

## **Implementering av kundbegreppet i hälso- och sjukvårdens organisation**

### **– finns en applicerbar möjlighet ?**

#### **Bakgrund**

Finns det en kvalitetstyrande vinst, att i sjukvårdens vårdkultur, mer eller mindre motvilligt, lämna bakom sig det sedan sekler hierarkiskt traditionsbundna, synsättet på läkare/patientrelationen-interaktionen, eller utgör det endast ett led i ett modernt tänkande och en konsekvens av ett förändrat språkbruk? Sedan 1980-talet och framåt, sker en samhällsförändring, en marknadsiering i västvärlden, ett ökat användande av marknadens och näringslivets språkbruk utanför sina gängse ramar. I kölvattnet härvid, dyker kundbegreppet upp i slutet av 1990-talet, inte som ett omedelbart behov, begärt av den allmänna opinionen, utan presenterat av den akademiska eliten och vårdorganisationens chefer (3).

Läkare/patientinteraktionen - Denna dyadiska interaktion, där rollförväntningarna; patient och läkare, generellt utgörs av en mer eller mindre strikt bunden paternalistisk dyadisk interaktion, tidigt etablerad och mer eller mindre traditionsaccepterad pedestalmiljö, i vilken patienten gentemot läkaren ofta saknar helt eller har litet egen påverkan över den aktuella vårdssituationen i fråga. Finns det i diskussionen, överhuvud taget utrymme för en förväntad dyadisk jämvikt i interaktionen? I ljuset av detta servicemöte, oftast av olika anledningar inte egenvald, befinner sig patienten omedelbart i den absolut nedre etagen i den omgivande organisationens miljö, kultur och starkt präglade hierarki; läkare,

sköterska och slutligen patienten, den sistnämnda, som upplever den inferiora positionen mycket tydligt, om än naturligtvis olika starkt beroende på våra genetiska grundförutsättningar. Generalliserat, torde detta vara scenariet, även om det i olika utsträckning naturligtvis förekommer nyanser i det professionella mötet mellan vårdgivare och vårdtagare. Sjukvårdspersonal har också i enlighet med sjukvårdslagen från 1999, skyldighet att ge patienten en individuellt anpassad information, ur vilken patienten därefter kan agera utifrån (6). Vari ligger ett specifikt behov, av införandet av ett kundbegrepp i hälso- och sjukvårdsorganisationen?

## **Syfte**

Att reflektera och kritiskt belysa synen på implementering av kundbegreppet i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Bakgrund och eventuella konsekvenser.

## **Resultat**

Implementering av kunden som en aktiv vårdsökande i hälso-och sjukvården ses med delade meningar. Ur såväl traditions-/ som kulturperspektiv, där kunden ges ett ökat inflytande, en ökad auktoritet, medbestämmande och till detta, kan komma att ställa krav i vårdsituationen torde vara revolutionerande. Den dyadiska interaktionen mellan läkare och kund, skulle därmed ges vidgad möjlighet att representera ett dynamiskt instrument för sjukvården att närma sig den tidigare så starkt betraktade traditionsbundna passiva patienten. Vad är då syftet med ett närmande i detta avseende? Gummesson (2002, s 89) beskriver att mötet mellan läkare och patient bör betraktas som en dyadisk interaktion, i en del av ett servicemöte, där läkaren representerar frontpersonalen och patienten gestaltar sig som kunden i sammanhanget (4).

Emellertid, föreligger ett uppenbart motstånd från både läkare och beslutsfattare, när det gäller implementering av kundbegreppet. Nordgren (2003, s 176) skriver – ”Jag misstänker att en del av det motstånd läkare visat mot att använda kundbegreppet i hälso- och sjukvården kan ha ett samband med den ökade kundmakten” (5).

Det föreligger samtidigt en emotionell distansering till patienten. Oftast en överlevnadsinstinkt, en försvarsmekanism i en stressad och kritisk vårdssituation där distanseringen i relationen till patienten, i den specifika dyadiska interaktionen, vidmakthålles. Detta visade också Skogstad (2000) i sin studie hämtad från en brittisk hjärtavdelning (1).

Nordgren (2003, s 164) menar också att det dyadiska mötet mellan läkare och patient är komplext, med inflytanade från olika diskurser – och att läkaren därför inte använder sig av Service Managementdiskursens kundbegrepp i sin interaktion med patienten (5). Möjligen är det också så att språkbruket, kund, speglar alltför tydligt till ett ekonomiskt tänkande, detta innebär då att kundens relation till sjukvården luckras upp, av denna anledning torde begreppet inte vara direkt applicerbart i hälso- och sjukvården. Att ge patienten större inflytande och makt över sin vårdssituation kan möjligen upplevas som frusternade, hindrande i en redan stressbemängd arbetssituation och att det inte finns utrymme för ytterligare en komponent, kunden, som tillika i processen saknar relevant medicinsk kunskap.

Lars Nordengren menar samtidigt i sin kritiska analys (2005), där han refererar till Michel Foucault diskusteori, att det är språket och språkets betydelse, som styr människans tankar och handlingar i vardagen. Då ett valt språkbruk i samhället legitimeras, och används i vårt dagliga bruk, kommer detta språkbruk att utöva makt att influera och förändra människors sätt att kommunicera, skriva och tänka. Här talar vi om språkets makt över tanken (3), detta är väl så vackert, och ack så korrekt! En medvetandeförändring hos individen i samhället av kundens roll i vårdkulturen torde då ske när vi i allmänhet, tänker, pratar om samt beskriver vårdssituationen i vår dagliga sammanhang. Möjligen, är det enskilda språkbruket, dvs adopteringen och användandet av kunden i vården lättare att ta till sig, än att implementera även de fundamentala värderingarna så att den reella innebörden av kundbegreppet får fullt genomslag och därmed styrande effekt.

Richard Norman (2001, s 39) talar också optimistiskt om sk.värdeskapande system, vilket dramatiskt förändrar synen på kunden i hälso- och sjukvården, där kunden, per definition, blir medproducent i sin egen vårdssituation, där hon i stora delar tar eget initiativ och ansvar för sin hälsa genom att exempelvis egenvård, friskvård mm och därigenom aktivt medverkar i vårdarbetet (7).

## Diskussion

I slutet av 1900-talet sker uppenbarligen en nyansering, en förändring av språkbruket i samhället, marknadens språkbruk introducerades från näringslivet, vilket också influerar hälso- och sjukvården. Man ville nu förändra och i stället adoptera synen på den mer aktivt vårdsökande patienten, en initiativtagare med en vilja att göra egna val och som medverkar i vårdsituationen, kundbegreppet initieras.

Implementering av kunden i vårdorganisationen, väcker inte bara uppmärksamhet, ett förändrat språkbruk och engagemang från båda sidor utan kommer också att styra och förändra sjukvården i grunden. Syftet är trots allt att ge patienten, ett ökat inflytande, medbestämmande så långt möjligt, men också för vårdorganisationen att profilera sina sociala normer, värdeyttringar och samtidigt betrakta sig som en modern, tidsenlig organisation. Dock är det avgörande att det nyvunna organisationsreceptet, i den mån detta går att genomföra fullt ut, når fram till patienten som därmed erbjuds möjlighet att adaptera sig i den ”nya” vårdmiljön. Detta skulle i sin omfattning, naturligtvis ta både tid och kraft i anspråk på grund av den sedan sekler tillbaka redan hårt etablerade, starka hierakin, gamal vårdkultur samt utbrett motstånd bland primärt läkarna i vårdorganisationen.

Det förändrade språkbruk torde innebära specifikt för vårdsituationen, att patientens tidigare passiva ställning förskjuts i riktning mot en kundrelation-interaktion, som skulle erbjuda vidgade värderingar och maktyttringar. Är då konstruktionen av kundbegreppet en lyckad adoptering i en kvalitetsstyrd vårdorganisation? Om i så fall, för vem?

Som Lars Nordgren skriver i ovan, antyder han något vagt, i form av en misstanke, att en del av det motstånd som finns hos läkarna till införandet av kundbegreppet i hälso- och sjukvården, härleds till kundens ökade maktposition – Det må vara hänt att det förhåller sig på det sättet som Nordgren misstänker, till detta bör möjligen tilläggas; en ökad maktposition hos kunden, en kund som i regel saknar kompetens och kunskap på området, torde orsaka turbolens och ökad stress i en redan stressad vårdsituation. Detta i ett samhälle med allt mer begränsade ekonomiska resurser, hårda sparkrav också inom vårdsektorn, en stadigt ökande äldre befolkning, parallellt med ett likaledes ökat behandlings-

behov. I detta snäva sammanhang torde implementeringen av kunden, med allt vad det innebär, möjligen ses som avlägset.

Tillika finns sedan sekler som nämnts, en etablerad och stark hierarki samt en paternalistisk värdegrund som kan vara svår att radera, där patienten fortlöpande torde befinna sig i en inferior position i förhållande till läkaren. Man bör även begrunda moraliska aspekter; patientens sårbarhet och beroende i den dyadiska interaktionen. Trots detta, torde det trots allt, i vissa sammanhang, finnas utrymme för ett kundbegreppet i hälso- och sjukvården.

Kan kundbegreppet generellt implementeras? Nej, troligen inte – Situationen är nog mer komplex än så. Tveklöst, finns det avgörande vårdssituationer där en potentiell applicering av kundbegreppet i diskussionen, momentant kan upplevas något haltande eller till och med irrelevant i sammanhanget – vården av små barn, barn och ungdomar kan ha svårt att se nyansen och vittsen i att särskilja begreppen, individer som saknar mentalt inflytande, exempelvis inom delar av psykiatri, den tunga geriatriska vården med demenssjukdomar, den likaledes tunga missbrukarvården eller patienter inom akutvård, torde stadigvarande falla under begreppet patient, alltså vårdgrupper som inte är i stånd i att eller kan utöva eget omedelbart medinflytande på lika villkor i vårdssituationen. Var drar vi då gränsen? Kan vi rent av göra en uppdelning, en listning av vårdssökande i en patient-/ respektive kundkategorier? Under behandlingens gång, upphör patienten någon gång att vara patient och i stället övergå i att benämnas kund och vice versa, i en verksamhet med dynamiska interaktionsförhållanden? Om exempelvis kunden som önskar genomgå egenvald kosmetisk kirurgisk intervention, kommer kunden då att pre-/peri-/postoperativt automatiskt övergå från att vara potentiell kund, i att vara patient (sakna auktoritet), för att avslutningsvis (återta sin auktoritet) återgå i att vara kund? Nej, rimligen inte.

Landstingen införde i början av 2000-talet, regler för att standardisera service-nivån för sina kunder i vården. Styrtekniker som sjukvårdsupplysning, där den vårdssökande erhåller; råd, upplyses om lämplig individuell vårdnivå, i stället för direkt tillgång till specialist, (hindrar därmed den vårdssökande kunden). Likaså återinför landstingen remisstvång till specialistvården, vilket innebär en direkt styrning av den vårdssökande kunden via primärvården. En tredje, och i sammanhanget, motsägelsefull balansering i samband med implementeringen av kundbegreppet, är att tillämpa prioriteringslistor, vilka diagnoser som skall

behandlas respektive inte behandlas av landstingen – detta innebär att kundens egen ekonomi prövas i rampljuset – att tvingas avstå från viss vård eller som nämnts betala för densamma ur egen ficka (3). Parallellt, införs begrepp som; valfrihet och vårdgaranti, begrepp som stärker kunden i sin relation till vården. Trots denna oballans i diskussionen, där vi till och från ser en tydligt styrd inskränkning av kundens valmöjligheter i sjukvården, kan jag i detta avseende, inte se något hindrande i landstingens agerande. Ur ekonomisk aspekt för samhället, den oftast bristande medvetenheten om det faktiska vårdbehovet och kundens medicinska kompetens, ser jag möjligen snarare, en kvalitetsstyrning, en hjälp att lotsas rätt i vårdsystemet – I samma slag, noterar vi åter, i detta avseende, komplexiteten i kundbegreppet.

Är då adopteringen av kundbegreppet, följt av en tänkt potentiell implementering i hälso- och sjukvården, möjligen då att betrakta som en myt? Skulle processen kunna te sig som ett reellt mål? Detta är långt ifrån säkert – En direkt applicering av kunden i vårdorganisationen stöter på patrull – vilket innebär att i ekonomiska termer talat, förutsätter interaktionen omedelbart en jämlik relation, vad nu detta representerar i sammanhanget, mellan läkaren-kunden. Om implementeringen av kundbegreppet fungerar fullt ut, skulle detta innebära en markant makt-förskjutning i den dyadiska interaktionen, där kunden parallellt erbjuds möjlighet att på lika villkor, göra rationella val med full insyn, och med tillräcklig kunskap i ryggsäcken för ändamålet – detta scenario är således inte sannolikt.

Finns det risker med implementering av ett kundbegrepp i hälso- och sjukvården? Kan patientsäkerheten sättas ur spel, i en organisation där patienten har ett ökat inflytande över vårdsituationen? Möjligen, vi skall här påminnas om att sjukvårdspersonalens agerande, är reglerat i skyldigheter gentemot den enskilde patienten och i lagtext, här kan då lätt uppstå meningsskiljaktigheter.

Rimligen, och enligt min mening, blir patienten aktiv kund i hälso-och sjukvården och därigenom erhålla en auktoritet, utöva ett visst mått av obrutet inflytande, ha medbestämmande och samtidigt ställa ett krav i den dyadiska interaktionens miljö och kultur på lika villkor och där vården är vald av egen fri vilja. Primärt, torde kundbegreppet vara ett applicerbart begrepp i vårdsituationer; där vården inte kan anses nödvändig för individens fortsatta existens och överlevnad, där kunden erbjuds göra ett eget val och där vården inte inbegriper rena behandlings-

situationer, en medvetandesänkning eller risker som kunden inte själv kan regera över.

Trots motstånd från olika håll, en etablerad motvilja till implementering av kunden i vårdorganisationen, och i avsaknaden av en tydlig gränsdragning, tror jag vi fortfarande befinner oss i vaggan av denna frigörelseutveckling, där patienten, de facto, ges allt mer ansvar och ökat inflytande över sin vårdssituation och därmed benämnes kund i interaktionen – möjligen är denna utveckling mer eller mindre oundviklig i en föränderlig omgivning. Det är också uppenbart att detta är ett mångfacetterat och intressant ämne, varför forumet härmed lämnas öppet för fortsatta och vidare utvecklande diskussioner.

## Referenser

1. Hinshelwood, R.D. och Skogstad W. ed. (2000) Observing organisations anxiety, defence and culture in health care London: Routhledge.
2. Christensen, Tom, Laegreid, Per, Roness G. Paul, Røvik, Kjell Arne. (2005) Organisationsteori för offentlig sektor. Malmö : Liber.
3. Corvellec, Herve', Lindquist, Hans. (2005) Servicemötet – Multidisciplinära öppningar. Malmö. Liber.
4. Gummesson, E. Relationsmarknadföring: Från 4 P till 30 R. (2002) Malmö. Liber.
5. Nordgren, Lars. (2003) Från patient till kund: Intåget av marknads-tänkande i sjukvården och förskjutningen av patientpositionen. Lund: Lund Business Press. (Lund:KFS).
6. Sahlin, Jan. (2000) Hälso- och sjukvårdslagen. Nordstedts Boktryckeri. Stockholm.
7. Normann, Richard. (2001) När kartan förändrar affärslandskapet. Malmö. Liber ekonomi.