



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Institutt for samfunnsvitenskap

Helsesektoren – fra velferdsstatens dronning til foretak

En WPR-analyse av helsereformer inspirert fra økonomiske perspektiver

Ola Torstein Endresen

Masteroppgave i Statsvitenskap. STV-3900-1 19H. Juni 2020.

Sammendrag

Helsesektoren har i takt med andre deler av offentlig sektor møtt radikale endringer i form av en rekke reformer de siste årene. Helsesektoren ble i en artikkel av Finn Henry Hansen i 1979 karakterisert som velferdsstatens dronning. Sykehuset var et sentralt bilde på velferd. Dronningen skulle møte motstand, men ikke abdisere. Hennes majestet ble problematisert som kostbar, men å senke ambisjonene hennes skulle vise seg enklere sagt enn gjort. Problematiseringene startet med kostnader og beveget seg mot styring, organisering og nye strukturer. Endringene var ikke eksklusivt forbeholdt helsesektoren, andre sektorer møtte liknende reformer. New Public Management er et rammeverk som forsøker å forklare verktøyene som slike endringer tar i bruk.

Denne nye måten å tenke på fikk raskt et sterkt fotfeste. I dag er helseøkonomi et eget fag, som man kan ta både Bachelor- og Mastergrad i. Denne oppgaven analyserer hvordan disse endringene fant sted gjennom å undersøke problematiseringene bokstavelig talt, gjennom dokumenter der disse fremkommer. Den bygger på en metoden WPR (*What's the problem represented to be*) lansert av statsviteren Carol Bacchi. Antagelsen som ligger til grunn er at vi styres gjennom problematiseringer, dermed gir det mening å studere slike fremstillinger. Et viktig premiss er at problemer er konstruksjoner. Dermed forsøker jeg gjennom denne analysen å vise at problematiseringene er nettopp konstruksjoner, men også hvordan de er konstruert. Tankegangen er at problemene kunne vært problematisert annerledes. Dermed kan det stilles kritiske spørsmål. Her vises det gjennom et paradigmeskifte der økonomisk teori fikk spillerom.

Forord

De siste linjer skrives på vår familiehytte i Birtedalen, i fjellene ovenfor Fyresdal som ligger i den sammenslåtte regionen Vestfold og Telemark. Det er en tradisjonsrik hytte som også forteller en historie, min far satte opp en hytte her i et helt nytt hyttefelt tilbake i 1976. Vi snakker altså om sånn omtrentlig samme tid som det skjedde et taktskifte i samfunnet. Reformene var i norsk sammenheng kun i startgropa. Perspektivene på hva som var gangbar investering og hvordan dette forholdt seg til lønnsomhet var kanskje sett med noe andre briller den gang. Hyttefeltet hadde ikke noen infrastruktur, veier kom ikke før midten av 1990-tallet, strøm omtrent på samme tid og vann er stadig tilgjengelig kun via vannposter i terrenget. Hytta ble bygget over flere år. Flere timers kjøring på til dels dårlig grusvei, fellesparkering nesten en kilometer unna med størrelsesorden 100 meters høydeforskjell. Materialer ble fraktet manuelt opp åsen til hytta med fin beliggenhet på toppen med utsikt over fjell og vann. På vinteren var det overnatting uten tak og arbeidsøkter på dagtid. I dag er hytta som en reise tilbake til en annen tid. Der samfunnet har forandret seg, så er endringene på hytta minimale. Min far døde i 2009. Historien forteller noe om hvordan perspektiver på effektivitet og hva som man tenker lar seg gjøre endrer seg over tid. Nå kan man si at et prosjekt som å bygge en hytte til fjells med tynn infrastruktur har andre verdier enn den rent investeringsmessige. Både byggeperioden og hytteliv generelt kan man si bærer preg av nettopp en glede ved å legge inn mer innsats enn man er vant med, for å nettopp finne en glede i det per se. Likevel er det vanskelig å tenke seg at den samme operasjonen ville vært gjennomført i dag. Dette sier kanskje noe om hvordan man endrer kravene og påvirkes fra de paradigmer en lever i. Det som var naturlig i 1976 er kanskje ikke fullt så naturlig i 2020, selv om det i prinsippet er fullt mulig. Historien kaster lys over utviklingen også i endringen av offentlig sektor.

Når en skal behandle store spørsmål som politisk styring og økonomiske teorier så er det alltid en utordring å finne en struktur på arbeidet og produktet. Jeg gikk mange runder i tenkeboksen. Det er lett for at spørsmålene en tar for seg blir for store for en enkelt oppgave. Det sies at et tema bør alltid snevres inn og at det kan aldri bli for avgrenset. Underveis i et slikt prosjekt finner en seg mange ganger i en posisjon hvor den innsikten trer tydelig frem. Det avgrensede tema er mer håndterbart, problemene blir mer konkrete og enklere å skrive

om. En masteroppgave høres stor ut, men på 80 sider får en raskt heller problemet å begrense seg enn noe problem med å fylle sidene. Men hvis en kun tar de nedskalerte problemene, hvem skal da ta de store spørsmålene? Store spørsmål må også håndteres, selv om de stiller større krav til skribenten som hele tiden vil føle usikkerhet på valg av retning, om de viktigste kildene er valgt og stadig får viktige veivalg underveis. Jeg har forsøkt å balansere disse hensynene ved å diskutere de store spørsmålene på konkrete reformer. Da skaper man en løype der det blir konkret datamateriale å ta tak i, mens bakteppet likevel er ideene som diskuteres i deres form og virke.

Min kone satte meg også på sporet av en metodisk tilnærming hun var introdusert for i sitt eget prosjekt. En analytisk ramme som var basert på den australsk-kanadiske statsviteren Carol Bacchi, den skulle vise seg å gi oppgaven akkurat passe mengde struktur. Den er såpass fleksibel at det gjenstår litt arbeid for skribenten til å forme den til sitt eget prosjekt. I mitt tilfelle passet det godt å ikke gi prosjektet for rigide metodiske rammer. Stor takk til min kone for diskusjoner og erfaringsutveksling underveis i prosessen.

Jeg vil også benytte sjansen til å hedre min veileder, Jarle Weigård. Han tar nå en velfortjent pust i bakken etter å ha vært en svært betydningsfull bidragsyter ved Universitetet i Tromsø i en årrekke. Kanskje var det veiledningen til mitt prosjekt som endelig skulle ta knekken på han? Jeg velger å tro at det ikke finnes noen kausal sammenheng der. Akkurat som studenter gjennom mange år har nytt godt av Jarles reflekterte stil og kunnskap, slik var jeg heldig som fikk anledning til å få innspill som kanskje den siste i rekken. Han har undervist og gitt bidrag innen statsvitenskapelige emner som demokratiske spørsmål, menneskerettigheter, minoritetsrettigheter, vitenskapsteoretiske spørsmål og politisk teori. Han har også bidratt til å løfte blikket i norsk statsvitenskapelig forskning til en av vår tids mest betydningsfulle tenkere, Jürgen Habermas. Bidraget *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati* sammen med Erik Oddvar Eriksen er stadig like aktuell i dag (1999). Den er oversatt til flere språk. Selv om Habermas tidligere verker kaster nyttige perspektiver på dagens problemstillinger, er han et eksempel på en tenker som også har vist evne til å endre seg og stadig ta opp nye problemer gjennom sin karriere. Han er også et eksempel på en som helt inn i sine siste år har stor interesse for samfunnsutfordringer og stadig er aktiv. Det er jo til inspirasjon for noen og enhver.

Ola Torstein Endresen, Birtedalen, 25.05.2020

Forkortelser

DRG: Diagnoserelaterte grupper

HFM: Helseforetaksmodellen

ISF: Innsatsstyrt finansiering

MRS: Mål- og resultatstyring

NOU: Norsk Offentlig Utredning

NPM: New public management

QALY: Quality adjusted life years

TPA: Traditional Political Administration

WHO: World Health Organization

WPR: What's the problem represented to be

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling.....	3
1.2	Relevans.....	5
1.3	Motivasjon	6
1.4	Avgrensning.....	6
1.5	Oppbygning av oppgaven.....	7
2	Bakgrunn	9
2.1	Et offentlig helsevesen tar form.....	9
2.2	Spenninger rundt velferdsstaten	10
2.3	Paradigmeskifte	11
2.4	Tidligere studier.....	12
3	Metode og data	15
3.1	Dokumentanalyse gjennom WPR.....	15
3.1.1	Hva er ‘problemet’ presentert som?	16
3.1.2	Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for fremstillingen av ‘problemet’?	17
3.1.3	Hvordan har denne fremstillingen av ‘problemet’ kommet i stand?.....	18
3.1.4	Hva er ikke problematisert i denne fremstillingen av ‘problemet’?.....	19
3.1.5	Hvilke effekter er produsert gjennom en slik fremstilling av ‘problemet’?.....	19
3.1.6	Hvordan og hvor har denne fremstillingen av ‘problemet’ blitt produsert, formidlet og forsvart?.....	20
3.2	Data.....	20
3.2.1	NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste	21

3.2.2	NOU 1997: 18 Prioritering på ny— Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste	22
3.2.3	NOU 1999: 15 Hvor nært skal det være?— Tilknytningsformer for offentlige sykehus	22
3.2.4	Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.	22
3.2.5	Prop. 120 L (2011–2012) Endringer i helseforetaksloven mv.	23
3.2.6	NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?	23
4	Teori	25
4.1	Metodens teoretiske grunnlag.....	25
4.1.1	Ontologisk og epistemologisk utgangspunkt	25
4.1.2	Poststrukturalisme	26
4.1.3	Diskurs og analyse	27
4.1.4	Genealogi	28
4.1.5	Maktperspektiv	29
4.2	Offentlig organisering og styring	31
4.2.1	Velferdsstaten.....	32
4.2.2	En offentlig sektor i vekst	32
4.2.3	Økonomisk teori.....	34
4.2.4	Public choice teori.....	36
4.2.5	New Public Management	37
4.2.6	Perspektiv på offentlig sektor.....	43
5	WPR-analyse.....	47
5.1	Hva er ‘problemet’ presentert som?	47
5.1.1	Helsegapet	47
5.1.2	Kontroll på kostnader	48
5.1.3	Samfunnet er i endring	50

5.1.4	Privatisering	51
5.1.5	Fylkeskommunens utfordringer til styring	52
5.2	Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for fremstillingen av 'problemet'?	54
5.2.1	Økonomiske perspektiv	54
5.2.2	New Public Management	56
5.2.3	Det profesjonelle lederskap	57
5.2.4	Individualisering	58
5.2.5	Dikotomier og kategorier	59
5.3	Hvordan har denne fremstillingen av 'problemet' kommet i stand?	60
5.3.1	Hvilke typer aktører er drivkraften i problematiseringen?	60
5.3.2	Frihet	62
5.3.3	Maktperspektivet i utviklingen av helsesektoren	62
5.3.4	Det ineffektive byråkratiet	64
5.4	Hva er ikke problematisert i denne fremstillingen av 'problemet'?	65
5.4.1	Marked og økonomi – definisjoner	66
5.4.2	Teknologisk utviklingspotensiale	66
5.4.3	Målsetninger i helsesektoren	68
5.4.4	Pasientgrupper som vanskelig lar seg inntjene	69
5.4.5	Forebygging og faglig utvikling	70
5.5	Hvilke effekter er produsert gjennom en slik fremstilling av 'problemet'?	71
5.5.1	Styringsmodell – utfordringer	71
5.5.2	Demokratiske beslutninger	73
5.5.3	Innsatsstyrt finansiering – fokus mot lønnsomhet	74
5.6	Hvordan og hvor har denne fremstillingen av 'problemet' blitt produsert, formidlet og forsvart?	75

5.6.1	Besparelser	75
5.6.2	Foretak og lønnsomme sykehus	76
5.6.3	Helseledelse og helseøkonomi – et studieprogram	78
6	Diskusjon.....	79
6.1	Oppgavens premisser.....	79
6.1.1	Pasifiserende potensiale	79
6.1.2	Refleksjoner til WPR-analysen	81
6.2	Veien videre.....	82
7	Konklusjoner	85
	Referanseliste	89

1 Introduksjon

Samfunnet er i endring, det er nok i seg selv såpass selvsagt at det er tilnærmet umulig å motstride en slik påstand. La meg sette opp en skisse av ganske generell karakter i et forsøk på å illustrere hva denne oppgaven tar tak i og diskuterer. En utvikling kan ta mange ulike retninger. Hva betyr det at samfunnet er i endring, hva medfører det? Det kan medføre at vi finner det nødvendig å endre strukturer og organisering, enten i takt med samfunnsendringer eller som følge av slike endringer. Konkret hvilken retning tar endringene og hvorfor, hvilke ideer lar de seg farge av? Det å bare endre for å endre er ikke noe bidrag. Det ville ikke gitt noen forslag til løsninger. Endringene må derfor legitimeres, men i hvilken grad og på hvilken måte vil det alltid herske stor usikkerhet rundt. I dette handlingsrommet starter en prosess som man kan se på som en slags kjerne til endringer som er verdt å analysere. Hvem definerer problemene, hvordan formuleres de og hvem kommer med løsningene? Hvorfor fremstilles de på akkurat den måten? Svarene på disse spørsmålene får store konsekvenser for samfunnet. Derfor er det viktig å forsøke å skape forståelse for slike prosesser.

En vanlig tilnærming vil være å vurdere effektene av tiltakene. Da har man allerede kommet langt ut i kjeden av prosesser. Man har da allerede akseptert *problematiseringen* og det politiske forslaget som et verktøy som skal *fikse* noe. Enten løsningsforslaget er iverksatt eller ikke så aksepterer vi da at det var en medisin (løsningen) som skulle kurere en «sykdom» (problemet). Så blir vi opptatt med å undersøke om løsningene gav resultater eller om de fungerte etter intensjonen. I dypere analyser kan vi også vurdere effektene komparativt mot andre løsninger. I alle slike tilfeller opererer vi som nevnt svært sent i kjeden av prosesser fra et erklært problem til en løsning.

Disse nevnte typene tilnærminger er også nødvendige forskningsmetoder for å studere og forstå reformer, prosesser, strukturer og organisering. All metodikk har sine svakheter og begrensninger. De er alle ledd i prosessen av å forsøke å forstå samfunnet. En litt annen type tilnærming vil kunne stille seg mer analytisk til tidligere steg på tidslinjen. Vi tenker oss at vi går gjennom stegene og stiller spørsmålstegn ved dem. Var det gitte løsningsforslaget det eneste mulige, fortrenger det andre løsningsforslag, og i så fall på hvilken måte? Vi kan gå enda lenger tilbake og spørre hvordan forslaget ble legitimert gjennom hvordan problemet som lå der i utgangspunktet ble formulert. Veien mot løsninger tok kanskje en bestemt retning i det noen tok tak i definisjonen av problemet. På det tidspunktet var det muligens også flere ulike retninger problematiseringen *kunne* tatt veien. Man kan se for seg at problematiseringer bygger på liknende problematiseringer. Det er mulig å se for seg at mange deler av

samfunnet, for ikke å si samfunnet som sådan, kunne vært helt annerledes. Det å formulere et problem får konsekvenser og er dermed en kjerne til politisk makt. Ved å studere disse problematiseringene kan vi få innsikt i hvordan vi styres, slik tenker den australsk-kanadiske statsviteren Carol Bacchi (2009). Hun har utviklet et metodeverk som bygger på en slik tilnærming, som jeg kommer tilbake til i kapittel 3. Før jeg går mer konkret til verks, la oss tillate oss en kort stund til på det generelle plan, ved tegnebordet i denne innledende fasen av oppgaven.

Offentlig og privat sektor blir ofte håndtert som to ulike kategorier, en diskusjon jeg kommer tilbake til i delkapittel 4.2 om *Offentlig organisering og styring*. Denne segregeringen kan i seg selv også anskues som en sentral dikotomisering (kapittel 3). Ulikhetene som tradisjonelt beskrives gjelder alt fra budsjettssystemer, økonomisk grunnlag, struktur, motivasjon, mål, kultur og en hel rekke andre arenaer. Fra perioden 1970 internasjonalt og kanskje fra omtrent 1980 i Norge har det vært en utvikling i denne fremstillingen, der på en del punkter har tankegodset blitt likere mellom de to sektorene. Det har ikke skjedd på en måte der privat sektor har arvet egenskaper i betydelig grad fra offentlig sektor. Det har i all hovedsak vært erfaringer av det motsatte.

Finn Henry Hansen skrev i 1979 en artikkel der han karakteriserte helsesektoren som intet mindre enn velferdsstatens dronning. Statusen kom av flere årsaker. Det var den delen av velferdsstaten som var den mest kostbare, som krever mest ressurser. Det gjelder både i kroner og øre og antall ansatte. Helsesektoren hadde også en sentral posisjon politisk med stor enighet om linjene. Så skulle dronningen sine privilegier komme under press. Det ble satt spørsmål om kostnadene som ikke skulle vise seg å være noen enkel oppgave å løse. Dette medførte en stadig hetere debatt om styringen.

Både prosessen og detaljene i tankegodset kommer jeg tilbake til senere rundt helsesektoren og velferdsstaten (kapittel 2 og 4.2). I denne omgang nøyer vi oss med å skissere noen problemer som ligger til grunn for oppgaven. Nyklassisk økonomisk teori (delkapittel 4.2.3) med kostnadskutt og effektiviserende tiltak kan hevdes å være designet det private næringslivet. Der vil målene la seg tydeligere defineres og hensyn til kompliserende faktorer tillates i noen grad å forenkles. Et vanlig mål kan være å skape profitt for et selskap, da kan man ta i bruk en rekke virkemidler og da kan verktøyene en bruker legitimeres gjennom målet. Dersom målet er mer komplisert enn formulert på denne måten, er ikke legitimeringen av verktøyene like enkel. Noen av disse problemene møtte man da man forsøkte å løse utfordringer i offentlig sektor. De enklere strukturene mellom mål, prosess og resultat i det private næringsliv kan naturligvis være kompliserte nok. Da man innførte disse i

offentlig sektor fikk man uklare og utydelige resultater. Det var utfordringer i alle ledd. Hvordan formulere tydelige mål som faktisk lar seg evaluere? Hvordan iverksette prosesser som følger opp målsetninger for å produsere resultater, uten at prosessen blir en hybridprosess med litt gammelt og litt nytt? Hvordan kunne avlese resultater som gir et riktig bilde av situasjonen? På tross av både kritikk og en rekke utfordringer knyttet til øvelsen med å arve egenskaper fra det private næringsliv så slo dette nye tankegodset rot. Reformene spredde seg til et bredt spekter av ulike offentlige sektorer.

Denne utviklingen vil i denne oppgaven se nærmere på utvikling og endring i norsk helsevesen. Oppgaven er mest tematisk orientert i form av å diskutere prosesser på et overordnet plan. Disse vil knytte seg mer spesifikt mot flest eksempler fra reformering av norske sykehus gjennom helseforetaksmodellen. Vi skal også litt bakover i tid på grunnlaget for reformene, for å forsøke å forstå hvorfor en slik utvikling kom gjennom en problematisering av finansieringen. Det vil bli satt fokus på paradigmer av tankeretninger som relaterer seg til offentlig sektor, i form av organisering og styring. Dette vil som antydnet allerede bli koblet mot en metode utviklet av Carol Bacchi som hun kaller *What's the problem represented to be?* (forkortet WPR). Essensen i denne analysen vil omhandle hvordan *foretakifisering* relaterer seg til utviklingen av helsevesenet, mer konkret om dette under delkapitlet 1.1 om problemstilling.

I resten av dette introduksjonskapitlet innleder jeg de tema og problemstillinger som reises i denne oppgaven. Først kommer en presentasjon av hva som er problemstillingen. Så følger en del med hvorfor den drøftingen som fremkommer i oppgaven er relevant. Det vil nevnes hvilke andre retninger eller områder som en slik diskusjon vil relatere seg til. Videre tar jeg opp hva som motiverer et slikt tema og en slik diskusjon. Jeg skisserer også hvilke avgrensninger oppgaven gjør, det vil si et forsøk på å gi leseren et bilde av hva som ikke er tema og hvor fokuset ligger, selv om det kanskje ikke er grunnlag for noen streng avgrensning i rom og tid. Det nevnte vil være i relativt begrenset omfang, hensikten er kun å gi en viss forståelse av startstreken for oppgaven og hva den har som ambisjon. Som avslutning til introduksjonskapitlet tar jeg for meg resten av oppgaven i form av en kort presentasjon av hva som kommer.

1.1 Problemstilling

Vinklingen på problemstillingen tar utgangspunkt både i WPR-metodens definerte spørsmål og de *problematiseringene* som er formulert gjennom løsningsforslag i helsesektoren. Det er allerede nevnt en del om rammene for disse temaene i dette introduksjonskapitlet, og den

konkrete formulerte problemstillingen for oppgaven fungerer som siste ledd i dette. WPR-analysen har som sitt spørsmål nummer 1, i sin generelle form, *hva er 'problemet' presentert som?* 'Problemet' har Bacchi plassert i anførselstegn for å utheve at det er den eller dem som fremsetter problemet som i sin fremstilling hevder at det er et problem. I en analyse er det i hennes forståelse ikke et anliggende hos forskeren å akseptere hverken at det eksisterer et problem eller selve problematiseringen. Det er forskerens oppgave å stille seg kritisk til begge deler og undersøke disse, for å oppnå innsikt i hvordan styresmaktene problematiserer og fremstiller. For denne oppgaven går en konkret formulert problemstilling som følger.

Hvordan er den tradisjonelle modellen problematisert i helsesektoren som et ledd til å legitimere reformer?

I den forbindelse er det aktuelt å se på disse problematiseringene gjennom dokumenter i reformarbeidene. Reformen som førte til et statlig helseforetak i 2002 er betydelig. Stigen skriver at 'få reformer er blitt gjennomført i et slikt omfang og i løpet av så kort tid som sykehusreformen' (2007, s. 15). Det gikk bare omtrent 13 måneder fra Arbeiderpartiet fattet vedtak om at staten burde overta eieransvaret for sykehusene på sitt partis landsmøte i november 2000, til reformen trådte i kraft. Dette gi en forståelse som kan antyde at disse reformene ikke bare var et resultat av utredninger som konkret vurderte om disse løsningene var nødvendige for å løse de problemer. Denne oppgaven vil se på disse problematiseringene og sette dem i sammenheng med den bølgen av reformer som kom og spesielt i retning av dem som hentet inspirasjon fra økonomisk teori. En vinkling på dette er altså å studere dokumenter som problematiserer en tradisjonell modell og dermed produserer legitimitet for nye modeller og strukturer.

I tillegg er naturlig nok de andre fem spørsmålene som er formulert i metodekapitlet en del av problemstillingen. Spørsmålene går som følger; 2. *Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for fremstillingen av 'problemet'?*, 3. *Hvordan har denne fremstillingen av 'problemet' kommet i stand?*, 4. *Hva er ikke problematisert i denne fremstillingen av 'problemet'?*, 5. *Hvilke effekter er produsert gjennom en slik fremstilling av 'problemet'?* og 6. *Hvordan og hvor har denne fremstillingen av 'problemet' blitt produsert, formidlet og forsvart?*

Det disse spørsmålene skal finne svar på er altså ikke om løsningene var feilslåtte eller suksessfulle, det forblir empiriske tema. Analysen av spørsmålene skal vise at løsningene kommer fra problematiseringer, og disse er i utgangspunktet konstruksjoner. De fremstilles gjerne som kunnskaper, men de kunne ofte vært problematisert annerledes. Mer om dette kommer i metode, men det kan være på sin plass allerede her å nevne noe om hva som menes

i denne sammenheng med problematiseringer. Det å problematisere har flere mulige forståelser. Hos Foucault er det to ulike forståelser som spesielt relaterer seg til Bacchi sitt utviklete metodeverk (Foucault, 2019). Den tradisjonelle forståelsen handler om å kritisk analysere, hvordan man tenker problematisk. Den andre handler om de praksiser som etableres og hvordan objekter konstitueres gjennom dem. Mer konkret viser hans eksempler om hvordan det ble laget reguleringer for de som ble ansett som gale, det gir oss en innsikt i hvordan disse ble *problematisert*. Her ser vi noe av arven Bacchi har utviklet fra Foucault i disse formulerte spørsmålstillingene (2009). Gjennom å studere styresmaktens fremstillinger får vi innsikt i hvilke praksiser som er etablert og tilgang til den nevnte formen for problematiseringer.

1.2 Relevans

Reformer i helsesektoren er inngripende prosesser. Deres legitimering kan si noe om konkrete følger av for helsesektoren, problematiseringen som legges til grunn for reformene og de lovendringene som gjøres, kan også si oss noe om paradigmeskifter. Hvordan den styrende makt tar i bruk argumenter i denne forbindelse kan ifølge Bacchi gi oss innsikt i hvordan vi styres (2009). Slike undersøkelser har relevans kanskje ikke bare for å forstå utviklingen i helsesektoren, men for andre omfattende reformer. I tillegg til sykehusreformen kom det store reformer i samme periode, som har hatt store konsekvenser, som Politireformen (2002) og NAV-reformen (2006). Slike reformer er omdiskuterte, de kan diskuteres ut fra flere vinklinger. NPM er et rammeverk som relaterer seg til dem, men på hvilken måte og i hvilken grad er det ikke enighet om.

NPM er et stort tema og for å forstå tankegodset har det relevans å se nærmere på både utviklingen og de konkrete reformene som kan være inspirert av dette rammeverket. Her behøver en ikke låse seg til NPM som forklaringsmekanisme, selv om NPM kan kjennetegne deler av utviklingen. I WPR-sammenheng kan det være like interessant å forsøke å se også bakenfor det formulerte NPM-rammeverket, hvilke ideer og type utvikling som driver denne type taktskifter. Dersom man så forsøker å sette det i sammenheng med konkrete endringer så kan det bidra til å øke forståelsen for hvordan store endringer får gjennomslag. Dette kan altså også ha relevans i bred forstand på politiske endringer som karakteriseres av taktskifter.

Det er noen år siden ISF (1997) og HFM (2002) ble innført. Disse endringene som kom har vært og er kontroversielle. Det foreslås med jevne mellom, og så sent som i 2019 ved representantforslag fra Kjersti Toppe i Senterpartiet, å avvikle HFM (Dagensmedisin.no, 2019). Det kom en ny NOU i 2016 som vurderer alternative modeller for organiseringen av

spesialisthelsetjenesten (NOU 2016: 25). Det tilsier at denne tematikken er politisk relevant også i dag og på ingen måte ferdig debattert, selv om det er noen år siden selve reformene kom i sine første versjoner.

1.3 Motivasjon

En viktig motivasjon for oppgaven er problemstillinger knyttet til markedsretting av offentlig sektor mer generelt. Både NPM, tilknyttede reformer og økonomisk teori som bakgrunn har mye forskning publisert. Mye av dette er direkte eller indirekte konsentrert rundt å se på effekter. I hvilken grad fungerer tiltakene, medfører de effektivitet? Det er naturlige, viktige og nødvendige diskusjoner. Det eksisterer naturligvis også noe litteratur og diskusjoner på det følgende, men kanskje i noen grad ikke like stort fokus. Hvis en trekker fokus litt lenger tilbake så tillater det en diskusjon på hvorfor tiltakene i det hele tatt finner sted. Dette gir anledning til å føre prosjektet inn på et mer teoretisk spor. Her blir det aktuelt å ikke bare identifisere teoretiske bidrag som tas i bruk, men også se på hvilke diskurser det er rom for. I denne sammenheng kan WPR-metoden være egnet på flere måter. Den legger til grunn nettopp at det ikke er et uendelige antall diskurser som kommer til overflaten. Videre er metodeverket fleksibelt, så studenten eller forskeren står relativt fritt til å forme prosjektet selv innenfor WPR-rammeverket. Designet av metoden legger frem noen spørsmål, men fortsatt er det mye rom for å tilpasse prosjektet og i det hele tatt bestemme hvordan man fyller disse med innhold. Man kan si metoden har et kritisk og granskende utgangspunkt, den forsøker dermed å lage en vinkling der en ikke tar noe for gitt.

I en såpass relativt sett kort oppgave som en masteroppgave blir den nevnte diskusjonen kanskje noe bred i tid og rom. Derfor er det gjort noen avgrensninger som jeg redegjør for i delkapittel 1.4. Helsesektoren som fokusområde er egnet først og fremst fordi det er en såpass grunnleggende del av samfunnsinstitusjonene og den er historisk sett knyttet tett mot velferdsstatens kjerneideer. Derfor er det ekstra interessant å se til denne sektoren for hvordan økonomiske ideverk tilknyttes og legitimeres.

1.4 Avgrensning

Dette masterprosjektet kommer altså til å være fokusert på helsesektoren. Mer konkret på de endringene som har foreslått strukturer som minner om bedriftsøkonomiske prinsipper. Her er helseforetaksmodellen sentral. Også ISF har elementer som relaterer seg til en liknende diskusjon. Disse er hver for seg store nok tema til å kunne lage separate prosjekter, derfor kan det diskuteres om det er hensiktsmessig å dra inn dette sammen i en diskusjon. Da må en være

klar for følgende avgrensning. Ikke alle elementer ved HFM og ISF skal opp på bordet her. Oppgaven har ikke et empirisk utgangspunkt i form av å måle effekter. Det vil altså ikke være et viktig tema her å diskutere konkret hva som har fungert og ikke fungert. Empiriske funn gjort i andre studier er naturligvis interessante, men i seg selv ikke noe hovedfokus her, kun som grunnlag for å diskutere nevnte problematikk. I tidsrom er det mest aktuelt å diskutere dette relatert til når disse endringene gjorde seg gjeldende. Dette var fra 1970-tallet mer generelt internasjonalt, fra 1980-årene mer konkret i Norge og for helsesektoren kanskje så sent som fra 1990-årene hvor diskursen rundt kostnader tilspisser seg og medfører mer konkrete forslag. Det er allerede nevnt når hovedmaterialet til oppgaven er datert (1997 og 2002 henholdsvis). Tidligere utvikling, som utviklingen av velferdsstaten og kostnadsdiskusjon i offentlig sektor er en også viktig del av totalbildet. Derfor gir det mindre mening å avgrense strengt noe mer spesifikt enn det som allerede er nevnt. Oppgaven avgrenses tematisk, ikke empirisk. Den vil bruke dokumenter for å diskutere nevnte problemstilling. Det dreier seg i all hovedsak om et utvalg av dokumenter nærmere beskrevet i delkapittel 3.2. Disse er et utgangspunkt for videre analyse i form av en WPR-analyse (som beskrives nærmere i metodekapitlet 3.1).

1.5 Oppbygning av oppgaven

Som grunnlag for teorien skal en gjerne ha fått en innføring av metoden på forhånd og motsatt, men som grunnlag for metoden skulle en gjerne hatt de teoretiske premissene presentert i forkant. En får ikke til begge deler på en gang, så den første løsningen er valgt her. Etter dette introduksjonskapitlet kommer et bakgrunnskapittel (kapittel 2) som i kort form setter rammene for oppgaven. Dette bygger i noen grad på den *genealogiske* metode fra Foucault (delkapittel 4.1.3) der man prøver å spore utviklingen bakover for å forstå nåtiden. Deretter kommer det et metodekapittel (kapittel 3) som presenterer WPR og de konkrete spørsmålene Bacchi foreslår bør stilles. En kort presentasjon av datamaterialet som brukes konkret i en analyse følger også i det samme kapitlet. Videre følger teorikapitlet (kapittel 4) som starter med å gå litt mer i dybden på hvilke teoretiske rammer metoden støtter seg på. Så kommer litt om utviklingen av det teoretiske grunnlaget for de senere års NPM-relaterte reformer, inkludert velferdsstaten og dens vekst som byggesteiner til ulike teoretiske perspektiv. Kapittel 5 tar selve WPR-analysen som kan anses som kjernen i oppgaven og som er viet mest plass. Den er strukturert slik at hvert av Bacchi sine 6 spørsmål har fått et eget delkapittel og i disse gjøres analysen. De fleste diskusjonene som tar for seg oppgavens problemstilling vil bli gjort her. Det er likevel gjort rom for et eget kapittel 6 for diskusjon,

for å løfte seg litt bort fra WPR-rammen. Denne diskusjonen omhandler oppgavens premisser, mulige begrensninger ved oppgavens analyse, hvilke spenninger antagelsene utgjør mot andre teoretiske utgangspunkt og kort om mulige veier videre for denne type studier.

2 Bakgrunn

Her følger en kort innføring av den utvikling som ledet til et paradigmeskifte innen styring av helsesektoren. Det blir også noen begrepsavklaringer underveis. Dette er på ingen måte noe forsøk på en komplett historisk oversikt, det kunne vært nevnt mange flere punkter og milepæler. Sist kommer også et utvalg av tidligere studier som relaterer seg til oppgavens problemstilling.

2.1 Et offentlig helsevesen tar form

En kortfattet historielinje gir et bilde av hvilke lange skritt som er vært tatt på kort tid. Det viktige herfra er først og fremst at de tjenestene vi har i dag, de er i historisk sammenheng en relativ fersk konstruksjon. Det offentlige helsevesen kan naturligvis defineres på mange måter, og hva som var opprinnelsen kan også forklares ulikt. Et foreslått utgangspunkt for en slags tidslinje er opprettelsen av den første stillingen som stadsfysikus (bylege) i Bergen i 1603 (Hjelmtveit, 2017, s. 31). Det ble opprettet flere legestillinger i perioden frem til 1800, men oppgavene dreide seg mest om forebyggende og administrative oppgaver tilknyttet epidemier. Tilbudet var også tilgjengelig i all hovedsak kun i byene. Kurativ medisin fikk først betydelig rotfeste som følge av vitenskapelige gjennombrudd etter 1850. Da utdannelsen ble formalisert gjennom universitetene fra starten av 1800-tallet førte det til at offentlige helsetiltak og organisering skred frem gjennom de utdannede medisinere. Antallet leger økte fra omkring 100 i 1814 til 600 i 1880. Antallet sykehus vokste fra 15 i 1815 til ca. 50 i 1890 (Hjelmtveit, 2017, s. 31).

Vi nærmer oss fra den spede begynnelse til en mer omfattende organisering av helsetjenestepolitikken. Halvorsen nevner et skille på *helsepolitikk* og *helsetjenestepolitikk* (2002, s. 314). Uttrykket helsepolitikk kan henvise mer generelt til det offentliges ansvar for befolkningens helse i alle ulike former. Mer spesifikt kan det gjøres et skille der helsepolitikk adresserer tiltak som søker å forhindre at folk blir syke, i hovedsak forebyggende arbeid. Helsetjenestepolitikken adresserer organisering av tiltakene der folk er blitt syke og slik sett sykehusenes aktiviteter og organisering. En slik distinksjonen finner en dog ikke konsekvent i all litteratur.

I 1890 ble det opprettet et helsedirektorat, Den norske lægeforening ble etablert i 1886 og sykepleierne organiserte seg i 1912. Slike aktører var med på å utforme og påvirke bevisstgjøringen av en helsetjenestepolitikk. Loven om sykeforsikring kom i 1907 og var en viktig milepæl, den medførte at helsetjenester ble gjort til et offentlig ansvar. Flere lover

(tuberkuloseloven 1900, legeloven 1912 og lov om helseråd 1912 blant flere) ble etablert og understreket at helsetjenestepolitikken var blitt en viktig del av den offentlige politiske agenda. I perioden frem mot 2. verdenskrig ble det stadig utbygget helsetjenester og flere sykehus. I forbindelse med vassdrags- og industrikonsesjoner med hjemmel i konsesjonslovene ble det satt som en forutsetning at helsetjenester skulle utbygges. Etableringen av sykehusene i Sauda og Rjukan er konkrete eksempler på dette. Helsetjenester var i ferd med å rotfeste seg ved slike nevnte lover og rettigheter, de ble satt i sammenheng med det gryende industrisamfunnet og dermed også integrert som en del av velferdsstaten.

2.2 Spenninger rundt velferdsstaten

For å plassere helsetjenester i det politiske landskapet kan vi starte grunnleggende. Velferdsstaten og dens utvikling er helt sentral som bakteppe. Halvorsen skisserer velferdsstaten i to ulike retninger av sosiale tilbud, kontantoverføringer og tjenester (2002, s. 16). Helsetjenester plasserer seg i sistnevnte kategori. Behovet for disse tjenestene var økende, og sammen med utbyggingen satte dette også et søkelys på finansieringen. De korporative aktørene, økonomiske og sosiale interesseorganisasjoner, var sentrale drivkrefter i prosessen med å få gjennomslag for nye tiltak som manifestifiserte seg i offentlige bevilgninger (Hjelmtveit, 2017, s. 31). Antallet slike organisasjoner økte markant i etterkrigsperioden. Et eksempel på slike krav innen helse er legemiddelfirmaene som fikk gjennomslag for ordningen om blå resept. Den betyr at det offentlige tar en stor del av kostnaden på en del medisiner etter nærmere angitte regler. Utviklingen var preget av en storstilt utbygging av institusjoner. Stadig flere sykehus og helsesentre ble ansett som et bilde på velferdsstatens suksess, institusjonalisering foregikk med positivt fortegn (Ramsdal og Skorstad, 2004, s. 91). Satsingen var ikke gratis.

Det utviklet seg en spenning i kravene til velferdsstatens bidrag. På den ene siden var kravet om stadig økte tjenester og bruk av nye teknologiske løsninger som ble ansatt som en kostnad for det offentlige. På den andre siden om disse kostnadene var forsvarlige til de økonomiske rammene. Begrepet *helsegapet* ble utviklet. NOU 1997: 18 beskriver dette som at de medisinsk-teknologiske mulighetene vokser raskere enn hva som er *økonomisk og etisk* forsvarlig (s. 3). Dette problematiseres i den samme NOU-en at vi får paradoksalt nok en situasjon der helsetjenestene stadig forbedres, men vi som brukere opplever dem som stadig verre på grunn av at gapet mellom hva som er mulig og hva som kan leveres økes. Dette medførte kontroversiell diskusjon rundt prioriteringer og tiltak i helsetjenestene. Hjelmtveit diskuterte om dette kan medføre et splittet helsevesen, der vi får to retninger (2017, s. 57). En

offentlig del hvor det er plass til de oppgavene som er definert som prioriterte og en privatisert del som fanger opp de oppgavene som er definert som nedprioriterte. Dette indikerer at bevisstheten rundt slike spørsmål var vekket og et slags paradigmeskifte i tilnærmingen til helsetjenester var i anmarsj i denne perioden.

2.3 Paradigmeskifte

Et skille, fra en hierarkisk og tradisjonell administrasjon (TPA) til nye strukturer og tanker rundt offentlig sektor har påvirket også helsetjenestepolitikken på mange plan. Det markerer et paradigmeskifte. I helsetjenestepolitikken fikk dette utslag i en reformering av helsevesenet på ulike måter. Det ble i 2000 vedtatt fire nye helselover som fikk stor betydning for driften av spesialisthelsetjenesten; spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Den omdiskuterte helseforetaksmodellen (HFM) ble innført i 2002. Dette skjedde som en ganske brå vending (Romøren, 2011, s. 183). Selv etter vurderinger fra en rekke utvalg, statsråder og regjeringer gjennom 1980- og 1990-årene, så var det ingen som konkluderte med at statlig styring av sykehusene var noen entydig anbefaling. Likevel gikk man for dette da helseminister Tønne fremmet forslag i Ot.prp. nr 66. 2000-2001. Problematiseringene var de samme som før, ønske om klarere ansvar, ønske om bedre kvalitet og utnyttelse av ressursene. En viktig forløper er hvordan fokuset mot å problematisere kostnadsspørsmålet kom til syne gjennom ISF.

I 1997 ble det innført innsatsstyrt finansiering (ISF), en ordning som var omdiskutert og hadde prøveprosjekter gjennom 1990-tallet. Her kom det økonomiske perspektivet tydelig inn i spesialisthelsetjenesten og er konkrete eksempler på en form for *mål- og resultatstyring* (kapittel 4.2.5). Man problematiserte insentivene som lå der. Frem til 1980 var det en såkalt kurdøgnfinansiering som regjerte, det vil si at sykehusene fikk 75 prosent refusjon fra folketrygden for driftsutgiftene. Dette kan problematiseres fra et økonomisk perspektiv at det ga et insentiv til at pasienter kunne bli liggende da enheten som var avgjørende i denne finansieringsordningen var antall liggedøgn (Hagen & Tjerbo, 2013, s. 68). Delvis for å adressere slike bekymringer ble finansieringen endret til rammefinansiering fra 1980. Det betyr en oppgjørsordning mellom staten, og i dette tilfellet fylkeskommunen, der økonomiske midler overføres i henhold til en fordelingsnøkkel uten at det fra statens side er bestemt spesifikt hva midlene skal brukes til. Dette motiverte til kostnadskontroll, men med fare for at aktiviteten ble begrenset gjennom strammere budsjetter for sykehusene. Bieffekten var økte ventelister for behandlinger. Problematiseringen av dette resulterte i ventelistegarantier, men

de viste seg å ikke være effektive. Økonomene problematiserte dette gjennom insentiver. Dette var noe av grunnlaget for at ISF ble lansert med DRG(diagnoserelaterte grupper)-systemet. Problematiseringene her var flere, dels ønske om å stimulere til aktivitet ved å belønne gjennom DRG-systemet. Samtidig var det også et ønske om å få mest mulig igjen for hver investerte krone. DRG er et klassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller behandling ved polikliniske institusjoner klassifiseres i grupper som er 'medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene' (Helsedirektoratet, 2020). Pasienter i samme gruppe skal altså ligne hverandre medisinsk og teoretisk sett bruke tilnærmet like mye ressurser. Systemet gir DRG-poeng som aktivitetsmål og knyttes mot finansieringen av sykehusene. DRG-systemet skal gi en oversikt over aktiviteten ved sykehusene, det er mulig å sammenligne sykehus ut fra statistiske analyser. ISF-regelverket er under stadig revisjon. I 2020 er det om lag 50 prosent av finansieringen av spesialisthelsetjenesten som utgjøres av ISF-regelverket (Helsedirektoratet, 2020). Det er også et omfattende arbeid å oppdatere regelverket og revidere DRG-kodingen, det i seg selv har vært en av mange kritiske bemerkninger mot systemet. Mer omdiskutert har nok likevel vært bekymringen for at dette medfører at sykehusene bortprioriterer «ulønnsomme» pasienter som føyer seg inn i den nevnte kommentaren fra Hjelmtveit om et splittet helsevesen (2017, s. 57).

Disse endringene kan diskuteres opp mot et taktskifte politisk som følge av antagelser om vekst i offentlig sektor og følgende problematiseringer. New Public Management (NPM) er på den ene siden et teoretisk bidrag som kan beskrive dette i noen grad deskriptivt, men like fullt også tatt i bruk preskriptivt der en foreslår å endre elementer i forvaltningen legitimert gjennom disse verktøyene. NPM vil beskrives nærmere i teorikapitlet.

2.4 Tidligere studier

Det er gjort en stor mengde forskning og studier på temaer som relaterer seg tett opp til det denne oppgaven befatter seg med. Det vil være umulig å gi noen fullstendig oversikt over alt dette materialet. Derfor presenterer jeg et utvalg som representerer sentrale bidrag.

NPM som begrep regnes som introdusert Christopher Hood i hans artikkel 'A *public management for all seasons?*' av 1991. I Norge har Tom Christensen m.fl. bidratt til å utvikle NPM som begrep i teoretisk kontekst (2003). Christensen og Lægneid beskriver den norske innføringen som forsiktig og uten de skarpe frontene noen land opplevde (2003, s. 74). Ifølge dem var det mål- og resultatstyring (MRS) og strukturell fristilling som først og fremst var viktig i Norge.

Noralv Veggeland var redaktør for bidragene i boka *Reformer i norsk helsevesen: veier videre* (2013). Denne har en serie av artikler som diskuterer de senere tids reformer og deres relasjon til NPM innen helsevesenet. Hagen og Tjerbo foreslår at det ikke er helt presist at reformene i helsevesenet er uttrykk for NPM (2013, s.65). I deres artikkel *Historien om da Kostnadskontroll spiste NPM til middag* hevdes det at den bærende faktoren ikke er avanserte NPM-doktriner. Det er så enkelt som at kostnadene var fokuset og alle reformene må ses i lys av dette, NPM blir underordnet som faktor.

Rommetveit og Opedal forsket på sykehusreformen og hvordan den relaterer seg til teoretiske perspektiver som NPM (2005). De fant at NPM i stor grad var tilstede som en viktig faktor i reformen, selv om den kan trekke i flere retninger som nevnt tidligere. De stilte seg skeptiske til konklusjonene fra den regjeringsoppnevnte Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Der fremkommer det to konklusjoner, hvorav den ene handler om at staten er fragmentert som følge av reformene. Den andre handler om ‘politikkens tilbaketrekning’. Problematismen tilsier at Stortinget fikk et mer redusert engasjement i sykehussaker. De følger de NPM-baserte prinsippene om rollefordeling der Stortinget konsentrerer seg om overordnede og prinsipielle retningslinjer. Funnene fra Rommetveit og Opedal konkluderer med at dette bildet er mer komplisert. Stortinget viser et stort engasjement i detaljspørsmål. Dette gjelder på begge sider av bordet, både hos reformtilhengere og reformmotstandere. Altså ser politikerne bort fra intensjonene i reformen om større tilbakeholdenhet i påvirkning, selv hos dem som er tilhengere av reformen. Det tenderer mot *stortingsregjeringer* i flere spørsmål ved utøve innflytelse politisk. Ikke bare det, men forskerne mener at ‘stortingsrepresentantene har gjort fremstøt mot mål bak fronten, langt inne på det territoriet som helseforetakenes styrer er satt til å forvalte’ (2005).

Doktoravhandlingen til Berg diskuterer hvordan ledelse av sykehus endres etter møtet med NPM-reformer (2015). Hun konkluderer med at reformene i sykehusene har karakter av hybride former (s. 188). Det vil si at det fremkommer en rekke forventninger om økonomi og konkurranse i prosessen av endring, men disse blir ikke gjenfunnet tydelig i datamaterialet. Hun finner heller at det foregår hybride former der både faglig og administrativ logikk til dels blandes. Dette gjenspeiler seg også hos rollen sykehuslederen får, den får en multifaglig karakter. Datamaterialet hennes er både fra Norge og Tyskland, hun gjorde en komparativ studie med dybdeintervjuer av sykehusledere (s. 93). Dette og flere liknende studier støtter opp om synet at NPM-doktrinene ble iverksatt, men i sin rene form, kanskje mest på papiret. I praksis kompliseres bildet raskt med innslag av ulike former for styring.

Kort om metoden, WPR-analyser har fått et visst rotfeste også i Norge, selv om den er relativt ny. Sosiologen Anniken Hagelund har tatt perspektivene fra Bacchi i bruk. Hennes forskning har involvert problematikk rundt immigrasjon og integrasjon, men også velferdspolitik (Brochmann & Hagelund, 2011). Bacchi selv har en artikkel, *Problematizations in Health Policy: Questioning How “Problems” Are Constituted in Policies*, som adresserer *health policies* i lys av WPR-perspektivet (2016). Det er mest metodiske bidrag å hente ut fra denne. Hun diskuterer like fullt relatert til dette WHO-publikasjoner, så fokuset er med andre ord blant annet på internasjonal helsepolitiske mål. Premisser som ligger til grunn i diskusjoner om helsetjenestepolitikk antar ofte at teoretiske perspektiver er viktige. Disse er av type teorier som forklarer forandringer og handlinger, de peker på systemer. Bacchi savner i denne sammenhengen at det stilles spørsmål ved de problemene som lanseres i helsetjenestepolitikk, de tas i for stor grad for gitt. Hun oppfordrer forskere til å ta et større ansvar til å reflektere kritisk over den virkeligheten som metodene skaper og således forteller (Bacchi, 2016, s. 2).

3 Metode og data

I dette metodekapitlet vil jeg først beskrive metoden WPR som er utgangspunktet for analysen. Det teoretiske grunnlaget for metoden og hva den er bygget på er redegjort for i teorikapitlet. Deretter presenterer jeg utvalgte dokumenter for analysen som kommer i kapittel 5.

3.1 Dokumentanalyse gjennom WPR

Metodens «gudmor» er den kanadiskfødte, men australsk bosatte statsviteren Carol Bacchi. WPR-metoden er utviklet over flere år, det er eksemplifisert i stor grad gjennom hennes egen forskning. Metoden er utarbeidet med den intensjon å studere offentlig politikk. Likevel har den vist seg anvendelig i andre retninger utover statsvitenskapelig tradisjon, der problematiseringer og fremstillinger er aktuelle tema. Selve metoden er utledet i boken *Analysing policy : What's the problem represented to be?* (Bacchi, 2009). Det er også utgitt en slags oppfølger, *Poststructural Policy Analysis: A Guide to Practice* (Bacchi & Goodwin, 2016).

Bacchi ønsker at vi utfordrer våre tankemønstre når det kommer til hvordan vi styres, hun etterlyser et paradigmeskifte i våre tilnærminger til slike analyser. Et grunnleggende problem i våre mønstre er som følger (Bacchi, 2009, s.1). Den konvensjonelle oppfattelsen handler om at det finnes problemer der ute, en rekke utfordringer som dukker opp naturlig og venter på at staten tar tak i disse problemene. Staten indentifiserer og den reagerer. Problemene eksisterer i den fremstillingen på en måte utenfor den politiske prosessen. Staten er *problemfiksere*. Våre konvensjonelle metodiske analyser er derfor begrenset til å akseptere denne rollefordelingen og evaluere ulike løsninger på politiske problemer. Derfor aksepterer ikke Bacchi at vi skal begrense oss til dette, hun aksepterer heller ikke førstnevnte fremstilling. Den regjerende stat er også en *aktiv* produsent av politiske problemer i motsetning til kun en *reaktiv* aktør. Hun påpeker likevel at dette antyder på ingen måte at det er snakk om en øvelse som i seg selv involverer manipulasjon eller misrepresentasjon. Prosessen aksepterer hun som en del av nødvendige aktiviteten å lage politikk. Dette kommer inn på maktperspektiv (delkapittel 4.1.4) og legitim/illegitim maktbruk. Poenget hennes er at all politikk er forslag til endringer og i hvordan dette presenteres så ligger det implisitt problematiseringer. Disse problematiseringene er verdt å studere nærmere. WPR er bygget opp av tre grunnleggende antagelser (Bacchi, 2009, s. 25);

1. Vi er styrt gjennom problematiseringer.

2. Vi må studere problematiseringer (gjennom å analysere presentasjoner av problemer), heller enn ‘problemer’.
3. Vi må problematisere (etterforske) problematiseringene som er på bordet gjennom å granske premissene og effektene av de presentasjonene problemene inneholder.

WPR hviler på fire intellektuelle tradisjoner (Bacchi, 2009, s. 264). *Social construction theory*, *postructuralism* (inkluderer *postructuralist discourse psychology*), *feminist body theory* og *governmentality*. Mer om det teoretiske grunnlaget i delkapittel 4.1.. Basert på disse antagelsene har Bacchi formulert seks spørsmål, disse danner kjernen i den metodiske siden av WPR-tilnærmingen. De er som følger;

1. Hva er ‘problemet’ presentert som?
2. Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for fremstillingen av ‘problemet’?
3. Hvordan har denne fremstillingen av ‘problemet’ kommet i stand?
4. Hva er ikke problematisert i denne fremstillingen av ‘problemet’?
5. Hvilke effekter er produsert gjennom en slik fremstilling av ‘problemet’?
6. Hvordan og hvor har denne fremstillingen av ‘problemet’ blitt produsert, formidlet og forsvart?

Spørsmålene og tanken bak dem blir utdypet i det følgende.

3.1.1 Hva er ‘problemet’ presentert som?

Det første spørsmålet er den mest grunnleggende delen av en WPR-analyse. Dette er utgangspunktet for resten av spørsmålene som dykker dypere ned i materien. Det viktige i denne sammenheng er at man ikke tolker dette spørsmålet til å bety at det nødvendigvis foreligger et faktisk problem. Bacchi hevder at all politikk inneholder en representasjon av et problem, og at det ikke er slik at problemet eksisterer selvstendig utenfor selve den politiske prosessen. Forskjellige politiske tiltak og programmer er med på å skape og definere disse problemene, og at problemene ikke eksisterer utenfor disse prosessene.

Den metodiske oppgaven for forskeren består i å identifisere hva som foreslås og hva det impliserte problemet er. Dette er en klargjørende øvelse. Antagelsen som ligger til grunn er at ‘hvordan du føler om noe vil bestemme hva du vil foreslå å gjøre med det’ (Bacchi, 2009, s. 3). Derfor vil hvordan man presenterer en politisk handling avsløre hva man tenker om det. En målsetning ved metoden og dette første spørsmålet er altså å gjøre disse

styringspraksisene mer synlige (Bacchi & Goodwin, 2016, s. 14). Bacchi tilbyr selv mange eksempler, størsteparten av boka *Analysing policy : What's the problem represented to be?* omhandler nettopp slike eksempler på hvordan metoden er tatt i bruk (2009). Mange av eksemplene er satt i australsk kontekst og ikke alle er like relevante til norske forhold. Et eksempel som helt enkelt illustrerer det første spørsmålet og som kan lett relateres til norske forhold er følgende.

Bacchi viser til et ønske innen skoledriften om å kutte ned på forbruket av vann (Bacchi, 2009, s. 3). I den forbindelse ble det innført timere på dusjen. Etter tre minutter dusjing ville vannet skrus av. Løsningen impliserer at det dusjes for lenge. Her var det kostnaden for skolene man ville til livs. I Norge kan dette enkelt kobles til innføringen av vannmålere i norske husstander. Ønsket er tilsvarende å senke forbruket av vann. Endringen blir at husstanden faktureres per forbruk i motsetning til faste priser basert på areal per boenhet. Løsningen impliserer at norske husstander bruker mer vann enn de behøver. Nå finnes det rikelig anledning til å stille spørsmålsteget ved begge konklusjonene, men la oss si oss fornøyd i denne omgang, *so far so good*. En implisert årsak til problemet er identifisert i begge tilfeller, gjennom problematiseringen i sin enkleste form. Deretter går en i prinsippet videre på neste spørsmål.

3.1.2 Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for fremstillingen av 'problemet'?

Etter at man har identifisert et problem og hva det blir presentert som, går man videre med å drøfte de underliggende antagelsene som ligger bak dette. Hva blir tatt for gitt når man framstiller et problem på en måte framfor en annen? Tankegangen er at det er visse antagelser og forutsetninger som må være til stede for at noe i det hele tatt skal skje eller bli foreslått. Dette referer til kunnskap som blir tatt for gitt, men som denne metoden altså søker å avdekke. Formålet er ikke å se på usikkerhet eller de uttalte forutsetningene hos de som tar beslutninger i seg selv. Det man vil finne ut av er det som ligger til grunn for at noe i det hele tatt skal bli foreslått eller forekomme på dagsorden politisk, hva som er grunnlaget for mulige meningsdannelser. Det er den ubevisste kunnskapen og verdiene vi er ute etter å finne. Dette inkluderer epistemologiske og ontologiske antagelser. Bacchi mener her at det vi skal gjøre er en form for *arkeologisk* undersøkelse, basert på Foucault sine tanker, hvor målet er å finne det tankegodset som ligger bak hvordan et problem blir fremstilt (Bacchi, 2009, s. 5). Dette gjøres ved å avdekke lag for lag (som en arkeolog), hvilke tanker som har bygd opp en presentert problematisering.

Bacchi finner det nødvendig å gjøre en presisering av spørsmålets formål. Det foreligger ikke i dette spørsmålet (spørsmål 2) ifølge metoden noen oppgave om å samtidig se på forutsetninger eller antagelser som *politikere selv* har. Det er ikke meningen at man skal diskutere biaser under dette spørsmålet. Formålet er altså å identifisere forutsetninger eller antagelser som befinner seg i *selve presentasjonen av problemet*. Dette er mer Foucauldiansk tenkemåte som jeg også kommer tilbake til i 4.1.2. Det relaterer seg til *konseptuelle logikker*. Det vil si hvilke ‘kunnskaper’ som må være til stede for at noe skal muliggjøres å tenke, eller mer konkret i dette tilfellet, hvilke presentasjoner av problemer vil fremkomme som meningsfulle (Bacchi, 2009, s. 5).

En del av denne diskusjonen beslekter seg også til mønstre av problematiseringer langs ulike politiske tradisjoner. Et sentralt begrep hos Foucault er *governmentality*. Hos Bacchi deles begrepet opp i styre og mentalitet. Det er altså snakk om hvilke mentale forutsetninger («mentaliteter») som ligger til grunn for ulike styresett. Begrepet peker ikke på mentale prosesser som hva som tenkes hos hvert individ. Det er snakk om hvilke politiske rasjonaliteter som ligger til grunn for ulike former for styre (Bacchi, 2009, s. 265).

Andre ting som hører hjemme under dette spørsmålet er *dikotomier, nøkkelkonsepter og kategoriseringer* (Bacchi, 2009, s. 7-9). Offentlig debatt kan ha lett for å bli dikotomisert. Eksempler kan være offentlig/privat, økonomisk/ineffektiv og lovlig/ulovlig. En slik binær tilnærming vil forenkle bildet ved at det som finnes i den ene boksen finner du ikke i den andre og liknende. Samtidig vil også binære tilnærminger kunne tiltrekke seg en hierarkisk måte å se ting på, den ene siden er mer privilegert enn den andre, mer verdifull eller viktigere. Det er også verdt å indentifisere nøkkelbegreper som brukes i en presentasjon. Slike begreper som ‘helse’ og ‘velferd’ vil alltid kunne fylles med ulikt innhold. Derfor vil kampen om definisjonen av disse kunne få stor betydning. Disse tankene relaterer seg gjerne til Foucauldianske perspektiver på både diskurs og makt (4.1.2 og 4.1.4). Det samme gjelder kategorisering, som kan endre både kultur og tankesett. Et av de velkjente temaene hos Foucault var seksualitet og legning. Hans forskning fant at kategorien ‘homoseksuell’ fantes ikke før slutten av det 19. århundre, det er da tydelig at kategorisering her hadde stor betydning. Fra reformen av sykehusene i Norge har kategorisering av pasienter gjennom DRG fått stor betydning som vi skal se nærmere på i denne oppgaven.

3.1.3 Hvordan har denne fremstillingen av ‘problemet’ kommet i stand?

Spørsmålet har to formål. Først er oppgaven å reflektere over den konkrete utviklingen og hvilke valg som er tatt som har medført nettopp de aktuelle presentasjonene av problemet som

er på bordet. Dette betegner Bacchi som *ikke-diskursive praksiser* (Bacchi, 2009, s. 10). Den andre oppgaven er å påvise at konkurrerende presentasjoner av problemer eksisterer i både ulik tid og rom. Dette leder oss til å se at utviklingen kunne vært helt annerledes. Disse operasjonene relaterer seg til Foucauldiansk *genealogi*.

Dersom man gjør en slik øvelse vil man kunne få innsikt i andre mulige retninger utviklingen kunne tatt. Genealogi som en ressurs får dermed en destabiliserende effekt på presentasjonene av problemer. Det som er tatt for gitt blir kanskje ikke like selvsagt og naturlig. Poenget her er ikke at vi skal se tilbake til all utvikling på feltet til alle tider, men se på relevante framstillinger av det samme problemet på ulike tidspunkt. Politisk styring er basert på en form for kunnskap. De styrende behøver kunnskap, ofte er dette gjennom produksjon av statistikk, befolkningen måles og telles. Igjen er Bacchi sin argumentasjon gjenkjennelig fra Foucauldiansk tankegang om styring. Ved bruk av statistikk som er brukt til å forsvare en problematisering er det derfor viktig å spørre; hvorfor nettopp denne statistikken? Kunne det vært brukt en annen statistikk som ville gitt oss en annen retning?

3.1.4 Hva er ikke problematisert i denne fremstillingen av 'problemet'?

Dette spørsmålet tar en mer kritisk vending i WPR-analysen. Hovedpoenget er her å finne det som ikke har blitt problematisert, det behøver ikke være noen bevisst handling hos styringsmaktene, å holde noe skjult. Det kan ligge begrensninger i hvordan problemet er fremstilt som gjør at viktige punkter ikke kommer frem i lyset. Øvelsene i spørsmål 2 og 3 hjelper oss på vei. En diskursanalyse kan plukke frem binære fremstillinger som har gitt et simplifisert bilde av en kompleks situasjon. Genealogisk tilnærming hjelper med å identifisere fremstillinger som er holdt tause. Sammenligninger over ulike kulturer kan også assistere analysen i dette spørsmålet. Måter å tenke på et problem kan vise seg å være institusjonelt eller kulturelt betinget.

3.1.5 Hvilke effekter er produsert gjennom en slik fremstilling av 'problemet'?

Med *effekter* mener her Bacchi i hovedsak potensielle negative effekter, det er i hvert fall dem som er mest kritisk å avdekke. Effekter kan selvfølgelig også være positive. Hun legger til grunn i dette spørsmålet at noen presentasjoner av problemer kan skape vanskeligheter og gjøre skade (Bacchi, 2009, s. 15). Det kan være snakk om vansker for individer eller sosiale grupper. Effektene som man bør se etter er inndelt i tre kategorier.

1. *Diskursive effekter* handler om de begrensningene som legges på hva som tenkes eller sies gjennom diskursen. Det diskursive rammeverket gjør det utfordrende å tenke annerledes, noe som videre gjør andre rammer mindre tilgjengelig. Denne effekten er gjenkjennelig i den grad at den føyer seg inn i den forståelsen de andre spørsmålene legger til grunn.
2. *Subjektiverende effekter* er ikke et like selvforklarende poeng. Argumentet går noe i retning av at vi blir subjekter av en viss type gjennom hvordan politikken konstruerer sosiale relasjoner og hvordan vi finner vår plass i disse relasjonene. Diskurser gjør vår posisjon som et subjekt mulig. Når den posisjonen er inntatt så ser vi verden gjennom det standpunktet. Dette kan fremtre som *splittende praksiser*, enda et begrep fra Foucault. Presentasjoner av problemer kan ha en tendens til å virke splittende gjennom subjektivering av grupper. I spørsmål om arbeid splittes folk i grupper som ‘ansatt’ og ‘arbeidsledig’.
3. *Livseffekter* peker på de mer konkrete effekter som presentasjoner av problemer kan ha, materielle effekter som påvirker folks liv. Et eksempel kan være utfordringer rundt velferdsgoder, her vil dette kunne få en direkte effekt i materiell forstand.

For å oppsummere, dette spørsmålet skal avdekke hvilke effekter ulike presentasjoner av et problem har på flere nivåer. Dersom det viser at grupper eller individer blir skadelidende kan det være grunn til å revurdere forslaget eller formuleringer i forslaget.

3.1.6 Hvordan og hvor har denne fremstillingen av ‘problemet’ blitt produsert, formidlet og forsvart?

Dette spørsmålet søker å analysere hvordan publikum mottar fremstillingen av problemet. Hvordan oppnår fremstillingen legitimitet? Hvordan institusjonaliseres problemet gjennom diskurser, uttalelser? Rollen media spiller inn i hvilke saker som fremmes og dermed hvilke fremstillinger som indirekte støttes kan være aktuelt å undersøke. Målet her er å se hvordan en forståelse av at problem oppnår aksept, men også i den sammenheng vurdere hvilket mulighetsrom som er tilstede for å fremme motstand.

3.2 Data

WPR-metoden er i all hovedsak beskrevet gjennom de seks spørsmålene og grunnlaget for dem. Det er ikke spesifisert at disse er tenkt å nødvendigvis utløse en dokumentanalyse i boken *Analysing policy : What's the problem represented to be?* (Bacchi, 2009). Dermed kan

man tenke seg at også andre analytiske metoder er fullt mulige. Under *Practical guidelines* er det likevel beskrevet utvelgelse av tekster, noe som kan tolkes til at det likevel er underforstått at dokumentanalyser er det naturlige datamaterialet i WPR-tilnærmingen (Bacchi, 2009, s. 20). Nå står enhver forsker naturligvis fritt til å bruke bidragene fra Bacchi som hun eller han måtte ønske, enten som en oppskrift eller kun som inspirasjon. Metodebruk i praktisk forskning er jo i større prosjekter ofte ikke rendyrkede versjoner av litterære bidrag, men heller ulike hybridformer og/eller tilpasset det enkelte prosjekt. Her i denne oppgaven er det i hovedsak tenkt å følge opplegget til Bacchi i stor grad, alle seks spørsmålene blir tatt i bruk. Når det er sagt så følger ikke metoden teknisk sett noen former rigide rammer. Tvert imot så stiller den i utgangspunktet ikke andre krav enn at man stiller seg de nevnte seks spørsmålene i en slik prosess.

For å komme tilbake til den mer konkrete bruken av metoden, studieområdet handler om å ta lærdom av hvordan vi styres gjennom presentasjoner av problemer. Hvem har behov for å legitimere sin styring? Det kan naturligvis skje på ulike nivåer, men det kan være naturlig å ta utgangspunkt i dokumenter fra styresmaktene, regjering og storting. Bacchi nevner at for å komplettere bildet kan også relaterte rapporter, debatter og uttalelser via media være aktuelle (Bacchi, 2009, s. 20). Når en skal analysere formuleringer og ordbruk er det mest naturlig å ta i bruk skriftlige kilder. Disse er mest gjennomarbeidet og er ofte av mer offisiell karakter enn muntlige uttalelser i media. Materiale i media kommer jeg inn på i delkapittel 5.6. I det følgende vil jeg som en oversikt presentere de dokumentene som vil være de viktigste for selve analysen i kapittel 5. Til selve analysen kommer jeg for øvrig inn på flere enn de som nevnes her.

3.2.1 NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste

Et utvalg fikk i oppgave å utarbeide en NOU som foreslår et grunnlag for prioriteringer. Lederen av utvalget var Inge Lønning. Utgangspunktet for dette arbeidet var en problematisert «ressurskrise» i helsevesenet som medførte at man så seg nødvendig å nedsette et slikt utvalg. NOU-en beskriver en situasjon der det er stor vekst i kunnskap og teknologi som møter økte krav til helsetilbud (s. 2). Dette må balanseres mellom hva som er medisinsk mulig opp mot økonomisk mulig, ved slike retningslinjer. Tematikken rundt et *helsegap* blir altså her adressert. Det pekes på at det er nødvendig med en sortering på dette grunnlaget, utvalget foreslo en ventetidsordning.

3.2.2 NOU 1997: 18 Prioritering på ny— Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste

Også utvalget av 1997 ble ledet av Inge Lønning og vi kan kalle dette Lønning-utvalget 2. NOU-en av 1997 følger opp nevnte NOU 1987: 23. Utvalget mener at ventetidsgarantiene som kom fra NOU 1987: 23 ikke har fungert og det ble mye fokus på problematikken rundt hastegrad. Denne NOU-en er mer omfattende og tar også for seg erfaringene med ventelistegarantien. Denne går mer i dybden, men er basert på veldig likelydende antagelser som Lønning-utvalget av 1987 om et helsegap som et hovedproblem som må adresseres gjennom prioriteringer. Utvalget går lenger i å definere begrepet med en illustrasjon som viser dette grafisk.

3.2.3 NOU 1999: 15 Hvor nært skal det være?— Tilknytningsformer for offentlige sykehus

Sørensen-utvalget ble oppnevnt i 1998 og presenterte rapporten NOU 1999: 15, året etter. Oppnevnelsen ble begrunnet med at det ikke var gjennomført noen systematisk vurdering av hva som var hensiktsmessig tilknytningsform for de offentlige sykehusene (NOU 2016: 25, s. 32). Sørensen-utvalget ble oppnevnt for utarbeidelse av denne NOU-en som var sentral i prosessen mot å legitimere strukturendringer, om ikke nødvendigvis helt konkret slik dagens HFM ser ut. Denne NOU-en antyder at det allerede er et paradigmeskifte innledet, det gjør den aktuell til problemstillingen i denne oppgaven. Det var det nødvendig å tilpasse seg den nye situasjonen med flere aktører og nye momenter som de private, ISF, fritt sykehusvalg og regional planlegging (NOU 1999: 15, s. 14). Et samlet utvalg mente at tiden var moden for omfattende reformer av sykehusenes organisering (NOU 2016: 25, s. 32). Likevel pekte de ikke spesifikt mot noen HFM slik vi kjenner den. De mente at både fylkeskommunen og staten skulle stå fritt til å velge organisasjonsstruktur. NOU-en foreslår en kommunal tilknytningsform i motsetning til en statlig. Men strukturen er likevel i tråd med den statlige foretaksformen der et selskap er utskilt som frittstående rettssubjekt, som en selvstendig økonomisk enhet.

3.2.4 Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Stoltenberg 1-regjeringen la ved denne odelstingsproposisjonen frem det konkrete forslaget om å innføre det vi i dag omtaler som HFM. Proposisjonen peker på utfordringer til ressursutnyttelse, problemene går utenfor den mengde ressurser som er tilgjengelig. Bevilgningene til sektoren har økt betydelig de senere år opptil proposisjonen, men likevel lå der utfordringer. Det var tre formulerte problemer som HFM-forslaget skulle adressere. Disse

var formulert som følger; å oppnå mer likeverdige tjenester, gjøre noe med den ulike ressursbruken som varierte mye mellom sykehusene og samle ansvarsforholdet som var delt mellom fylkeskommunen og staten før HFM.

3.2.5 Prop. 120 L (2011–2012) Endringer i helseforetaksloven mv.

Helse- og omsorgsdepartementet, som her besto av den rød-grønne regjering Stoltenberg 2, går i disse forslagene om lovendringer gjennom mye av erfaringene fra HFM. Derfor er den interessant for analysen. Selve lovendringene som ble foreslått er ikke av omfattende strukturell karakter. De var kanskje viktige nok, men på mer detaljert plan.

3.2.6 NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?

Denne NOU-en skulle utrede alternative modeller til organisering av spesialisthelsetjenesten. Dette i seg selv problematiserer HFM, stiller noen spørsmålstegn og det er krever en legitimering. NOU-en gir en beskrivelse av erfaringene med HFM og vurderer den komparativt mot andre land. Det konkluderes fra utvalget med at utviklingen har vist positive resultater på mange områder, men at der er noen forbedringsmuligheter. Disse forbedringene er i denne sammenheng i hovedsak på detaljnivå og foreslår ingen strukturelle overordnede endringer.

4 Teori

Dette kapitlet vil presentere teoretiske perspektiver som relaterer seg til tematikken i oppgaven og forskningsspørsmålet. Dette gjøres todelt som følger. Metoden WPR bygger på en del teoretiske perspektiver. Her forsøker jeg å utdype disse byggesteinene og kommer inn på hvordan disse er utviklet i WPR-metoden av Carol Bacchi. Dette har jeg valgt å plassere i det teoretiske kapitlet og holde metodekapitlet til den mer praktiske siden av WPR, selv om det vil i noen tilfeller kunne være noe glidende overganger.

I andre del tar jeg tak i teoretiske perspektiver som vil fungere som en ramme for den videre diskusjonen og analysen av forskningsspørsmålet. Her kommer jeg inn på hvordan perspektiver på offentlig styring og virksomhet har utviklet seg, herunder aktuelle perspektiver som New Public Management.

4.1 Metodens teoretiske grunnlag

Tankegodset som WPR bygger på og har latt seg inspirere av har flere byggesteiner. Jeg skal komme inn på noen av disse. Her vil Foucault være sentral som inspirasjon for Bacchi, dette vil fremkomme tydelig i de påfølgende delkapitlene. Det at en metode er fundamentert på noen konkrete utgangspunkt, og har latt seg påvirke av disse, betyr ikke at vi som utøvere av eller lesere av metoden må akseptere alle disse forutsetningene. Det er stadig fullt mulig å bruke både spørsmålene til Bacchi konkret og ta metoden som sådan til anvendelse.

Spørsmålene legger likevel ikke bånd på forskeren som tar dette rammeverket i bruk og gir på ingen måte føringer for hvilke funn som er mulige eller isolerer hva som kan drøftes. Likevel er det viktig å starte med en forståelse for grunnlaget for metoden.

4.1.1 Ontologisk og epistemologisk utgangspunkt

Det finnes mange ulike posisjoner og spenninger mellom ulike utgangspunkt i jakten på kunnskap. Jeg skal naturligvis ikke gå gjennom alle disse, men går heller stegvis mot hvordan metoden WPR ble utviklet og hvilke røtter den har. For å starte helt grunnleggende, hvilken retning tar Foucault i sitt syn på vitenskap? Et klassisk skille som kan trekkes opp rundt tilnærmingen til vitenskap er ontologiske antagelser som 'det er en virkelig verden utenfor menneskets forståelse' og hvordan vi forholder oss til den epistemologiske utfordringen, 'hvordan kan vi forstå den?' (Marsh, Ercan & Furlong, 2018, s. 178). Fremstår verden for oss som en rå virkelighet eller som noe vi kun ser gjennom et filter? Dette blir naturligvis en grov skisse av disse begrepene. Slike tema lar seg raskt sub-kategoriseres i en lang rekke og kan diskuteres i stor dybde. Samfunnsvitenskapelig forskning har ikke tradisjon for å fokusere

først på de ontologiske problemene, men lar disse ligge i bakgrunnen. På hvilke måter man oppnår kunnskap er mer i nærheten av der slagene har stått i forhold til hvilke tilnærminger en bør anvende (Dunn & Neumann, 2016, s. 9). Marsh m.fl. trekker opp et skille der man har den ene retningen *foundationalism/objectivism/realism*, det som observeres er uavhengig av forskeren eller den som måtte observere (2018, s. 182). Den andre brede ontologiske posisjonen betegnes *anti-foundationalism/constructivism/relativism*. Det er under sistnevnte retning WPR-metoden posisjonerer seg.

4.1.2 Poststrukturalisme

WPR-tilnærmingen er ifølge Bacchi av poststrukturalistisk karakter (2009, s. 34). Dette er et begrep som vi skal forstå har en historie som er nødvendig å ta med seg noen punkter fra. Poststrukturalismen krever nærmere beskrivelse for å gi mening til hvilken retning vi snakker om. Den er som sådan vanskelig å definere (Wenman, 2018, s. 125). Retningen deler i minimal grad en felles metodologi, det finnes heller ikke noen entydig teori som representerer poststrukturalistene. Uttrykket poststrukturalisme henviser til bevegelser blant franske teoretikere fra sent 60-tall, ofte beskrevet som *anti-essentialism* eller *anti-foundationalism*. Dette indikerer at poststrukturalismen stiller seg kritiske til prosjektene om å tilby rasjonelle grunnlag for metoder i sosiologien og statsvitenskapen (Wenman, 2018, s. 125-126). Innen statsvitenskapen skiller poststrukturalistene ifølge Howarth seg i tre retninger (2013). Den første karakteriseres som 68-er generasjonen og kanskje det tyngste og mest systematiske bidrag var Foucaults analyser av maktreasjoner som (mer i 4.1.5). Den andre generasjonen, fra midt-80-tallet der Laclau og Mouffe var sentrale bidragsytere. Det marxistiske perspektivet ble forsøkt tilpasset til poststrukturalismen. William Connolly diskuterte også i 1990-årene makt, autoriteter og interesser i poststrukturelle perspektivet. Den tredje generasjonen har i nyere tid utvidet poststrukturalistiske analyser til et bredt utvalg av politiske felt, der blant annet politiske taler og retorikk har stått sentralt. Herunder også politikk og *representation* hvor vi begynner å nærme oss den arven Bacchi har tatt opp.

Poststrukturalismen viser seg altså å være et begrep som har vært under en rivende utvikling. Som vi forstår, gir det derfor ikke umiddelbart noen entydig forståelse hos mottakeren. Poststrukturalismen er kritisk til med hvilken kraft rasjonaliteten gir oss kunnskap. Poststrukturalistene er innbyrdes svært forskjellige og trekker i ulike retninger. Habermas anerkjenner deres kritiske dimensjon, men ikke deres '*totalising critique of reason*' (1994, s. 284). Deres posisjoner mangler den normative dimensjon og åpner derfor døren til etisk relativisme der vi etterlates uten noen retning. I tillegg er poststrukturalismen ofte

kritisert for sin presentasjonsstil. Noam Chomsky går så langt som å karakterisere den pretensiøse og obskure skriverstilen av ledende poststrukturalister som sjarlataner som kun bedriver meningsløs posering (Wenman, 2018, s. 139).

Carol Bacchi kobler WPR til postrukturalisme i den grad at postrukturalismen utfordrer noen viktige konsepter (2009, s. 265). Denne koblingen er ikke åpenbar, all den tid poststrukturalisme som begrep kan bety så mye. Politikk består av konsepter som har en tett relasjon til konkurrerende politiske visjoner. Poststrukturalismen leder oss ifølge Bacchi til å spore disse konseptene. Det gjelder både hvordan de påvirker politikken og hvordan de fungerer i den politiske debatt og politisk *praksis*, som er et sentralt begrep vi kjenner igjen fra Foucault. En del av WPR-tilnærmingen handler om å forstå hvordan vi styres, gjennom en poststrukturalistisk tilnærming kan vi derfor med fordel se hvordan konsepter, begreper og kategorier fungerer for å gjøre politisk styring tilgjengelig og legitim. Samtidig som dette gjøres vil andre former for styring illegitimeres. Dette kommer spesielt til uttrykk i hennes analyse-spørsmål nummer 4 og 5 (*Hva er ikke problematisert i denne fremstillingen av 'problemet'?* og *Hvilke effekter er produsert gjennom en slik fremstilling av 'problemet'?*) som begge inviterer til å diskutere dette i mer dybde. I denne omgang begrenser jeg meg til å poengtere at det viktige for Bacchi er at tilnærmingen følger en poststrukturalistisk tradisjon ved at konsepter endrer innhold og mening over tid (2009, s. 277).

4.1.3 Diskurs og analyse

En *diskurs* er et av de sentrale begrepene fra Foucault som Bacchi tar arven fra.

Diskursanalyse har flere varianter og er forstått ulikt. Statsviteren Øyvind Bratberg omtaler en diskurs fra et ganske generelt perspektiv og det kan være et nyttig utgangspunkt. Han omtaler diskursanalyse som både en henvisning til de konkrete ordene som blir brukt og til de rammene de blir brukt innenfor (2014, s. 29). Det sentrale er en slags felles forståelse av ordene og hvilken mening disse gir i en gitt sammenheng. En diskurs har mye til felles med paradigme for Bratberg. I felleskap utvikles ideer som så kommer til uttrykk i en diskurs. Den forskjellen Bratberg nevner mellom paradigme og diskurs handler om at paradigmet har en mer hegemonisk status mens en diskurs alltid lar seg bestride. Diskursanalysen peker mot hvordan 'kollektive forestillinger skapes, speiles og opprettholdes' gjennom språket (2014, s. 30).

Fra det utgangspunktet forstår vi at språket er helt sentralt for utviklingen av en diskurs. Språket skaper subjekter, objekter og sammenhenger. Foucault har vært en sentral

bidragsyter mange ser til når det kommer til diskurser. Innen samfunnsvitenskapelig forskning vil tilnærminger til diskurser typisk på en eller annen måte relatere seg til Foucault sin forståelse som regnes som et startpunkt for å utvikle begrepet *diskurs* (Dunn & Neumann, 2016, s. 2). Språket er ikke noen avbildning av virkeligheten, språket er komplisert sammensatt av en rekke sosiale koder som igjen bygger på en rekke antagelser. Disse kan bestå av kulturelle og historiske betingelser. Språket er altså ikke bare et forsøk på å beskrive virkeligheten, språket er i seg selv også en produsent av forståelser og diskurser. En diskursanalyse kan ses på som en måte å forstå hvordan dette skjer. For Foucault er språket altså ikke kun en deskriptiv aktivitet, det *produserer* også i form av at det former objektet. En diskurs kan referere seg til en gruppe av tekster eller systematiske *praksiser*, som er et typisk begrep fra Foucault (1970, s. 49). En diskurs avslører tegn som sier oss noe om forutantagelser, verdier og posisjoner. Bacchi peker på disse i hennes betegnelse, *konseptuelle logikker* (2009, s. 7). Dette leder oss mot maktforhold og grunnlaget for makt innen det paradigmet som er skissert. Hvis man mestrer å legge føringene for hvilke diskurser som aktualiseres så er dette en inngang til makt, som jeg kommer nærmere inn på i Foucault sitt maktperspektiv, og som er en grunnleggende byggestein i WPR.

4.1.4 Genealogi

Begrepet genealogi kjenner vi også ikke minst fra Friedrich Nietzsche, hans bidrag bidro til blant andre Foucault sin videreutvikling. En av innsiktene hos Nietzsche var at akkurat som for individet, så har problemer, løsninger og saker mer enn en opprinnelse. De er fylt av en historie som har endret seg over tid, det kan være deler av historien som er skjult og deler som er forfremmet av ulike årsaker (Dunn & Neumann, 2016, s. 53). Et perspektiv som adresserer Bacchi sin metode, og i særstilling spørsmål nummer 3 (*Hvordan har denne fremstillingen av 'problemet' kommet i stand?*), er et av Foucault sine begreper, *genealogi*. Forstått rett frem i dagligtale handler det om å forske på slekt, en går bakover i tid (tidligere generasjoner) for å kanskje forstå eller kaste nytt lys over nåtiden (dagens generasjon). Plassert inn i Foucault sitt univers starter man med en analyse av nåtiden og går bakover i tid for å forsøke å forstå hvordan vi kom til disse forståelsene (Bacchi, 2009, s. 10). Genealogisk «metode» handler ikke om å finne opphavet i seg selv. Foucault selv ville for øvrig neppe akseptert at hans teorier ble navngitt *metoder* da han noe forenklet sagt var kritisk til metoder som verktøy til kunnskap. Det handler om å dekonstruere 'sannheten' og vise at oppfattelsen av sannheten endrer seg og kan bli til gjennom mer eller mindre tilfeldigheter. I en gitt epoke, kan man undersøke hvilke diskursive praksiser som er særegne (Eliassen, 2016, s. 74).

Tankegangen deler også mange egenskaper fra arkeologien som står sentralt hos Foucault. For å forstå sine funn, så studerer man hvordan objektene har kommet dit og setter de i en sammenheng. Første steg omhandler i en statsvitenskapelig ramme å identifisere politiske rasjonaliseringer, forutantagelser og posisjoner. I en WPR-tilnærming er dette nivået av analyse ikke tilstrekkelig alene, problematiseringene må også vurderes kritisk (Bacchi, 2009, s. 40). Spørsmål 5 og 6 i metoden utfordrer forskeren til å gjøre denne øvelsen (*Hvilke effekter er produsert gjennom en slik fremstilling av 'problemet'?* og *Hvordan og hvor har denne fremstillingen av 'problemet' blitt produsert, formidlet og forsvart?*). Bacchi adresserer følgende skille mellom genealogisk og arkeologisk tilnærming (2009, s. 43). Der arkeologiens tilnærming avskaller hvilke former for problematiseringer en sak er tuftet på (spørsmål 2; *Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for fremstillingen av 'problemet'?*), så bidrar genealogien med å studere systemer av praksiser som skaper slike problematiseringer (spørsmål 3; *Hvordan har denne fremstillingen av 'problemet' kommet i stand?*). Fremfor alt er det studiet av maktrelasjoner og hvilke problematiske fremstillinger som har et mulighetsrom, som studeres genealogisk. Foucault sitt syn på makt er en av hans viktigste bidrag fra sitt arbeid og er enda en av de sentrale byggesteinene i WPR.

4.1.5 Maktperspektiv

For å ta en kort genealogisk introduksjon til makt kan det kort nevnes noen historiske perspektiver på makt. *Samfunnskontrakten* ble utbredt som en oppfattelse etter blant andre Hobbes' *Leviathan* (1651). Borgeren bytter frihet mot sikkerhet, resultatet blir en stor og mektig hersker. Også Machiavellis *Fyrsten* beskriver et maktperspektiv der en eneveldig hersker beholder makten på få hender, selv om Fyrsten også tar i bruk mer subtile midler for å opprettholde makten (1983). Felles for slike maktperspektiv er at makten er konsentrert og maktbruken er, i mange tilfeller åpenbar. Borgerne har anledning til å danne seg en oppfatning om hvor vidt makten er legitim, i hvilken grad de ønsker å støtte maktregimet eller ikke. Det er ikke dermed sagt at det er enkelt å styrte regimet, men det går mer på manglende demokratiske institusjoner og liknende begrensninger. I den grad det foregår offentlig straff, som historisk sett kan ha vært gapestokk eller hengning, så foregår det for åpen scene. Makten demonstreres og kan virke avskrekkende. Slike åpne kort gjør også makthaveren mer sårbar for reaksjoner og opprør. Ifølge Foucault er dette en av årsakene til at vi i dag har helt andre metoder for straff (Schaanning, 2000, s. 387-430). Den er oftere skjult eller mindre tilgjengelig for befolkningen.

Det marxistiske perspektivet på makt introduserer den økonomiske faktoren og makten over produsentene og produksjonsmidlene. Det kapitalistiske samfunnet undertrykker proletariatet. Klassedelingen medfører en makt der *burjoasiet* har alt handlingsrommet, mens arbeideren som er prisgitt overklassen mister sin frihet ved å jobbe under stadig strengere kår. Arbeiderklassen har et trumfkort i ermet, organisering med andre arbeidere, revolusjon og å kunne styrte overklassens makt. Slik tar de kontroll over produksjonsmidlene og innfører det klasseløse samfunnet. Denne oppskriften på makt hadde også sin begrensning. Selv om veien til revolusjon kan være lang, så spilles det også her med relativt sett åpne kort. Det gir makthavende anledning til å justere seg.

Den moderne makten er hos Foucault mer subtil og flerfoldig. Den unngår disse utfordringene, da den praktisk talt er over alt. Som i mye av Foucault sin teoretiske tilnærming er også makten ikke klart definert. Den finnes ikke i tydelige rammer som institusjoner og strukturer vi enkelt identifiserer. Siden Foucault sin tilnærming er såpass distansert fra tradisjonelle perspektiver så kan kontekstualiseringen og sammenligning mot andre syn også bli en noe mer krevende øvelse. Tradisjonelle maktperspektiv legger som premis at makten kommer ovenfra og tres ned over folk. Hos Foucault kan man snu dette på hodet og si at på mange måter kan makten komme nedenfra (Grimen, 2010, s. 234). For mennesket er det naturlig å tilpasse seg og innordne seg systemer. Mennesket vil søke å finne sin plass uten at det oppleves som en maktstyring isolert sett. Individene innordner seg det de oppfatter som et system og støtter dermed systemet. Foucault bruker begrepet *normalisering* om slike prosesser. Dermed har systemet stor makt over individene selv uten at det nødvendigvis er tilsiktet, slik sett kan man si at makten kommer nedenfra hvis det er individets tilsynelatende frie valg som er grunnlaget for å opprettholde systemet. Denne makten er kapillær, den fungerer på alle nivåer og finnes i hele samfunnet i alt fra kontrollerte former til daglige samtaler med personer som *tilsynelatende* anser hverandre som likeverdige.

Det herskende perspektivet i samfunnskontrakten og det marxistiske perspektivet er begge av restriktiv art. Foucault sitt maktperspektiv er ikke restriktiv, den er produktiv (Eliassen, 2016, s. 141). Ved å delta aktivt i samfunnet og fylle sin rolle som individ så styrkes de styrende diskursene som får en hegemonisk rolle. Kunnskap og evnen til å legge føringer for diskursene blir viktig, kunnskap *kan* dermed være makt. Påstanden *kunnskap er makt* blir likevel for enkel ut fra Foucault sin analyse. Det er heller her ikke noe entydig og enkelt forhold. Noen former for kunnskap forutsetter makt, mens andre former for makt forutsetter kunnskap (Grimen, 2010, s. 235).

Foucault aksepterer ikke at vitenskapen er fri for verdier og fungerer objektivt som en problemløser. Det er ikke slik at det er problemer som naturlig kommer til overflaten og at vi felles, gjennom vitenskap, forsøker å løse disse problemene. Vitenskapen er fylt av diskurser, praksiser, tradisjoner og teknologi (Schaanning, 2000, s. 306). Disse praksisene fortrenger andre måter å tenke på og tar grep om diskursen i hvert fag. Dermed har vitenskapen stor makt. Det er ikke slik at vitenskapen er en lang ferd med stadige forbedringer. Historien har vist oss at den har tatt mange retninger, mange av disse retningene kan vi se på som uttrykk for makt heller enn uttrykk for noe rent og fritt for verdier, til felles beste.

Max Weber hadde en strengt institusjonalisert forståelse av premissene for makt. Hans ofte siterte definisjon på en stat som hadde monopol på legitim utøvelse av vold, har vært et betydningsfullt bidrag innen diskursen om det maktanliggende (Østerud, 2014, s. 42-43). Ifølge Grimen skiller ikke Foucault mellom legitim og illegitim makt (2010, s. 233). Det kan naturligvis diskuteres og alle vil kanskje ikke akseptere den påstanden. Foucault sine posisjoner og utspill var flerfoldige, man kan diskutere om de også forflyttet seg en del gjennom hans tid, men først og fremst er de gjenstand for fortolkning all den tid Foucault selv i mindre grad definerte disse på noen entydig måte.

4.2 Offentlig organisering og styring

Utviklingen av dagens helsetjenester generelt og norske sykehus sin organisering mer konkret, skriver seg tilbake til en arv fra velferdsstatens premisser og utviklingen av norsk offentlig sektor. Sykehusene var i sterk grad styrt av fylkeskommunen før sykehusreformen av 2002. Det fylkeskommunale nivået har vært både omdiskutert i mange år og utsatt for store endringer. De siste års prosesser med regionreformen kan også være et uttrykk for dette. Grunnlaget, som kan lede mot denne type reformer finnes det en rekke teorier om og her vil komme inn på noen av dem. Før de konkrete teoriene kommer jeg kort inn på velferdsstatens utvikling og hvordan dette endret seg spesielt ved diskusjonen om vekst i offentlig sektor. Disse vil så være et rammeverk for å videre kunne analysere og diskutere det mot utviklingen i norske helsevesen. Dette handler i utgangspunktet om narrativet om en offentlig sektor som har vokst seg større enn sitt eget hus og hvilke følger det fikk for den senere utvikling. Veksten i offentlig sektor var en viktig debatt som en forløper til det omdiskuterte NPM-rammeverket. En stegvis tilnærming i korte trekk til dagens forståelse følger og da kan det være naturlig å starte med noen ord om idegrunnlaget bak velferdsstaten og videre hvordan synet på den har endret seg.

4.2.1 Velferdsstaten

Tankene om og legitimeringen av en velferdsstat er en sentral byggestein for både offentlig sektor generelt og konkret for utviklingen av helsetjenester som et kollektivt anliggende. De nasjonale sosialforsikringsordninger fikk større fotfeste i perioden like før og etter 1900, dette markerte et brudd med tankegangen på den tiden, som var mer konsentrert rundt fattiglovgivning (Kuhnle & Kildal, 2011, s. 15). Et stadig mer organisert arbeidsliv dro med seg tankegods om kollektive løsninger. Dette utviklet seg videre med tanker om sosial trygghet og sosial likhet. I mellomkrigsårene ble det statlige ansvaret for økonomisk og sosial velferd konsolidert. Ideene til John Maynard Keynes om at økonomisk vekst drives av forbruk hos den enkelte, kan tolkes til å støtte opp under insentiver til å sikre denne kjøpekraften, rett nok først og fremst ved å sørge for at folk var i arbeid. Lavt forbruk medførte arbeidsledighet og motsatt. Velferdsstatens grunnlag for å sikre universelle ordninger både økonomisk og helse relatert var godt etablert i etterkrigstiden, både i Norge og andre europeiske land.

Den offentlige sektor med velferdsstatens vekst utviklet seg, men ikke uten motstand. Modellen ble dermed raskt utsatt for kritikk. Denne kritikken er en av de store skillelinjer i politikken. I sin enkleste form kan man skissere en akse mellom høyre og venstre historisk sett, selv om det bildet representerer kompleksiteten svakt for mange formål. Her er mange spenninger som kan skisseres, individ mot fellesskap, skattenivå og liknende. Det har altså vært strid om velferdsstatens grunnlag både moralsk, ideologisk, byråkratisk og økonomisk for å nevne noen (Kuhnle & Kildal, 2011, s. 15).

4.2.2 En offentlig sektor i vekst

Det som var en viktig forløper til de moderne teoriene og tankegodset offentlig sektor i dag er i stor grad påvirket av, det er historien om *hvordan* offentlig sektor vokste. Det var en vekst på flere måter, her kreves presisjon når en refererer til vekst. Det var på den ene siden i *absolutt forstand*, i forståelsen av institusjoner, omfang og antall ansatte. Samtidig var det også en mye omdiskutert *relativ* (prosentvis) vekst (Kjellberg & Reitan, 1995, s. 32). Hvordan man ser på disse spørsmålene kan ha sammenheng med utgangspunktet på hvordan man vinkler inngangen til utfordringene. I spørsmålet om absolutt vekst så knytter det seg ulike oppfatninger til både offentlig sektor, velferdsstaten og den påvirkningen det har på samfunnsstrukturene. Dersom man ser på veksten av disse som et tegn på et vellykket samfunn så vil inngangen få et annet fortegn enn om man ser i større grad på ulempene som

viktige. En slik vekst vil naturligvis påvirke maktstrukturer, eiendomsforhold og kanskje enda mer kontroversielt, grad av inngripen i den private sfære.

Utviklingen av teori som *Public choice* og *NPM* er i stor grad basert på økonomiske modeller og ikke minst kvantitativ forskning. En mulig årsak til denne retningen kan være at utviklingen er sammensatt av tilnærmet uendelige parametere, det er komplekst og kvalitativ forskning kan dermed gi uklare svar. Kvantitativ forskning kan dermed enklere produsere modeller slik samfunnsøkonomisk forskning har utviklet metoder for (Kjellberg & Reitan, 1995, s. 29). Datagrunnlaget for disse modellene vil også være mer tilgjengelig for forskeren dersom det allerede er i tall-form. Kvalitative data er mulig å tallfeste eller omgjøre til tall, men det er mer ressurskrevende og kan skape mer umiddelbare spørsmål ved valgene og tolkningene som er foretatt. Den samme mengde spørsmål, og kanskje også usikkerhet, kan relateres til de kvantitative datamengdene. Der må man likevel gå mer systematisk til verks for å stille spørsmål ved metoden. Dette i seg selv kan antyde en sammenheng mellom hvilke modeller som får gjennomslag og har større potensiale for å produseres med enklere ressurser, hvorpå teoretiske retninger utvikles. Det vil altså alltid være en diskusjon om en velger forklaringer som gir klare svar fremfor uklare, det behøver ikke nødvendigvis være noe galt i det. Da blir det kritisk å adressere bivirkningene av disse valgene. Her kommer jeg inn på noen teorier som har tilnærmet seg spørsmålet om hvorfor offentlig sektor har vokst på flere måter.

4.2.2.1 Veksten av utgifter

Den tyske økonomen Adolph Wagner var opptatt av empiriske studier om offentlig vekst og spesielt den relative veksten sammenlignet mot bruttonasjonalproduktet (BNP). Det som skulle bli betegnet *Wagners lov* var formulert som følger, i ekspanderende økonomier vil offentlige utgifter utgjøre en stadig større andel av den nasjonale inntekten (Kjellberg & Reitan, 1995, s. 35). Økende inntekter i samfunnet medfører altså at offentlige formål tar en stadig større andel og dette skjer endog med en lovmessighet, det er en ambisiøs og kontroversiell tese. Hvis dette skulle stemme så er det i seg selv verdifullt nok i seg selv, men det etterlater naturligvis også store spørsmål om hvorfor.

Wagner selv lanserte flere forklaringer (Kjellberg & Reitan, 1995, s. 36).

Ekspanderende økonomier vil lede til utviklede våpensystemer og dermed også utvide utgifter til det ytre forsvar. Det vil samtidig være økt behov for indre beskyttelse da urbanisering og industrialisering medfører økte spenninger og sosial uro. Utgifter til kultur og velferd var også sentralt. Interessant nok mente Wagner her at slike tjenester ville den offentlige sektor

produsere selv, fordi de gjorde det mer effektivt enn det private markedet. Forbruksmønsteret vil som en effekt endre seg mot et større behov og krav til tjenester. Bidraget fra Wagner medførte en bred og viktig debatt, men om denne *lovmessigheten* medfører riktighet er det sådd mye tvil om. Det er vist empirisk til at vi kjenner mange eksempler på at offentlige utgifter også har økt i stagnerende økonomier, heller ikke alltid økte offentlige utgifter i ekspanderende økonomier (Pryor, 1968, s. 452).

Et annet bidrag til å forklare vekst i utgifter stammer fra *trappetrinnsteorien*, utformet av Peacock og Wiseman (Kjellberg & Reitan, 1995, s. 38). Veksten forekommer ikke i en rett linje oppover, men «støtvis» som trappetrinn oppover. Et premiss for teorien er at offentlige utgifter krever økte skattesatser og det er vanskelig å akseptere for velgerne. Derfor vil man i fredstid, eller av andre grunner perioder med økonomisk stabilitet, oppleve begrensede endringer. Det er etablert en toleransegrense for skattenivå. I kriseperioder vil toleransen kunne justeres oppover med høyere satser, men når krisen er over er den nye toleransen allerede etablert. Empirisk er også denne teorien diskutabel og kanskje spesielt rekkevidden av den, men den pekte uansett på noen mekanismer i systemet som er ansett for å tilføre perspektivet på offentlig vekst viktig innsikt (Pryor, 1968, s. 444).

4.2.3 Økonomisk teori

Som vi allerede har vært inne på, mange forskjellige perspektiver fra økonomisk teori har spilt en betydningsfull rolle innen utformingen av offentlig forvaltning. Økonomi kan bety mye, det er et stort begrep. Det kan relatere seg direkte til selve det økonomiske, det som har med penger eller materielle verdier å gjøre. Ofte brukes også begrepet i en noe mer indirekte forstand. Man tenker *økonomisk*, da kan det referere til både menneskelige relasjoner, arbeidsplasser og effektivisering. Det er altså underforstått på et eller annet plan at man forenkler virkeligheten til tall, som er enklere å håndtere. De lar seg modellere og kan gi et tydeligere bilde av pluss og minus, fremgang eller tilbakegang.

Dette tankesettet har utviklet flere tankeretninger. Man kan skille mellom ulike «økonomer», for eksempel samfunnsøkonomer og bedriftsøkonomer. Forskjellene kan være diskutabile. Sandmo klassifiserer interessefeltet til samfunnsøkonomer til å ligge mer mot bedriftenes rolle i samfunnet, mens bedriftsøkonomen søker å sette bedriftsledere i stand til å ta bedre beslutninger basert på økonomiske prinsipper (2006, s. 14). Organisasjonsteoretisk henter bedriftsøkonomien som fagretning inspirasjon også fra psykologi og sosiologi. De konkrete bedriftsøkonomiske virkemidlene tas mer i detalj under NPM. Her nevner jeg i korte trekk en utvikling mot denne retningen. Innen faget økonomi kan man også skille på mange

ulike retninger. Herunder skiller en gjerne på klassisk retning der tilnærmingen var teoretisk og nyklassisk der kvantitative matematiske metoder er viktigere. Den siste retningen regnes i dag som dominerende og kan betegnes ortodoks retning, i motsetning til heterodoks retning som forfekter større pluralisme i økonomifaget.

Stor innflytelse på økonomisk teori og diskusjoner rundt for kapital fikk bidraget *Wealth of Nations*, skrevet i 1776, av Adam Smith (1976). Adam Smith regnes fra den klassiske perioden. Verket fikk stor tyngde og reiste debatter rundt markedets rolle, elementer av fri konkurranse og hvordan dette påvirkes av en aktiv stat som regulerer. Den tar også opp spørsmål som samfunnets beste, om hva som er *the public interest*. Begrepet 'den usynlige hånd', skulle bli en viktig arv.

'Hvert individ arbeider nødvendigvis for å gjøre nasjonalinntekten så stor som mulig. Når han i alminnelighet verken har til hensikt å fremme samfunnsinteresser eller kunnskap om hvor mye han fremmer den, (...) hans hensikt er bare egen vinning, og han blir i dette, som i mange andre tilfeller, ledet av en usynlig hånd til å fremme et mål som ikke var noen del av den. Ved å forfølge sin egeninteresse fremmer han ofte samfunnsinteressen mer effektivt enn når han virkelig har til hensikt å fremme den' (Smith, 1976, s. 456).

Dersom en aktør handler i egeninteresse så medfører det en rekke sideeffekter. Det skaper økonomisk vekst, arbeidsplasser og bytting av varer og tjenester. Disse effektene virker altså på en måte som vi kan dra en viss kjensel på, det kan minne om hvordan Foucault beskriver maktperspektivet sitt. Det er noe som virker uten at en behøver å regulere det. Nå skal det sies at Adam Smith også adresserte potensiell markedssvikt og nødvendigheten av et samspill, men viktigere enn å diskutere Smith historisk er det kanskje i denne sammenheng å se hvor økonomisk teoretisk tankegang hentet inspirasjon fra og hvordan den utviklet seg.

Ideene om kraften av det frie og uregulerte marked med sine naturlige insentiver vokste og fikk mange betydningsfulle bidrag. Ludwig von Mises pekte på at en sterkt regulert økonomi får problemer med verdisetting (Sandmo, 2006, s. 268). Markedspriser var ifølge von Mises helt nødvendig som grunnlag for økonomisk kalkulasjon, for å rasjonelt vurdere lønnsomhet. Hayek fulgte von Mises i retning, men påpekte at det også var flere nødvendige komponenter som var viktige for å oppnå fullkommen konkurranse som han anså for å være til samfunnets beste (2013). Privatisering er nødvendig for å gi *insentiver* til profitt. Gjennom transaksjoner i markedet utveksler også aktørene *informasjon* som er den andre avgjørende faktoren. Aktørene vil dermed jakte ny informasjon i det økonomiske systemet, de avslører

sine teknologiske vinninger og sine preferanser. Noe byråkratisk system kan ikke følge disse mekanismene var altså argumentet.

Hayek stod i opposisjon til John Maynard Keynes i graden av offentlig intervensjon mot markedskreftene i økonomien. Keynes' bidrag i etterkrigsårene fra annen verdenskrig var betydelige (Keynes, Moggridge, & Johnson, 1971). Markedssvikt måtte kompenseres i perioder med større offentlige investeringer. En retning som møtte Keynesianismen ble betegnet nyliberalismen, en revitalisering av det liberale grunnlaget, økonomien må være friere og mindre regulert av offentlige myndigheter. Både Hayek og Milton Friedman var viktige bidragsyttere i denne retningen.

4.2.4 Public choice teori

‘Innenfor nyliberalistisk økonomisk teori, som er en viktig del av NPM-tenkningen, er oppfatningen at byråkrater og andre ansatte i offentlig sektor handler ut fra hva som vil gagne dem selv når de utfører oppgaver på vegne av fellesskapet’ (Stamsø, 2017, s. 66). Denne beskrivelsen sammenfaller med en retning som er betegnet *Public choice teori*. Det er en videreutvikling av matematiske studier av politiske valg tilbake til 1800-tallet. De prinsippene vi tilknytter tankegodset i dag er i hovedsak utviklet i USA etter andre verdenskrig. Bakteppet handler i stor grad om offentlig styring og administrasjon versus frie markedskrefter som aktører (Simmons, 2011). I motsetning til tankene fra Adam Smith om den usynlige hånd der egeninteressen virker positivt, så kan den her ha en negativ effekt for Public choice-teoretikere.

Hovedessensen i teorien handler om at politiske aktører handler ut fra egeninteresse i motsetning til felleskapets beste. Det antas at aktørene er rasjonelle i sine valg. Teorien ser verden fra et individuelt analysenivå som trekkes til forståelsen av det organisasjonelle nivået. Public choice teori har omfattende teorier om politiske valg på flere nivåer. *Velgere* stemmer ut fra individuell interesse. *Politikere* driver ikke politikk ut fra idealistiske hensyn eller av tanke om å skape et samfunn til det beste for folket, de har kun ønske om å gjøre det som må til for å få flest mulige stemmer. Denne dynamikken får en rekke konsekvenser for utfallet i form av påvirkning gjennom taktisk stemmegivning. *Byråkrater* handler ikke etter intensjonen, som et verktøy til å iverksette vedtatt politikk. De har sin egen interesse og søker å fremheve sin egen posisjon og sikre sin egen fremtid. *Interessegrupper* driver samarbeid for å fronte interesser, men kun sine egne interesser på bekostning av fellesskapet.

Basert på denne innsikten må vi ifølge Public choice-teoretikere lage systemer som adresserer disse utfordringene. Byråkratene må kunne stilles til ansvar. De valgene de tar må

derfor være synlige. Dette for å motvirke og dempe de faktorene som gjør at personlige meninger blir avgjørende. Vi kan se at disse premissene ontologisk og epistemologisk diskuterer antagelser om ideelle mål for samfunnet. Byråkratene som skal forvalte disse målene vil gi oss en utgave av målene tilpasset dem selv og ikke felleskapet, vel og merke om vi ikke tar grep. Vi kan ta grep ved å bruke noen virkemidler. Belønningssystemer kan dirigere utviklingen. Kontrakter mellom partene tydeliggjør oppgaver og gir et redskap for evaluering. Dette synet står i kontrast til antagelser om tillitsbaserte systemer og mer idealistiske overbevisninger. Legger man disse innsiktene til grunn, da er hovedoppgaven for offentlig organisering å innføre et offentlig system som utdyper detaljene i et slikt tankesett.

4.2.5 New Public Management

Tankene om endringer i offentlig sektor kan ha mange prosesser bak seg, det kan finnes mange forskjellige årsaker til både de konkrete reformene som i helsetjenestepolitikken. En vanlig fortelling om veien til dagens reformer handler mye om det nevnte tankegodset som beskriver en offentlig sektor som har vokst seg stadig større. I forlengelsen av dette premisset har offentlig sektor blitt kritisert for å være for stor, ineffektiv og byråkratisk (Stamsø, 2017, s. 65).

Det finnes mye litteratur som diskuterer teori om organisasjoner, naturligvis både privat og offentlig sektor. Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness & Røvik diskuterer i *Organisasjonsteori for offentlig sektor* nettopp om det er fundamentale forskjeller mellom privat og offentlig sektor og hva denne innsikten gir oss (2015). Denne diskusjonen er sentral for NPM og dens virkemidler. Bruk av NPM tilsier at offentlig sektor bør arve egenskaper fra privat sektor og mer konkret legge til grunn bedriftsøkonomiske prinsipper som er nærmere beskrevet senere. Det sentrale spørsmålet er altså, er det en forskjell mellom offentlig sektor og privat sektor? Christensen m.fl. legger til grunn at de to er 'fundamentalt like på alle uviktige områder' i tråd med statsviteren Graham Allison som argumenterte for dette på 1980-tallet (2015, s. 15). Det er to hovedpunkter som settes frem for denne slutningen. Bredden i hensyn, som den offentlige organisasjon må ta hensyn til, består av mål og verdier som går utover det som de private interesser nødvendigvis behøver å begrense seg av. Ulike hensyn må veies opp mot hverandre og det skapes stadige spenninger. Det kan være demokratiske hensyn, rettsstatlige verdier og andre hensyn til fellesskapet som må vektes. Det andre punktet tilsier at lederne er ansvarlige på en annen måte, de er i hovedsak ansvarlige overfor borgere og måles av velgerne i den offentlige organisasjonssfære. Det er større vekt på åpenhet, innsyn, likebehandling, krav til upartiskhet og forutsigbarhet kan være nødvendig.

I den private organisasjonssfære blir dette annerledes. De er ansvarlige heller ovenfor aksjonærer eller interessegrupper. Innsyn i deres interne anliggender kan være beskyttet av lovverk på en helt annen måte ut fra konkurransehensyn. Ut fra disse betraktningene følger det altså mer naturlig organisasjonsteoretisk at man ikke tenker at det offentlige skal lære av det private.

I opposisjon til dette synet står en annen retning som avviser at offentlige organisasjoner skiller seg fundamentalt fra det private næringsliv. Ambisjonen til denne teoretiske retningen handler om å bygge prinsipper og tankesett i form av modeller som er allmenne (Christensen m.fl., 2015, s. 15). Variablene som størrelse, oppgaver og teknologi er viktigere enn om de er offentlige eller private av karakter. Det er en slik teoretisk retning som er utgangspunktet for New Public Management.

Grunnlaget for NPM-tankegangen vil alltid kunne diskuteres. Hvordan en konkret reform forklares som et narrativ gjennom årsaker, parametere og løsninger vil kunne farges av aktørers posisjoner. Man kan forklare en reform gjennom utfordringene som etterlates og på hva som empirisk har visst seg mer eller mindre vellykket. På den andre siden kan man bygge opp forklaringen gjennom de tiltak som på en eller annen måte måtte forekomme.

4.2.5.1 Pre-NPM

De politiske styringsnivåene har endret seg mange ganger historisk. Dette har foregått langs mange dimensjoner som sentralisering og desentralisering (Fiva, Sørensen & Hagen, 2014, s.183). En del av forklaringene på hvorfor NPM har fått gjennomslag omhandler narrativet om offentlig vekst som allerede er nevnt, men hva var den gjeldende ideologi før NPM? Det er vanlig i litterære fremstillinger å trekke frem Webers byråkratiske modell som en motvekt til NPM (Busch, Johnsen & Vanebo, 2003, s. 38). Den modellen hadde også effektivitet som et mål, Weber hentet inspirasjon fra den prøyssiske arme (Hague & Harrop, 2013, s. 334). Det *rasjonelle byråkrati* skulle erstatte tidligere organisering av politisk styring som var mye preget av slektskap i posisjoner og problemer med korrupsjon. Posisjoner hadde en tendens til å gå i arv og det var ofte mulig å få til mye med penger både over og under bordet. Sett opp mot den senere utviklingen stod den weberianske modell på administrasjonen frem som en mer integrert løsning. Hvordan man tegner bildet av en situasjon *før*, og deretter lanserer et nytt regime som svar på dette, kan få en del å si for hvordan man legitimerer nettopp dette *nye*. For enkelhets skyld bruker jeg det engelske forkortelsen TPA (traditional public administration) for å henvise til en *før*-situasjon.

Busch m.fl. fremstiller 'tradisjonell offentlig forvaltning' som følgende motsats til NPM som hos dem er ensbetydende med en «nå-situasjon», nå i denne sammenhengen er rett nok tilbake til 2003 (s. 40). TPA beskrives her som et standardisert tjenestetilbud i motsetning til NPM som har et brukerfokus. Likhet og rettferdighet er viktige verdier, velferdsgodene bærer preg av å være like for alle og ofte gratis. Her svarer NPM med differensierte og tilpassete tilbud som også prises ulikt. Tankesettet i TPA har vært preget av å tenke helhetlig mot integrerte løsninger, andre stikkord vil være en byråkratisk og hierarkisk struktur. Prosedyrene er regelbaserte. Finansieringen til tjenestene er sentralstyrt. NPM har møtt dette med en mer fragmentert struktur, rammestyrte budsjetter ifølge Busch m.fl.

4.2.5.2 NPM – ingredienser

Siden NPM som sådan er begrep av ganske politisk karakter så vil ingrediensene også variere noe i hvordan de er karakterisert i litteraturen. Det gjelder både hvilke punkter som skal regnes som en del av verktøykassa og ikke minst hvordan de fungerer. Her følger et utvalg som går igjen hos flere av bidragsyterne til å beskrive NPM teoretisk, først opplistet for oversiktighetens skyld og deretter utdypes hvert punkt. Skulle hensikten med dem kokes ned til et enkelt formulert mål, ville det kunne hevdes å representere ulike veier mot effektivisering som det bærende hovedmålet. Oversikten understreker poenget om at NPM ikke er noen enhetlig reformbevegelse, 'elementene peker i ulike retninger i tillegg til at det er spenninger og inkonsistenser mellom dem' (Christensen & Lægreid, 2001, s. 69).

- Desentralisering
- Oppsplitting
- Profesjonalisering av ledelse
- Mål- og resultatstyring
- Konkurransen
- Serviceorientering
- Budsjettdisiplin

Desentralisering har ifølge Busch m.fl. 'preget NPM-tenkningen' (2003, s. 41). Dette følges opp med å peke på at tjenesteproduksjonen kan fremmes ved å bli mer responsiv og raskere. Dersom man fjerner ledd i den hierarkiske strukturen gjennom nedbemanning så effektiviseres tjenestene, hver ansatt skal slik også få mer stimulerende jobber via økt ansvar. Dette er ikke nødvendigvis en konvensjonell fremstilling av desentralisering når vi snakker om offentlig organisering, men det pekes her på at beslutningene tas mer lokalt der det er

nødvendig, i motsetning til overstyring fra sentralt hold. Det er altså ikke snakk om noen geografisk desentralisering. Leddene som fjernes i kjeden er antatt som unødige og forsinkende ledd.

Oppsplitting er et begrep som kan virke noe negativt ladet da det peker kun på det splittende og ikke fordelene som er tiltenkt å hentes ut fra en slik operasjon. Begrepet brukes både av Stamsø i hennes gjennomgang av aktuelle punkter (2017, s. 68) og av Christensen og Læg Reid (2001, s. 68). Tanken er at integrerte, homogene forvaltningsorganisasjoner skal moderniseres gjennom å fristilles. Det etablerte begrepet er strukturell fristilling. Mindre enheter skal få større autonomi til å gjøre nødvendige tiltak, ideen er at mindre organisasjoner enklere kan endres. Det skal også gi tydeligere skiller mellom politikere som skal konsentrere seg mer rendyrket om det politiske, og administrasjonen som kun skal jobbe med administrative oppgaver. Tanken er å unngå uheldige blandinger mellom disse enhetene. Dette skal så gi større spillerom for markedsløsninger, da spesielt bestiller – utfører type modeller. Det gjelder både eksterne tjenester og interne. I begge tilfeller er rollene adskilte med tydelige roller. Departementet har for helsetjenester ansvaret for finansieringen av tjenesten og det overordnede ansvaret for innholdet. Helsetilsynet har ansvaret for kontroll. Helseforetakene i samarbeid, i tillegg kommunene, har ansvaret for utføringen av oppgavene.

Profesjonalisering av ledere sier i seg selv ikke så mye om hva slags retning verktøyet tar. Utgangspunktet er at næringslivet har en antatt mer profesjonalisert lederstruktur. Det å være leder er en egen profesjon, det er ikke nødvendigvis tilknyttet faget. Altså har ledere i større grad lederutdanning enn fagutdanning og senere får rollen som ledere. Dermed får ledere et annet type fokus. De er ikke nødvendigvis et faglig overhode over sin avdeling eller enhet, men har mer styringsansvar. Egenskaper til å håndtere budsjettammer og kunne ta grep som kursendringer er mer vektlagt enn i TPA-modellen. Ledere skal også måles og belønnes, de får en mer betydelig endret rolle enn resten av de ansatte. Et eksempel på dette kom i 1991 da 450 statlige ledere ble tatt ut av den tradisjonelle hovedtariffavtalen og overført til et eget lederlønnssystem (Christensen & Læg Reid, 2001, s. 79). Tankegangen var at lederne skulle premieres med egne lønnstillegg ved gode resultater basert på MRS. Dersom resultatene var negative kunne lederne tape lønnstillegget eller omplasseres.

Mål- og resultatstyring (MRS) er også en viktig bestanddel i NPM. Christensen og Læg Reid skiller på MRS i vid og smal forstand (2001, s. 74). I vid forstand kan MRS anses som en styringsfilosofi. Her skal forvaltningskulturen dreies fra regler og fastlagte prosedyrer til en mer resultatorientert styring. Dette kan skje gjennom en bevisstgjøring av enheten og de ansatte mot resultatkrav som stilles dem, større lokal autonomi og mindre detaljstyring

ovenfra. I smal forstand er MRS et mer konkret verktøy, det handler om mye av det samme som er nevnt, men en økonomisk og kvantifiserbar styringsteknikk som blant annet vil typisk være synlig i budsjettssystemer. Det formuleres klare og konsistente mål. Systemet må legge til rette for rapportering av resultater på oppnådde mål. Disse resultatene skal så være mulige å følge opp gjennom premiering eller straff. Når det nevnes straff så bør det bemerkes at i det offentlige er det ikke alltid utstrakt anledning for å gi noen betydelig straff. Stillingsvern og andre rettigheter gir den enkelte i mange sammenhenger sterk beskyttelse. Et stort og tydelig eksempel på systemnivå av bruk av MRS er innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i sykehusjenestene. Hensikten er i tråd med MRS å sette mål og belønne etter resultater. Både her og i mange andre deler av forvaltningen har MRS utfordringer. Systemet baserer seg på en forenkling av virkeligheten på mange nivå. Det forutsetter at det er mulig å formulere konkrete resultatmål som faktisk sier noe om enheten har gjort progresjon eller ikke, som er meningsfull og til nytte. Dette kan naturligvis variere, men ofte vil det være utfordrende å gjenspeile realitetene i slike mål. Videre kommer utfordringer til å avlese resultatene. Flere parametere kan være endret siden målene ble formulert, man kan støte på problemer med å tolke resultatene. MRS forutsetter at det ikke foreligger målkonflikter, mens den politiske hverdagen består nettopp av uenigheter og konflikter mellom de ulike partiene på hvilke mål det jobbes mot. På tross av disse betydelige utfordringene har MRS fått utbredt rotfeste i forvaltningen. Christensen og Lægred tolker dette til at man i praksis har modifisert og tilpasset den norske varianten av MRS, slik at i mange tilfeller har man justert en innføring av systemet som kanskje var langt unna idealmodellen (2001, s. 80). Dette tolker de ikke nødvendigvis som en god løsning da det gir mye økt kompleksitet i forvaltningen. MRS har ikke i stor grad fortrenget etablerte styringsteknikker, men supplert og modifisert litt her og der. Den norske politiker-kulturen karakteriseres som utpreget kompromissfylt, gjennom perioder med svake mindretallsregjeringer som i liten grad har vært i stand til å formulere tydelige mål.

Konkurranse er også et tema som føyer seg inn blant de andre virkemidlene, der tankegangen bygger blant annet på tydelige roller. Den nevnte bestiller - utfører modellen ligger som et sentralt premiss. Viktigst er kanskje likevel arven fra næringslivet med ideen om markedet. Tanken er at det offentlige skal dra nytte av fordelene fra et konkurransebasert system gjennom anbudskonkurranser der den rimeligste og underforstått mest effektive aktøren vinner frem. Dette nyter så samfunnet godt av i form av rimeligere tjenester. Tjenestene kan leveres av enten det offentlige eller private aktører. Dersom det offentlige skal delta i en konkurranse er det vanlig at tjenesteytelsen separeres fra andre tjenester. Dette

innebærer separate ansettelser og budsjetttrammer. Kostnaden ved å gjøre slike grep er at en taper stordriftsfordelene.

Serviceorientering handler om å heve kvaliteten på tjenestene. Tanken er at i et TPA-system vil det være for lite fokus på brukernes behov. Gjennom å la brukeren medvirke i større grad gjennom tilbakemeldinger til tjenesteyteren, kan denne tilpasse behovene. Et eksempel på dette kan være innføringen av minstestandarder (Stamsø, 2017, s. 67). Det kan etableres et maksimalt antall elever per lærer i skolen. Større fokus på pasientrettigheter kan være et annet. Tankegangen om at individet har rettigheter har gjennom NPM-rammene fått større fokus. Brukerstyring er et beslektet begrep og fikk oppmerksomhet fra Willoch-regjeringen på 1980-tallet med *Aksjon Publikum* og Bondevik-regjeringen med *Et enklere Norge* rundt 2000, reformkonseptet er også inspirert av det engelske *Citizen Charter* som skulle sikre kvaliteten på tjenestene (Christensen & Lægreid, 2001, s. 89).

Budsjettdisiplin kan minne om tankegangen beskrevet under profesjonalisering av ledere. MRS og belønning/straff som dynamikk er naturligvis viktige elementer som ligger til grunn. Effektivisering gjøres gjennom å spare inn og kutte kostnader der hvor det er mulig. Et eksempel kan være økende bruk av betaling for offentlige tjenester, gjerne i form av egenandeler som en har i helsetjenester, barnehager og sosial omsorg (Stamsø, 2017, s. 77). På denne måte reguleres etterspørselen etter tjenestene og kostnaden for det offentlige reduseres.

4.2.5.3 Post-NPM

NPM har vært og er en stor påvirker av offentlig forvaltning og administrasjon i Norge, men ideene, tiltakene og effektene har også høstet mye kritikk. Det har kommet motreaksjoner som har tatt ulike former. Noen av disse har medført økt sentral styring og samordning. Det finnes mange eksempler på dette, i noen grad som NAV-reformen som samlet flere etater. Igjen så blir totalbildet, som det ofte er i sentralforvaltningen, ganske komplisert. NAV-reformen innebar også tydelige NPM-trekk da NAV-direktoratet ble oppdelt i en bestiller – utførermodell. Det er også tatt i bruk MRS. Det samme komplekse bildet har en innen helsetjenestene. HFM av 2002 har karakteristikk av både NPM og post-NPM, eierskapet ble sentralisert fra fylkeskommunen da staten overtok (post-NPM). Samtidig ble det delegert myndighet til regionale og lokale helseforetak som sammen med en rekke andre tiltak har klare NPM-strukturelle trekk.

4.2.6 Perspektiv på offentlig sektor

Organisasjonsformer kan anses som konstruksjoner, som i utgangspunktet ikke er definert. Christensen m.fl. har i den forbindelse utarbeidet en kategorisering basert på ulik tilnærming til de følgende spørsmål (2015, s. 23). De aksepterer ikke utgangspunktet for NPM, at det ikke er betydelig forskjell på offentlig og privat sektor. For dem er det da viktig å vise til hvordan man avgrense organisasjonsteori for offentlig sektor. Man må da forsøke å kartlegge noen spørsmål. Hvilke organisasjonsformer har man og hvilke endringer kan en forvente i disse? Hvordan og hvorfor etableres ulike organisasjonsformer? Hva er effektene av de forskjellige organisasjonsformene? Det gjøres følgende tre inndelinger av ulike perspektiv på offentlig sektor (Christensen m.fl., 2015).

- Det instrumentelle perspektiv
- De institusjonelle perspektiv
 - Kulturperspektivet
 - Myteperspektivet

4.2.6.1 Det instrumentelle perspektiv

Utgangspunktet er her at organisasjoner oppfattes som instrumenter for styring. Gjennom organisasjonene ønsker man å oppnå definerte mål. Organisasjonene og deres aktører opptrer formålsrasjonelt i sitt daglige virke for å oppnå resultater. Ulike alternativer eller virkemidler blir vurdert ut fra de definerte mål og det tas bevisste valg. Både Max Weber og Frederick Taylor kan knyttes til denne tradisjonen (Christensen m.fl., 2015, s. 35).

Det skilles mellom en hierarkisk variant og en forhandlingsvariant. Den hierarkiske varianten er av enhetlig karakter, det viktige er prosesser med å utarbeide mål og finne virkemidler. Her er opparbeidelse av kunnskap sentralt. Det er antatt at aktørene har nødvendig makt for å oppnå disse målene. I forhandlingsvarianten er organisasjonen mer sammensatt, det er ulike underenheter. Disse kan ha ulike posisjoner og dermed kan det oppstå motstridende mål, interesser og kunnskaper. Fordi ingen aktører på egen hånd oppnår sine mål eller har makt til å ivareta sine interesser så vil prosesser av forhandlinger og kompromisser være viktig mellom aktørene.

4.2.6.2 Kulturperspektivet

De institusjonelle perspektiv setter søkelys på de institusjonelle prosessene som viktige i organisasjoner. Christensen m.fl. skiller mellom de institusjonelle perspektiv som skissert som følger (2015). Kulturperspektivet vektlegger de uformelle normene og verdiene som

viktige når det kommer til hvordan en organisasjon posisjonerer seg. Der målene i den instrumentelle handlingslogikken er tydelige definerte vil man i det kulturelle perspektivet anta at disse målene vokser frem mer gradvis gjennom uformelle normer, verdier og identiteter. De formes over tid. Disse egenskapene er antatt å gjøre organisasjonen mer kompleks, en nedside kan potensielt være at den er mindre fleksibel og tilpasningsdyktig ovenfor nye mål. Mulige oppsider kan være et sterkere sosialt felleskap blant medlemmene som gjør at de konkrete oppgavene løses bedre.

Historiske normer og verdier er betydningsfulle. Christensen m.fl. gir et eksempel på en konflikt relatert til disse spørsmål (2015, s. 63). Sosialdepartementet foreslo i 1993 å legge ned Helsedirektoratet. Det ble påstått at direktoratet besto av en umoderne embetsmannskultur som ikke var pasientvennlig og var til hinder for omstillingsprosesser. Torbjørn Mork som i mange år var sentral som helsedirektør vektla den faglige tyngden og mente at kombinasjonen av medisinere og jurister i helseforvaltningen ga den beste garantien for at systemet jobbet for pasientenes beste. Saken endte den gang med en navneendring av direktoratet og ikke så mye mer.

4.2.6.3 Myteperspektivet

Offentlige organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser. Disse omgivelsene har sosialt konstruerte normer og oppskrifter på hvordan de bør være utformet og hvordan de bør fungere. Slike normer og oppskrifter kaller Christensen m.fl. for myter (2015, s. 97). Dette gjelder i utgangspunktet alle organisasjoner. Det finnes et sett med normer for hvordan organisasjoner utformes. Organisasjonene må helt konkret forholde seg til disse, inkorporere og reflektere normene utad. Dette gjør at organisasjoner på mange måter blir mer like strukturmessig, likheten er dog viktigst på overflaten. Dette skiller myteperspektivet fra kulturperspektivet som forklarer organisasjonen som festet i dype kulturelle røtter, disse kan gjøre organisasjonene mer ulike over tid.

Mens kulturperspektivet lar seg farge av verdiene og normene som har grodd på seg over tid så lar ifølge myteperspektivet organisasjoner seg påvirke av omgivelsene. Dette gir rom for et mindre fokus på det historiske til inspirasjon, organisasjoner kan altså skifte normer og verdier i større grad. Hastigheten i hvordan man adopterer disse normene og verdiene kan variere mye. De kan naturligvis også bli avvist. Spredningen av selve oppskriften på hvordan organisasjonene skal formes skjer derimot ofte raskt. Det er flere kriterier man ser for seg som kan være avgjørende for om de nye ideene lykkes i sin spredning. Et viktig fellestrekk Christensen m.fl. ser for seg er at ideene fremstilles som nye

oppfinnelser av velkjente og suksessrike organisasjoner eller enkeltpersoner (2015, s. 87). Det skjer gjerne i form av ledere eller konsulenter som oppfattes som fremsynte. På en eller annen måte formidles en historie der disse oppskriftene er tatt i bruk og har gitt suksess.

5 WPR-analyse

Her følger en analyse gjennom de seks spørsmålene som Bacchi foreslår. Et utgangspunkt er dokumenter av type NOU-er og proposisjoner til Stortinget. Analysen skal gi en innsikt i hvordan problematiseringer kan styre, som er nevnt tidligere i presentasjonen av WPR. Samtidig åpner analysen for perspektiver på mangler ved problematiseringene, effekter og hvilke rammer de kommer fra og selv skaper.

5.1 Hva er 'problemet' presentert som?

Det er et sammensatt bilde å besvare, men jeg skal forsøke å vise at dokumentene som ligger til grunn peker mot problematiseringer som bygger på hverandre. Her er det analysert et utvalg dokumenter som varierer noe i tid. Det skjer noe over disse årene. Det er naturligvis ulike regjeringer og utvalg som står bak dokumentene. Poenget i en WPR-analyse er ikke først og fremst å evaluere hvem det kommer fra, men hvordan problematiseringen foregår og således hente ut en innsikt i hvordan vi styres. I forkant av HFM ble utfordringene for sykehusene oppsummert av Sørensenutvalget som følger.

- Sykehusledelsen trengte videre fullmakter og økt handlefrihet innenfor personalfeltet
- Sykehusledelsen trengte videre fullmakter og økt handlefrihet innenfor økonomi
- Det var behov for bedre styring av kostnadene

Man kan videre skissere en inndeling på hvordan disse utfordringene ble problematisert i denne perioden. Utgangspunktet her er altså prosesser rundt ISF og HFM i hovedsak. Her følger et utvalg problematiseringer, disse analyseres så nærmere i detalj.

- Helsegapet
- Kontroll på kostnader
- Samfunnet er i endring
- Privatisering
- Fylkeskommunenes utfordringer til styring

5.1.1 Helsegapet

Problematiseringen rundt prioriteringer i helsevesenet har vært et viktig utgangspunkt. Det ble formulert en avstand mellom det som teknologisk og medisinsk vil være mulig på den ene siden. Disse mulighetene vil kunne problematiseres gjennom det som er økonomisk eller etisk forsvarlig, som nevnt tidligere. Dette har også sammenheng med de forventninger

befolkningen har. Det er antatt at forventningene til behandlinger øker i takt med det teknologisk-medisinske mulighetsrommet, ikke i takt med det som er økonomisk og etisk mulig/forsvarlig. Både NOU 1987: 23 og NOU 1997: 18 tar opp problematikken rundt prioriteringer. Problematikeringen tilskriver dermed på den ene siden de økonomiske rammene som begrensende for at vi ikke kan la behandlingen vokse ut av proporsjoner. På den andre siden nevnes også etisk forsvarlig, det vil si at selv om det er mulig å prioritere helsetjenester høyere og dermed ha anledning til å behandle flere så problematiseres dette gjennom et tak for hvor stor del av ressursene helsetjenester bør ta. Knytter vi dette direkte til WPR-tenkningen så kan vi forstå et av 'problemene' her som at befolkningen har for store forventninger, i tillegg til det eksplisitte problemet om de økonomiske hensyn. Staten må altså håndtere og adressere denne ubalansen gjennom styring av helsetjenestene, er forståelsen problematiseringen leder oss mot.

NOU 1997: 18 bygger også på ISF-ideene når de problematiserer prioriteringer. Det er antatt at det ligger en ubalanse her. Utvalget antar at det er noen pasientgrupper hvor der for få som benytter seg av et 'adekvat tilbud', mange bruker tilbud som er lite adekvate og burde vært lavere prioritert. Motsatt så at det er tilfeller der det finnes adekvate tilbud som for få benytter seg av (NOU 1997: 18, s. 38). Her er vi inne på en problematisering gjennom ISF. Med *adekvat tilbud* henvises det antagelig til en eller annen form for mest hensiktsmessig, tilstrekkelig eller kanskje til og med mest effektive tilbud. Dette er altså en balanse som i den tradisjonelle modellen ikke er adressert ifølge Lønning-utvalget 2.

'Så lenge en ikke vil bygge på markedsmekanismer som rasjoneringsmetode, blir det vanskelige prioriteringsvalg både mellom grupper av pasienter og mellom hovedtyper av tiltak' (NOU 1997: 18, s. 27). Dette utsagnet peker på at utvalget mener markedsmekanismer kan være egnet for å regulere den nevnte problematikken, men det antydes altså en slags «ulyst» i systemet mot dette verktøyet. Et av problemene ved den tidligere modellen var altså mangelen på slike mekanismer.

5.1.2 Kontroll på kostnader

Fra erkjennelsen om at det økonomiske handlingsrommet ikke var ubegrenset kom altså diskusjonen om prioriteringer og i en slags forlengelse av den kom også tanker om hvordan løse problemet med de rette insentiver. Først ble inntektssystemet endret i 1986 med den argumentasjon at man ønsket å fordele de frie inntektene. Både kommuner og fylkeskommuner fikk mindre grad av øremerkede tilskudd fra staten. En viktig motivasjon for denne endringen var å gi kommuner og fylkeskommuner mer frihet og mer autonomi over

egne midler som et insentiv til effektivisering (NOU 2019: 18). Tankene om effektivisering var godt etablert gjennom slike virkemidler.

I 1997 skjer det en betydelig endring. De aktivitetsbaserte løsningene ble lansert, selv om det altså var kun delvis som vi var inne på tidligere. Prosentandelen har variert. ISF-systemet fikk rotfeste i spesialisthelsetjenesten, DRG fikk en større betydning. Selv om andelen midler som ikke er DRG-regulert både er og har vært betydelig, så kan man tenke at en slik innføring også påvirker virksomheten som ikke er DRG-regulert. Eilertsenutvalget hadde allerede i 1987 diskutert DRG-systemet, men tiden var ikke helt moden, man hadde visse forhåpninger til å utvikle rammefinansieringen (NOU 1987: 25). Likevel antok de at med tiden ville dette utvikles. De problematiserte rammefinansieringsmodellen ved at den ikke hadde nok insitamenter for å 'høyne produksjonen og effektiviteten' (NOU 1987: 25, s. 98). Sykehusene har for få systematiske fordeler av å behandle flere pasienter eller øke kvaliteten. Utvalget nevner at det ikke skulle være noen grunn til å betvile helseinstitusjonene sine bestrebelser på å nå slike målsettinger. Likevel er det altså nødvendig å endre systemet. 'Det er liten belønning å hente for de som når målene, og det er få negative konsekvenser for de som ikke når dem. Finansieringsordningen gjør ingen forskjell mellom mer eller mindre effektive sykehus' (NOU 1987: 25, s. 98).

Problematiseringen tyder jo likevel på at en ikke er sikker på at helseinstitusjonenes bestrebelser er tilstrekkelig. Samtidig er det et uttalt problem at det ikke er noen forskjell som fremkommer basert på målt effektivitet, det antydes altså kanskje også her et slags konkurranseperspektiv mellom sykehusene. Problematiseringen henter mange begreper som minner mye om tankegodset fra økonomisk teori.

Utover 1990-tallet ble det gjort ulike forsøksordninger som skulle gi et erfaringsgrunnlag for innføringen av DRG-systemet. Erfaringene var delte og stortingsmelding nr. 50 av 1993 konkluderer med at rammefinansieringssystemet er å foretrekke (Sosial- og helsedepartementet, 1993). Meldingen stiller seg skeptisk til de økonomiske insentivene en stykkprisfinansiering vil kunne medføre på bekostning av faglige vurderinger. Likevel er troen der på at dette kan utvikles og med tiden tas i bruk slike verktøy, men meldingen mener at det ikke er grunnlag for mer enn 20% andel stykkprisfinansiering i et kombinert system (Sosial- og helsedepartementet, 1993, s. 126). Først da Gudmund Hernes overtok som helseminister tok disse ideene mer konkret form. Prosessen ble giret om fra forsøk og intensjoner til konkrete forslag på kort tid. Stortingsmelding nr. 44 1995-1996 problematiserer først og fremst ventetidsgarantien og dens manglende verktøy (Sosial- og helsedepartementet, 1996). Løsningsforslaget innebærer konkrete detaljer rundt ventetider og

korte ned på disse, verdt å merke seg i denne sammenhengen er det verktøyet som skal være drivkraften i systemet. Endelig er skal ISF lanseres. De kravene ISF skal fylle er konkret formulert som 'likere tilgjengelighet til god helsetjeneste, stimulere effektiv ressursutnyttelse og gi et bedre grunnlag for kostnadskontroll' (Sosial- og helsedepartementet, 1996). Med andre ord kan man si at meldingen problematiserer helsetjenesten slik den var opp til perioden 1995-1996, gjennom å tilby en dårlig fordeling av helsetjenester, lidende av ineffektive løsninger og manglende kontroll på kostnader. Slik vil man kunne vinkle det gjennom WPR-analysen.

5.1.3 Samfunnet er i endring

Dette er et argument som kan formuleres ganske generelt av type *samfunnet er i endring og derfor må noe gjøres*. Denne type argumenter kan fremstå noe tomme, men kan møtes på ganske ofte. *Per se* tilbyr et slikt argument lite. Formuleres det slik så kan det være vanskelig å håndtere og diskutere om det ikke forteller noe mer om hvordan det endres, på hvilke måter og hva man mener at skal gjøres. Det kan også være verdt å reflektere over hvorfor nettopp en slik fremstilling velges. NOU-en av 1999 fra Sørensen-utvalget forsøker å bidra til å besvare slike spørsmål. Utvalget beskriver om en sykehusstruktur der 'det er et tilnærmet monopol fra det offentliges side' (NOU 1999: 15, s. 4). Gjennom en WPR-tilnærming kan man allerede her stoppe opp ved ordvalget *monopol*. Dette kan naturligvis tolkes nøytralt som kun vil påpeke at her er det kun en tjenesteyter. Ordvalget kan også tolkes mer kritisk. Det finnes mange alternative måter å beskrive en slik situasjon på. Når det formuleres som et monopol så settes det fokus på at her er det ingen andre aktører som får slippe til, som potensielt kunne og kanskje burde være en ressurs.

Det norske sykehusvesenet beskrives som organisert gjennom *tilbudsstyring*; det vil si i dette tilfellet at myndigheter og sykehusene selv i stor grad har anledning til å bestemme tilbudet gjennom omfanget og sammensetningen av spesialisthelsetjenesten. Utvalget påstår at 'denne situasjonen er under press fra flere kanter' og at det er 'utviklingstrekk i samfunnet som gjør at den klare tilbudsstyringen ikke lenger passer like godt' (NOU 1999: 15, s. 5). Dette minner mye om den helt generelle formen jeg nevner, samfunnet endres og derfor må *noe* endres. Problematiseringen forsøkes legitimert gjennom ytterligere opplisting av punkter, som at det er generelt økt oppmerksomhet rundt service og kvalitet. Det er også mer vekt på brukerstyring og brukermedvirkning. Dette former sektoren som mer brukerorientert. Dette formuleres på en generell form og fremstår nærmest som en opplisting av et utvalg NPM-verktøy, fremstillingen kan antyde at disse i seg selv allerede er aksepterte og legitime årsaker

for reformering. En annen sak å bemerke seg er hvordan problemet ordlegges, det formuleres på formen ‘det er...’, ‘så derfor...’. Dette antyder at man har dannet seg et mer *generelt* bilde av situasjonen og begrunner og problematiserer ut fra det.

La oss gjøre følgende antagelse. Vi tenker oss at dette dokumentet, NOU 1999: 15, var det eneste dokumentet som skulle forklare hvorfor reformering av helsesektoren var nødvendig og ingen hadde kommet på den ideen før. Da er det lett å tenke seg at de nevnte formuleringer ville gi ganske lite forståelse. Det ville kanskje kreves av NOU-en en dypere og mer konkret problematisering. Så kan man innvende at dersom det er gjort liknende forskning så behøver en ikke å gjenta alt dette. Det vil si, dersom man mener at disse formuleringene allerede bygger på en bredt akseptert trend, da er ikke kravet om noen konkret utredning like sterkt tilstede. Dersom man skal ta et utgangspunkt i retning av WPR-analysen, ingenting blir tatt for gitt, da er alt åpent for dekonstruksjon. Da kan de nevnte formuleringene fra NOU-en lett fremstå som noe mangelfulle for å legitimere en reform. Ellers er dette med brukerorientering et tema jeg kommer tilbake til i neste hovedspørsmål i form av delkapittelet om individualisering. Hovedpoenget her er altså at det er fort slik at reformer legitimerer nye reformer fordi de bare følger det som antas er en trend, men i utgangspunktet fristilles ikke dermed et tiltak fra å måtte legitimere seg selv.

5.1.4 Privatisering

Sørensenutvalget fremhever også veksten av private aktører som en utfordring for den tradisjonelle sykehusstruktur (NOU 1999: 15, s. 14). De erkjenner at private aktører bare i begrenset grad fungerer i konkurranse med et offentlig tilbud. Hovedpoenget med privatisering i denne sammenheng handler om eventuelle konflikter av roller, det vil si at strukturen i den tradisjonelle modellen ikke er tilpasset en situasjon med konkurrerende aktører. Det påpekes også at det antagelig kun er i noen geografiske områder at det i det hele tatt er noe privat tilbud av betydning. Hvorfor privatisering likevel er en faktor å regne med fremkommer av at utvalget registrerer ‘en viss økning i en privat etterspørsel etter helsetjenester i den form at organisasjoner eller privatpersoner selv ønsker å betale for bestemte helsetjenester’ (NOU 1999: 15, s. 5). Dette kan tolkes i retning av at utvalget forsøker å formidle at flere aktører har anledning til å betale for helsetjenester. Det vil være urimelig å anta at flere aktører ønsker å betale i motsetning til å få akkurat samme tjenester uten å betale – altså helt gratis. Derfor kan man tolke teksten kritisk til å se etter om det ligger noe mer mellom linjene. Ut fra den mer generelle antagelsen om at man betaler for kvalitet så er det nærliggende å tolke dette mot at det antydes at tjenester det offentlige helsevesenet

tilbyr, holder ikke en tilfredsstillende standard. Dermed er det et rom for at noen tjenester kan egne seg for privatisering der ventetid eller tjenestetilbudet adresseres gjennom høyere pris for den enkelte privatperson eller aktør. En slik tolkning åpner opp for at det er betalingsevnen som utgjør fordelingsnøkkelen i motsetning til en jevn fordeling.

Utvalget påpeker også at ‘verken det private tilbudet eller den private etterspørselen i dag utgjør noen overhengende trussel for en offentlig styrt helsesektor’ men at ‘disse faktorene kan likevel utgjøre et press fordi de kan bidra til økt konkurranse - kanskje særlig om ressurser, men også om pasienter’ (NOU 1999: 15, s. 5). Så gjenstår spørsmålet om hvorfor dette egentlig er et problem. Her utdyper utvalget dette i liten grad. Igjen kan man drøfte ordbruken. En trussel mot det offentlige? Det kan tolkes til at man egentlig bare ønsker å drøfte om det private er en aktør som kan ta av pasienter fra det offentlige, men det er ikke så nøytralt formulert. Det står *trussel*. Da antar man at det offentlige og det private på en naturlig måte er konkurrenter og at det offentlige helsevesen ikke vil ønske andre aktører velkommen til å bidra. De private aktører har kanskje en naturlig vinkling der det offentlige er å betrakte som deres konkurrent til ressursene, men det er ikke gitt at dette fungerer på samme måte andre veien. Det offentlige lever ikke i utgangspunktet av profitt, ikke før du konstruerer en fremstilling som tilsier at de tenker slik. Det antydes her bruk av verktøyet dikotomisering som vi kommer tilbake til.

5.1.5 Fylkeskommunens utfordringer til styring

‘De fleste fylkeskommuner er for små til å kunne håndtere den finansielle usikkerheten som er knyttet til aktivitetsavhengige budsjett’ stadfester stortingsmelding nr. 44 av 1995-1996 (Sosial- og helsedepartementet, 1996, s. 28). Meldingen konsentrerer seg som nevnt tidligere mest om ventetidsproblematikken konkret og ISF som et sentralt løsningsforslag. Dette sitatet problematiserer også noe mer, det peker på fylkeskommunen som en *for liten* aktør.

Argumentet bygger opp om ideen at staten skal spille en mer sentral rolle, det antydes her at en annen organisering vil kunne møte variasjonen i aktivitet mer robust.

Det norske sykehusvesen beskrives som et blandingsystem med spenninger i helsepolitikken i NOU 1999: 15 (s. 20). Virkemidlene trekker i ulike retninger, dette antydes å kunne gi svakere styring. ISF og fritt sykehusvalg som allerede på dette tidspunktet er innført, beskrives som markeds- og konkurranselignende systemer. De juridiske og økonomiske virkemidlene er stadig mer bestemmende for styringen, *problemet* blir da at styringsmodellen ikke adresserer denne endringen, i hvert fall ikke i tilstrekkelig grad. Også odelstingsproposisjon nr. 66 2000-2001 beskriver ‘sykehus som komplekse organisasjoner’

(s. 12). En slik organisasjon krever en moderne styring etter moderne prinsipper er budskapet som kan tolkes mellom linjene.

‘Utgangspunktet i dag er at det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer og struktur’ (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Det antydes at problemet er at man styrer kun med hensyn på å få den daglige driften til å gå rundt, dette går ut over de store utfordringene. Selv om man har adressert prioriteringslinjen ved Lønning-utvalgene så er det noe som mangler for å få dette implementert. Problematismen beveger seg i retning av at det er behov for en større autonomi i den politiske styringen. Igjen så pakkes dette tidvis godt inn i slike utredninger, her blant intensjoner om å balansere demokratisk styring og mer autonomi hos styringen av sykehuset direkte.

‘Realisering av de helsepolitiske målene og det faktum at sykehusene er offentlig finansiert og offentlig eid, av fylkeskommuner eller stat, fordrer naturlig nok at de skal være under *politisk-demokratisk styring*. Det vil si at det må legges til rette for at de riktige sakene blir forelagt politiske organer til avgjørelse, og for at sykehuseieren kan utøve styring for å sikre at de overordnede helsepolitiske målene ivaretas. Samtidig må sykehusene ha den nødvendige forutsigbarhet og fleksibilitet til å løse oppgavene sine’ (NOU 1999: 15, s. 22).

Det er lett å stille seg kritisk til hva som for eksempel ligger bak ‘de riktige sakene’. For å tolke det i verste mening, det antydes at bare man reorganiserer strukturen mot sterkere autonomi så vil eieren både få større kunnskap om hva som er riktig og kunne legge frem disse. Her beskrives en situasjon der en både skal ha autonomi til å ta nødvendig kontroll, men samtidig ivareta helsepolitiske mål. Det konkluderes med at en slik situasjon kan kreve en endring av strukturer. Dette er et gjentakende element i både NOU-er og proposisjoner til Stortinget rundt disse temaene, potensielle punkter som en kan bli angrepet for skal adresseres. Her i dette tilfellet, den mulige utfordringen til demokratiske prinsipper når en så stor sektor skal skilles ut og gis større autonomi. Det skal nevnes i utredningen, men problematiseringen sier kanskje bare at problemet er *potensielt* mulig her uten å gi noen dypere adressering. ‘Det må legges til rette for...’ kan angripes for å være en tom problematisering og være for lite konkret til å ha noen reell verdi.

Videre påpekes det at ‘personalkostnadene utgjør 70-80 prosent av sykehusbudsjett. Større fullmakter her er nødvendig for optimal tilpasning’ (NOU 1999: 15, s. 30). Igjen peker ‘større fullmakter’ mot sterkere grad av autonomi i styringen. ‘Optimal tilpasning’ er nok et begrep som kan invitere til ulike interessante tolkninger. For å ta en direkte tolkning først vil

kanskje mange fagforeninger fristes til å konkludere at dette er i hvertfall ikke noe signal om hverken noen bemanningsvekst eller lønnsvekst i sykehussektoren. Ordbruken er nært beslektet med et mer naturvitenskapelig perspektiv der tilnærmingen i større grad baserer seg på jakten etter optimale løsninger. Mer konkret referer det seg til likevektsteori og *paretooptimalitet* fra økonomisk teori (Sandemo, 2007, s. 214). For å konkludere med den WPR-analytiske vinklingen så betyr det at NOU-en hevder at personalkostnadene, som altså er en svært betydelig andel av kostnadene, har stort potensiale for effektivisering. Det igjen tilskriver «dagens» situasjon (det vil si datidens) som ineffektiv.

5.2 Hvilke forutsetninger eller antagelser ligger til grunn for fremstillingen av 'problemet'?

Her har jeg delt opp dette tematisk i noen delkapitler, men det kan nevnes at noen av disse i stor grad også bygger på hverandre. Mye av det som er aktuelt her er også dekket i teorikapitlet, spesielt delkapittel 4.2. Her vil jeg være mer konkret for hva disse perspektivene har betydd for helsereformeringen.

5.2.1 Økonomiske perspektiv

'Perioden 1987-97 kjennetegnes av rasjonalisering, effektivisering, en tiltakende opplevelse av ressursknapphet blant helsepersonell, og økt kostnadsbevissthet blant beslutningstakere på alle nivåer i helsetjenesten' (NOU 1997: 18, s. 37). Utvalget legger her til grunn en beskrivelse der blant annet et *økonomisk perspektiv* er viktig og har fått større bevissthet i perioden fra NOU 1987:23 ble publisert. Man får et sterkt fokus på kostnadene og leter etter måter å effektivisere driften.

Ifølge tankegangen hos Bacchi sin arv fra Foucault så er det ikke et ubegrenset antall perspektiv som får spillerom. Diskurser og problematiseringer tar plass i tid og rom, den ene vinklingen tar dette på bekostning av andre perspektiv. Det er ikke slik at alle andre perspektiv i tur og orden får fremme seg på samme måte. Konkret vil det kunne si at dersom man går inn i en debatt om hvordan helsesektoren skal organiseres ut fra økonomiske prinsipper så får det perspektivet rotfeste. Det blir nye debatter avledet av dette igjen og dette befester den økonomiske vinklingen på bekostning av andre.

Den økonomisk-teoretiske måten å tenke på, måten å angripe en problemstilling på, den er en sentral forutsetning for den reformbølgen man så i både helsesektoren og for så vidt også andre sektorer. En viktig del av antagelsen om at næringslivet er et viktig forbilde, handler om at man anser det offentlige som forbruker og det private som produsent. En annen måte å si det på er at verdiskapningen foregår i næringslivet gjennom markedsrettet

virksomhet, den finansierer således offentlig virksomhet. Bjarne Håkon Hansen gikk over til det private etter mange år i politikken og beskrev overgangen som følger. 'Som heltidspolitiker har jeg vært med på å bruke store verdier i mange år. Men jeg vet at verdiene må skapes, og nå skal jeg være med å skape dem' (Byrkjeflot, 2014, s. 38). Her dikotomiseres forholdet mellom produsent og forbruker. Det offentlige er bare et nødvendig onde som helst bør minimeres. Denne forståelsen beskriver også et bilde der det offentlige bør bli mer økonomisk orientert og tilnærme seg strukturer fra næringslivet. Bjarne Jensen konkluderer bastant at premissene i dette argumentet er 'selvsagt feil' (2013, s. 32). Han mener at begge virksomheter bidrar med verdiskapning og beskriver situasjonen som en blandingsøkonomi der både privat og offentlig sektor er avhengige av hverandre.

Samtidig så går Jensen langt i å anerkjenne «markedsløsninger» og privat forretningsvirksomhet som dominerende faktorer og dette 'er det bred enighet om' (2013, s. 31). Begrunnelsen for at vi ikke lar disse være styrende i alle tilfeller, som normalt opptar hoveddelen av den økonomiske virksomheten, det er der markedet viser seg utilstrekkelig i form av å frambringe og fordelen godene. Det kan være kollektive goder, naturlige monopoler og grunnleggende velferdstjenester. Hvis vi legger til grunn at disse antagelsene er representative for de store linjene i norsk økonomi, noe som alltid vil være åpent for en viss diskusjon, så forteller det oss noe om forutsetningene for styringsstrategier. Markedet er den egentlige løsningen, det behøver i utgangspunktet ikke noen ekstra legitimering for å bli tatt i bruk. Privat forretningsvirksomhet omtales som noe naturlig, det er den offentlige virksomheten som er unntaket og som må legitimeres. Her støter en på noen utfordringer vedrørende definisjoner, men jeg skal sortere den diskusjonen til delkapitlet 5.4 der WPR-analysen spør om hva som ikke er problematisert i 'fremstillingen av problemet'.

Prioriteringsdebatten har de senere år tatt mer konkret form siden Lønningutvalgene. Stortingsmelding nr. 34 2015-2016 stadfester kriterier for behandling; nytte, ressurs og alvorlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 11). Dette bygger på teorier rundt QALY (quality adjusted life years), eller på norsk kvalitetsjusterte leveår. Tanken er at livet har en livslengde og en livskvalitet som varierer mellom 0; død og 1; fullt frisk. Behandling og medisinerer gir altså fordelene lengre liv og høyere livskvalitet. Systemet skal altså kunne kalkulere helsegevinst ved å balansere disse fordelene. Dette er forenklinger av en virkelighet som reelt sett kan ha nærmest uendelige mengder kompliserende faktorer. Dette er ikke bare teori, slike modeller brukes for å støtte opp under tiltak og prioriteringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 130).

5.2.2 New Public Management

På hvilke måter, i hvilken grad og om det i det hele tatt er en riktig kobling har vært noe omdiskutert i forholdet mellom NPM og helsesektoren. Nå er ikke dette i seg selv unormalt på noen måte, da NPM og de verktøyene som omtales ofte vil vekke debatt. Straks en peker på de konkrete problemene og begynner å diskutere årsakene så tar debatten fort en politisk retning. Byrkjeflot nevner at næringslivet blir sett på som noe fritt og naturlig, mens det offentlige har noe unaturlig ved seg (2014, s. 38). Næringslivet er dermed antatt som den primære sektoren, mens den offentlige er sekundær. Dermed er det bare naturlig å anta at det offentlige skal lære av næringslivet.

Lian beskriver utviklingen i norsk helsepolitikk etter 1990 som en sektor som i stor grad har hatt privat sektor som sådan og markedsmodeller konkret som forbilder (2003, s. 96). Hagen og Tjerbo registrerer også et omfattende antall betydningsfulle reformer i helsetjenestene, de ser at mange bidrag kobler disse til NPM (2013, s. 65). Dette bildet aksepterer de ikke. Isolert sett mener de at man finner elementer som kan beskrives som NPM, verktøy som valgfrihet for brukerne og effektivitet i tjenesteytelsen. Likevel mener de at å fokusere på organisasjonsmodeller fra markedet gir en dårlig forståelse av reformene vi har sett de siste årene. Kostnadskontrollen har hele veien vært det bærende elementet, og de tankene var dominerende gjennom 1980-årene. 'Kostnadskontroll har spist NPM til middag' (Hagen og Tjerbo, 2013, s. 66). Så har en perspektivet fra blant andre Christensen m.fl. der sykehusorganiseringen kobles mot NPM på noen områder, mens tvert imot på andre områder (Christensen, Egeberg, Larsen, Lægreid & Roness, 2012, s. 234). Dette fremhever et av deres hovedpoenger ved NPM som sådan, at det er komplekse situasjoner når dette implementeres. Det vil være direkte inkonsistente elementer mot NPM i den norske forvaltningen, reaksjoner og motreaksjoner. Det vil være interne spenninger. Her anerkjennes i tilfellet sykehusreformene spesifikt de integrerende elementene ved HFM.

Ser man nærmere på hvordan samlingen av statlig styring i form av helseforetakene kom som et resultat av prosessene opptil år 2000 kan dette diskuteres som et tiltak som trekker i andre retningen. Betraktet mer konkret så handler spørsmålet om styring og autonomi, med andre ord temaer som tydelig relaterer seg til NPM-verktøyene. Staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten, dette virket integrerende (NOU 2016: 25, s. 9). Så ble virksomhetene organisert i foretak, noe som kan knyttes til NPM. Årsaken til integrasjonen kan man si var også nettopp for å styrke autonomien gjennom følgende NPM-verktøy. Dermed er det diskutabelt i hvilken grad sykehusreformen egentlig var et tiltak med trekk fra post-NPM slik

Christensen m.fl. antyder (2012, s. 234). Ser man kun på strukturen så var det helt klart trekk av sentralisering inne i bildet, i motsetning til desentralisering som ofte tilknyttet NPM. For å være litt mer konkret tar jeg med noen eksempler.

Mål- og resultatstyring; det er allerede nevnt hvordan ISF og DRG er tydelige eksempler på dette. Selv om graden har variert noe vil det være naturlig å anta at innføringen av disse også påvirker organisasjonen som helhet, ikke bare de prosentene som til enhver tid er definert til å skulle være finansiert gjennom for eksempel DRG. Det er et tegn på at dette markerer et paradigmeskifte innen finansiering av helsetjenester som bygger på tankene om prioritering konkret og nye økonomiske rammer generelt.

Effektivisering; det kan hevdes at man nærsagt kan oppsummere verktøyene NPM byr på som byggesteiner mot effektivisering, som det ene bærende målet. Dette kravet og troen på at det er potensiale for effektivisering fremkommer i de fleste dokumentene som omhandler reformer i helsesektoren. Hver enhet skal ansvarliggjøres økonomisk og gjennom det kunne ta grep for å unngå unødige kostnader.

5.2.3 Det profesjonelle lederskap

Dette temaet kunne diskutabelt nok kanskje vært et underkapittel til NPM, men siden det er et tema som er såpass sentralt og kan vinkles på så mange nivåer har jeg valgt å bruke et eget delkapittel til dette temaet. Det omhandler ikke nødvendigvis bare lederen og den rollen som er utviklet, men også kulturen som er bygd opp rundt et slikt perspektiv. Det er en ganske tung kultur som har fått et solid anker innen lederskap generelt, men her er det aktuelt å se på styring i offentlig sektor.

Dette lederskapet seg inn i bildet av en enhet som har reell handlekraft. En ledelse som kan bruke den offentlige organisasjonen som et instrument i tråd med Christensen m.fl. sitt *instrumentelle perspektiv* som forklart i teorikapitlet (2015, s. 125). Den profesjonelle lederen evner å gjennomføre kursendringer i organisasjonen. Dette står i motsetning til der kulturen og spillerommet er begrenset av ulike årsaker (institusjonelle perspektiv). Et av verktøyene ledelsen har i beltet er markedsmessig styringslogikk (Lian, 2003, s. 99). Aktørene forventes å handle ut fra egennytte og tar arven fra public choice teori. Konkurrans elementet er viktig på flere nivåer. Ledelsen styrer dermed med belønning og straff som virkemidler. Ledelsen er selv en del av belønningssystemet og måles på definerte mål og resultater. For å få til dette er det viktig at lederen har tilstrekkelig frihet til å styre.

For å ta WPR-perspektivet så ligger der en rekke forutantagelser innen dette tankesettet. Det er ineffektive elementer som antas å kunne forbedres, det er i utgangspunktet

ikke gitt. Det er fullt mulig at en organisasjon driver omtrent så effektivt som det er mulig innenfor sine gitte rammer. Et helt annen problematisering av det samme kunne vært å å vinkle det mot mangel på ressurser. Man forutsetter også som nevnt at aktørene søker en form for belønning og at dette virkemidlet vil kunne bidra som en avgjørende faktor til kursendring mot større effektivitet. Igjen kan det være nødvendig å bemerke følgende, det er fullt mulig å tenke seg at ikke alle aktørene primært drives av dette som motivasjonsfaktor.

5.2.4 Individualisering

En sentral diskusjon rundt grunnlaget for nye reformer og løsninger er i hvilken grad samfunnet endrer seg generelt, men også mer konkret; i hvilken grad samfunnet individualiseres. Det er et stort spørsmål som kan ha mange ulike vinklinger. Følgende påstand er å finne i *Offentlig forvaltning* av Fimreite og Grindheim.

‘Dagens brukere av offentlige tjenester aksepterer i langt mindre grad å være del av en større gruppe – elev, student, pasient og klient. De vil være individuelle brukere med individuelle krav, som behandles individuelt av det offentlige tjenesteapparatet. Å håndtere dette er en tredje viktig utfordring for en offentlig forvaltning, som i stor grad er innrettet mot å ivareta kollektivets interesser og tilby grupper, ikke individer, tjenester.’ (Fimreite & Grindheim, 2007, s. 234).

En slik beskrivelse må kunne hevdes å stå i et spenningsforhold til Foucault sitt poeng om *normalisering* der «brukeren» kanskje tvert imot frivillig innordner seg systemer. Det behøver nødvendigvis ikke være snakk om et dikotomt spørsmål, begge effekter kan spille inn i ulike nyanser. Både menneskets og Foucault sin tilnærming til slike spørsmål er flerfoldig og komplisert. Påstanden fra Fimreite og Grindheim kan umiddelbart angripes for å være noe løs og generell. Et slikt syn vil kunne støtte opp om den klassiske NPM-fremstillingen der brukerperspektivet står sterkt og brukerens valgfrihet er viktig. Det sentrale spørsmål blir da om en individualisering svekker støtten til kollektive strukturer slik som velferdsstatens prinsipper.

Bay, Finseraas og Hatland diskuterer individualisering som årsaker til en mulig sviktende oppslutning om velferdspolitik (2011, s. 139). Empirisk forskning de viser til, som har undersøkt koblingen mellom individualisering og mindre solidaritet hos borgerne, tilsier at det ikke er funnet noen tegn på at dette forekommer systematisk. Det er også verdt å reflektere over om velferdsstaten er bygget på en økonomisk gunstig ordning som alle må tjene på for å støtte opp om den, eller om den også kan legitimeres mer ideologisk. Igjen, så behøver ikke det være et dikotomt spørsmål. Bay m.fl. peker likevel på at potensialet for en

svekkelse av «vi»-følelsen som et kollektiv kan gi friere spillerom for ideer om å politisk nedbygge velferdsstaten. 'Nedskjæringer og avvikling av offentlige ordninger vil ikke møte slagkraftig politisk motstand, fordi individene ikke lenger er deler av, eller solidariske med, kollektiver' (Bay m.fl., 2011, s. 139). Dette tegner et bilde av offentlig virksomhet som en representant for et kollektiv og det solidariske. Spørsmålet om offentlig sektor selv skal sette premissene for sin egen utvikling kan relateres til en slik diskusjon.

5.2.5 Dikotomier og kategorier

'En ren rammefinansieringsmodell og en ren stykkprismodell danner ytterpunktene for diskusjonen' (Sosial- og helsedepartementet, 1996, s. 27). Dette sitatet er å finne i stortingsmelding nr. 44 1996-1997 og den tar i bruk kategoriseringer på følgende måte. Den formulerer følgende tre kategorier, allerede nevnt i sitatet er altså ren rammefinansieringsmodell og ren stykkprismodell. I tillegg nevnes 'ren øremerking av tilskudd til helseformål' som en form for rammefinansiering og 'kontraktstyring' (Sosial- og helsedepartementet, 1996, s. 27). Disse fire kategoriene er vurdert med punktvisse fordeler og ulemper i tilnærmet skjematisk form. Da har man lukket perspektivene inn mot disse. Dette understrekes sterkt av følgende påstand. 'Det er grunn til å understreke at en perfekt finansieringsmodell for sykehussektoren ikke eksisterer. Løsningen blir da å hente elementer fra de rendyrkede modeller i en balanse tilpasset dagens utfordringer' (Sosial- og helsedepartementet, 1996, s. 27). Her stadfestes det først at noen perfekt løsning ikke finnes. Dette kan naturligvis diskuteres og det kan være mye rett i det, men det kan tolkes som et grep for å legitimere det valgte løsningsforslaget. En slik argumentasjon kan søke å frikjøpe forslaget for senere kritikk. Av alle mulige løsninger så har alle sine fordeler og ulemper, dette bildet bygges opp i forkant med den nevnte opplistingen. Så skisserer man situasjonen slik at av disse beskrevne modellene så måtte det plukkes elementer. Her går stortingsmeldingen langt i å konstruere en situasjon der forslaget umulig skal kunne tolkes som å være veldig galt. Fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv vil man kunne påpeke at alle disse modellene er konstruerte. De er bygd opp av kultur, historie og mer eller mindre tilfeldigheter. Lanseringen av rammefinansieringssystemet kom i historisk sammenheng ikke så mange år tidligere. Den situasjonsbeskrivelsen som fremkommer, tar utgangspunkt i relativt fersk politisk erfaring. Det er fullt mulig å tenke seg andre modeller om den politiske historien hadde tatt andre retninger.

Fra et økonomisk ståsted beskrives ofte to dikotomier som rådende, plan og marked, så også gjøres det i en viss grad av Sandmo i *Samfunnsøkonomi – en idehistorie* (2006, s.

369). Han beskriver spørsmålet som et valg mellom to retninger og to systemer. På den ene siden har man byråkrati og planlegging, mens på den andre siden er det markedets usynlige hånd med inspirasjon fra Adam Smith som er utgangspunktet for de to retningene. Dette beskriver han som to konkurrerende syn på hva som er best egnet til å fremme allmenninteressen. Rett nok henviser også Sandmo til at allerede fra Smith kom innsikten om at samfunnet bør ikke besvare spørsmålet som en *ren* dikotomi, som et «enten-eller», men heller som et «både-og».

Et eksempel på bruk av slik dikotomisering kan vi se tegn til i NOU 1999: 15. Her får vi en problematisering som minner om den mer generelle dikotomien kapitalisme eller planøkonomi som drar vekslers på de historiske linjene fra den kalde krigen. 'Det er innført markedssimulerende mekanismer og økonomiske incitament, samtidig som man ønsker å styrke plan og samarbeid' (NOU 1999: 15, s. 20). Dette følges opp med å sette *marked og konkurranse* opp mot *planstyring*. Problematiseringen bærer preg av å tegne et bilde av en kompleks situasjon som spriker mellom disse to dikotomiene og stiller spørsmålstegn ved styringen i den forbindelse. Slike dikotomier er kraftfulle om man aksepterer premissene, men svekkes om man velger å anse dem som konstruksjoner.

5.3 Hvordan har denne fremstillingen av 'problemet' kommet i stand?

Dette spørsmålet peker mot den *genealogiske* tilnærmingen i en WPR-analyse. Som jeg har vært inne på allerede, viktige punkter for legitimeringen av reformtankene på 1990-tallet var en rekke av erkjennelser. Disse inkluderer en offentlig sektor i vekst, utfordringer til kostnadskontroll og jakten på mer effektive systemer var alle deler som ble problematisert.

5.3.1 Hvilke typer aktører er drivkraften i problematiseringen?

En tilnærming til å finne svar på spørsmålet om hvordan nettopp en gitt problematisering har fremkommet, det kan være å adressere hva slags aktører som trekker i trådene. En behøver ikke å være konkret på personer, partier eller organisasjoner. En kan se på hvem som er toneangivende aktører ut fra ulike tilnærminger på problematiseringen.

Det å erkjenne at et system har mangler er i utgangspunktet vanskelig nok, men det sier ingenting om hva som må gjøres eller i det hele tatt om noe radikalt skal endres strukturelt. Utviklingen kan ta mange retninger. Det kan være gode grunner for å bevare strukturene i systemet, men forbedre elementer innad i systemet. En slik tilnærming har mange fordeler. Elementene vil være mer sammenlignbare med den tidligere praksisen. Mindre behov for grunnleggende strukturendringer kan virke stabiliserende på arbeidsplasser,

arbeidsmiljø og transaksjonskostnadene generelt vil ofte være lavere i den enkelte organisasjon. En slik tilnærming kan invitere i mindre grad til nye ideer på det grunnleggende plan. Dersom man inntar det kulturelle perspektiv, vil en se problemer i denne tilnærmingen (Christensen m.fl., 2015). Institusjonen lar seg ikke enkelt endre retning innenfra, normene og verdiene innad har dype røtter og kan virke som bremsen for det en anser som en nødvendig modernisering og utvikling. Et slikt perspektiv kan se nødvendigheten av å bryte opp strukturen, det vil kunne se nødvendigheten av å tilnærme seg et myteperspektiv eller et instrumentelt perspektiv. Innen helsesektoren kunne dette skje på flere måter. Et alternativ kunne være å oppgi det offentlige som tjenesteyter og søke mot en større grad av privatisering. Her kan man tenke seg at aktører som ligger nær sfæren av entreprenørskap derfor vil fremme slike organisasjonsoppskrifter. Det kan være helt konkret private entreprenører som ser muligheter innen helsesektoren. Det kan også være fra denne retningen innen akademia eller politikere som ser kulturen i organisasjonene som et for stort hinder.

Myteperspektivet legger til grunn at organisasjoner kan bevare grunnmuren og heller la seg oppdateres av omgivelsene. De nevnte normene og verdiene innad er ikke så viktige her, i det minste ikke til noe hinder for å kunne ivareta nødvendige kursjusteringer. Et slikt perspektiv tillater implementering av store deler av NPM-rammeverket. Aktører som mener å ha hatt suksess med denne type tilnærminger vil også være sannsynlige aktører til å fremme slike perspektiv. Utdanningssektoren spiller en viktig rolle i å rotfeste og spre organisasjonelle perspektiv. Tradisjonelt har handelshøyskoler vært opptatt av å forske på disse spørsmålene. Både innad i institusjonen festes da noen retninger, men også gjennom studenter som senere rekrutteres i organisasjoner. Den akademiske graden MBA (Master of Business Administration) har siden sent 1970-tallet vært en av de mest populære akademiske grader (Christensen m.fl., 2015, s. 84). Også konsulentselskaper vil være en viktig aktør i denne forbindelse. Tydelige roller og skiller mellom disse selskapene og utdanningssektoren har i noen grad vært utfordret. Dette skjer på mange plan. Både gjennom uformelle strukturer, men også mer direkte som forskningsstøtte og egne forskningsprosjekter i konsulentbransjen. Mediebransjen er en annen aktør som er toneangivende i prosessen av å formidle organisasjonsoppskrifter. Dette gjøres gjennom valg av fokus på nyheter, hvilke nyheter som finner spalteplass og hvem som velges til å uttale seg som eksperter i slike spørsmål.

HFM kan anses på noen isolerte punkter også som et tiltak for å ta i bruk det instrumentelle perspektiv, på det vis at man ser det nødvendig å få et større grep om «instrumentet». Det vil i denne sammenhengen si sykehusene. Her ønsker man å gi helseforetakene den nødvendige styringsmakten til å bruke helsesektoren til å oppnå

målsettinger. På den annen side kan man se på HFM nettopp som en motreaksjon mot det instrumentelle i form av at det faglige hierarkiet ble mindre viktig. Profesjonalisering av ledelsen kom på agendaen der faglig kvalifikasjon orienterte seg mer mot faglig styring enn faglig helsekompetanse.

5.3.2 Frihet

Styresmaktene har gjennom historien definert det som legitimt at den produserer tjenester som kan kobles til velferdsstatens idealer. Ifølge Halvorsen dreier disse idealene seg om likhet, rettferdighet, sosial og økonomisk trygghet samt sosial integrasjon (2002, s. 31). De er sprunget ut av humanistiske, allmennmenneskelige idealer om solidaritet med medmennesker. I tillegg knytter det seg til frihetsidealet, som igjen kan skilles i negativ og positiv forstand (Berlin, 2017). Negativ frihet handler om friheten fra intervensjon, som helt generelt kan tolkes som en legitimering av forskjeller og sosial ulikhet som opphopning av formuer. Positiv frihet omhandler hvert individ sine muligheter til å utvikle seg, alle skal sikres anledning til selvrealisering, like muligheter og ressurser. Disse idealene kan komme i konflikt. Halvorsen skisserer følgende spenning; 'liberalister forsvare negativ frihet, mens sosialister vil forsvare idealet om positiv frihet på bekostning av negativ frihet' (2002, s. 31). Her antydes det altså en politisk akse mellom disse ulike syn.

5.3.3 Maktperspektivet i utviklingen av helsesektoren

Som jeg var inne på i teorikapitlet formulerer Foucault et maktperspektiv som ikke styrer ved hverken åpenbar autoritære midler eller avstraffelser som skrekkmiddel. Bildet er altså mer komplisert og det er en rekke mekanismer som bidrar til å støtte opp om dette. Spesielt effektivt vil systemer med belønning og straff kunne være. Disse vil skape aktører som får insentiver til å forsvare og fremme systemet.

Et skifte fant altså sted fra det medisinskfaglige hegemoni til moderniseringsstrategier som endret organisasjons-, styrings-, og ledelsesformer i helsesektoren. Akkurat hvordan fant de sted? 'Dette skjer imidlertid ikke som en veloverveid og eksplisitt strategi for overtakelse av maktposisjonene i sykehussektoren, men snarere som en skrittvis prosess, der nye organisasjonsprinsipper og styringslogikker legges «utenpå» de gamle. Dermed unngår en som oftest direkte konfrontasjon' (Ramsdal og Skorstad, 2004, s. 92). Denne innsikten gir oss perspektiver på denne prosessen som vi kan koble til maktperspektivet fra Foucault. Åpenbar konfrontasjon er en usikker ferd, den kan slå begge veier. Utfordrer man ved å gå under radaren, så kan de nye perspektivene så frø som modnes. Tidspunktet for å iverksette

gjennombruddet var ikke tilfeldig ifølge de samme forfatterne. Det var en bevisst strategi da HFM fikk gjennomslag i Stortinget, i en tid hvor motargumentene var der, men de var spredte. 'Motkreftene fikk aldri anledning tid til å organisere seg skikkelig' (Ramsdal og Skorstad, 2004, s. 112).

Innen offentlig sektor på generelt grunnlag og sykehusene spesielt er det på mange plan innført systemer av MRS-karakter. Konkret er det nevnt ISF tidligere i oppgaven. Hele designet av ledelsesstrukturer bærer preg av MRS. Dette gir en rekke av aktører som vil innordne seg systemet, de tilpasser seg strukturene og får roller hvor deres kompetanse i stor grad består i hvordan man best posisjonerer seg. Ledere på ulike nivåer vil opparbeide kunnskap om hvordan de forbedrer sitt budsjettgrunnlag gjennom kunnskap om hvordan systemet fungerer. Dette vil i utgangspunktet ikke være å anse som umoralsk eller å gjøre noen dårlig jobb. Tvert imot så er det nettopp slik systemet er designet. Man styrer sine enheter etter prinsipper fra bedriftsøkonomien. Det har noen kostnader for det totale bildet som vi kommer tilbake til, men er tenkt å ha også fordeler ved at hver enhet da effektiviserer og besparer ressursbruk. Summen av de isolerte besparelsene skal komme samfunnet som sådan til gode.

Det er fullt mulig at aktørene i slike systemer kan være kritiske til systemet som sådan. Likevel har MRS-systemer egenskaper som vil virke begrensende på fri ideutveksling hos disse aktørene, og nettopp disse aktørene kan være dem som står nærmest oppgavene og har det beste grunnlaget for å kunne oppnå innsikt og belyse eventuelle nedsider. Privatiseringen av deler av tjenesteytelsen vil potensielt ha enda større kraft i denne retning. Bedrifter som puster og lever på et system som er designet til gunst for deres eksistens vil bruke alle kanaler for å påvirke. De er avhengige av at bestiller-utfører modeller videreføres og at argumenter som at markedsmekanismer er mer effektive fremmes. Det i seg selv kan ha oppsider og nedsider, poenget er at systemets makt styrkes hvis en kan ordlegge seg så vidt.

Lian er inne på dette sporet når hun nevner egenregulering (2003, s. 53). Hun skiller mellom formell og uformell kontroll i helsearbeidet. Den formelle kontrollen fremkommer gjennom profesjonenes retningslinjer for å utføre jobben. Det kan være etiske retningslinjer eller reguleringer av samarbeid mellom ulike enheter som legene og farmasøytisk industri. Den uformelle kontrollen består i at helsearbeiderne observerer hverandres praksis. De vurderer hverandre i form av hvilken grad praksisen samsvarer med allment aksepterte faglige og etiske normer. Belønning og sanksjonering kan foregå både formelt og uformelt. Formelt ved lønnsregulering, tap av lisenser eller opp en høyere stilling. Uformelt kan det skje ved å miste makt eller anseelse. Lian kobler dette til en styreform som kalles *profesjonsstyre*, som

skiller seg fra markeds- og statlig styre. Der staten regulerer ovenfra så regulerer markedet nedenfra. Profesjonsstyre regulerer innenfra. Hun henter inspirasjon fra Freidson (1983) og Berg (1991) til denne begrepsbruken og sammenstillingen. Det nevnes videre at det å handle i samsvar med gjeldende normer ofte er et 'indre krav den enkelte stiller til seg selv, uavhengig av forventede konsekvenser' (Lian, 2003, s. 53). Dette er en beskrivelse av en maktsituasjon som minner mye om det Foucauldianske perspektivet beskrevet i delkapittel 4.1.4. Lian kobler ikke dette til Foucault, men henviser til Berg som beskrev dette som at 'det antagelig ikke er noen regulering som er mer effektiv' (Lian, 2003, s. 53). Dette er på linje med Foucault, slik den uformelle makten beskrives, makten er ikke eksplisitt. Den er ikke disiplinær, den er mer subtil og dessuten ikke nødvendigvis utformet av noen enkelt person som noen designet eller kalkulert plan. Den bare virker bak kulissene uten å bli utfordret og er således på sitt mest kraftfulle.

Hvis vi forutsetter at dette virker i det daglige helsearbeidet på sykehusene, så kan det tenkes at denne samme virkningen forekommer på andre plan som i utformingen av styreformer og organisering av sykehusene. Vi kan tenke oss at et paradigme bestående av økonomisk teori, der ideer om marked og de bedriftsøkonomiske verktøy får såpass stort rotfeste at det rett og slett utgjør et system. De nevnte enhetene i delkapittel 5.3.1 utgjør aktørene i dette systemet, som stadig befester systemet og dermed dets makt over samfunnet. Det er dette Foucault beskriver som maktens kapillære egenskaper (delkapittel 4.1.4). Man bygger her på en del etablerte *sannheter og kunnskaper*. Vitenskapen utvikler metoder og gjentar disse. Dette er Foucault skeptisk til, man må oftere stille seg kritisk til foregående antagelser. Ifølge WPR-analysen skal man utfordre disse kunnskapene. Det innebærer ikke å anta at de nødvendigvis er gale eller utilstrekkelige, men de må stilles spørsmål til.

5.3.4 Det ineffektive byråkratiet

Byråkrati som begrep befinner seg i et ideologisk spenningsfelt. I utgangspunktet kan begrepet fungere nøytralt. Det er da gjerne brukt som en beskrivelse på de deler av offentlig virksomhet som har en avgrenset beslutningsmyndighet og bedriver saksbehandling. For Max Weber var det rasjonelle byråkrati et ideal, altså positivt ladet. I mange sammenhenger vil byråkrati og ikke minst aktiviteten *byråkratisering*, være å forstå som negativt ladet. Det peker da på de negative sidene ved byråkratiet, saksbehandlingen går ikke raskt nok eller reglene blir for rigide. Resultatet kan være ineffektivitet for samfunnet. Den tidligere britiske statsminister David Cameron uttalte at byråkratiet er utdatert, vi er dermed inne i en post-

byråkratisk periode (Byrkjeflot, 2014, s. 39). Finansdepartementet formulerte forholdet mellom byråkrati og effektivitet som følger.

‘Regjeringen bygger sin politikk på en effektiv bruk av fellesskapets ressurser. For å hente ut dette potensialet må det stilles klare, forutsigbare krav om mindre byråkrati og mer igjen for skattebetalernes penger. Regjeringen innførte derfor fra budsjettåret 2015 avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) som en fast del av budsjettarbeidet. I Jeløya-plattformen viser regjeringen til at offentlig sektor må vise omstillingsevne og -vilje, og at tiltak for å effektivisere og avbyråkratisere offentlig sektor må gjennomføres’ (Finansdepartementet, 2018, s. 78).

Bare tittelen på ABE-reformen av 2015 forteller mye om hvilke antagelser som ligger til grunn. Reformen skal altså avbyråkratisere, byråkrati er ikke bare ansett som noe som har fordeler og ulemper der vi må begrense ulempene. Det fremstilles som at det nærmest må avskaffes, det er en ganske ensidig fremstilling som tegner roten til ineffektivitet. Teksten peker på at det må bli ‘mindre byråkrati’, altså fremstiller man problemet som at det faktisk er for mye byråkrati per i dag. Videre tegner reformen et bilde av at et viktig problem er evnen og viljen til å omstille seg for å bøte på disse problemene. Det er også verdt å merke seg hvordan man formulerer seg. Regjeringen peker her på at det er offentlig sektor som må vise slik evne og vilje, altså er offentlig sektor omtalt som noen andre. Det er som om det er en ekstern enhet som må skjerpe seg, de må oppgradere seg fra dagens situasjon.

ABE-reformen kom noen år etter HFM-reformen, men tankesettet er ikke noen ny innsikt. Selve ordbruken rundt HFM fremstiller reformen i det samme bildet. HFM-begrepet som forsøker å legge seg så tett opp til næringslivet som det lar seg gjøre for en helstatlig organisasjon, gjennom *helseforetak*.

5.4 Hva er ikke problematisert i denne fremstillingen av ‘problemet’?

Det fjerde WPR-spørsmålet henger også sammen med det femte, de stiller kritiske spørsmål til hva som mangler i problematiseringen. Her nevnes utfordringer ved definisjoner på marked og økonomi, teknologiske nyvinninger, målsetninger i helsesektoren, ulønnsomme pasienter og forebyggende arbeid.

5.4.1 Marked og økonomi – definisjoner

Det brukes begreper både i samfunnsdebatt og i forskningslitteraturen som omtaler og problematiserer temaene marked og økonomiske perspektiver der det i liten grad adresseres mer konkret hva som ligger til grunn. Mangelen på definisjoner og uklar begrepsbruk er i høyeste grad problematisk nok i seg selv. Kanskje enda mer problematisk er det når en forsøker å analysere hva som ligger bak ordbruken, hvilke tankesett begrepene bygger på.

Ideen om det frie marked kan beskrives som noe naturlig. Dette kan tolkes som at et fritt marked med uavhengige aktører er normalformen. Konkret i en moderne verden vil det peke i retning av former for privat forretningsvirksomhet. Alt som bryter mot denne strukturen er da noe unaturlig og må ha gode begrunnelser for å intervensjon naturtilstanden, som ikke behøver noen legitimering. Et marked er for det første også en konstruksjon, et system. For det andre behøver dette å spesifiseres nærmere og karakteriseres for at det skal gi mening å diskutere fordeler og ulemper ved systemet. Slik *markedet* refereres til i dokumenter som tilknyttes helsereformene i delkapittel 3.2 så er slike definisjoner mangelfulle. Ot. prop. nr 66. nevner markeder flere steder, men det problematiseres i minimal grad konkret hva et marked innebærer (Sosial- og helsedepartementet, 2001, s. 16). Det samme gjelder i flere av de andre dokumentene. Det settes opp en dikotomi mellom staten på den ene siden og markedet på den andre. Det nevnes i samme Ot. prop. kort at helseforetakene ikke opererer i et ordinært marked, men dette er heller ikke noen reell diskusjon av begrepet marked, kun snakk om hvordan det helt konkret vil forholde seg til lånerammer (Sosial- og helsedepartementet, 2001, s. 58).

Poenget her er altså at det er løftet et behov for endring, behov for å ta grep. Det er ikke noe usedvanlig ved det, dermed lanseres en rekke reformer. Disse bygger så på en del forutsetninger som diskutert i delkapittel 5.2. Så nøyer man seg med å peke mot 'markedet' på en ganske uklar måte. NOU 1999:15 nevner 'markedsliknende mekanismer' (s. 8). Som allerede nevnt, tilsvarende beskrivelser går igjen i de andre dokumentene.

Markedsmekanismer forklares ikke i noen dybde, hvorfor dette er bedre enn alternative tilnærminger. Det omtales i tråd med at det forutsetter at leseren aksepterer enhver markedsmechanisme som en modernisering, som et steg fremover.

5.4.2 Teknologisk utviklingspotensiale

Diskusjonen rundt helsegapet og det tankesettet som er etablert her har satt røtter i forhold til hvilke tilnærminger reformene har tatt (NOU 1997: 18, s. 35). Narrativet om de teknologiske nyvinningene som skaper store behov som ikke var der i utgangspunktet medfører at det er

nødvendig å ta kontroll. Utgiftene må håndteres slik at situasjonen ikke løper løpsk. Derav får vi en problematisering rundt prioriteringer, som underforstått forteller at som samfunn har vi kun råd til en viss mengde behandling. Ut fra dette vokser et solid fotfeste for det som kalles markedsmekanismer, uansett hvor mangelfullt det måtte være beskrevet og definert. Det vokser også frem en styringsmodell som er konstruert for markedets realiteter, som skal være i stand til å styre helseforetakene i dette «markedet». På samme måte som det private foretak er utstyrt med de nødvendige verktøy så skal det offentlige foretak adoptere disse verktøyene.

Samtidig står vi potensielt overfor en ny teknologisk revolusjon. Det har vært mange kvantesprang innen helsesektoren. Utviklingen av røntgenapparatet, antibiotika og organtransplantasjon representerer alle store milepæler. Det har vært mange flere og stadig utvikles nye metoder. Hva om utviklingen skifter gir og åpner for en ny hastighet i endringer? Men hvordan utvikler de seg best og hvilken styringsmodell er best egnet til å ivareta de neste teknologiske sprangene?

Kunstig intelligens i kombinasjon med utviklingen av *big data* har et potensiale vi kjenner kanskje bare bruddstykkene av i dag (Hinton, 2018, s. 1102). Innenfor tradisjonell forskning er et typisk mønster at forskeren samler mer eller mindre manuelt inn datamengder. Selv om deler av disse prosessene består også av automatiserte prosesser så gjenstår det uansett mye ressurskrevende arbeid ved å systematisere og indeksere datamengder. Utviklingen av *big data* omhandler automatisert innsamling av store datamengder, dersom dette kombineres med kunstig intelligens kan dette vise seg å være svært kraftfulle verktøy i utviklingen av medisin og behandlingsmetoder. Slik vi kjenner kunstig intelligens i dag er den spesielt godt egnet til å finne raske veier fra A til B gjennom store og kompliserte datasett, en oppgave som for mennesket kan fremstå som overveldende. Utviklingen av nye vaksiner og annen medisin er derfor med tradisjonelle metoder svært kostbart. Det kreves testing over lang tid, en testing som kanskje kan simuleres i datamodeller. Potensialet er dermed stort for å løse helseproblemer av ethvert tenkelig slag, som kreft, influensa og andre dødelige eller alvorlige sykdommer (Davenport & Kalakota, 2019, s. 94).

Hva den kan gjøre og hvordan en slik teknologisk utvikling vil kunne ta grep kan vi bare spekulere i. I denne sammenhengen kan det være interessant å reise spørsmålet om det paradigmet vi lar oss prege av vil være egnet for en slik utvikling. På en måte kan man si at markedets styringslogikk tilsier at den mest effektive løsningen vinner frem, dermed skulle man tro at et system som er basert på markedsmekanismer vil fremme slike teknologiske vinninger. Her er det flere utfordringer. Kunstig intelligens og *big data* kan vise seg å være svært effektive og besparende verktøy. Denne teknologien er likevel i startfasen, den er

avhengig av investeringer i mye datakraft, kanskje i form av større datasentre. Så er det ikke gitt at disse kostbare investeringene blir brukt til det de var tiltenkt. Per i dag så kjenner vi til at mye av datakraften går til å samle inn data for så å beregne algoritmer som kan tilpasse relevant reklame for hver forbruker. Det er lett å tenke seg at store investeringer innen dette feltet kan selges til noe som på kort sikt gir mer inntekter til eieren. Systemet kan hevdes å være rigget for at den enkelte aktør skal søke effektive løsninger som i sum skal gi samfunnet fordeler. Et sentralt element er her at aktøren motiveres av en fortjeneste. Den fortjenesten vil ofte ha kortsiktige motiver heller enn langsiktige med usikre utfall. Det står nok av utfordringer i kø. I dag vet vi lite om en slik utvikling, men vi vet kanskje noe om hvordan vårt styringssystem er konstruert og kan således stille spørsmål ved om det er mer konstruert for problemstillinger som er bakover i tid enn fremover i tid.

5.4.3 Målsetninger i helsesektoren

De konkrete målsetningene for hver enkelt reform kan være både kortsiktige og langsiktige, men de bygger på de helt grunnleggende målsetningene for helsetjenester. HFM formulerer konkrete målsetninger om å adressere uttalte problemer med likeverdige tjenester, forskjeller i ressursbruk og uklare ansvarsforhold (Sosial- og helsedepartementet, 2001, s. 9-11). Her nevnes blant annet at sykehusene har vært preget av planstyring, som man ønsker seg bort fra gjennom markedsmekanismer som DRG og ISF, som diskutert tidligere. Disse målsetningene kan diskuteres til å ha den effekt å dreie kursen noe for styring av helsesektoren som sådan. Problematiseringene er formulert gjennom økonomisk perspektiv, kostnader og effektivitet.

Hvis en fjerner seg fra de helt konkrete reformene et øyeblikk og ser på de bredere linjene, åpner det et noe annet perspektiv. WHO har formulert mer generelle målsettinger som Norge har sluttet seg til. De tilsier at alle skal kunne få utvikle og vedlikeholde sine fysiske, psykiske og følelsesmessige evner. Dette innebærer også stor satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsetjenestene skal 'tilbys slik at alle skal kunne bli så friske som de etter forutsetningene har mulighet for å bli' (Halvorsen, 2002, s. 321). Dette perspektivet er formulert med et annet utgangspunkt enn det som preger reformene gjennom ISF og HFM, som karakteriseres mer av en økonomisk drevet tenkning. Her er fokuset på å få mest mulig igjen for hver investerte krone. Det innebærer at en investerer mindre i usikre utfall, man prioriterer heller pasientgrupper med anerkjente sykdommer som har hatt få gjennombrudd innen medisinen. Her vil investeringene være store, målt opp mot forventet «avkastning» eller «nytte». Helsevesenet tar betydelige kostnader fra samfunnet og det er naturlig at det er en debatt om helseideologiske spørsmål som fordeling, økonomi og ressurser. Når reformene tar

en slik vinkling der alle spørsmål blir økonomiske så kan man også miste noe av eierskapet til målsetningene. Man risikerer at de økonomiske parameterne sluker de langsiktige målsetningene. Av sin karakter må de være langsiktige, men taper til fordel for de kortsiktige målsetningene som lar seg kvantifisere på en fordelaktig måte. Jeg skal se nærmere på to slike vinklinger i de følgende delkapitlene.

5.4.4 Pasientgrupper som vanskelig lar seg inntjene

Den økonomiske tankegangen setter altså et grunnleggende premiss, en investering skal gi en avkastning. En investerer der avkastningen er størst. Dette prinsippet kan man si det tegnes konturer av gjennom flere av de nevnte dokumentene. Lønning-utvalgene, gjennom NOU-ene av 1987:23 og 1997:18, la til grunn en rekke krav til behandlingseffekt og helseøkonomi blant annet. De andre reformene bygger også på en slik tankegang. Dette rigger et system som favoriserer pasienter som er tilpasset et slikt system. Et viktig prinsipp er å unngå at pasienten tar unødig tid, plass og ressurser på et sykehus. Det kan være en rekke gevinster å hente her, pasienten møter et effektivt system og unngår selv å bruke tid på et sykehus. Sykehuset avlastes for bruk av rom og behandlere. Pasienter med sykdomsforløp som er tilpasset kjente behandlingsmetoder med god effekt kan gli relativt problemfritt gjennom systemet. Derimot så er pasienter som avviker fra disse parameterne ikke like uproblematisk. Diffuse sykdommer med usikre behandlingsresultater kan falle mellom to stoler.

Spinal muskelatrofi er en sjelden sykdom, men alvorlig og ofte dødelig (Universitetssykehus i Nord-Norge, 2017). Siden den er sjelden er det få pasienter, så vil utvikling av medisin være ressurskrevende relativt til per pasient man kan behandle. Testing av virkninger og godkjenninger vil være tidkrevende. Resultatet blir at medisinen kan bli svært kostbar i det medisinske markedet, da markedsprinsippene gjelder i medisinindustrien. Her får man flere dilemmaer. Man ender opp med noen områder hvor markedsmekanismene gjør at få eller ingen vil utvikle behandlingsmetoder. I noen grad kan mangelen på konkurranse gjøre at noen tar utfordringen likevel. Så er det videre utfordringer til videreutvikling av behandlingen. Når så noen først har utviklet en medisin, og priser den så høyt at prisen per behandling blir over tålegrensen til innkjøperne, da utfordrer dette prioriteringsregimet. Ser en bort fra de økonomiske aspektene så ville det være rimelig å anta at det var viktig at når det først er utviklet en medisin, så ville samfunnet være tjent med at de som lider av denne sjeldne sykdommen i det minste fikk nytte godt av medisinen. For spinal muskelatrofi er det utviklet en medisin som heter Spinraza. Så kommer alle utfordringene som også gjelder alle behandlinger og medisiner, uklare korttids- og langtidseffekter. Nå kan

man si at det ikke er bare ut fra økonomiske markedsmekanismer at slike dilemmaer oppstår, men man kan kanskje si at de forsterker dilemmaene i den grad at de kan bidra til å neglisjere slike medisinske forskningsfelt. Problemstillingen setter også lys på at Norge er, spesielt i medisinsk sammenheng, nært tilknyttet det internasjonale samfunnet.

5.4.5 Forebygging og faglig utvikling

En annen side ved økonomiske prinsipper som omhandler helsevesenet handler om de langsiktige forebyggende planene. Disse omhandler å bygge kapasitet for å kunne være beredt for ekstraordinære hendelser. Slike tiltak bygger på en tankegang som skal demme opp for worst case-scenarioer, det kan være vanskeligere å tenke lønnsomhet mot slike tiltak. Den bedriftsøkonomiske vinklingen handler om å ikke ha flere ressurser enn nødvendig og utnytte de ressursene en har så godt som mulig. Coronakrisen som innfant seg vinteren 2020 utfordret helsevesenet på alle punkter, også til spørsmålene om beredskap og kapasitet. En kan kanskje vanskelig være beredt for ethvert tenkelig nytt virus, det vil med nødvendighet oppstå situasjoner som det er vanskelig å fullt ut planlegge for. Likevel kan man diskutere om problematiseringen av kostnadskontroll og effektivisering kan være et hinder for å forberede samfunnet på kritiske scenarioer som har karakter av coronasituasjonen. Antall sykehusplasser er redusert i løpet av de siste tiår, så kan man si at årsaken til dette er at sykehusdriften er helt annerledes i dag hvor de fleste pasienter tilbringer minimalt med tid på sykehuset og de fleste behandlinger skjer uten overnatting. Det kan være flere gevinster å hente fra det, men en kostnad er at beredskapen bygges ned.

Noen av disse utfordringene beslekter seg til faglig utvikling. Dersom man tar på seg næringslivets hatt så handler det om en kamp om ressurser, en konkurranse med andre sykehus og regioner. Utviklingen av faget medisin har sykehusene som en av sine rikeste kilder til empiri som gir kunnskap. Samfunnet er tjent med at det legges til rette for en åpen og fri utveksling av erfaringer. Dette grunnlaget settes under press ved systemer der konkurranse er viktig.

Så kan man tenke seg at det er mulig å skille på lønnsom og per definisjon diffus lønnsomhet, som forebyggende og langsiktige tiltak. Tiltak vil alltid være i konkurranse med hverandre og retningslinjene for prioriteringer ligger der med krav til behandlingseffekt og helseøkonomi (NOU 1997: 18). ISF kan hevdes å være basert på å kunne adressere denne problemstillingen, gjennom den andelen som ikke er innsatsstyrt. Spørsmålet blir om det er så lett å ha strenge krav til effektivitet i det ene øyeblikket og kunne bevare perspektiver for langsiktige planer i det andre. Dersom Foucault har rett i at makten er kapillær, vil

belønningssystemene som gjør oss effektive også per se kunne ta styringen over utviklingen. En slik makt er altså ifølge Foucault sterkere enn andre former, i så fall er det grunn til å tro at mange av de forebyggende tiltakene og den langsomme medisinen vil tape for den mer dynamiske og umiddelbare.

5.5 Hvilke effekter er produsert gjennom en slik fremstilling av 'problemet'?

I analysen av spørsmål nr. 5 skal forskeren være spesielt oppmerksom på tre mulige effekter som beskrevet i delkapittel 3.1.5. Det er de diskursive, subjektiverende og livseffektene. Jeg kommer inn på disse gjennom en analyse av utviklingen av helsetjenestene mot et økonomisk inspirert tankesett.

Det fremstilles mye kritikk av en rekke aktører mot dagens styringsregime i helsesektoren. NOU 2016:25 adresserer noe av denne kritikken og nevner at det er tre hovedbudskap å trekke ut, det er at helseforetaksmodellen legger til rette for en styring som er for markedsstyrt, udemokratisk og unødig byråkratisk (s. 14). Samtidig konkluderer utredningen med en rekke positive effekter. Utvalget som var ledet av legen Steinar Kvinnsland hevder at det har vært forbedringer på alle områder hvor det er etablert målesystemer. Ventetiden regnet som et gjennomsnitt, har gått ned fra 90 dager i 2002 til 70 dager i 2004. I 2015 var ventetiden 69 dager, så over ti år uten noen utvikling her kan jo tolkes i flere retninger. Mye har skjedd og blitt tilført av både teknologi og metoder, befolkningsvekst spiller også inn. Dette illustrerer noen av problemene med å måle effekter veldig konkret. Det er vanskelig å konkludere hva som kommer fra hva og hvilke grep som har hatt hvilken effekt. Derfor kan man også se mer på hvilke ideer som får gjennomslagskraft og hvilke effekter disse får på utviklingen.

5.5.1 Styringsmodell – utfordringer

Helseforetaksmodellen ble innført under det som på en måte kan beskrives som en prosess der det gikk raskt i svingene. Dermed blir tidligere dokumenter enda mer relevant for å forstå denne utviklingen. Rett nok var utfordringer rundt helsetjenester og effektivitet et tema på dagsorden både på slutten av 1980-tallet og gjennom hele 1990-tallet i form av ulike forsøksordninger. Det var flere utredninger som diskuterte tilnærminger og modeller, men noe entydig svar på en konkret anbefalt løsning hadde ingen av dem. Her kommer vi inn på mulige *diskursive* effekter. Som beskrevet i 3.1.5 så handler disse effektene om hvilke muligheter og begrensninger diskurser kan ha på den følgende utviklingen.

Steine-utvalget gjorde en utredning som diskuterer ledelse i sykehus i NOU 1997:2. Deres fokus er på å understreke at sykehusene er til for pasienten. 'Utvalget erkjenner at når det arbeides med systemspørsmål, som ledelses- og organisasjonsspørsmål, er det en fare for at man i løpet av arbeidet mister det overordnede målet av syne, slik at problemstillingene lever sine egne liv mer eller mindre uavhengig av sykehusets overordnede mål' (NOU 1997:2, s. 4). Dette peker altså på noen av utfordringene ved å designe en styringsstruktur. Et sentralt spørsmål blir hvilke hensyn er det som veier tyngst. En konstruerer kategorier som spenninger mellom helsefaglig kvalifikasjon og organisatorisk ledelsesperspektiv. Utvalget er her splittet i hvilken grad det bør stilles krav om helsefaglig grunnlag for ledere innen helsesektoren (s. 13). Likevel utredes det ganske detaljert i kapitlet om ledelse hvordan ledelse ikke betyr ledere for en yrkesgruppe, men for en organisatorisk enhet (s. 11). Kravene som stilles til en leder listes opp. De viktige faktorene er ansvar for enhetens mål, kunne initiere endringsprosesser og følge opp resultater. Beskrivelsene og budskapet fra utvalget fremstår som splittet, det argumenteres i flere retninger på en gang. Samtidig som en kan gjenkjenne lederegenskapene som søkes i tråd med NPM-rammeverket, så trekkes det samtidig i tauene mot en retning som kan tolkes som mer tradisjonelle strukturer. Ledelseskompetansen må være grunnet i personlig egnethet, relevant ledererfaring og formell ledelseskompetanse. Dette kan peke i retning av den profesjonelle leder som styrer på armlengdes avstand. Samtidig er det argumentasjon som fremhever helhetlige løsninger som peker mer på en integrert organisasjon. Det skal 'utvikles en felles erkjennelse av målene blant medarbeiderne, og for de resultater som da skapes' (s. 11). På den ene siden får vi den autonome leder, på den andre siden fremheves medarbeidernes faglige delaktighet. Utvalget fremstår dermed som noe uklart hvis en skulle peke i retning av NPM eller TPA, alt blir en slags hybrid. Rapporten er dermed interessant som et eksempel på de spenninger som ligger under overflaten.

Disse spenningene kan være en viktig årsak til at man ikke enkelt kunne legitimere helsereformene gjennom de utredningene og rapportene som ble produsert i denne perioden. Hvordan legitimerte man dem da? Et forslag kan være at de diskursive effektene spilte en nøkkelrolle i denne forbindelse. Når man orienterer seg mot en retning i debatten rundt ulike løsninger, blir det mindre spillerom til andre løsninger. NOU 1997: 18, der drøftes markedsøkonomisk styring. Begge sider av saken forsøkes å balanseres ved å innlede med at 'fordelen med offentlig, institusjonell styring er at man sikrer politisk kontroll' (s. 43). Det var fordelen, men man kommer raskt til ulempene som utredes i langt større utstrekning. 'På den annen side er det en svakhet ved denne kontrollen at den ikke gir noen positive insentiver til å bruke ressurser på en effektiv måte i helsevesenet [...]. Økonomiske virkemidler

forutsettes å virke ved at aktørene har egeninteresse av å opptre på en måte som er fordelaktig for dem selv' (s. 43). Denne vinklingen går igjen i utredningene rundt dette temaet. Det er ikke mangel på forsøk på å balansere ut bildet og som vi så i NOU 1997: 2 fra Steine-utvalget så fremkommer det også en del uenighet. Likevel tar denne diskursen plass. Den fortrenger andre debatter. Dersom man skulle kommet til andre type reformer eller andre løsninger så kan det tenkes at man måtte startet lengre tilbake. Diskursen måtte kanskje være basert på helt andre paradigmer og hatt et større rom for andre forutsetninger.

5.5.2 Demokratiske beslutninger

Behovet for sterkere ledelse, mindre administrasjon, mer autonomi er problematiseringer som går igjen i de nevnte utredningene. Sterkere autonomi på ett sted vil kanskje si svakere autonomi et annet sted? En nærliggende innvending mot HFM er spørsmålstejnene som etterlates rundt de demokratiske beslutningene. Tidligere Østfold fylkeskommune var tidlig ute med forsøksordninger på konsernmodeller som i dag kan anses som en tidlig forløper til HFM. Ramsdal og Skorstad beskriver de styringsmessige utfordringene man hadde i *Privatisering fra innsiden* (2004, s. 99). Gjennom demokratiske strukturer ble det nedsatt utvalg, komiteer og organisasjonsutviklingsprosjekter som skulle finne besparende grep for å redusere veksten i budsjettene samt ønsker til omprioriteringer. Resultatet var at forslagene som kom på bordet var økte aktiviteter og utgifter. Det var engasjement rundt disse sakene i befolkningen. Femten tusen personer marsjerte i protest mot nedleggelse av Sarpsborg sykehus. Ti tusen personer stengte av Svinesundbroen i protest mot nedleggelse av Halden sykehus. Tilsvarende prosesser var det også i Indre Østfold og ellers i resten av landet. Fra nyere tid kjenner vi ikke minst saken i Møre og Romsdal. Ramsdal og Skorstad beskriver utfordringen hos politikerne slik. 'Ingen politiker som ønsket å bli gjenvalgt, kunne åpent gå imot disse sterke folkelige bevegelsene' (2014, s. 100).

Det er flere måter å se dette på og ikke minst handle på, ut fra den innsikten. Når man problematiserer det demokratiske beslutningsgrunnlaget slik så kan det legitimere at andre strukturer er nødvendig. Samtidig så gir en da opp det lokalpolitiske nivået som styringsdyktig i mange saker. Det at en får folkeprotester beskrives av Ramsdal og Skorstad nærmest som misforstått og sneversynte masser, som ikke evner å ta det store bildet innover seg. Det kan godt være noe sant i dette, men en slik vinkling er langt fra uproblematisk. Løsningen, hvis den er å forstå gjennom autonome foretak som skal ta slike beslutninger i stedet for lokale politikere, den innebærer i så fall på en eller annen måte en svekkelse demokratiske prinsipper på flere nivåer.

5.5.3 Innsatsstyrt finansiering – fokus mot lønnsomhet

Som nevnt flere ganger var ISF et tilsvar til de finansieringsstrukturene som ble oppfattet som mislykkete, kurlpengesystemet og rammefinansieringen. De hadde hver sine ulemper og man ønsket et system som gav sykehusene de rette insentivene til effektiv ressursutnyttelse. Her møter vi et viktig ideologisk skille i helsepolitikken. Ved rammefinansieringen kan man si at systemet på et vis legger til grunn at sykehusledelsen gjør de nødvendige grep for effektiviseringer uavhengig av insentiver. Eilertsen-utvalget beskrev i NOU 1987:25 at ‘ved å trekke inn overskudd og dekke underskudd gjør sykehuseieren det motsatte av hva en burde gjøre dersom en gjennom finansieringsordningen ønsket å stimulere til økt produksjon’ (s. 32). Her møter vi på de WPR-analytiske *subjektiverende* effektene (kapittel 3.1.5). Denne fortellingen har noen forutsetninger som det kan være verdt å reflektere over. Man konstruerer her et bilde av en sykehusleder som tenker mer som en bedriftsleder. Dermed kan man si at det antydes en subjektiverende splittelse, den tradisjonelle leder som ikke lar seg påvirke av økonomiske insentiver på den ene siden. På den andre siden, lederen fra NPM-modellen som er av en mer profesjonell karakter og har som sin oppgave å styre etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Uten disse forutsetningene, i det minste en eller annen utgave av dem, så gir argumentet til Eilertsen-utvalget mindre mening. Tanken er altså at man har et sykehus som vil handle ut fra nyttemaksimerende linjer for å fremme sin egen økonomi. Et slikt syn vil utfordre en tanke som at hvert sykehus må ta hensyn til alle andre sykehus og deres økonomi. Kan man både være opptatt av sitt eget budsjett som nyttemaksimerende og samtidig ta regionale og nasjonale hensyn? Det kan godt være, men slike hensyn må kunne sies å bli satt under press. Det kan naturligvis hevdes at det like fullt totalt sett er til det beste for samfunnet, men man gjør aktørene i større grad til subjekter gjennom en slik fremstilling. Så kan man diskutere om en slik modell kun representerer virkeligheten, at aktørene allerede oppfører seg slik. Et alternativ er at de *blir slike aktører* gjennom den modellen som innføres.

Så er det en rekke mer konkrete mulige effekter gjennom et økonomisk motiverende system som ISF. Vi kan kategorisere noen av disse som *livseffekter*, da måten mennesker får medisinsk behandling, må kunne sies å påvirke deres livssituasjon på en direkte måte. En potensiell effekt er at sykehusene får et insentiv til å rigge behandlingstilbudet mot å prioritere pasienter som har en lav grad av ressurskrav og en høy grad av refusjonspotensiale. Dette kan medføre at pasienter som ikke er klassifisert under høye refusjonssatser (DRG-poeng) blir prioritert lavere av systemet. Pasienter som krever mye ressurser er mindre lønnsomme, systemet er konstruert slik at disse ressursene da økonomisk sett heller bør frigjøres for pasienter som produserer mer effektive DRG-poeng. En annen måte å effektivisere

poengsankingen, er å gi diagnoser som systemet verdsetter høyere ved tvilstilfeller, eventuelt legge til flere diagnoser. Korte, men heller hyppige besøk, produserer også flere poeng. Sykehus og leger har naturligvis krav til å følge etiske retningslinjer, men systemet konstrueres til å gi insentiver mot slike metoder. Livseffekten for pasienten kan være at det blir mye overflattisk behandling, der ingen har tid til å behandle kompliserte problemer.

Det vil alltid være ulemper ved ulike tilnærminger. ISF-tilnærmingen kan ha mange positive effekter, det kan vise seg nyttig at aktørene får et bevisst forhold til noen av kostnadene ved behandlinger. Det kan gjelde både pasienter og behandlere. Så har også slike systemer muligheter for å justere seg og adressere noen av bieffektene ved mottiltak, men man risikerer å skape et system der aktørene får et stort fokus på å oppnå belønningen (DRG-poeng) og et mindre fokus på at pasienten får så riktig og god behandling som mulig. Dette skriver seg tilbake til det som er en bærende rød tråd gjennom oppgaven, Foucault sitt maktperspektiv. I den sammenheng er belønningssystemer kraftfulle og kan gjøre at aktørene i stor grad støtter opp under og legitimerer et system, kun ved å delta i sin rolle.

5.6 Hvordan og hvor har denne fremstillingen av 'problemet' blitt produsert, formidlet og forsvart?

Dette WPR-spørsmålet peker på hvordan problematiseringen virker på publikum. Utredninger og rapporter er en viktig del av dette, men disse er allerede brukt mye plass på i analysen gjennom de andre spørsmålene. Fremstillinger gjennom media har en noe annen karakter og kan nå bredere ut. Her benytter jeg sjansen til å fokusere mest på sistnevnte. Kvaliteten på kildene blir dermed på et annet nivå, selv om artiklene henviser til akademikere. Her er dermed viktigere å analysere hvordan fremstillingen virker, selv om alle påstander ikke holder et fagfelleverdert nivå. Jeg tar også med til slutt en annen arena hvor fremstillingen av problemet er blitt både produsert, formidlet og forsvart, nemlig utdanningssystemet.

5.6.1 Besparelser

Et viktig punkt har vært problematiseringen rundt kostnadene i helsevesenet og konkret for sykehusene. Argumentene rundt helsegapet er nevnt tidligere og disse har vært en viktig premissleverandør for rammene rundt reformene. Professor Jomar Kuvås ved NTNU bemerker i artikkelen med tittelen 'Sykehusenes egne omstillinger sparer milliarder' at 'forskere burde vise hvordan sykehusenes egne reformer har spart samfunnet for store beløp - og analysere virkningen av helseforetaksloven og samhandlingsreformen' (2013). I artikkelen henvises det i minimal grad til konkrete besparelser, men forfatteren antar at disse finnes og etterlyser mer fokus på disse, som da kan legitimere reformene. Kuvås nevner først antall

liggedøgn som en suksesshistorie fra nødvendige reformer. Han henviser til data fra Samdata i perioden 1974-2012 der man kan avlese en reduksjon i liggedøgn fra 12 til 4 dager, noe som støttes ved faglig begrunnelse, nye medisinske prosedyrer, utvikling innen medisinsk-teknisk utstyr og moderne behandlingsmetoder (2013). Det er flere ting som kan nevnes og diskuteres her, som at perioden datamateriale hentes fra var ganske lenge før både helseforetaksloven og samhandlingsreformen. Mer interessant er det kanskje å merke seg at man i noen grad kan lese at bruk av teknologi tilskrives reformene. Ved å formidle dette slik, stiller man da altså spørsmålsteget ved om sykehusene ville tatt i bruk nyere teknologi uten disse reformene. Så fortsetter artikkelen med å diskutere samhandlingsreformen og kommer der inn på at kommunene blir belastet med betydelige gebyrer per dag dersom de ikke er klare for å ta imot utskrivningsklare pasienter. 'Dette har naturligvis ført til at sykehusene skriver ut pasienter så tidlig som mulig, noe som igjen har bidratt til økte reinnleggelser' (Kuvås, 2013). Nå stiller dette suksesshistorien om reduserte liggedøgn i et noe annet lys.

Sykehusdrift består av svært mange faktorer. Det er store organisasjoner som er sammensatt av mange ulike aktører med mange forskjellige oppgaver. Dette eksempelet illustrerer hvordan selv konkrete deler kan by på utfordringer når vi skal analysere og trekke kategoriske slutninger. Dette perspektivet fra Kuvås er også interessant da det legger tydelig til grunn at sykehusene er en nyttemaksimerende aktør. De vil altså ifølge forfatteren bestrebe å utskrive pasienter tidlig, for å hente ut en inntekt, selv om denne inntekten trekkes fra sin *samhandlende* partner kommunen. Det er interessant nok i seg selv, hvis dette stemmer. Verdt å merke seg er uansett hvordan Kuvås bemerker at dette er bare helt naturlig, vi har ingen grunn til å anta at sykehusene skulle ta hensyn eller ansvar for noe annet enn sitt eget budsjett. Innen et slikt paradigme kan man forestille seg at det skapes et helt eget mulighetsrom for hva som kan legitimeres av tiltak og handlinger. Dermed er ikke det mest interessante nødvendigvis om det forholder seg slik Kuvås påstår, det kan tenkes at det vil variere mellom ulike sykehus og deres relasjoner til ulike kommuner. Det at det finnes aktører som forklarer situasjonen på en slik måte gjør at det skapes et legitimt potensiale i den retning.

5.6.2 Foretak og lønnsomme sykehus

Et tradisjonelt syn på helsetjenester kan skisseres som følger. Utfordringer til både helsenivå og arbeiderens arbeidsevne krever en helsetjeneste. Denne er en utgift for samfunnet, men noen utgifter må vi ha for å kunne produsere inntekter gjennom friske og arbeidsføre. Helseforetakene er utformet med tanke på å besitte flere verktøy for å kunne ta de nødvendige grep. Samtidig så reises noen spørsmål, som at et sykehus skal kunne og bør gå med

overskudd? Hvis ikke det kan legitimeres så faller noe av grunnlaget nødvendigheten av økonomiske insentiver.

Professor Jon Magnussen forklarer i artikkelen ‘Derfor må sykehusene gå med overskudd’ at det er nødvendig at sykehusene driver en økonomi på mange måter i tråd med det private næringsliv (Skihamn, 2017). Jon Magnussen er professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU. I artikkelen står det at alle sykehus budsjetterte med et overskudd bortsett fra det nyoppførte sykehuset på Kalnes utenfor Sarpsborg. Rett nok klarte ikke alle å gå med overskudd, men intensjonen var gjennomgående. Årsaken til at det er så viktig å gå med overskudd handler om investeringsevne, altså samme logikk som hos et privat selskap. Magnussen forklarer at sykehusene er avhengige av å kunne kjøpe nytt og moderne utstyr, pusse opp, bygge nytt og til dette kreves egenkapital. Denne egenkapitalen skaffes ved å sørge for at driften går med overskudd. Dersom dette oppnås, så kan også sykehusene låne penger av eierne sine, de regionale helseforetakene. Han forklarer at det likevel ikke må oppfattes som at sykehusene driver med profitt på pasienter. Når sykehusene går med overskudd så kommer dette fremtidige pasienter til gode. Det er altså en investering i pasientene, ikke for å bygge kapital, men en investering innen markedsøkonomiens rammer.

Innenfor et økonomisk paradigme kan dette forklares. Som en økonomisk aktør må sykehusene følge spillereglene for investeringer som andre aktører. Akkurat som en boligsparer behøver egenkapital til sin første bolig, så lever han eller hun noen år med mye sparing for å bygge denne kapitalen for å oppfylle kravene til banken om å innvilge et lån. Så kan man reise spørsmålet om det er fornuftig å organisere sykehusdrift på denne måten og om det er naturlig at en aktør som i utgangspunktet ikke driver med å bygge kapital skal konstrueres inn i slike rammer. Magnussen nevner at ‘vi kunne sett for oss en modell hvor de største investeringene var et statlig ansvar. Det ville gi mindre fokus på å spare veldig store beløp, et fokus som sprer mye frustrasjon nedover i organisasjonen’ (Skihamn, 2017). Dette vil da si at det legges til grunn at sykehuset skal spare ‘veldig store beløp’, det kan bety at man antar at sykehuset skal leve på sparebluss noen år. Det ville potensielt medføre en stor kostnad for pasienter som soknet til det sykehuset hvis man ser for seg å drifte på langt mindre beløp enn normalt i lengre tid. Hvis det offentlige på noen måte skulle kompensere for dette og gi tilskudd, ville hele prosjektet ha mindre mening. Alternativt må man se for seg at det er mulig å både spare inn store beløp, samtidig som man klarer å opprette samme kvalitet og mengde behandlingstilbud til betydelig mindre ressurser kun gjennom effektiviseringer.

5.6.3 Helseledelse og helseøkonomi – et studieprogram

En viktig arena hvor problematisering gjennom bedriftsøkonomiske briller får rotfeste er gjennom utdanningssystemet. Det er tidligere nevnt hvordan tanker om markedsmekanismer og næringslivets modell reproduseres gjennom utdanninger som MBA. Det er verdt å nevne at det finnes enda mer målrettede programmer. Ved Universitetet i Oslo kan man i dag studere helseledelse og helseøkonomi gjennom et helt eget, dedikert bachelorprogram kalt nettopp 'Helseledelse og helseøkonomi' (Universitetet i Oslo, 2020). Allerede første semester har studentene her faget Bedriftsøkonomi som et obligatorisk fag på programmet. Studiet vil også gå i dybden på noen andre utvalgte styringsverktøy, som finansieringsmodeller, kontraktstyringsmodeller og insentivsystemer. Et viktig spørsmål vil være hvordan ulike styringsverktøy kan påvirke fordeling av helsetjenester og effektiviteten i tjenestene' (Universitetet i Oslo, 2020). Det tilbys også ikke mindre enn to mastergrader (en europeisk variant) i 'Health Economics, Policy and Management'.

Stort tydeligere enn dette kan man neppe forklare hvordan disse perspektivene har endret seg fra før år 2000. Da var det utredninger som på ingen måte konkluderte entydig med hvordan en så stor sektor skulle organiseres. Få år etter er disse perspektivene såpass selvsagte at de er lærebokmateriale for studenter, helt ned til førsteårs studenter. Dersom det skal gi noen mening å rendyrke et slikt utdanningsløp så må det være naturlig å anta at det er disse kandidatene som velges for stillinger til ledelse og styring av helsesektoren. Dette understreker hvordan et paradigmeskifte fant sted og fikk feste innen helsesektoren.

6 Diskusjon

I denne oppgaven er hoveddelen av drøfting i det forrige kapitlet, som er basert på WPR-analysen. Det er også et behov for å diskutere premissene til oppgaven og metoden nærmere når en kommer mot en avslutningsfase. WPR-analysen er mer konkret med sine definerte spørsmål, derfor er det gjort rom for et eget kapittel der perspektivene løftes noe ut av WPR-rammene. Det er også før konklusjonen noen korte refleksjoner om hvilke muligheter som står igjen å utforske videre i liknende spor.

6.1 Oppgavens premisser

Oppgaven legger til grunn et kritisk blikk på en utvikling der det økonomiske paradigmet får et fotfeste og nærmest *per se* kan diskuteres mot å innta en slags styrende maktposisjon. Dette settes i sammenheng med maktperspektivet til Foucault som tilsier at makten er kapillær, den er på sitt mest kraftfulle når den ikke er beordret eller fungerer truende gjennom åpenbare autoritære styreformer. Gjennom å få aktørene til å selv støtte opp under strukturene, ved at de selv oppfatter det som gunstig eller den beste løsningen, da oppnår man en makt med større kraft og potensiale.

Sammen med et kritisk blikk på hvordan dette har truffet helsesektoren med dens reformer, så egner WPR-metoden seg til en analyse av denne utviklingen gjennom sine spørsmål. De er åpne i sin form og gir mulighet for forskeren til å diskutere nærmere hvordan selve problematiseringen har en maktfunksjon gjennom de spørsmålene som reises. Jeg vil gå gjennom noen punkter som er verdt å kommentere ved denne tilnærmingen.

6.1.1 Pasifiserende potensiale

Denne maktfaktoren som Carol Bacchi legger til grunn, inspirert av Foucault, er ikke ment å anta at styringen foregår manipulativt og kalkulert (Bacchi, 2009). Det vil si, maktutøvelse kan være også det og reformene i helsesektoren har nok også innslag av dette Likevel er det ikke de formene for maktutøvelse vi primært studerer her. Det sentrale er hvordan problematiseringene i seg selv har et maktpotensiale. Disse prosessene kan foregå sterkere gjennom belønningssystemer, men antagelsen er likevel ikke at belønningene kommer som følge av en bevisst måte å manipulere folket til å gjøre slik makthavende ønsker.

Belønningene er bare et biprodukt av at man innfører et system som tilfeldigvis fungerer med belønninger som virkemiddel. Det kan fremstå noe konstruert, men la oss bare anta at vi aksepterer dette premisset for eksemplets skyld. Hvis dette er den mest kraftfulle formen for

makt så sier vi kanskje implisitt at andre former for makt er underlegne. Det kan diskuteres mot å virke pasifiserende ovenfor mer ambisiøse prosjekter som å konstruere rammer for å jobbe seg frem til felles mål for styring. Man kan til og med gå dithen å diskutere den Foucauldianske tilnærmingen som en avvisning av at slike felles mål er mulige. Vi kan forsøke å forstå dette gjennom noen kontraster til andre teoretiske perspektiv.

Marx forsøkte å analysere samfunnsutvikling gjennom sine rammer deskriptivt. Samtidig forsøkte han også å gi en normativ veiledning til hvordan befolkningen kunne endre samfunnet ved å oppnå andre maktstrukturer i *Det kommunistiske manifest* (Marx, 1932). En viktig del av den prosessen ville være å gi befolkningen en ny innsikt gjennom å vise til revolusjonens kraft og potensiale. Den Foucauldianske tilnærmingen slik jeg har presentert den ville kanskje si at dette handler mer om å instruere folket og akseptere den som et interessant bidrag, men ville like fullt forbli en lavere grad av makt. Nå skal det sies at Foucault også i perioder var i nærheten av marxistiske ideer (Springer, 2012, s. 133). Rawls diskuterte universale kriterier for et mål om rettferdig fordeling i *A theory of Justice* (2009). Hos Rawls kan vi akseptere noe ujevn fordeling hvis den svakeste likevel løftes. Dette vil innen det Foucauldianistiske perspektiv kunne hevdes å være en mindre relevant diskusjon. Det vil kanskje rett og slett være mindre sannsynlig at vi skulle kunne klare å bygge et samfunn på slike teorier.

Habermas' deliberative demokrati forutsetter prosesser der alle berørte parter har samme prinsipielle mulighet til å gjøre sitt syn gjeldende (Eriksen & Weigård, 1999, s. 18). Dette skaper en spenning mot Foucault sin virkelighetsforståelse der makten alltid forblir asymmetrisk (Schaanning, 2000). Det offentlige ordskiftet har hos Habermas mislykkes i å kunne virke opplysende for folket. De offentlige budskap har mer tendenser av å manipulere meningsdannelsen gjennom politisk propaganda, markedsføring og kulturindustri (Eriksen & Weigård, 1999, s. 18). Det Bacchi trekker ut av Foucault handler mer om at denne påvirkningen skjer i større grad gjennom subtile prosesser som overvåking og normaliserende prosesser enn åpenbare prosesser av type direkte forsøk på påvirkning (Bacchi, 2009, s. 27). Habermas erkjenner at det er mer realpolitiske og økonomisk motiverte modeller som dominerer, heller enn kommunikativ handling. Der Habermas ønsker å bygge institusjonelle rammer for å etablere en normativ diskurs om rimelige og moralsk akseptable betingelser for strategiske valg, så kan man si at Foucault sitt syn trekker mer i retning av at disse institusjonene bygger seg selv, men basert på maktpotensialet.

Her ligger det flere spenninger. På den ene siden kan man si at Foucault kan ha en pasifiserende effekt ovenfor den offentlige diskurs. Hans teoretiske bidrag er her mer begrenset til det deskriptive, han vil i mindre grad begi seg ut på prosjekter ved tegnebrettet for å konstruere noe ideelt samfunn som uansett vil forbli utopisk. Samtidig må man, uansett hvordan man stiller seg til en slik påstand, erkjenne at Foucault tilbyr lite retning i normative spørsmål. Forklaringsmodellen frikjøper seg sånn sett enkelt fra alle disse problemene, kanskje i en *for* enkel grad.

6.1.2 Refleksjoner til WPR-analysen

Når Bacchi fremmer sitt femte spørsmål og kommer inn på livseffekter så tegnes et bilde av effekter i negativ forstand (2009, s. 18). Dette er kanskje noe symptomatisk for metoden, den bygger på en forståelse av at forskeren er kritisk og ser etter negative sider. På mange måter er det naturlig, det som fungerer og er uproblematisk er heller ikke så interessant å dvele ved. Like fullt bør slik forskning balanseres, slik at også positive sider fremkommer. Dette stiller noen ekstra krav til den enkelte forsker, å kunne balansere dette. Foucault er ikke en entydig bidragsyter i de fleste spørsmål, hans bidrag kan alltid diskuteres og tolkes. En kan tolke han til å være kritisk til maktbruk og offentlige institusjoner, noe av denne kritiske ånden kan man se spor av i WPR-analysens begrunnelser. Dermed er det lett for forskeren å stille seg kritisk, men man må være varsom så en ikke predefinerer forskningsområdet.

I denne problemstillingen som er diskutert her så kan det nevnes mange positive effekter av at utviklingen har vært påvirket av økonomiske modeller. Det øker økonomisk kompetanse og bevissthet hos ledelsen. Flere juridiske aspekter kan bli enklere der en skiller utfører og bestiller, der ansvarlige roller tydeliggjøres. Så må dette veies opp mot transaksjonskostnader ved det ytterligere byråkratiet som skapes. I helsetjenestenes reformer vil det være de store linjene som dominerer, disse har noen problematiske sider som er forsøkt belyst her. Det betyr altså ikke at det ikke også er gevinster å hente på veien.

Bacchi tegner også et bilde av at vi styres av problematiseringer, som er det bærende argumentet i metoden (2009, s. 25). Metoden kan hjelpe til å gi en dypere innsikt ved å se nærmere på hvordan disse problematiseringene fungerer. Er det en universal metode som kan fungere til å studere hva det måtte være? Nå gir ikke Bacchi noe inntrykk av at dette er ambisjonen, tvert imot så nevnes det at den har vært brukt innen statsvitenskap, helse, jus og det kan tenkes flere akademiske disipliner. Hun erkjenner at en WPR-tilnærming har en slags normativ agenda ved de forutsetningene som ligger der. Den forutsetter at noen

problematiseringer vil være gunstigere for enkelte grupper og at disse går på bekostning av andre grupper. Altså kan vi tolke det til at et spenningsforhold som ligger til grunn er at problematiseringer i seg selv kan være en årsak til urettferdighet, ujevne fordelinger i samfunnet. Det er grunn til å anta at metoden er aller mest egnet for de spørsmål som sammenfaller med noen av de antagelsene som Bacchi er åpen på at ligger til grunn.

Tematikken og de forskjellige spørsmålene går i stor grad inn i hverandre. Derfor står man i fare for å repetere argumenter i WPR-analysen. Jeg har forsøkt å spre temaer utover spørsmålene. Det vil hele veien kunne diskuteres om det ene poenget like godt kunne stå under et annet spørsmål.

6.2 Veien videre

Her vil jeg også nevne noen linjer om hva som kunne vært fulgt opp nærmere, hvilke temaer som egner seg for mer forskning. Det gjelder både basert på metoden WPR-analyse og hvilke konkrete temaer som med fordel kan forskes videre på.

Det er flere reformer som føyer seg inn i samme kategori som de som er nevnt her. Det gjelder store og viktige reformer som Samhandlingsreformen og utviklingen av kommunehelsetjenesten, fastlegeordningen og fritt sykehusutvalg for å nevne noen. Utviklingen innen psykiske helsetjenester og helsevern er også velegnet for diskusjoner og undersøkelser. Demokratiske utfordringer er i seg selv et tema velegnet for utdypelse, både relatert til WPR og helsereformer.

Utbruddet av Covid-19 vinteren 2019/2020 vil være et egnet forskningstema for svært mange disipliner i mange år fremover. Det er mange problemstillinger som er aktuelle også til de tema som denne oppgaven har befattet seg med. Jeg har i minimal grad tatt inn dette som tema. Siden situasjonen er såpass ny så vil temaet kanskje kunne egne seg enda bedre for samfunnsanalytisk forskning når den har modnet noe. Situasjonen endrer seg fort i en tidlig fase, dermed vil de antagelser en gjør på et tidspunkt fort ha endret forutsetninger innen man har rukket å konkludere.

Automatisering og i noen grad robotifisering er allerede på full fart inn i både helsetjenester og samfunnet som sådan. Dette reiser flere spørsmål rundt hvilke mål og ambisjoner en skal legge seg mot. Problematiseringene er i dag preget av effektiviseringer, som innebærer å unngå store økninger i budsjettene for helsetjenestene. Mange spørsmål reises rundt arbeidsplasser, også i helsesektoren. Systemer som vil ta i bruk kunstig intelligens

vil kunne ha mye potensiale til å gi flere verktøy, men det skaper noen spørsmål til hvordan disse skal tas i bruk. Forutsetningene for de modellene for styring vi har i dag kan endres markant når alle parameterne fra produksjonslinjen til ledelse endres. Deler av sykehus som i dag er preget av tungt fysisk arbeid med tunge løft kan avhjelpest med maskiner, et eksempel på en utvikling som allerede gjør seg gjeldende. Diagnoser stilles i dag av personell der vurderingene er bygget på erfaringer. Parameterne er komplekse og mange av disse kan mates inn i digitale systemer som analyserer store datamengder, der statistikk på behandlinger og medisin tas høyde for og videreutvikles. Slike systemer har også et kostnadsbesparende potensiale, og vi ser det store fokuset på kostnader i dag. Det reises spørsmål rundt etikk, mål og muligheter som alle egner seg for videre forskning.

7 Konklusjoner

Avslutningsvis vil jeg se tilbake på problemstillingen slik den er formulert i starten av oppgaven og se denne i lys av hvilke funn som er gjort underveis. Herunder vil jeg trekke frem noen av hovedpunktene i denne forbindelse.

Problemstillingen var konkret formulert som følger i kapittel 1. *Hvordan er den tradisjonelle modellen problematisert i helsesektoren som et ledd til å legitimere reformer?* Rent konkret kan man så skjematisk skissere opp hvilke spørsmål som en slik problemstilling søker svar på. Det ene er *hva* som skjer. Helt konkret, hvordan manifestifiserer denne problematiseringen seg. Det neste er *hvor* fra kommer disse problematiseringene, hvor henter de sin inspirasjon? Det tredje spørsmålet som melder seg er på *hvilken* måte dette foregår, hva slags prosesser som disse problematiseringene er preget av.

Disse spørsmålene er her forsøkt besvart gjennom en WPR-analyse i kapittel 5. Metodeverket har ikke noen rigide rammer, det er fleksibelt i sin utforming. Det kan være en god hjelp som et utgangspunkt for å utfordre forskeren til å gjøre noen relevante refleksjoner. Fokuset er på en analyse av problemstillingene. Fremstillingene, forutsetningene, produksjonen, manglene, effektene og forsvaret av dem er noen stikkord til hva analysen prøver å bringe frem. Dette er ingen empirisk analyse, ambisjonen er å demonstrere hvordan løsningene var bygget på problematiseringer og at vi ofte kan se på disse som konstruksjoner heller enn kunnskaper. Det gir muligheten til å dekonstruere og tenke annerledes.

For å ta det første av mine tre skisserte utfordringer til problemstillingen, her er det flere funn. Premissene for velferdsstatens dronning endret seg fra et paradigme der velferdsstatens idealer sto fjellstøtt til at disse ble utfordret. De ble ikke konfrontert på en måte som var åpen og lett kunne ende med nederlag for de nye ideene, de kom mer smygende. De legitimerte seg på en måte som tok de nye ideene for gitt, heller enn å lansere dem som alternativ på siden. En viktig del av problematiseringene er her historien om helsegapet. Den forteller oss om begrensningene som ligger til grunn for behandling ved at det blir stadig økende behov og etterspørsel ettersom utviklingen av teknologien skrider frem. Det økonomiske og etisk forsvarlige vil begrense mulighetsrommet for behandling. Dette var ikke et problem vi kunne vurdere å gjøre noe med, det var noe vi mer selvsagt måtte ta drastiske grep om. Denne fremstillingen ligger som et slags grunnleggende premiss for reformutviklingen og de problematiseringer som finner sted. En slik problematisering gir konkrete behov for å kontrollere kostnader. Dette problematiserer så igjen styring og autonomi. Kostnadene, for å bruke et økonomisk begrep metaforisk, av disse

problematiseringene som førte til en rekke reformer og nye strukturer er flere. Det etterlates noen demokratiske spørsmålstegn som adressert i 5.5.2.

Hvor fra kommer grunnlaget for slike problematiseringer? Disse problematiseringene formuleres gjerne som reformer med effektiviseringer som formål i ulike former. WPR-tilnærmingen utfordrer problematiseringene ved å forsøke å se om problemet kunne hatt andre løsninger, og tenkt annerledes. Alternativet til diskursen som bygger på effektivisering kunne man problematisert utfordringene som ressursmangler, altså øke bevilgningene. Det motsatte skjedde, da man brukte nettopp høye kostnader som et viktig problem ved driften. Her knytter jeg bidrag fra økonomisk teori inn som sentrale. Et rammeverk som knytter sammen hvordan økonomisk teori har adressert utfordringer i offentlig sektor er New Public Management. En viktig del av denne forståelsen er også hvordan velferdsstaten har utviklet seg gjennom flere faser og de utfordringene til legitimitet den møtte (delkapittel 4.2). Hvordan man så tilnærmer seg muligheter og begrensninger innen endring av organisasjoner og strukturer kan kategoriseres slik Christensen m.fl. foreslår det gjennom ulike perspektiv (2015). Dette kan fortelle noe om hvordan forutsetninger skapes. Myteperspektivet legger i den forbindelse ikke dype historiske røtter til grunn som kan legge hindringer for at en organisasjon kan endres.

På hvilke måter legges det til rette for slike endringer? Et verktøy, som Bacchi i sin WPR-analytiske tilnærming ber forskeren være oppmerksom på, er bruken av dikotomier i problematiseringer. I utviklingen av helsetjenestene, og problematiseringene som fremkommer av de studerte dokumentene, så kommer disse frem gjennom ulike versjoner som antyder en historie om det ineffektive byråkratiet (delkapittel 5.3.4). Her settes det opp en rekke dikotomier som bygger opp motsetningsforhold mellom det offentlige og det private, stat og marked. Slike dikotomier kan være kraftfulle verktøy som ledd i å legitimere behov for nye løsninger og endring. I dag er forutsetningene for debatten et helt annet enn før HFM. Perspektivene på helseledelse og helseøkonomi er institusjonalisert gjennom studieprogrammer på Universitetet i Oslo (delkapittel 5.6.3.)

Bidragene fra Foucault er vesentlige til WPR-analysen. Perspektivet hans på makt beskriver en form for makt som er mer kraftfull enn tidligere former for makt der utøvelsen av makt var åpenbar. Den mer avanserte maktbruken er ikke like lett å definere, den flyter kapillært. Den fungerer på en måte slik at utøverne er aktører som selv ikke er bevisst om at de faktisk bedriver en støtte og styrkning av maktstrukturer. Satt inn i konteksten til denne oppgaven tilsier det at aktørene lar seg påvirke av problematiseringene. De forsøker å løse problemene ved å følge metodiske oppskrifter. NPM kan være en slik oppskrift. Metoder som

innebærer belønning for aktørene gir enda mer kraft i potensialet for slike endringer. Dermed foreslår dette tankesettet at paradigmeskifter skjer gjennom at aktørene selv mener at de moderniserer og endrer samfunnet til det beste. Derfor er problematiseringer som i tillegg fremmer systemer av belønninger de mest kraftfulle. Endringer i helsevesenet som følge av reformer skjer da ikke fordi styresmaktene eksplisitt uttrykker en vilje. De skjer gjennom problematiseringer. Disse problemene som fremstilles vil bli formulert og forsvart gjennom det paradigmet som ble etablert. Dette kan bidra til å forklare hvordan helsereformer fremmes. Om et slikt teoretisk bidrag ikke forklarer de konkrete reformene fullt ut så kan det likevel være verdifullt som en øyeåpner til denne måten å tenke på.

Referanseliste

- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy : What's the problem represented to be?*. Frenchs Forest: Pearson Australia.
- Bacchi, C. & Goodwin, S. (2016). *Poststructural Policy Analysis: A Guide to Practice*. New York: Palgrave Macmillan US.
- Bacchi, C. (2016). Problematizations in Health Policy: Questioning How “Problems” Are Constituted in Policies. *SAGE Open*, 6(2), 1-16. DOI: 10.1177/2158244016653986.
- Bay, A-H., Finseraas, H. & Hatland, A. (2011). Svikter oppslutningen om velferdspolitikken? I Hatland, A. (Red.), *Veivalg i velferdspolitikken* (137-149). Bergen: Fagbokforlaget.
- Berg, L. N. (2015). *Multifaglig ledelse–Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer* (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/11604>
- Berg, O. (1991). Medikrati, hierarki og marked. I Album, D. & Midré, G. (red.), *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam forlag AS.
- Berlin, I. (2017). Two concepts of liberty. *Liberty Reader* (pp. 33-57). London: Routledge.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brochmann, G. & Hagelund, A. (2011). Migrants in the Scandinavian Welfare State. *Nordic Journal of Migration Research*, 1(1), 13-24. <https://doi.org/10.2478/v10202-011-0003-3>

- Busch, T., Johnsen, E. & Vanebo, J. (2003). *Endringsledelse i det offentlige* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2014). Kritikken av byråkratiet mangler motstand. *Stat & Styring*, (01), 36-39.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2001). I Tranøy, B. & Østerud, Ø. (Red.), *Den Fragmenterte staten : Reformen, makt og styring* (67-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H. O., Læg Reid, P., & Roness, P. G. (2012). *Forvaltning og politikk* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Roness, P. & Røvik, K. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future healthcare journal*, 6(2), 94. DOI: 10.7861/futurehosp.6-2-94
- Dunn, K. & Neumann, I. (2016). *Undertaking discourse analysis for social research*. Ann Arbor, Michigan: University Of Michigan Press.
- Eliassen, K. O. (2016). *Foucaults begreper*. Oslo: Spartacus.
- Eriksen, E. O. & Weigård, J. (1999). *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Finansdepartementet. (2018). *Statsbudsjettet for budsjettåret 2019*. (Prop. 1 S (2018–2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Fiva, J.H., Sørensen, R.J. & Hagen, T.P. (2014). *Kommunal organisering : effektivitet, styring og demokrati* 7. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foucault, M. (1970). *The archaeology of knowledge*. London: Tavistock Publications.

- Foucault, M. (2019). *Ethics: Subjectivity and Truth: Essential Works of Michel Foucault 1954-1984 Vol 1*. London: Penguin UK.
- Freidson, E. (1983). The reorganization of the professions by regulation. *Law and Human Behavior*, 7(2-3), 279-290.
- Grimen, H. (2010). Michel Foucault – styring, makt og motstand. I Pedersen, J. (Red.), *Moderne politisk teori*. (226-248). Oslo: Pax.
- Habermas, J. (1994). *The philosophical discourse of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Hagen, T. P. & Tjerbo, T. (2013). Historien om da Kostnadskontroll spiste New Public Management til middag. I Veggelund, N. (Red.), *Reformer i Norsk Helsevesen* (s. 65-77). Oslo: Akademika.
- Hague, R. & Harrop, M. (2013). *Comparative government and politics : An introduction* (9th ed., Comparative government and politics). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Halvorsen, K. (1996). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk* (2. utgave). Oslo: Tano Aschehoug.
- Hansen, F. H. (1979). Helsesektoren i velferdsstaten: kjempevekst og fordelingskrise. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 20, 219-240.
- Hayek, F. A. (2013). *The constitution of liberty: The definitive edition* (Vol. 17). London: Routledge.
- Helsedirektoratet. (2020, 03. Mars). *Om DRG-systemet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Endringer i helseforetaksloven mv.* (Prop. 120 L (2011–2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. (St. meld. 34 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Hinton, G. (2018). Deep learning—a technology with the potential to transform health care. *Jama*, 320(11), 1101-1102. DOI: 10.1001/jama.2018.11100.
- Hjelmtveit, V. (2017). Sosialpolitikk i historisk perspektiv. I Stamsø, M.A. (Red.), *Velferdsstaten i endring* (s. 28-63). Oslo: Gyldendal
- Hobbes, T. (1651). *Leviathan, or, The matter, forme, and power of a common wealth, ecclesiasticall and civil*. London: Printed for Andrew Crooke.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public administration*, 69(1), 3-19.
- Howarth, D. (2013). *Poststructuralism and After: Structure, Subjectivity, and Power*. Basingstoke: Palgrave Macmillian.
- Keynes, J. M., Moggridge, D. E., & Johnson, E. S. (1971). *The Collected Writings of John Maynard Keynes*. London: Macmillan.
- Kjekshus, L. (2003). Når sykehus blir butikk – effekter på styring, profesjoner og brukere. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, (04), 444-459.
- Kjellberg, F. & Reitan, M. (1995). *Studiet av offentlig politikk : En innføring*. Oslo: TANO.
- Kuhnle, S. & Kildal, N. (2011). Velferdsstatens idegrunnlag i perspektiv. I Romøren, T., Kuhnle, S. & Hatland, A. (Red.), *Den Norske velferdsstaten* (4. utg., 25-40). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kuvås, J. (2013). *Sykehusenes egne omstillinger sparer milliarder*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/>

- Lian, O. S. (2003). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Machiavelli, N. (1983). *Fyrsten* (2. udg. ed.). København: Borgen.
- Marsh, D., Ercan, S. A. & Furlong, P. (2018). A skin not a sweater: Ontology and epistemology in political science. I Lowndes, V., Marsh, D., & Stoker, G. (Red.), *Theory and methods in political science*. (4. Utgave, 177-198). London: Macmillan International Higher Education.
- Marx, K. (1932). *Det kommunistiske manifest*. Oslo: Det norske arbeiderpartis forlag.
- NOU 1987: 23. (1987). *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- NOU 1987: 25. (1987). *Sykehustjenester i Norge: organisering og finansiering*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- NOU 1997: 2. (1997). *Pasienten først!— Ledelse og organisering i sykehus*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- NOU 1997: 18. (1997). *Prioritering på ny— Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- NOU 1999: 15. (1999). *Hvor nært skal det være?— Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- NOU 2016: 25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>

- NOU 2019: 18. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Pryor, F. (1968). *Public Expenditures in Communist and Capitalist Nations*. London: Allen & Unwin Ltd.
- Ramsdal, H., & Skorstad, E. (2004). *Privatisering fra innsiden: om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rawls, J. (2009). *A theory of justice*. Boston: Cambridge university press.
- Rommetvedt, H. & Opedal, S. (2005). Sykehus på Løvebakken. Stortingets engasjement og innflytelse før og etter sykehusreformen. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, (02), 99-132.
- Romøren, T. I. (2011). Spesialisthelsetjenesten: Sykehus og psykisk helsevern. I Romøren, T. I., Kuhnle, S. & Hatland, A. (Red.), *Den Norske velferdsstaten* (4. utg., 169-198). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Springer, S. (2012). Neoliberalism as discourse: between Foucauldian political economy and Marxian poststructuralism. *Critical discourse studies*, 9(2), 133-147.
- Universitetssykehuset i Nord-Norge. (2017). Behandling for Spinal muskelatrofi. Hentet fra <https://unn.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nevromuskulert-kompetansesenter/nyheter-nmk/-behandling-for-spinal-muskelatrofi>
- Universitetet i Oslo. (2020, 25. mai). *Helseledelse og helseøkonomi*. Hentet fra: <https://www.uio.no/studier/program/helseledelse/>

- Skiphamn, S. S. (2017, 7. februar). *Derfor må sykehusene gå med overskudd*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/>
- Sandmo, A. (2007). *Samfunnsøkonomi: en idéhistorie*. Universitetsforlaget.
- Schaanning, E. (2000). *Fortiden i våre hender : Foucault som vitenshåndtør : B. 1 : Teoretisk praksis* (Vol. Nr 11a, Perspektiv: 17 x 24). Oslo: Unipub forl.
- Simmons, R. (2011). *Beyond Politics: The Roots of Government Failure*. Oakland: The Independent Institute.
- Smith, A. (1976). *The Wealth of Nations* (1976 Ed.). London: JM Dent & sons.
- Sosial- og helsedepartementet. (1993). *Samarbeid og styring - Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. (St.meld. nr. 50 (1993-94)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Sosial- og helsedepartementet. (1996). *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering*. (St.meld. nr. 44 (1995-96)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Om lov om helseforetak m.m.* (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Stamsø, M. A. (2017). New public management – reformer i offentlig sektor. I Stamsø, M.A. (Red.), *Velferdsstaten i endring* (s. 64-84). Oslo: Gyldendal.
- Stigen, I. M. (2005). Innledning. I Opedal, S., & Stigen, I. M. (Red.) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. (s. 15-26). Bergen: Fagbokforlaget.
- Storvik, A. G. (2019, 11. April). Sp med nytt forslag om å avvikle helseforetaksmodellen. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/>

Østerud, Ø. (2014) *Statsvitenskap – Innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Veggeland, N. (2013). *Reformer i norsk helsevesen : Veier videre*. Trondheim: Akademika forl.

Wenman, M. (2018). Poststructuralism. I Lowndes, V., Marsh, D., & Stoker, G. (Red.), *Theory and methods in political science*. (4. Utgave, 125-141). London: Macmillan International Higher Education.

