinnhaver til rasjonell aktør

Aller først vil jeg kort ta for meg det jeg mener er en intuitiv, umiddelbar, folkelig forståelse av hva en pasient er. I en forstand er begrepet *pasient* uløselig knyttet til begrepene *sykdom* eller *skade*. Man blir pasient fordi man er rammet av noe som påfører en smerter eller nedsatt funksjonsevne. Som pasient er hensatt i en uønsket tilstand som man må søke hjelp for å komme ut av. Man klarer ikke å ordne opp selv, men trenger behandling – eventuelt også pleie og omsorg - fra helsepersonell. På et vis er man hjelpeløs. Tilstanden man vil ut av eller vil ha lindret, krever andre menneskers initiativ og kunnskap.

8.2.1 Sykerollen

Fra et sosiologisk ståsted kan de sentrale elementene i en common sense-forståelse sies å overensstemme med elementer i Parsons' sykerolle (Parsons 1964, 1978). Som pasient, eller rettere sagt, for å bli pasient (dvs. innrullert i et behandlingssystem) må du først og fremst være syk - satt ut av hverdagslivets rutiner og med redusert evne til å ivareta hverdagslivets plikter. Parsons' ser med sine "funksjonsbriller" det å være syk som en rolle som gir individet mulighet til å tre ut av hverdagslivet, så og si ta en pause fra plikter og krav, for å deretter kunne gjenoppta sin hverdagsrolle, sin funksjon i gruppen og samfunnet, med fornyet styrke. Parallelt med retten til å "ta en pause" løper plikten til å ville bli frisk så fort som mulig. Som syk er du forpliktet til å samarbeide med bedre vitende - legen - for å bli frisk. Parsons ser på dette som et samarbeid hvor den syke inntar en passiv, eller snarere reaktiv, holdning; legens påbud skal etterkommes uten innblanding. Samarbeidet utgjør en asymmetrisk, men komplementær relasjon. Med den medisinske kompetansen følger en autoritet som ikke utfordres av pasienten. "*The typical patient has been socialized to put his faith in a physician and to trust him to take the necessary actions;(...*" (Mechanic1978:339). Denne asymmetrien er grunnleggende i et tradisjonelt syn på forholdet mellom lege og pasient, men det er ikke rimelig å si at dette kjennetegner en moderne forståelse av pasientens posisjon, verken en folkelig eller en faglig. Parsons' plikter og rettigheter kan oppsummeres slik (Parsons 1964);

- Den syke har rett og plikt til å trekke seg tilbake fra sine daglige, normale forpliktelser.

- Den syke holdes ikke ansvarlig for sin sykdomstilstand, og er unntatt ansvar for å ”gjøre seg” frisk, men,
- den syke har plikt til å ville bli frisk,
- og plikt til å søke teknisk kompetent hjelp (lege), og til å samarbeide for å bli frisk.

Koblingen mellom *pasient* og *sykdom/skade* kan synes innlysende. I Pasientrettighetsloven brukes likevel begrepet pasient uten denne koblingen som forutsetning. I pasientrettighetsloven er *pasient* er i definert som; ”*en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle*”. Man kan si at sykdom eller skade (en tilstand av smerte eller nedsatt funksjonsevne) implisitt er årsaken til ”anmodning om helsehjelp”. Det kan også hevdes at pasientbegrepets frikobling fra spesifikke forutgående årsaker er en nødvendig tilpassing til både et utvidet helsebegrep og et endret pasientbegrep.

En moderne pasient er ikke nødvendigvis syk eller skadet. Helsebegrepet er i stadig utvikling, og det er ikke lett å avgrense hvilke psykiske eller fysiske tilstander som kvalifiserer til innpass i helsesektorens behandlingsapparat. Et manifest uttrykk for endringen av helsebegrepets innhold finner man i WHO's helsedefinisjon fra 1948, som sier at helse er en tilstand av fullkommen legemlig og sjelelig og sosial velvære, ikke bare fravær av sykdom eller lyte. (“... *a complete state of physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.*”). Definisjonen har vært gjenstand for debatt: Som ideal for all helserelatert virksomhet (medisin, psykologi, sosialmedisin, utviklingshjelp etc.) kan definisjonen fungere som et ledelys, men som reelt mål for de samme virksomhetene fungerer den dårlig, i og med at den beskriver en tilstand som bare de færreste vil oppleve i løpet av et helt liv (og da bare i korte perioder).

Den ambisiøse formuleringen i WHO sin definisjon av helse kan sies å markere innledningen til en utvikling som preget siste halvdel av 19. århundre og som stadig er gjeldende. Perioden kjennetegnes ved store fremskritt i medisinsk kunnskap og medisinsk teknologi, utvidelse av medisinenes kunnskapsfelt og det Illich (1996) kaller medikalisering (Lian 2003). Den kjennetegnes også ved at befolkningens forventninger til egen helsetilstand og krav til helsetjenestetilbud har økt. Tilbudet av helsetjenester begrenses ikke av medisinsk kunnskapsnivå, men av de enkelte vestlige lands økonomiske realiteter og fordelingspolitikk. En utdannet og informert befolkning, spesielt i informasjonsteknologiens tidsalder, har

imidlertid god kjennskap til medisinske muligheter og aksepterer kanskje i mindre grad samfunnsøkonomiske begrensninger. Medisinsk kunnskapsutvikling, medikalisering, høyere allmennkunnskap og bedre kjennskap til medisinske muligheter er faktorer i en faseforskyvning av forholdet mellom tilbud av og etterspørsel etter helsetjenester. Forventningene, som fort blir krav, ligger hele tiden i forkant av hva samfunnet kan tilby av helsetjenester. Dette *helsegapet* (Lian 2003, m.fl) er blitt en vedvarende utfordring for helsepolitikere og – administratorer, og er et vesentlig element i bekymringer rundt oppslutningen om velferdsstaten – velferdsstatens legitimitet. Utfordringen møtes i stor grad ved markedsetterliknende tiltak i helsesektoren, slik det er beskrevet over. Overgangen fra tradisjonell organisering til markedslik organisering av helsesektoren er bl.a. motivert av en forestilling om at moderne individer ønsker å bli møtt og behandlet som kunder, og de strukturelle endringene medfører at stadig flere helsetjenestemråder har karakter av valgmulighet - både ved at pasienter kan velge mellom alternativer og dels ved at de kan velge hvorvidt de vil bli pasienter. Det er mulig - og i noen tilfeller nødvendig - for pasienten å opptre som kunde.

Parsons beskrivelser av sykerollen og pasientatferd som normativt regulert, er utilstrekkelige som utgangspunkt for forklaring av *kundepasientens* atferd. Man kan hevde at også kundefatferd er normativt regulert og at normene sikrer kundens funksjon i samfunnet som helhet. Med Parsons' funksjonsperspektiv er pasient og kunde to av mange individuelle samfunnsroller som kan forklares med det samme begrepsapparatet. I kundebegrepets opprinnelige habitat – i markedet og økonomisk teori - er forståelsen av individet og beveggrunnene for individuell handling grunnleggende annerledes. Insentivene for handling finnes *i* individet, ikke i ytre, sosiale betingelser i form av normer.

8.2.2 Rasjonell aktør

I nåtidens helsevesen er pasienten flyttet fra en tradisjonell kontekst, hvor vesentlige elementer i relasjonen til behandlingsapparatet er utenfor pasientens kontroll, til en kontekst hvor pasienten selv kan, og dels må, delta og navigere gjennom et behandlingsløp. Å være en moderne pasient kan hevdes å være en rolle med nye rollekriterier, men rollebegrepet impliserer en posisjon med sterkere føringer for individuell handling og et klarere avgrenset handlingsrom. Ny organisering av helsevesenet tilrettelegger i større grad for pasienten som *aktør*, og ved nyere helselovgivning er pasientens handlingsrom som aktør institusjonalisert.

"Mennesker møter ofte tjenesteapparatet i de mest sårbare situasjonene i livet. Det er når man trenger hjelp og er avhengige av andres omsorg, omtanke og handling at kvaliteten skal prøves. Denne strategien vil legge forhold og systemer til rette for at det skal bli gode og likeverdige møter.

En velinformert og deltakende bruker har større forutsetninger for å oppnå et godt resultat i møtet med sosial- og helsetjenesten. God informasjon skal være tilgjengelig og forståelig for folk flest.” (... og bedre skal det bli! SHDir 2005:45)

Muligheten til deltakelse, medbestemmelse og valg stiller nye krav til pasienten. For å kunne utnytte sitt nye handlingsrom må pasienten kunne tilegne seg relevant informasjon, holde seg orientert om muligheter og rettigheter og gjerne ha inneha medisinsk kunnskap om sin egen tilstand. Den nye pasienten må kunne håndtere informasjon og kunnskap, og ha en rasjonell tilnærming til sin egen situasjon. En beskrivelse av den moderne pasienten kan derfor ta utgangspunkt i forståelsen av individet som *rasjonell aktør*. Modellen for ny organisering av helsevesenet er, som det er vist over, hentet fra markedet, og den nye pasienten betraktes i flere sammenhenger retorisk og prinsipielt som en markedsaktør – som en kunde.

8.2.3 Kunden

I dette lyset blir mikro-økonomisk teoris individbegrep basis for det nye pasientbegrepet. Økonomisk teori tar i all hovedsak utgangspunkt i at individers handlingsvalg styres av rasjonelle egennyttetvurderinger. Under vil jeg beskrive hvordan individualisme danner fundamentet for økonomisk teoris modeller.

8.2.3.1 Infantino, individualisme og ikke-intensjonal orden

Infantino (1998) beskriver utviklingen av *metodologisk individualisme* i moderne tenkning ved å trekke en linje fra filosofene Bernard de Mandeville og David Hume til økonomen Adam Smith og videre til Friedrich von Hayek. I *Mandeville-Smith-modellen* (Infantino 1998:2) er individuell handling grunnenheten i konstitueringen av samfunn og sosiale institusjoner, og individuelle ønsker (desires) og behov er drivkraften bak enhver handling. Behov *“...is the cement of civil society.”*, og samfunnet er bygd opp ved utveksling av tjenester: *“The reciprocal services which man render to each other are the foundation of society.”* (Infantino 1998:11). Enhver søker å få sine ønsker og behov tilfredsstilt, og nettopp denne nedrige kvaliteten ved mennesket er fundamental for all interaksjon og er grunnsteinen i sosiale institusjoner og strukturer. Interaksjon har form av transaksjoner hvor partene benytter sin posisjon til et høyverdig formål – tilfredsstillelsen av egne ønsker og behov – ved å utnytte den andres motiver – som selvfølgelig er det samme ønsket om tilfredsstillelse av egne behov. Mandeville (i Infantino 1998:3) beskriver dette som en samhandling hvor: *“... all of us, turning the vices and weaknesses of others to our own advantage, seek to obtain a living in the easiest and most direct way that our talent and capacity allow.”*. For Adam

Smith er det innlysende at motivene for tjenester og gjentjenester ikke er veldedige, og at mennesket ikke initierer en transaksjonsrelasjon med forventninger om at andre vil handle ut fra godhet.

"It is not from the benevolence of the butcher, the brewer or the baker, that we expect our dinner, but from their regard for their own interest." (ibid. s. 2)

Smiths perspektiv er økonomens, og hans anliggende er å redegjøre for mekanismene i et fritt, ubeskranket marked. I de ontologiske forutsetningene for hans teori om markedsmekanismer ligger potensialet for en generell samfunnsteori. Individenes roller som *pricemakers* og *pricetakers* og markedets internt utviklede (ikke eksternt pålagte) normer representerer koordinater for atferd, og begrensninger som individene gjensidig og frivillig underkaster seg (17). Individens handlinger og egeninteressesmotiverte atferd i dette settet av forutsetninger (muligheter og begrensninger) utgjør basis for den mekanismen som Smith kaller markedets *usynlige hånd* – enkeltindividers intensjonale handlinger produserer ikke-intenderte konsekvenser som gagnar markedet (og indirekte samfunnet) som helhet. Normer er tilsvarende ikke annet enn ikke-intenderte produkter av rekken av bytte- eller transaksjonsprosesser mellom individer. F. eks er ærlighet ikke en dygd som eksisterer apriori, men et produkt av at "honesty is the best policy" i et sosialt system med transaksjonen som grunnfenomen. *"Norms and the division of labour, therefore, belong to the universe of the unintentional products of intentional action. If they survive, it is because they answer to the needs of the social actors."* (ibid. s. 19). Mandeville beskriver mennesket som utelukkende drevet av lidenskaper og egenkjærlighet (ibid.). Mennesket er begjær, og *The pursuit of happiness* er menneskets grunnleggende handlingsmotiv. Det betyr ikke at mennesket er avstengt fra å gjøre handlinger som gagnar andre mennesker eller kollektivet, men at motivasjonen og drivkraften for handlingen til syvende og sist er egeninteresse. Selv for handlinger som synes utelukkende å ha positive konsekvenser for andre, er intensjonen bak handlingen aktørens eget velbefinnende; eks. unngå tap av anseelse eller oppnå emosjonelle gevinster.

Det er, som Infantino gjør, mulig å argumentere for at metodologisk-individualisme forklarer samfunnets mulighetsbetingelser med realistiske forestillinger om menneskets konstitusjon, og motsatt at kollektive forklaringsmåter bærer preg av idealisering og illusjoner. Vi kan kalle det en kamp mellom pragmatisme og idealisme. Vi kan ha en forestilling om rene, aktverdige, uselvviske motiver som beveggrunner for en ideell menneskelig atferd, men når det kommer til stykket er ikke mennesket skrudd sammen slik. Vi får ta til takke med de menneskene vi har

og akseptere det samfunnet som framkommer ved egeninteresse som handlingsgrunnlag: “*The most knowing, the most virtuous and the least self-interested Ministers are the best; but in the meantime there must be Ministers.*” (ibid. s. 14). Liberalismen og liberalistiske økonomiske retninger som ligger til grunn for utviklingen av New Public Management som organiseringsform, hviler på den samme ontologiske grunnen: Mennesket er drevet av egeninteresse og begjær. Lik Thomas Hobbes i 1651, beskriver Mandeville mennesket som drevet av drifter, engasjert i en uopphørlig interessekamp. Selv om det er et stykke fra hobbessianske individer i en alles kamp mot alle i *Leviathan*, til pasienter i et NPM-organisert helsevesen, er det fristende å antyde noen paralleller:

Hobbes, Mandeville og NPM er forent i det at menneskets vesen og tilbøyeligheter representerer et ordensproblem. Menneskets grunnleggende egenskaper bidrar i seg selv ikke til å skape en samfunnsorden. Dannelsen av strukturer og institusjoner skjer tilsynelatende på tross av disse egenskapene, ikke på grunn av dem. Mennesket er bærer av anti-sosiale kvaliteter som må reguleres for at et stabilt samfunn skal kunne etableres og opprettholdes. Det må tilrettelegges for ønsket atferd; for atferd som gir de ønskede kollektive konsekvenser. Tilretteleggingen kan ta forskjellige former. Med et politiske-ideologisk perspektiv kan man se på totalitarianistiske løsninger som spenner fra visjoner til kompromissløs real-politikk; fra Platons idealstat, styrt av filosofkongen, til ulike former for diktatur, styrt av statsledere som mer eller mindre (eller ikke) har folkets beste som sin *raison d'être*. Felles for totalitære ideologier og samfunnsformer er overbevisningen om at individet ikke evner å handle samfunnstjenlig, d.v.s. kollektivt, uten rettledning – enten denne har form av vis ledelse eller brutal tvang. Politisk-teoretisk kan man se den egeninteressedrevne aktør som gjennom *samfunnskontrakten* (eks. Hobbes, Locke, Rousseau) aksepterer begrensninger i individuelt handlingsrom i bytte mot sosial orden og stabilitet. Individet forstår sitt eget beste og anerkjenner det stabile samfunnet som det beste utgangspunktet for individuell handling og *the pursuit of happiness*. Samfunnskontrakten kan sees som grunnlaget for tidlige demokratiske modeller.

Med det filosofisk-økonomisk perspektivet som presenteres med Mandeville-Smith-modellen er egeninteresse ikke en desintegrerende faktor, og betraktes ikke som en anti-sosial egenskap på samme måte. Å undertrykke individuelle interesser og motiver er verken hensiktsmessig eller legitimt; “*There is no intention of suppressing this [personal] interest, a suppression which is, in any case, incompatible with the life of a 'great society'.*” (Infantino 1998:3).

Individuell handling og egeninteressemotivert atferd er tvert i mot samfunnets byggesteiner; samfunnet skapes og opprettholdes av sosiale prosesser og strukturer som kan kalles kollektive konsekvenser av individuelle intensjoner. Dette avvises i normkonsensussteorier.

Man kan argumentere, som Durkheim (ibid.), for at individualistiske teoretikere bevirker samfunnets oppløsning. For Durkheim er samfunnet et produkt av intensjonal orden og normativ konsensusstreben. Det sosiale oppstår ved kollektiv organisering rundt normer, enten normer betraktes som apriori fenomener eller sosiale konstruksjoner. Sosial kontroll og regulering skjer ved individets internalisering av normer og verdier hvis eksistens ikke kan forklares som konsekvenser av individuell intensjonalitet og handling. Sosiale fenomener og strukturer i et komplekst samfunn eksisterer, enten de kalles sosiale fakta (Durkheim) eller sosiale konstruksjoner, ved individenes oppslutning om kollektive normer og verdier, som intensjonal orden. Infantino m.fl. mener "*On the contrary, the existence of such a society is linked to the possibility of an unintentional order, of a social dynamic which does not have to depend on 'unitary direction'.*" (ibid. s. 4). Infantino kritiserer det han mener er innebygde, implisitte mekanismer i kollektivistiske og/eller konstruktivistiske forklaringsmodeller for samfunnets orden; ensretting (unitary direction) og et elitistisk preg (noen vet hva som er til samfunnets beste), "... *the illusion that one is better able to defend the human condition from uncertainty by the centralised 'taming' of individual energies.*" (ibid. s. 6). Teorier om intensjonal orden hevdes også å ha potensiale for sammenblanding av vitenskap og etikk. Infantino støtter seg på Humes skille mellom fakta og verdier og "forbudet" mot avledning av forskrifter/regler fra beskrivelser (ibid. s. 8) i argumentasjonen mot intensjonal orden og kollektivism.

Synet på borgeren som kunde, er i tråd med det individualistiske grunnsynet som presenteres over og som er sentralt i rådende prinsipper for organisering av offentlig tjenesteutøvelse. Argumentasjonen for at individuell handling er grunnelementet i dannelsen av alle former for sosiale strukturer, og at egeninteresse er det grunnleggende handlingsinsentivet, baserer seg på påstander som lett finner støtte. På et individuelt psykologisk nivå er det allment akseptert at egoisme og selvoppholdelsesdrift er vesentlige sider ved menneskets natur. Med et strukturelt og politisk perspektiv kan man peke på at vi med utviklingen i moderne vestlige samfunn har fått et stadig sterkere fokus på individets frihet, muligheter og rettigheter. I et vestlig, demokratisk klima er det lett å enes om at staten ikke skal unødige hindringer i veien for individets "pursuit of happiness". Staten skal gjerne gjøre mer enn å fjerne hindre. Staten

skal også tilrettelegge for individuell streben og for at hver enkelt gjennom refleksjon og kreativitet skal kunne realisere sitt potensial. Tilrettelegging for selvrealisering innlemmes i demokratiets prinsipper. Med en politisk-økonomisk ideologi (økonomisk liberalisme og NPM) som anerkjenner egeninteresse som konstituerende, koordinerende og kohesivt prinsipp, skjer dette gjennom tilrettelegging for borgeren som kunde. Med borgeren som kunde av offentlige sektor bygger man ned skillelinjene mellom kommersiell handling og andre handlingstyper.

Flere samfunnsvitere er ikke like overbevist om at egeninteresse er ”bevegende beveger” for norm- og samfunnsdannelse, koordinerende prinsipp for all interaksjon og limet som holder samfunnet sammen - og følgelig at samfunnsorden utelukkende oppstår som ikke-intensjonale konsekvenser av individuell intensjonalitet. Her skal jeg imidlertid ikke utdype motstanden mot metodologisk individualisme ytterligere.

8.2.3.2 Individualismens forrang

Jeg vil påstå at det eksisterer en holdning om at forklaringsmåter som ser kollektive mekanismer som hovedingredienser i samfunnslimet er idealiseringer, illusjoner, med store ”svarte bokser” (som inneholder sosiale prosesser og mekanismer som ikke er tilgjengelige for samfunnsvitenskapene), og at denne holdningen dominerer i nyere forvaltningstenkning. Forklaringsmåter som støtter seg på individuell rasjonalitet og egeninteresse regnes derimot som realistiske, pragmatiske, anvendelige. Tilhengere av valghandlingsteoretiske modeller kan lene seg på forestillingen om at egeninteresse er en mer basal egenskap ved mennesket enn evnen til kollektiv handling. De kan også hevde at handlingsteorier basert på individuell rasjonalitet kan forutse handlingskjeder og samfunnsutvikling med større suksess enn teorier om ikke-individuelle drivkrefter for handling. Spesielt markeds-økonomisk teori tilskrives høy prediksjonsevne. De siste 25-30 års politiske utvikling mot nye prinsipper for offentlig styring (NPM) støtter seg på disse kvalitetene ved valghandlingsteori og mikro-økonomisk teori, og New Public Management tilhører en politisk-administrativ diskurs eller et paradigme hvor individuell handlingsrasjonalitet er et grunnleggende element.

8.2.3.3 Lian og varifisering

Forståelsen av pasienten som kunde, og bruken av kundebegrepet i helsesammenheng, har skapt debatt. Det uttrykkes bekymring for etiske og relasjonelle og strukturelle konsekvenser av det Lian (2003) kaller *varifisering* av helsevesenet. Med transaksjonen som ny sentral

handlingsenhet i helsevesenets virksomhet frykter Lian at tilpassingen til den nye pasienten (kunden) skjer på bekostning av den ressursvake og ”den syke pasienten”. Pasientens ressurser kan bli en faktor i behandlingssituasjonen, og på et strukturelt nivå kan dette endre prinsippene for fordeling av helsegoder. Lian frykter også en *pervertering* av relasjonen mellom pasient og helseutøver: I transaksjonen har aktørene (antatt) motstridende interesser, i behandlings-situasjonen har pasient og personell (antatt) felles interesse. Kjøper-selger-relasjonen er instrumentell, mens pleier-pasient-relasjonen har verdier utover de instrumentelle. Hun beskriver andre mulige konsekvenser: Forvitring av profesjonenes faglige og etiske normer; av helsetjenestens idégrunnlag; av dens normdannende og normbærende funksjoner; av tilliten til helsetjenesten; og at helseutøvere opplever fremmedgjøring ved redusert faglig integritet og tilfredshet. (ibid. s. 211).

”Disse antakelsene om forventede virkninger er ikke bare noe vi kan forutsi ved å se på hvordan markedet som system fungerer, de har også vist seg gjennom erfaringer i land som har prøvd ut markeds mekanismer i praksis. Som vi har sett, begynner vi så smått å se tendenser i denne retning i Norge også.” (ibid.)

Lian betrakter markedsorienteringen av helsevesenet som en trussel mot sentrale verdier i helsevesenet og mot etablerte demokratiske prinsipper.

8.2.3.4 Kunderetting som legitimeringstiltak

Individualisme og teorier om ikke-intensjonal orden kan altså betraktes som pilarer for økonomisk liberalisme og ny offentlig organisering, og for forståelsen av borgeren og pasienten som kunde. Ny organisering av offentlig sektor – helsesektoren inkludert – kan hevdes å ta utgangspunkt i individualistisk ideologi og å være motivert av at kundeopposisjonen assosieres med frihet og handlingsrom. Den individuelle opplevelsen av valgfrihet bidrar til å styrke velferdsstatens legitimitet; en legitimitet som styrkes ytterligere av markedsorganiserings løfter om individuell frihet og effektiv ressursutnyttelse i samme vending. Svakheten ved forklaringsmodellene er at de gir en endimensjonal beskrivelse, hvor tilrettelegging for egeninteresse fremstår som både mål og middel. Jeg vil hevde at individualistiske og økonomiske teorier ikke strekker til når utviklingen av bruker- og kundeorientering i offentlig sektor skal forklares og forstås. I motsetning til Thatcher mener mange at det eksisterer et samfunn, **og, i motsetning til Mandeville**, at mennesket har kapasitet til refleksjon utover rene egennyttevurderinger. Offentlig sektor kan ikke gå ut fra at koordineringsmekanismene rundt egeninteresse, som regulerer kommersielle handlingsstrukturer (og for så vidt all øvrig sosial interaksjon i følge Mandeville/Infantino),

også kan skape et demokratisk velferdssamfunn med et fungerende og legitimt velferdsapparat.

Pasientbegrepets utvikling kan, som jeg har forsøkt over, beskrives som en følge av at medisinsk-faglig kunnskapsutvikling og utvidelsen av det medisinske felt (medikalisering), i kombinasjon med økt informasjonstilgang og større informasjonssymmetri, muliggjør kundeposisjonen. Videre har jeg beskrevet hvordan kundetenkningen er sentral i utviklingen av nye forvaltningsprinsipper – framkommet under nye økonomiske og politiske betingelser - som bygger på metodologisk individualisme.

Nå vil jeg flytte fokus fra individets plass i en politisk-økonomisk struktur, til individets betingelser i det moderne eller etter-moderne - fra individualisme og individuell rasjonalitet til individualisering og refleksivitet.

8.3 Individet i det moderne. Individualisering og refleksivitet

Endringer i pasientrollen, endringer i forventninger til pasienten og endringer i pasientens forventninger til helsesektorens tilbud, kan behandles som helsesektorspesifikke fenomener. Det kan imidlertid være fruktbart å løfte fenomenene ut av sin umiddelbare kontekst og betrakte dem med et bredere perspektiv; se fenomenene i lys av generelle endringer i det moderne.

Et utvidet helsebegrep, medisinsk kunnskapsutvikling og medikalisering kan hevdes å være grunnlaget for at moderne pasienter opptrer på andre måter enn tradisjonelle pasienter. Og de politisk-økonomiske rammebetingelsene gir pasienten mulighet til å gjøre individuelle rasjonelle valg, lik en kunde. I dette perspektivet er det medisinsk og politisk-økonomisk utvikling som skaper den nye pasienten. Individet tilpasser seg og utnytter nye strukturelle rammebetingelser.

Omvendt kan man hevde at utviklingen av medisin som fag og institusjon og endringene i økonomisk politikk, er nødvendige tilpasninger til en stadig mer krevende pasient; at individuelle forventninger og krav tvinger fram strukturelle endringer.

Her skal jeg ikke diskutere hva som kom først av høna og egget; struktur eller aktør. Jeg skal heller se på fenomenene som jeg har knyttet til pasientbegrepet i lys av teorier om individets

betingelser i det moderne; både fordi utviklingen av pasientbegrepet ikke kan betraktes løsrevet fra utviklingen i vår generelle forståelse av individet, og fordi teorier som ikke er forankret i metodologisk individualisme kan gi bredere forståelse av den moderne pasienten og av moderne helsesektors streben mot brukermedvirkning og kundeorientering.

8.3.1 Fra tradisjonelle til moderne samfunn, men hva nå?

Modernitetsteori og – debatt har en fremtredende posisjon i samfunns- og humanvitenskapene. Sosiologer og filosofer har beskrevet overgangen fra tradisjonelle til moderne samfunn med en viss enighet om grunnleggende diakritika for de to samfunnsformene. Tradisjonelle samfunns fellesskap beskrives som *gemeinschaft* (Tönnies), individer og grupper er bundet sammen i *mekanisk solidaritet* (Durkheim) og *verdirasjonalitet* (Weber) styrer handlingsvalg. Tradisjonelle samfunn er preget av *livsverdenens* (Habermas) prinsipper for samhandling. Moderne samfunn derimot domineres av *gesellschaft*-relasjoner og *instrumentell rasjonalitet* – av *systemverden*prinsipper (Moe 1994). Når det gjelder vår tids vestlige samfunn er det imidlertid mindre enighet om hvordan status skal beskrives. Det modernes prosjekt – som lineær utvikling mot et fullendt, rasjonelt fundert, demokratisk samfunn - regnes av mange som, om ikke avsluttet så i hvert fall fastkjørt, og det hevdes at nåtidige samfunns særtrekk ikke favnes av tradisjonelle (!) beskrivelser av det moderne. Vi lever i en ny modernitet med nye kommunikasjonsmåter, nye relasjonelle strukturer og nye betingelser for individet.

Debatten dreier seg om hva det nye består i og hva denne nye moderniteten skal kalles. Kampen mellom senmodernister (Habermas, Giddens) og postmodernister, post-strukturalister og dekonstruksjonister (Lyotard, Derrida) har pågått siden sekstitallet. Postmodernister betrakter det moderne som avløst av en tilstand hvor prosjektmetaforen ikke lenger gir mening; det eksisterer ingen prinsipper som innretter samfunnet mot en endetid av fullendt rasjonalitet og innsikt. Bauman (2001) snakker overgangen fra den *faste* til den *flytende* modernitet, Beck (2004) vil heller snakke om et paradigmeskifte hvor det *andre moderne* avløser det første moderne. Nye globale og lokale strukturer utfordrer forestillingen om lineære prosesser med tiltakende rasjonalisering og differensiering og akkumulasjon av refleksjon og innsikt. Andre (eks. Giddens) avviser at moderniteten er avsluttet eller oppløst, og fastholder synet på det moderne som en ufullendt prosess; som et pågående prosjekt med røtter i opplysningstid og industrialisering som ennå ikke har realisert sitt potensial.

Det er ikke plass til, eller hensiktsmessig her, med en redegjørelse for striden om det ikke-lenger-modernes kjennetegn og rette betegnelse. Jeg vil ta for meg grunntrekk ved samtidas vestlige samfunnsformer som jeg mener har relevans for utviklingen mot bruker- og kundeorientering i offentlige sektor; *individualisering* og *individualiseringsprosesser* og *modernitetens refleksive karakter*. I det følgende vil jeg bruke begrepet *moderne* som betegnelse på samtidas vestlige demokratier. Nyansene i modernitetsdebattens bidrag er mindre relevante for mitt tema.

8.3.2 Det refleksive individ

8.3.2.1 Individualisme – mer enn narsissisme

”Vårt samfunn – et samfunn av ’frie individer’ - har gjort kritikken av virkeligheten, misnøyen med ’det som er’, og det å sette ord på misnøyen til både en uunngåelig og forpliktende del av hvert enkelt medlems livsprosjekt.” (Bauman 2001:43)

Bauman er en svært produktiv bidragsyter i modernitetsdebatten. Hans tekster om aspekter ved livet etter moderniteten er gjerne klarsynte beskrivelser av samtiden; fremstillinger som forsyner oss med begreper til å beskrive samfunnsendringer, men som kan kritiseres for å forstå samtiden fra fortidens posisjon, på en måte som ikke bringer sosiologien videre (men heller fremstår som noe surmaget). I sitatet over formidler Bauman sin misnøye med et moderne individ som aldri blir fornøyd, men også en sentral erkjennelse om individets livsbetingelser i vår tids modernitet. Å ikke slå seg til ro med tingenes tilstand er uttrykk for mer enn narsissisme, egoisme og mangel på magemål. Når helsesektoren møter mer kunnskapsrike, informerte og krevende brukere enn tidligere - lik alle offentlige instanser som forholder seg direkte til borgeren som mottaker av velferdstjenester – er det ikke tilstrekkelig å forklare dette ved resignert henvisning til navlebeskuende individualisme (som Bauman). Jeg vil argumentere for at det å kritisere mangler i velferdsstatens tilrettelegging for enkeltmennesket ikke bare er blitt legitimt – det er blitt et element i oppbyggingen og organiseringen av offentlige tjenester i en slik grad at det å identifisere og påpeke mangler nærmest er en plikt for hver enkelt av oss. Modernitetens refleksive karakter legger føringer på individuell atferd; institusjonalisert ved tilretteleggingen for brukermedvirkning og brukerorientering i offentlig sektor.

8.3.2.2 Fra tradisjonell refleksjon til modernitetens refleksivitet

Hva innebærer det å være individ i det moderne, medlem av et moderne samfunn og borger i en moderne stat? På hvilken måte skiller det å være menneske i et moderne samfunn seg fra tilværelsen i før-moderne samfunn. Hvordan kan skillet beskrives?

De fleste vil være enige i at individet forholder seg til samfunnet på andre måter enn tidligere. Når man skal sette ord på hva forskjellen består i kan man starte med i hvilken grad de materielle betingelsene for tilværelsen er endret.

Med den industrielle revolusjon og utviklingen av vestlig demokrati har det fulgt et høyt generelt velstandsnivå. Selv om det pågår en debatt om fattigdomsbegrepet i vestlige demokratier, er det rimelig å si at de færreste opplever materiell nød i moderne vestlige samfunn. Vi lever våre liv mette, varme, rene og tørre, og trygge på at dagen i morgen blir nokså lik dagen i dag. Våre tanker kretser ikke om overlevelse, og i de bekymringene vi har er ikke skapt av sult og nød. Som medlem av et moderne vestlig samfunn lever man stort sett med god avstand, materielt og mentalt, til det å overleve. Dette er et grunnleggende trekk ved det moderne vestlige samfunn, og litt banalt vil jeg påstå at denne avstanden er en sentral forutsetning for det moderne menneskes måte å forholde seg til samfunnet på.

"(...)fred er ei det beste, men at man noget vil." sier Bjørnson, velfødd teatersjef, i 1866. Hyllest til april, til rabalder, nytenkning og omveltning fremføres i en tid med gryende industrialisering og velstandsøkning, men Bjørnsons refleksjoner om verdien av ufred, forutsetter imidlertid at han selv befinner seg i en kontekst av relativ velstand, trygghet og nettopp fred. Mer generelt er poenget at når grunnleggende behov er tilfredsstilt, er det lettere å reflektere over andre dimensjoner ved tilværelsen.

Å beskrive en kontekst av materiell velstand er likevel ikke tilstrekkelig til å forklare forskjellen mellom det tradisjonelle og det moderne, eller utviklingen mot et moderne individ. Refleksjon over tilværelsen og tilværelsens muligheter er viktige elementer i det moderne individs liv – ikke alene fordi moderne eksistensbetingelser gjør refleksjon mulig, men også fordi refleksivitet *kreves*:

"Det hører med til de menneskelige eksistensbetingelser å være tvunget til å reflektere, og dermed konstituerer andre og seg selv, for seg selv, som handlende aktører som meningsfull realitet." (Hagen 1999:134)

Moderne sosiale systemer fordrer m.a.o. refleksivitet. Ved refleksjon over egen posisjon og status i de sammenhenger hun inngår i, i sosiale - og systemrelasjoner, nytter individet friheten til å forme og definere egen posisjon og status (identitet), men en implikasjon er at individet ikke kan unndra seg *ansvaret* for det samme.

Et tradisjonelt, før-moderne livsløp preges av at mye av løpet er lagt på forhånd. Normer og sosiale institusjoner danner faste rammer for individuell handling. De er ikke gjenstand for stadig evaluering og prøving, de oppleves som gyldige og stabile. Normbærende autoriteter (familiære, religiøse, politiske, vitenskapelige) utsettes bare unntaksvis for opposisjon og kritikk. Når det stilles spørsmål ved autoriteters legitimitet oppleves tvilen som normbryting, som revolt. Opposisjon mot og kritikk av normer, institusjoner og autoriteter inngår ikke hverdagslivets handlingsregister. Individuelle handlingsvalg dreier seg om å manøvrere inn i stabile sosiale institusjoner (livssyn, samlivsformer, yrkesvei, omgangsformer) ved hjelp av stabile normsett. Yrkesvalg, bosted og sosial status går gjerne i arv eller legger sterke føringer på neste generasjons valg. Individets identitetsdannende handlingsvalg gjøres innenfor gitte normative og institusjonelle rammer – uten forutgående refleksjon om disse rammenes gyldighet.

Et moderne livsløp er tvert i mot bygget opp ved individets veivalg i en serie av valgsituasjoner. Det moderne samfunnet gir oss muligheten til å velge – og krever at vi gjør valg. Utdanning, bosted, boform, omgangsformer, samlivsformer, livsstil, livssyn, politisk tilhørighet, etc. er elementer som vi selv kan - og må - gi innhold, og derved konstruere våre liv og vår identitet. Selv om det varierer i hvilken grad man opplever livet som en plethora av muligheter, er det grunnlag for å si at et moderne liv ikke er låst av normer og tradisjoner, og at det stadig presenterer nye utfordringer, i form av valgsituasjoner, for oss. Normer og tradisjoner påvirker våre valg, men valget er vårt eget. Denne muligheten til å treffe individuelle valg krever at vi må forholde oss til grunnlaget for - og konsekvensene av - våre valg på et individuelt grunnlag. Vi har mulighetene til å skape vår egen tilværelse, men sitter også med ansvaret for den tilværelsen vi skaper for oss selv. Vårt liv og vår identitet er et vedvarende, individuelt prosjekt. Stadig refleksjon over hvor vi er, har vært og hvor vi vil, blir et nødvendig og naturlig element i dette *livsprosjektet*. Det er ikke et ideal å ville ”fred”, i betydningen tradisjonsbundethet, konservatisme eller fatalisme, men ”noget”. Dette ”noget” krever vilje til å delta i sitt eget livsprosjekt. Deltakelse krever kompetanse i form av kunnskap om muligheter og rettigheter, men også refleksiv kompetanse, en evne til å forholde

seg refleksivt til omgivelsene og sin egen plassering i omgivelsene. Refleksivitet i det moderne innebærer at en aktiv og bevisst holdning til alternativer danner grunnlaget for handlingsvalg.

"I en vis fundamental betydning er refleksivitet et grunnleggende trek ved menneskelig handelen. Som et væsentlig element af selve det at handle holder alle mennesker sig rent 'rutinemæssigt' orienteret om årsagerne til, at de handler." (Giddens 1994:38)

Dette, som Giddens kaller *refleksiv handlingsregulering*, knyttes ikke utelukkende til det moderne. Giddens beskriver nye generasjoners tilegnelse av tradisjon i pre-moderne samfunn som en refleksiv prosess, men som en refleksivitet begrenset til gjenfortolkning og avklaring av tradisjon med større vekt på fortid enn framtid. Med modernitetens framvekst endrer refleksiviteten karakter: *"Den indføres i selve fundamentet for systemets reproduktion på en sådan måde, at tanke og handelen konstant brydes mod hinanden."* (ibid. s. 39). Tradisjon anerkjennes ikke lenger som legitimerende for handlingsvalg. Praksis som sammenfaller med tradisjonell praksis får ikke sin legitimitet fra tradisjonen, men fordi den kan forsvares refleksivt - *"i lyset af den instrømmende viden"* (ibid. s.39).

"Refleksiviteten i det moderne samfund består i, at sociale praksiser konstant undersøges og omformes i lyset af instrømmende information om de samme praksiser, og at deres karakter således ændres grunnleggende." (ibid. s. 39)

Det er ikke lenger mulig eller nødvendig å forholde seg til fenomener og praksiser som sanne eller falske. Fenomener og praksiser har status som gyldige eller ugyldige etter hvor vidt fornuftsbaserte argumenter for deres status kan bringes fram gjennom refleksjon. Alt er gjenstand for refleksiv tilnærming – også selve refleksjonens natur. Det moderne individ lever i en "kontekst av midlertidighet" – en verden konstituert ved refleksivt anvendt viten som alltid kan utsettes for revisjon. Tradisjoner og sosiale institusjoner utgjør ikke et urokkelig fundament som den enkelte kan bygge sin tilværelse på. Heller ikke vitenskapelige etablerte institusjoner og praksiser (eller vitenskapelige institusjoner for den saks skyld) kan tilby absolutte holdepunkter. Sikkerhet ligger ikke tilgjengelig for den enkelte, men må skapes ved at individet tar et *refleksivt grep* om tilværelsens iboende instabilitet og kompleksitet og selv konstruerer sin identitet og sitt liv. Menneskets identitet er ikke lenger *gitt*, men en *oppgave*. (Bauman 2001:44)

8.3.3 Det individualiserte individ

"Individualiseringen er kommet for å bli; all tenkning omkring måtene å behandle dens innvirkning på vår livsførsel på, må begynne med å godta denne kjensgjerningen." (Bauman 2001:50)

Den enkeltes fokus på det private, det individuelle, seg selv er legitimt; det har et normativt fundament i det nye moderne – enten det kalles refleksiv eller flytende modernitet - og er institusjonalisert ved velferdssamfunnets tilrettelegging for enkeltmennesket. Modernitetens individualitet skaper en ny handlingsregulerende kontekst som enkeltmennesket ikke kan unnsnippe. Individualisering er en skjebne, ikke et valg, hevder Bauman (ibid. s. 46). For Bauman er et element ved individualiseringen at det private overtar det offentlige rom;

”... enkeltmenneskers tanker og bekymringer qua enkeltmenneske fyller det offentlige rom til randen, hevder at de er dets eneste innvånere og skyver alt annet bort fra den offentlige diskurs. ‘Det offentlige’ blir kolonialisert av ‘det private’...” (ibid. s. 49),

og kapasiteten til kollektiv mobilisering fortrenses eller undergraves. Individuers problemer smelter ikke sammen med andre individers problemer. De kan stilles ved siden av hverandre, men ikke ”legges sammen” for en felles sak. I beste fall kan individer, i møtet med andres problemer, få råd om hvordan man kan overleve i ens egen totale ensomhet, og forståelsen av at alles liv er fulle av problemer som man må takle alene. I dette triste scenariet blir det en oppgave i det flytende moderne å kontrollere de sosiale rammene, som gjør selvhevdelse mulig og samtidig regulerer retten til selvhevdelse som prinsipp for koordinert samhandling, og derved unngå at enkeltmennesket blir borgerens fiende (Tocqueville i Bauman 2001:48). Retten til selvhevdelse må forstås som mer enn retten til å eksponere det private. Det er snakk om adgangen til å fastholde og forfølge mål som individet gjennom kompetanse og refleksivitet etablerer som koordinater for egen praksis i modernitetens kontekst av midlertidighet. I nye sosiale rammer må individuell refleksiv handlingsregulering inkorporeres i mekanismene for kollektiv koordinering. Ved å skape kollektiv dynamikk av individuell refleksiv **aktivitet** skapes et moderne samfunn hvor individuelle prosjekter ikke truer, men heller konstituerer kollektivet.

8.3.4 Borger, ikke bare kunde

Individualisering er et begrep som kan som kan beskrive ulike prosesser. Individualisering kan betegne utviklingen av formelle og uformelle sosiale strukturer som gir økende rom for individuell utfoldelse (eller selvhevdelse med Baumans terminologi) – for individualitet. Det kan også betraktes som en strukturell prosess mot stadig bedre vilkår for individualisme – for individuell intensjonal handling som grunnelement/-mekanisme i samfunnsordenen.

Individualiseringsprosesser i vestlige demokratier rommer begge dimensjoner. I politisk-administrativ retorikk er skillet mellom de to ikke alltid synlig – og kanskje ikke påkrevet.

Offentlig forvaltnings utfordring er å forme prinsipper for organisering som ivaretar både kollektivet og individuelt handlingsrom, og samtidig utnytter det kollektive potensialet i individuell refleksiv kapasitet. Den østerrikske økonomiske skolens teori (Infantino 1998) og økonomisk politikk som bygger på denne, griper og foredler *en* dimensjon ved denne utfordringen med sitt fokus på egeninteresse som handlingsintensiv. Ved en kopling mellom individualitet og egeninteresse sees alle handlinger i lys av kommersielle handlingsstrukturer. Og med metodologisk individualisme som fundament blir refleksiv handlingsregulering redusert til individuell instrumentell rasjonalitet. Jeg vil hevde at fokuset i ny offentlig organisering veksler mellom retten til medvirkning, handlingsrom og ukrenket integritet (som møtes med brukerorientering), og retten til å forfølge egeninteresse etter kommersielle handlingsmodeller (som møtes med kundeorientering). Vekslingen mellom synet på individet som bruker (med funksjoner for forbedring av offentlig sektor) og som kunde (med rene økonomiske funksjoner) er ikke alltid eksplisitt og tydelig.

Markedsorganiseringens forrang kan forklares med at kundebegrepet assosieres med et tydelig fokus på individets rettigheter og tydeligere kvalitets- og effektivetsforbedrende mekanismer, mens det til brukerbegrepet fortsatt kan vedheftes assosiasjoner til hierarkisk organisering. En bruker kan delta – en kunde kan bestemme. *Kunden* kan sies å symbolisere et høyere utviklingstrinn i offentlig organisering. Markedsorganisering og kommersielle handlingsmodeller fremstår derfor som effektive redskaper for resultatorientert politisk økonomi og tilbyr lettfattelige løsninger på velferdsstatens legitimitetsutfordringer.

Jeg mener derimot at legitimeringsbestrebelsene må tilfredsstillende et moderne individ som ikke kan beskrives utfyllende med individualismens og mikro-økonomisk teoris begreper. Velferdsstaten må tilpasse seg borgere hvis individualistiske trekk ikke bare dreier seg om egoisme og egennyttmaksimering, men om behovet for refleksiv frihet til å etablere og opprettholde selvstendige pilarer for identitet og integritet. Tilfredsstillende av dette behovet utelukker ikke at kollektive hensyn kan inngå i individuelle overveielser, slik metodologisk individualisme forutsetter. Utfallet av individuell refleksiv handlingsregulering kan være kollektiv handling som noe mer enn tilfeldig konsekvens av individuell intensjonalitet.

Mitt poeng er at kundeoposisjonen ikke nødvendigvis speiler et behov hos borgeren i alle sammenhenger. Men markedsorganiseringen har en styrke i det at den bringer borgerens rettsvern opp mot samme nivå som kundens, og kan skilte med lettfattelige mekanismer for

optimalisering av kvalitet og effektivitet. Markedsorganisering tilfredsstillende dermed et politisk behov for innføring av tiltak som styrker velferdsstatens legitimitet.

Over har jeg redegjort for individualisme som ontologisk, og metodologisk individualisme som epistemologisk grunnlag for den økonomiske teori og økonomiske politikk som NPM springer ut fra. Videre har jeg forsøkt å redegjøre hva som kjennetegner den nye moderniteten og det individet som den moderne velferdsstaten må bygges rundt. Til slutt har jeg antydning at en rent NPM-organisert offentlig sektor opererer med et en-dimensjonalt individbegrep og reduserer individets refleksive kapasitet til egeninteresse, og dermed søker legitimitet uten å favne kompleksiteten i en individualisert, refleksiv modernitet.

Tidligere har jeg referert noen motforestillinger mot innføringen av kundeperspektivet i helsesektoren. Motforestillingene har ulike innfallsvinkler til hvorfor kunde- og markedsorganisering kan utgjøre et problem. Lian er bekymret for etiske sider ved det hun kaller *varifisering* av pleier-pasient-relasjonen. Andre kritiserer NPM og kundeperspektivets ideologiske grunnlag. Kritikken bygger på moralsk eller ideologisk bekymring. Mer pragmatisk kritikk er rettet mot manglende dokumentert effekt markedsorganisering av offentlige tjenester generelt, eller mot underkommunisering av transaksjonskostnadene knyttet til markedsorganisering av tjenester med høy grad av informasjonsasymmetri og kompleksitet. Denne kritikken fokuserer på svakheter i planlegging og gjennomføring.

Det er ikke urimelig å anta at mange helseutøvere deler Lians bekymringer for effektene av markedsorientering i helsesektoren. Koblingen mellom marked og helsetilbud utløser en intuitiv motstand hos mange. Man kan forklare motstanden med forankring i en norsk velferdsmodell som tradisjonelt har vært uavhengig av privat sektor, slik jeg har vist i kapittel 7. Man kan også hevde at *helse* er en følsom materie med eksistensielle dimensjoner, hvor kjøp og salg ikke hører hjemme. I *Om verdier for den norske helsetenesta* fra 1999 finner man et eksempel på at politiske instanser er denne problematikken bevisst:

”Regjeringa [Bondevik] tek fråstand frå eit syn som oppfattar mennesket først og fremst som individ med materielle behov, og frå oppfatningar av mennesket først og fremst som aktørar på ein marknad.” (St.meld. nr. 26, s. 32)

I dette kapitlet har jeg forsøkt å vise at grunnprinsippene for NPM og markedsorienterte tiltak kan være utilstrekkelige som grunnlag for en legitim forvaltningspolitikk. Jeg vil hevde at prinsippene også er utilstrekkelige eller uegnet til å forklare hva som motiverer

helseutøvere i sin daglige virksomhet og hvilken holdning de har til sine pasienter. Innføringen av tiltak som bygger på disse prinsippene – som elektronisk timereservasjon – hemmes av at helseutøverne verken ser seg selv eller pasienten som egeninteressedrevne aktører i et økonomisk system.

Jeg mener at for at markedslik organisering av offentlige tjenester skal gi ønskede effekter, spesielt markedsmekanismer som spesifikt bygger på individuell rasjonalitet, er det nødvendig med tilrettelegging for reell kundeatferd. Dette fordrer at helsemarkedets aktører, også helseutøverne, har en forståelse av pasientens økonomiske funksjoner. Jeg ønsker derfor å se nærmere på hvilken forståelse av pasientens rolle som formidles i nyere offentlige dokumenter om helsevesenet. Hensikten er å spesielt å se hvordan forståelsen av pasientens økonomiske funksjoner for ny helseorganisering formidles.

9 Pasientens rolle i tekster om organisering av helsesektoren

Kapittelet skal behandle spørsmålet om hvilket syn på pasienten som formidles i dokumenter om organisering av helsetjenester.

Hensikten med oppgaven er ikke å forstå begrepene i markedstenkningen fra aktørenes (helsepolitikere, helseadministratorer, helseutøvere) perspektiv, eller forsøke å gripe et aktørenes meningsinnhold. Selv om det kan hevdes at; *”Without immersion there is no adequate understanding of what lies behind and structures overt behaviour.”*, og at samfunnsforskning må forholde seg til en sosial verden som allerede er konstituert som meningsfull av sine medlemmer (Blaikie 1993:189), er målet med denne oppgaven utvikle en teoretisk ramme for forståelse av markedsorganiseringen – ved å se på dens politiske og ontologiske grunnlag, dens eksplisitte mekanismer, dens implikasjoner for samhandling i helsevesenet og dens konsekvenser for synet på pasienten. Man kan si jeg holder meg på overflaten. Dokumentanalysen er tilsvarende ikke ment å avdekke eller avsløre aktørenes faktiske forståelse av pasienten. Hensikten er å se på begrepsbruken rundt pasientens rolle og påpeke eventuelle regulariteter mht. hvilket syn på pasientens rolle som formidles, og mht. plasseringen av pasienten i en organisatorisk og økonomisk kontekst. Blaikie advarer; *“(…) without an adequate grasp of the regularities that exist, there is nothing to be understood, except, perhaps, a figment of the researcher’s imagination.”* (Blaikie 1993:204). Jeg skal prøve å få et slikt grep på eventuelle regulariteter.

9.1 Utvalg og metode

9.1.1 Innledning

I tråd med tema og problemstillinger har jeg konsentrert meg om offentlige dokumenter som tar for seg organisering og samhandling i helsesektoren. Nyere offentlige dokumenter om organisering av helsevesenet er produsert i en periode hvor NPM-innflytelsen i norsk forvaltningstenkning har modnet. Både innhold og språkbruk forventes å være preget av at nye prinsipper for offentlig organisering er etablert (ikke omstridt). For problemstillingens del er det mest fruktbart å se på dokumenter som lanserer nye modeller for organisering og samhandling i helsesektoren, og eventuelt nytt meningsinnhold til tradisjonelle posisjoner i helsevesenet.

Dokumentene betraktes som språklige manifestasjoner av rådende syn på sektorens virke og utfordringer, uten at dokumentenes foranledning eller produksjon problematiseres. Tekstene behandles løst fra politiske maktskifter, meningsbrytninger og konflikter; som konkrete uttrykk i en politisk-administrativ diskurs om helsesektoren. Dette gjøres ikke fordi betydningen politiske kontekst har hatt for initiativ, mandat, utvalg og sluttprodukt er uten interesse, men fordi plasshensyn krever avgrensninger. Jeg har ikke heller ikke ambisjoner om å forstå eller forklare forfatterens bakgrunn og motiver eller avdekke tekstens "sanne" meningsinnhold. Oppgavens tema og problemstillinger krever ikke en slik tilnærming, og ambisjoner om innsideforståelse fra utsiden er krevende å forfølge:

"As the text is reread in different contexts it is given new meanings, often contradictory and always socially embedded. Thus there is no 'original' or 'true' meaning of a text outside specific historical contexts." (Denzin (red.) 1998:90)

9.1.2 Fremgangsmåte

Dokumentene ble lagret i pdf-format slik at det ble mulig å for at enkle ordsøk ved hjelp av søkefunksjonen i Acrobat Reader. Det er ikke mulig å gjøre særlig avanserte søk med Adobe Reader. Søkefunn framkommer i eget felt med henvisning til side, med søkeordet vist i den setningen ordet er funnet. Det er mulig å raskt få et inntrykk av ordets kontekst med informasjonen som vises.

Søkefunksjonen er enkel, men tilstrekkelig for formålet. NVivo, ev. andre programmer for tekstanalyse, inneholder langt mer avanserte funksjoner for å kode, klassifisere, kategorisere og ordne begreper og tekst for analyse. Jeg har ikke behov for dette. Jeg skal ikke analysere og tolke tekst med tanke på å avdekke mønstre eller underliggende mening, men skjelne og sammenligne hovedtendenser i begrepsbruken i dokumentene. Det er tilstrekkelig for problemstillinger og målsetting at funnene kan antyde hva som er rådende synsmåter på pasientens posisjon i et moderne helsevesen, eventuelt at problemstillingen belyses ved at data ikke gir forventede funn.

Analysen har form av en enkel innholdsanalyse (Grønmo 2005, forelesning) med fokus på beskrivelser av pasientens rolle i et moderne helsevesen; på hvilke begreper som knyttes til en eventuell ny pasientposisjon; og på kontekster pasientbegrepet anvendes i.

9.1.3 Om dokumentene

Nå er det ikke mangel på offentlige dokumenter om helsesektoren. Det er nødvendig å klargjøre noen kriterier for valg av dokumenter. Målet for analysen er å kunne beskrive en moderne politisk-administrativ forståelse av pasient- eller brukerbegrepet. Jeg har beskrevet helsesektoren fra et organiseringsperspektiv, med vekt på utviklingen av organiseringsmåter som har markedet som modell. Videre har jeg beskrevet det moderne individs kontekst og betingelser generelt og som pasient. Jeg ser det som mest hensiktsmessig å bruke sentrale, nyere tekster om organisering i helsesektoren. Den markant mest markedsorienterte reformen i senere tid er overgangen til foretaksorganisering av spesialistsektoren. Odelstingsproposisjon nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak*, sammenfatter bakgrunnen for og forarbeidet til reformen, og konkretiserer regjeringens nye modell for organisering.

Dokumentet vil kunne gi data om en politisk-administrativ forståelse av pasientens posisjon i en ny, markedsliknende makrostruktur, og man kan forvente at pasientens posisjon og funksjon som *kunde* i helsemarkedet betones. NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt*, tar for seg samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten, og eventuelle behov for endringer i rammebetingelsene for samhandling. Utredningens grunnlag er pasienters behov for helhetlig tilbud fra første- og andrelinjetjenesten, og den tar utgangspunktet i rammene som er skapt ved særlig fastlege- og helseforetaksreformene. Dokumentene omhandler organisering innen og mellom ulike nivåer i helsesektoren. Det første kan formidle et politisk-administrativt syn på pasientens rolle i spesialisttjenesten som helhet, det andre kan vise forståelsen av pasienten på et lavere organiseringsnivå, nærmere pasient-utøver-relasjonen. I begge understrekes det at pasientens behov er utgangspunkt og mål for vurderinger og endringer:

"Pasientens behov er både utgangspunktet og målet for reformarbeidet. Den helsepolitiske målsetting om pasientenes/brukernes og pårørendes reelle medvirkning og innflytelse er grunnleggende for den statlige organiseringen av spesialisthelsetjenesten." (Ot.prp. nr. 66, s. 6), og "Etter utvalgets syn er det nødvendig hele tiden å ha et pasientperspektiv dersom man skal lykkes med å utvikle helsetjenesten på en god måte." (NOU 2005:3, s. 12).

Det er likevel rimelig å forvente at *Fra stykkevis til helt* opprettholder et sterkere pasientfokus - i tråd med utvalgets mandat – mens Ot.prop. nr. 66 i større grad legger hensynet til forsvarlig ressursbruk til grunn i redegjørelsen for lovforslaget.

I begge dokumentene finnes henvisninger til NOU 1997:2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. *Pasienten først!* presenterer forslag til tiltak for intern organisering og ledelse i sykehus, med utgangspunkt i Sosial- og helsedepartementets mandat hvor særlig de

såkalte ”Pasienten først!”-retningslinjene vektlegges. Utvalget fremmer NPM-inspirerte forslag om tydelig lederskap, økt lederkompetanse og økt målstyring av virksomheten, samtidig som det legges vekt på pasientrettigheter og – medvirkning, i samsvar med den generelle utviklingen mot et brukerperspektiv i offentlig sektor. Dokumentet inneholder i tillegg et eget kapittel om samhandling med pasientens perspektiv, som bidrar til å skape forventninger om sterk kobling mellom pasientbegrepet, medvirkning og rettigheter.

Blant relevante dokumenter som er utelatt kan nevnes Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) *Lov om pasientrettigheter*, Ot.prp. nr. 99 (1998-1999) *Om fastlegeordningen, Pasientrettighetsloven, Helseforetaksloven*, St.meld. 50 (1994-1995): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*, strategi- og plandokumenter for IKT i helsesektoren, m.fl.

9.1.4 Databehandling og -seleksjon

Målet for analysen er altså å identifisere indikatorer for pasientbegrepets mening og innhold. Jeg forventer at pasientbegrepet kobles til begreper fra de siste tiårs diskurs om velferdsstatens legitimitet, begreper som kan knyttes til en generell styrking av velferdsmottakerens posisjon.

Videre antar jeg at den samme periodens fokus på nye, markedslike prinsipper for organisering, effektivisering og kvalitetsheving (New Public Management) har etterlatt spor i nyere dokumenter om organisering. Fokuset på marked og konkurranse har skapt debatt og bekymring (eks. Lian 2003) som man skulle kunne forvente å se opphavet til sentrale dokumenter, i form av begrepsbruk som kobler pasienten til en posisjon som kunde. I det minste forventer jeg å finne ordbruk som antyder at markedets tenkesett påvirker helsevesenets individ- eller pasientforståelse. Jeg forventer også å finne begreper som antyder at pasienten har funksjoner for organisering og ressursallokering i sektoren – det man kan kalle systemfunksjoner.

I utgangspunktet ville jeg se på hvilke begreper som kobles til mottakeren av helsetjenester – til pasienten og brukeren. Datainnsamlingen skulle da bestå i å finne tekstutsnitt som er representative for begrepsbruken rundt dette individet i de aktuelle dokumentene. Det viste seg fort at det ikke var mulig å gjøre en fullstendig innsamling av utsnitt hvor pasient eller bruker anvendes for så å analysere disse; ordet pasient brukes f. eks. i 1164 sammenhenger i NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt*, og 1072 ganger i NOU:1997:2 *Pasienten først!*.

Avgrensninger i datamaterialet er nødvendig både av praktiske hensyn og for innsnevre datautvalget til utsnitt som har relevans for tema og problemstilling. Avgrensning kan skje på ulike måter. Jeg kan velge å bruke dokumentenes innholdsfortegnelser til å finne kapitler og avsnitt som har relevant innhold, som spesifikt omhandler pasient- eller brukerperspektiver. Jeg kan også forhåndsdefinere hensiktsmessige begreper som bidrar til å begrense utvalget til relevante tekstutsnitt ved at jeg konsentrerer meg om tekststeder hvor pasient/bruker opptrer sammen med disse begrepene. Hva som er hensiktsmessige begreper kan avledes fra gjennomgangen av velferdsstatens utvikling og den teoretiske rammen for beskrivelser av pasientbegrepets utvikling (kap. 7 og 9). Sentrale begreper for en moderne offentlig sektors tilnærming til borgeren er; rettigheter, medvirkning, medbestemmelse, innflytelse, deltakelse. Tradisjonelle (men ikke nødvendigvis foreldede) begreper er klient, omsorg og trygghet. Begreper som knytter helsesektorens tjenestemottaker til markeds- og kundetenkningen kan være service, valgfrihet og konkurranse.

Denne måten å beskjære data på har fordeler og ulemper. Ulempen er et massivt informasjonstap og en mulighet for at potensielt interessante funn kuttes bort. I tillegg blir data underlagt klare føringer ved at fokuset rettes mot forhåndsbestemte begreper og sammenhenger. Sjansene for å finne det man forventer å finne øker. Fordelen er at datamaterialet blir håndterlig og hensiktsmessig i forhold til problemstilling og forskningsmål. Sjansene for å gjøre funn som bidrar til økt forståelse eller kunnskap om et fenomen bedres. Med forventninger om funn, basert på teori eller forestillinger om et fenomen, som utgangspunkt, vil særlig brudd på disse forventningene kunne gi verdifulle korreksjoner eller tillegg til forståelsen av fenomenet.

9.2 Dokumentene

9.2.1 NOU 1997:2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.*

9.2.1.1 Om dokumentet

Jeg har valgt å la NOU 1997:2, *Pasienten først!* være det historisk-kronologiske utgangspunktet for analysen av begrepsbruken rundt pasienten. Det er på ingen måte slik at en moderne pasientforståelse har sitt utspring i dette dokumentet; det er et praktisk valg, ikke en origo eller et monument (Neumann 2001) i diskursteoretisk forstand. Dokumentet representerer et trinn i en utvikling fra et klientperspektiv til et brukerperspektiv på mottakere av helsetjenester. Jeg betrakter dokumentet som et politisk-administrativt uttrykk for hvilket

syn på pasienten som skal være basis for organiseringen av helsevesenet (her: sykehusene), uavhengig av at dette er en utredning og ikke et politisk vedtak.

Utredningen dreier seg om intern organisering og ledelse av sykehus og inneholder forslag til konkrete tiltak. Utvalget beskriver sitt mandat slik:

”Utvalget har fått som mandat å foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften i norske sykehus. Utvalget forstår mandatet slik at bedret drift i praksis betyr én ting; at sykehusene på en bedre måte dekker pasientens behov.” (SHD 1997, kap. 1, første avs.)

Som vedlegg til utvalgets mandat har SHD trukket opp ti retningslinjer for ivaretagelse av pasientens behov – ”Pasienten først”-retningslinjene. Pasientens beste skal etterstribes med fokus på tilgjengelighet, lydhørhet, faglighet, forsvarlighet, ansvarlighet, punktlighet, åpenhet, helhet, vennlighet og gjensidighet. Utvalget er enige i at retningslinjene *”... gir et godt bilde av hva sykehus må svare på for å oppfylle pasientbehov.”* (SHD 1997:3).

Man kan argumentere at det er innlysende at driften av sykehusene skal ta utgangspunkt i pasientens behov. Når utvalget velger å understreke at pasientens behov er grunnlaget for behandlingen av ledelses- og organiseringsspørsmål, kan man se det som et uttrykk for at utvalget mener at en endring har skjedd eller at det er behov for en endring av holdninger til hvilket perspektiv man skal ha på organiseringsspørsmål.

9.2.1.2 Funn

Som nevnt gir søk på *pasient* et u håndterlig antall treff - ordet er brukt i 1072 sammenhenger. Det har ingen hensikt å bruke dette søkeresultatet som utgangspunkt og se på konteksten til hver enkel forekomst av *pasient*, men det gir i hvert fall grunnlag for å si at ordet pasient ikke var avlegs i 1997.

Som første steg i en innsnevring til relevante tekstutsnitt ser jeg etter ord som gir et tradisjonelt innhold til pasientposisjonen.

Forekomsten av *klient* kan speile en eventuell dreining i synet på individet i helsetjenesten. Klientbegrepet assosieres med et tradisjonelt individsyn i en tradisjonell, hierarkisk organisert velferdsstat og helsetjeneste. I *Pasienten først!* opptrer *klient* bare to steder, og da som betegnelse på en aktørposisjon som bør unngås; *”Det er også viktig at helsetjenesten gjennom sine tilbud eller sin organisering ikke skaper pasienter eller klienter av mennesker med*

alminnelige livsproblemer.” (s. 6), og i en sammenstilling som beskriver en utvikling bort fra det tradisjonelle klientsynet; *”Fra passiv pasient til kompetent klient?”* (s. 79).

Omsorg er et annet begrep som kan knyttes til et tradisjonelt pasientsyn og en tradisjonell sykerolle. *Omsorg* gir assosiasjoner til redusert evne til å ta vare på seg selv, og til en passiv rolle som mottaker, snarere enn rollen som aktiv deltaker. *Omsorg* opptrer i 22 sammenhenger, med ulik betydning i ulike kontekster. Dels er det betegnelsen på en kvalitet ved helseutøverens arbeid og relasjonen til pasienter og pårørende: *”Pasientene og pårørende skal gis oppmuntring og mot på livet, og omsorg og nærhet når alvorlige diagnoser må meddeles.*” (s. 4 og 9) og *”[Legen] skal gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp.*” (s. 129). *Omsorg* betegner også en av flere elementer i det totale helsetjenestetilbudet: *”... pasientens totale behov for diagnostikk, behandling, pleie, omsorg og service ...*” (s. 20) *”... et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg for en definert pasientpopulasjon.*” (s. 149-150). Begrepet har også strukturelle dimensjoner, f.eks: *”... LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå).*” (s. 5), *”... neste ledd i omsorgskjeden*” (s. 9), eller *”... ikke påta seg rene omsorgs- og pleiefunksjoner.*” (s. 106). I noen tekstutsnitt brukes ordet som betegnelse på en helsefaglig disiplin, f. eks. *”... omsorg til de sinnssyke.*” (fra «*Lov om sinnssykes behandling og forpleining*» av 1848, s. 32) og *kreftomsorg* som sykepleiefag (s. 28).

Neste steg er å se etter begrepsbruk som er typisk for et moderne syn på velferdssamfunnets individ. Det er nærliggende å ta utgangspunkt i brukerbegrepet. Brukerbegrepet impliserer et oppdatert syn på individet som mottaker av helsetjenester og som velferdsmottaker generelt.

Søk på *bruker* gir også et håndterlig resultat, med 14 relevante treff. Ordet brukes seks ganger synonymt med pasient eller som komplementær benevnelse på mottaker av helsetjenester. Eks: *”nye, brukertilpassede behandlingstilbud...*” (s. 34), *”kritikk som brukerne retter mot sykehusene...*” (s. 60), *”For disse brukergruppene [Pasienter med kroniske somatiske lidelser og de med psykiatriske lidelser] er det viktig at...*” (s. 64), *”Pasienter og brukere vil...*” (s. 79). I seks tilfeller henger *bruker* sammen med *medvirkning*. Eks: *”nasjonal helseplan har understreket økt brukermedvirkning...*” (s. 61), *”Brukermedvirkning fordrer imidlertid også trygghet og følelse av kontroll i hverdagen.*” (s. 62). *Brukerinnflytelse* opptrer to ganger, da i referanser til tidligere helsedokumenter.

Sammenhengene der *bruker* inngår omhandler f. eks.; tilpasning til pasienten; ”*Stadige nye, brukertilpassede behandlingstilbud...*” (s. 34), informasjon; ”... *kritikk som brukerne retter mot sykehusene har vært rettet mot mangelfull informasjon...*” (s. 60) og ”*Pasienter og brukere vil i økende grad kreve informasjon og opplysninger om de ulike sykehusenes kvalitet i behandlingen.*” (s. 79), helhet; ”... *handle mest mulig logisk og sammenhengende overfor sine brukere,...*” (s. 84). Bruker kobles til medvirkning, men også til *medbestemmelse* og *innflytelse*. ”*Den direkte brukermedvirkningen bør innvirke på to forhold: - medbestemmelse vedrørende egen behandling, - innflytelse på hvordan tjenesten skal utformes og organiseres.*” (s. 61).

Informasjon er et tilbakevendende tema i dokumentet. I 36 tilfeller omtales informasjon til pasienten som rettighet og kvalitet ved tjenesten. Det legges vekt på at pasienten bør få informasjon som er helhetlig; ”... *at informasjonen som gis pasienten ikke spriker.*” (s. 7), tilpasset; ”... *tilgang til informasjon om sin sykdom, tilpasset sykdommens art, omfang og forhåndskunnskaper.*” (s. 7), trygghetsskapende; ”*Manglende informasjon kan også skape utrygghet hos pasient og pårørende, ...*” (s. 60) og utfyllende og metodisk; ”*Informasjonen skal være fyllestgjørende og formidlingen av den systematisert.*” (s. 3). Det pekes også på at informasjon - til og fra pasienten - kan være en forutsetning for kvalitetsfremmende brukermedvirkning; ”*Manglende informasjon kan være et kvalitetsproblem i de tilfeller der aktiv medvirkning fra pasienten er viktig for behandlingen.*” (s. 60) og ”*Sykehusene har i dag ikke utnyttet den ressursen som finnes i en systematisering av pasientenes erfaring fra sykehusopphold, og pasientopplevd kvalitet.*” (s. 91).

Tredje steg gjelder begrepsbruk som antyder inntreden av kunde- og markedstenkning i forbindelse med pasientens posisjon. Først og fremst er det interessant å se om ordet *kunde* brukes. Kunde opptrer i kun *en* sammenheng, i kap. 7 om *Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling*. I kapittelet presenteres bl.a. tiltak for kvalitetsheving og inkludering av kvalitetsindikatorer og – mål i og mellom tjenestenivåene (i tillegg til økonomiske og administrative resultatmål). Beskrivelsene henter til dels begreper fra diskursen rundt ny offentlig organisering (NPM), bl.a. i tekstutsnittet, hvor kunde kobles til tilfredshet:

”*En del sykehus har tatt i bruk en modell bestående av to hoveddeler – virkemidler og resultater. Virkemidlene kan f.eks. deles inn i kriterier; lederskap, personalledelse, policy og strategi, ressurser og arbeidsprosesser. Tilsvarende kan resultatene deles inn i kriterier; medarbeidernes tilfredshet, kundetilfredshet og virkninger på samfunnet.*” (s. 87)

Over trakk jeg konklusjonen at ordet pasient ikke var gått ut på dato i 1997. Tilsvarende vil jeg her hevde at fraværet av *kunde* i utredningen indikerer at kundedimensjonen ikke er et vesentlig element i sektorens syn på sine tjenestemottakere.

Andre ord som assosieres med markedet kan likevel indikere en utvikling som er inspirert av markedstenkning og NPM-prinsipper. Jeg har valgt å se på bruken av ordet *service*. Ordet inngår hovedsakelig i beskrivelser av støttefunksjoner til medisinsk kjernevirksomhet; *serviceavdelinger, servicefunksjoner, servicetjenester, serviceenheter*. I 14 tekstutsnitt knyttes begrepet til pasienten og betegner en egenskap eller et kvalitetsaspekt ved tjenestene;

”Tiltak 7.5. Sykehusene bør i større grad innhente systematisert informasjon fra pasienter om pasientopplevd kvalitet og service.” (s. 18), *”Kvalitet i pleie, i pasientservice, informasjon til pasienten, ...”* (s. 87)

eller betegner en av flere elementer i tjenestetilbudet; *”pasientens totale behov for diagnostikk, behandling, pleie, omsorg og service...”* (s. 20). Service opptrer også som synonym for sykehusenes tjenestetilbud;

”... en satsing på dette området [rasjonell utnyttning av personalets kjernekompetanse] vil komme pasientene til nytte ved bedre og raskere service fra sykehusene, ...” (s. 101).

Søk på ord som knyttes til fritt sykehusvalg, *valgfri, fritt* og *sykehusvalg* gir funn som illustrerer at dokumentet er laget før pasientrettighetsloven. Valgfrihet/fritt sykehusvalg beskrives som mangel eller noe som er under utvikling:

”Ventelister, manglende valgfrihet og lang avstand til sykehuset er forhold som kan innvirke på tilgjengeligheten til helsetjenester.” (s. 4)

”Det har ikke vært konkurranse, og fritt valg av sykehus har vært begrenset eller ikke til stede.” (s. 105)

”To regioner har fritt sykehusvalg.” (s. 38)

”Utvalget ser også utviklingen av bedre systemer for resultatdokumentasjon i sammenheng med friere sykehusvalg for pasienter og primærhelsetjeneste.” (s. 86)

”At det finnes informasjon fra de enkelte sykehus vil være viktig, ettersom valgfriheten for pasientene øker. En eventuell valgfrihet, inkludert risikoen for å bli valgt bort, vil være et incitament til forbedringsarbeid i det enkelte sykehus.” (s. 86)

”Det er ennå uklart hvor stor praktisk betydning friere sykehusvalg vil få, men utvalget legger til grunn at også dette vil kreve skjerpet ledelsesoppmerksomhet.” (s. 94)

Det legges vekt på utvikling av informasjon som gir pasienten grunnlag for å gjøre valg (nå tilgjengelig på www.frittsykehusvalg.no). Det forventes at fritt sykehusvalg vil få betydning for driften av sykehusene. *Forbedringsarbeid* og *skjerpet ledelsesoppmerksomhet* kan man forstå som kvalitetsutvikling og effektivisering av både tjenester og drift.

9.2.1.3 Oppsummering

Pasienten først! omhandler organisasjon og ledelse av sykehus, med intensjoner om å ta utgangspunkt i pasientens behov og bevare et pasientperspektiv. Begrepsbruken kobler dokumentet til en generell utvikling mot økt innflytelse og sterkere rettigheter for pasienten. Bruk av *bør* i stedet for *skal* i mange sammenhenger hvor pasientens medvirkning og innflytelse omtales, kan indikere at synet på pasientens styrkede posisjon er i en modningsfase. Det er også interessant at begreper som *brukermedvirkning*, *medbestemmelse* og *innflytelse* opptrer i kap. 1, hvor utvalget gir sin tilslutning til Pasienten først-retningslinjene, og i kap. 6, hvor utvalget redegjør for sin problemforståelse, mens de er fraværende i de øvrige kapitlene, hvor konkrete organisatoriske forhold behandles. Bruken av *service* antyder at markedets terminologi har fått innpass, men en forståelse av pasienten som kunde, med rettigheter og funksjoner i et helsemarked, er i startfasen. Valgfrihet kobles til forbedringsarbeid og skjerpet ledelse. I dette ligger en forståelse av pasientens rolle i helsevesenets fremtidige økonomiske strukturer, men pasientens økonomiske funksjoner eksplisiteres ikke.

9.2.2 Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

9.2.2.1 Om dokumentet

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak* tar for seg ny organisering av sykehussektoren som helhet. Forslagene om statlig eierskap og foretaksorganisering av sykehusene representerer et vesentlig steg mot markedsligne strukturer, samtidig som politisk kontroll og ansvar bevares. Blant intensjonene med foretaksmodellen er at ny struktur med sykehusene og regionene som selvstendige, ansvarlige økonomiske enheter, skal styrke markedslignende kvalitets- og effektivitetsfremmende mekanismer. Lik *Pasienten først!* innledes proposisjonen med å erklære at pasientens behov er grunnlaget for reformen.

”Målet med reformen er å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted. (...) Reformen skal gi helsetjenesten et fornyende innhold. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar. Pasientens behov er både utgangspunktet og målet for reformarbeidet. Den helsepolitiske målsetting om pasientenes/brukernes og pårørende reelle medvirkning og innflytelse er grunnleggende for den statlige organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Reformens overordnede målsetting er at helsetjenestens innhold skal bli bedre sett fra pasientens ståsted. Det er tatt inn en egen bestemmelse i lovforslaget som skal sikre pasienter og brukere innflytelse i forhold til helseforetakenes utarbeidelse av planer og gjennomføring av planene, se utkast til helseforetakslov § 36. For å lykkes med den foreslåtte reform er det helt nødvendig at pasientenes og brukernes interesser på denne måten ivaretas.” (s. 6)

Pasientens behov beskrives med begrepene tilgjengelighet, kvalitet, omsorg, medvirkning, innflytelse, og videre forståelse, respekt; "(...) *et velfungerende helsevesen er basert på forståelse og respekt for enkeltindividet,...*" (s. 7), integritet, sikkerhet, trygghet.

"*Kvalitetsarbeid skal medvirke til å sikre pasientenes integritet, medvirkning, sikkerhet og trygghet.*" (s. 39).

Dokumentet presenterer slik sett en videreføring av pasientdiskursen eller – retorikken fra tidligere organiseringsdokumenter. Forekomsten av og konteksten til relevante begreper kan gi et bilde av en eventuell utvikling i diskursen.

9.2.2.2 Funn

Som over opptrer *pasient* i så mange sammenhenger (431) at det er vanskelig å bruke dette som utgangspunkt. Betegnelsen fra tradisjonell terminologi – *klient* - brukes derimot ikke i det hele tatt. Fraværet av *klient* kan sees som en illustrasjon på at det holdes god avstand til tradisjonell velferdsforvaltnings individsyn. *Omsorg* brukes, som i *Pasienten først!*, i ulike sammenhenger (34): Som betegnelse på en egenskap ved tjenester; "*Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte...*" (s. 6), som delement i helsetjenester; "... *den enkeltes tilbud om samtaler, terapi og omsorg (...) behandling, omsorg, pleie og utredning*" (s. 67), som disiplin; *krefteomsorgen, rusomsorgen, omsorgstjenester*. *Omsorg* gir som nevnt over assosiasjoner til en tradisjonell sykerolle, men bruken av begrepet viser at også et moderne helsevesen (selvfølgelig) må ivareta omsorgsdimensjoner i pleie og behandling.

Bruker forekommer 124 ganger. Jeg velger å se på forekomstene i proposisjonens kapittel 4, som konkretiserer innholdet i ny lov om helseforetak. Først og fremst er det klart at pasienter er brukere: "*Pasienter og andre brukere sikres...*", "... *pasienter og andre brukere kan tilbys...*" (s. 86), "... *pasienter og andre brukeres erfaringer...*" (s. 113). Videre fremstilles brukernes erfaringer og brukermedvirkning som en ressurs som skal benyttes systemisk; "*Det foreslås en bestemmelse om innhenting av pasient- og brukererfaring.*" (s. 84) og som bidrar til å kvalitetssikre tjenestene ved at; "*Pasienter og andre brukere sikres innflytelse i virksomhetene ved brukerpanel, brukerråd eller tilsvarende organisering knyttet til foretakene,...*" (s. 86). Brukerens medvirkning tillegges m.a.o. en funksjon i organiseringen av sektoren. Dette understrekes ved at "*Departementet vurderer at plikten til å innhente pasienter og andre brukeres erfaringer og synspunkter utgjør et så viktig prinsipp at det bør*

lovreguleres.” (s. 113). Det legges også vekt på bedre tjenesteomfang og – tilpassing; ”[helseforetaksmodellen] legger til rette for at pasienter og andre brukere kan tilbys mer omfattende og bedre tilpasset tjenestetilbud.” (s. 86), og helhetlig tjenestetilbud; ” [Fylkeskommunene] er viktige samarbeidsaktører for spesialisthelsetjenesten med sikte på å tilby brukerne et helhetlig behandlingstilbud.” (s. 112).

Proposisjonen griper fatt i ulike høringsinstansers bekymring for reell brukermedvirkning - ”brukermedvirkning på systemnivå” (s. 108). *Brukermedvirkning* knyttes i hovedsak til kvalitetsutvikling: ”Departementet vil vurdere å gi regler om brukermedvirkning i kvalitetsutvalg ved forskrift, slik at helseinstitusjonene forpliktes til å sikre brukermedvirkning i kvalitetsutvalgene.” (s. 108). *Medbestemmelse* brukes ikke i pasientsammenheng, men knyttes i proposisjonen hovedsakelig til relasjonen mellom foretak og ansatte.

I en markedsinspirert offentlig reformforslag kan man forvente å finne spor av en markedsinspirert aktørforståelse, i form av markedets begrepsbruk. *Kunde* brukes kun to steder; i en revisjonsteknisk redegjørelse (s. 119) og i en omtale av sykehusene som kunder av sine leverandører (s. 41). *Kundebegrepet* koples ikke til pasienten. *Service* opptrer i omtale av støttefunksjoner, britisk helsetjeneste (NHS), servicenæringen, etc. Kun et sted koples begrepet til tilbudet til pasienten: ”Det dreier seg om å gjøre nødvendige sykehus tjenester lettere tilgjengelig og om å skjerpe kravene til kvalitet og service. Kort sagt skal den enkelte pasient gis et bedre tilbud.” (s. 34). Søk etter tekstutsnitt som dreier seg om valgfrihet kan også vise om markedsperspektivet kommer til uttrykk i omtalen av pasienten. *Valgfrihet* knyttes i ett tilfelle indirekte til pasienten, i omtale av nye betingelser for sykehusdrift; ”... gått fra et monopolpreget plansystem til et system som mer gjør bruk av økonomiske incitament, valgfrihet og rettigheter.” (s. 12). Søk på *fritt og valg* gir flere treff, i hovedsak angående fritt sykehusvalg. *Valgfrihet* knyttes til pasientens rettigheter og deltakelse: ”... i en situasjon med mye sterkere innslag av brukerstyring (jf. fritt sykehusvalg og utvidede pasientrettigheter).” (s. 8). Videre knyttes valgfrihet til bruken andre ”leverandører”, også private, når det lokale tilbudet er utilstrekkelig:

”Et hovedmål for den nasjonale helsepolitikken er å gjøre hver enkelt region mest mulig selvforsynt med spesialisthelsetjenester. Organiseringen i regionale helseforetak forventes å bidra til det. I den grad denne forutsetning ikke realiseres fullt ut, er imidlertid intensjonen med fritt sykehusvalg å sørge for at den enkelte pasient ved behov gis et tilbud der det finnes.” (s. 33), og: ”En rekke private sykehus er i dag fullt ut integrert i den offentlige spesialisthelsetjenesten. (...). Retten til fritt sykehusvalg i pasientrettighetsloven § 2-4, gir pasientene rett til å velge disse sykehusene.” (s. 125)

Det legges videre stor vekt på at ny organisering inneholder ordninger som fremmer fritt sykehusvalg:

”Det anses også som sentralt å sikre at finansieringsløsningene bidrar til å understøtte fritt sykehusvalg, samtidig som slike løsninger skal kunne bidra til en rasjonell funksjonsfordeling både internt i det enkelte regionale helseforetak, og mellom disse.” (s. 57), og: *”Omlaggingen innebærer at den veiledende gjestepasientpris er 80 prosent av DRG-pris, altså mer enn den statlige ISF-refusjonen som er 50 prosent av DRG-pris. En viktig begrunnelse for denne ordningen var at prisen for gjestepasientoppgjør skal fremme pasientenes rett til fritt sykehusvalg.”* (s. 175).

Konkurransen opptrer i to tekstutsnitt som forbinder konkurranse og pasient. Et i oppsummeringen av høringsinstansenes motargumenter: *”... uheldig konkurranse om pasienter og personell;...”* (s. 75), og et hvor muligheten til priskonkurranse mellom aktørene utelukkes:

”Dersom to eller flere av foretakene foretar en samordning av ulike priser ved gjestepasientoppgjør på en slik måte at helseinstitusjonene som tilbyr av gjestepasienttjenester ikke står fritt til å konkurrere på pris på tjenestene som tilbys, faller dette i utgangspunktet inn under lovens [konkurranseloven § 3-1 første ledd] ordlyd. (...) Priskonkurransen mellom institusjonene vil imidlertid være satt ut av spill som følge av lovgivningen på området [spesialisthelsetjenesteloven § 5-2], ...” (s. 122-123)

9.2.2.3 Oppsummering

Dokumentet understreker at pasientens behov er grunnlaget for reformforslagene og viderefører brukerperspektivet fra bl.a. *Pasienten først!*. Som man kan forvente i etterkant av lov om pasientrettigheter, er omtalen av pasientmedvirkning og - innflytelse, informasjon, tjenestekvalitet og – tilbud, mer presis, mer preget av at disse faktorene nå tilhører en rettighetssfære. ”Bør” er erstattet med lovregulering av pasientens posisjon i helsesystemet. I proposisjonen er pasientens rettigheter et utgangspunkt i tillegg til å være et mål. Spesielt er retten til fritt sykehusvalg relevant for helseforetaksmodellen. Proposisjonen bidrar til å styrke pasientens reelle valgfrihet ved å gjøre pasientens valgmulighet til en integrert, ønsket mekanisme i foretaksorganiseringen. Pasientens rolle som kunde i helsemarkedet gis bedre betingelser. Likevel er det markedssretoriske nedtonet i omtalen av pasienten. Ordet kunde brukes ikke om pasienten, og selv om konkurranse om pasienter er en av reformens grunnsteiner finnes kun to tekstutsnitt med direkte koplinger mellom konkurransebegrepet og pasienten. Konkurranseselementet knyttes til konkurransen foretakene i mellom og mellom private og offentlige aktører. Effekten av konkurranseselementet koples heller til kvalitetsheving enn til økt pasientvolum hos foretakene. Eks: *”Slik sett blir dokumentert kvalitet et konkurransefortrinn for sykehuset, og et krav fra pasienten.”* (s. 39)

Dokumentet plasserer i liten grad pasienten i posisjonen som konkurrerende aktørers *raison d'être*, som deres eksistensgrunnlag (som i privatmarkedet). Fraværet av ordet kunde

indikerer også at pasientens kunderolle i helsemarkedet defineres ved rollens rettighetsdimensjoner og dens kvalitets- og effektivitetsfremmende funksjoner, og i mindre grad ved dens økonomiske funksjoner.

9.2.3 NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt*

9.2.3.1 Om dokumentet

Fra stykkevis til helt utreder behovet for endringer i måten samhandlingen mellom kommunale helsetjenester og -spesialisttjenesten er organisert. Utgangspunktet er pasientgruppers behov for helhetlig, sammenhengende tilbud fra de to nivåene, kombinert med ønsket om en forsvarlig, optimal ressursbruk. Utredningen er produsert i kjølvannet av bl.a. fastlegereformen, helseforetaksreformen og forslag til nye inntektssystemer for spesialisttjenesten. Som i øvrige utvalgs redegjørelser for sine mandat, understrekes det også her at pasientens behov og perspektiv er utgangspunktet for utvikling i helsetjenesten (se sitat over fra s. 12). Utvalget inkluderer også samhandlingen mellom pasienter/ pasient-organisasjoner og helsetjenesten i sitt mandat. Mandatet pålegger utvalget å ha som siktemål ”... *en optimal ressursbruk hvor pasienten behandles på administrativt lavest mulig nivå nærmest hjemmet.*” (s. 13).

Som over er målet mitt å redegjøre for hvilket innhold pasientposisjonen gis i dokumentet, ved å se på begrepsbruk som kan knyttes til henholdsvis en tradisjonell klientforståelse, et moderne brukerperspektiv og en markedsorientert kundeposisjon.

9.2.3.2 Funn

Utvalget har videreført mandatets konsekvente bruk av *pasient* og *pasientgrupper* i utredningen (s. 13). Følgelig opptrer *pasient* 1162 ganger og blir et uhåndterlig utgangspunkt.

Klient forekommer fem ganger, som betegnelse på individet i barnevern, rusomsorg, sosialtjeneste og om innvandrere. Ingen koblinger til somatikk eller psykiatri. Søk på *omsorg* gir 212 treff når kombinerte ord inkluderes. Antallet illustrerer at utredningen omhandler hele helse- og sosialsektorens tjenestetilbud (omsorgsdepartementet, -institusjoner, -tjenestene, -boliger, fødselsomsorg, svangerskapsomsorg, eldreomsorg etc.). Når ordkombinasjoner utelates reduseres antallet treff til 29. Omsorg betegner en kvalitet ved tjenester; ”...*helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet.*” (s. 15), en relasjonell kvalitet; ”*Pasienten vil under hele sykdomsforløpet ha behov for at personalet viser omsorg.*” (s. 42),

og en helsedisiplin; ”...ansvar for drift, organisering og finansiering av en rekke tjenester, innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg,...” (s. 28).

Bruker opptrer i 208 sammenhenger. Avgrensning ved søk på *brukere* (enkeltpord) gir 32 treff. Begrepet anvendes dels som betegnelse på alle mottakere av helse- og sosialtjenester; ”Utvalget har ved hjelp av foreliggende dokumentasjon, innspill fra helsetjenesten, brukere og organisasjoner fått mye informasjon...” (s. 15), og dels for å skjelne mellom pasienter og andre; ”... brukere og pasienter med store samhandlingsbehov.” (s. 16). Søk på *brukermedvirkning* og *medvirkning* gir til sammen 39 treff. Utvalgets syn på verdien av medvirkning kommer klart fram: ”*Brukermedvirkning er både en verdi og en strategi for helsetjenesten.*” (s. 15). Utredningen inneholder også et eget kapittel om *Brukermedvirkning som ressurs i behandlingen* (s. 67). Verdien av både individuell og kollektiv medvirkning understrekes i forslag om lovendring:

”I tillegg til den enkeltes rett til medvirkning, er det nødvendig å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning. (...) Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven [som i helseforetaksloven]” (s. 16)

Betingelser for medvirkning omfatter informasjon, kommunikasjon og individuell tilpasning: ”*God informasjon og kommunikasjon er grunnleggende for å sikre reell brukermedvirkning.*” (s. 68), og ”*Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.*” (s. 69). Systemer for medvirkning begrunnes både med demokratiske prinsipper og kvalitetsutvikling:

”Demokratihensynet begrunner også at underrepresenterte grupper deltar i prosesser og avgjørelser som får betydning for utforming og utbygging av helsetjenestene i stor skala. Brukermedvirkning på systemnivå skal også gi myndighetene mulighet til å kvalitetssikre sin virksomhet ved å få tilført kunnskap om hvordan brukerne opplever dagens situasjon eller tilbud, ...” (s. 70)

Tilsvarende brukes *innflytelse* i demokratiargumenter: ”*I et demokratisk perspektiv må det også sees på som en rettighet at vi som borgere kan øve innflytelse på beslutningssystemene.*” (s. 15 og 129). Medbestemmelse forekommer bare en gang, men i en setning som oppsummerer en ny, ideell relasjon mellom pasient og tjenesteyter: ”*En demokratisering og brukerorientering i helsetjenesten har ført til at forholdet mellom tjenesteyter og pasient i større grad er basert på samarbeid, medbestemmelse og medansvar.*” (s. 67)

Pasientens rettigheter, og hennes funksjon for kvalitetsutvikling i helsevesenet, er tydeliggjort ved bruken av *bruker*, *medvirkning*, *innflytelse* og *medbestemmelse*. *Brukermedvirkning*

betraktes ikke kun som en demokratisk rettighet og sørvis til pasient/bruker, men som et nødvendig element i utformingen av et tidsriktig, adekvat helsetilbud.

Motsatt er det innledningsvis lite som tyder på at pasienten tillegges noen økonomisk funksjon i et eventuelt markedsperspektiv på samhandlingen mellom primær- og spesialisttjenesten. *Kunde* forekommer ikke i utredningen. *Marked* kobles til framveksten av private aktører (s. 51, 60 og 112) og i en beskrivelse av engelsk helsereform (s. 114). *Service* brukes i omtale av bl.a. støttefunksjoner og NHS, og i et tilfelle i som et mål for bedret samhandling (koordinering): ”*Godt koordinerte pasientforløp bidrar til høy kvalitet, effektiv ressursbruk, god service og stimulerende arbeidsmiljøer.*” (s. 104)

Søk på valgfri gir et treff på *valgfrihet*, hvor det at enkeltmennesket legger ”...*større vekt på valgfrihet,...*” (s. 60) kobles til framveksten av kommersielle aktører. Søk på *frihet* gir flere treff, men frihet brukes da om kommunenes og helseforetakenes rom for å velge organiseringsformer (s. 20, 32, 132, 143). *Fritt sykehusvalg* omtales 7 steder, bl.a. i forbindelse med økende omfang: ”*Andelen pasienter som kommer til sykehusene som følge av fritt sykehusvalg er økende.*” (s. 57), og utvidelser av ordningen; ”... *retten til fritt sykehusvalg nå også gjelder [innen rusomsorg]...*” (s. 89). Utvalget slår fast at: ”*Ordningen med fritt sykehusvalg oppfattes som et ubetinget gode i et pasientperspektiv,...*” (s. 89).

Søk på velge gir 6 utsnitt som tar for seg pasientens valgfrihet. Bl.a. om valg av fastlege: ”*Ordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å velge en allmennpraktiserende lege som sin faste lege.*” (s. 29), om grensene for fritt sykehusvalg: ”*Retten gjelder all planlagt utredning og/eller behandling innenfor somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern, men den innebærer ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for.*” (s. 89), og om begrensninger i psykiatriens tilbud som fører til at; ”... *psykiatriske pasienter i realiteten ikke kan velge sykehus eller polikliniske tjenester som andre pasienter.*” (s. 69).

Konkurransen brukes 19 steder i omtale av forholdet mellom det offentlige og private aktører i en modernisert offentlig sektor, med konkurranseutsetting og konkurranseeksponering (s. 60, 112, 114). *Konkurransen* henviser også til kampen om tilbud det er knapphet på: ”*Pasientene konkurrerer i realiteten med andre sykehjemspasienter,...*” (s. 122). To tekstutsnitt kan si noe om utredningens syn på konkurranseelementets direkte betydning for pasienten. En svak økning i henvisninger til spesialisttjenesten knyttes til;

”... at fastlegene i større grad enn før opptrer som pasientens hjelper (”advokat” eller ”portåpner”) og i mindre grad ønsker å være ”portvakt” og ivareta samfunnsøkonomiske hensyn. Dette forklares med økt konkurranse legene i mellom og endrede holdninger/større for ventninger hos pasientene. (s. 79)

Videre beskrives muligheten til å velge ulike organisasjonsmodeller og samhandlingsformer som lokalsykehusens potensiale for posisjonering i helsemarkedet, som et konkurransefortrinn som kan komme pasienten til gode:

”I St.prp. 1 (20042005) har Helse og omsorgsdepartementet gjort rede for en strategi for lokalsykehusene som nettopp tar sikte på å utnytte det konkurransefortrinn disse har med nærhet til pasientene og førstelinjen. I dette ligger blant annet utnyttelse av mulighetene for etablering av forskjellige organisasjonsmodeller i samarbeid med kommunene. Utvalget mener denne strategien er et viktig skritt i retning av bedre samhandling om pasientene mellom foretak og kommuner.” (s. 142)

9.2.3.3 Oppsummering

Utredningen tar for seg alle deler av helsetjenesten som har samhandlingsbehov mellom kommune- og spesialistnivå. Det er likevel få åpenbare spor av en tradisjonell individforståelse. Først og fremst er klientbegrepet helt fraværende i omtalen av psykiatriske og somatiske pasienter. Bruken av *klient* er begrenset til eksempler og henvisninger til andre dokumenter. *Omsorg* kan kobles til en tradisjonell forståelse, men bruken av begrepet illustrerer nok heller at dette er en selvfølgelig dimensjon ved helsevesenets virke. Gjennom anvendelsen av brukerbegrepet og begrepene som knyttes til brukerens posisjon (medvirkning, informasjon, innflytelse, medbestemmelse), formidler utredningen et inntrykk av at holdningene til brukerens rettigheter, og til brukeren som deltaker og ressurs, har modnet. Utredningen behandler *fritt sykehusvalg* som rettighet og ressurs, og beskriver kontekster der *konkurranse* om pasienter kan ha konsekvenser for samhandling mellom tjenestenivåer (fastlegers rolle som ”portvakt” til spesialisttjenester), og for utformingen av samhandlingen mellom kommune og helseforetak. Jeg har ikke funnet begrepsbruk som eksplisitt setter fokus på pasientens økonomiske funksjoner i samhandlingen mellom tjenestenivåer.

9.3 Sammenfatning

Dokumentene har klare fellestrekk mht. omtalen av pasienten. *Klient* brukes ikke lenger om pasienten, og brukerperspektivet i offentlig sektor vel etablert. Begrepene som beskriver brukerens posisjon i helsesektoren er langt på vei de samme i de tre tekstene. Inntrykket fra redegjørelsen av hva ”Pasienten først”-retningslinjene innebærer (NOU 1997:2, kap.1) er at valgfrihet, medvirkning og deltakelse mindre selvfølgelige dimensjoner ved pasientposisjonen enn i strategidokumentet 8 år seinere (NOU 2005:3). Ønsket om å bevege seg bort fra et tradisjonelt pasientperspektiv preger *Pasienten først!*, men pasienten omtales fortsatt som

pasient. Restene av et ekspert-klient-perspektiv kan skjernes tross den sterke betoningen av nye retningslinjer, f.eks ved; ”Helsepersonell er spesialister på sine fag - pasienter er spesialister på sine liv.” og ved at det regnes om nødvendig å presisere at

”En pasient er mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel person – et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at deres verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres. (NOU 1997:2, s. 3).

Dette regner jeg som indikasjon på at det har skjedd en utvikling i synet pasienten, at brukerperspektivet har modnet. For problemstillingens del er det interessant at ordet kunde kobles til pasienten bare en gang på 608 sider om organisering av et moderne helsevesen. Tross en fragmentarisk tilnærming, hvor mye kan være oversett ved at dokumentene er analysert ved søk på enkeltbegreper, mener jeg det er grunn til å hevde at det legges tyngre vekt på pasientens rettigheter som bruker, og ressursene som ligger i informerte pasienters medvirkning (brukerperspektivet), enn på pasientens økonomiske funksjoner i et helsemarked (kundeperspektivet). Dokumentene presenterer ”markedet”, men ikke kunden.

Det kan være flere årsaker til dette. Språkbruk som kobler offentlig sektor til ordinære markeds mekanismer kan hemmes av at markedsretorikken ikke er forenlig med norsk velferdssamfunnstradisjon; med universalismeprinsipper, likhetsidealer og forankring i sosialdemokratiske prinsipper fra velferdsstatsbyggingen i forrige århundre. Medisinske og omsorgs- og pleiefaglige tradisjoner, verdsett og menneskesyn (jfr. Lian 2003) motvirker også at pasienten tillegges eksplisitte økonomiske funksjoner. Andre land, særlig USA, har levd lenger med et markeds perspektiv på helsesektoren og kunde begrepet er mer innarbeidet (Ferlie et.al.1996).

10 Kundeorientering; nødvendighet, redskap og vare

I dette kapittelet skal jeg kort ta for meg hvilken betydning forståelsen av pasienten som kunde har for gjennomføringen av timereservasjonsprosjektet.

”Omstilling er lettere i private organisasjoner fordi presset er større. Det handler om overlevelse. Hvis man ikke omstiller seg, vil bedriften over tid forsvinne. [...] Problemet i det offentlige er at det ikke er noen slik trussel om overlevelse.” (Rattsø 2004:14)

Som idealisert modell for ny offentlig organisering (NPM) betraktes markedet nærmest som en naturtilstand, en samfunnsinstitusjon hvis mekanismer er som naturlover å regne. Institusjonens grunnelement er det egennyttmaksimerende individ som ved sine handlingsvalg optimaliserer markedets prestasjoner og struktur. Idealtypisk er individets valghandling ubesudlet; valget av beste alternativ ses som basert på rene, individuelle kostnad-nyttevurderinger. De aktørene som kan tilby varer og tjenester som tilfredsstillende individuelt krav velges - de belønnes for kvalitet og effektivitet. De som ikke kan levere kvalitet og effektivitet straffes ved å ikke bli valgt, og tvinges til forbedret prestasjon eller forvisning fra markedet (market exit). På denne måten motiveres markedets aktører til kontinuerlig forbedring.

En idealisert modell er ikke en avbildning av virkeligheten. Idealtypen (eks. Weber i Moe 1994:41) fremhever essensielle trekk ved et fenomen eller en institusjon. Kvalitetsøkning og effektivisering - prestasjonsheving - er bare en dimensjon ved NPM. Ingen vil påstå at markedet er så ukomplisert som modellen over. Likevel vil jeg påstå at den essensielle mekanismen som beskrives er del av grunnlaget for troen på NPM som organiseringsregime.

Mye av markedets suksess kan spores til innsatsen som er gjort for å forstå kunden og samspillet mellom kunde og tilbyder, og for å tilrettelegge for kunden med basis i kunnskap om forbrukeratferd (Thjømøe 1999). Troen på samme suksess ved markedslik organisering av offentlige tjenester/helsetjenesten kan man betrakte som basert på troen på at en mottaker eller bruker av offentlige tjenester vil opptre på samme måte som en kunde; men parallelt kan det også hevdes at betydningen av kunnskap om kundefatferd underslås, og at bruken av denne kunnskapen er en vesentlig faktor for fri-markedets suksess.

Jeg vil redegjøre for hva kundeorientering innebærer i privat sektor, basert på litteratur om forbrukeratferd, og se på forskjellen mellom privat og offentlig kundeorientering. Deretter vil

jeg beskrive betydningen mekanismer for market-exit har for motivasjonen til kundeorientering i offentlig sektor og helsevesenet.

10.1 Hva er kundeorientering?

Aktører i privatmarkedet er avhengige av kunder. Kunnskap om kunden og hva kunden vil ha er avgjørende for vedvarende suksess i markedet. I forbrukeratferd som fag legges det vekt på psykologien rundt forbrukerens anskaffelse av varer og tjenester. En videre betegnelse er økonomisk psykologi (Thjømøe 1999). Med større kunnskap om forbrukeren skal aktørene bli *"... i stand til å ta bedre markedsføringsbeslutninger."* (ibid. s. 17).

Markedsføring dreier seg bl.a. om to sentrale utfordringer. En bedrift må finne ut hva kundens behov er og tilpasse produksjonen av varer eller tjenester etter disse.

"Alle bedrifter og organisasjoner som tilbyr varer og tjenester er avhengige av kunnskaper om markedet. Dette gjelder både private bedrifter og forskjellige former for offentlig virksomhet." (ibid. s. 31)

Bedrifter må også erkjenne at behov er ikke avgjørende for handlingsvalg (produktvalg). Motiver styrer kundens valg. *"Behov genererer altså tendenser til handling, mens motiver bestemmer hvilken handling som faktisk blir utført."* (ibid. s. 62). Markedsstrategier må ta hensyn til motiver så vel som behov.

"Jo mer man vet om forbrukerens atferd med hensyn til kjøp og bruk av produkter og tjenester, desto bedre er man i stand til å tilfredsstillе de behov forbrukeren har. Og jo bedre er man i stand til å forstå hva slags virkemidler som skal til for at forbrukeren skal reagere slik vi ønsker." (Thjømøe 1999: 24).

Markedsføring dreier seg dels om å avklare behov, dels om å skape behov og dels om å forme kundens handlingsmotiver, "styre" kundens valg, få kunden til å tilfredsstillе sine behov med dine produkter eller tjenester. Analyse av kundens behov styrer utformingen av produkter og tjenester, men markedsstrategier gjør også kunden til gjenstand for påvirkning og manipulasjon.

Forbrukeratferdsforskning søker kunnskap om prosesser og mekanismer som leder til kundens beslutning om kjøp og valg av leverandør. Thjømøe (ibid.) presenterer ulike modeller av beslutningsprosessen som helhet:

EKB(Engel-Kollat-Blackwell)-modellen (ibid. s. 51) beskriver kundens forarbeid som et logisk forløp fra behov til beslutning; problemerkjenneelse – søkeprosess (søking etter informasjon) – evaluering av alternativer – valg av alternativer – resultat av valget. *Behov*

setter kjøpsprosessen i gang og på hvert nivå gjøres rasjonelle overveielser knyttet til behovet. I modellen fremstår kjøpet som en instrumentell, rasjonell prosess hvor behovstilfredsstillelse er målet og produktet er middelet.

CDM eller Consumer Decision Model (ibid. s. 54) tar ikke utgangspunkt i behovserkjennelse, men i eksponering for *mulighet*. *Informasjon* om produkt leder til *merkegjennkjennelse* som er grunnlaget for en *holdning* til produktet. Denne kan lede til *overbevisning* om produktets kvaliteter og konkrete planer om kjøp (*intensjon*) og deretter kjøp. Modellen fremstiller beslutningsprosessen som mindre dominert av instrumentell rasjonalitet, og mindre knyttet til instrumentelle behov. Modellen bringer inn vurderinger av emosjonelle relasjoner mellom kunde og produkt; eks. estetiske vurderinger, produkters betydning for posisjonering og image, etc.

Felles for modellene er at de deler beslutningsprosessen opp i delfenomener som kan utsettes for markedsstrategisk analyse og intervensjon. Sentrale fenomener er hvordan kunden bearbeider og anvender informasjon, og hva som er avgjørende faktorer i overgangen fra evaluering av alternativer til valg (eller fra holdning til overbevisning og intensjon). Kundens kvalitetsvurderinger er en av disse faktorene. Hvordan informasjon best formidles og hvordan kvalitet skal defineres er grunnleggende problemstillinger også for tilbydere av offentlige tjenester/helsetjenester. Offentlige virksomheter forventes likevel å ha en annen tilnærming til sine kunder. Et annet perspektiv følger av det offentliges ansvar. Det forventes at individets reelle behov skal være virksomhetens selvfølgelige mål, ikke virksomheten selv. I offentlige virksomheters eventuelle markedsføring og markedsstrategier er det ikke aksept for manipulering av behov og motiver.

10.2 Informasjon

For aktører i privatmarkedet kan all bevisst formidlet informasjon regnes som markedsføring. Enten den har form av regulær produkteksponering eller subtil "brand image"-bygging (ibid. s. 143) er formålet å få forbrukeren til å velge eget produkt. Kunnskap om hvordan forbrukeren mottar, bearbeider og bruker produktinformasjon er avgjørende for informasjonsformidlingens form, innhold og omfang. Markedsføreren må forholde seg til ulike typer informasjonssøkende forbrukere (ibid. s.99), faren for informasjonsoverladning og redusert beslutningskvalitet; "Om forbrukeren blir utsatt for mer informasjon, føler han seg

mindre forvirret og mer tilfreds, men treffer dårligere beslutninger.” (Thjømøe 1999: 95); og forbrukerens kostnad-nytte-vurderinger ved informasjonsinnhenting: Hvor mye ressurser vil kunden bruke på informasjonsinnhenting før ulike typer kjøp? (ibid s.109).

Et sentralt spørsmål (også for markedsstrateger) er hvorvidt forbrukerens beslutningsatferd samsvarer med økonomisk teoris rasjonelle aktørs atferd. Er all informasjonsinnhenting motivert av ønsket om optimale beslutninger? Thjømøe (ibid.s.101) refererer til Herbert Simon (1955) som hevder menneskers beslutningsatferd er preget av sekvensiell evaluering av alternativer; man vurderer et og et alternativ og velger det første alternativet som tilfredsstillende grunnleggende krav. Krugmann (i Thjømøe 1999:120) reduserer betydningen av optimalisering og rasjonell-aktør-mekanismer ytterligere og hevder at konsumenten ikke gjør så mange overveielser før en beslutning tas. Sammenhengen mellom graden av informasjonsinnhenting og graden av usikkerhet og risiko i en valgsituasjon er heller ikke entydig. Særlig relevant her er at undersøkelser viser at;

”(...) noen personer søker informasjon i stressende helsesituasjoner, mens andre i samme situasjon bevisst unngår slik informasjon (Barsevick and Johnson 1990; Miller and Mangon 1983).” (ibid. s. 102).

Pasienter vil pr. definisjon befinne seg i *helsesituasjoner*, med varierende alvorlighetsgrad. Evnen til å forholde seg til informasjon som har betydning for behandlingsforløpet kan variere tilsvarende. Helsevesenet må formidle relevant – ikke markedsstrategisk - informasjon som pasienten kan gjøre sin valg ut fra. Helsevesenet må også ta hensyn til de som ikke evner eller ønsker å forholde seg til relevant informasjon:

”Det er [samtidig] viktig å vise respekt for de som ikke ønsker å involveres i alle beslutningsprosesser. Brukerperspektivet innebærer også en lydhørhet og tilrettelegging overfor de som ikke selv kan eller ønsker å gi uttrykk for sine behov.” (SHD 2001:23)

10.3 Kvalitet

”Bedrifter som har tilfredse kunder kjennetegnes ved at de produserer produkter som tilfredsstillende kundene.” (ibid. s. 160).

Selv om det ikke er sikkert at forbrukeren velger det produktet som har ønsket kvalitet til den prisen hun kan akseptere, er det i hvert fall klart at hun ikke bevisst velger et produkt med lavere kvalitet enn ønsket til høyere pris enn akseptabelt. Kvaliteten på tjenester og produkter er m.a.o. vesentlig for suksess i markedet. Å tilby ønsket kvalitet er et element i kundeorientering i både private bedrifter og offentlige virksomheter. Men hvordan defineres kvalitet? Kvalitetsbegrepet kan knyttes til produktets objektive og målbare egenskaper;

produktkvalitet og *produksjonskvalitet*. Som variabel i markedsstrategier er det fruktbart å se kvalitet som knyttet til relasjonen mellom produkt og forbruker. Enten som *verdibasert kvalitet*; kvalitet vurdert som forholdet mellom investering og nytte, eller som *brukerbasert kvalitet*; som forbrukerens subjektive oppfatning eller kvalitetsopplevelse.

”Det er brukerens subjektive oppfatning av i hvilken grad han synes produktet gjør det han forventer at det skal gjøre som avgjør om produktet er godt eller dårlig.” (ibid. s. 163).

Uansett hvilken vurderingsmåte man velger, og hvilke dimensjoner man inkluderer i kvalitetsvurderingen, kan man si at kvalitet (målbar eller opplevd) avhenger av at det er samsvar mellom krav og forventninger til et produkt og selve produktet. Men er det ”eksperter” som skal vurdere kvalitet, eller er det er markedsførere, brukere eller kjøpere?

I markedsføringssammenheng brukes kvalitetsbegrepet gjerne som om kvalitet ikke eksisterer uten respons fra en forbruker eller interaksjon med et marked. Garvin (ibid. s. 162) fremmer tre påstander om kvalitetsdefinering:

- *”Det er ikke de som tilbyr produktet, men de som produktet skal tjene – kundene, brukerne – som har det siste ordet om i hvilken grad produktet oppfyller behov og forventninger.*
- *Produktets evne til å tilfredsstille behov er relatert til konkurrerende tilbud.*
- *Produktets evne til å tilfredsstille behov, som altså relateres til konkurrerende tilbud, blir formet gjennom hele produktets livslengde, ikke bare i kjøpsøyeblikket.”*

Kvalitetsvurdering er m.a.o. forbrukerens prerogativ, knyttes til behovstilfredsstillelse og inkluderer vurdering av konkurrerende tilbud. Gummesson (ibid. s.169) går enda lenger, og setter likhetstegn mellom kvalitet og kundetilfredshet. Andre spør om objektiv kvalitet i det hele tatt eksisterer. (Og hva er kvalitet i helsemarkedet? Er det tilstrekkelig kvalitet, opplevd kvalitet, prisrelatert kvalitet?)

Kvalitet og kundetilfredshet er forutsetninger for forbrukerlojalitet. Lojalitet kan forklares med kundetilfredshet, men knyttes også til kostnadene ved å bytte leverandør av varer eller tjenester. En ikke helt tilfreds kunde vil vurdere å bytte leverandør, men først avveie om hun er misfornøyd nok til å ta bryet med å bytte. Kundetilfredshet og lojalitet er alfa og omega for private bedrifters markedsposisjon. All kundeorientering sikter mot disse målene.

”Disse målene er viktige, da lojalitet og kundetilfredshet er et slags endelig mål for vår virksomhet (det endelige målet er vel egentlig å tjene penger).” (ibid. s. 194).

Thjømmøe oppsummerer nærmest her hensikten med kundeorientering og skillet mellom privat og offentlig virksomhet i en setning. Vektleggingen på subjektiv kvalitet og kundetilfredshet gir aktørene i privatmarkedet spillerom for strategisk tilnærming til forbrukeren, innenfor

rammene av lover som regulerer markedsføring og markedsrelasjoner. Det er legitimt å skape behov, og alle produkter og tjenester har tilstrekkelig kvalitet hvis de gir forbrukeren en opplevelse av behovstilfredsstillelse og kvalitet. Kundeorientering i det private kan utnytte kunnskapene fra økonomisk psykologi med større frihet enn kundeorientering i offentlige virksomheter. Markedsstrategier i det private kan for eksempel dra nytte av forbrukerens tendens til å vurdere produkter og tjenester ut fra et begrenset sett attributter. Disse attributtene får status som kvalitetsindikatorer selv om de ikke nødvendigvis sier noe om det totale kvalitetsnivået. Måten en bildør lukker seg på, om vekteren er nybarbert, tyggegummi-tyggende betjening, etc. blir surrogatvariabler som tas til inntekt for bilens, sikkerhets-selskapets eller butikkens totale kvaliteter (ibid.). Privat markedsføring kan benytte denne tilbøyeligheten hos forbrukeren, men, likevel: *"Nåde den som lurar en kunde! Hun kommer aldri igjen, verken hun eller hennes omgangskrets."* (Thjømøe 1999: 39). Forskjellen på privat og offentlig sektor er at privatmarkedets kunde ikke er ført bak lyset så lenge hun ikke opplever seg som ført bak lyset. I praksis innebærer dette at produkter og tjenester holder et visst kvalitetsnivå, men i prinsippet kan kundetilfredshet betraktes som fullstendig løsrevet fra substansiell kvalitet. Thjømøe skriver at kundetilfredshet og lojalitet er et slags endemål for private bedrifter, men at det egentlige målet er å tjene penger. Og profitt er selvfølgelig et legitimt mål for aktører i det private markedet. Jeg vil hevde at følgen av profittmålet er at kvalitet fremstår som et middel til å oppnå kundetilfredshet og lojalitet, som igjen er et middel for markedsposisjon og profitt. Kundeorientering innebærer å gjøre sitt produkt attraktivt for forbrukeren og markedsføre det med alle lovlige virkemidler, med basis i kunnskap om forbrukeratferd. Det betyr ikke at private aktører ikke kan være motivert av et genuint ønske om å levere produkter av høy kvalitet. Markedets mekanismer tvinger likevel alle til å innrette sin virksomhet mot profitt. Det innebærer at privat kundeorientering uunngåelig har profitt som siktemål.

For offentlige virksomheter er det ønskelig at kvalitet og kundetilfredshet er mål i seg selv. Offentlige tjenester må tilfredsstille sine brukere uten at brukertilfredshet er et middel til profitt. Samtidig er offentlige virksomheter del av en velferdsstatlig helhet og ikke fristilt m.h.t. hvilke tjenester de skal tilby eller hvilken form tjenestene skal ha. Kundeorientering i det offentlige kan ikke, på samme måte som i det private, være del av en markedsstrategi bygd på kunnskap om forbrukeratferd. Private kan ty til markedsføringsgrep som leder forbrukeren til ønsket forbrukeratferd – nye behov, økt forbruk, merkeloyalitet osv. – uten å bryte normer for relasjoner i markedet. Det er legitimt å ha virksomhetens beste som

virksomhetens mål. I det offentlige stiller det seg annerledes. Enkeltborgerens beste er det legitime målet, samtidig som alle borgeres beste (velferdssamfunnets totale behov) og rådende fordelingspolitikk danner grensene for hvor langt en offentlig instans, f. eks. helsevesenet, kan strekke seg for den enkelte borger. Kundeorientering i det offentlige må finne sin form innenfor velferdssamfunnets rammebetingelser; økonomiske, politiske og normative. Den type strategiske kundeorientering som bidrar til fri-markedets konkurranse- og optimaliseringeffekter kan forsøkes overført til offentlig sektor. Jeg vil trekke frem to forhold som gjør overføringen problematisk. Det ene er det som er påpekt over, problemet med å legitimere strategier som har virksomhetens, og ikke brukeren eller kundens, beste som sitt utgangspunkt og målsetting. (Privat sektors kundeorienterings styrke (for markedet som helhet) ligger paradoksalt nok i nettopp dette.) Det andre henger tett sammen med det første; mye av motivasjonen til kundeorientering i det private skyldes at mangel på kundeorientering fører til ekskludering fra markedet (market exit), mens man i de fleste offentlige virksomheter ikke frykter dette.

10.4 Hvorfor kundeorientere offentlige tjenester?

Både utviklingen av brukerorienterte, behovssvarende tjenester og effektiv ressursbruk er elementer i velferdsstatens legitimering, slik jeg har redegjort for i kapitlene over. NPM sitt budskap er at dette balanserer seg selv – det første fører til det andre - når borgeren (mottakeren av velferdsstatens tjenester) får opptre som kunde. Jeg har belyst at elektronisk timereservasjon er initiert og innført i dette ”universet” og mener at motivasjonen for å videreføre tiltaket er nettopp overbevisningen om at tilrettelegging for kundelik praksis både gir effektivisering, kvalitetsheving og brukermedvirkning. Tilrettelegging for pasienten som kunde, slik timereservasjonsprosjektet legger opp til, er et viktig element i legitimeringen av velferdsstatens forvaltning.

Jeg ønsker å utdype det jeg mener er en prinsipiell barriere for vellykket innføring av markedsetterliknende tiltak generelt og kundeorientering i helsesektoren spesielt; mangelen på mekanismer for reell markedsforvisning (market exit) undergraver motivasjonen for reell kundeorientering. Jeg mener problemene med å få fart på bruken av elektronisk timereservasjon illustrerer dette. I vedlegg 2 har jeg drøftet problemet med å motivere aktørene i timereservasjonsprosjektet, ved å koble manglende motivasjon til mangelen på reelle mekanismer for market exit i de ulike nivåene i helsesektoren.

11 Oppsummering og konklusjon

"Sociology, however, deals with a universe which is already constituted within frames of meaning by social actors themselves, and reinterprets these within its own theoretical schemes, mediating ordinary and technical language." (Blaikie 1993: 190)

Blaikie beskriver den sosiologiske prosessen som gjenfortolkning av et allerede eksisterende meningsunivers. Formålet med sosiologisk forskning kan være å utvide dette universet.

Mitt mål var å bidra til et *deskriptivt fundament* (Blaikie 2000:83) for forståelsen av en moderne pasientrolle og knytte forståelsen av pasientens økonomiske funksjoner til innføringen av et konkret organiseringsredskap – elektronisk timereservasjon. Jeg ønsket at beskrivelsene av politiske, økonomiske og ideologiske endringer skulle gi bred innsikt i samfunnsutviklingen som har ledet fram til den forståelsen av pasienten som en moderne helsesektor huser.

Valg av tema har utgangspunktet i en kritisk holdning til å innføre markedets prinsipper i helsesektoren. Den kritiske holdningen er forsøkt omgjort til substansiell kritikk av nye forvaltningsprinsippers ontologiske fundament. Jeg har beskrevet individualisme og metodologisk individualisme som fundament for de teorier, og dels ideologier, som New Public Management-paradigmet bygger på. Jeg hevder at tilrettelegging for individuell rasjonalitet alene skaper en en-dimensjonal forvaltningspolitikk, som underslår individets kapasitet til refleksiv aktivitet utover refleksjoner rundt egeninteresse. Forståelsen av pasienten som rasjonell økonomisk aktør samsvarer heller ikke med helseutøveres virkelighetsoppfatning i daglig virke (Lian 2003). Dette kan ha betydning for velferdsstatens legitimitetsbestrebelse.

Elektronisk timereservasjon er beskrevet som et organiseringsredskap som skal styrke tilretteleggingen for fritt sykehusvalg, og derved styrke en ønsket mekanisme i helsevesenet som økonomisk system. Jeg har tolket implementeringsproblemene som uttrykk for at de involverte aktørene ikke ser tiltaket som verdifullt nok for egen virksomhet. Fastleger og spesialisttjenestetilbydere er portvakter for utbredelsen av prosjektet. Det opprinnelige, politisk-administrative motivet om tilrettelegging for kundeferd og fritt sykehusvalg – en valgkultur - er ikke tilstrekkelig motivasjon for de som kontrollerer utbredelsen av tilbudet. Jeg vil hevde at helseutøverne ikke lar forståelsen av pasientens økonomiske funksjoner inngå i beveggrunnene for sitt virke. Det er interessant at pasienten/kunden ikke ser ut til å være den

som regulerer etterspørsel, slik privatmarkedsprinsipper forutsetter og foreskriver. Elektronisk timereservasjon ser ut til å unnsnippe det teknologiske imperativ (Lian 2003:40) som følger utviklingen av medisinsk teknologi, og som skaper krav om at kunnskap og teknologi skal tilbys allmennheten så snart den er kjent og etablert.

Lian (2003) har påpekt manglende samsvar mellom markedets og helsefagenes verdisett. Jeg fremhever to andre grunner til helsevesenets problemer med ordninger som bygger på markedsøkonomiske forutsetninger. Dokumentanalysen antyder at tekster som skal formidle det politisk-administrative synet på aktørenes roller i nye organiseringsmåter, legger lite vekt på pasientens rene økonomiske funksjoner. Kundebegrepet er fraværende i den offentlige helseretorikken. For det andre argumenterer jeg for at kundeorientering i offentlige kvasi-markeder er en ønsket - men ikke fundamental - utvendig strategi for optimalisering av kvalitet og effektivitet i offentlige virksomheter. Normer for offentlige virksomheter generelt gjør det illegitimt for helseutøvere å la markedsstrategiske hensyn styre forholdet til pasienten, slik private aktører legitimt kan forholde seg strategisk til kunden. Normative beskrankninger ”hemmer” offentlig kundeorientering. Jeg mener også at fraværet av mekanismer for reell markedsforvisning i det offentlige undergraver effekten av markedslike ordninger.

Innføringen av markedsinspirerte tiltak blir problematisk når markedets enkle prinsipper møter helsesektorens komplekse strukturer, normer og verdisett. Jeg har forsøkt å vise at timereservasjonsprosjektets suksess avhenger av at aktørene har en reell forståelse av pasienten som kunde – fordi prosjektet ikke har tilstrekkelig direkte verdi for aktørene selv. I et reelt helsemarked med en reell frykt for å miste pasienter, ville aktørene finne tilstrekkelig motivasjon i det å kunne tilby sin pasient en ekstra service (fastlegen), eller det å markedsføre sitt tjenestetilbud i reservasjonssystemet (sykehusavdelingen).

Når mekanismer for markedsforvisning mangler oppstår det paradoks at det innføres markedslike prinsipper for organisering, med implisitte forventninger om at aktørene skal opptre som markedsaktører (forfølge sine egne interesser), samtidig som elektronisk booking i praksis krever at fastleger, og dels sykehusavdelinger, setter til side egeninteresse, *fordi de ikke har egennytte av å bruke systemet*, og må la refleksjoner om kollektiv nytte gå forut for handling i timereservasjonssystemet.

Mangelen på reelle mekanismer og iboende insentiver gjør det nødvendig å vurdere potensialet i ulike markedsetterliknende tiltak i forkant av utvikling og innføring. Evaluering av pilotprosjekter bør legge ekstra vekt på at pilotperioden preges av engasjement og forsterket motivasjon. Når forventede mekanismer ikke skaper ønsket dynamikk, må tiltakene følges av insentivordninger som kompenserer for mangelen på iboende insentiver. Hvis helsepolitikere mener rene markedsmekanismer skal løse forvaltningsutfordringer, må helseutøvere i større grad betrakte seg som aktører i et økonomisk system og betrakte pasienten som middel til økonomisk suksess for sin egen virksomhet.

Et annet alternativ er å akseptere at egeninteresse bare er en av mange egenskaper som konstituerer mennesket, og at markedet ikke finner sin plass i alle samfunnsområder:

”Vi skal bruke markedet, dets logikk og metode der markedets metoder er logiske. Slike områder finnes. Det er i orden med anbud når det skal graves en grøft, bygges en bro eller anlegges en kunstgressbane. (Jeg er forresten blitt litt mer i tvil når det gjelder tunneler.) Men anbudets logikk går på tomgang når 6-åringer skal lære å lese, engstelige eldre skal trøstes og syke mennesker få behandling. Våre kommuner må få lov til å være kommuner, og vi skal være borgere, ikke kunder i byen.” (Rune Gerhardsen til Arbeiderpartiets landsmøte 2007. Fra www.dna.no 09.05.07.)

12 Litteraturliste

- Andersen, Niels Åkerstrøm (2003): *Borgerens kontraktliggjørelse*. Hans Reitzels forlag.
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2003): *Strategi for IKT i offentlig sektor*
- Ashburner, Lynn; Ferlie, Ewan; Fitzgerald, Louise og Pettigrew, Andrew (1996): *The New Public Management in Action*. Oxford University Press.
- Bauman, Zygmunt (2001): *Flytende modernitet*. Vidarforlaget AS.
- Beck, Ulrich (2004): *The Cosmopolitan Perspective: Sociology for the Second Age of Modernity (2000)*. Dansk oversettelse.
- Blaikie, Norman (1993): *Approaches to Social Enquiry*. Polity Press
- Blaikie, Norman (2000): *Designing Social Research*. Polity Press
- Blomqvist, Paula og Rothstein, Bo (2000): *Välfärdsstatens nye ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Agora.
- Brannen, Julia (1993): *Combining qualitative and quantitative approaches: an overview*. Aldershot. Avery.
- Busch, Tor; Johnsen, Erik; Klausen, Kurt Klaudi og Vanebo, Jan Ole (2001): *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Universitetsforlaget.
- CSC (2002): *Det integrerte samfunn. Et scenario for bruk av teknologi i fremtidens helsetjeneste*. Computer Sciences Corporation.
- Denzin, Lincoln (red.) (1998): *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage, Thousand Oaks.
- Eide, Erik og Stornes, Torbjørn W. (2006): *Årsaker til motstand mot endring fra ansatte: Ledelse av endring, psykologiske forhold, politiske og naturlige prosesser*. Universitetet i Stavanger.
<http://www.stornes.net/norwegian/endringsmotstand.pdf>
- Ellingsen, Gunnar og Obstfelder, Aud (2004): *Collective expectations – individual action. Implementing electronic booking systems in Norwegian health care*. Nasjonalt senter for telemedisin.
- Elster, Jon (1989): *Nuts and Bolts for the Social Sciences*. Cambridge University Press.
- Eriksen, Erik Oddvar og Loftager, Jørn (red.), (1996): *The Rationality of the Welfare State*. Scandinavian University Press.
- Ferlie, Ewan; Ashburner, Lynn; Fitzgerald, Louise; Pettigrew, Andrew (1996): *The New Public Management in Action*. Oxford University Press Inc. New York.

- Freidson, Eliot (1970): *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press, Inc.
- Freidson, Eliot (1970): *Professions of Medicine*. Dodd, Mead & Company.
- Freidson, E. og Lorber, J. (red.) (1972): *Medical Men and Their Work*. Aldine-Atherton.
- GetMedic AS (2002): *Prosjektet elektronisk timebestilling. (Prosjekt elektronisk booking ved UNN.) Rapport til Sosial- og helsedepartementet*. GetMedic AS.
- Giddens, Anthony (1994): *Modernitetens konsekvenser*. Hans Reitzels Forlag. København. (3900)
- Giddens, Anthony (1993): *Sociology*. Polity Press
- Gjerdrum, Eva; Larsen, Frank; Nilsen, Line L. og Obstfelder, Aud (2003): *Implementering av telemedisinske tjenester: hemmende og fremmende faktorer*. Rapport. Nasjonalt senter for telemedisin/Universitetssykehuset i Nord-Norge.
- Grønmo, Sigmund (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.
- Hagen, Roar (2005): *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene. Refleksjonsteorier for det moderne samfunnet*. Manuskript.
- Hagen, Roar (1999): *Rasjonell solidaritet*. Universitetsforlaget AS.
- Hatland, Aksel; Kuhnle, Stein og Romøren, Tor Inge (1996): *Den norske velferdsstaten*. Ad Notam Gyldendal.
- Helse Nord RHF (v/Pettersen, Margareth) (2003): *Søknad til Si@ og IT-handlingsplan for Helse Nord*. Søknad til Sosial- og helsedepartementet fra Helse Nord RHF, 12.02.03.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997): *Mer helse for hver bIT. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. Handlingsplan 1997 – 2000*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001): «Si@». *Statlig tiltaksplan 2001-2003: Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren*.
- Helse- og sosialdepartementet (2004): *S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*
- Hodder, Ian (1998): *The interpretation of documents and material culture*, i Denzin, Lincoln (red.): *Collecting and interpreting qualitative materials*. Sage.
- Holton, R.J. og Turner, S (1986): *Talcott Parsons on Economy and Society*. Routledge and Kegan Paul.
- Infantino, Lorenzo (1998): *Individualism in modern thought. From Adam Smith to Hayek*. Routledge.

- Jacobsen, Dag Ingvar (2004): *Organisasjonsendring og endringsledelse*. Fagbokforlaget.
- Johannessen, Jon-Arild og Olaisen, Johan (2004): *Strategisk helseledelse*. Universitetsforlaget.
- Johnsen, Hans Chr. Garmann (2005): *Fra forvaltning til dialog. Strategi for å bedre tjenestekvalitet i offentlige virksomheter gjennom brukermedvirkning og dialog*. Høyskoleforlaget.
- KITH (2004): *Kravspesifikasjon for nasjonale databaser i nasjonal timereservasjon hos spesialisthelsetjenesten*. (Forfattere Jim J. Yang og Magnus Alsaker). Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren.
- Kringlen, Einar (1994): *Pasientbehandling*. Universitetsforlaget.
- Larsen, Magnus Fodstad (2007): *Nasjonalt Timereservasjonssystem- bedre pasientservice for de som trenger det minst?* Presentasjon.
http://www.nsep.no/seminar/presentasjoner/presentasjon_onsdag_07022007.pdf
- Lian, O. (2003): *Når helse blir en vare*. Høyskoleforlaget.
- Lotherington, A.T. og Obstfelder, A. (2006): *Contests in virtual space: Power and resistance in electronic booking*. Paper til The 2006 meeting of the AAG, Chicago 2006.
- Lotherington, A.T. og Obstfelder, A. (2006): *Samtale om booking 15.02.06*. Notat fra intervju. Ikke publisert. (Innhentet tillatelse til ref.)
- Lov om pasientrettigheter.
- Luhmann, Niklas (1995): *Social Systems*. Stanford University Press.
- Lupton, Deborah (1994): *Medicine as Culture. Illness and Disease and the Body in Western Societies*. SAGE Publications.
- Mechanic, David (1978): *Medical Sociology*. The Free Press.
- Mechanic, David (1972): *Public Expectations and Health Care. Essays on the Changing Organization of Health Services*. John Wiley & Sons.
- Moe, Sverre (1994): *Sosiologi i 100 år. En veileder i sosiologisk teori*. Universitetsforlaget.
- Myrvang, Robert (2004): *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer. Medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin*. SVF, Universitetet i Tromsø.
- Måseide, Per (1983): *Medisinsk sosiologi*. Aschehoug.
- Neumann, Iver B. (2001): *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Fagbokforlaget. Bergen.

Nordgren, Lars (2003): *Från patient til kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position.* Lund Business Press.

NOU 1991:28. *Mot bedre vitende. Effektiviseringsmuligheter i offentlig sektor.*

NOU 1997: 2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.*

NOU 2003: 19. *Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen.*

NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.*

Ot.prp. nr. 12 (1998-1999): *Lov om pasientrettigheter.*

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*

Ot.prp. nr. 63 (2002-2003): *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*

Parsons, Talcott (1964): *The Social System.* The Free Press.

Parsons, Talcott (1978): *Action Theory and the Human Condition.* The Free Press.

Rattsø, Jørn (2004): *Den besværlige offentlige sektor.* Horisont nr. 3/2004, s. 10-19. Lastet fra www.nho.no 23.02.07.

Rothstein, Bo og Steinmo, Sven (red.), (2002): *Restructuring the Welfare State. Political Institutions and Policy Change.* Palgrave Macmillan.

Sosial- og helsedirektoratet/Nasjonalt Bookingprosjekt (2005): *Nasjonal Standard for Kommunikasjon i Bookingsystemet.* Rapport forfattet av Deriga AS og Getmedic AS. Lastet fra www.shdir.no 14.03.07.

Thagaard, Tove (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Fagbokforlaget.

Thjømmøe, Hans Mathias (1999): *Forbrukeratferd.* Tano Aschehoug.

Thompson, Kjell (2004): *Hvorfor vegrer vi oss mot forandringer?* Horisont nr. 3/2004. Lastet fra www.nho.no 23.02.07.

UNN/Helse Nord RHF (2007): *Prosjektrapport. Nasjonalt timereservasjonssystem.*

UNN/Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Kravspesifikasjon til system for nasjonal elektronisk booking.*

UNN (forfatter ukjent) (2003): *Elektronisk booking på nasjonalt plan.* PowerPointpresentasjon fra seminar "Elektronisk samhandling i Helse Nord RHF" 11.-12. desember 2003.

Vedlegg 1: Grunnleggende elementer og mekanismer i New Public Management

For forkjempere for New Public Management som styringsidé er det;

“Et gjennomgående poeng er at det offentlige bør bli mer opptatt av styring og mindre opptatt av direkte tjenesteproduksjon, og at markedskreftene og privat sektor har en viktig rolle å spille med hensyn til å levere offentlige tjenester.” (Lian 2003:115).

For å oppnå dette må offentlig sektor akseptere, eller i hvert fall ikke avvise, de grunnleggende forutsetningene for virkemidlene som NPM foreskriver. På et fundamentalt plan må organiseringen ta utgangspunkt i økonomisk teoris aktørforståelse: *“The first principle of economics is that every agent is actuated only by self-interests.”* (Edgeworth 1881 i Lian 2003:109). Økonomisk teoris grunnantakelse er at individer er egennyttemaksimerende, opportunistiske og rasjonelt handlende aktører (Hagen 2005). Denne antakelsen danner grunnlag for de fleste av NPM-lærens redskaper for organisering, i og med at mekanismene i privatøkonomiske systemer forventes å virke også i offentlige organisasjoner.

“At tage lære af det private” (sitat over) er nettopp kjernen i NPM. Aktører i privat sektor, i markedet, driver sine virksomheter etter prinsipper som er formet ved nødvendig tilpasning til et marked med fri konkurranse. Man kan si at relasjoner virksomheter i et fritt marked har til konkurrenter, kunder og medarbeidere bestemmes av forestillingen om det egennyttemaksimerende individ, og ut fra dette formes prinsipper for organisering og drift av virksomheten. I privat sektor legger antakelsen om det egeninteressedrevne individ absolutte føringer på organisering av virksomheten. både på eksterne strategier, rettet mot individet som kunde og mot konkurrerende virksomheter, og på bedriftsinterne strategier. Eksterne strategier dreier seg om forbrukerorientering og -tilpasning, og posisjonering i forhold til konkurrenter i markedet. God informasjon om forbrukerens behov og ønsker står sentralt. Kunnskap om hva som skal til for å tilfredsstille kunden – kundens egeninteresse - er helt nødvendig for at en privat virksomhet skal lykkes. Interne strategier har i hovedsak som mål å utnytte rammebetingelser og menneskelige ressurser best mulig. *“Best mulig”* innebærer å bruke ressurser mest mulig effektivt og drive virksomheten med lavest mulige kostnader, for å oppnå optimal markedsposisjon og -andel, og optimal avkastning. Ansatte og kollegaer kan betraktes med samme aktørforståelse som kunder og konkurrenter. Det er derfor viktige å etablere ordninger som sikrer at den ansattes egeninteresse bidrar til at virksomheten når sine

mål. Beskrivelsen av hovedelementene i New Public Management må forstås med dette som bakteppe.

Christopher Hood (i Lian 2003:97) gir en oversikt over hva New Public Management dreier seg om:

- *Å oppnå resultater.* Resultater og måloppnåelse er viktigere enn regler og prosedyrer og byråkratiske prosesser.
- *Å nå målsettinger og klare resultatkrav.* Tydelig definerte mål og klare resultatkrav for virksomheten.
- *Desentralisering og oppsplitting.* "Store offentlige organisasjoner bør deles opp i mindre og mer styrbare enheter med ansvar for spesifikke oppgaver." (ibid.). Offentlig tjenesteproduksjon og politisk ledelse bør være klart atskilt. Enheter bør samarbeide ved bruk av kontrakter.
- *Konkurransen.* Bruk av kvasi-markeder eller interne markeder for å skape konkurranseforhold mellom tilbydere av offentlige tjenester (ev. også private aktører) skal bidra til utvikling av bedre tjenester og mer kostnadseffektiv drift.
- *Effektiv ressursbruk.* Offentlige virksomheter må bli mer kritiske til egen ressursbruk.
- *Profesjonell ledelse.* Ledere i offentlige virksomheter bør ha reelt handlingsrom og stå ansvarlige for resultatene.
- *Nye styrings- og ledelsesformer.* Offentlige organisasjoner har likhetstrekk med private og bør nytte seg av privat sektors styrings- og ledelseskompetanse, blant annet ved å ta i bruk rekrutteringssystemer som sikrer hensiktsmessig sammensetning av staben og ved bruk av insentivsystemer.

Osbourne og Gabler (1992 i Lian 2003:101) presenterer et ti-punktsprogram for en ideelt fungerende offentlig sektor. I tillegg til elementene i Hood sin oversikt, legger forfatterne vekt på; at reell makt flyttes til lokalsamfunn (lokale administrative enheter), på måling og evaluering av offentlige virksomheter, på valgfrihet og kundeorientering, på problemforebygging, på det offentlige som katalysator for aktiv problemløsning fra alle sektorer, og på offentlige virksomheter kan legge vekt på å tjene penger, ikke bare bruke dem. Et gjennomgående trekk i beskrivelsene av hva NPM innebærer, er skillet mellom politisk og strategisk ledelse og det utførende nivået, produsentene av offentlige tjenester, og implikasjoner av dette skillet. Tjenesteproduksjon i eller for offentlig sektor skal i større grad regulere seg selv innenfor en politisk vedtatt ramme, og nå politisk vedtatte målsettinger, ved at forholdet mellom sentrale myndigheter og tjenesteytere er det engelsk litteratur kaller *tight-loose*. Politisk-administrative organer skal ha et stramt grep om mål og prioriteringer, men et løst grep på driften av utførende instanser. Innenfor gitte rammebetingelser skal det gis stort spillerom for løsning av pålagte oppgaver. (Lian 2003:115).

Virkemidlene og målene for NPM-organisering manifesteres i NPM-reformer som grovt inndelt har tre utforminger:

- Privatisering hvor staten sier fra seg ansvaret for en samfunnsoppgave og overlater ansvaret til markedet og det private initiativ.
- Konkurransetsetting hvor staten beholder ansvaret for finansiering, men hvor det overlates til markedet å avgjøre hvem som skal produsere det offentlige godet gjennom konkurranse blant tilbydere.
- Effektivisering og produktivitetsøkning innen offentlig tjenesteproduksjon ved å skape markedslignende mekanismer i offentlig sektor. (Hagen 2005:200)

Den første reformtypen følger av debatten om hvor stor offentlig sektor skal være. I Norge har det vært bred enighet om et omfattende offentlig ansvar for produksjon av velferdssamfunnets tjenester. Nedbygging av offentlig sektor har bestått i privatisering av bl.a. teletjenester og elektrisitetsforsyning, samt ulike former for fristilling av virksomheter innen offentlige institusjoner (eks. Luftfartsverket; Avinor, Statens Vegvesen; Mesta).

Ved konkurranseutsetting av tjenesteproduksjon omgår man diskusjonen om omfanget av det offentlige velferdsansvar. Offentlige og private tilbydere konkurrerer på lik linje om levering av velferdstjenester som fortsatt defineres og finansieres av det offentlige. Gevinsten av å la markedsmekanismer avgjøre hvem som skal utføre offentlige tjenester er todelt.

Konkurransen presser tilbydere til å tilby tjenester med adekvat kvalitet til lavest mulig pris, slik at de offentlige utgiftene blir lavest mulig. Kravene til lavest mulig pris tvinger tilbydere, private og offentlige, til å drive mest mulig kostnadseffektivt. For private virksomheter er dette et selvfølgelig krav ved markedstilpasning, men for offentlige virksomheter eksisterte ikke incentivet til effektivisering i tradisjonell offentlig forvaltning og tjenesteproduksjon.

Etablering av markedslignende mekanismer innen og mellom institusjoner i offentlig sektor dreier seg om å innføre privatmarkedets incentiver til kvalitetsutvikling, effektivisering og brukerorientering i offentlige forvaltningsmodeller. Målsettingen er å skape en offentlig forvaltning som kan møte moderne krav til kostnadseffektivitet og styrke velferdsstatens legitimitet gjennom forsvarlig ressursbruk og brukerrettede tjenester.

NPM-orienteringen av offentlig forvaltning bygger på to pilarer. Hood (1991 i Lian 2003:98) beskriver NPM som *”et ekteskap mellom to sterke idéstrømninger i etterkrigstiden.”*. Den ene parten består av ny innsikt i økonomisk teori, den andre av nye idéer om intern organisering

og ledelse av organisasjoner i offentlig sektor. Analogt med dette beskriver Klausen (2001 i Lian 2003) to søyler som fundament for NPM. Den ene utgjøres av ønsket om en liberal markedsorientering og tro på markedskrefter som virkemiddel både internt i det offentlige og i forholdet til privat sektor. Den andre søylen er bygd opp av troen på nye prinsipper for intern organisering og ledelse i det offentlige. Disse handler bl.a. om virkemidler for disiplinering av medarbeidere i forhold til virksomhetens mål og interesser, systemer for kontroll, kvalitetssikring, mål- og resultatstyring, rekruttering og tro på en sterk profesjonell ledelse med reelt handlingsrom (etter modell av privat sektor). Andre skiller mellom bruk av markedsbaserte koordineringsmekanismer for organisering og produksjon av tjenester som den ene søylen, og ”bruk av nyere prinsipper for styring og ledelse av organisasjoner hentet fra privat sektor.” (ibid.) som den andre.

På dette todelte fundamentet har NPM-reformer fått form av ulike modeller som er ment å møte ulike utfordringer. Dels er reformene svar på forskjellige behov i offentlige sektor avhengig av tid og sted, dels representerer modellene en evolusjon i NPM-orienteringen, dels tydeliggjør de ulike dimensjoner og potensialet i NPM som forvaltningsparadigme. *Effektivitetsmodellen* kan sies å beskrive NPM i sin tidligste utgave. Den representerer et forsøk på å gjøre offentlig sektor mer markedslik, motivert av enkle forestillinger om effektiviseringsgevinster av å innføre markedets strukturer og mekanismer; i leder- og ledelsesstrukturer og i koordinerings- og insentivsystemer. Ved økt vekt på et sterkt lederskap og klare kommandolinjer, mål- og resultatorientering, effektiv drift, kostnadskontroll, spillerom for private tilbydere av offentlige tjenester og brukertilpassing av tjenester, skulle man sparke liv i en offentlig sektor som ble betraktet som oppblåst, sløsende, overbyråkratisk og underpresterende (Ferlie et. al 1996:11). Økonomiske reformer i det tidlige 80-tallets Storbritannia (*Thatcherite political economy*) er særlig representative for NPM-reformer etter denne modellen.

Nedbyggings- (downsizing) og desentraliseringsmodellen legger vekt på å bygge ned store administrative enheter i offentlig sektor ved å splitte opp og flytte ansvar for budsjett, tjenesteproduksjon, virkemidler og resultatoppnåelse til lavere organisasjonsnivåer, eventuelt også kontraktere tjenesteproduksjon ut av offentlig sektor. En liten strategisk kjerne”... *bør ta seg av overordnet mål- og strategiutforming for offentlig virksomhet.*” (Lian 2003:100) og tilrettelegge for større frihet til og ansvar for drift i lokale enheter ved ”(...) *a split between a small strategic core and a large operational periphery.*” (Ferlie et. al 1996:12). I tillegg er

sentrale virkemidler utforming av mer komplekse kvasi-markeder, overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring, og et klarere skille mellom finansiering og produksjon av offentlige tjenester ved etablering av bestiller-utfører-modeller.

Excellence-modellen har hentet inspirasjon fra (nok) en organisasjonsteoretisk skole, human relations-skolen innen privat ledelsesteori, som legger sterk vekt på kunnskap om organisasjonskultur. Hovedverket for denne retningen innen organisasjonslære er Peters og Watermanns *In Search of Excellence* fra 1982. Excellence-modellen avviser den strengt rasjonalistiske tilnærmingen til organisering og ledelse som preger effektivitetsmodellen, og vektlegger i stedet "(...) *the role of values, culture, rites, and symbols in shaping how people actually behave at work.*" (Ferlie et. al 1996:13). Modellen går langt i anerkjennelsen av at kollektive kulturer innen organisasjoner kan ha større effekt på medarbeidernes bindinger og lojalitet til organisasjonen og dens målsettinger, enn rational choice-baserte styringssystemer. I et *bottom-up*-perspektiv blir det viktig å anerkjenne virksomheters kulturer som en type lim for organisasjonen, samt ivareta både positive og negative innspill fra medarbeidere som bidrag til kvalitets- og organisasjonsutvikling. I et *top-down*-perspektiv legger modellen vekt på utforming av eksplisitte strategier for å ivareta og utvikle menneskelige ressurser, strategier for å initiere og lede nødvendige kulturendringer innen organisasjoner, på karismatisk lederskap (etter modell av privat sektor-lederskap), ledere som fremmer motivasjon, kreativitet og teamarbeid, utforming av eksplisitte kommunikasjonsstrategier o.s.v. (Ferlie et. al 1996, Lian 2003)

En fjerde modell av NPM kalles i Ferlie et. al (1996) *Public Service Orientation*. Modellen demper det sterke fokuset på organisering som kjennetegner øvrige modeller, og legger vekt på en sørvis- og kvalitetsorientert offentlig sektor. Modellen representerer en fusjon av privat sektors og offentlig sektors ledelsesideologier, eller en reaksjon på begrensningene i rendyrket NPM-forvaltning og reinnføring av en distinkt offentlig sektor-identitet (uten å reinnføre tradisjonell forvaltningsideologi). Det legges vekt på service-kvalitet og en forvaltning som speiler brukerhensyn og – verdier. Man kan si modellen innebærer en videreutvikling av aktørbegrepet i NPM-læren ved at brukerhensyn erstatter kundeorientering. Den kjennetegnes også ved ønsket om å tilbakeføre makt til valgte og ikke utnevnte organer, og derved motvirke maktforskyvningseffektene av enkelte NPM-virkemidler. Parallelt med at forskjellene på offentlige og private virksomhetsområder understrekes, forsøker modellen å tilpasse idéer fra privat sektors kunnskapsutvikling til offentlig sektors organisasjoner. Elementer fra moderne

strømninger i privat sektors organisasjonslære, eks. *total quality management* (totalkvalitetsledelse (Johnsen 2005:97)), skal bidra til å utviklingen av en *public service orientation* i offentlig sektor.

De ulike modellene vektlegger forskjellige dimensjoner ved offentlig sektors formål, utforming og organisering. Selv om modellene beskriver ulike botemidler og sunnhetsmål for en offentlig sektor som stadig regnes som behandlingstrengende, er de alle basert på enkelte grunnleggende redskaper og på visse teoretiske grunnforutsetninger. De er også avhengig av bestemte institusjonelle rammer for å kunne manifesteres som politiske reformer.

Troen på den sterke leder. Lederskap er en separat funksjon i de enkelte organisasjoner og innebærer reelt handlingsrom og beslutningsmyndighet. Lederskap gis forskjellig innhold i den ny-tayloristiske skolen (*scientific management*); vekt på kontroll, måling, evaluering, styring (effektivitetsmodellen) og i excellence-skolen; inspirere, motivere, fremme kreativitet og foredle initiativ (excellence-modellen og *public service orientation*). Organisasjoner i offentlig sektor kan rives mellom lederskapsidéene i de to skolene.

Nødvendigheten av markedsmekanismer. Prismekanismer; brukerbetaling og pengene-følger-brukeren-ordninger, og kontrakter; konkurranseutsetting og interne markeder. Public choice-skolen hevder at årsaken til offentlig sektors feiling er sektoren ikke anerkjenner styrken i motiver som er basert på aktørenes egeninteresse på både politisk og administrativt nivå.

"Public choice-teoretikerne har stort sett fått gjennomslag for sin diagnose av offentlig sektor, nemlig at det er mangelen på markedets disiplinerende kraft som skaper de største problemene:" (Lian 2003:108).

Mangelen på personlige insentiver hemmer nyskaping og utvikling i forvaltningen og produksjonen av offentlige tjenester. Kuren som følger av denne diagnosen *"(...) er at det offentlige bør forsøke å gjenskape noen av de vilkårene som private bedrifter opererer under:"* (ibid.). Offentlige organisasjoner må møte krav til resultater og gis forventninger om belønning ved resultatoppnåelse. Tilsvarende må offentlig ansatte møte prestasjonskrav og innsats belønnes i insentivordninger som skaper samsvar mellom personlige interesser og organisasjonens interesser.

Introduksjonen av markedslignende mekanismer (konkurranse, insentivordninger etc.) i offentlig sektor innebærer en grunnleggende endring i måten offentlig sektor opererer på. Endringsprosesser i tradisjonell offentlig forvaltning har fokusert på å justere eller bygge ut

eksisterende hierarkiske strukturer for å imøtekomme nye tiltak. NPM som reformideologi fordrer institusjonelle endringer som forandrer spillereglene for offentlig forvaltning og rokker ved dens etablerte normer og verdier. Det er først og fremst økonomifaget som rydder grunnen for nye institusjonelle omgivelser. *Ny-institusjonell økonomi* bygger på generell økonomisk teoris sentrale forutsetning; forståelsen av individet som egeninteressedrevet og egennyttemaksimerende aktør, som jeg har over har beskrevet som New Public Managements ontologiske grunnlag. Den aprioriske erkjennelsen om individet er grunnlaget for kunnskapsutviklingen i all økonomisk teori, ny-institusjonell teori er intet unntak.

Transaksjonskostnadsteori utgjør et av ny-institusjonell teoris bidrag til teorigrunnlaget for NPM. Teorien gir et grunnlag for vurderinger av om marked eller hierarki (i betydningen offentlig forvaltning) er den mest egnede rammen for ulike transaksjoner av samfunnsgoder. Her er det ikke plass til å utdype teoriens forklaringsmodell, men i korte trekk gir teorien grunnlag for å overlate lavkostnads- og rutinetransaksjoner til markedet, og høykostnadstransaksjoner, preget av lite volum og informasjonsassymetri, til offentlige organisasjoner (hierarki). Transaksjonskostnadsteori blir på denne måten et redskap for NPM-tiltak etter nedbyggings- og desentraliseringsmodellen, eller andre tiltak som inneholder vurderinger av omfanget av offentlig tjenesteproduksjon.

Det andre teoretiske bidraget, *prinsipal/agent-teorien*, tar for seg forholdet mellom en utførende part og en overordnet part i offentlig sektor, eller i enhver sammenheng hvor en aktør eller instans (agenten) utfører en oppgave for en som ønsker oppgaven utført (prinsipalen). Teorien tar sikte på å forklare samspillet mellom aktørene med utgangspunkt i at de ikke nødvendigvis har sammenfallende interesser, og på å beskrive hva som skal til for å skape et slikt sammenfall. ”*Et hovedtema for teorien er hvordan prinsipalen kan utforme insentiv- og kontrollsystemer som fungerer slik at han i størst mulig grad sikrer seg at agenten opptrer i samsvar med prinsipalens interesser.*” (Lian 2003:112). Bestiller-utførermodeller for effektiv koordinering og organisering av offentlig sektor bygger på disse kunnskapene.

Økonomisk teoris forutsetninger, begrepsapparat og virkelighetsbeskrivelser, og modellene beskrevet over, forsyner alle nivåer av offentlig sektor med samme kunnskap om mulige organiseringsmåter i offentlig forvaltning. Politiske prosesser, utredningsarbeid, arbeidet med konkrete reformer på politisk nivå og tjenestemannsnivå (politiker, rådgivere, byråkrater)

foregår med et ensartet refleksjonsgrunnlag – gitt av det man kan kalle den rådende forvaltningsideologien, -diskursen eller det rådende -paradigme. Kunnskapen fungerer som redskap for utforming av reformer og som legitimeringsgrunnlag for valgene som gjøres. Reformen kan ha ulike mål og ta ulike former. Forskjellige reformtiltak kan ha som målsetting å virkeliggjøre visjoner og ta i bruk virkemidler fra en eller flere av modellene beskrevet over, men de mest grunnleggende virkemidlene i de fleste NPM-reformer har solid forankring i økonomisk teori. ”I den grad reformpolitikken baserer seg på samfunnsvitenskapelig teori, er det NPM og mikroøkonomi.” (Hagen 2005:217). En konsekvens er at virkemiddelbruken i nyere reformer blir nokså ensartet. Jeg velger å begrense meg til å beskrive bruken av *interne markeder* eller *kvasi-markeder* som koordinerings- og fordelingsystem, fordi varianter av disse er kjerneelementet i flere av helsesektorens reformer, spesielt foretaksreformen.

Interne markeder i det offentlige har tre hovedkjenntegn (Ferlie et. al 1996, Walsh 1995 i Lian 2003):

- Det konstrueres et skille mellom kunder (kjøpere, bestillere) og tilbydere (leverandører, utførere) av offentlige tjenester.
- Relasjoner og transaksjoner mellom de to partene reguleres ved inngåelse av kontrakter, eller rettere kvasi-kontrakter, mellom partene.
- Det etableres systemer for oppgjør, regnskapsføring og revisjon av transaksjoner mellom partene.

Skillet mellom *bestiller* og *utfører* har forskjellige formål og implikasjoner.

Referansemodellen er en ideell konkurransesituasjon hvor tilbydere må optimalisere drift og produksjon for å nå opp i konkurransen med andre tilbydere om salg av sine tjenester. Fokuset på å nå opp i konkurransen skal ”fortrenge” klassiske fenomener i tradisjonell forvaltning, hvor aktivitetene i hierarkiske enheter, i følge public choice-skolens kritikk av offentlige organisasjoner, er rettet mot egeninteresser og budsjettmaksimering (Parkinsons lov). Videre skal kontraktsstyring av relasjonene skape en ønsket avstand mellom prosesser på politisk-administrativt nivå og aktivitetene på utførernivå. Avstanden skal sikre at politisk-administrative enheter kan konsentrere seg om utvikling av mål og strategier (ledelse), og gi utførende enheter frihet til å utvikle effektiv produksjon av behovssvarende tjenester. Samtidig signaliserer kontrakten at forholdet mellom kjøper og tilbyder kan brytes hvis tilbyder ikke leverer tjenester til konkurransedyktig pris eller med tilstrekkelig kvalitet, *selv når begge parter tilhører offentlig sektor*. (I dette ligger både en styrke og åpenbare utilstrekkeligheter ved ordningen med kvasi-markeder for offentlige tjenester. Dette forholdet

vil bli behandlet under, i kapitlet om kundeorientering.) Når begge parter er offentlige organisasjoner vil normalt kontraktene som inngås for kvasi-markedsrelasjoner ikke være bindende i privat-rettslig forstand, ettersom partene ikke er selvstendige rettssubjekter. I nyere organiseringsreformer i helsesektoren ser vi forsøk på å styrke effektene av kvasi-markedets mekanismer ved at bestiller og utfører skilles også som rettssubjekter (eks. helseforetaksreformen). Videre skal budsjettering og regnskapsføring etter næringslivets modeller understreke at aktivitetene er mål- og resultatorientert, og gjøre det mulig å evaluere effektivitetsnivå i tillegg til aktivitetsnivå.

Vedlegg 2: Hva er problemet med kundeorientering i det offentlige?

Følgende er et forsøk på å trekke en linje fra en beskrivelse av markedsorientering i helsesektoren til problemstillingen - relasjonen mellom forståelsen av pasienten som kunde og timereservasjonsprosjektet.

"In private companies directors are accountable to the shareholders, whereas in the NHS they are accountable only to the Secretary of State. Company directors are financially liable, unlike their NHS counterparts, and the freedom of action of NHS authority and trust directors is severely limited in comparison with most boards since resources are politically controlled and allocated at a higher level." (Ferlie et. Al 1996:127).

"Market exit"

Med NPM er etablert et paradigme eller en diskurs hvor markedslike modeller for organisering av offentlig virksomhet er rådende. I markedsmodeller er individets frie valg den sentrale faktoren for modellens suksess. For det frie markedet er kundens handlingsvalg det grunnleggende elementet i markedets mekanismer. Kundens valg belønner markedsaktører som presterer, og forviser de som ikke presterer ut av markedet (market exit). Aktørene (tilbyderne) kjemper om kundens gunst ved å prøve å gi kunden det hun vil ha, men må samtidig sørge for å holde kostnadene lave og avkastningen høy. Høy kvalitet, men også høye kostnader medfører "market exit". Lave kostnader hindrer ikke "market exit" hvis kvaliteten er for lav. Aktørene må med andre ord prestere både kvalitet og effektivitet for å holde seg inne i markedet. Motivasjonen til å prestere på begge områder er *svært sterk* i det private markedet fordi *aktørene ikke har noen eksistens utenfor markedet*. På eier-, styre- og ledelsesnivå i private bedrifter vil dette være den grunnleggende drivkraften bak all aktivitet. I større bedrifter er det gjerne etablert programmer som skal formidle motivasjonen til å yte nedover i rekkene, i form av arbeidsreglementer, retningslinjer, "bedriftsfilosofier", lojalitets- og miljøstyrkende tiltak, lønnsinsentiver etc., slik at de som produserer varene eller møter kundene gjør det med tilstrekkelig kvalitet. I små bedrifter, med mindre avstand mellom eiere og ansatte, kan motivasjonen til å produsere effektivt og yte sørvis være mer direkte knyttet til muligheten for "market exit" ved sub-optimal prestasjon.

"Market exit" i kvasi-markedet

I offentlig sektor eksisterer ingen reelle markeder. Likevel er det etablert mekanismer for en viss form for "market exit". For helseforetakene sin del dreier det seg om at flyten av driftsmidler fra staten avhenger av antall pasienter og antall og type behandlingsforløp. Et

behandlingstilbud som ikke tiltrekker pasienter vil det ikke være lønnsomt for et sykehus å opprettholde. I ytterste konsekvens kan en avdeling, eventuelt et sykehus, som ikke tiltrekker nok pasienter måtte legge ned, men i praksis kan lokale- og rikspolitiske faktorer være vel så bestemmende for et helseforetaks tilbud som de økonomiske.

”Det er viktig at lokale og regionale politiske myndigheter har reelle muligheter til å gi innspill i forbindelse med planleggingen av spesialisthelsetjenesten. Dette er sentrale samarbeidsaktører for å sikre brukerne et helhetlig behandlingstilbud.” (Ot.prp. nr. 66, s. 50)

I forarbeidene til helseforetaksloven imøtegås også bekymringer knyttet til nedlegging:

”Det foreslås at staten skal være fullt ut ansvarlig for de regionale helseforetakene og deres virksomheters økonomiske forpliktelser og at foretakene ikke skal kunne gå konkurs.” (ibid. s. 4)

Og i paragraf 7 i Lov om helseforetak om ansvaret for foretakets forpliktelser, slås det fast at:
”Eier hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser”.

For allmennlegene kan man kanskje også snakke om at behovet for et visst antall pasienter er en kvalitetsfremmende faktor og at ”upopulære” fastleger kan sies å være på vei ut av markedet. Det er likevel ikke meningsfylt å snakke om legekantorene kun som aktører i et marked. Mange forhold som ikke har med markedsøkonomi å gjøre er med på å forme tilbudet av allmennlegetjenester i et lokalsamfunn, og det kan være flere grunner til å opprettholde regulering av legemarkedet.

”Selv om utdanningskapasiteten er økt og det foregår en aktiv rekruttering av leger fra utlandet, er det stor mangel på leger både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Et fritt legemarked vil sannsynligvis forsterke den eksisterende skjevfordelingen. Det er derfor fortsatt behov for en regulering av legemarkedet.” (Ot.prp. nr. 66, s. 167)

Markedsorienteringen i organiseringen av offentlig sektor har ført til etablering av offentlige kvasi-markeder. De reelle markedenes mekanismer for å motivere aktørene til å handle i tråd med markedets prinsipper - og derved bidra til markedets suksess – er forsøkt overført til de offentlige kvasi-markedene. I kvasi-markedet snakkes det om bestillere og utførere, offentlige institusjoner konkurrerer med private bedrifter om å få utføre offentlige tjenester, offentlige virksomheter privatiseres (eller kvasi-privatiseres) og kjemper om å få utføre tjenester de tidligere hadde monopol på, klienter og pasienter er blitt brukere eller kunder. Grunntanken er at alle tjenester er varer og at alle som har et behov for en tjeneste er kunder, enten det dreier seg om intern organisering av offentlig administrasjon og tjenesteyting, eller om forholdet mellom tjenesteyter og mottaker av tjenester. Kundeperspektivet – tilrettelegging for mottakere av tjenester *som kunde* og viljen til å tilfredsstillte kundens behov – er tilnærmet likt i kvasi-markeder og i reelle markeder, men motivene er forskjellige. I det private er

tilrettelegging for kunden motivert av at det motsatte kan medføre ”market exit”. Dette er det grunnleggende motivet på eier- og ledelsesnivå og grunnlaget for å motivere ansatte til å prestere kvalitet, sørvis og effektivitet. Som nevnt over kan motivering av ansatte ha forskjellige former, men de kan oppsummeres som lokking (lønnsinsentiver og andre former for individuell belønning), luring (miljø- og lojalitetsstyrkende tiltak) og straffing (ved brudd på reglementer og retningslinjer). Mange ansatte er også bevisste på den direkte sammenhengen mellom egen innsats og bedriftens og egen framtid uten at de må lokkes, lures eller straffes. I det offentlige er motivene for tilrettelegging for kunden annerledes:

Velferdsstatens legitimitet

For det første er kundeorienteringen en respons på et antatt krav fra borgerne (i en pågående debatt om velferdsstatens legitimitet) om at det tilrettelegges for lydhørhet, medvirkning og deltakelse og at tjenestene tilpasses mottakerne. Det antas at for at ressursbruken i velferdsstaten skal oppfattes som legitim av oss som både finansierer og bruker den, og ikke minst velger hvem som skal forvalte den, må tjenestene som tilbys kunne oppleves som gode og behovssvarende, og ressursbruken som effektiv. Staten kan ikke lenger forvente at folk takker pent og innretter seg etter det staten måtte tilby. Staten må tilpasse seg individuelle behov og ønsker; tjenestene må være tilpasset det moderne individ. Det offentliges respons på borgernes (antatte) forventninger til tilbudet av offentlige tjenester kan sammenliknes med markedets tilpasning til kundenes ønsker og behov. I begge tilfeller er mottakerens ønsker og forventninger med på å forme et tilbud. Forskjellen ligger i at markedet fritt kan justere tilbudet av varer og tjenester etter hva kunden etterspør og på grunnlag av rene økonomiske avveininger, mens de fleste offentlige tjenester i realiteten må opprettholdes uavhengig av dette.

Kundeorientering som redskap for kvalitetsheving og effektivisering

Kundeorientering kan altså betraktes som en *respons* på behov og forventninger fra velferdsstatens borgere. Samtidig skal kundeorienteringen være et *redskap* for å gjøre offentlige tjenester bedre og mer kostnadseffektive:

I det private markedet kan man si at kundesørvis, kvalitetskontroll og effektivisering er redskaper for å holde aktøren inne i markedet. All aktivitet dreier seg om overleve i markedet ved å tilrettelegge for kunden, og kundens valg gir umiddelbar tilbakemelding på om kvaliteten på tjenester og produkter er høy nok. ”I det private er man vant til å leve med

valgfrihetens konsekvenser.” (Rattsø 2004:17). Kundeorientering er ”innbakt” i all aktivitet i markedet fordi kunden har mulighet til å ikke benytte et tilbud eller velge andre leverandører av samme tilbud. Å få kunden til å velge akkurat ditt tilbud er det grunnleggende insitamentet for aktørens aktivitet i markedet. På denne måten bidrar kunden til utviklingen av tjenester og produkter. Offentlig tjenester kan man som enkeltperson derimot ofte ikke velge bort og bare unntaksvis kan man velge mellom forskjellige leverandører (her ser jeg bort fra tjenester som er flyttet fra offentlig til privat sfære; telekommunikasjon, kraft etc.). Dersom man vil ha en byggesøknad behandlet er det bare et sted å gå. Du kan ikke velge bort avfallshåndtering eller velge mellom flere leverandører av vann. Hvis du blir akutt syk kan du verken velge å avstå fra å bruke helsetjenester (i teorien kan du jo det...) eller velge mellom forskjellige legevakter eller ambulansesentraler. For de delene av offentlig sektor som leverer denne typen nødvendige tjenester er ikke frykten for å bli valgt bort en underliggende drivkraft for aktiviteten. På andre områder ligner offentlig sektor mer på markedet, men få offentlige virksomheter henter motivasjonen til å kundeorientere sin virksomhet på grunnlag av muligheten for at kundeflukst skal føre til ”market exit”. Kundeorienteringen er med andre ord ikke innbakt i offentlig sektors mekanismer på samme måte som i det private markedet.

I stedet kan man kanskje snakke om en pålagt kundeorientering, et pålegg fra politisk-administrativt nivå om yte sørvis og invitere til medvirkning og medbestemmelse, motivert av en overbevisning om at tilrettelegging for kunden vil virke skjerpene på samme måte som i privat sektor. Ved å møte brukerne med en sørvisholdning lik den de møter i private bedrifter og ved å lytte til og involvere brukerne, skal tjenestene få en form som ivaretar brukernes forventninger, ønsker og behov – en ”legitim” form. Videre vil man etterligne markedets mekanismer for ressursallokering ved at brukerne gis valgmuligheter: Brukernes valg skal fortelle hvilke tjenester som er ønsket og hvilke tilbydere som leverer ønskede tjenester med ønsket kvalitet. På samme måte som aktører som presterer i markedet belønnes med økt omsetning og profitt, skal offentlige tilbydere som presterer belønnes med økte ressurser. Pengene skal følge rett tilbud og høy kvalitet. På denne måten blir velferdsstatens ressursbruk også ”legitim”.

Helsemarkedet

Gjennom flere av helsesektorens reformer – f. eks. lov om pasientrettigheter, fritt sykehusvalg og foretaksorganisering - kommer dette til uttrykk. Som pasienter har vi rett til å bli hørt og være med på å bestemme behandlingsforløp, vi kan velge fastlege og sykehus, og vi kan klage

på og få erstatning ved feilbehandling. Sykehusene skal drives som foretak – med større fokus på økonomisk ansvarlighet og økonomisk forsvarlig drift – og må i større grad forholde seg til pasientene som kunder og inntektskilder. Sykehussektoren er gitt en markedslik struktur, med intensjoner om at markedets insentiver og mekanismer for kvalitetssikring og effektivisering skal virke. Sykehusene er avhengige av å tiltrekke seg pasienter for å sikre inntekter til driften, og de må drive effektivt.

Pasienten som kunde

Forutsetningen for at denne måten å organisere på skal gi ønskede resultater, er at pasienter gis anledning til å opptre som kunder – og at de gjør det. Fritt sykehusvalg (og til dels Pasientrettighetsloven) er derfor like mye en organiseringsreform som en rettighetsreform. Det er rimelig å betrakte tiltakene som iverksettes for å realisere fritt sykehusvalg som motivert (også) av ønsket om at markedsmekanismene skal virke optimalt. For å få effekt av pasientens funksjon som kunde må pasienter informeres om muligheten til å velge, de må ha tilgang til informasjon som muliggjør et informert valg (bl.a. ved hjelp av kvalitetsindikatorer på fritt sykehusvalg.no) og det må legges til rette for valg. Det må etableres en *valgkultur*. Et av tiltakene som skal fremme en valgkultur er innføringen av elektronisk timebestilling. Tross implementeringsproblemer videreføres tiltaket og løftes fra å være regionale prosjekter til å bli et nasjonalt prosjekt. Motivasjonen for å gjennomføre prosjektet er med andre ord fortsatt sterk på politisk-administrativt nivå, selv om utbredelsen av e-booking foreløpig tilsier at de praktiske problemene er store eller motivasjonen lav, eller begge deler, på utførernivå.

Det jeg kaller utførernivået består av brukerne i hver ende av timebestillingssystemet. Ved sykehusavdelingene dreier utførelsen seg om å sette opp operasjonsprogram/timeplan slik at det også blir timer tilgjengelige for allmennlegene. For allmennlegens del dreier det seg om å bruke timebestillingssystemet når pasientens symptomer/diagnose åpner for det. På begge områder kreves det vilje til å endre innarbeidede rutiner for å integrere elektronisk timebestilling i henholdsvis administrativ (organiserings-) praksis og konsultasjonspraksis.

Avdelingen

En sykehusavdeling er et sammensatt system hvor hensynet til hver enkelt pasient må veies mot prioriteringsansvar, ressurser og personalsituasjon. Det kan være vanskelig å planlegge driften fordi legenes tilgjengelighet kan være uforutsigbar, pasienter unnlater å møte til avtalte

timer og akutte situasjoner oppstår. Det å tilrettelegge for pasienters rett til fritt sykehusvalg ved frigjøring av timer til elektronisk timebestilling risikerer å bli en nedprioritert arbeidsoppgave, selv om viljen kan være til stede. Motivasjonen for å integrere e-booking kan være alt fra sterk og basert på et ekte engasjement for pasienten og tro på prosjektets verdi, til svak og ”pliktstyrt”, men frigjøring av timer til e-booking og påfølgende administrering av ”e-bookingpasienter” vil uansett være to arbeidsoppgaver i rekken av pålagte arbeidsoppgaver. Gevinsten for driften av avdelingen kan være, eller oppleves som, mindre enn kostnadene ved arbeidet som kreves for å integrere e-booking. Dersom e-booking oppleves som ekstraarbeid som ikke gir gevinst for driften av avdelingen vil tiltaket neppe generere noe engasjement utover plikten til å utføre pålagte oppgaver, selv om man anerkjenner verdien av e-booking for den enkelte pasient. Ansvar for avdelingen som helhet veier tyngre enn ansvaret for å bidra til utviklingen av et marginalt pasientrettighetstiltak (som elektronisk timebestilling foreløpig kan sies å være). Den kundeorienteringen som e-booking er et uttrykk for, og som jeg har argumentert for å være et hovedmotiv bak innføringen av e-booking, taper relevans i møtet med de praktiske hindrene i hverdagen ved avdelingen.

Allmennlegen

I andre enden av timebestillingssystemet, i konsultasjonen hos allmennlegen, er forholdene ikke like sammensatt. I en-til-en-relasjonen mellom lege og pasient er situasjonen nokså ukomplisert; legen skal bruke sine ressurser til pasientenes beste, og i selve konsultasjonen kommer andre hensyn i annen rekke. Legen forholder seg til den enkelte pasient og er dennes talsmann. Køen av pasienter på venterommet, normer for tidsbruk pr. pasient og driften av legekantoret er ikke faktorer som bringes inn i konsultasjonssituasjonen. Forholdet mellom lege og pasienten har likheter med forholdet mellom selger og kunde. Begge er tilbydere som bruker sine ressurser til en mottakers beste, innenfor rammen av et økonomisk system. Forskjellen ligger i at legen forventes å uselvvisk ville pasientens beste, mens alle er innforstått med at en selger i prinsippet vil kundens beste fordi hun selv og bedriften tjener på tilfredse kunder. Likevel skjer konsultasjonen på en arena som er åpen for kundeorientering, blant annet fordi hindrene for å tilrettelegge for pasienten som kunde og enkeltperson ikke er synlige. Pasienten blir ikke konfrontert med driftshensyn eller helsesektorens ressurs- og prioriteringsproblematikk hos sin fastlege. (Få pasienter konfronteres med grensene for helsetjenestetilbud i sitt behandlingsløp). Legen har mulighet til å la en opplevelse av sørvis, imøtekommenhet og medbestemmelse følge konsultasjonen og en eventuell diagnose eller henvisning - lik den som følger et vellykket salg. Elektronisk timereservasjon kan være

med på å gi pasienten denne opplevelsen. Leger som har adoptert et kundeperspektiv vil ventelig betrakte e-booking som et positivt tiltak og gripe muligheten til å tilrettelegge for sin pasient.

Foreløpig evaluering av prosjektet (Ellingsen og Obstfelder 2004) viser altså at allmennlegene har blandete følelser for elektronisk timebestilling. Enkelte er misfornøyd med å bli pålagt nok en administrativ oppgave; de mener konsultasjonstiden bør brukes på medisin, ikke kontorarbeid. Andre er skeptiske til å gripe inn i det de mener er spesialisttjenestens oppgave; prioritering av pasienter, og mener ordningen setter legen i klem mellom kollektive interesser og hensynet til egne pasienter. Et annet argument er at man rett og slett ser liten verdi i ordningen.

Jeg ønsker å belyse hva som hindrer legene i å omfavne ordningen med elektronisk timebestilling. I et markedsunivers vil alle ordninger som kan hjelpe aktørene å vinne kundens gunst - og derved markedsandeler - bli mottatt med entusiasme. I et helsemarkedsperspektiv vil man i alle fall kunne tro at ordningen vil bli sett på som et positivt tiltak som styrker legens mulighet til å være pasientens talsmann og støttespiller, og derved styrker legens posisjon i et fastlegemarked. Hvorfor har ikke allmennlegene sterkere motivasjon til å følge opp ordningen? Hvor strander motivasjonen? Strander den på et ønske om å unngå merarbeid, på praktiske problemer eller på at tiltaket foreløpig ikke har noen stor påviselig gevinst. Min tese er at det er en forutsetning for ordningens suksess at legene inntar en markedsliknende posisjon i lege-pasient-relasjonen; at de tross mangelen på mekanismer for reell markedsforvisning tar til seg kundeperspektivet fra helsepolitisk retorikk, og i større grad forholder seg til pasienten som en kunde. Legene må bli medspillere for utviklingen av en valgkultur i helsevesenet.

En faktor for legenes innstilling til markedsorientering generelt, og timereservasjonsprosjektet spesielt, vil være på hvilken måte motivasjonen til å kundeorientere formidles fra politisk og administrativt hold.

I privatmarkedet er mekanismene for markedsforvisning klare, og motivasjon nok til at aktørene kunderetter sine aktiviteter. I offentlig sektors kvasi-markeder eksisterer som sagt ikke en tilsvarende, innebygd mekanisme. Motivasjonen til kundeorientering må ofte skapes på andre måter, gjennom bevisstgjøring, kontroll og belønning og straff. Innsatsstyrt

finansiering (ISF), diagnoserelaterte grupper (DRG) og helseforetaksreformen har gjort sammenhengen mellom markedsprestasjon og markedsposisjon synlig og aktuell for sykehusene, på både administrativt og utførende nivå, men for førstelinjetjenesten og allmennlegene er markedsanaloge mekanismer mindre tydelige i hverdagen. Incentivene til kundeorientering som finnes i fastlegeordningen er ikke sterke nok til at det blir nødvendig å forstå pasienten som en kunde. Hvis det er en målsetning på politisk-administrativt nivå at legene skal motiveres til å se sine pasienter med et kundeperspektiv, og til å bruke ordninger som elektronisk timereservasjon, må det etableres insentivordninger og gjøres tiltak for å endre legens holdninger.

Allmennlegen og kunden (eller fortsatt bare pasient?)

"Since many parts of the public sector offers professional, specialist, human services it is anticipated that patterns of social relations, particularly professional networks, will influence the market." (Ferlie et. al 1996:172).

Det er klart at ry(kte) er kritisk for markedsposisjonering.

"However, it is interesting that whilst there has been much comment on the nature of the changes, there has been so far only limited research on the processes of market-driven change or on their impact on professionals (...)." (ibid. s. 173).

En oppgave for videre forskning rundt kundeorientering i helsevesenet kunne være å finne ut hvilken holdning legene har til intensjonene med markedsorientering i helsesektoren, til verdien av kundeorientering og tilrettelegging for valgfrihet. Er legenes syn på pasienten preget av et kundeperspektiv? Har legene en opplevelse av at det gjøres noe for å formidle en forståelse for disse intensjonene, og for verdien av tiltak som elektronisk timebestilling? Eksisterer det adekvate insentivordninger som lokker leger til å bruke elektronisk timereservasjon?