

Individualisert standardisering?

Hvordan god pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft

Individualised Standardisation? How Good Patient Treatment Is Constructed in Political Speeches concerning the Introduction of Standardised Cancer Patient Pathways

Erna Håland

Førsteamanuensis

Institutt for pedagogikk og livslang læring, NTNU

erna.haland@ntnu.no

Line Melby

Seniorforsker

SINTEF Teknologi og samfunn, avd. helse

line.melby@sintef.no

SAMMENDRAG

Dagens helsevesen er preget av stadig økende krav om standardisering av pasientbehandling på den ene siden og stadig økende krav om individualisering av pasientbehandling på den andre siden. Med utgangspunkt i en analyse av politisk diskurs, undersøker vi i denne artikkelen hvordan god pasientbehandling – uttrykt som individualisering og standardisering – blir til i politiske taler som omhandler innføring av pakkeforløp for kreft. Vi finner at det argumenteres for en form for individualisert standardisering hvor pasienten skal få det beste fra to verdener. Talene henter dermed argumenter fra begge diskurser for å kommunisere en mer overordnet helsepolitisk strategi hvor organisering og ikke mer penger lanseres som løsning på helsepolitiske utfordringer, eksemplifisert gjennom innføringen av pakkeforløp for kreft.

Nøkkelord:

Helsetjeneste, individualisering, organisering, pakkeforløp for kreft, standardisering

ABSTRACT

Today's healthcare is characterised by increasing demands of standardisation of patient treatment on one hand and increasing demands of individualisation of patient treatment on the other. In this paper, using analysis of political discourse as a point of departure, we explore how good patient treatment – expressed as individualisation and standardisation – is constructed in political speeches concerning the introduction of cancer care pathways (CCPs). We find that a form of individualised standardisation is argued for, where the patient is supposed to get the best of two worlds. Thus, the speeches draw on both discourses to communicate a broader health policy strategy where organisation of care, instead of adding more resources, is presented as a solution to health policy challenges – with the introduction of CCPs serving as an example.

Keywords:

Healthcare, individualisation, organising, standardisation, cancer care pathways (CCPs)

INNLEDNING

Dagens helsevesen er preget av flere, til dels motstridende, strømninger. To av disse omhandler stadig økende krav om *standardisering* av pasientbehandling på den ene siden og stadig økende krav om *individualisering* av pasientbehandling på den andre siden (Faber m.fl., 2014). Standardisering innebærer målsetninger eller ønsker om kvalitetssikring, effektivisering, forutsigbarhet og lik behandling for alle pasienter, og er gjerne knyttet til det som kalles «evidensbasert medisin». Evidensbasert medisin viser til at man bruker det som til enhver tid er definert som «bevist best» (basert på medisinsk forskning) når man tar avgjørelser om pasienters behandling. Innføringen av evidensbasert medisin innebærer en orientering mot likhet og kvalitetskontroll gjennom å strømlinjeforme prosesser (eksempelvis gjennom kliniske retningslinjer) (Timmermans og Berg, 2003). Med individualisering forstår vi her personlig tilpasset behandling og individuell oppfølging, profesjonell autonomi, og det at pasientens preferanser tillegges stor vekt. Dette inkluderer det som kalles pasientsentrert eller personsentrert medisin («personalized medicine»). Ved første øyekast virker dette som motstridende idealer, selv om begge vil ha en målsetning om best mulig pasientbehandling. Innenfor det ene vektlegges mest mulig lik behandling for alle pasienter, mens det innenfor det andre fokuseres på mest mulig individuell og tilpasset behandling for den enkelte pasient. Hvordan kan vi forstå to så ulike idealer for god pasientbehandling i dagens helsevesen? På hvilke måter kommer de til uttrykk? I denne artikkelen vil vi undersøke denne tematikken gjennom å studere *hvordan god pasientbehandling – uttrykt som individualisering og standardisering – blir til i politiske taler som omhandler innføring av pakkeforløp for kreft*.

Pakkeforløp for kreft, som ble innført 1. januar 2015, egner seg godt som case for å undersøke de to ulike idealene, ettersom tankegangen bygger på en idé om standardisering av tjenestetilbudet hvor alle pasienter skal få like god behandling innenfor faste tidsfrister, samtidig som også kreftbehandling generelt har blitt stadig mer opptatt av individuell opp-

følgning og tilpassing. Standardiserte pasientforløp, som pakkeforløp for kreft er et eksempel på, har fått stor utbredelse i helsesektoren og handler om at man ønsker å redusere praksisvariasjoner, forbedre koordinering og kontinuitet, og generelt forbedre kvaliteten på helsetjenesten som tilbys (Faber m.fl., 2014; Fineide og Ramsdal, 2014). Faber m.fl. (2014) viser hvordan standardiserte pasientforløp er typiske eksempler på at kvalitetsstyring fra en industriell kontekst hentes inn for å forbedre kvaliteten i helsetjenesten, og argumenterer for at samtidig som pasientforløp skal være standardiserte, må de også forholde seg til behov og preferanser hos den individuelle pasient. Dette skaper spenninger og dilemmaer angående hva et standardisert pasientforløp kan/skal være og hvilke behov det kan dekke.

Pakkeforløp er også sosiologisk interessant fordi det er et politisk prestisjeprosjekt. Det nevnes allerede som en av regjeringens suksesser (Høie i *Morgenbladet* 18.09.2015), og innføringen er dermed forbundet med sterk retorikk om at dette *er* bra (før noen har forsket særlig mye på det). Eksempelvis sier helse- og omsorgsminister Bent Høie i sitt åpningsinnlegg i et høringsmøte om pakkeforløp 6.november 2014 (*Regjeringen.no*) at regjeringens visjon er å skape *pasientens helsetjeneste*, at Regjeringen gjennom introduksjonen av pakkeforløp for kreft går fra ord til handling når de skal bygge pasientens helsetjeneste i praksis, og at pakkeforløp er et *lokomotiv* i dette arbeidet. Det legges videre vekt på at det skal innføres *standardiserte* pakkeforløp (forfatterens uthevinger). Det uttrykkes altså store forventninger til hva pakkeforløp skal gjøre for norsk helsevesen, samtidig som vi allerede i en første, kort del av talen ser de to ulike strømningene utspille seg – man skal skape *pasientens* helsetjeneste, og man skal innføre *standardiserte* forløp.

Innføringen av pakkeforløp skjer selvsagt ikke i et vakuum. Prosesstenkningen, som pakkeforløpene er et uttrykk for, er del av mer generelle helsepolitiske strømninger hvor det fokuseres på kostnadskontroll, effektivisering og kvalitetsforbedringer – som et svar på nåværende og fremtidige utfordringer innenfor helsetjenestene. Stortingsmeldingen som introduserer samhandlingsreformen, beskriver at utviklingen hvor vi blant annet får flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdommer, gjør at vi står overfor utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Vi bruker omtrent 50 000 kroner per innbygger på helsetjenester i Norge i dag, og de siste 20 årene er utgiftene til helse mer enn tredoblet (Melberg og Kjekshus, 2012). Selv om det kan diskuteres om dette er mye eller lite, bra eller dårlig (Melberg, 2012), fokuseres det fra politisk hold, gjennom eksempelvis NAV-reformen og samhandlingsreformen, tydelig på at mer penger ikke er løsningen på fremtidens helse- og velferdsutfordringer, men heller hvordan vi *utvikler, styrer og organiserer* helse- og velferdstjenestene (Vabø, 2014). Prosesstenkningen har blitt en premissleverandør for organisering og prioritering i helsevesenet, og konkretisering gjennom forløpstenkningen, som nå er dominerende i store deler av helsevesenet, fremstår som en sentral helsepolitisk strategi (Fineide og Ramsdal, 2014). Dette åpner også for ekstern kvalitetskontroll av profesjonelt arbeid. Samtidig er det ikke entydig hva som menes med pasientforløp i ulike sammenhenger, det både forstås og brukes på ulike måter. Begrepet er dermed tilstrekkelig uklart til at det kan fungere som en symbolpolitisk ramme for helsepolitiske strategier (Fineide og Ramsdal, 2014: 113). Innføringen av pakkeforløp for kreft, slik den kommer til uttrykk gjennom politiske taler, er dermed interessant å undersøke som politisk diskurs ettersom den kan peke på mer overordnede politiske mål om hva som gir god pasientbehandling.

PAKKEFORLØP FOR KREFT

Pakkeforløp for kreft ble innført gradvis fra januar 2015, og i løpet av 2015 ble 28 forløp som dekker de mest alminnelige kreftformene innført nasjonalt (Helsedirektoratet, 2016). Bakgrunnen for å etablere pakkeforløp finner vi blant annet formulert i Nasjonal kreftstrategi (2013–2017). Her heter det at «Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp», og standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) skal bidra til å heve kvaliteten på norsk kreftomsorg og legge grunnlag for bedre samhandling i pasientforløpet. Samtidig skal en redusere risikofaktorer og unødvendig ventetid for kreftpasientene (Helsedirektoratet, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Målet med pakkeforløp for kreft er å bidra til rask diagnostikk og behandling uten ikke-medisinske begrunnede forsinkelser eller ventetid (Helsedirektoratet, 2014).

Pakkeforløp for kreft er altså en type standardisert pasientforløp som omfatter hele forløpet, fra henvisning til spesialisthelsetjenesten til oppfølging og kontroller etter behandling. Pakkeforløpene bygger på de eksisterende handlingsprogrammene med retningslinjer for kreftbehandling¹ og griper således ikke inn i selve behandlingen av kreftsykdommen, men de sier noe om hvordan kreftbehandlingen skal organiseres, i form av *hvordan* og *hvor raskt* forløp skal gjennomføres. I de ulike pakkeforløpene er det angitt differensierte anbefalte forløpstider for hver kreftform. Forløpstidene angir tiden mellom de ulike elementene i et forløp, for eksempel tiden mellom henvisning til sykehus og til pasienten har sitt første fremmøte på utredende avdeling (Helsedirektoratet, 2014). I implementeringsveilederen sies det at forløpstidene er fastsatt med grunnlag i medisinsk faglig forsvarlig ventetid, og for at pasienten skal få informasjon og være med på å ta en beslutning på egne vegne om behandling (Helsedirektoratet, 2014).

Beslutningen om å innføre pakkeforløp i Norge er inspirert av erfaringer gjort i Danmark, der man innførte pakkeforløp fra ca. 2007 og utover. Motivasjonen i Danmark var særlig knyttet til et ønske om å redusere unødig ventetid som ikke var faglig begrunnet, samt at pasientene skulle få løpende informasjon og bli involvert i beslutninger i forløpet. Målene med de danske «kræftpakkene» samsvarer altså med målene for pakkeforløp i Norge. En evaluering av de danske kræftpakkene viser at innføringen *har* bidratt til å redusere forløpstidene, men sier mindre om pasientenes erfaringer (de var ikke informanter i evalueringen) (Vinge m.fl., 2012).

Planlegging – og den faktiske innføringen – av pakkeforløp i Norge har vært koordinert av Helsedirektoratet. Arbeidsgrupper har utarbeidet forløpene og forløpstider. For hvert av de 28 forløpene finnes det veiledere der trinnene i forløpet, hvordan forløpene skal gjennomføres og forløpstider, er beskrevet.

Pakkeforløp for kreft er et godt eksempel på et tiltak der en forsøker å standardisere organiseringen av helsetjenester. Vi vet lite om hvordan pakkeforløp konkret oppleves for pasientene i dag, siden ordningen er ny og det følgelig ikke er forsket på effekter av den ennå. Av mer anekdotiske tilbakemeldinger fra pasienter, viser Pasientombudet til at deres inntrykk er at kreftpasientene og sykehusene har de samme problemene og utfordringene som tidligere. Ombudene får blant annet tilbakemeldinger fra pasienter om at det er vanskelig

1. Se <https://helsedirektoratet.no/kreft/nasjonale-handlingsprogrammer-for-kreft> (lesedato: 10.6.16)

å komme i kontakt med rett person på sykehusene, og at pasientene bruker betydelig tid på å finne ut mer om sitt forventede forløp (Pasient- og brukerombudet, 2016).

Samtidig som innføringen av pakkeforløp for kreft representerer en standardisering av organiseringen av kreftomsorgen, er det et mål at kreftomsorgen skal bli mer brukerorientert. For eksempel heter det i den nasjonale kreftstrategien at «kreftpasienter skal føle seg ivaretatt, sett og hørt» og at «pasienter skal kunne medvirke i beslutningsprosesser» om egen helse. Det er også et mål at pasienter til enhver tid skal vite hvem de skal henvende seg til om egen sykdom, utredning, behandling og oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Brukerorientering betyr oppsummert at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak, og pasienter må være informert slik at de aktivt kan ta del i beslutninger som angår dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Standardisering av pasientforløpene og målet om økt brukerorientering aktualiserer et potensielt spenningsforhold mellom strømlinjeforming og ensretting (standardisering) og den individuelle brukers preferanser og personlige valg (individualisering). Som Faber m.fl. (2014: 74) sier det: «Standardiserte pasientforløp stimulerer rutiner og standardisert atferd, de truer et perspektiv som er opptatt av individuelle preferanser og behov hos både helsepersonell og pasienter».

TEORETISK UTGANGSPUNKT

Standardisering og individualisering har ulike teoretiske utgangspunkt og behandles ulikt i ulike faglige tradisjoner. Vi vil her hovedsakelig bruke perspektiver fra medisinsk sosiologi og fra teknologi- og vitenskapsstudier (STS).

Standardisering

Standardisering som tema innenfor et sosiologisk rammeverk omhandler ofte diskusjoner om menneskelig handling/praksis *kan* og/eller *bør* standardiseres. Timmermans og Epstein (2010) viser til hvordan standarder ofte oppfattes som noe kjedelig, likt og undertrykkende for individuelle uttrykk, som noe entydig determinerende og dehumaniserende. Forfatterne ser i stedet på standarder som fenomener som bidrar til å regulere sosialt liv og som bør utforskes som nettopp det i ulike kontekster og praksiser. De er dermed opptatt av å undersøke hvordan standarder blir institusjonalisert, hvor vanskelig det kan være å få standarder til å fungere, motstand mot standarder, og de mange mulige utfall standarder kan ha i praksis.

Standardisering som kollektivt arbeid

Standarder kan defineres som regler man har blitt enige om for produksjon av tekstlige eller materielle objekter som går på tvers av flere praksisfellesskap og har en viss tidsmessig varighet (Bowker og Star, 1999). Det er ikke en naturlov at den beste standarden alltid vinner frem (tvert imot er det flere eksempler på det motsatte), og en standard kan være både dyr og vanskelig å endre (Bowker og Star, 1999). Standarder har som målsetning å gjøre menneskelig handling sammenlignbar, uavhengig av tid og sted, og de er både mobile

og stabile (Timmermans og Berg, 1997). Timmermans og Epstein bygger på disse forståelsene og definerer standardisering som «a process of constructing uniformities across time and space, through the generation of agreed-upon rules» (Timmermans og Epstein, 2010: 71). Standarder oppfattes her ikke som noe som fullstendig determinerer menneskelig atferd, men de er med på å styre våre liv (Thévenot, 2009) og er vanskelige å ignorere. De er dermed interessante sosiale fenomener som mennesker må forholde seg til i mange, ulike kontekster.

Bowker og Star (1999) er opptatt av hva standarder og klassifiseringer *gjør, hvem* som *gjør* arbeidet, og hva som skjer med de/det som *ikke passer inn* i standarden/klassifiseringen. De vil altså undersøke hva som skjer bak «magien» i at en standard fungerer, vise frem både synlig og usynlig arbeid som er knyttet til dette, og løfte frem de tilfellene som på ulike måter ikke passer inn i de standardiserte systemene. Standardisering handler også om *lokalt* arbeid – det Timmermans og Berg (1997) kaller «local universalities» – som viser til at for å oppnå universell standardisering, kreves lokalt arbeid gjennom forhandlinger og relasjoner med ulike aktører, eksisterende infrastruktur, institusjoner og materielle objekter. Standarder oppstår altså ikke i et vakuum, men påvirkes av (og påvirker) eksisterende strukturer. For vår studie betyr dette at vi forstår pakkeforløp for kreft som en standard som må skapes gjennom forhandlinger mellom ulike aktører og som kollektivt og lokalt arbeid, og at den henger sammen med allerede eksisterende standarder og retningslinjer for medisinsk arbeid. Det å lage standarder er altså en grunnleggende sosial prosess, og de fleste standarder har blitt laget gjennom kollektive prosesser (Timmermans og Epstein, 2010). Standardisering blir dermed noe som skapes av flere parter, og det kan gjøres både ovenfra og ned, gjennom tvunget innføring fra myndigheter eller ledelse, og nedenfra og opp, hvor standarder i større grad vokser frem gjennom konsensus i et miljø. I mange tilfeller vil det nok også være en blanding av disse. Pakkeforløpene har eksempelvis blitt innført gjennom et tydelig pålegg ovenfra (fra nasjonale myndigheter), mens de enkelte forløpene for spesifikke kreftformer har blitt utviklet i ekspertgrupper med klinikere på de aktuelle felt.

Fleksibilitet og innordning

Standarder kan også medføre at tillit tenkes bygd inn i standardiserte systemer i stedet for at den er knyttet til profesjonsutøvere eller eksperter (Timmermans og Epstein, 2010; Timmermans og Berg, 2003; Jacobsson, 2000). For helsevesenet kan dette bety at der hvor man tidligere i stor grad har hatt tillit til at profesjonsutøvere yter god pasientbehandling basert på sitt medisinske skjønn, bygges tillit i stedet inn i standardiserte systemer og rutiner, slik som eksempelvis standardiserte pasientforløp. Helsepersonell kan dermed oppleve at deres handlingsrom og muligheter for individuell tilpassing blir mindre. Tilhengere av standardisering kan imidlertid argumentere for at standardisering gjør medisinsk praksis mer *transparent* (implisitt tillit gjennom innsyn) (Timmermans og Berg, 2003).

Standarder koordinerer mennesker og ting i nye konfigurasjoner, og resultatet er dermed en endret verden: «Somewhere between glorified globalization and dark dehumanization, each standard achieves some small or large transformation of an existing social order» (Timmermans og Epstein, 2010: 83). Pakkeforløpene kan dermed forstås som «coordinating tools» (Timmermans og Berg, 1997: 296) som skal skape en (ny) orden. Standarder kan stabilisere handling i en verden i bevegelse, men de er kontekstavhengige, dvs. hvis

verden endrer seg, vil standardene også endre seg eller forsvinne (Timmermans og Epstein, 2010).

Standarder vil heller ikke være universelt gode eller universelt dårlige. Det som oppleves som en god og nødvendig standard for noen, kan bety problemer for andre (Star, 1991). Når det gjelder pakkeforløpene, kan det for eksempel diskuteres om det at noen pasienter får et bedre tilbud gjennom å inkluderes i et standardisert pakkeforløp, betyr at andre pasienter får et dårligere tilbud fordi de ikke inkluderes eller fordi ressursene går i én spesi- fikk retning på bekostning av andre. En standard innebærer også en vurdering av noe som bra/viktig på bekostning av noe annet (devaluering av noe annet), dvs. standardisering er ikke nøytrale prosesser, men prosesser preget av politikk, interesser og makt (Timmermans og Epstein, 2010; Timmermans og Almeling, 2009; Thévenot, 2009; Timmermans og Berg, 2003). Gjennom standardisering prøver man å skape orden, og dette innebærer at det må skapes et fellesskap rundt standarden og at aktører må innordne seg: «Standardization is an active process that aspires to stability and order. Any order is a hard-won achievement that requires the submission of diverse actors. Standardization consists of building a society around a standard with an implied script that brings people and things together in a world already full of competing conventions and standard» (Timmermans og Epstein, 2010: 84).

INDIVIDUALISERING

Diskusjonen om medisin som «vitenskap» (som kan sies å være en form for standardisering) vs. medisin som «kunst» (som kan sies å være en form for individualisering) har pågått siden medisins tidlige begynnelse. Eksempelvis uttrykte Peabody allerede i 1927 en bekymring for at leger er «for vitenskapelige» og for lite opptatt av det menneskelige/relasjonen til pasienten (Peabody, 1927). Denne diskusjonen er altså ikke ny, men begrepene personsentrert medisin eller pasientsentrert medisin («personalized medicine»), som kan forstås som uttrykk for individualisering, omhandler likevel et påstått skifte innen moderne medisin hvor man har gått fra en tankegang basert på «one size fits all» til i større grad å skreddersy diagnose og behandling til det enkelte individ (Tutton, 2012).

Individualisering som medbestemmelse

Som fenomen i sosiologisk forstand kan dette skiftet forstås som koblet til mer generelle ideer om selvbestemmelse, ansvar for eget liv, medvirkning o.l. som preger diskursene i det moderne liv. Pasienter forstås dermed som å ha «agency», dvs. muligheten for individuell, selvstendig handling (Armstrong, 2014), i stedet for å være objekter mer eller mindre prisgitt helsepersonells vurderinger og beslutninger. Dette innebærer ifølge Armstrong (2011) at pasienter har gått fra å tidligere *ha* sykdom til nå i større grad å *erfare/oppleve* sykdom. Det legges dermed større vekt på at pasient og lege/helsepersonell i samråd skal komme frem til beslutninger som gjelder pasientens helse. Dette perspektivet reflekteres også i pasient- og brukerrettighetsloven, hvor det sies eksplisitt at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsetjenester og at tjenestetilbudet så langt det er mulig skal utformes i samarbeid med pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001/2016).

Liberati m.fl. (2015: 47) definerer pasientsentrert medisin som «a collective achievement that is negotiated between patients and multiple health providers, comprising of social practices and relationships that are woven together through the material and immaterial resources available in specific organizational contexts». En slik forståelse av pasientsentrert medisin som noe som er lokalt forhandlet og produsert, ligger tett opp til forståelsen av standardisering som lokal og kollektiv stabilisering av praksis som vi finner hos blant andre Timmermans og Epstein (2010).

Individualisering som helsepolitikk

Individualisering, forstått som pasientsentrert medisin, er også et helsepolitisk begrep, og som med standardisering, løftes det frem som noe som skal sikre kvaliteten på helsetjenesten som tilbys (Liberati m.fl., 2015; Faber m.fl., 2014; Wiig m.fl., 2013). Dubbin m.fl. (2013) beskriver at forskere, klinikere, politiske myndigheter og internasjonale helseorganisasjoner har argumentert for en mer pasientsentrert tilnærming innen helsetjenesten de siste 15 årene, men at begrepet likevel er vanskelig å definere. Forfatterne argumenterer for at begrepet kan sies å inkludere tre brede tema: hvordan helsetjenestetilbyder forstår pasienten i sin biopsykososiale kontekst, en delt forståelse for den kliniske tilstanden, og delt makt og ansvar. Når pasienten får større medbestemmelse i beslutninger som angår egen helse, kan dette også være krevende for pasienten. Dubbin m.fl. (2013) peker på at det å få til pasientsentrert medisin, er avhengig av habitus og kulturell helsekapital hos både pasient og helsetjenestetilbyder. I hvor stor grad pasientsentrert medisin faktisk er et gode for pasienten, er altså avhengig av en rekke faktorer. Det kan være ulikheter mellom pasienter og pårørende når det gjelder både hvor mye de *kan* og hvor mye de *vil* delta i individuelt tilpasset oppfølging og behandling. Samtidig stiller denne type perspektiver på medisinsk behandling andre typer krav til helsepersonell og til interaksjonen mellom helsepersonell og pasient.

Wiig m.fl. (2013) har undersøkt hvordan pasientinvolvering og pasienterfaringer brukes i Norge, og viser hvordan det også her er knyttet store forventninger til hva dette kan gjøre for kvaliteten innen helsetjenesten. Forfatterne finner imidlertid at bruken av pasientinvolvering og pasienterfaringer i praksis når det gjelder kvalitetsarbeid på de sykehusene de undersøkte, var svært begrenset. Dette handlet også om at helsepersonell ikke hadde verktøy for å bruke og måle pasienterfaringer på en meningsfull måte.

Vi følger Tutton (2012) i at personsentrert medisin kan forstås som et mektig språk og et retorisk grep som myndigheter, academia, interessegrupper (pasienter) og klinikere bruker for både å *beskrive* og *skape* et fremtidig skifte innen helsevesenet. Tutton (2012) beskriver samtidig hvordan begrepet har ulik betydning for ulike aktører og ulik historisk fremvekst – og at for klinikere har det historisk sett betydd at de skulle bruke sitt medisinske skjønn og respondere på pasientens behov. I en slik forståelse handler personsentrert medisin ikke så mye om en (ønsket) fremtidsvisjon, men mer om hvordan medisinsk praksis er truet av økende grad av «technologization and reductionism of biomedicine» (Tutton, 2012: 1721).

Individualisering i denne sammenheng kan altså forstås som teknologisk og medisinsk utvikling som gjør det mulig å tilpasse behandling mer individuelt, som helsepersonells mulighet og ønske om å bruke sitt medisinske skjønn tilpasset hver enkelt situasjon (profesjonell autonomi), og som pasientens (og pårørendes) rett til i større grad å bestemme

behandling og oppfølging selv. I de talene vi har analysert i denne artikkelen, tolker vi individualisering til både å handle om muligheten for individuell oppfølging og behandling for den enkelte pasient hos den enkelte helsearbeider og på det enkelte behandlingssted, og til å handle om medbestemmelse for pasientene.

METODE

Vi gjør en analyse av en helsepolitisk diskurs, representert gjennom tre politiske taler, som omhandler innføring av pakkeforløp for kreft. Analyse av politiske diskurser er kjennetegnet av å studere retorikk/argumentasjon og hvilke konsekvenser/effekter overtalelse kan få, og den er grunnleggende språklig orientert (Wilson, 2015). Politiske diskurser har som hensikt å overbevise mottakeren(e) om at noe er riktig. Videre er man ofte opptatt av koblingen mellom makt, kontroll og språk, og av hvordan politikere, gjennom kontroll over representasjoner, kan skape perspektiver på verden som samsvarer med sine egne mål og samtidig eliminere alternative representasjoner. Taler er klassiske eksempler på en type politisk diskurs som er en politisk produksjon (van Dijk, 2002; Wilson, 2015), og tekster, som disse talene er et eksempel på, er interessante å undersøke fordi de ofte er arena for kamp mellom ulike diskurser som kjemper om dominans og hegemoni (van Dijk, 2015; Wodak, 2001). Politisk diskurs produseres ofte av individuelle talere, og den måten de presenterer det en politisk gruppe står for på en personlig måte, ligger ofte under mer spesifikke egenskaper ved den politiske diskursen (van Dijk, 2002).

Vi gjør dermed en diskursanalyse i den forstand at vi bruker begreper og forståelser fra dette perspektivet: Diskurs forstås her som struktur av mening i en bestemt kulturell kontekst (Brænder, Kølvråa og Laustsen, 2014; Jørgensen og Phillips, 1999), som praksiser som systematisk former objektene de snakker om (Foucault, 1972). Et sentralt spørsmål i analyse av politisk diskurser, er hvordan verden presenteres for offentligheten gjennom spesifikke språklige representasjoner (Wilson, 2015). Gjennom å studere hvordan standardisering og individualisering kommer til uttrykk i politiske taler, kan vi altså studere hvordan objektet god pasientbehandling formes og presenteres for offentligheten. Vi har analysert tekstene ut fra en forståelse av at språk, og den måte ting formuleres på, har stor betydning i det moderne samfunn, og at mening skapes gjennom språket, og verden tilskrives mening gjennom språket (Wilson, 2015; Brænder, Kølvråa og Laustsen, 2014; Neumann, 2001).

Vi har hatt tilgang på en rekke dokumenter og tekster som omhandler innføring av pakkeforløp for kreft (jf. casebeskrivelsen 'Pakkeforløp for kreft' i denne artikkelen), inkludert rapporter og andre publikasjoner om erfaringene fra Danmark, informasjon og planer fra Helsedirektoratet, beskrivelser av alle de 28 forløpene, medieoppslag fra Kreftforeningen og andre aktører, og taler holdt av politikere og andre i forbindelse med selve innføringen. Etter å ha diskutert en del rundt utvalg av tekster, valgte vi tre taler som empirisk materiale: Åpningsinnlegget fra helse- og omsorgsminister Bent Høie i forbindelse med høringsmøtet om pakkeforløp for kreft 06.11.2014,² åpningstalen fra statssekretær Anne Grethe Erland-

2. Se <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Horingsmote-om-pakkeforlop-for-kreft/id2351281/> (lesedato 12.02.2016)

sen i forbindelse med oppstartsmøtet for pakkeforløp for kreft 05.05.2014,³ og nyttårstalen fra Erna Solberg 01.01.2015.⁴ De tre talene er valgt ut fordi de er relativt enhetlige tekster (taler, politiske tekster) og fordi de tydelig har pakkeforløp for kreft som tema og samtidig setter dette inn i en større sammenheng som er interessant for oss å undersøke. Talene er politiske tekster som skal argumentere for innføring av pakkeforløp for kreft, og de er relevante å undersøke fordi de har et spisset budskap om hva myndighetene vurderer som viktig og riktig for god pasientbehandling i Norge – de kan studeres som uttrykk for politisk maktutøvelse (van Dijk, 2015).

Med utgangspunkt i de tre utvalgte talene, har vi studert hvordan standardisering og individualisering kommer til uttrykk og sier noe om hva som er god pasientbehandling. Vi hadde tidlig en idé om å se på standardisering og individualisering, etter å ha jobbet med temaet innføring av pakkeforløp for kreft en stund. Når vi gikk i gang med denne artikkelen, har vi likevel først lest talene med «åpent sinn» for å se etter andre, mulig analytiske grep, før vi valgte å bruke standardisering og individualisering som utgangspunkt for analysen. I den videre prosessen har vi lest og analysert hver for oss før vi har møttes for å diskutere i flere omganger. Vi har et teoretisk utgangspunkt i hvordan individualisering og standardisering forstås innenfor medisinsk sosiologi og teknologi- og vitenskapsstudier (STS), og teoretiske perspektiver herfra har derfor fungert som analyseverktøy etter en første, empirinær tolkning av tekstene. Førsteforfatter har skrevet det meste av teksten i denne artikkelen, men vi har diskutert oss frem til hovedfunn og konklusjoner i fellesskap.

GOD PASIENTBEHANDLING SOM STANDARDISERING OG INDIVIDUALISERING

Vi vil her presentere og diskutere hvordan standardisering og individualisering skrives frem som uttrykk for god kreftbehandling i de tre valgte talene som omhandler innføringen av pakkeforløp for kreft. Standardisering forbindes, som tidligere beskrevet, ofte med noe kjedelig, likt og undertrykkende for individuelle uttrykk, som noe entydig determinerende og dehumaniserende (Timmermans og Epstein, 2010). Individualisering knyttes derimot ofte til noe som er frigjørende for individet, hvor pasienter forstås som å ha mulighet for selvstendig handling i stedet for å være objekter underlagt helsepersonells kontroll (Armstrong, 2014). Vi ser i våre tekster at forståelsene av standardisering og individualisering beskrevet over, delvis skrives frem på lignende måter og delvis skrives frem på helt andre måter – og at forståelsen også skifter i løpet av tekstenes ulike deler. Begrepene gis altså ulik valorisering (Brænder, Kølvråa og Laustsen, 2014). Talene er politiske tekster som skal underbygge hvorfor det er en god idé å innføre pakkeforløp for kreft – hvorfor dette er løsningen for kreftbehandling i Norge – og vi ser dermed at standardisering og individualisering forstått som noe negativt eller noe positivt, brukes på ulike måter ut fra hvilken argumentasjon man ønsker å bygge opp. Slik tilfellet ofte er i politisk diskurs, er altså ulike

3. Se <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Apning--oppstartsmote-pakkeforlop-for-kreft/id758353/> (lesedato 12.02.2016)

4. Se <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nyttarstalen-2015/id2356841/> (lesedato 12.02.2016)

ideologier i spill på samme tid og kan gjøres relevant på ulike måter (van Dijk, 2002). Vi vil først ta for oss hvordan individualisering skrives frem som noe *negativt* og som dermed brukes som argument for hvorfor standardisering er en god løsning. Deretter vil vi beskrive hvordan individualisering *også* beskrives som noe *positivt*, og hvordan standardisering og individualisering dermed kommer til uttrykk som parallelle og delvis konkurrerende diskurser i våre tekster.

Individualisering som vilkårlighet – standardisering som forutsigbarhet

I åpningstalen uttrykkes det at det er *for stor variasjon* mellom sykehus, og at det finnes *for mange behandlingssteder*. Videre skrives det i høringstalen frem hvordan kreftpasienter har blitt *kasteballer i et system* og blir *vekk i systemet*, hvordan de *faller mellom stoler*, og hvordan hverdagen er preget av *uvisshet og uforutsigbarhet*. Som en motsats til dette argumenteres det for hvordan innføring av pakkeforløp for kreft skal medføre *forutsigbarhet*, og behandling til *rett tid* og etter en *fastlagt mal*. Videre beskrives det at pasientene nå skal *loses gjennom systemet*, det skal finnes en *plan*, og behandlingen skal være *sammenhengende* og *systematisk*. Når kreftbehandlingen overlates til det enkelte behandlingssted og den enkelte helsearbeider (individualisering), medfører altså det at det blir for stor variasjon i behandlingen og at pasienten kan forsvinne i systemet. For stor variasjon åpner både for god behandling ett sted og dårlig et annet, og for at eksempelvis en ressurssterk pasient kan kreve en type behandling ett sted (individuell tilpassing), mens andre pasienter ikke vil få samme type tilbud. Løsningen på dette problemet blir å *standardisere* pasientforløpet, ettersom standarder har som målsetning å gjøre menneskelig handling sammenlignbar uavhengig av tid og sted (Timmermans og Berg, 1997), dvs. pasienten skal få like god behandling uavhengig av egne ressurser, den enkelte helsearbeider og behandlingssted. Individualisering, som noe som vanligvis oppfattes som noe positivt, blir altså her skrevet frem som noe negativt (for stor variasjon) for å underbygge en argumentasjon om at standardisering, som vanligvis oppfattes som noe negativt, egentlig er noe positivt. For å kunne skrive frem standardisering som noe positivt, er det altså nødvendig å skrive frem individualisering som noe negativt. Standardisering knyttes opp til noe positivt gjennom det at pakkeforløp for kreft skal medføre *god og forsvarlig behandling, trygge pasienter, raskere diagnose og kortere ventetid* (åpningstalen). Et eksempel på hvordan dette kommer til uttrykk, illustreres gjennom tekstutdragene fra høringstalen under:

«Likevel er det altfor mange som opplever at de blir kasteballer i et system – noen blir til og med litt vekk i systemet underveis. Det som svikter er kommunikasjon og oppfølging. Spesielt blir pasienter med uklare symptomer sendt fra utredning etter utredning før de får en diagnose. De får lite informasjon underveis – de faller mellom stoler. Det har utallige historier gitt oss eksempler på: [...] Slik skal det ikke være. Vi vil bort fra uvisshet, uforutsigbarhet og mangel på informasjon. Vi vil ha forutsigbarhet, god medvirkning for pasientene og god kommunikasjon. [...] Det nye er tryggheten i forløpet ved at pasienten loses gjennom systemet og har ett menneske å forholde seg til, og at forpliktende beslutninger tas i tverrfaglige møter. Forutsigbarhet er et nøkkelord. Forløpene skal være forutsigbare – og vi skal måle at forventning og faktisk forløp henger sammen».

Med van Dijk (2015; 1993) sin forståelse av hvordan retoriske figurer, eksempelvis metaforer, er med på å lage mentale modeller av hvordan verden er og bør være (som del av hvordan dominerende diskurs påvirker kunnskap, holdninger og ideologi), kan vi her se at «kasteball» brukes som metafor på noe som er negativt med den vilkårlige behandlingen man som pasient blir utsatt for gjennom individualisering, mens det at pasienten «loses gjennom» systemet, brukes som metafor for det positive i et standardisert system hvor pasienten blir tatt vare på.

Videre sies det i åpningstalen:

«Kvalitetsdata som publiseres i dag, viser at det på mange områder er for store variasjoner i kvalitet mellom sykehusene. Vi har tydelig sagt fra at sykehusene må jobbe med dette og finne ut hva som er årsakene, hvert eneste sykehus må analysere egne tall og sammenligne seg med andre, lære av hverandre. Når et sykehus oppfyller styringskravet om forløpstider innen kreft, bør andre sykehus lære av det [...] Når det gjelder for eksempel prostatakreft, har vi for dårlige resultater, for mange behandlingssteder og for stor variasjon i kvalitet. Vi kan ikke akseptere så dårlige resultater. Regjeringen forventer at de store variasjonene fører til endringer i organisering og behandling».

I dette tekstutdraget blir det også tydelig at det er et *styringskrav* om forløpstider, og at dette er noe sykehusene skal bli målt og sammenlignet på. I andre deler av teksten uttrykkes det at pakkeforløp for kreft skal medføre *full åpenhet* om resultater og risiko. Her skrives dermed standardisering frem som noe positivt, fordi det kan gjøre medisinsk praksis mer transparent (Timmermans og Berg, 2003). Det er også mulig å tolke dette som at tillit tenkes bygd inn i standardiserte systemer, dvs. det standardiserte pakkeforløpet, i stedet for at den er knyttet til profesjonsutøvere (Timmermans og Epstein, 2010; Timmermans og Berg, 2003; Brunsson og Jacobsson, 2000). For helsepersonell kan dette bety en innsnevring av deres individuelle handlingsrom og bruk av skjønn.

Hvordan standardisering skrives frem som noe positivt gjennom å beskrive individualisering som noe negativt, sammenfattes i tabell 1 under:

Tabell I: Ord og setninger fra de tre talene, individualisering som noe negativt – standardisering som noe positivt

INDIVIDUALISERING [-]	STANDARDISERING [+]
<p>Høringstalen Kasteballer i et system Blir vekk i systemet Sviktende kommunikasjon og oppfølging Lite informasjon Faller mellom stoler Uvisshet Uforutsigbarhet</p>	<p>Høringstalen Forutsigbarhet God medvirkning for pasientene God kommunikasjon og informasjon Behandling til fastsatt tid Skreddersydd opplegg etter fastlagt mal Loses gjennom systemet Forpliktende beslutninger Rask diagnose Plan Sammenhengende Systematikk</p>
<p>Åpningstalen For stor variasjon i kvalitet mellom sykehus For mange behandlingssteder</p>	<p>Åpningstalen Full åpenhet om resultater og risiko Kvalitetsundersøkelser Styringskrav om forløpstider Metodikk Trygge pasienter God og forsvarlig behandling Plan Raskere diagnose Kortere ventetid Nasjonal standard for tidsbruk Riktig og rask diagnose Forutsigbarhet</p>
<p>Nyttårstalen For sen diagnose Vente for lenge under behandlingen</p>	<p>Nyttårstalen Organisere helsetjenesten bedre Skreddersydd opplegg etter fast mal basert på beste kunnskap om hva som gir god behandling</p>

Individualisering som medbestemmelse

Nyttårstalen starter med å si at «vi mennesker trenger hverandre». Allerede her gjøres det altså et retorisk grep som rammer inn det som senere kommer, også når det gjelder pakkeforløp, som noe som er positivt og som innebærer at man skal ta vare på hverandre. I opp-takten til den delen av teksten som omhandler pakkeforløp, snakkes det om å kjenne på sorg og savn, om å miste noen, og om å miste noen som døde av kreft. Dette følges opp med å si at det er politikernes ansvar å *organisere* helsetjenesten bedre. Pakkeforløp blir altså løsningen på et problem – det skal gjøre pasientbehandling bedre, slik at færre skal miste noen de er glad i til kreftsykdom. Videre presiseres det at «[d]et er ikke pasienten som skal være pakken. Pasienten skal få pakken». Her kommer spenningen mellom standardisering og individualisering til syne. I et standardisert system kan man tenke seg at pasienten *er* pakken, og vi kan tolke det som om statsministeren er redd for at det er den oppfatningen av pakkeforløp folk skal få, siden det tydelig sies at pasienten i stedet skal *få* pakken. Her kan vi altså se spor av en diskurs som definerer standardisering (av pasientforløp) som

noe negativt, og som dermed må «bekjempes» gjennom å vektlegge at pakkeforløp *egentlig* handler om å *få* en pakke, dvs. noe positivt. Teksten er dermed arena for kamp mellom ulike diskurser om hva som skal være den dominerende forståelsen (Wodak, 2001). En ytterligere understrekning av individualisering som noe positivt, kommer til uttrykk i siste setning i den delen av talen som omhandler pakkeforløp: «Vi skal skape *pasientens helse-tjeneste*». Her understrekes det altså at det er pasienten som skal stå i sentrum. Det samme ordvalget finner vi i begge de to andre talene. Med van Dijk (2015; 1993) sin forståelse av metaforer og mentale modeller igjen, kan vi her se at både «pakke» og «pasientens helse-tjeneste» forsøkes skapt som metafor for noe som er positivt. Pakke blir til og med «omdefinert» fra noe man som pasient *er*, til noe man som pasient *får* – hvilket representerer svært ulike metaforer. Videre kan vi (i offentligheten), når statsministeren forteller om å miste noen som døde av kreft, for så å følge opp med at bedre organisering er løsningen, koble til lignende historier om egne eller andres erfaringer og dermed skape oss en mental modell av hva som er problemet og hva som er løsningen. Vi kan få en opplevelse av at «nei, sånn skal det jo ikke være!» og «ja, selvsagt, det må organiseres bedre!» – og dermed kan vi «kjøpe» at pakkeforløp er bra. I tråd med hvordan Wilson (2015) beskriver hvordan språk og valg av/manipulering av ord brukes for å oppnå målsetninger i den politiske diskursen, kan vi altså her se hvordan det i talene gjøres helt spesifikke, språklige valg for å oppnå en politisk effekt.

I tillegg skrives individualisering frem som noe positivt gjennom beskrivelser som at det er *pasienten som vet hvor skoen trykker*, og *hva som trengs* (høringstalen), og at helsetjenesten skal bli bedre og tryggere der *pasienten står i sentrum* (åpningstalen). I åpningstalen sies det også:

«Sett med pasientens blikk: Ingen beslutninger skal tas om meg, uten meg. Det gjelder den enkelte pasient, og det gjelder overordnet, – på systemnivå. Det står i pasientrettighetsloven. Alt vi gjør på helsetjenesten skal dreie seg om dette. Fra det første møtet med fastlegen eller legesekretæren, til mottaket, poliklinikken eller sengepostene på sykehuset, under diagnostikk og behandling, og til oppfølgingen etterpå. Som helseministeren pleier å si, hvis pasientene bestemte hvordan helsetjenestene skulle vært organisert, så hadde det sett annerledes ut».

Individualisering, forstått som større medbestemmelse for pasientene (Armstrong, 2014), skrives altså her frem som noe positivt og som noe som skal finnes innenfor pakkeforløp for kreft. Samtidig ser vi også hvordan individualisering brukes som retorisk grep for å beskrive og skape et fremtidig skifte innen helsevesenet (Tutton, 2012). Det sies noe om hvordan ting *skal være* (og hva som er ønskelig) og hvordan det *hadde sett ut*, hvis pasientene fikk bestemme. I høringstalen kobles pasientenes ønsker direkte til pakkeforløpene:

«Pakkeforløpene vi skal høre mer om i dag, har vokst frem på bakgrunn av pasientenes historier og erfaringer, etter møter og samtaler med pasienter, pårørende og deres organisasjoner. Noen sier at de er lei av å høre om styringssignaler. Til det vil jeg si: Pakkeforløpene er ikke et styringssignal ovenfra. Det er pasientenes styringssignal nedenfra. Pasientens ønske til oss. Det er slik det skal være».

Her skrives det altså frem at pakkeforløpene er et direkte resultat av pasientenes ønsker. Hvorvidt dette er «sant» kan selvsagt diskuteres, ettersom pakkeforløpene er mer eller mindre direkte kopi av de danske pakkeforløpene (slik det også pekes på i tekstene). Det er også interessant at det sies at pakkeforløp ikke er styringssignal ovenfra (dvs. noe som ofte oppfattes som noe negativt), men er et styringssignal nedenfra (dvs. noe positivt). Samtidig vet vi at pakkeforløpene er innført ovenfra gjennom politiske beslutninger, og at sykehuse sene skal måles på om de gjennomfører pakkeforløpene innen gitte frister gjennom nettopp «styringskrav om forløpstider» (åpningstalen). Her ser vi igjen spenningen mellom standardisering og individualisering, og hvordan hva som skrives frem som positivt eller negativt varierer gjennom tekstene. Individualisering som noe positivt oppsummeres i tabellen under:

Tabell 2: Ord og setninger fra de tre talene, individualisering som noe positivt

INDIVIDUALISERING [+]
<p>Høringstalen Pasientens helsetjeneste Endringer i pasientenes opplevelse i møte med helsetjenesten Pasientenes erfaringer Pasienten som vet hvor skoen trykker Pasientenes styringssignal nedenfra Pasientenes ønske</p>
<p>Åpningstalen Brukermedvirkning Pasientens helsetjeneste Pasienten i sentrum Ingen beslutninger om pasienten uten pasienten Pasienten som endringsagent</p>
<p>Nyttårstalen Pasienten skal få pakken Behandlingen skreddersys Systemet skal tilpasses menneskene Pasientens helsetjeneste</p>

DRØFTING OG KONKLUSJON

I de valgte talene om innføring av pakkeforløp for kreft, ser vi at individualisering blir skrevet frem som noe negativt (vilkårlighet, for stor variasjon), som gjør at det blir viktig og riktig å standardisere (forutsigbarhet, likt for alle). Samtidig skrives individualisering også frem som noe positivt (større medbestemmelse for pasientene) – og individualisering skal kunne eksistere innenfor et standardisert forløp. Talene gir et inntrykk av at politikerne «frykter» at pakkeforløp skal bli forbundet med standardisering som noe negativt, og at de dermed må argumentere for dette som noe positivt. Standardisering og individualisering er altså komplekse og sammensatte begreper, og tilsvarende komplekse praksiser når de skal gjennomføres i helsetjenesten, og det vil stadig være forhandlinger om hvilken

diskurs som er dominerende og hvordan innholdet i denne skal forstås – et samfunnsmessig og politisk spill om *mening* hvor det kjempes om å få igjennom en meningsramme som dominerende (Brænder, Kølvråa og Laustsen, 2014; van Dijk, 2002; Wodak, 2001).

Standardisering skrives frem som noe positivt, og kobles til tid og organisering som sentralt for god pasientbehandling. Dette betyr at forløpstider og nye måter å organisere behandlingen på kan prioriteres til fordel for, for eksempel, mer ressurser, nye medisiner og ny teknologi. Organisering blir løsningen på problemet – ikke å tilføre mer penger. Talene kommuniserer dermed en mer overordnet helsepolitisk strategi hvor organisering og ikke mer penger lanseres som løsning på helsepolitiske utfordringer (jf. eksempelvis samhandlingsreformen), eksemplifisert gjennom innføringen av pakkeforløp for kreft. Det sies også helt eksplisitt at innføringen av pakkeforløp ikke skal medføre tilføring av mer ressurser (Høie, 2014). Hvis innføringen av pakkeforløp blir vellykket, kan dermed dette brukes som eksempel på at det er en riktig vei å gå å organisere helsetjenesten på en annen måte, og som eksempel på at dette er mulig å gjøre uten å tilføre mer penger. I en diskursanalytisk forståelse (Wilson, 2015) vil altså de tre talene være del av overtalelsen i den politiske diskursen hvor målsetningen er å få offentligheten til å akseptere at det *er* uansvarlig å bruke stadig mer penger på helse og hvor bedre organisering *må* være løsningen.

En standard innebærer en vurdering av noe som bra og viktig på bekostning av noe annet (devaluering av noe annet), dvs. standardisering er ikke nøytrale prosesser, men prosesser preget av politikk, interesser og makt (Timmermans og Epstein, 2010; Timmermans og Almeling, 2009; Thévenot, 2009; Timmermans og Berg, 2003) (jf. politisk diskurs (Wilson, 2015)). Når myndighetene går inn for at standardiserte pakkeforløp for kreft er veien å gå innenfor kreftbehandling, så går det på bekostning av noe annet – de velger én form for regulering og koordinering over andre. Innenfor kreftbehandling ropes det om hjelp i mange ender, og det er mange aktører på banen. Gjennom å innføre de standardiserte pakkeforløpene, kan myndighetene skape en form for stabilitet og orden (som krever at ulike aktører innordner seg) (Timmermans og Epstein, 2010: 84). En mulig konsekvens kan dermed være at det blir mindre legitimt å fokusere på, eksempelvis, ressurser, i den offentlige debatten om kreftbehandling.

Standardisering innebærer å bygge et fellesskap («society») rundt en standard hvor målet er stabilitet og orden (Timmermans og Epstein, 2010). Gjennom de retoriske grepene som gjøres i de tre utvalgte talene, ser vi hvordan det er de tre talene *til sammen* som bidrar til å bygge fellesskap rundt standarden. Talene bruker mange av de samme ordene og inneholder den samme spenningen mellom standardisering og individualisering som positivt/negativt, og bruker den samme argumentasjonen om at pakkeforløp *er* bra. Forenklet sagt: Problemet er for dårlig organisering og for stor variasjon i kreftbehandlingen. Løsningen er pakkeforløp for kreft (standardisering). Eventuell kritikk av at dette ikke gir rom for individualisert behandling, møtes med at individualisering kan eksistere innenfor det standardiserte forløpet og at pakkeforløp er pasientenes ønske. Det hentes dermed argumentasjon fra begge diskurser for å definere hva som er god pasientbehandling, og argumenteres for en form for *individualisert standardisering* hvor pasienten skal få det beste fra to verdener. Ettersom politikk kan forstås som å omhandle kampen om å få til diskursiv stabilitet hvor likt og ulikt forankres i tilsynelatende stabil orden (Neumann, 2001), kan vi forstå dette som at standardisering og individualisering som i utgangspunktet motsetnin-

ger, skrives frem som forankret i en tilsynelatende stabil orden gjennom pakkeforløp for kreft.

Helseministeren argumenterer for at pakkeforløp for kreft skal være lokomotivet for å bygge «pasientens helsetjeneste» (høringstalen). Begrepet «pasientens helsetjeneste» retter oppmerksomheten mot den individuelle pasients behov, men brukes samtidig for å argumentere for en standardisert løsning. På bakgrunn av hvordan vi har sett at komplekse begreper som individualisering og standardisering kommer til uttrykk og hentes argumentasjon fra i talene, er det derfor interessant å diskutere hva som egentlig ligger i «pasientens helsetjeneste». Hvem er det som skal definere hva som er pasientens helsetjeneste? Er det pasienter og pårørende, er det helsepersonell, eller er det politiske myndigheter og helseøkonomer? Hvordan skal en ta hensyn til den enkelte pasients ønsker og behov og samtidig ta hensyn til den totale pasientpopulasjonen, økonomiske prioriteringer (jf. Prioriteringsutvalget) og helsepersonells rammer og betingelser for sin arbeidssituasjon? Det er mulig å forstå «pasientens helsetjeneste» som et så uklart begrep at det kan fungere som symbolpolitisk ramme for helsepolitiske strategier, slik Fineide og Ramsdal (2014) beskriver at pasientforløpsbegrepet kan forstås. Dette betyr at myndighetene kan bruke «pasientens helsetjeneste», med sine umiddelbare positive konnotasjoner, som symbolpolitisk ramme ved innføring av pakkeforløp for kreft.

Vårt poeng er ikke å si at pakkeforløp verken er bra eller dårlig som organiseringsprinsipp for kreftbehandling. Vi er imidlertid opptatt av å forstå mer av hvordan innføring av standarder påvirker og endrer menneskelig praksis, som et grunnleggende sosiologisk spørsmål. I videre forskning på pakkeforløp for kreft, vil det være interessant å se på hvordan pakkeforløp påvirker og endrer arbeidspraksis og hvordan involverte aktører opplever spenningen mellom standardiserte forløp og individuell oppfølging og medbestemmelse. Hvilke erfaringer har helsepersonell, pasienter og pårørende? Hva skjer med pasienter som ikke inkluderes i pakkeforløpet? Ettersom det som oppleves som en god og nødvendig standard for noen, kan bety problemer for andre (Star, 1991), hvordan oppleves pakkeforløpet for ulike typer pasienter? Dette er viktige spørsmål som vi ønsker å forske på fremover.

OM ARTIKKELEN

Artikkelen representerer en sosiologisk videreutvikling av diskusjoner i et tverrfaglig samarbeid om en prosjektsøknad til Norges forskningsråd innenfor HELSEVEL. Vi vil derfor takke Anita Das, Berit Brattheim, Heidi Gilstad og Tonje Osmundsen som har bidratt i dette samarbeidet.

REFERANSER

- Armstrong, D. (2011) 'The invention of patient-centered medicine', *Social Theory & Health*, 9: 410–418.
- Armstrong, D. (2014) 'Actors, patients and agency: a recent history', *Sociology of Health & Illness*, 36: 163–174.
- Bowker, G. C. og Star, S. L. (1999) *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge: MIT Press.
- Brunsson, N. og Jacobsson, B. (red.) (2000) *A world of standards*. Oxford: Oxford University Press.
- Brænder, M., Kølvrå, C. og Laustsen, C. B. (2014) *Samfundsvidenskabelig tekstanalyse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dubbin, L. A., Chang, J. S. og Shim, J. K. (2013) 'Cultural capital and the interactional dynamics of patient-centered care', *Social Science & Medicine*, 93: 113–120.
- Faber, M. J., Grande, S. og Wollersheim, H. m.fl. (2014) 'Narrowing the gap between organisational demands and the quest for patient involvement: The case for coordinated care pathways', *International Journal of Care Coordination*, 17: 72–78.
- Fineide, M. J. og Ramsdal, H. (2014) 'Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer', i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.), *Velferdens organisering* (s. 108–121). Oslo: Universitetsforlaget.
- Foucault, M. (1972) *The archaeology of knowledge*. London: Tavistock.
- Helsedirektoratet (2014) *Implementering av pakkeforløp for kreft. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014–2015*. IS-2240. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016) 'Pakkeforløp for kreft', *helsedirektoratet.no*, <https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft> (lesedato 10.6.16).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013–2017*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001/2016) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Høie, B. (2014) 'Høringsmøte om pakkeforløp for kreft', *regjeringen.no*, <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Horingsmote-om-pakkeforlop-for-kreft/id2351281/> (lesedato 12.02.16)
- Høie, B. (2015) 'Ikke likt, men like godt', *Morgenbladet* 18.09.2015.
- Jacobsson, B. (2000) 'Standardization and expert knowledge', i Brunsson, N. og Jacobsson, B. (red.), *A world of standards* (s. 40–49). Oxford: Oxford University Press.
- Jørgensen, M. W. og Phillips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Liberati, E. G., Gorli, M. og Moja, L. m.fl. (2015) 'Exploring the practice of patient centered care: The role of ethnography and reflexivity', *Social Science & Medicine*, 133: 45–52.
- Melberg, H. O. (2012) 'Bruker Norge lite eller mye på helsetjenester, og er mer penger løsningen?', i Melberg, H. O. og Kjekshus, L. E. (red.), *Fremtidens Helse-Norge* (s. 7–12). Bergen: Fagbokforlaget.
- Melberg, H. O. og Kjekshus, L. E. (2012) 'Innledning', i Melberg, H. O. og Kjekshus, L. E. (red.), *Fremtidens Helse-Norge* (s. 7–12). Bergen: Fagbokforlaget.

- Neumann, I. B. (2001) *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerombudet (2016) *Årsmelding 2015. Pasient- og brukerombudene i Norge*. Oslo: Pasient- og brukerombudet.
- Peabody, F. W. (1927) 'The care of the patient', *JAMA*, 88(12): 877–882 gjengitt som *JAMA Revisited* (2015), 313(18).
- Regjeringen (2014) 'Høringsmøte om pakkeforløp for kreft. Åpningsinnlegg av helse- og omsorgsminister Bent Høie', *Regjeringen.no*, <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Horingsmote-om-pakkeforlop-for-kreft/id2351281/> (lesedato 04.02.2016).
- Star, S. L. (1991) 'Power, technology and the phenomenology of conventions. On being allergic to onions', i Law, J. (red.), *A sociology of monsters. Essays on power, technology and domination*. Sociological Review Monograph 38.
- Thévenot, L. (2009) 'Governing life by standards: A view from engagements', *Social Studies of Science*, 39: 793–813.
- Timmermans, S. og Berg, M. (1997) 'Standardization in action: Achieving local universalities through medical protocols', *Social Studies of Science*, 27: 273–305.
- Timmermans, S. og Berg, M. (2003) 'Introduction: The politics of standards', i Timmermans, S. og Berg, M., *The Gold Standard. The challenge of evidence-based medicine* (s. 1–29). Philadelphia: Temple University Press.
- Timmermans, S. og Almeling, R. (2009) 'Objectification, standardization, and commodification in health care: A conceptual readjustment', *Social Science & Medicine*, 69: 21–27.
- Timmermans, S. og Epstein, S. (2010) 'A world of standards but not a standard world: Toward a sociology of standards and standardization', *Annual Review of Sociology*, 36: 69–89.
- Tutton, R. (2012) 'Personalized medicine: Futures present and past', *Social Science & Medicine*, 75: 1721–1728.
- Vabø, M. (2014) 'Dilemmaer i velferdens organisering', i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.), *Velferdens organisering* (s. 11–28). Oslo: Universitetsforlaget.
- van Dijk, T. A. (1993) 'Principles of critical discourse analysis', *Discourse & Society*, 4(2): 249–283.
- van Dijk, T. A. (2002) Political discourse and ideology. *Paper for Jornadas del. –1999*. <http://www.discourses.org/OldArticles/Political%20Discourse%20and%20Ideology.pdf>
- van Dijk, T. A. (2015) 'Critical discourse analysis', i Tannen, D., Hamilton, H. E. og Schiffrin, D. (red.), *The handbook of discourse analysis* (s. 466–485). Malden: John Wiley & Sons.
- Vinge, S., Rahbæk, A. E., Albæk, J. og Martedal, A. (2012) *Erfaringer med kræftpakker. Fra intentioner til implementering i praksis*. København: Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner.
- Wiig, S., Storm, M. og Aase, K. m.fl. (2013) 'Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: Rhetoric or reality?', *BMC Health Services Research*, 13:206.
- Wilson, J. (2015) 'Political discourse', i Tannen, D., Hamilton, H. E. og Schiffrin, D. (red.), *The handbook of discourse analysis* (s. 775–794). Malden: John Wiley & Sons.
- Wodak, R. (2001) 'What CDA is about – a summary of its history, important concepts and its developments', i Wodak, R. og Meyer, M. (red.), *Methods of critical discourse analysis* (s. 1–13). London: Sage.