

Emil Romsdal

Den Norske helsereformen

En diskursanalyse av effektivitetsreformen

Bacheloroppgave i Sosiologi

Veileder: Petter Grytten Almklov

Mai 2020

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Forord:

Denne oppgaven er skrevet gjennom NTNUs program SOS2900 – bacheloroppgave i sosiologi. Oppgaven er skrevet med et ønske om å foreta et kvalitativt dokumentstudium av helsereformen 2002. Oppgaven er skrevet i løpet av vårsemesteret 2020, som har vært et prøvende semester for mange. Med tanke på dette vil jeg gjerne takke forelesere og emneansvarlig for et godt opplegg, alt tatt til betraktning. Min største takk går til veileder Petter Grytten Almklov som har kommet med gode innspill og konstruktiv kritikk, som har hjulpet i skrivingen av oppgaven. Jeg vil også gjerne takke mine dyktige medstudenter som har bidratt til gode diskusjoner.

Alta, mai 2020.

Emil Romsdal.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning:.....	2
1.1 aktualisering av oppgaven:.....	2
1.2 Personlig innfallsvinkel:.....	2
1.3 Sosiologisk og samfunnsmessig relevans:.....	3
2.0 Teori:.....	4
2.1 New Public management:.....	4
2.2 Framveksten av NPM i Norge:.....	5
2.3 Diskurs- og retorikkens makt:.....	6
3.0 Metode:.....	7
3.1 Bakgrunn for valg av metode:.....	7
3.2 Generaliserbarhet:.....	8
3.3 Etiske hensyn:.....	8
3.4 Metode og diskursanalyse:.....	8
3.5 Bruk av analyseverktøy:.....	9
3.6 Forskning og objektivitet:.....	10
4.0 Analyse:.....	11
4.1 Reform gjennomsyret med et fokus på økonomi:.....	11
4.2 Effektivitet og kvalitet - et uopnåelig mål?.....	12
4.3 En gransking av ledelse og organisering:.....	14
4.4 Helse for deg – På lag med deg for din helse:.....	16
4.5 Pasient vs. Bruker:.....	17
4.6 Reform som noe nytt, utfordrende og spennende – Veien fram til en ny epoke:.....	19
5.0 Konklusjon:.....	20
5.1 Reform som noe unngåelig:.....	20
5.2 Reform som forbedrer:.....	21
5.3 Hva sier analysen?.....	21
5.4 Oppgavens styrker, og noen vanskeligheter:.....	22
5.5 Avsluttende tanker:.....	22
6.0 Referanser:.....	24

1.0 Innledning:

1.1 aktualisering av oppgaven:

Den Norske velferdsmodellen kan vi se på som et produkt av politiske kamper og historiske hendelser i første halvdel av det 1900- århundre (Bungum, 2013: 16). På 1900-tallet, og fram til 1970-tallet var det kraftig vekst i offentlig sektor (Røste, 2013b: 49). Etter 70-tallet stagnerte denne veksten noe, og man så generelt et skift i holdninger, en synkende tro på offentlige løsninger, og en mer positiv innstilling til mer markedsorienterte løsninger (Røste, 2013b: 49; Stamsø: 2011: 72). Mer generelt har vi sett en utvikling siden 90-tallet hvor veksten av den offentlige sektor har blitt redusert, dette skyldes blant annet en import av New Public Management-doktriner, (heretter forkortes til NPM). Dette har igjen ført til innskrenkingen av statens kjerneoppgaver (2013b: 49). Vi kan se på disse endringene som generelt politiske endringer, hvor forventningene av hva som bør gjøres av offentlig sektor har endret seg, og befolkningen er generelt er mer kostnadsbevisst (Stamsø, 2011: 73). Denne utviklingen ser vi gjenspeilt også i den norske helsesektoren, blant annet gjennom reformen i 2002, og innføring av NPM-ideer. I 2002 overtok den Norske staten eierskapet av sykehusene fra fylkene. På mange måter kan vi si at denne avgjørelsen var preget av NPM-ideer, eksempelvis med formål om flere selvstendige sykehus med sterkere ledelse, og et økt fokus på ytelseskriterier (Christensen & Læg Reid, 2011: 149).

1.2 Personlig innfallsvinkel:

Formålet med avsnittet ovenfor er å sette scenen for oppgaven. Gjennom min tid som student under instituttet for sosiologi og statsvitenskap (ISS) på NTNU, har jeg hørt denne kortversjonen utallige ganger, ofte noe omformulert selvfølgelig. NPM og den norske modellen er noe jeg har snublet over, igjen og igjen mens jeg har studert sosiologi ved NTNU. Det er kanskje ikke så rart, som samfunnsvitere og samfunnsforskere er naturligvis modellen som vi baserer samfunnet vårt på, av høyeste interesse. Gjennom min tid på instituttet er det tydelig at den norske modellen er noe mange av oss er stolte av, og verdsetter svært høyt. Ofte når vi snakker om den norske modellen prates det også gjerne om de historiske hendelsene som har vært med å forme den, samt også hva som gjør det til en «supermodell». Til tross for dette er det også tilfellet at det også kommer kritikk rettet mot modellen.

Naturligvis er ingen samfunnsmodell perfekt, og kritikk er en viktig mekanisme for revidering og vedlikehold av modellen (hvis den blir tatt på alvor selvfølgelig). Det som interesserer meg er at hånd i hånd med denne kritikken er NPM, og andre effektivitetsdoktriner oppført. Jeg

mener selvfølgelig ikke at NPM får all skylden for den norske modellens mangler. Til tross for dette kan det synes som om det er nok av kritikk rettet mot NPM og ringvirkningene NPM-doktriner har hatt på den norske modellen siden 70-tallet. Til tross for at jeg har hørt om disse utviklingene som har tatt sted på 1970, 1980, 1990 og tidlig 2000-tallet flere ganger har jeg alltid følt at det har vært noe ubesvart. *Hvordan var debatten rundt disse reformene egentlig?* Når jeg har lest om NPM har det ofte vært hvordan den påvirker de strukturelle elementene av den norske modellen. Med andre ord; de organisatoriske egenskapene som blir berørt ved reform.

Høsten 2019 valgte jeg emne SOS2021 – Sosial ulikhet i helse. Jeg tok egentlig emne ved en tilfeldighet, og tenkte ikke veldig mye mer over det. Etter noen få forelesninger var jeg helt fascinert! Fokuset var som navnet tilsier hvordan sosiale ulikheter, kan få store konsekvenser for helse og velvære. Dette var noe jeg ikke hadde tenkt noe særlig på før, men noe som jeg følte åpnet en helt ny måte å se samfunnet på. Til tross for at emne i stor grad tar for seg de sosiale årsakene til ulikheter i helse, dukket selvfølgelig den norske modellen opp igjen. Allikevel måtte selvfølgelig de strukturelle endringer den norske modellen har gjennomgått, også nevnes. Effektivisering av helsevesenet, gjennom NPM-ideer er viktig at tas i betraktning. Vi diskuterte også utviklingen av individualisering av helsetjenester, gjennom empowerment konseptet som har fått fotfeste i norske helsevesen. Utvikling av brukermedvirkning, overgangen fra pasientrollen til brukerrollen i helsevesenet, og mulige negativer ved denne utviklingen, og hvordan denne utviklingen strider med den norske modellen. Grunnen til at jeg nevner dette er at det legger bakteppe for min interesse for helsesosiologien, og det norske helsevesenet.

1.3 Sosiologisk og samfunnsmessig relevans:

Ofte når en ser på helse og helsevesen i en sosiologisk kontekst er det vanlig å sette søkelys på helseulikhet, trolig da dette samsvarer med en av de tradisjonelle retningene i sosiologien; *nemlig å kritisere samfunnsmønstre- og strukturer*. Enkelte forskere har pekt på at helseulikhetsforskning er en positivistisk, og vitenskapsfilosofisk underutviklet retning. Dessuten er det mangler på kvalitativ forståelse av kompleksiteten i menneskelig oppførsel og erfaring (Wainwright og Forbes, 2001). Videre kan man argumentere for at helsesosiologien har et underutviklet og inkonsistent strukturbegrep, og forklarer ikke mekanismene som produserer sosial ulikhet (Popay, Rogers, Williams, 1998). Fokuset for denne oppgaven blir ikke de overnevnte strukturelle elementene til helsesektoren. Til tross for dette tror jeg det kan være hensiktsmessig å se nærmere på en kvalitativ tilnærming av helsesektoren og reform, da

det er mangel på kvalitativ forskning. Videre vil den kvalitative metoden hjelpe meg besvare spørsmålet formulert tidligere: *Hvordan var diskursen rundt disse reformene egentlig?*

Helsesektoren kan ses på som et produkt av flere felt, et sosialt felt, et kulturelt, et økonomisk, et politisk, osv. Eksempelvis er kan vi ikke se på politikken som et felt ene og alene. Det er heller et produkt av andre samfunnsmessige strukturer og institusjoner. Hvis vi velger å se på helse som et felt, må vi også forstå de bakomliggende prosessene som skaper distinksjoner mellom hva som er viktig i det partikulære feltet. Dette inkluderer de politiske diskursene som var normsettende og avgjørende for disse reformene. Problemet med slike diskurser er at de vinnende ideene er de som blir husket, og de som taper faller bort. Det jeg ønsker å se nærmere på i denne oppgaven er nettopp disse diskursene. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i helsereformen 2002, da den er en av de mest omtalte reformene, og jeg ikke har tid til å ta for meg alle reformene som har tatt sted i det norske helsevesenet må jeg avgrense dette. Jeg har derfor også limitert meg til dokumenter fra Helse Midt-Norge (RHF).

Med dette sagt, er problemstillingen for denne oppgaven: *Hvordan var diskursen rundt helse reformen i 2002? Hva var argumentene for og imot reform?*

2.0 Teori:

2.1 New Public management:

Først mener jeg det er viktig å etablere en kort bakgrunn av de organisatoriske ideene disse reformene består av, slik at vi etablerer en klar oversikt av det vi prater om. Jeg vil gå gjennom dette kort, da oppgavens natur gjør det slik at jeg ikke kan ta for meg alt disse reformene omhandler, da dette kunne vært en oppgave i seg selv. Jeg vil derfor fokusere på det jeg mener er New Public managements viktigste momenter, særlig i en norsk kontekst.

New Public Management er en organisatorisk trend som fikk fotfeste i begynnelsen av 80-tallet, særlig innad offentlig sektor i vestlige land (Stamsø, 2011: 67-68). NPM reformen fokuserer særlig på effektivisering og er resultatrettet, særlig økonomisk (Stamsø, 2011: 73). Det er det tydelig at NPM-ideer er inspirert av ideer som allerede finner sted i næringslivet. Eksempelvis i norsk sammenheng; brukes slik næringsliv- og markedsmessig logikk i konkurranseutsetting av kommunal-tjenesteproduksjon, hvor det også gjerne er fokus på at brukerne skal ha valgfrihet (Røste, 2013a: 95). Slike endringer kan vi si er et resultat av endringer i forventninger til offentlig sektor, for eksempel er det blitt mindre tro på statlige

løsninger, og en framvekst i individualistisk og nyliberalistisk-økonomisk tankegang (Stamsø, 2011: 73).

NPM-skolen har også hentet noen ideer fra *managerialismen*, som vektlegger desentralisering og delegering (Røvik, 2016: 36). Dette har vi sett at har utspilt seg i et større fokus på ledelsesformer, og flere ledere på avdelingsnivå (Stamsø, 2011: 70). Dette søkelyset på lederskap har ført til framveksten av ledelse og styring i seg selv som profesjon. Det betyr videre at de som leder ikke nødvendigvis ikke har samme type utdanning som de som er underordnet dem, noe som var mer vanlig tidligere (Røvik, 2016: 145; Stamsø, 2011: 70).

2.2 Framveksten av NPM i Norge:

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å ta for meg den historiske framveksten av NPM-ideer i Norsk forvaltning. Formålet med dette er å kontekstualisere hvorfor, og hvordan NPM ble en slik utbredt organisatorisk trend.

En av hovedgrunnene til framveksten av NPM var velferdsstatens finansieringsproblemer, spesielt på 70-tallet, da det var spesielt høye oljepriser, og vedvarende underskudd i offentlige budsjetter (Stamsø, 2011: 72). I lys av dette mener jeg at vi kan kanskje se på de høye oljeprisene som en underliggende årsak, og et viktig årsaks moment. De økonomiske underskuddene i offentlige budsjetter, ser vi også nevnt som en årsak til helse reformen i 2002 (Christensen & Lægreid, 2011: 149). Med dette sagt er det ingen tvil om at nedgangstider og velferdsstatens finansieringsproblemer var med på å gjøre målrettede- og effektiviserings fokuserte organisasjonsideer mer attraktiv. For at et system skal kunne være operativt må de økonomiske endene møtes, i dette tilfellet så vi en trend med budsjettoverskridelser, noe som måtte gjøres noe med.

På 80-tallet gikk det politiske landskapet mot høyre (Røste, 2013b: 49). Dette medførte blant annet endringer i forventninger til offentlig sektor, og folk ble mer økonomisk bevisst. For eksempel ble det blitt mindre tro på statlige løsninger, og vi så en framvekst i individualistisk nyliberalistisk-økonomisk tankegang (Stamsø, 2011: 73). I tillegg til dette så vi kritikk rettet mot deler av offentlig sektor, her argumenterte reformerer at den offentlige sektoren er for stor, ineffektiv og byråkratisk. Bak dette lå det også en tanke om at den offentlige sektoren tok vekk ressurser fra privat sektor (Stamsø, 2011: 68). Konkurransetsettinger er på mange måter et svar på dette. På denne måten vil offentlige og private organisasjoner kunne konkurrere om tjenestene og ressursene på lik linje (Stamsø, 2011: 79). Når slike markedsfokuserede virkemidler blir brukt, blir det vanskeligere å skille mellom stat og marked.

Hvorvidt det er mulig å bruke slike markedsmessige virkemidler uten at det i noen grad påvirker den offentlige forvaltningen er tvilsomt (Røste, 2013a: 95). Det er stor sannsynlighet for at verdiene og målene en organisasjon har for å utføre en oppgave vil få innvirkning på virkemidlene som er brukt, prioriteringer, og hvordan disse oppgavene blir utført spesifikt. Det kan synes som om at de offentlige organenes tradisjon med mangfoldige mål og verdier, muligens er bedre tilpasset til å levere tjenester mer tilpasset de politiske grunnantakelsene, ettersom de tar disse delmålene i større betraktning (Levin, et.al., 2012: 112).

Ole Bjørn Røste viser til at siden 90-tallet har veksten av den offentlige sektoren blitt redusert, dette skyldes blant annet en import av NPM-doktriner, som igjen har ført til innskrenkingen av statens kjerneoppgaver (2013b: 49). Vi kan se på disse endringene som generelt politiske endringer, hvor forventningene av hva som bør gjøres av offentlig sektor har endret seg, og befolkningen er generelt mer kostnadsbevisst (Stamsø, 2011: 73).

2.3 Diskurs- og retorikkens makt:

Da metodologien i denne oppgaven er en ren diskursanalyse, synes jeg det er verdifullt å si noe om hva *diskurs* er. Kort sagt kan vi si at *diskurser er kollektive forståelsesrammer*. De fungerer som rettesnorer for tanker, og ideer, og sier oss noe om hvordan vi kan, og bør tenke innenfor en enkelt diskurs (Johannessen, Rafoss, og Rasmussen, 2018: 58). Følgende hvorfor diskursen og retorikken besitter en stor makt i det *narrativ* det er med å skape. Dette skjer blant annet gjennom *representasjoner*. Representasjoner kan vi forstå som en språklig framstilling av et fenomen (Johannessen, et.al, 2018: 52). Det som er viktig å få med seg er at en representasjon vil aldri kunne være en ren gjengivelse av virkeligheten, eller et fenomen. Representasjonen beskriver fenomenet, men ikke til det fulle. Noen ting blir utelatt (villig og uvillig), andre ting blir tatt med i diskursen, og er med på å forme den (Johannessen, et.al, 2018: 53). Det er selvfølgelig også slik at et fenomen, kan ha flere ulike representasjoner. Noe som jeg skal gå nøyere inn på i analysedelen av oppgaven.

Ifølge Foucault innebærer kunnskap og makt direkte en og den andre (Ritzer & Stepnisky, 2014: 614). Diskurser inneholder makt fordi de er med på å legitimere narrativ og representasjoner av fenomen. Dette gjør at diskurser er tett sammenknyttet normer, verdier og tankestrukturer. Diskurser kan også ha en større samfunnsmessig påvirkning da de kan legge føringer for enkelte representasjoner av virkeligheten (Johannessen, et.al, 2018: 53). Selv om Foucault anerkjenner denne realiteten ved diskurser, var ikke dette Foucaults øvrige fokus. Foucault presiserte at diskurser finner sted i institusjoner, og institusjoner har egne nettverk

med språklige hjelpemidler, regler og hjelpemidler som må analyseres for å forstå helheten. Det er blant annet disse eksisterende faktorene som former muligheten for enkelte diskurser og representasjoner av et fenomen (Ritzer & Stepnitzky, 2014: 613). Diskurser inneholder også makt gjennom at de kan inkludere og ekskludere enkelte mottakergrupper gjennom språk, appellformer, og sjargong som gjør det vanskeligere eller lettere for forskjellige mottakergrupper å være innforstått i diskursens innhold. Videre kan deltakere i diskurser tilbakeholde informasjon, eller bruke desinformasjon for å skape asymmetriske maktforhold. Dessuten legger Foucault til rette for at diskurser innen av dem selv er med på å lage narrativ innad institusjonene det betyr at diskurser gjør noen utsagn mer legitime enn andre.

For å hjelpe meg å generere data har jeg også formulert noen delproblemstillinger som jeg mener kan være nyttige til å besvare hovedproblemstillingen.

1. *Hvordan argumenteres det for reform? (vises det til tall, statistikk, etc.) I så fall, hvordan er disse datamaterialene framstilt?*
2. *Vises det til en overordnet historisk kontekst for å legitimere reform? Argumenter for og imot? (verdiladninger, eller liknende).*
3. *Hvem appelleres budskapet til? Hvem er mottakergruppen? Er det, det norske folket generelt, eller statlige organ? For eksempel departementer etc.*

3.0 Metode:

3.1 Bakgrunn for valg av metode:

Når det kommer til valg av metode, er det mye å ta til betraktning. Forskjellige forskningsmetoder har forskjellige fordeler og ulemper. Vi skiller hovedsakelig mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Ofte ved valg av metode er det avveininger som må gjøres, hvilken metode gir meg de dataene jeg er ute etter (validitet og reliabilitet av data bør/må alltid være et primært fokus). Validitet handler om at vi faktisk måler det vi ønsker å måle (Ringdal, 2013: 96). «*høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet. En kan si at reliabilitet er et rent empirisk spørsmål, mens validitet i tillegg krever en teoretisk vurdering*» (Ringdal, 2013: 96-97). Utenom dette kan man ta noen pragmatiske hensyn, eksempelvis hva forskeren selv er mest komfortabel med metodologisk eller hva som er mest praktisk.

Hovedpoenget med forskningen er at det endelige produktet skal kunne si noe om eller tilføye ny informasjon om et fenomen eller tema. Det er derfor høyst viktig at vi har en høy grad av reliabilitet og validitet i forskningen. Reliabilitet- sier noe om datamaterialets nøyaktighet og

pålitelighet (Ringdal, 2013: 96). Rent praktisk kommer dette i form av et strategisk utvalg, hvor jeg har valgt å ta for meg dokumenter som jeg antar kan inneholde relevant informasjon om oppgavens problemstilling. Når jeg er ute etter å analysere diskurser rundt helse reformen i 2002 vil jeg derfor naturligvis ha et datamateriale som kan inneholde diskurser rundt akkurat dette. Jeg har tatt utgangspunkt i «Årsregnskap for regnskapsåret 2002», for Helse Midt-Norge RHF. Årsaken til akkurat dette utvalget er at det er et offentlig dokument, som er tilgjengelig for alle, noe som betyr at jeg ikke trenger å inngå noen avtaler eller trenger noen spesiell tilgang. Det betyr også at enhver som leser denne oppgaven vil ha mulighet til å gå inn å se nærmere på rapporten dersom det er noe som er uklart eller om det er noen usikkerhet rundt validiteten av funnene i oppgaven. En ytterligere årsak er at jeg hadde et ønske om å se hvordan de offentlige organene omtalte reformprosessen. Dessuten kan det være med å avbilde Foucaults viktige innsikt, nemlig de institusjonelle- føringene som er med å påvirke diskurser. Jeg har også tatt i bruk nyere bidrag i analysedelen for å underbygge enkelte argument.

3.2 Generaliserbarhet:

Funnene i oppgaven kan muligens si oss noe om det eksisterende rådende tankesett som reformen inneholdt. Dermed er funnene med på å kontekstualisere teoriene, og reforms-ideologien, og sette de i en oppdatert forståelsesramme. Analysen kan dessuten brukes til å kritisere disse tankegodsene, noe som jeg vil komme tilbake til i analysedelen av oppgaven. Dessuten kan innsiktene i de litterære og språklige virkemidlene være nyttig, hvis det blir håndtert riktig. Vi kan forvente at rapporten jeg tar for meg tilhører en diskurs og forståelsesform som strekker seg ut over den ene rapporten, dermed er det plausibelt at det kan generaliseres i den forstand.

3.3 Etske hensyn:

Dokumentstudium minimerer også en rekke etiske problemstillinger. Dokumentstudier er det vi kaller *ikke-påtrengende metoder*, det betyr at forskeren genererer datamateriale uten at forskersubjekter er involvert. Ved å minimere bruken av forskersubjekt minimerer vi også etiske problemstillinger som oppgaven kan stå ovenfor. Eksempelvis anonymisering av datamateriale, bevaring av privatliv, og vi unngår potensialet for påført ubehag og skade ved opptak av sårbare temaer (Tjora, 2017: 182).

3.4 Metode og diskursanalyse:

Hovedpoenget med et dokumentstudium at det gir oss rikelig med innsikt om et saksforhold, i en gitt kontekst; *tidspunkt, sted, og med tanke på en spesifikk mottagergruppe*. (Tjora, 2017:

183). Innenfor den helsefaglige forskningen er det særlig studier av samtaler mellom helsepersonell og pasient som er blitt vanlig. Studier av språklig samspill er blitt et voksende forskningsfelt som studeres gjennom metoder som samtaleanalyse og diskursanalyse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). I denne oppgaven ønsker jeg ikke å fokusere på det psyko-sosialeblikket som beskrevet over. Jeg har som formål å kritisk analysere etablerte måter å tenke om et fenomen på, mer spesifikt helsereformen. Her passer den diskursive analysemetoden også bra, da den ofte er brukt til å analysere etablerte tenke-, skrive og snakkemåter (Johannessen, et.al, 2018: 51). Jeg tenker det er viktig å poengtere at det finnes svært mange og ulike måter å bruke diskursanalyse på, og prøver derfor å være åpen om hvilke metodiske forbehold jeg har tatt.

Språk og kommunikasjon kan være vanskelig og komplisert (Johannessen, et.al, 2018: 245). Enhver framstilling av et fenomen kunne vært annerledes, og måten vi framstiller et fenomen på har konsekvenser for enkeltmennesker og samfunn (Johannessen, et.al, 2018: 51). Normative måter å snakke om et fenomen på, inneholder ofte noen diffuse og underliggende ting som er tatt for gitt. Diskursanalyser egnes til å fange opp disse forståelsesformene, i et ønske om å belyse den kollektive forståelsesrammen som etableres i en gitt diskurs (Johannessen, et.al, 2018: 58).

Den kvalitative metode vektlegger en metodikk som er *datagenererende*. Den kvalitative analysen bærer større preg av forskersubjektivitet enn den rent instrumentelle analysen gjør i kvantitative forskningsdesign (Tjora, 2017: 31). Vi sier dataene er «generert» fordi de er «samlet inn» i en gitt kontekst, hvor forskeren har gjort en fortolkning av datamateriale. På denne måten kan vi si at datamateriale konstrueres gjennom forskningen (Tjora, 2017: 256). Den kvalitative metode, og datagenerering passer spesielt godt fordi slike reformprosesser er langvarige, og målene kan endres over tid. Ved hjelp av et kvalitativt dokumentstudium kan vi få innsikt inn i *generelle* dokumenter i form av politiske dokument (*utredninger, vedtak, etc*). En annen mulighet vil være å ta utgangspunkt i forskningsdokumenter (*artikler, rapporter, bøker, etc.*) (Tjora, 2017: 183). Hovedpoenget er at et kvalitativt dokumentstudium gir oss rikelig med innsikt om et saksforhold, i en gitt kontekst; *tidspunkt, sted, og med tanke på en spesifikk mottagergruppe*. (Tjora, 2017: 183).

3.5 Bruk av analyseverktøy:

Først når jeg skulle ta for meg denne oppgaven hadde jeg tenkt å ta i bruk HyperRESEARCH da dette er et verktøy spesielt utviklet for kvalitative analyser. Det hadde vært spesielt nyttig

for opprettelse av ulike koder og grupperinger. Videre hadde det gjort importering av datamaterialet lett og transparent for leseren, da jeg kunne skrevet ut dette dokumentet og lagt det ved i appendix. HyperRESEARCH har en funksjon som lar brukeren importere PDF-filer inn i programmet, og er derfor også godt utrustet for analyse av lengere offentlige dokumenter da disse ofte er i PDF-format. Til tross for dette hadde jeg noen problemer etter importeringen av filene, var gjort. PDF-formatet kan være et transform-format, for eksempel at en transformerer eksisterende dokumenter til PDF, for eksempel Word dokumenter. Men PDF kan også fungere som et trykk-format, hvor trykket skrift er scannet og gjort om til PDF. Dokumentet jeg har valgt å analysere er et slikt dokument, og jeg hadde problemer med å markere skriften i dokumentet, da det strengt tatt ikke er skrift, men heller trykk. Jeg har derfor valgt å gjøre analyseprosessen manuelt. Det vil si: jeg har skrevet ut dokumentene, og noterer for hånd på dokumentet, men også i en arbeidsbok.

3.6 Forskning og objektivitet:

Det er viktig å påpeke at både metodikk og måten dataen blir innsamlet på har innvirkning på forskningen. På noen måter kan denne oppgaven sies å være en form for grunnforskning da den ikke baseres på noen annen forskning, og heller ikke er opprettet i formål med et oppdrag. Til tross for at grunnforskning i hovedsak anses som verdinøytral, har man innsett at fullstendig verdinøytralitet er uopnåelig (Tjora, 2019: 83). Dette har ført til at man spesielt i den kvalitative forskningen har understreket viktigheten av *transparens*. *Transparens* omhandler forskningens «gjennomsynlighet», det er viktig at forskeren redegjør for hvilke data som kommer fram under datagenereringen, og hvilke analyser som er gjort (Tjora, 2018: 85). I den kvalitative forskningen er det dessuten blitt mer og mer vanlig at forskerens egne bias og føringer i forskningen blir tatt opp (Dybvig D., Dybvig M og Wyller, 2019: 491 – 492). Noe av dette har resultert i de skildringene av min interesse, og min inngang til oppgaven innledningsvis. Som nevnt tidligere er datautvalget fra et offentlig dokument, som er tilgjengelig for alle, noe som betyr at jeg ikke trenger å inngå noen avtaler eller trenger noen spesiell tilgang. Dette gjelder også lesere av denne oppgaven og andre forskere. jeg argumentere for at dette teller positivt for transparensen av oppgaven, da mine analyser kan utfordres på like fot fra andre forskere. Jeg har ingen «fordel», som en kunne hatt ved andre kvalitative oppgaver, gjennom for eksempel å vite hvem informantene er, og privat tilgang til disse.

4.0 Analyse:

4.1 Reform gjennomsyret med et fokus på økonomi:

I likhet med teorien om NPM i teorikapittelet er helsereformen i stor grad opptatt av økonomi, og god økonomisk styring. NPM reformen fokuserer særlig på effektivisering og er resultatrettet, særlig økonomisk (Stamsø, 2011: 73). Det ses også tydelig i datamaterialet, da den er tydelig konsentrert på økonomi og effektivisering. Til tross for dette kan det synes som at «god» økonomistyring, ikke bare defineres av økonomisk profitt. Eksempelvis på side 16 i årsberetningen (2002) tar de for seg helse Sunnmøre HF. Det er avlagt et helt avsnitt, som legger fram hvordan de har arbeidet mot en god økonomistyring. Her vises det til en rekke problemstillinger som har vært utfordrende med dette målet, blant annet lønnsoppgjør, avtaler og åpninger av nye sengeposter. Avslutningsvis konkluderer de med: *«Sluttresultatet visste eit meirforbruk på ca. 5mill kr, noko vi vurderer som eit godt økonomisk resultat for 2002»* (Helse Midt-Norge, 2002: 42).

Det jeg syntes var interessant var at de konkluderer med at dette er et «godt økonomisk resultat». Det kan synes som om at til tross for at det har vært noen røde tall, var ikke dette helt bortkastet. På mange måter kan det se ut som at noen røde tall ikke er så viktig da de fikk mye verdi ut av de pengene. De peker blant annet til at de klarte å redusere ventelistene med 142 dager, og reduserte antall korridorpatienter med 50 prosent (Helse Midt-Norge, 2002: 42). Under denne definisjonen av «god» økonomistyring, kan det se ut som effektiviserings- og kvalitetsdoktrine er de viktigste faktorene å få med. En annen fortolkning kan være at de anser de røde tallene som en investering i liv og helse, og dermed en viktig folkelig investering. Dette kan synes å stemme med offentlige organisatoriske tankesett. Generelt kan vi si at offentlige organisasjoner skiller seg fra private, fordi de tar for seg et bredere sett av mål og verdier. Videre er ledere for offentlige organisasjoner mer ansvarlige for borgerne, enn ledere i private organisasjoner (Christensen, Egeberg, Lægroid, Roness, Røvik, 2017: 15).

Innledningsvis i årsberetningen omtales det også en usikkerhet rundt økonomistyringen. *«Det har gjennom hele 2002 vært usikkerheter knyttet til flere av de grunnleggende elementer i god økonomistyring, og enkelte av disse er fremdeles ikke avklart – langt inn i 2003»* (Helse Midt-Norge, 2002: 17). Det er fullt mulig at konklusjonen som kommer fram under helse Sunnmøre HF er et resultat av disse usikkerhetene, og er definitivt noe å ta til betraktning. Om ikke annet sier det hvert fall noe om framgangsmåten under reformen. Til tross for at ikke alt var avklart måtte de gjennomføre reform, og det fort. Jeg føler dette understrekes på side 4 i

årsberetningen da framhever de «*endringsprosessene er krevende og omfattende – og tempoet høyt. Vi kan ikke sløse verken med tid eller penger*» (Helse Midt-Norge, 2002: 30). Muligens enda tydeligere kommer dette fram på side 32 under «reform også på økonomistyring» sies følgende:

Overføringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til statlige foretak omfatter mye mer enn eierskap og ledelsesform. Også når det gjelder økonomiske prinsipper og regelverk skjedde det en vesentlig endring, hovedsakelig fordi regnskapsloven legges til grunn for årsregnskapet. [...] Hvert enkelt helseforetak skal avgi komplett årsregnskap i henhold til regnskapslovens bestemmelser. I forhold til tidligere regnskapspraksis for sykehusene gir dette en mer helhetlig rapportering av foretakets økonomiske drift og stilling. Den vesentlige forskjellen knytter seg til periodisering av investeringskostnader som tidligere ikke ble belastet driften i foretaket, men som nå fordeles over investeringens levetid gjennom avskrivninger over resultatregnskapet (Helse Midt-Norge, 2002: 30).

Hvis vi ser dette i henhold til Foucaults observasjoner om diskurser ligger denne forståelsen overordnet hele rapporten. De overnevnte økonomiske prinsippene er innforstått i alle ledd. Som vi ser, er disse økonomiske prinsippene er blant annet et bakteppe for nødvendigheten av fokus på resultater og målstyring. I teoridelen nevnte jeg at diskurser kan være førende for andre tanker og ideer. Diskurser inneholder makt fordi de er med på å legitimere narrativ og representasjoner av fenomen. (Ritzer & Stepnitzky, 2014: 615). I datamaterialet kommer dette i form av at rapporten befinner seg i en diskursiv struktur som setter økonomi og profitt øverst på listen av prioriteringer, på denne måten gjenspeiler rapporten et slags øvrig institusjonelt fokus på økonomi.

4.2 Effektivitet og kvalitet - et uopnåelig mål?

Det er ingen tvil om at årsrapporten har tatt inspirasjon fra NPM-ideer. Gjennomgående i rapporten er det konstatert et fokus på effektivitet og kvalitet. Faktisk er de en del av de fire hovedfokusområdene; *kvalitet, effektivitet, samhandling med primærtjenesten og ledelse* (Helse Midt-Norge, 2002: 23). Det jeg vil ta for meg i dette kapittelet er hvorvidt dette er forenelige ideer. Samt også si noe om hvordan kritikken mot det gamle kommer fram i datamaterialet.

Som beskrevet i teoridelen var det stor kritikk rettet mot deler av offentlig sektor, her argumenterte reformerer at den offentlige sektoren er for stor, ineffektiv og byråkratisk. Bak dette lå det også en tanke om at den offentlige sektoren tok vekk ressurser fra privat sektor (Stamsø, 2011: 68). I datamaterialet kommer dette i form av et økt trykk på effektivitet og kvalitet. Samtidig ser vi samtlige ganger trukket fram at det framtidig vil jobbes med private

aktører, og et ønske om nye behandlingsmetoder for ressursforbruk og resultat. Dette narrative er heller ikke helt fri for mangler og problemer.

Problemet ved å føre en slik målrettet og ytelsesrettet politikk i den offentlige velferden er at det ikke tar til betraktning at; tradisjonelt sett har offentlige organisasjoner vært mer mangfoldig i sine mål (Levin, et.al., 2012: 112). Christensen sier at offentlige organisasjoner i seg selv er spesielle, hvor egne regler, lover og prosedyrer er nødvendige (Christensen, et. al., 2017: 15). Noen ganger er det vanskelig å vite hva som er produktet i enkelte offentlige organisasjoner. Eksempelvis kan vi ikke bare måle effekten av et sykehus på hvor mange som utskrives som «frisk». Sykehuset har en mye mer omfattende rolle hvor for eksempel; å vise/gi omsorg ses på som et viktig hovedmål. I sosiologien kaller vi slikt arbeid for emosjonsarbeid. Arlie Hochschild påpeker at slikt emosjonelt arbeid er ikke bare slitsomt for kroppen, men også vårt emosjonelle sansesystem (Ritzer & Stepnitzky, 2014: 386, 371). Slike momenter er vanskelig å måle i effekt- og ytelsesfokuserede systemer, og det kan muligens argumenteres for at slike delmål blir nedprioritert for hovedmålet. Det ytelsesfokuserede narrative minker viktigheten av denne typen arbeid. Dessuten vil et sterkt søkelys på resultater kreve mer fokus på kontrollering og måling av disse resultatene, noe som krever flere ressurser og innsatser (Stamsø, 2011: 83).

Videre vil jeg argumentere for at dette effektiviserings- og «samlebåndssynet» i offentlige organisasjoner kan gå utover kvaliteten på arbeidet som blir levert. «Lavest mulig omsorgsnivå» er et begrep brukt av doktorgradsstipendiat Bente Skogsaas, som jeg synes er deskriptivt, og påpeker det jeg mener. Videre sier hun: *ikke alle sykdommer og lidelser eller plager egner seg for den formen for standardisering og logistikk som en behandlingslinje legger opp til* (Skålid, 2012). Poenget her er at det er en dualitet ved det å gjøre noe effektivt, og samtidig grundig. Hvis en arbeidsoppgave har et veldig stort tidspress, vil det muligens gå utover hvor grundig man kan gjennomføre denne arbeidsoppgaven. Dessuten hvis man fører en «one size fits all» politikk kan dette komme på bekostning av delmål som nevnt i forrige avsnitt.

Som nevnt i teorikapitlet er det mange måter å innramme en diskurs. Enhver framstilling av et fenomen kunne vært annerledes, og måten vi framstiller et fenomen på har konsekvenser for enkeltmennesker og samfunn (Johannessen, et.al, 2018: 51). Ved at vi tar i bruk en annen framstilling av fenomenet «kvalitet og effektivisering» oppnår vi et helt annet narrativ. Motargumentet for tankegangen ovenfor er at reformene har vært med på imøtekomme

forbrukernes autonomi gjennom fritt sykehusvalg. Ved at brukeren selv får velge tjenestene de vil bruke, vil de automatisk være mer rettet mot den enkeltes behov, og den servicen de selv vil ha (Stamsø, 2011: 79-80). Samtidig vil den økende graden av *konkurransesetting* av offentlige tjenester bidra til at både offentlige og private aktører kan konkurrere om hvem skal utføre tjenesten best. Med dette mener jeg hvem som kan gjøre den mest effektiv, til lavest mulig kostnad, og beste kvalitet (Stamsø, 2011: 79). Det er tydelig i datamaterialet at det er en økt satsing på akkurat dette. Et økt samarbeid med private aktører er i fokus. Samtidig er ikke dette narrative uten kritikk. Eksempelvis hvis det er for mye fokus på effektivitet og økonomi kan det føre til «overbehandling», hvor behandlingsmetodene som gir sykehuset størst økonomisk innsparing blir valgt. Dessuten er det uten at det nødvendigvis er noen selvfølge at dette tilsier bedre behandling for pasienten (Stamsø, 2011: 82).

4.3 En gransking av ledelse og organisering:

Innledningsvis i styrets årsberetning fortelles det: «*Staten overtok ved årsskiftet ansvaret for alle offentlige norske sykehus og etablerte fem regionale helseforetak. Helse Midt-Norge er et av disse og omfatter spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. I tillegg ble sykehusapotekene i regionen overtatt og organisert i et eget helseforetak*». (Helse Midt-Norge, 2002: 16). Da Norge I 2002 undergikk en stor helse reform var hovedargumentene for reformen at det nye systemet skulle være bedre til å holde seg innenfor budsjettene, og ville hindre at fylkene og helse departementet ville gi hverandre skylden for å ikke klare å holde seg innenfor de økonomiske rammene. Denne «blame game» faktoren kommer ikke noe særlig til rette i datamaterialet. Rapporten legger heller fram et narrativ med mange utfordringer, men disse utfordringene kommer fram som overkommelig. Utfordringene er noe vi skal ta for oss sammen, og er noe vi skal komme oss gjennom sammen. Rapporten velger med andre ord ikke å fokusere på det som er splittende, og setter heller blikket framover mot en samarbeidspolitikk. Denne samarbeidspolitikken kommer i form av et økt samarbeid mellom de forskjellige organene, og private aktører.

Da den Norske staten overtok eierskapet av sykehusene fra fylkene var denne avgjørelsen på mange måter preget av NPM-ideer. Eksempelvis resulterte det i flere selvstendige sykehus med sterkere ledelse og et økt trykk på ytelseskriterier (Christensen & Lægred, 2011: 149). Som jeg har nevnt tidligere er det tydelig i datamaterialet at det er et sterkt fokus på ytelseskriteriene gjennom en stort press på kvalitet og effektivitet. Dette fokuset på sentralisering retter seg inn mot NPM-skolens økonomiske forankring (Stamsø, 2011: 73). På en annen side: på grunn av denne overtakelsen har reformen styrket statens posisjon på en mer

eksplisitt måte enn mange andre reformer i Europa. (Christensen & Læg Reid, 2011: 149). Samtidig går det noe imot NPMs tankesett hentet fra *managerrealismen*, som vektlegger desentralisering og delegering (Røvik, 2016: 36). Dette har vi sett at har utspilt seg i et større fokus på ledelsesformer, og flere ledere på avdelingsnivå (Stamsø, 2011: 70). Dette søkelyset på lederskap har ført til framveksten av ledelse og styring i seg selv som profesjon. Det betyr videre at de som leder ikke nødvendigvis ikke har samme type utdanning som de som er underordnet dem, noe som var mer vanlig tidligere (Røvik, 2016: 145; Stamsø, 2011: 70).

Christensen og Læg Reid viser også til at forskere har også observert en stor variasjon i hvordan land bruker kvalitetssikringsinstrumenter. Selv i land med lignende systemer, som Danmark og Norge, ser vi variasjoner av implementeringen av NPM-ideer. I Danmark har autonomien til det medisinske yrke blitt opprettholdt i det nasjonale programmet for kvalitetskontroll, mens kvalitetsprogrammene som ble introdusert i Norge har utfordret den tradisjonelle medisinske yrkes uavhengighet. (Christensen & Læg Reid, 2011: 149-150). Norske reformatorer argumenterte for en sterkere representasjon av ledere med erfaringer fra det private næringslivet. Det ble også argumentert for at de ville kunne forbedre den økonomiske styringen av sykehusene, og dermed bedre holde seg innenfor de økonomiske rammene (Christensen & Læg Reid, 2011: 149-150).

Det danske og det norske helsesystemet er sett på som svært like, til tross for dette så vi svært forskjellige resultater ved innhenting av NPM-ideer. Som et motargument for politisk sentralisering ble ikke samme løsningen brukt i Norge, tatt i bruk i Danmark. I stedet ble sykehuseierskapet overført fra fylkene til andre regionale institusjoner. Dette ble også gjort fordi regionene i Danmark fortsatt skulle holdes ansvarlig overfor de lokale velgerne (Christensen & Læg Reid, 2011: 155). Forskjellen vi ser i sentralisering er muligens også et resultat av mindre avstander, og at sykehusene i Danmark var bedre selvfinansiert, og dermed mer uavhengig. Dette betyr i praksis at norske fylker sto politisk og økonomisk svakere enn de danske fylkene. Dette kan ses på som en delforklaring av nedbrytningen av regional ansvarlighet, og den meget raske endringen i Norge i begynnelsen av 2000-tallet (Christensen & Læg Reid, 2011: 155).

Overtagelsen av eierskapet til sykehusene kan ses på som om det ikke samsvarer med NPM-ideer, da det er en form for sentralisering av ledelse, noe som ikke hører sammen med *managerialismen*, som vektlegger desentralisering og delegering (Røvik, 2016: 36). Med dette sagt er det fortsatt tegn til innflytelse fra managerialismen. Eksempelvis omtaler rapporten

delegering av arbeidsoppgaver, som i praksis betyr at personer fra flere miljø arbeider om den framtidige driften. Videre på side 11 i årsberetningen påpekes det at økonomistyringen skal forbedres gjennom intern omorganisering og desentralisering av støttefunksjoner (**Helse Midt-Norge, 2002: 37**).

4.4 Helse for deg – På lag med deg for din helse:

I Årsrapporten er det tydelig at en av formålene med rapporten er at den er gjennomsynlig, og gir rikelig med innsikt i de forskjellige prosessene. «*Helse Midt-Norge innser behovet for en høy grad av åpenhet. Den offentlige debatten om vår virksomhet bidrar til legitimitet og styrker vårt beslutningsgrunnlag*» lyder det på side 4 av årsberetningen. Flere sider av årsrapporten er brukt på å kartlegge organisasjonen, planer, mål og liknende. Disse sidene fungerer slik at de gir en generell info og innblikk inn i de politiske/administrative prosessene. På denne måten kan vi si at folket kommer «tettere» inn på prosessene som påvirker helsetilbudene. Dette vil jeg si stemmer ganske godt overens med det vi ser i litteraturen. Generelt sagt; offentlige organisasjoner skiller seg fra private, fordi de tar for seg et bredere sett av mål og verdier. Videre er ledere for offentlige organisasjoner mer ansvarlige for borgerne, enn ledere i private organisasjoner. Det betyr at offentlige organisasjoner må være mer transparent, likestilt og forutsigbar (Christensen, et al, 2017: 15). Det er vel og greit, men jeg synes det var litt interessant at de nevner den offentlige debatten. Innebakt i dette ligger det muligens en fastslåelse av at dette er veldig omdebatterte emner, og de er godt opplyst på akkurat dette.

De har også noen mer billedlige språklige virkemidler som appellerer til folket. Overskriften på samme side går slik: «*på lag med deg for din helse*». Det er tydelig at dette er en appell til den øvrige populasjonen. Når jeg sier at de bruker et billedlige språk, mener jeg at de bruker appellformen patos. Kort sagt, de appellerer til leserens følelser. I dette tilfellet er det snakk om å vekke en slags felleskapsfølelse hos leseren. Dette gjør budskapene under mer mottagelig, samtidig som det tydeliggjør hvem det prates til, nemlig folket. Videre vekker det oppmerksomhet hos leseren og gjør det lettere å følge med i teksten. På denne måten får de ikke bare fram budskapet på en bedre måte, men de oppnår også at leseren forstår viktigheten av budskapet, da det gjelder dem direkte.

De bruker også virkemidler som peker på at mottagergruppen er den generelle befolkningen. Jeg siterer: «*pasienten vil stadig øke sin medinnflytelse gjennom at vi setter pasienten i sentrum kombinert med større egenkompetanse og økte rettigheter for den enkelte pasient*»

(Helse Midt-Norge, 2002: 7). Budskapet viser til en endring av hvordan helse skal praktiseres. Pasienten skal settes i sentrum, og dette skal kombineres med en økt egenkompetanse. Dette peker til en endring i måten helsesystemet ser på pasienter, noe som jeg skal komme tilbake til senere. Det jeg ville få fram som kan være av viktighet er at dette nye synet på pasienten skal medføre nye rettigheter. Endret pasientrolle er veldig nært knyttet til de underliggende strømmingene som NPM-logikken er en del av. «Positive» liberale verdier som menneskeretter, og likebehandling står sentralt (Almklov, Ulset & Røyrvik, 2017: 168). Videre vil jeg si det viser en viktiggjøring av «menneskets ukrenkelighet». Blant annet lover de «ingen *uverdige* venting, og færre korridorpasienter». Når de beskriver det slik skildres det som lengere venting går utover menneskets ukrenkelighet, da det er *uverdige*.

4.5 Pasient vs. Bruker:

I forrige kapittel viste jeg til et sitat som jeg mener illustrerer en skillelinje mellom bruken av to forskjellige representasjoner å tiltale pasientene. På den ene siden har vi pasientrollen, og på den andre har vi brukerrollen. Begrepene vi bruker når vi definerer og beskriver ting handler ikke bare om simpel semantikk, men de har innforståtte verdiladninger og holdninger assosiert ved bruk. Eksempelvis signaliserer bruken av ordet pasient i seg selv en individualisering av rollen (Olsen, 2011: 157). Dette illustrerer hvordan de forskjellige representasjonene gir veldig ulike forståelsesrammer for hva det innebærer å være syk.

Det argumenteres for at bruker-representasjonen gir aktørene en økt autonomi, og ansvarsfølelse, en slags selvdisiplinering. Målstyringen presser mer ut av den enkelte, noe kan ses på som en bra ting. For eksempel er den norske utdanningsmodellen basert på at den enkelte har ressurser, eller kan tilegne seg ressurser som er nyttig for samfunnet. Dette er noe av argumentet til å holde lave kostnader for utdanning. Utdanning gir aktører et «nøkkelgode» som gir individet en vei inn i andre felt i samfunnet. Den enkelte i det norske samfunnet gir utdanning sin utdanning kunnskap, informasjon og kan senere betale for utdanningen gjennom skatt og avgifter. Utdanning er dermed et nøkkelgode som kommer den enkelte og samfunnet til gode. I datamaterialet er det tydelig at tankegangen går noe i denne retningen. Eksempelvis på side 14 under årsberetningen kommer det fram at en av hovedoppgavene for 2003 er at pasientene og pårørende skal få opplæring. Opplæringen vil i denne forstanden fungere slik at individet er mer medvirkende og ressursutnyttende i legeprosessen. På side 22 står det svart på hvitt: «*brukerperspektivet står sentralt i Helse Midt-Norges arbeid. Vi ønsker at pasienter og pårørende skal ha innflytelse. Deres kunnskap kan føre til økt kvalitet på helsetjenestene*» **(Helse Midt-Norge, 2002: 48).**

Det er også viktig å peke ut at denne tanken om en mer «delaktig» bruker kanskje er et resultat av at flere pasienter har kroniske plager, som gjør at de er en belastning over lengere tid, noe som kanskje er veldig ressurskrevende etter den gamle modellen. Eksempelvis under «fremtidsutsikter» på side 7 i årsberetningen konstaterer de; *en av de største problemene framover vil være at en økt andel av pasientene er eldre. Videre sies det at en økt andel av pasientene har kroniske lidelser (Helse Midt-Norge, 2002: 22)*. Noe av dette er trolig et resultat av at den moderne legevitenenskapen er blitt så god som den er: folk lever lengere, og vi kan i større grad behandle tilstander vi ikke kunne før. *Dette kan trolig bli ansett som et ondartet problem?*

Som nevnt tidligere er den endrede pasientrollen veldig nært knyttet til NPM-logikken. Søkelyset på menneskerettigheter og likebehandling gir det en nødvendighet for standardisering (Almklov, et. al, 2017: 168). Begrepene vi bruker når vi definerer og beskriver ting har innforståtte verdiladninger og holdninger assosiert ved bruk. Pasient som nevnt tidligere har også en verdiladning som peker på en individualisering av sykerollen. Det jeg ønsker å få fram er at den tradisjonelle «sykerollen» tilskriver en rekke verdiladninger og forventninger. Talcott Parsons peker til at pasientene blir utsatt for en sosial og moralsk vurdering, hvor man videre skiller mellom det å være en «god» eller «dårlig» pasient basert på disse vurderingene (1991: 286-287). I tillegg tilskriver «sykerollen» at aktøren er dysfunksjonell i andre samfunnsroller (Parsons, 1991: 430). Dette står i kontrast med den delaktige brukerrollen, fordi den tradisjonelle pasientrollen er passiv. Dessuten anses en som «god» når pasienten klarer inneha hva legene mener er en god pasient gjennom at deres utførelse av sykerollen samsvarer med det medisinske fagpersonellet sine forventninger (Sointu, 2017: 72).

Selv om man har som ønske at bruker-representasjonen av aktøren skal fikse denne skjønningen, vil jeg si at den heller skjuler den bedre. Den nye rollen fører til at pasient blir sett på som en slags forbruker, men også kunde. Ved bruk av disse begrepene maskerer man den asymmetrien mellom mottakere og ytere av helse- og tjeneste tilbudet (Olsen, 2011: 158). Ujevn maktfordeling er vanskelig å gjøre noe med, og vil tilsynelatende alltid være knyttet til medvirkningsprosessen. Man har derfor tatt i bruk begrepet empowerment i helsetjenester. (Olsen, 2011: 154). Empowerment er i prinsippet ikke noe man blir tildelt, men noe pasienten skal tilegne seg gjennom sin egen kraft og styrke. Det er viktig å understreke at også her ser vi gjennomsyring av en liberal markedsideologi, ved at det er forbrukerens eget ansvar å bli bedre, og de tilbudene de velger å bruke. Samt også en firhetstanke om muligheter til å velge

disse ulike tilbudene. (Olsen, 2011: 154). Med andre ord: gjennom empowerment begrepet ser vi en videreføring av brukerrollen.

Selv om formålene med empowerment og brukermedvirkning er godartet, (noe jeg ikke har en grunn til å betvile); *pasienten skal få autonomi, makt og frihet, gjennom ens egen kraft og styrke*, er det ikke så klart at det er nettopp dette pasienten oppnår. Problemet er at det tilsynelatende er innbakt en liberal markedsideologi, ved at det er forbrukerens eget ansvar å bli bedre, samt hvilke helsetilbud de velger å bruke (Olsen, 2011: 154). Dette kan føre til at individets sosioøkonomiske status er mer veiende i helbredelsesprosessen. Noe som kunne vært eksplorert nærmere i et Bourdieu-perspektiv. Videre hvis det oppstår noen vanskeligheter under prosessen kan pasienten i større grad føle seg ansvarlig for å ikke ha oppnådd full restitusjon. På denne måten nedbrytes ikke nødvendigvis maktforholdene, da feil og mangler kan plasseres på pasientens manglende vilje eller evne til å bli frisk. Med andre ord; makten blir ikke nedbrutt, men heller skjult gjennom en forkledning av markedsideologi og individualisme.

De forskjellige representasjonene gir veldig ulike forståelsesrammer for hva det innebærer å være syk. Pasientrollen avbilder en mer passiv, mottagende rolle (Parsons, 1991: 430). Brukerrollen skildrer en delaktig, sterk, ressurs-besittende rolle. Dette illustrerer hvordan det sosiale fenomen «sykerollen» kan ses forskjellig gjennom ulike representasjoner. Innforstått i empowerment begrepet og brukerrollen er en tanke om maktutjevning, hvor den undertrykkede skal få tilbake kontroll (Olsen, 2011: 154). Det er tydelig at de «positive» liberalistiske ideene NPM fører med seg passer som hånd i hanske med denne representasjonen av aktørene. Datamaterialet gjenspeiler teorien, vi ser en framvekst i individualistisk nyliberalistisk-økonomisk tankegang (Stamsø, 2011: 73). Dette kommer i form av brukerperspektivet. Til tross for at det kan synes som om de bakomliggende ideene er ideelle, treffer de ikke nødvendigvis målet sitt. Dette er tilsynelatende fordi pasienter vil stille opp på ulikt grunnlag. Brukerperspektivet er med på å maskere denne asymmetrien.

4.6 Reform som noe nytt, utfordrende og spennende – Veien fram til en ny epoke:

Med reform kom det naturligvis store endringer, og med store endringer kom det utfordringer. På mange måter kan diskursen rundt disse utfordringene anses som svært positiv og optimistisk. «*veien fram til en ny epoke*» lyder det på side 20 i årsberetningen (**Helse Midt-Norge, 2002: 46**). Det vises også til at de ansatte har vært innstilt på omstillinger på en konstruktiv måte. På mange måter kan dette narrative sies å være et resultat av de andre

omtalt i oppgaven. Kort sagt skal en ny epoke ringes inn, dette skal skje gjennom brukermedvirkning (brukerperspektivet). «Helse for deg» narrative kommer gjennom et økt fokus på åpenhet og dialog, i samarbeid med brukerperspektivet. Videre blir alle de forskjellige narrativ; *ventelister, korridorpasienter, psykisk helsevern, kreftomsorg, samt med flere*, sammenkoblet gjennom det overordnede institusjonelle narrativ. Nemlig den økonomiske styringen og effektivisering.

5.0 Konklusjon:

5.1 Reform som noe unngåelig:

Historisk sett kan vi si at reformer av den offentlige helsestrukturen var nødvendig. Jeg tenker særlig på problematikken rundt velferdsstatens finansieringsproblemer, og økonomiske nedgangstider (Stamsø, 2011: 72). Dette er også noe vi har sett gjenspeilet i datamaterialet. I tillegg har vi i nyere tid et større globalt og internasjonalt press fra aktører som EU og OECD (Røste, 2013a: 208-209). Små land som Norge, er veldig avhengig av de internasjonale avtalene, handelen og tjenesteproduksjonen som kommer med avtaler som EØS-avtalen. Norges avhengighet av disse avtalene skaper et asymmetrisk forhold. Dette gjør at Norge må i større grad tilpasse seg EUs politikk (Røste, 2013a: 208-209). Med dette tatt i perspektiv kan det se ut som reform var unngåelig. Disse forholdene ble tatt grundig til betraktning når utforming og reformer av den offentlige forvaltningen skulke foretas. Det var blant annet tydelig at det var viktig at dette skulle gjøres på en slik måte at endringene oppfattes som legitim for befolkningen (Fimreite & Grindheim, 2007: 234). Dette var noe vi så gjenspeilet i datamaterialet, det var tydelig et fokus på 'nærhet', gjennomsynlighet og legitimitet.

Til tross for dette er ikke reformene overlagt kritikk. I ettertid at noen av disse endringene har kommet i konflikt med den norske modellen. Eksempelvis er trepartssamarbeidet noe svekket som et resultat av NPM innføringen i offentlig sektor (Levin, et.al., 2012: 28). Videre vil jeg argumentere for at de tradisjonelle verdiene og det mangfoldige målsettingsgrunnlaget i offentlig sektor har blitt satt på prøve, på grunn av implementeringen av NPM i den offentlige forvaltningen (Christensen, et.al., 2017: 15). Videre vil jeg også påstå at den økte bruken av markedsinspirerte elementer som for eksempel konkurranseutsetning og overordnet styring, er med på å utfordre den norske modellen. Dette er fordi tradisjonell oppgaveløsning settes på prøve (Fimreite & Grindheim, 2007: 234). Videre settes forvaltningsnivåenes samhandling på prøve (Fimreite & Grindheim, 2007: 232-233). Det er mulig at det er noe av dette som

kommer fram i datamaterialet når de snakker om reform som noe utfordrende, men gjennomførbart.

5.2 Reform som forbedrer:

Det at den norske staten er reformvillig er muligens et tegn på at den er god til å tilpasse seg omgivelsene; altså de økonomiske og politiske trendene. Det er tydelig at dette er gjort med hensikt, raskt, samtidig som det er gjort utredninger. Hvis det foretas reformer ofte, for raskt, eller veldig store endringer kan dette skape usikkerhet, og i seg selv resultere til mindre statlig legitimitet (Røste, 2013b: 81-82). Vi ser blant annet at de store endringene skaper noen utfordringer og usikkerheter, særlig knyttet til økonomistyringen og hva som utgjør «god» økonomi. De veier opp for dette gjennom en tydelighet rundt endringene, og legger til rette for åpen dialog for brukerne. Dette står i tradisjon med offentlige organisasjoners verdigrunnlag (Christensen, et al, 2017: 15). Dessuten er det tydelig at offentlighetens bidrag i diskursene er verdsatt: *«vi er avhengig av en levende og framtidsrettet offentlig debatt om hvordan sykehustilbudet skal være. Det bidrar til legitimitet og styrker vårt beslutningsgrunnlag. Og vi får viktige innspill som ellers kunne ha gått tapt. Aktiv kommunikasjon er ikke bare en mulighet til å synliggjøre virksomheten, men også en plikt» (Helse Midt-Norge, 2002: 49).*

5.3 Hva sier analysen?

Grunnen til at jeg har tatt opp noen av de problemstillingene jeg har gjort i analysen er for å vise de tankene, som var bak helsereformen, og hvordan disse tankene påvirker oss i dag. Oppgaven fungerer som en måte å få fram hvordan ideer og tanker kan få uforventede eller ubevisste konsekvenser. Samtidig som jeg nyanserer noen av snakkepunktene bak reformen teoretisk i teoridelen i et forsøk på å få fram hvor disse ideer og tankesettene kommer fra. På sett og vis kan oppgaven sies å ha en noe hermeneutisk-tilnærming da teoridelen fungerer som en måte å gi leseren en innføring i enkelthetene som konstituerer diskursen som rapporten er bygget på. I analysedelen kommer disse enkelthetene sammen og nyanserer helheten. Dette er gjort i et forsøk på å kontekstualisere reformen og debatten rundt reformen. Datamaterialet fungerer på denne måten slik at det ytterligere gir mening til teoridelen, og sammen blir de en helhet. Gjennom et kvalitativt dokumentstudium oppnår vi rikelig med innsikt om et saksforhold, i en gitt kontekst; et tidspunkt, et sted, og med tanke på en spesifikk mottagergruppe. (Tjora, 2017: 183). De bidrag jeg har hentet fra nyere tekst, deriblant: Stamsø, Olsen, Christensen og Lægreid, er ment å fungere som frempek til hvor disse debattene befinner seg i dag. Samtidig hjelper oss å se kritisk på de tanker og ideene som

utgjorde reformen i 2002. Noe som ofte er et viktig formål ved slike diskursanalyser (Johannessen, et.al, 2018: 51). Diskursanalyser egnes godt til å fange opp disse forståelsesformene, i et ønske om å belyse den kollektive forståelsesrammen som etableres i en gitt diskurs (Johannessen, et.al, 2018: 58).

5.4 Oppgavens styrker, og noen vanskeligheter:

Det er viktig å poengtere at språk og kommunikasjon kan være vanskelig og komplisert (Johannessen, et.al, 2018: 245). Budskap kan være tvetydelig, og forskerens egne bias og verdigrunnlag kan være førende i en fortolkningsprosess (Tjora, 2017: 256). Jeg har prøvd å forhindre disse innvirkningene gjennom at datamaterialet er behandlet i flere omganger. Jeg vil også argumentere for at ved å bruke ytterligere bidrag fra andre kilder som supplerende har jeg også prøvd å få med at dette ikke ubegrunnede observasjoner. Det kan hende at oppgaven hadde vært noe styrket gjennom et bruk av et mer strukturert dokument analyse, eksempelvis en slags *policy narrative analysis*. I denne analysen har metodikkens struktur kommet gjennom delproblemstillingene utformet i slutten av metodekapittelet. De fungerer som en pekepinn på viktige elementer i en diskursanalyse, samtidig som de er rettesnor for det metodiske arbeidet. Jeg mener også det er viktig å påpeke at vanskelighetene rundt bruken av analyseverktøy har gjort enkelte deler av analysen vanskeligere. Det har blant annet gjort at jeg har valgt å ikke legge ved datamaterialet i appendix da det ikke er særlig transformativt.

Ved en eventuell senere anledning kan det hende at oppgavens validitet hadde vært styrket gjennom en større datamengde. Det lot seg ikke gjøre i denne oppgaven på grunn av de overnevnte problemene ved bruk av analyseverktøy. Eksempelvis kunne det kanskje vært trukket inn mediebidrag fra tidsperioden som omtalte reformen, det hadde fått det «folkelige» perspektivet fram, og vært ønskelig da det fungerer kontekstualiserende, og nyanserende. Videre hadde det kanskje klart å trekke inn den offentlige debatten rundt akkurat dette, og i en større grad hvordan den offentlige debatten var rundt helsereformen 2002.

5.5 Avsluttende tanker:

Helsereformen 2002 var på mange måter et resultat av en endring i politiske- og økonomiske holdninger. En av hovedgrunnene til framveksten av NPM-ideer var velferdsstatens finansieringsproblemer (Stamsø, 2011: 72). De økonomiske underskuddene i offentlige budsjetter ser vi også nevnt som en årsak til helsereformen i 2002. Samtidig ser vi at det ikke var etablert et klart bilde av hva utgjør «god» økonomistyring. Det ingen tvil om at nedgangstider og velferdsstatens finansieringsproblemer var med på å gjøre målrettede- og

effektiviserings fokuserte organisasjonsideer mer attraktiv. Med dette sagt ser vi også innad i diskursen en ny vektlegging på menneskerettigheter og likebehandling. Dette gir også grobunn og en nødvendighet for standardisering (Almklov, et. al, 2017: 168). Med dette ligger en ide om mennesket og individet i sentrum, som naturligvis også gir rom for den nye måten å se på sykerollen. Med det nye skifte kommer innforståtte verdiladninger og holdninger assosiert ved den nye representasjonen av brukeren. Innforstått i det nye begrepet og brukerrollen er det en tanke om maktutjevning, hvor den undertrykkede skal få tilbake kontroll (Olsen, 2011: 154). Den nye representasjonen gir en helt annen forståelsesramme for hva det innebærer å være syk.

Sist, men ikke minst anses reform som noe positivt. Endringene i forventninger til offentlig sektor skapte mindre tro på statlige løsninger, og en framvekst i individualistisk og nyliberalistisk-økonomisk tankegang (Stamsø, 2011: 73). I tillegg til dette så vi kritikk rettet mot deler av offentlig sektor, her argumenterte reformerer at den offentlige sektoren er for stor, ineffektiv og byråkratisk. Bak dette lå det også en tanke om at den offentlige sektoren tok vekk ressurser fra privat sektor (Stamsø, 2011: 68). Konkurransetsettinger er på mange måter et svar på dette. På denne måten vil offentlige og private organisasjoner kunne konkurrere om tjenestene og ressursene på lik linje (Stamsø, 2011: 79). Dette gjenspeiles i datamaterialet gjennom et tydelig ønske om mer samarbeid med private aktører, og en økt grad av villighet til tjenestutsetting. Det kan sies at det overordnede narrativ er veldig positivt innstilt reformprosessene. Rapporten nevner noen vanskeligheter rundt økonomistyring, en økt andel av eldre- og kronisk syke pasienter. Noe som ikke nødvendigvis er ovenfor deres kontroll.

Alt tatt til betraktning er det ingen tvil om at reformen var delaktig i og endre diskursen rundt utføringen av helse. Når vi ser på noe av den kritikken som rettes helsereformen i dag kan det synes som noen av disse argumentene er undergravd. Som sagt var helsereformen 2002 på mange måter et resultat av en endring i politiske- og økonomiske holdninger. Det var generelt politisk medvind for reform. Det er viktig at når vi skal forstå argumentasjonen for innføringen av disse reformene, må vi se de i henhold til sin tidsmessige kontekst. Noe denne oppgaven prøver å ta stilling for.

6.0 Referanser:

Almklov, P. G., Ulset, G., & Røyrvik, J. O. D. (2017). Standardisering og måling i barnevernet. I Larsen og Røyrvik (red.) *Trangen til å telle. Objektivisering, måling og standardisering som samfunnspraksis*. Scandinavian University Press, (s.153-183).

Bungum, B. Forseth, U. og Kvande, E. (2015). *Den norske modellen: Internasjonalisering som utfordring og vitalisering*. (red.) Bergen: Fagbokforlaget.

Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. P., Roness G., Røvik A. K. (2017). *Organisasjonsteori* (3.utgave), Oslo: Universitetsforlaget

Christensen, T. og Lægreid, P. (2011). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. England, Farnham: Ashgate publishing.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (15. januar, 2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag: Problemstilling og metode*. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/> Sist sett: (20.03.2020).

Dybvig, D., D., Dybvig, M. og Wyller, T. (2019). *Tanke og handling*. Trondheim: Fagbokforlaget.

Fimreite, L. A., og Grindheim E. J. (2007). *Offentlig forvaltning*. (2.utgave), Oslo: universitetsforlaget.

Forbes, A., & Wainwright, S. P. (2001). *On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique*. Social science & medicine, 53(6), 801-816.

Helse Midt-Norge. (2002). *Årsregnskap for regnskapsåret 2002*. (Årsregnskap RHF 2002). Hentet fra: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/%C3%85rsregnskap%20RHF%202002.pdf>

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4.utgave), Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, L.E.F., Rafoss, T.W. og Rasmussen, E.B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Røvik, A. K. (2016). *Treder og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. (4.utgave), Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, M., Nilssen, T., Ravn, J., E., Øyum, L. (2012). *Demokrati i Arbeidslivet: Den norske samarbeidsmodellen som konkurransefortrinn*. Trondheim: Fagbokforlaget.
- Olsen, B. C. R. (2011). Om å vite best ... sammen – brukervedvirkning i helse og sosial sektoren. Stamsø, M. A. (Red.). *Velferdsstaten i endring: Norsk sosial politikk ved starten av et nytt århundre*. (s.144-176). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Parsons, T. (1991). *The Social System*. London: Routledge.
- Popay, J., Rogers, A., & Williams, G. (1998). *Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research*. *Qualitative health research*, 8(3), 341-351.
- Ringdal, Kristen. (2013). *Enhet og Mangfold*. (3.utgave), Trondheim: Fagbokforlaget.
- Ritzer, G. & Stepnisky, J. (2014). *Sociological theory*. (9.utgave). Boston: McGraw-Hill.
- Røste, O. Bjørn. (2013a). *Politikk og Økonomi: for statsvitere*. (2.utgave), Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Røste, O. Bjørn. (2013b). *Økonomi og Politikk: for samfunnsvitere*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Skålid, Jon.O. (Publisert 27.12.2012). [Nettartikkel]. *Forskning.no. Helse på samleband?*
Hentet fra: <https://forskning.no/partner-helsepolitikk-helsetjenester/helse-pa-samleband/720687>
- Sointu, E. (2017). "Good' patient/'bad' patient: clinical learning and the entrenching of inequality. *Sociology of Health & Illness*, 39(1), 63-77. doi:10.1111/1467-9566.12487
- Stamsø, A. Mary. (Red.). (2011). *Velferdsstaten i endring: norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. (2.utgave), Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt: kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Trondheim: Cappelen Damm.

Tjora, Aksel. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

