

## **Mellom idealer og praksis:**

- En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten

**Elin Margrethe Fjeldbraaten**

Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning  
Det Samfundsvidenskabelige Fakultet  
Aalborg Universitet  
2010



## **Førord**

Gjennom arbeidet med min ph.d. avhandling har jeg hatt min arbeidsplass ved Universitetet i Agder. Prosjektet er finansiert av Universitet i Agder, men jeg har gjennomført doktorgraden i regi av Universitetet i Aalborg. Jeg vil takke min veileder ved Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Peter Kragh Jespersen, som har hatt den usedvanlige evnen til å ”slakte” mitt arbeid samtidig som han alltid har klart å motivere slik at jeg har dratt hjem fra veiledning engasjert og klar til videre innsats. Det har vært til stor inspirasjon!

På Universitetet i Agder, Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, har jeg i løpet av stipendiatperioden hatt tre instituttledere, Idar Magne Holme, Hans Kjetil Lysgård og Are Vegard Haug, som har hatt tro på meg og gitt meg gode rammebetingelser for arbeidet. Takk til dere og takk til alle gode kollegaer for masse oppmuntringer, faglige innspill og hyggelig samvær. Det er alltid skummelt å trekke frem navn, men jeg kan ikke komme utenom Dag Olaf Torjesen som har vært en uvurderlig støttespiller for meg. Jeg må også nevne Laila Nordstrand Berg som har vært en fantastisk menneskelig og faglig støtte, og Reidun Dyhr Nilsen som har gitt mye god moderlig omsorg og faglige innspill. Takk også til alle dere i støttetjenestene ved Universitetet i Agder.

Takk til alle dere i sykehussektoren som har stilt opp til intervju, bidratt i samtaler og på seminarer. Det har vært en glede å treffe dere og lytte til dere!

Det er mange som har bidratt til at dette har blitt en ferdig avhandling. Takk til min familie og svigerfamilie, venner og naboer for all hjelp. Dere er uvurderlige! Takk til mine 4 barn, Christiane, Rebecca, Andreas og Johannes som setter det hele i perspektiv, og som har gjort alt de har kunnet for å støtte meg. Til sist vil jeg takke min mann, Frode, som har gjort dette mulig gjennom oppmuntringer, press, faglige diskusjoner og en formidabel innsats på hjemmebane.

Elin M. Fjeldbraaten

Kristiansand, august 2010

## **Sammendrag**

Utgangspunktet for avhandlingen har vært de siste års statlige reformer i spesialisthelsetjenesten, hvor to overordnede mål har vært å øke produktiviteten og øke kvaliteten i helseforetakene. Reformene og de statlige målene preges av tankegodt fra New Public Management og fremstår til dels inkompatible med institusjonaliserte praksiser og tenkemåter i sykehusene, der de profesjonelle er sentrale aktører. Avhandlingen er en studie av forholdet mellom helsepolitiske målsetninger, sykehusorganisering og profesjonelle i spesialisthelsetjenesten, hvor jeg ser på hvordan statlig politikk påvirker organisering av de lokale helseforetakene og de profesjonelle på utøvende nivå.

Innenfor rammen av et komparativt casestudiedesign og semi - strukturerte intervjuer som viktigste metodiske redskap, har jeg sett på hvordan de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet har blitt oversatt organisatorisk, og hvordan disse målene har influert legers og sykepleieres profesjonelle arbeid og profesjonelle identiteter. Det har blitt gjort sammenligninger på tvers av tre dimensjoner: 1) to statlige mål; økt produktivitet og økt kvalitet, 2) to sykehusavdelinger; en kirurgisk avdeling og en medisinsk avdeling, og 3) to profesjoner; leger og sykepleiere.

Teoretiske perspektiver for studiet har overordnet vært a) nyinstitusjonell teori med fokus på institusjonelle logikker, oversettelse og institusjonell endring, b) profesjonsteorier, hvor organisatorisk og faglig profesjonalisme, profesjonelle prosjekter og jurisdiksjon har stått sentralt, og c) identitetsteori, med vekt på organisasjonsidentitet og særlig profesjonsidentitet. En grunnleggende antagelse for hele avhandlingen har vært at verken organisasjoner eller profesjonelle nødvendigvis tilpasser seg reformer og statlig politikk slik det har vært intendert. Jeg trakk frem tre områder som ble antatt å ha betydning for hvordan innflytelsen de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, oversatt organisatorisk, har på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne: 1) kraften og det tvangsmessige i det institusjonelle presset, 2) grad av logikkinkompatibilitet og 3) de profesjonelles egne interesser.

Resultatene fra legegruppen viser en profesjon som reagerer og agerer som forventet ut i fra teoriene om det profesjonelle prosjekt og jurisdiksjon, hvor de bevarer og beskytter jurisdiksjoner, identitet, organisatorisk og kognitiv makt gjennom institusjonelt arbeid. De gjør motstand mot logikkinkompatible endringer, samtidig som det institusjonelle presset

bidrar til noe tilpasning. Et sentralt funn i tilknytning til legene er at de er viktige aktører i oversettelsesprosessene, hvor de bidrar til å finne organisatoriske løsninger som både øker produktiviteten og er logikkompatible. Den lokale materialiseringen av statlig politikk foregår i form av hierarkiske oversettelser, men også i form av horisontale oversettelsesprosesser gjennom legekollegiet. Avhandlingen bidrar med en nyansering av oversettelsesteoriene hvor jeg skiller mellom vertikal og horisontal oversettelse. Den bidrar også med en distinksjon mellom strukturell og kognitiv oversettelse, hvorav sistnevnte relaterer til fortolkninger av den statlige politikken og strukturelle endringer.

Et annet sentralt funn er at endringene i det profesjonelle arbeidet til sykepleierne griper inn i den institusjonelle kjernen i sykepleiernes profesjonelle identitet, mens endringene i legenes profesjonelle arbeid utfordrer den institusjonelle periferien i legenes profesjonelle identitet. Sykepleierne har ingen formelle eller uformelle kollektive strategier for å beskytte sin profesjonelle identitet og sitt profesjonelle prosjekt på utøvende nivå, og de tilpasser seg motvillig nye organisatoriske betingelser som verken tjener deres profesjonsinteresser eller er kompatible med den sykepleiefaglige logikk eller deres profesjonelle identitet. Til tross for sykepleieprofesjonens utvidede jurisdiksjon i forhold til ledelse, ser det ut til at sykepleiefaget har fått mindre organisatorisk innflytelse. Til sammenligning driver legene med institusjonelt arbeid for å bevare autonomi, organisatorisk og kognitiv makt i forhold til både ledelse og arbeidsutførelse. Funnene i tilknytning til sykepleierne i det lokale helseforetaket stemmer ikke med teoriene om det profesjonelle prosjekt og jurisdiksjon postulerer, og det stilles i avhandlingen spørsmål ved forklaringskraften til disse teoriene. Sykepleiernes profesjonelle identitet synes å være under press, og det diskuteres om det er i ferd med å skje en refortolkning av sykepleiefaget.

Komparasjonen mellom avdelingene viser i dette casestudiet at det ikke er vesentlige forskjeller mellom avdelingene i forhold til innflytelsen de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet har indirekte eller direkte på det profesjonelle arbeidet.

Samlet viser avhandlingen at det statlige målet om økt produktivitet har hatt langt større innflytelse på både legenes og sykepleiernes profesjonelle arbeid enn hva som er tilfelle for det statlige kvalitetsmålet, og funnene bekrefter at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom statlig politikk, organisatoriske strukturer og praksis.

## **English summary**

The starting point for this thesis has been the recent years` governmental reforms in public specialist health services in Norway. Two overriding objectives have been to increase productivity and improve quality in the health care enterprises. The reforms and the governmental goals are marked by ideas from New Public Management, and appear incompatible with institutionalized practices and ways of thinking in the hospitals, where the professionals are central actors. The thesis is a study of the relations between health political objectives, hospital organization and the professionals in specialist health services. In particular I focus on the ways governmental politics influence the organizing of a local health enterprise and the professionals at micro level.

Within a comparative case study design, with semi-structured interviews as the key methodological instrument, I have studied how governmental objectives of increased productivity and improved quality have been translated organizationally. Further I have studied how these objectives have influenced the professional work of physicians and nurses and their professional identity. I have done comparisons on three dimensions: 1) two governmental objectives; increased productivity and improved quality, 2) two hospital departments: a surgical and a medical department, and 3) two professions; physicians and nurses.

The theoretical perspectives have been a) new institutional theory, with focus on institutional logics, translation and institutional change, b) theories of professions, where organizational and occupational professionalism, professional projects and jurisdiction have been central, and c) identity theory, with emphasis on organizational identity and professional identity. A fundamental assumption for the entire study has been that neither organizations nor professionals necessarily adjust to reforms and governmental politics as intended. Further, I expected that a) the strength and coerciveness in the institutional pressure, b) degree of incompatible logics, and c) the professionals` own interests, would be of importance for how the governmental objectives – translated in the health enterprise - influence the professional work of the physicians and the nurses.

With regard of the medical profession the results show a profession that reacts and acts as expected from the theories of the professional project and jurisdiction, whereas they preserve

and protect jurisdictions, identity, organizational and cognitive power through institutional work. They resist realignments that are incompatible with the medical institutional logic. However, the institutional pressure leads to some adjustments. A key finding related to the physicians is that they are important actors in the processes of translation. They contribute in finding organizational solutions which both increase the productivity and are compatible with the medical logic. The local materialization of the governmental politics takes form through hierarchical translations, but also through horizontal translations in the assembly of physicians. The thesis contributes with distinctions between vertical and horizontal translation, as well as differentiation between structural and cognitive translation. The latter takes place as interpretation of the governmental politics and the structural changes.

An another significant finding is that the changes in the nurses` professional work interferes with the institutional core of the professional identity of the nurses, while the changes in the physicians` professional work affect the institutional periphery of the professional identity of the physicians. The nurses seem to have no formal or informal collective strategies to protect their professional identity and professional project at the micro level, and they reluctantly adjust to new organizational conditions which neither serve their professional interests nor are compatible with the logic of nursing or their professional identity. Despite the nursing profession`s expansion of jurisdiction in relation to management, it appears that the nursing *discipline* has gained less organizational influence. In comparison, the physicians are doing “institutional work” to preserve autonomy, organizational and cognitive power related to both management and work performance. The findings related to the nurses in the local health enterprise seem to contradict the theories of the professional project and jurisdiction, and these theories` explanatory powers are questioned in the thesis. Further, the professional identity of the nurses seems to be under pressure, and it is discussed whether a reinterpretation of the nursing discipline takes place.

The comparison between the surgical and medical departments indicates in this case study that there are not vital differences between those two units regarding how the governmental objectives and increased productivity and improved quality are influencing directly or indirectly on the professional work of the physicians and the nurses. The thesis illustrates that the governmental objective of productivity has had a larger impact on the professional work of both physicians and nurses than the governmental objective of quality, and the results

confirm that there is not necessarily correspondence between governmental politics, organizational structures and practice.



## Innholdsfortegnelse

Forord s.2

Sammendrag s. 3

English summary s. 5

Innholdsfortegnelse s. 8

Tabelliste s. 10

Figurliste s. 10

Liste over vedlegg s.10

<b>1</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>12</b>
1.1	Innledning.....	12
1.2	Reformer.....	13
1.3	Teoretiske perspektiver og avhandlingens problemstilling.....	15
1.4	Design og metode.....	17
1.5	Avhandlingens oppbygning.....	17
<b>2</b>	<b>Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>19</b>
2.1	Innledning.....	19
2.2	Nyinstitusjonell organisasjonsteori .....	21
2.2.1	Institusjoner og institusjonalisering .....	22
2.2.2	Institusjonelle logikker .....	23
2.2.3	Institusjonell endring og organisatorisk oversettelse .....	24
2.3	Profesjoner, profesjonalisme og identitet .....	28
2.3.1	Hva er en profesjon? .....	29
2.3.2	Profesjonelle prosjekter .....	30
2.3.3	Jurisdiksjon, NPM og profesjonalisme .....	32
2.3.4	Identitet.....	35
2.4	Sammenkobling av teoriene .....	38
<b>3</b>	<b>Design og metode .....</b>	<b>40</b>
3.1	Innledning.....	40
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	40
3.3	Komparativt casestudiedesign .....	41
3.4	Datainnsamlingsmetoder .....	44
3.5	Hvordan analysere datamaterialet? .....	47
3.5.1	Koding av datamaterialet .....	48
3.5.2	Fra kodede data til meningsfulle data .....	53
3.5.3	Analysens konklusjon .....	55
3.5.4	Validitet, reliabilitet og generalisering av funn.....	56
3.6	Oppsummering .....	61
<b>4</b>	<b>Skiftende regimer og logikker i den norske helsetjenesten .....</b>	<b>63</b>
4.1	Utviklingen av den norske helsetjenesten .....	64
4.1.1	Innledning.....	64
4.1.2	Fra profesjonsstaten til foretaksorganisering .....	64
4.2	Foretakslogikken .....	68
4.3	Statlige mål om økt produktivitet og kvalitet.....	70
4.3.1	Det statlige målet om økt produktivitet.....	71
4.3.2	Det statlige målet om økt kvalitet .....	73
4.4	Oppsummering av utviklingen i norsk helsepolitikk .....	78
4.5	Profesjonalisering, profesjonelle logikker og identiteter .....	79
4.5.1	Innledning.....	79

4.5.2	Profesjonalisering av legene.....	79
4.5.3	Den medisinske logikk og identitet.....	82
4.5.4	Profesjonalisering av sykepleierne.....	84
4.5.5	Sykepleiernes logikk og identitet.....	86
4.5.6	Oppsummering.....	87
4.6	Sammenfatning av kapittelet.....	88
<b>5</b>	<b>Nye organisatoriske betingelser.....</b>	<b>92</b>
5.1	Innledning.....	92
5.2	Formelle dokumenter og strukturelle endringer.....	93
5.2.1	Helseforetakets overordnede strategi.....	93
5.2.2	Strukturelle endringer.....	95
5.2.3	Oppsummering.....	99
5.3	Oppfattelse av strukturelle endringer.....	101
5.3.1	Hva handler endringene om?.....	101
5.3.2	Oppsummering.....	115
5.4	Konklusjon.....	116
<b>6</b>	<b>Endringer i det profesjonelle arbeidet.....</b>	<b>120</b>
6.1	Innledning.....	120
6.2	Hva består det profesjonelle arbeidet i?.....	120
6.2.1	Innledning.....	120
6.2.2	Legenes arbeidsoppgaver.....	121
6.2.3	Sykepleiernes arbeidsoppgaver.....	124
6.2.4	Oppsummering.....	126
6.3	Endringer i det profesjonelle arbeidet.....	127
6.3.1	Innledning.....	127
6.3.2	Leger – Det er produksjonen som teller.....	129
6.3.3	Sykepleiere – Det er jo ikke dette jeg har utdannet meg til!.....	140
6.4	Hva med målet om økt kvalitet?.....	150
6.4.1	Ledernes kvalitetsforståelser.....	153
6.4.2	Legenes horisontale kvalitetsorientering.....	154
6.4.3	Sykepleiernes holistiske kvalitetsorientering.....	158
6.4.4	Kvalitet versus produktivitet.....	160
6.5	Det er ikke noen butikk dette her, altså!.....	163
6.6	Løse koblinger, refortolkninger og motvillige tilpasninger.....	167
<b>7</b>	<b>Resignerte sykepleiere og kjempende leger.....</b>	<b>171</b>
7.1	Innledning.....	171
7.2	Enhetlig ledelse.....	173
7.3	Legene som ”institusjonelle arbeidere”.....	176
7.4	Oversettelse og legenes horisontale orientering.....	180
7.5	Sykepleiernes avmålte profesjonskamp.....	183
7.5.1	Trusselen mot sykepleiernes institusjonelle kjerne.....	183
7.5.2	Lokale ”strategier”.....	185
7.6	Forskjeller mellom leger og sykepleiere.....	186
7.6.1	Identitetskrenkelse, autonomi og identitetens styrke.....	186
7.6.2	Institusjonelt press.....	188
7.6.3	Oppsummering.....	190
7.7	Hva bidrar dette studiet med?.....	190

Litteraturliste

Vedlegg

## Tabelliste:

Tabell 3-1: Koding av datamaterialet .....	51
Tabell 3-2: Kvalitetsforståelse, leger, sykepleiere, ledere, avdeling .....	54
Tabell 3-3: Kvalitetsforståelse, leger, sykepleiere og leger, 5 hovedkategorier .....	54
Tabell 5-1: Hva handler endringene om? Avdeling, alle .....	102
Tabell 5-2: Hva handler endringene om? Lederne .....	105
Tabell 5-3: Hva handler endringene om? Legene .....	111
Tabell 5-4: Hva handler endringene om? Sykepleiere .....	113
Tabell 6-1: Hovedarbeidsoppgaver, leger .....	122
Tabell 6-2: Hovedarbeidsoppgaver, sykepleiere .....	124
Tabell 6-3: Innflytelse på det profesjonelle arbeidet, hovedtendenser, avdeling, profesjon..	128
Tabell 6-4: Hva handler endringene om? Sykepleiere .....	140
Tabell 6-5: Kvalitetsforståelse leger, sykepleiere, ledere, avdeling .....	152
Tabell 6-6: Kvalitetsforståelse leger, sykepleiere, ledere, 5 hovedkategorier.....	152
Tabell 6-7: Nøkkelbegreper .....	164

## Figurliste:

3-1: Intervjuede leger, sykepleiere og leger ved medisinsk og kirurgisk klinikk .....	45
3-2: Kodeskjema, kvalitetsforståelse.....	53
4-1: Begrunnelser for sykehusreformen .....	67
4-2: De ulike finansieringsordningenes incentiver for å øke produktiviteten .....	72
4-3: Typiske kvalitetstrekk i perioder .....	76
4-4: Oppsummering av legenes og sykepleiernes profesjonelle prosjekt .....	87
4-5: Ulikheter i den medisinske logikk, sykepleiefaglige logikk og foretakslogikken .....	89
5-1: Sentrale strukturelle endringer ved det lokale helseforetaket .....	116
5-2: Sentrale oppfattede endringer .....	117
6-1: Kodeskjema, hovedarbeidsoppgaver, leger .....	122
6-2: Kodeskjema, hovedarbeidsoppgaver, sykepleiere .....	125
6-3: Kodeskjema, kvalitetsforståelse.....	151

## Liste over vedlegg:

Vedlegg 1: Kodeskjema, hva handler endringene om?	
Vedlegg 2: Informasjon om prosjektet	
Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse i intervju	
Vedlegg 4: Intervjuguide, sykepleiere	
Vedlegg 5: Intervjuguide, leger	
Vedlegg 6: Intervjuguide, leder, leger	
Vedlegg 7: Intervjuguide, ledelse, sykepleier	
Vedlegg 8: Intervjuguide, ledelse	
Vedlegg 9: Muligheter for å komme med kommentarer til intervjuet	

# 1 Introduksjon

## 1.1 Innledning

Mediene rapporterer daglig fra helsesektoren. Det være seg pasienter som ikke opplever at de har fått god nok behandling, profesjonelle som advarer mot ressursinnskrenkninger, prioriteringer og nedprioriteringer, protestopptog mot nedleggelse av lokalsykehus, budsjettoverskridelser og lange ventelister. Helsevesenet engasjerer. Og synsvinklene på hvordan det burde være er mange. Gjennom denne avhandlingen har jeg vektlagt et av disse perspektivene; de profesjonelles, nærmere bestemt leger og sykepleiere som jobber klinisk.

Denne avhandlingen er en studie av forholdet mellom helsepolitiske målsetninger, sykehusorganisering og profesjonelle i spesialisthelsetjenesten, hvor jeg ser på hvordan statlig politikk påvirker organisering av de lokale helseforetakene og de profesjonelle på utøvende nivå. Den norske spesialisthelsetjenesten har, i likhet med en rekke andre offentlige etater i Norge, gått igjennom omfattende moderniseringsprosesser. Store reformer og strukturelle endringer på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå har blitt gjennomført, samtidig som realiseringen av helsepolitikken skjer gjennom profesjonene og det profesjonelle arbeidet (Erichsen, 1996; Kuhlmann, 2006). Det helsepolitiske området har vært gjenstand for mange forskningsarbeider i Norden de siste årene<sup>1</sup> som blant annet har gitt økt kunnskap om og bredere perspektiver på reformer, organisering av og ledelse i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid få som har forsket på hvilken innvirkning reformene har hatt på de utøvende profesjonelle, deres arbeid og profesjonelle identiteter. Det er de profesjonelle, gjennom det profesjonelle arbeidet, som er helsevesenets ansikt i møte med pasientene. To av de sentrale profesjonene i spesialisthelsetjenesten, legene og sykepleierne, har lange tradisjoner i forhold til utøvelse av det profesjonelle arbeidet (Berg, 1982; Erichsen, 1996; Schiøtz, 2003). De har utviklet kollektive profesjonsidentiteter innenfor hver av profesjonsgruppene, som er formet gjennom felles kunnskapsgrunnlag, arbeidsoppgaver, verdier, normer, etiske regler og autorisasjon (Freidson, 1994; Halford & Leonard, 2002; van Bockel & Noordegraaf, 2006). Legene har historisk hatt mye organisatorisk og kognitiv makt i utforming og styring av spesialisthelsetjenesten (Skaset, 2006), og begge profesjonene har på hver sine måter kjempet for egne profesjonsinteresser gjennom profesjonaliseringsprosessene (Melby, 1990; Schiøtz,

---

<sup>1</sup> (se for eksempel Borum, 2003; Byrkjeflot & Neby, 2008; Hallandvik, 2005; Kragh Jespersen, 1999, 2005; Kragh Jespersen, Nielsen, & Sognstrup, 2002; Lian, 2003a; Magnussen, Vrangbæk, & Saltman, 2009; Mo, 2006; Neby, 2009; Opedal & Stigen, 2005; Skjøld Johansen, 2009; Sognstrup, 2003; Torjesen, 2008; S Vinge, 2003; Sidsel Vinge & Vikkelsø, 2004; Vrangbæk, 1999a; Waks & Levay, 2006; Zeuthen Bentsen, 1999)

2003; Skaset, 2006). Den statlige politikken møter med andre ord sterke tradisjoner, institusjonaliserte praksiser, verdier og normer. Dette kan bety at det kan være vanskelig å få gjennomslag for den statlige politikken på utøvende nivå, særlig hvis politikken står i motsetning til de etablerte profesjonsidentitetene, praksisene og profesjonsinteressene. Som nøkkelpersoner i utøvelsen av den statlige helsepolitikken er det viktig å studere hvordan legene og sykepleierne på utøvende nivå responderer og agerer i forhold til endrede rammebetingelser og nye styringssignaler.

Den norske offentlige helsetjenesten har vært i en kontinuerlig utvikling siden den ble etablert, hvor et voksende antall sykehus har blitt etablert, nye og endrede lover og oppgaver har kommet til, strukturforandringer har blitt gjennomført og helsepersonell har økt i antall. To av spenningene som har preget sykehusfeltet har vært mellom 1) politisk styring og prioritering på den ene siden og faglig og administrativ frihet for det enkelte sykehus på den andre siden, og 2) mellom konkurrerende strategier for intern ledelse av sykehus (Byrkjeflot & Grønlie, 2005). Noen av de store utfordringene i tilknytning til politisk styring av sykehus har vært den kraftige kostnadsveksten i helseutgifter, lange ventelister og økt etterspørsel, uklare ansvarsforhold og for dårlig samordning i en uhensiktsmessig organisering av sykehusene (Stigen, 2005). På slutten av 1990 tallet og begynnelsen av 2000 tallet ble det gjennomført fire forholdsvis store endringer/reformer; innsatsstyrt finansiering, pasientrettighetsloven, sykehusreformen og enhetlig ledelse. Samlet har disse endringene til hensikt å øke produktiviteten og kostnadskontrollen, styrke pasientenes rettigheter, redusere ventelistene, oppnå bedre samordning mellom de ulike sykehusene, samt å øke kvaliteten på tjenestene. Reformene bærer preg av tankegods og løsninger fra de såkalte New Public Management (NPM) strategier, og det kan synes som om det har vært et paradigmeskifte i de formelle styringsformene fra en politisk logikk til en foretakslogikk generert fra NPM (Torjesen, 2008). I neste avsnitt gir jeg en kortfattet beskrivelse av reformene.

## **1.2 Reformer**

Innsatsstyrt finansiering ble innført i spesialisthelsetjenesten i 1997, og er en økonomisk styringsmetode for å øke effektiviteten i norske sykehus (NOU, 2003:1).

Aktivitetsfinansieringen skal oppmuntre til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsar som hindrer effektiv pasientbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006a:5).

Pasientene blir klassifisert etter diagnose, hvor hver diagnose gir et bestemt antall DRG-poeng<sup>2</sup>. Refusjonssatsene er bestemt av historiske gjennomsnittskostnader for de spesifikke diagnosegruppene. Inntjeningen er dermed avhengig av antall pasienter som behandles og hvilken diagnose pasientene har, samt hvordan dette dokumenteres. Det er bare deler av sykehusenes finansiering som er tilknyttet innsatsstyrt finansiering, og prosentandelen som innsatsstyrt finansiering dekker har variert fra 30 til 60 %. De resterende utgiftene dekkes av grunnbevilgninger til de regionale helseforetakene.

Lov om pasientrettigheter ble først iverksatt i 2001, og deretter utvidet i 2004 (Ot.prp. nr. 63, (2002-2003)). Loven formaliserer en rekke forhold som øker pasientenes rettigheter ovenfor helsetjenesten, og tydeliggjør et øket fokus på brukerinnflytelse og kvalitetsutvikling i helsetjenestene. Retten til fritt sykehusvalg og behandlingsgarantier, samt rettigheter knyttet opp mot informasjon, medvirkning, samtykke og klage er en del av denne loven. Pasientrettighetslovens formål er å bidra til fordelingsrettferdighet, hvor pasientenes behov og autonomi settes i fokus.

Sykehusreformen består av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og en påfølgende omorganisering av denne tjenesten til fem<sup>3</sup> selvstendige, regionale helseforetak (Ot.prp. nr. 66, (2000-2001)). De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for de lokale helseforetakene i sin region (Helsedepartementet, 2001). Helseforetakene anses som selvstendige foretak med utstrakt beslutningsmyndighet og resultatansvar, noe som er ment å stimulere til kvalitetsutvikling, samt gi et større rom for utøvelse av lederskap og et mer målrettet og presist ansvar, samtidig som de økonomiske rammene for virksomhetene også er blitt tydeligere. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar. Helseforetakene gis stor frihet til å disponere sine ressurser innen rammen av den kontrakt eller bestilling som gis fra de regionale helseforetakene, samtidig som de ikke tillates å bli så autonome at hensyn til helheten og fellesskapet blir skadelidende. Helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skal bli bedre sett fra pasientens ståsted, hvor pasientenes behov skal stå i sentrum, ventetidene og de geografiske ulikhetene i helsetilbudet skal reduseres. Sykehusene bærer, som en følge av reformene, en større økonomisk risiko enn tidligere.

---

<sup>2</sup> DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper) klassifiserer sykehusopphold i somatiske institusjoner i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene (NOU, 2003:1).

<sup>3</sup> Det ble i januar 2007 vedtatt at to av de regionale helseforetakene skulle bli slått sammen, slik at det nå er fire i stedet for fem regionale helseforetak.

## Enhetlig ledelse

Gjennom spesialisthelsetjenesteloven, som trådte i kraft 1. januar 2001, ble det lovfestet at det skulle være *en* ansvarlig leder for hver av enheter på sykehusene, som innebærer totalansvar for både fag, personal og økonomi (Ot.prp. nr. 10, (1998-1999)). Intensjonene var at ledelse i sykehus skulle være en profesjonell ledelsesfunksjon, hvor lederen primært skulle arbeide med ledelse og ikke klinisk (ibid). Denne endringen bryter med tradisjonelle lederforståelser i sykehus ved at lederposisjonene skulle være profesjonsuavhengige og enhetlige, hvilket innebærer at lederen ikke trenger å være lege og at lederen har lederansvar for alle arbeidstakerne, også for andre profesjonsgrupper (Mo, 2006).

Samlet er *kvalitetsutvikling i helsetjenestene og økt produktivitet* to sentrale og overordnede intensjoner i reformene, og det er disse to politiske målsetningene som er utgangspunktet for avhandlingen.

### **1.3 Teoretiske perspektiver og avhandlingens problemstilling**

De lokale helseforetakene, og ikke minst de som er ansatte her, er sentrale i realiseringen av den statlige helsepolitikken, og de politiske målsetningene om økt produktivitet og økt kvalitet oversettes organisatorisk. Et teoretisk grunnlag i avhandlingen er det nyinstitusjonelle perspektivet på reformer og organisasjoner. Det ligger som en overordnet antagelse i dette perspektivet at organisasjoner ikke er passive mottakere av politiske initiativ, og det er ikke alltid slik at endringseffektene blir slik det var intendert (Kirkpatrick, Ackroyd, & Walker, 2005). De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet er preget av en foretakslogikk som utfordrer de tradisjonelle institusjonelle logikkene i sykehusfeltet og særlig de fagprofesjonelle tradisjoner som har hatt stor innflytelse i norsk helsevesen (Torjesen, 2008). Grad av inkompatibilitet mellom de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet og de dominerende institusjonelle logikkene i det lokale helseforetaket antas å påvirke hvordan den statlige politikken blir materialisert organisatorisk.

Jeg er særlig opptatt av nye organisatoriske betingelser som kan ha betydning for det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne som jobber klinisk. De profesjonelle er utøvere av den statlige politikken i møte med borgerne (Kuhlmann, 2006), samtidig som de profesjonelle kan være sentrale institusjonelle agenter (Scott, 2008) i forhold til hvordan de fortolker og responderer på statlig politikk og nye organisatoriske betingelser. De profesjonelle er bærere av institusjonelle logikker som preger fortolkninger og utøvelse av det

profesjonelle arbeidet (Kragh Jespersen, 2005; Powell & Colyvas, 2008), hvilket innebærer at intensjoner i den statlige politikken, oversatt organisatorisk, ikke nødvendigvis sammenfaller med hvordan det profesjonelle arbeidet utføres. Derfor er det interessant å studere om og i hvilket omfang de profesjonelles atferd lever opp til intensjonene i den statlige politikken, eller om det profesjonelle arbeidet stort sett er upåvirket. Det kan ha avgjørende betydning både for den aktuelle politikken, men også for de profesjonelles forståelse av deres eget arbeid og for pasientenes opplevelse av helsevesenet.

Profesjonene regnes også som viktige interessebærere (Abbott, 1988; Larson, 1977), hvilket også kan være betydningsfullt i forhold til hvordan statlige reformer ”virker”. Reformene blir av mange tolket som et resultat av sviktende tillit til helsetjenesten og særlig den medisinske profesjon (Lian, 2003b). Teoriene om det profesjonelle prosjekt (Larson, 1977) og jurisdiksjon (Abbott, 1988) utgjør en teoretisk ramme for en beskrivelse av legenes og sykepleiernes profesjonsinteresser og profesjonaliseringsprosesser, hvor det antas at de profesjonelle har en tendens til å søke og bevare og utvide sine profesjonelle prosjekter og jurisdiksjonsområder. Den NPM pregede statlige politikken kan imidlertid også bidra til å redefinere det profesjonelle arbeidet (Evetts, 2009) og begrense de profesjonelles makt (Noordegraaf, 2007). Jeg anvender Evetts (2009) distinksjon mellom to typer profesjonalisme; den tradisjonelle faglige profesjonalismen og organisatorisk profesjonalisme, hvorav sistnevnte kan synes å bli promotert av NPM reformer. Det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne utgjør en stor del av kjernevirksomheten i spesialisthelsetjenesten, og i den grad det profesjonelle arbeidet eller meningsdannelsene i tilknytning til det profesjonelle arbeidet endres, kan dette være markører for en institusjonell endringsprosess (jmf Powell & Colyvas, 2008). Den organisatoriske profesjonalismen kan bidra til å endre sykehusenes organisasjonsidentiteter (Evetts, 2009), og endringer i det profesjonelle arbeidet kan føre til at den profesjonelle identiteten endres (Halford & Leonard, 2002).

Problemstillingen er som følger:

*Hvordan influerer de statlige målene om økt kvalitet og økt produktivitet, og nye organisatoriske betingelser, det profesjonelle arbeidet og den profesjonelle identiteten til leger og sykepleiere?*

Det profesjonelle arbeidet er sykehusets kjerneoppgave, og er et omdreiningspunkt alle aktørene kan relatere seg til, og et slikt fokus kan åpne opp for å øke kunnskapen om



institusjonelt press og institusjonelle prosesser knyttet opp mot sykehusorganisasjonen og profesjonelle.

### **1.4 Design og metode**

Det empiriske grunnlaget for studiet er et komparativt casestudie, hvor tre områder sammenlignes: 1) to statlige målsetninger; det statlige målet om økt produktivitet og det statlige målet om økt kvalitet, 2) to ulike avdelinger innenfor et lokalt helseforetak; en kirurgisk avdeling og en medisinsk avdeling, og 3) to ulike profesjoner tilknyttet de to avdelingene; leger og sykepleiere. Datainnsamlingen har blitt gjort innenfor et mellomstort lokalt helseforetak i Norge. Det har blitt benyttet kvalitative datainnsamlingsmetoder, nærmere bestemt dokumentanalyser og semi-strukturerte, individuelle intervjuer med leger, sykepleiere og ledere på ulike nivåer.

Problemstillingen henspeiler på en flernivå analyse, hvor de aktuelle analysenivåene er det statlige nivå, ulike organisatoriske nivåer og utøvende nivå innenfor helseforetaket. Analysen av innflytelsen på det profesjonelle arbeidet er gjort ut i fra de profesjonelles egne fortolkninger, og ikke ut i fra et såkalt objektiv studie av arbeidsprosesser. Det er respondentenes perspektiver på nye organisatoriske betingelser og det profesjonelle arbeidet som er gjenstand for intervjuene og dataanalysen. Jeg er interessert i den mening aktørene gir til endringer og det som skjer fordi deres virkelighetsoppfattelser antas å spille en rolle for hvordan de endrede strukturene og målsetningene influerer det profesjonelle arbeidet og ikke minst for hvordan endringene faktisk føres ut i livet. Analysen er hovedsakelig konsentrert rundt hvordan ledere og utøvende profesjonelle forholder seg til nye organisatoriske betingelser, hvordan de responderer og agerer i lys av det profesjonelle prosjektet, jurisdiksjon, institusjonelle logikker og profesjonelle identiteter. Jeg benytter en pragmatisk tilnæringsmåte, hvor det tilstrebes et løpende samspill mellom feltet, erfaring og teori (Maaløe, 2002).

### **1.5 Avhandlingens oppbygning**

Avhandlingen er delt opp i 7 kapitler. I Kapittel 2 beskrives det teoretiske rammeverket for avhandlingen, mens det metodiske opplegget presenteres i kapittel 3. Kapittel 4 gir en kortfattet oversikt over utviklingen innen den norske spesialisthelsetjenesten, en nærmere beskrivelse av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, samt legenes og sykepleiernes profesjonaliseringsprosesser. I kapittel 5 og 6 presenteres de empiriske resultatene med hensyn til henholdsvis nye organisatoriske betingelser i det lokale

helseforetaket og endringer i det profesjonelle arbeidet. I det siste kapitlet drøftes de mest sentrale funnene i lys av de teoretiske perspektivene.

## 2 Teoretisk rammeverk

### 2.1 Innledning

Reformene i spesialisthelsetjenesten er en liten del av en omfattende reformbølge i offentlig sektor over hele den vestlige verden. Denne reformbølgen kalles New Public Management (NPM), som av Ferlie (1996) betegnes som et paradigmeskifte i hvordan offentlig sektor forstås og styres. NPM er en fellesbetegnelse på ulike ideer og styringsredskaper med utgangspunkt i økonomisk og rasjonell tankegang, som anbefaler bruk av økonomiske og markedsbaserte incitamentsstrukturer i offentlige organisasjoner (Vrangbæk, 1999b). Noen sentrale NPM elementer er markeds- og konkurranse orientering, desentralisering og delegering av beslutningsmyndighet, kvantitative prestasjonsmål, økonomiske incitamentsystemer, styringsprinsipper fra privat virksomhet, fokus på effektivitet og produktivitet, samt orientering mot service og klienter (Hood, 1991; Vrangbæk, 1999b). NPM bærer preg av en økonomisk logikk (Broadbent & Laughlin, 2002) og en nytteetikk hvor utgangspunktet er at behandling og pleie bør prioriteres ut i fra "costs" og "benefits" (Kragh Jespersen, 2001:25). Målinger, overvåkning og gjennomsiktighet blir anvendt for å øke kostnadskontroll og kvalitet (Pollitt & Bouckaert, 2000). Videre målbærer NPM ideene en styrking av organisering og ledelse, hvor man forestiller seg at ledelse i sektorspesifikke organisasjoner ikke er annerledes enn i private organisasjoner (Klaudi Klausen, 2001). Man har en tro på at økonomiske incitament er et mer effektivt styringsredskap enn de tradisjonelle byråkratiske styrings- og kontrollmekanismene (Vrangbæk, 1999b), og at implementering av NPM modeller vil bidra til blant annet å øke kvalitet og produktivitet (Lane, 2000). Både sykehusreformen, enhetlig ledelse, innsatsstyrt finansiering og lov om pasientrettigheter bærer i seg klare elementer fra NPM, hvor økonomiske virkemidler, resultatmålinger, skille mellom drift og helsepolitikk, ledelse, rettigheter og valgfrihet for pasientene har blitt betydelig mer vektlagt enn tidligere (Mo, 2006).

De profesjonelle er velferdsstatens hjørnesteiner (Kuhlmann, 2006), men samtidig jobber de innen en organisatorisk kontekst (Noordegraaf, 2007). Det er gjennom organisasjonene, her spesifikt sykehusene, den statlige politikken utøves. Evetts (2009) hevder at NPM konverterer profesjonelle organisasjoner til foretak i forhold til identitet, hierarki og rasjonalitet. I instrumentell terminologi blir gjerne organisasjonene sett på som redskaper for utøvelse av statlig politikk, hvor organisasjonsmedlemmene etterstreber formålsrasjonelle handlinger (Lægheid, Roness, Røvik, & Christensen, 2004). Innenfor denne teoritradisjonen legger man

til grunn at handlinger springer ut i fra en konsekvenslogikk (ibid). Videre spiller utforming av den formelle organisasjonsstrukturen en viktig rolle i forhold til organisasjonsmedlemmenes handlinger og atferd (Lægneid, et al., 2004; Mintzberg, 1983; Taylor, 1998; Urwick & Gulick, 1969). Implisitt i den norske statlige helsepolitikken ser det ut til å ligge en forventning om og en tro på en organisatorisk mål-middel-rasjonalitet (Stigen, 2005), hvor man skaper nye strukturelle, økonomiske og juridiske rammebetingelser som skal styre organisasjonene og de profesjonelle i en ønsket retning. Imidlertid er fokus på forhold som kultur, tradisjoner, symboler og uformelle mekanismer nedtonet innen den instrumentelle teoritradisjonen.

Det er publisert en rekke forskningsarbeider som setter spørsmålsteget ved den sterke formålsrasjonaliteten og sammenhengen mellom formell organisasjonsstruktur og praksis. Særlig innenfor institusjonell og nyinstitusjonell organisasjonsteori har man vektlagt flere faktorer enn de rent instrumentelle når man skal forklare organisasjonsatferd og endring i organisasjoner<sup>4</sup>. Innenfor disse to beslektede teoritradisjonene vektlegges ”institusjoner” som et viktig begrep for å forklare blant annet stabilitet og endring på ulike analytiske nivåer. Man legger til grunn at aktører er tilbøyelige til å handle etter en passendehetslogikk fremfor en konsekvenslogikk (March & Olsen, 1989), og at institusjoner skaper både muligheter og begrensninger for passende atferd og handlinger (Powell & Colyvas, 2008). Dette innebærer en oppfatning om at organisasjons- og aktøratferd preges av den nærliggende institusjonelle konteksten. Det er ikke nødvendigvis slik at det er samsvar mellom reformer og endringer i organisasjonene som er gjenstand for reformene (Lægneid, Roness, Røvik, & Christensen, 2004).

Deler av det teoretiske grunnlaget som ligger til grunn her er et nyinstitusjonelt perspektiv på forholdet mellom den statlige politikken, nye organisatoriske betingelser og de profesjonelles oppfatning av eget arbeid, som kan gi økt kunnskap om organisatorisk oversettelse av statlig politikk og aktørenes fortolkninger av og responser på endrede organisatoriske betingelser. Aktørene – de profesjonelle – er både objekter for styring og subjekter som skal gjennomføre statlig politikk (Kuhlmann, 2006). Samtidig er ikke profesjonene passive mottakere av statens ordrer eller bestillinger (Kragh Jespersen, 2005). De kan ha sine egne agendaer og interesser

---

<sup>4</sup> (for eksempel Ackroyd, Kirkpatrick, & Walker, 2007; Nils Brunsson & Olsen, 1997; Nils Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000; Dacin, Goodstein, & Scott, 2002; DiMaggio & Powell, 1991; Greenwood & Hinings, 1996; Kragh Jespersen, 2005; Meyer & Rowan, 1977; Meyer & Scott, 1983; Rao, Monin, & Durand, 2003; Røvik, 1998; Scott, 2000; Sevón & Czarniawska, 1996, 2003; Suddaby, Sahlin, Oliver, & Greenwood, 2008).

(Abbott, 1988; Freidson, 1970; Johnson, 1972; Larson, 1977), som ikke nødvendigvis samsvarer med statlig politikk. Profesjonsgruppene er mikrosystemer i staten som påvirkes av og påvirker statlig politikk. Dette kan innebære store utfordringer når den statlige politikken skal materialiseres organisatorisk og i praksis innenfor de lokale helseforetakene. Profesjonsteoretiske bidrag og teorier om identitet anvendes som grunnlag for å analysere det særegne med profesjonelle som eksponeres for institusjonelle endringer i omgivelsene.

## **2.2 Nyinstitusjonell organisasjonsteori**

Meyer og Rowans banebrytende artikkel fra 1977 regnes som et utgangspunkt for den nyinstitusjonelle teoriretningen. Deres hovedargument er at organisasjoner ikke bare er rasjonelle, men at de også påvirkes av uformelle forhold, hvilket innebærer at både rasjonelle og irrasjonelle elementer utgjør den organisatoriske virksomhet. De pekte blant annet på hvordan organisasjoner kunne adoptere organisasjonsløsninger og metoder for å oppnå legitimitet i omgivelsene, uten at aktiviteter i organisasjonen nødvendigvis ble anfektet. En grunnleggende antagelse i avhandlingen er at verken organisasjoner eller profesjoner nødvendigvis tilpasser seg eksterne initiativ slik det er intendert. Institusjonsbegrepet er sentralt for å forstå dynamikken mellom samfunn, organisasjoner og individer, og i forhold til å forstå de formelle og uformelle mekanismene i organisasjoner og organisatorisk atferd. Det er særlig teorier om institusjonelle logikker (Friedland & Alford, 1991), institusjonell endring (Scott, 2001; Suddaby & Greenwood, 2009) og organisatorisk oversettelse (Sevón, 1996; Sevón & Czarniawska, 1996) som anvendes i avhandlingen.

Avhandlingen knytter makro-, organisatorisk- og utøvende nivå sammen, og benytter institusjonsbegrepet i studiet av hvordan statlige mål om økt produktivitet og økt kvalitet oversettes organisatorisk og i større eller mindre grad skaper nye betingelser for det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne. Det legges videre til grunn at de profesjonelle er bærere av etablerte institusjoner, hvor institusjonelle profesjonelle logikker skaper retninger for legitim atferd og fortolkninger av omgivelsene. For å forstå hvordan de profesjonelle reagerer på reformene lokalt, så er det behov for å studere hvordan de fortolker den konteksten de befinner seg i og hvordan de opprettholder eller endrer institusjonelle krefter som rettleder dem i daglig praksis (Powell & Colyvas, 2008).

*Institusjoner* er et begrep som forstås på ulike måter og anvendes med til dels vesentlige varianter av innholdsforståelse (Scott, 2001). Det er derfor nødvendig med en avklaring av det begrepsmessige innholdet i *institusjoner* som ligger til grunn her.

### **2.2.1 Institusjoner og institusjonalisering**

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Scott sin forholdsvis brede definisjon av institusjoner (2001:48):

Institutions are composed of cultured-cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life.

Institusjoner er stabile sosiale strukturer, og er bygd opp av symbolske elementer, sosiale aktiviteter og materielle ressurser (Scott, 2001). De tre elementene; kultur - kognitivt, normativt og regulativt, belyser ulike sider ved institusjoner. Det regulative elementet involverer regler, lover og sanksjoner som har innflytelse på aktørenes atferd. Disse mekanismene kan være både formelle og uformelle. Den mer eller mindre tvingende funksjonen de regulative aspektene ved institusjoner har knyttet opp mot regulative elementer i de statlige målene og nye organisatoriske betingelser. Det normative elementet skaper stabilitet og involverer verdier, sosiale overbevisninger og normer som både er internalisert og tvunget på av andre. Den kulturell- kognitive dimensjonen i institusjoner fokuserer på fortolkningsrammene for dannelsen av mening og hvordan aktørene deler begrepsforståelser som utgjør den sosiale virkeligheten (Scott, 2001:57). Sistnevnte aspekt kan spores tilbake til en av forløperne til den nyinstitusjonelle teoriretningen, Berger og Luckman (1967), som satte fokus på hvordan kunnskap blir etablert som sosial "virkelighet", en prosess de kalte for institusjonalisering. Gjentakende handlingsmønstrene har blitt utviklet av aktører for å løse aktuelle utfordringer, og krever minimalt med beslutningsrefleksjon da handlingene er blitt en vane (ibid). Disse handlingene er knyttet opp mot delte definisjoner eller meninger som blir generalisert og er uavhengig av enkelt personer. Dette refereres til som "objektivering" (Zucker, 1977). "Eksternalisering" er et annet nøkkelbegrep i institusjonaliseringsprosessen og henviser til

when subjective understanding of acts is reconstructed as intersubjective understanding so that the acts are seen as a part of the external world (ibid: 728).

Det eksisterer et mønster som består av vanemessig atferd og interaksjon, og bestemte roller som er objektivert, som et "sånn er det bare, sånn gjør vi det her", begrepsfestet som "tatt-for-gitt" (Scott, 2001). Man assimileres inn i den kulturen man er plassert i og de forståelseshorisontene som eksisterer i kulturen blir adoptert av den enkelte aktør og

organisasjon (ibid). Samtidig oppfatter de individuelle aktørene at de systemene og kulturen de bidrar til å skape og opprettholde har en ekstern eksistens uavhengig av en selv, som en objektiv virkelighet<sup>5</sup> og ikke en sosial konstruksjon (ibid). Dette impliserer at det er ”riktige” og ”gale” måter å opptre på, hvilket bidrar til at noen handlinger er mer sannsynlige enn andre (Barley & Tolbert, 1997).

Legitimitet er et sentralt begrep i institusjonell teori (DiMaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1977), og defineres som:

... a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions” (Suchman, 1995:574).

Når mennesker handler kollektivt mot et felles mål, blir legitimerede aktiviteter gjensidig fortolket og gjort til en vane (Colyvas & Powell, 2006:309). En komponent i legitimitetsbegrepet er selv-reproduksjon som reflekteres gjennom praksis, tro, eller regler som er ønskelige, passende og uttømmende (ibid). Dette innebærer at institusjoner både regulerer og muliggjør atferd og handlinger (Scott, 2001).

Tatt-for-gittethet og legitimitet er altså to av de sentrale komponentene i institusjoner (Colyvas & Powell, 2006), og de konkrete undersøkelsesområdene blir derfor i hvilken grad de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, materialisert i nye organisatoriske betingelser blir tatt-for-gitt og i hvilken grad de blir ansett legitime av de ulike aktørgruppene. En nøkkelmåling på tatt-for-gittethet er i hvilken grad praksiser er innlemmet i organisatoriske rutiner og i hvilken grad det stilles spørsmålsteget ved disse praksisene (ibid).

Institusjonelle logikker er et annet sentralt begrep i avhandlingen, som bidrar til å begrepsfeste og forstå dynamikker som foregår på makroplan når reformer og statlige mål, inspirert av NPM, møter tradisjonelle styrings- og handlingsmønstre i spesialisthelsetjenesten.

## **2.2.2 Institusjonelle logikker**

Institusjonelle logikker er et sentralt begrep innenfor nyinstitusjonell teori (Friedland & Alford, 1991). Et felt inneholder ofte flere logikker hvor det er kamp om definisjonsmakt og formen på institusjoner som rettleider organisatorisk atferd (Suddaby & Greenwood, 2005), hvilket også gjelder innenfor sykehusfeltet (Torjesen, 2008). Mer spesifikt er kjernen i de siste

---

<sup>5</sup> Jmf eksternalisering

års reformer i den norske spesialisthelsetjenesten preget av en foretakslogikk som utfordrer de profesjonelle logikkene som tradisjonelt har vært dominerende i sykehusene (Torjesen, 2008).

Friedland og Alford (1991:243) definerer logikker som:

...supraorganizational patterns of human activity by which individuals and organizations produce and reproduce their material subsistence and organize time and space. They are also symbolic systems, ways of ordering reality, and thereby rendering experience of time and space meaningful.

Institusjonelle logikker fungerer som fortolkningsrammer for hvordan en skal forstå verden (Suddaby & Greenwood, 2005) og skaper retning for legitim aktivitet (Friedland & Alford, 1991; Lounsbury, 2007; Rao, et al., 2003). Legitimitetskriterier er innbakt i de enkelte logikkene (Suddaby & Greenwood, 2005) og inneholder regler for hva som er ”passende” handlinger (March, Olsen, & Christensen, 1976). Handling bekrefter logikkene og gjør dem varige (Suddaby & Greenwood, 2005). Logikkene bidrar til å styre hva som er i fokus og oppfatninger av verden rundt seg (Glynn & Abzug, 2002). Det vil være variasjoner i forhold til hvor mye gjennomslagskraft de enkelte institusjonelle logikkene har i feltet, både med tanke på at det kan eksistere flere logikker som konkurrerer med hverandre, og i hvilken grad aktørene preges av logikkene (Scott, 2001). Jeg legger til grunn at de politiske initiativene og reformene i den norske spesialisthelsetjenesten bærer preg av en foretakslogikk, som konkurrerer med etablerte logikker i det organisatoriske feltet (Torjesen, 2008). De etablerte logikkene som vil være i fokus er den sykepleiefaglige logikken og den medisinskfaglige logikken, ut i fra en antagelse om at det lokale helseforetaket og henholdsvis sykepleierne og legene i utgangspunktet bærer preg av disse logikkene. En sentral del av casestudiet er å undersøke i hvilken grad foretakslogikken gjenspeiles i det lokale helseforetaket, konkretisert gjennom organisatoriske endringer og legenes og sykepleiernes profesjonelle arbeid. Idealtypene av disse tre logikkene blir beskrevet i kapittel 4, hvor jeg blant annet illustrerer sentrale områder hvor foretakslogikken fremtrer som inkompatibel med den sykepleiefaglige og den medisinskfaglige logikken. I den grad foretakslogikken erstatter de etablerte profesjonelle logikkene, kan man også si at det foregår en institusjonell endring (Scott, 2001), noe jeg vil utdype i påfølgende avsnitt.

### **2.2.3 Institusjonell endring og organisatorisk oversettelse**

Til tross for institusjoners iboende stabilitet, viser mange studier innenfor institusjonell teori at institusjoner kan endres over tid, at de ikke nødvendigvis tas-for-gitt på en ensartet måte, samt at de kan utfordres eller være omtvistet (Dacin, et al., 2002:45). Institusjoners karakter og kraft kan endres (ibid), hvor tre sentrale kilder for endring kan være både funksjonelle,



politiske og sosiale (Oliver, 1992). De statlige målene kan representere et press på etablerte institusjoner i det lokale helseforetaket, men for å oppnå varige organisatoriske endringer som avviker fra de eksisterende institusjonelle logikkene må nye legitimitetskriterier skapes (Dacin, Goodstein, & Scott, 2002; Roy Suddaby & Greenwood, 2005). Scott (2001) henviser til tre former for institusjonell endring:

- 1) Institusjonalisering, hvor en ny logikk eller ny styringsstruktur dannes, for eksempel etableringen av foretakslogikken på feltnivå.
- 2) Deinstitutionalisering av logikk eller styringsstruktur, hvor det blir satt spørsmålsteget ved tidligere tatt-for-gitt antagelser; institusjoner blir svakere eller forsvinner. Et eksempel på dette er opphøret av legenes tradisjonelle ledelseshegemoni innenfor spesialisthelsetjenesten. Et annet eksempel er at det stilles spørsmålsteget ved etablerte "sannheter" som er innbakt i den sykepleiefaglige og legefaglige logikken.
- 3) Reinstitutionalisering, der en ny logikk eller styringsstruktur erstatter den gamle. Dette kan være tilfelle dersom foretakslogikken erstatter de profesjonelle logikkene på et eller flere områder.

Disse tre formene kan opptre samtidig og understøtte hverandre når deinstitutionalisering av gamle logikker opptre samtidig med nye logikkers institusjonalisering. Innenfor et fortolkende perspektiv på institusjonell endring, som anvendes her, er den sentrale ideen at institusjonell endring alltid er forbundet med skifte i mening, oppfatninger og verdier (Suddaby & Greenwood, 2009). Mange studier innenfor den nyinstitusjonelle tradisjon er studier av institusjonell endring på makronivå hvor man undersøker strukturelle endringer uten at man studerer hvordan disse endringene er gitt mening av de involverte aktørene (Westenholz, Pedersen, & Dobbin, 2006; Zilber, 2002). Det er et behov for studier av institusjonell endring som knytter sammen de ulike nivåene (Powell & Colyvas, 2008), og som fokuserer på den mening aktørene tillegger endringer i strukturer og praksiser (Zilber, 2002). Individuer er bærere av institusjonelle logikker, og gjennom deres aktiviteter og handlinger kan eksisterende konvensjoner reproduseres, refortolkes eller endres (Powell & Colyvas, 2008). Studiet av hvordan de profesjonelle oppfatter endringer i organisatoriske betingelser og i det profesjonelle arbeidet i lys av foretakslogikkens inntog i spesialisthelsetjenesten, kan bidra til økt kunnskap om institusjonelle mikrodynamikker og forholdet mellom makronivået, organisatorisk nivå og utøvende nivå i en institusjonell endringsprosess.

Studier av institusjonell endring på ulike analytiske nivåer kan forbindes gjennom oversettelsesteorier. Politikken må igjennom en organisatorisk oversettelsesprosess, hvor de politiske målene og reformene i ulik grad og på ulike måter materialiseres i den organisatoriske strukturen, praksis og rutiner. *Oversettelse* anvendes både i aktør-nettverk teori og i nyinstitusjonell teori som et sentralt begrep for å forstå forandringsprosesser (Scheuer, 2006; Sevón, 1996). Begrepet ble introdusert i nyinstitusjonell teori i 1996 gjennom boken *Translating Organizational Change* (Sevón, 1996; Sevón & Czarniawska, 1996), og har i løpet av de siste årene blitt viktig i ulike typer oversettelsesmodeller (Scheuer, 2006)<sup>6</sup>. Oversettelse blir i avhandlingen forstått som en prosess hvor generelle styrings- og ledelsesideer blir overført og fortolket i en ny setting (Morris & Lancaster, 2006:207; Sevón & Czarniawska, 1996). Jeg fokuserer ikke på selve oversettelsesprosessen, men legger til grunn at de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet oversettes organisatorisk. Implisitt i dette ligger det at de statlige målene kan oversettes og materialiseres på ulike måter i forskjellige organisasjoner. *Hvordan* man i organisasjonen skal øke produktiviteten og øke kvaliteten vil bære preg av lokale institusjonelle forhold og tolkninger (Sevón, 1996). Det presiseres imidlertid at den lokale oversettelsen av de statlige målene om økt produktivitet og kvalitet er en liten del av en større oversettelsesprosess av de samlede reformene og politiske målene som spesialisthelsetjenesten har vært gjenstand for de siste årene.

De profesjonelle i klinisk praksis møter altså fortolkede og organisatorisk oversatte varianter av politiske mål og reformer, hvor administratorer og ledelse ofte er de sentrale organisatoriske oversetterne (Røvik, 1998). Videre er den institusjonaliserte forståelsesrammen den enkelte leder eller profesjonell er preget av et utgangspunkt for hvordan utformingen av reformer og statlige mål vurderes (Mo, 2006). Den økonomiske effektivitetstenkningen som NPM reformene bærer preg av står på flere områder i motsetning til de helsefaglige profesjonelle logikkene med den konsekvens at det kan oppstå en frikobling mellom reformer og profesjonell praksis (Kragh Jespersen, 1999). Brunssons (2003) teori om ”det organiserte hykleri” postulerer at organisasjoner kan håndtere motstridende institusjonelle krav ved for eksempel å utforme visjoner, planer og strukturer som er i tråd med politiske initiativ og målsetninger, samtidig som utførende nivåer fortsetter med sine aktiviteter som før. Disse frikoblingene kan være funksjonelle i den forstand at

---

<sup>6</sup> Scheuer (2006) gir en systematisk oversikt over disse ulike modellene på sidene 11-14.

kjerneaktiviteten beskyttes, samtidig som organisasjonen tilpasser seg omgivelsenes krav (ibid; Kragh Jespersen, 1999).

Et annet utfall er at institusjonelle ordninger som foretakslogikken bærer i seg etableres i helseforetaket på bekostning av de profesjonelle logikkene, hvilket vil innebære at det skjer en institusjonell endring (Scott, 2001). Det legges til grunn at det kan være et skille mellom strukturer, praksiser og rutiner og aktørenes fortolkninger i den forstand at dersom strukturene, praksisen, rutineene ikke er legitime og blir tatt for gitt er det ikke nødvendigvis slik at det har skjedd en institusjonell endring til tross for at det på papiret kan skje slik ut. Dette underbygges av oppfatningen om at institusjonalisering skjer i faser (Colyvas & Powell, 2006; Greenwood, Suddaby, & Hinings, 2002; Tolbert & Zucker, 1996). Institusjonaliseringsprosessen kan typisk være slik at de statlige målene blir oversatt organisatorisk og formaliserte lokale løsninger etter hvert meisles ut. Men den organisatoriske oversettelsen er ikke fullt ut institusjonalisert i det lokale helseforetaket før de er legitime, stabile og tatt-for-gitt. Det kan altså være grader av institusjonalisering, hvilket impliserer at noen løsninger eller konsepter aldri blir helt institusjonalisert. Dessuten er ikke aktørene nødvendigvis passive mottakere av nye organisatoriske løsninger (Kragh Jespersen, 2005; Leicht & Fennell, 2009; Oliver, 1991; Powell & Colyvas, 2008). Det er kollektivet av individene, som gjennom daglig praksis og måten de håndterer og tilskriver mening til denne daglige praksisen, som opprettholder, utvikler eller endrer tatt-for-gitt forståelser (Powell & Colyvas, 2008). Det kan også innebære at det oppstår hybridformer (Pedersen & Dobbin, 2006), hvor de ulike institusjonelle logikkene preger organisasjonen, de profesjonelle og deres arbeid i et komplekst samspill. På den ene siden har vi ledere som oversetter, fortolker og responderer på statlige mål og reformer, på den andre siden har vi profesjonelle som oversetter, fortolker og responderer på de organisatoriske betingelsene. De profesjonelle, i egenskap av å være profesjonelle, kan fungere som mektige institusjonelle agenter, i den forstand at de definerer, fortolker og anvender institusjonelle elementer (Scott, 2008). De er bærere av institusjonelle normer, verdier og praksis, samtidig som det eksisterer konflikterende institusjonelle regler, normer og verdier innenfor samme felt (Kragh Jespersen, et al., 2002). Samtidig vil styrken og det tvangsmessige i det institusjonelle presset også være viktig for i hvilken grad og hvordan koblingen mellom dette presset og lokale tilpasninger skjer (Scott, 1991). Det profesjonelle arbeidet utgjør en stor del av spesialisthelsetjenestens kjernevirksomhet, og er et av de sentrale konstituerende eller rekonstituerende elementene i de dominerende institusjonelle logikkene. Endringer i de organisatoriske betingelsene for det

profesjonelle arbeidet og endringer i selve arbeidet og den mening arbeidet blir tillagt, er markører for at det foregår en institusjonell endringsprosess.

Oppsummert er det analytiske inntakspunkt hvordan ulike institusjonelle logikker som uttrykkes gjennom reformer, organisatoriske endringer på den ene siden og profesjonell praksis og meningsdannelse på den andre siden møtes på mikronivå og eventuelt skaper nye institusjonelle ordninger. Det ligger til grunn for avhandlingen at de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet blir oversatt organisatorisk, og at koblingen mellom de statlige målene, organisasjonen og profesjonell praksis kan preges av frikobling, hybride former, institusjonell endring eller delvis institusjonell endring. Det antas at grad av logikkinkompatibilitet og styrken i det institusjonelle presset vil ha betydning for innflytelsen de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet har på organisatoriske betingelser og det profesjonelle arbeidet.

De profesjonelle regnes som viktige fortolkere av reforminitiativ og organisatoriske endringer, samtidig som de som profesjonsgrupper også gjerne regnes som viktige interessebærere (Abbott, 1988; Freidson, 1970; Johnson, 1972; Larson, 1977). Dette kan belyses nærmere gjennom anvendelse av profesjonsteori, og jeg vil i neste avsnitt presentere det profesjonsteoretiske perspektivet jeg anvender i avhandlingen.

### **2.3 Profesjoner, profesjonalisme og identitet**

Evetts (2003) skiller mellom profesjonalisme som et verdisystem og profesjonalisme som en kontrollerende ideologi. Denne distinksjonen kan spores tilbake til ulike retninger innenfor profesjonsteorien hvor funksjonalismen<sup>7</sup> relaterer til profesjonalisme som verdisystem, mens maktteoretikerne<sup>8</sup> målbærer profesjonalisme som en ideologi (ibid). Den profesjonsteoretiske orienteringen i min avhandling er en form for syntese mellom den verdiorienterte og den ideologisk orienterte retningen, hvor det ligger til grunn at profesjonsgrupper har en identitet, og drives både av sentrale profesjonsspesifikke logikker og verdier, men også av forhold som vil komme de profesjonelle som gruppe til gode. Profesjonene kjemper altså for egne interesser og for sin faglige integritet og sitt normative og verdimeslige grunnlag. Man er sosialisert inn i en kollektiv selvforståelse som gjør at begge disse agendaene er en del av de profesjonelles fortolkningsrammer.

---

<sup>7</sup> Eks (Carr-Saunders & Wilson, 1933; Durkheim & Turner, 1992; Hughes, 1958; Marshall, 1950; Parsons, 1951)

<sup>8</sup> Eks (Freidson, 1970; Johnson, 1972; Larson, 1977)

Professionalization does not equal the professional use of tools and instruments – professionalization is also about social closure, paradigms, values, ethics, in short about identities, about what it means to be a member of a profession (van Bockel & Noordegraaf, 2006:588)

I den videre fremstillingen vil det profesjonsteoretiske grunnlaget bli nærmere utdypet gjennom begreper som profesjonelle prosjekter (Larson, 1977), jurisdiksjon (Abbott, 1988), organisatorisk og faglig profesjonalisme (Evetts, 2009) og identitet (Albert & Whetten, 1985; Freidson, 1994; Pratt, Rockmann, & Kaufmann, 2006; Sahlin-Andersson, 1994). Jeg vil imidlertid først gå litt nærmere inn på profesjonsbegrepet.

### **2.3.1 Hva er en profesjon?**

Det er utarbeidet mange definisjoner på profesjoner, men ingen definisjon det er helt konsensus om. Det er imidlertid en rimelig bred enighet om at profesjoner er en type yrke som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning. Det er yrker med spesielle koblinger til høyere utdanning og forskning (Molander & Terum, 2008). Noordegraaf (2007) beskriver den ”rene” profesjonalismen - hvor innhold og kontroll er sentrale komponenter - på følgende måte:

Professionals must know and do certain things to be professional (content), and they must be part of professional associations (control) to acquire content and be regarded as professionals with special privileges (s. 765-766).

Relatert til innholdskomponenten henviser Noordegraaf til at de profesjonelle har vært igjennom en spesifikk utdannelse hvor de har lært hvordan de skal håndtere ulike forhold, og gjennom trening og praktisk erfaring utvikles evnen til å forstå situasjoner og handle adekvat i forhold til situasjonene. Dette handler om både funksjonell dyktighet, refleksive evner, taus kunnskap og atferdsmessige ferdigheter (ibid). I forhold til kontrollkomponenten fokuserer Noordegraaf på hvordan profesjonelle blir profesjonelle når de er en del av en profesjon som konstituerer, definerer og kontrollerer profesjonelt arbeid. I tillegg knyttes institusjonell disiplin og kontroll opp mot kunnskapsoverføring, jurisdiksjon, atferdskoder og tilsyn (ibid).

Innenfor den funksjonalistiske profesjonsforskningen, som Carr-Saunders og Wilson (1933) regnes som opprinnelsen til (Abbott, 1988; Erichsen, 1996), beskjeftiget man seg med typiske særtrekk ved profesjonene og en beskrivelse av de spesifikke samfunnsmessige funksjoner disse gruppene har (Kragh Jespersen, 2005). I begynnelsen av 1970 tallet gikk profesjonsforskningen fra funksjonalismen i retning av et mer maktteoretisk perspektiv (Erichsen, 1996). Fra å fokusere på særlige karakteristika ved profesjoner og profesjonenes funksjoner gikk man over til å fokusere på hvordan legene søkte makt i stedet for kollegialitet

og tillit (Freidson, 1970), og hvordan de profesjonelle søkte å oppnå privilegier på bekostning av andre grupper (Johnson, 1972). En retning som hadde sitt utspring fra maktteorien er det neo-weberianske perspektivet hvor fokuset er på hva profesjoner gjør når de forhandler og fastholder en særegen posisjon i samfunnet (Sognstrup, 2003). En av de mest sentrale forskerne innenfor denne retningen er Magatti S. Larson (1977) som er opprinnelsen til begrepet ”det profesjonelle prosjekt”.

### **2.3.2 Profesjonelle prosjekter**

”Det profesjonelle prosjekt” er en profesjonell gruppes kollektiv kamp for å oppnå monopol på spesifikke fagområder og derigjennom oppnå sosial status og makt (Larson, 1977)<sup>9</sup>. Det profesjonelle prosjekt er et kontinuerlig pågående prosjekt hvor det fremste målet er å oppnå ”social closure”. Begrepet beskriver hvordan enkelte grupper klarer å monopolisere fordeler på bekostning av andre grupper og begrense adgangen til gruppedlemskap. Ulike eksklusjonsmekanismer anvendes for å begrense tilgangen til belønninger og privilegier til kun å gjelde en snever krets. En måte å drive eksklusjon på er å kontrollere adgangen til statusgruppen gjennom utdanningssystemet og forskningen. En annen måte er å oppnå lovbestemte rettigheter som innebærer autorisasjonskrav som kan forhindre at andre grupper trenger seg inn på deres fagområder. Leger og sykepleiere er beskyttet av slike autorisasjonskrav.

Et premiss i den neo-weberianske retningen er antagelsen om at individer følger egne interesser, hvor faggrupper bestående av individer besitter kunnskap som kan legitimere deres interesseforfølgelse (Sognstrup, 2003). Profesjonenes utvikling og profesjonelle prosjekt handler da om avgrensede gruppers monopolisering av sosiale posisjoner, som gir høy status og materielle belønninger (Larson, 1977). Profesjonaliseringsprosessen innebærer å kjempe for de institusjonelle rammene for deres arbeid, hvor man jobber for å oppnå monopol på relevante arbeids- og kunnskapsområder, kognitiv og formell makt i forhold til det profesjonelle arbeidets legitimitet og autonomi, samt adgangskriterier for og sosialisering av nye medlemmer og faggruppens sosiale og materielle status. Forholdet til staten er særlig viktig i det profesjonelle prosjekt, hvor profesjon og stat forhandler om rettigheter og plikter knyttet opp mot henholdsvis monopol og autonomi, selvregulering og etisk atferd. Videre må de profesjonelle forholde seg til utdanningsinstitusjonene, andre relaterte profesjoner, den generelle offentligheten, lovgivning, historie, tradisjoner, maktposisjoner og teknologisk

---

<sup>9</sup> Beskrivelsen av det profesjonelle prosjekt er basert på Larson (1977) der ingen andre referanser er nevnt.

utvikling, som alt setter rammer for det profesjonelle prosjektet, samtidig som det også tilfører ressurser og muligheter for utvikling for profesjonsgruppene. I de nordiske landene er interaksjonen mellom stat og profesjon tettere enn i de anglosaksiske landene som teorien om ”det profesjonelle prosjekt” stammer fra. Den norske velferdsstaten er bygd opp rundt profesjonenes tjenester, og Ole Bergs (1987) medikrati er en historie om hvordan profesjonene, spesifikt legeprofesjonen, historisk har vært svært involvert i utformingen av norsk helsepolitikk. På den annen side innebærer dette tette samspillet mellom stat og profesjon en langt større detaljregulering av de profesjonelle enn tilfellet er i for eksempel USA.

Institusjonelle endringer i omgivelsene eller i de faglige kjerneområdene kan utfordre det profesjonelle prosjektet. En profesjon må hele tiden arbeide for å opprettholde og utvikle eksistens, legitimitet og makt, hvilket innebærer at profesjonaliseringsprosjektet pågår kontinuerlig (Larson, 1977). Det er særlig viktig å bevare kontrollen over kunnskapsområdet og opprettholde legitimitet for denne kontrollen i omgivelsene. ”Den beste kontrollen en profesjon kan ha er at ingen stiller spørsmålsteget ved om en gitt profesjon skal ha dette monopoliet og være plassert øverst i den sosiale orden. Denne posisjonen er viktig, og vedlikeholdet av denne posisjonen kan gjøres ved å sikre at nye oppgaver og nye organisatoriske konsepter fortolkes i overensstemmelse med profesjonens interesser” (Sognstrup, 2003). Et vellykket profesjonelt prosjekt er:

... monopoly of competence legitimised by officially sanctioned ”expertise”, and a monopoly of credibility with the public (Larson, 1977:38).

Begrepet har en prosessuell karakter, og fokuserer på hva de profesjonelle gjør når de søker å ivareta interessene ved å utvide eller fastholde den særlige posisjon de har i samfunnet. Samtidig er den enkelte profesjonelle også med på å vedlikeholde eller nedbryte det profesjonelle prosjekt gjennom dennes handlinger som igjen skaper oppfatninger av den profesjonelle.

Det profesjonelle prosjekt er en teoretisk ramme for en beskrivelse av legenes og sykepleiernes profesjonaliseringsprosesser og vedlikeholdet av profesjonaliseringen. Den nye politikken kan true de profesjonelle prosjektene, og jeg er opptatt av om og hvordan de på utøvende nivå vedlikeholder prosjektet i møte med politiske og organisatoriske endringer. Det profesjonelle prosjektet blir da en overordnet betegnelse på en prosess som profesjonene som gruppe på makronivå har gått igjennom og går igjennom, som belyser en kollektiv kamp for

profesjonsstatus. Samtidig må prosjektet ivaretas i praksis på utøvende nivå. Det profesjonelle prosjektet fungerer derfor som et overordnet rammeverk som illustrerer at profesjonene har kollektive egeninteresser som de har arbeidet for å innfri og som de må fortsette å arbeide for å beholde. Jeg ser bare på en liten bit av dette prosjektet fordi jeg ikke studerer det på makronivå, men på mikronivå. Det er elitene som driver det frem, men det må understøttes av massene for å få reell verdi. Den lille biten ekskluderer også profesjonenes direkte arbeid for å påvirke politikken, men inkluderer profesjonenes responser på politikken. Fokuset i avhandlingen er først og fremst hvordan det profesjonelle prosjektet utspiller seg på mikronivå, der de vanlige legene og sykepleierne arbeider med sine pasienter og profesjonelle arbeid. For å forstå den lille biten anvendes også begrepet jurisdiksjon (Abbott, 1988), som sammen med det profesjonelle prosjektet knytter makro og mikronivået sammen.

### **2.3.3 Jurisdiksjon, NPM og profesjonalisme**

Abbott (1988) tar utgangspunkt i de profesjonelles arbeid, deres myndighet og ansvar innenfor arbeidsområdene og brytningene mellom relaterte profesjonsgrupper. Jurisdiksjon omhandler forbindelsen mellom profesjoner og arbeid, hvor jurisdiksjon definerer grenseflatene mellom profesjonenes arbeidsområder. Begrepet søker å fange inn profesjonenes kollektive konstituering og profesjonens arbeid (Halvorsen, 1995, p. 39).

The central phenomenon of professional life is thus the link between a profession and its work, a link I shall call jurisdiction (Abbott, 1988:20)

Abbott knytter sammen to analysenivåer som tradisjonelt hadde vært adskilt i profesjonsforskningen; makronivået hvor fokuset har vært på politiske og sosiale/kulturelle verdsettingsprosesser og mikronivået hvor man har fokusert på arbeidsplassrelasjoner frikoblet fra den strukturelt forankrede verdsettingsprosessen (Halvorsen, 1995).

Abbott identifiserer 6 ulike jurisdiksjonsformer:

1. Full jurisdiksjon: innebærer entydige og anerkjente grenser mellom profesjonens område og andre profesjoner domener.
2. Underordning: den ene profesjon er som en hjelpeprofesjon til en annen, og innebærer at arbeidet styres av delegering, taushetsplikt og informasjonsplikt.
3. Intellektuell jurisdiksjon: konkurranse om oppgavene, men samtidig kunnskapsmessig kontroll hos en bestemt profesjon.



4. Rådgivende jurisdiksjon: en profesjon har rett til å gi råd i forhold til noen aspekter av arbeidet. Den beslutningstakende profesjon har plikt til å søke råd hos den som har rådgivende kontroll, men ikke plikt til å følge rådene.
5. Arbeidsdeling: funksjonelt forskjellige, men strukturelt likeverdige profesjoner. Det er denne jurisdiksjonsformen sykepleierne har forsøkt å oppnå ved å argumentere for at sykepleie er et selvstendig fag og ikke et underfag av medisinen (Sognstrup, 2003).
6. Klientdifferensiering: her etableres grenser mellom profesjonene ved å dele klientene og ikke arbeidet.

Man har et formelt system av stillinger og roller, mens det er i praksis når man arbeider med andre grupper at den reelle jurisdiksjonen utfolder seg. Det kan med andre ord være forskjell mellom formell og uformell jurisdiksjon. Arbeid blir et konstituerende element i profesjonaliseringsprosessen. Når det skjer endringer i politikk eller i organisasjonen kan det skape nye jurisdiksjonelle forhold (Abbott, 1988), samtidig som det kan ta lang tid før det oppnås samsvar mellom formell og uformell jurisdiksjon. NPM har bidratt til nye betingelser for de profesjonelle gjennom endrede kontroll- og styringsformer (Evetts, 2009), og man kan stille spørsmålsteget ved om dette og den lokale materialiseringen av den statlige politikken skaper endrede jurisdiksjoner. Introduksjon av markedskrefter tenderer til å endre etablerte jurisdiksjoner til nye forhold mellom kunnskap, arbeid og status (Doolin, 2002). De profesjonelles muligheter til å kontrollere det profesjonelle arbeidet selv er svekket (Noordegraaf, 2007), og slik sett kan det tenkes at det har blitt etablert nye jurisdiksjonelle relasjoner. Det Abbott særlig bidrar med er hvordan systemet av profesjoner påvirker hverandre, og hvordan endringer i en profesjon kan skape endrede jurisdiksjoner også for andre profesjoner. De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet i spesialisthelsetjenesten bærer i seg nye kontrollformer og endrede ansvarsområder, som intensjonelt påvirker jurisdiksjoner på ledernivå og utøvende nivå.

Evetts (2009) ser på forholdet mellom NPM og profesjonalisme, hvor hun hevder at de mange endringene i konteksten til de profesjonelle har bidratt til en redefinering av det profesjonelle arbeidet. Hun skiller her mellom to former for profesjonalisme som man kan tenke seg at ulike individer i en organisasjon kan representere: *organisatorisk profesjonalisme* og *faglig profesjonalisme*. Faglig profesjonalisme referer til den tradisjonelle profesjonalismen, hvor tillit og autonomi har vært sentralt. Tilliten har blitt reflektert gjennom autorisasjon som

målbærer en teknisk kompetanse, og gjennom kollegial overvåkning og kontroll over arbeidet som inkluderer autonomi og selvdisiplin innenfor de profesjonelle gruppene. Organisatorisk profesjonalisme knyttes opp mot organisatorisk eller ekstern kontroll av arbeidet gjennom kvalitetsmålinger og kunde tilfredshetsmålinger, kvasi-markeder, produksjon og gjennomsiktighet. Profesjonelt arbeid blir definert som service produkter som skal selges, prises og individuelt evalueres og belønnes og blir i den forstand kommersialisert (Evetts, 2009). Evetts argumenterer for at NPM promoterer organisatorisk profesjonalisme og underminerer faglig profesjonalisme, og hevder at det er blitt etablert en institusjonell mistillit til de profesjonelles evne til å regulere kvaliteten i deres arbeid. Det institusjonelle grunnlaget for indre selvkontroll i profesjonene blir svekket av politiske prosjekter som har som agenda å undergrave profesjoner som autonome sammenslutninger (Grimen, 2008), hvilket også kan relateres til endringer i jurisdiksjonen. Især legenes tradisjonelle høytstående posisjon og utstrakte autonomi innenfor sykehussektoren er et viktig aspekt i forståelsen av den institusjonelle dynamikken som oppstår i møtet mellom profesjoner, organisasjoner og politiske prosjekter. De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet er knyttet opp mot å redusere deler av de profesjonelles autonomi og indre selvkontroll, og øke den ytre kontrollen i forhold til kvalitet og produktivitet. Den profesjonsinterne kontrollen, eller klankontrollen søkes å erstattes med markedskontroll og hierarkisk kontroll<sup>10</sup> (Ouchi, 1980), hvor endringene begrenser profesjonalisme og profesjonell makt (Noordegraaf, 2007). Kvalitetsmålet er fra statlig hold blant annet effektuert gjennom nasjonale kvalitetsindikatorer som måler noen kvalitetsdimensjoner, hvor resultatene legges ut på nettet til offentlig gjennomsyn. DRG systemet er et annet eksempel på hvordan aktiviteten på sykehusene måles og belønnes. Begge disse eksemplene illustrerer tendensen til at den statlige politikken går i retning av å stimulere til mer organisatorisk profesjonalisme, men hvordan gjenspeiles dette i den daglige praksis fortolket av de profesjonelle? Hvordan tillegges disse endringene mening, og har de profesjonelle en oppfatning om jurisdiksjonelle endringer?

Med bakgrunn i de endringsdynamikkene som organisatorisk profesjonalisme og foretakslogikken målbærer, og i den grad dette har hatt innflytelse på hvordan de profesjonelle oppfatter eget arbeid, kan man stille spørsmål ved om dette kan påvirke profesjonsidentiteten til legene og sykepleierne. De faglige identitetene spiller en stor rolle for mange av de profesjonelle (Kragh Jespersen, 2005), og disse identitetene kan komme i

---

<sup>10</sup> Freidson (2001) har en lignende distinksjon mellom ulike kontrollformer; profesjonell kontroll, kundekontroll og lederkontroll.

konflikt med nye organisatoriske betingelser, en endret organisasjonsidentitet og nye tenkemåter i helsesektoren og i det lokale helseforetaket. Jeg vil i neste avsnitt komme nærmere inn på identitetsbegrepet og hvilke teoretiske perspektiver på identitet som skal anvendes i avhandlingen.

### 2.3.4 Identitet

I utgangspunktet var ikke identitet et tema for avhandlingen. Imidlertid ble det underveis i datainnsamlingen, og særlig i analysen av intervjuene, tydelig at anvendelsen av identitetsbegrepet og teori i tilknytning til dette ville være en nyttig og supplerende teoretisk ramme i analysearbeidet. Både profesjonsteori og institusjonell teori representerer viktige og relevante tilnæringsmåter til datamaterialet, samtidig som disse retningene ikke synes å ha et godt nok rammeverk for å analysere og forstå de empiriske dataene i tilknytning til organisatorisk og profesjonell selvforståelse. Jeg har derfor supplert det teoretiske rammeverket med temaer innenfor identitetsteori *etter* datainnsamlingen<sup>11</sup>. Et av begrepene som anvendes i avhandlingen, og som kan synes noe overlappende med identitetsbegrepet, er *institusjonelle logikker*. Institusjonelle logikker og identitet er tett relatert til hverandre og påvirker hverandre gjensidig, samtidig som begrepene vektlegger ulike områder. Et sentralt spørsmål i tilknytning til identitet er ”hvem er jeg/vi?” (Albert & Whetten, 1985), mens spørsmål i tilknytning til institusjonelle logikker er knyttet opp mot ”hvordan skal jeg forstå verden?” og ”hva er legitime handlinger?” (Suddaby & Greenwood, 2005).

Identitetsbegrepet anvendes også på mange ulike områder og analytiske nivåer (Kärreman & Alvesson, 2004; Ravasi & van Rekom, 2003). Noen eksempler er organisasjonsidentitet (Albert & Whetten, 1985; Hatch & Schultz, 2002, 2004), sosial identitetsteori (Ashforth & Mael, 1989), identitet og image (Dutton & Dukerich, 1991; Gioia & Thomas, 1996) og identifikasjon (Dutton, Dukerich, & Harquail, 1994). Jeg viser til identitetsbegrepet hovedsakelig på to måter som empirisk står i sammenheng med hverandre, samtidig som de trekker veksler på ulike teoretiske tradisjoner innenfor identitetsteori. På organisatorisk nivå anvender jeg organisasjonsidentitet (Albert & Whetten, 1985), og i forhold til profesjonene som gruppe anvender jeg profesjonsidentitet (Freidson, 1994; Sahlin-Andersson, 1994).

---

<sup>11</sup> I kapittel 3 utdyper jeg de metodologiske overveielserne i forbindelse med endring av problemstilling og supplerings av det teoretiske rammeverket.

Albert og Whetten (1985) definerer organisasjonsidentitet som *those characteristics of an organization that its members believe are central, distinctive and enduring*. Organisasjonsidentitet svarer på spørsmål som “Hvem er vi?”, “Hva driver vi med?” eller “Hva vil vi være?” (ibid). Den medisinske profesjonens solide posisjon og autonomi innenfor sykehussektoren regnes for å være sentral for sykehusenes organisasjonsidentitet og distinktive egenskaper (Kragh Jespersen, 2001), samtidig som den organisatoriske profesjonalismen, som NPM ser ut til å stimulere til, kan bidra til å endre sykehusenes organisasjonsidentiteter (jmf Evetts, 2009). Organisasjonsidentitet er en nyttig konseptualisering for å forstå hva som skjer i organisasjonen og hvordan aktørene fortolker de organisatoriske endringene. Hvis eksempelvis sykehusaktørene oppfatter at det overordnede fokuset i organisasjonen er økonomisk balanse og i mindre grad pasientens behandlings- og omsorgsbehov, kan man oppleve at dette er i konflikt med hvordan organisasjonens medlemmer tradisjonelt har oppfattet sykehusets distinkte, sentrale og varige karakteristikker.

Som medlemmer av en organisasjon kan de profesjonelle identifisere seg med organisasjonen, og styrken i denne organisasjonsidentifikasjonen reflekterer i hvilken grad innholdet i medlemmets selvforståelse er knyttet opp mot dette medlemskapet (Dutton, et al., 1994). Samtidig blir det hevdet at profesjonelle ofte er mer tilknyttet sin profesjon enn til sin organisasjon (Halford & Leonard, 2002). Freidson (1994) hevder at et nøkkeltrekk for å kalle seg en profesjon er eksistensen av en felles profesjonsidentitet. Profesjonene har som gruppe, gjennom profesjonaliseringsprosessen, utviklet en kollektiv profesjonsidentitet, som bygger på et felles kunnskapsgrunnlag, arbeidsoppgaver av samme slag, delte verdier og normer, forventninger og eierskap, etiske regler og autorisasjon (Freidson, 1994; Halford & Leonard, 2002; van Bockel & Noordegraaf, 2006), hvor de profesjonelle logikkene er sentrale som veivisere for virkelighetsforståelse og passende handlinger. Perspektivet som ligger til grunn her er at profesjonsidentiteten konstitueres av institusjonelle strukturer, hvor forventninger om hvordan et profesjonsmedlem vil opptre i spesifikke situasjoner og fortolkninger av vedkommendes aktiviteter kommer fra den tilskrevne identiteten (Sahlin-Andersson, 1994:133). Profesjonsidentitet blir her anskuet som sosialt konstruert, men internalisert i medlemmene, reproduisert gjennom profesjonelt arbeid og i interaksjon med gruppemedlemmer og andre aktører. Gjennom utdanning, autorisasjon, arbeidserfaring og sosialisering blir man som profesjonell en del av profesjonsgruppen og vil – i ulik grad – ta til seg den delte profesjonsidentiteten slik at denne blir en del av ens egen selvforståelse som profesjonell. Denne vinklingen tilsier at det antas at det kan være en forholdsvis tett

tilknytning mellom profesjonsidentitet, den enkeltes profesjonelle identitet og det profesjonelle arbeidet. I forlengelsen av dette resonnementet kan sentrale spørsmål være ”hva vil det si å være en lege/sykepleier?” og ”hva slags arbeid skal en lege/sykepleier gjøre?”.

Det profesjonelle arbeidet utføres av de profesjonelle innenfor den organisatoriske konteksten, og er et av de sentrale tilknytningspunktene mellom profesjonen, organisasjonen og den profesjonelle. Sammenhengen mellom arbeid og identitet er drøftet av flere forskere (for eksempel Halford & Leonard, 2002; Halford & Savage, 1995; Pratt, et al., 2006). Spørsmål om arbeidet former identiteten eller om identiteten former arbeidet har vært to dominerende retninger innenfor denne tematikken (Halford & Leonard, 2002). Hva skjer med profesjonsidentiteten hvis innholdet i det profesjonelle arbeidet endres? Satt på spissen vil den førstnevnte retningen hevde at identiteten vil endres som en følge av de omfattende omveltningene offentlig sektor har gjennomgått, mens den andre retningen vil hevde at identiteten, på grunn av dens stabilitet, vil være motstandsdyktig mot endringene (ibid).

Pratt, Rockman og Kaufman (2006) fant en sterk sammenheng mellom identitetsutvikling og arbeid. Til tross for at deres studie hovedsakelig er konsentrert rundt konstruksjonsprosessen av profesjonelle individuelle identiteter, kan deler av deres teoretiske bidrag anvendes i studier av opprettholdelse og endring av profesjonelle identiteter. Det jeg særlig vil trekke frem er deres funn som viser at det oppstår endringer i den profesjonelle identiteten når deres selvoppfatning av hvem de er som profesjonelle ikke stemmer overens med det arbeidet de gjør (ibid:241). Når det man gjør, ikke stemmer overens med den man oppfatter seg selv som, kan man enten endre det man gjør eller endre hvordan man ser på seg selv (Pratt, et al., 2006). Pratt, Rockman og Kaufman fant blant annet at grad av medbestemmelse i arbeidet, styrken i identiteten og kraften i identitetskrenkelsen var sentrale faktorer for de profesjonelles tilpasningsstrategier når det var diskrepans mellom arbeid og identitet. Gjennom et fokus på legenes og sykepleiernes oppfatning av det profesjonelle arbeidet de gjør, på deres selvoppfatning som profesjonelle og på hvordan det lokale helseforetaket oppfattes, legges det til rette for at de institusjonelle mikrodynamikkene på utøvende nivå som datamaterialet fremviser kan utforskes ytterligere.

## **2.4 Sammenkobling av teoriene**

Det overordnede perspektivet er at helsepolitikken har gått igjennom en endringsprosess hvor man har adoptert tankemønstre og løsninger inspirert fra NPM, som i denne konteksten omtales som foretakslogikk. Denne logikken er ny og presumptivt annerledes enn den medisinske og sykepleiefaglige logikken, hvilket impliserer en situasjon med potensielt konkurrerende institusjonelle logikker i spesialisthelsetjenesten. De profesjonelle forutsettes å være utøvere av statens politikk og det profesjonelle arbeidet kan anses som spesialisthelsetjenestens kjernevirksomhet. De statlige målene om økt kvalitet og produktivitet har til dels som mål å endre det profesjonelle arbeidet i tråd med foretakslogikken, samtidig som de profesjonelle møter organisatorisk fortolkede versjoner av den statlige politikken. Problemstillingen for avhandlingen er fokusert rundt hvordan de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet og nye organisatoriske betingelser influerer det profesjonelle arbeidet til leger og sykepleier og deres profesjonsidentitet.

Mitt hovedbidrag er at jeg ser på *resultatene av mikroprosessene når konkurrerende logikker møtes*. For å forstå mikrodynamikkene i institusjonelle endringsprosesser og grad av institusjonell endring vil jeg studere nye organisatoriske betingelser og meningsdannelse rundt endringer i det profesjonelle arbeidet til sykepleierne og legene. De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet skal oversettes organisatorisk, men utfallet av oversettelsesprosessene er et empirisk spørsmål. Foretakslogikken som de statlige målene målbærer, møter med stor sannsynlighet etablerte institusjonelle logikker og strukturer, noe som kan skape nye institusjonelle ordninger på organisasjonsnivå. Samtidig kan det oppstå situasjoner hvor alt fra at ulike logikker eksisterer side om side til at foretakslogikken adopteres av lederne og de profesjonelle. Sistnevnte kan innebære deinstitutionalisering av komponenter i de profesjonelle logikkene hvor tatt-for-gitt forståelser og legitimitetskriterier forandres. Det profesjonelle arbeidet er et av de viktigste elementene i konstituering og rekonstituering av de profesjonelle logikkene og identitetene, og slik sett kan de profesjonelles oppfatninger av endringer i det profesjonelle arbeidet være en indikasjon på institusjonell endring i det lokale helseforetaket.

Et av de teoretiske premissene for avhandlingen innebærer at et eksogent institusjonelt press som de statlige målene representerer, ikke nødvendigvis blir fullt ut institusjonalisert i det lokale helseforetaket. I teorikapitlet har jeg ut i fra nyinstitusjonell teori skissert ulike potensielle scenarioer i møte mellom statlig politikk, lokalt helseforetak og profesjonell

praksis. Et mulig scenario er at det a) oppstår *løse koblinger mellom reformer, strukturer og utøvende praksis* (Nils Brunsson, 2003; Kragh Jespersen, 1999; Meyer & Rowan, 1977). Et annet scenario b) foreslår *grader av institusjonell endring* hvor eksempelvis organisatoriske oversettelser er formalisert, men ikke stabile, legitime og tatt-for-gitt (Colyvas & Powell, 2006; Greenwood, et al., 2002; Tolbert & Zucker, 1996). Et tredje scenario c) innebærer at det skjer en *institusjonell endring hvor strukturer, praksis og legitimitetskriterier endres* (Dacin, et al., 2002; Suddaby & Greenwood, 2005), og et fjerde scenario d) foreslår at det dannes *hybridformer* hvor ulike logikker influerer strukturer, praksiser og fortolkningsrammer i et sammensatt samspill (Pedersen & Dobbin, 2006).

Det antas at den innflytelsen de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet – oversatt organisatorisk – har på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne vil være avhengig av kraften og det tvangsmessige i det institusjonelle presset, grad av inkompatibilitet mellom reformenes logikker og ledernes og de profesjonelles logikker og de profesjonelles egne reaksjoner og interesser.

I neste kapittel vil jeg presentere avhandlingens design, metode og analysestrategi, mens jeg i kapittel 4 vil gi en fremstilling av utviklingen i den norske helsetjenesten, de statlige målene om økt produktivitet og kvalitet, foretakslogikken, profesjonaliseringsprosjektene til legene og sykepleierne, samt en beskrivelse av de idealtypiske<sup>12</sup> profesjonsidentitetene og profesjonelle logikkene disse to profesjonsgruppene er bærere av.

---

<sup>12</sup> Beskrivelsen av de profesjonelle logikkene må regnes som idealtypiske modeller som ikke nødvendigvis eksisterer i en ren form i praksis, samtidig som de gir en nyttig kategorisering og systematisering av tradisjonelle og sentrale trekk ved det profesjonelle arbeidet, profesjonene og deres meningssystemer.

## **3 Design og metode**

### **3.1 Innledning**

Problemstillingen tar utgangspunkt i to statlige mål; økt produktivitet og økt kvalitet. Den organisatoriske oversettelsen av disse to forskjellige målene, og hvordan de nye organisatoriske betingelsene influerer det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne, blir studert og sammenlignet. Det vitenskapsteoretiske perspektivet for studiet blir kort fremstilt i påfølgende avsnitt. Videre presenterer jeg henholdsvis design og datainnsamlingsmetoder. Dernest går jeg inn på den konkrete analysestrategien, som fokuserer på tre trinn i analyseprosessen; 1) Koding av datamaterialet; 2) meningsfulle og informative data, og 3) konkludering. Det er trukket frem et eksempel fra eget analysearbeid for å illustrere fremgangsmåten i alle tre fasene i analysearbeidet.

### **3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv**

Det vitenskapsteoretiske utgangspunktet for avhandlingen har sitt utspring fra sosialkonstruktivismen, hvor den sosiale virkelighet studeres gjennom de meninger aktørene tillegger ulike fenomener, strukturer og handlinger (Esmark, Bagge Laustsen, & Åkerstrøm Andersen, 2005). Den *sosiale* virkeligheten er bygd opp av en rekke institusjoner som er sosialt konstruerte (Wenneberg, 2000), hvor mange fenomener tas-for-gitt; de fremstår uforanderlige og systembårne (Kragh Jespersen, 2005:292). På samme tid er aktørens handlinger preget av egne oppfatninger og fortolkninger, hvor de selv bidrar til å konstruere og rekonstruere de sosiale sammenhengene de inngår i (Berger & Luckmann, 1967; Kragh Jespersen, 2005; Wenneberg, 2000). De nye organisatoriske betingelsene i det lokale helseforetaket er sosialt konstruerte, men kan fremstå som objektive for de ulike aktørene. Videre kan strukturer, systemer og andre organisatoriske betingelser innenfor det lokale helseforetaket fortolkes på forskjellige måter av de ulike aktørene, slik at den sosiale virkelighet ikke nødvendigvis fremstår som ensartet for hele kollektivet. Det er respondentenes perspektiver på organisatoriske betingelser og det profesjonelle arbeidet som er gjenstand for den empiriske datainnsamlingen og analysen. Det søkes dermed ikke etter en objektiv virkelighet, men virkeligheten slik den blir fortolket av aktørene. Et slikt perspektiv kan bidra til å studere mer enn overflatebildene og det umiddelbare, og finne ut mer om underliggende drivkrefter (Wenneberg, 2000). I tråd med terminologien til Suddaby og Greenwood (2009) anlegger jeg et fortolkende perspektiv på institusjonell endring, hvor skifte i mening, forståelser og verdier er sentrale fokuspunkter.



### **3.3 Komparativt casestudiedesign**

De siste års reformer i spesialisthelsetjenesten initierer samlet sett en endring i organisatoriske betingelser for aktiviteter innenfor sykehusorganisasjonene og noen endringer i de profesjonelles praksiser. Samtidig viser en rekke studier at politisk initierte reformer i kunnskapsorganisasjoner i mange tilfeller ikke får den innvirkningen på organisasjonene og praksis slik det var intendert (for eksempel Kragh Jespersen, 2005; Læg Reid, Roness, Røvik, & Christensen, 2004; Zeuthen Bentsen, 1999). Reformen fortolkes og oversettes lokalt (Morris & Lancaster, 2006; Røvik, 2007; Sevón & Czarniawska, 1996), og institusjonaliserte logikker vil prege vurderingene som blir gjort lokalt (Mo, 2006). Mye av forskningen som er gjort i kjølevannet av NPM reformer i tilknytning til spesialisthelsetjenesten er gjort på analysenivåer over utøvende nivå (for eksempel Byrkjeflot & Neby, 2008; Neby, 2009 ; Opedal & Stigen, 2005), eller i direkte tilknytning til ledelse i sykehus (Borum, 2003; Kragh Jespersen, 2005; Llewellyn, 2001; Mo, 2006; Skjøld Johansen, 2009; Sognstrup, 2003; Torjesen, 2008). Samtidig er det de profesjonelle som er utøvere av den statlige politikken ovenfor brukere av spesialisthelsetjenesten, hvilket innebærer at de profesjonelles meningsdannelse rundt endrede betingelser for det profesjonelle arbeidet kan være viktig for hvordan reformene eller statlig politikk ”virker”. Det er nettopp de profesjonelles meningsdannelse rundt de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, oversatt organisatorisk og det profesjonelle arbeidet, og den betydning dette får for det profesjonelle arbeidet, jeg har vært interessert i. Å øke forståelsen for dynamikken mellom de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, organisasjonen og profesjonene kan kun skje innenfor den naturlige konteksten – organisasjonen – til profesjonene. Denne vinklingen henledet mot et forskningsdesign som kan romme kompleksitet, dybde og ulike vinklinger på temaet, og et casestudiedesign ble valgt.

Maaløe (2002) definerer casestudier på følgende måte:

Empiriske undersøkelser av samtidige fenomener, som foregår innenfor rammene av deres eget liv, og som ikke alltid møter en innlysende klar grenseflate mellom fenomen og kontekst, og videre som krever at undersøger til gjengjeld søker å inndra så mange datakilder som mulig. (s.58)

Det ble valgt et komparativt casestudiedesign, hvor jeg har gjort sammenligninger på tre dimensjoner; 1) to statlige mål, 2) to ulike avdelinger og 3) to profesjonsgrupper. Casestudiet har foregått i et mellomstort lokalt helseforetak i Norge, som har som følge av reformene gjennomført betydelige effektiviseringstiltak og omfattende strukturendringer, og vurderes som et normalcase innenfor det norske sykehusfeltet. Innenfor det lokale helseforetaket ble det valgt ut to ulike avdelinger, en kirurgisk og en medisinsk avdeling, som er ulike i forhold

til kjerneoppgavens karakter. Ved den kirurgiske avdelingen er en god del av virksomheten basert på at pasientene har spesifikke diagnoser som de kommer inn og blir behandlet gjennom kirurgiske inngrep. Sammenlignet med kirurgen har den medisinske avdelingen en langt større andel akutte innleggelser, hvor diagnosene kan være mer diffuse og komplekse. Sammenligningen av disse to ulike avdelingene tok utgangspunkt i at ulikhetene i de kirurgiske og medisinske kjerneoppgavens karakter har betydning for hvordan de relaterte aktørenes profesjonelle arbeid påvirkes av reformene og endrede rammebetingelser (Kragh Jepsen, 2005; Waks, 1999; Vrangbæk, 1999).

Implisitt i problemstillingen ligger det at legers og sykepleieres profesjonelle arbeid er gjenstand for studier. Valget av disse to profesjonsgruppene er gjort på grunnlag av deres dominerende posisjon i sykehuset både tallmessig og med tanke på utførelsen av sykehusets kjerneoppgaver. Videre er de som profesjonsgrupper tett relatert til hverandre, samtidig som de har ulike formelle jurisdiksjonsområder. Deres profesjonelle arbeid i sykehusene er tett knyttet sammen, samtidig som deres sentrale kunnskapsgrunnlag og arbeidsoppgaver er forskjellige. Legene har tradisjonelt blitt regnet som en idealtypisk profesjonsgruppe (Abbott, 1988), og har historisk hatt vesentlig organisatorisk makt i sykehusene og i utformingen av den norske helsepolitikken (Mo, 2006; Schiøtz, 2003; Skaset, 2006). Sykepleierne har hatt en mer underordnet posisjon i forhold til legene og har som profesjonsgruppe kjempet for å utvide sin jurisdiksjon ovenfor legene (Melby, 1990). Studier (for eksempel Mo, 2006; Skjøld Johansen, 2009; Torjesen, 2008) viser at det er forskjeller mellom legene og sykepleierne i forhold til hvordan de utformer lederrollene og agerer i tilknytning til enhetlig ledelse. En sammenligning av legene og sykepleierne kan for det første gi økt kunnskap om hvordan jurisdiksjoner mellom legene og sykepleierne forsøkes og endres eller forandres i tilknytning til organisatoriske omstillinger (Abbott, 1988). For det andre kan det bidra til kunnskap om likheter og ulikheter i tilknytning til hvordan de responderer og agerer på nye organisatoriske betingelser. De to profesjonsgruppene blir et referansepunkt for hverandre, hvor ulikheter blir tydeliggjort gjennom komparasjon.

De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet er valgt som utgangspunkt ut i fra at disse to målsetningene ligger implisitt i de statlige reformene og er blant de overordnede målsetningene i den nasjonale helsepolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006b). Bakgrunnen for å sammenligne disse to målsetningene er at de presumptivt utfordrer institusjonaliserte praksiser og kontroll- og reguleringsformer på ulike måter og ulike områder

hos legene og sykepleierne. Dette innebærer at disse to målsetningene i ulik grad og på forskjellige måter er mer eller mindre kompatible med identitet, profesjonelle logikker, praksiser og profesjonsinteresser. Videre synes den norske kvalitetspolitikken forholdsvis desentralisert (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Sosial - og helsedirektoratet, 2005), mens det er lagt et forholdsvis sterkt press på å øke produktiviteten (NOU, 2003:1). Dessuten kan disse målsetningene stå i motsetning til hverandre, ved at det kan være utfordrende å øke kvalitet *samtidig* som produktiviteten skal økes (Lian, 2003a).

Jeg har anvendt en pragmatisk tilnæringsmetode, som innebærer både styrt teorianvendelse og teoriutvikling og er et løpende samspill mellom felt, erfaring og teori (Maaløe, 2002)<sup>13</sup>. I prinsippet muliggjør dette designet endring av fokuspunkt ut i fra hva feltet forteller meg, noe som jeg også til dels har gjort. Jeg gikk inn i feltet med noen teoretiske forestillinger om hva jeg kunne komme til å finne, samtidig som noen teoretiske innfallsvinkler og problemstillingen har blitt justert underveis. Ut i fra teoretisk kunnskap har jeg formulert noen antagelser og antydte noen mulige scenarioer som kunne oppstå i møtet mellom organisatoriske oversatte statlige mål og profesjonelle i utøvende tjeneste. Jeg antydte at profesjonenes egne interesser, grad av logikkinkompatibilitet og styrken i det institusjonelle presset ovenfor de profesjonelle har betydning for hvilken innflytelse den statlige politikken har på det profesjonelle arbeidet. Disse antagelsene blir drøftet i avhandlingen, samtidig som jeg har trukket inn supplerende forklaringsmodeller. Underveis i prosessen med dataanalysen gjorde jeg en vesentlig endring i problemstillingen, hvor fokuset på identitet har blitt inkludert. Denne utvidelsen av problemstillingen ble gjort med bakgrunn i det innsamlede datamaterialet, hvor funnene pekte i en slik retning at det var naturlig å drøfte dataene opp mot teorier om identitet. Denne endringen har vært et supplement, ikke en erstatning for de perspektivene som var utgangspunktet for avhandlingen.

Problemstillingen henspeiler på en flernivå analyse, og kunnskapen om institusjonelle dynamikker kan utvikles gjennom å studere mikroprosessene og hvordan de ulike analysenivåene knyttes sammen (Powell & Colyvas, 2008). De aktuelle analysenivåene er i utgangspunktet det statlige nivå, regionalt foretaksnivå, ulike organisatoriske nivåer innenfor organisasjonen og utøvende nivå. Målsetningene om økt produktivitet og kvalitet er initiert på statlig nivå, og de regionale helseforetakene har fått utstrakt myndighet til å styre de lokale

---

<sup>13</sup> Maaløe (2002) kaller denne tilnærmingen ”eksplorativ integrasjon”

helseforetakene på statens vegne. Jeg har imidlertid ikke vektlagt forhold i tilknytning til det regionale helseforetaket, og har i den forstand kuttet ut et analysenivå. Årsaken til dette valget er til dels avhandlingens begrensede omfang, og at hovedfokuset er rettet mot det utøvende nivået. Dette har som ulempe at jeg ikke har data om oversettelsen av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet på regionale foretaksnivået. Samtidig er det oversettelser av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet i det lokale helseforetaket jeg primært er ute etter.

### **3.4 Datainnsamlingsmetoder**

Avhandlingen er basert på kvalitative datainnsamlingsmetoder, hvor semi-strukturerte, individuelle intervjuer har vært det viktigste redskapet. Utvalg av respondenter ble gjort ut i fra at jeg tok kontakt med avdelingssykepleierne og avdelingsoverlegene ved begge avdelingene, og spurte om de kunne finne noen navn som var villige til å stille opp på intervjuer. Når det gjelder legene fikk jeg noen navn på overleger og assistentleger ved de respektive avdelingene, som da fikk direkte forespørsel fra meg per e-post om de kunne tenke seg å delta i studiet. Ikke alle, men de fleste svarte ja og stilte opp til intervju. De to som takket nei til å stille opp til intervju oppga tidsmangel som årsak. Når det gjelder sykepleierne var det avdelingssykepleier som spurte aktuelle sykepleiere om de ønsket å bli med, hvor disse to lederne oppga navn og tidspunkt for intervjuene.

Ved valg av respondenter ble det vektlagt å finne leger og sykepleiere som hadde vært ansatt lenge i organisasjonen og hadde høy stillingsbrøk, med det formål at intervjuene skulle kunne gi informasjon om *endringer* i organisatoriske betingelser for det profesjonelle arbeidet og innflytelse på det profesjonelle arbeidet som en følge av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet. Det viste seg imidlertid vanskelig å finne et så stort antall sykepleiere med høy stillingsbrøk (75 % – 100 %) som i utgangspunktet var ønskelig<sup>14</sup>. Stillingsbrøken blant respondentene innenfor sykepleiegruppen varierer fra ca 50 % til 100 %. Videre var det en av legene og en av sykepleierne som ikke hadde vært ansatt ved de konkrete avdelingene før de mest sentrale omstillingene var gjennomført. Imidlertid hadde begge forholdsvis lang erfaring ved andre avdelinger. Intervjuene med disse to var allikevel svært informative, blant annet fordi de formidlet historier om konkrete omstillingsprosesser ved avdelingene slik de var blitt det fortalt av sine kollegaer, hvilket gir en viss informasjon om

---

<sup>14</sup> Ved den medisinske enheten var det ikke mulig å få tak i flere enn 6 sykepleiere med stillingsprosent over 50 %, som ønsket å la seg intervju og som ikke var sykemeldt.

hva som er blitt snakket om blant kollegaene utenom disse intervjuene. Også lederne på de ulike hierarkiske nivåene i tilknytning til de to valgte avdelingene ble forespurt om de kunne stille opp på intervjuer. Enhetsleder ved medisinsk enhet takket nei til å delta i undersøkelsen, noe som medførte at assisterende enhetsleder ble intervjuet som representant for dette ledernivået. Av ledere ble begge klinikklederne, assisterende enhetsleder for medisinsk enhet, enhetsleder for kirurgisk enhet, 2 overleger i lederstillinger i tilknytning til medisinsk avdeling, 1 overlege i lederstilling ved kirurgen, samt begge avdelingssykepleierne, intervjuet.

Til sammen ble 30 personer intervjuet; 14 sykepleiere, 7 leger uten lederposisjon, og 9 ledere (herav 5 sykepleiere og 4 leger). Alle intervjuene har blitt gjennomført på den intervjuedes arbeidsplass, i all hovedsak på møterom i nærheten av eller i avdelingen. Intervjuene ble transkribert til tekst, og sendt tilbake til den enkelte respondent, hvor vedkommende har hatt mulighet til å komme med kommentarer, utdypinger og overstrykninger. Kommentarene, som var av en slik art at de ikke forandret essensen i svarene, blir inkludert i den videre analysen. En av legene trakk seg fra undersøkelsen etter å ha lest transkripsjonene av intervjuet. Dette intervjuet er slettet, og ingen data fra dette intervjuet er tatt med i analysene. En sykepleier og en leder ønsket ikke å bli direkte sitert, noe som er respektert. Dataene fra intervjuene er imidlertid inkludert i analysene etter vedkommendes tillatelse. Opptaket med en av sykepleierne ble ødelagt på grunn av en teknisk feil, og er derfor utelatt fra datamaterialet. Grunnlaget for analysene er derfor intervjuer med 28 respondenter. Figur 3-1 viser fordelingen av respondentene i forhold til profesjon, avdeling og lederansvar.

	Leger uten lederansvar	Ledere med legebakgrunn	Sykepleiere uten lederansvar	Ledere med sykepleiebakgrunn
Kirurgisk klinikk	3	1	8	3
Medisinsk klinikk	3	3	5	2

3-1: Intervjuede leger, sykepleiere og leger ved medisinsk og kirurgisk klinikk

3 av lederne med legebakgrunn jobber klinisk, og er eksplisitte på at de regner det kliniske arbeidet som sin hovedgeskjeft. Disse tre legelederne blir inkludert i legegruppen og ledergruppen i analysene, men der hvor det er totalresultater blir de regnet bare gang. Når det refereres til *legene* så er disse tre legelederne inkludert i denne gruppen. Den viktigste årsaken til at disse tre legelederne er inkludert i legegruppen er fordi de selv definerer seg hovedsakelig som klinikere; de jobber (i følge dem selv) tilsvarende full stilling i klinisk

arbeid og gjør lederoppgaver ved siden av. Ingen av lederne med sykepleierbakgrunn jobber klinisk, og de er derfor kun inkludert i ledergruppen i analysene.

De semi-strukturerte, individuelle intervjuene ble gjort med den hensikt å få informasjon om og respondentens fortolkninger av hvordan de statlige målsetningene om økt produktivitet og kvalitet, og de medfølgende initiativ og reguleringer, skaper endrede organisatoriske betingelser for det profesjonelle arbeidet, og hvilken innflytelse dette har på det profesjonelle arbeidet. Jeg var, i tråd med den pragmatiske tilnæringsmåten, i utgangspunktet åpen for andre vinklinger på de tematiske områdene jeg var interessert i, hvilket innebar at intervjuene var forholdsvis åpne. Spørsmålene bærer preg av en forholdsvis åpen tilnærming i starten av hvert tema, med den hensikt at respondentens egne fortolkninger skulle komme mest mulig frem uanfektet av mine forestillinger. Respondentene hadde mange muligheter til å fortelle om det som opplevdes viktig for dem innenfor rammen av temaet for intervjuene, samtidig som jeg sørget for å komme innom alle temaene i intervjuguiden slik at det skulle være mulig å systematisere og sammenligne svarene. Generelt kom mange av respondentene inn på de ulike del-temaene i intervjuguiden spontant. Det ble utarbeidet til dels forskjellige intervjuguides for sykepleiere, leger, sykepleieledere og legeledere. Overordnet er mange av spørsmålene like, men enkeltspørsmål som kun er relevante for den ene gruppen differensierer intervjuguidene noe. Intervjuguiden ble utarbeidet med grunnlag i teori, reformdokumenter, samtaler og forberedende intervjuer med profesjonelle og ledere ved det aktuelle helseforetaket og ved andre lokale helseforetak.

Intervjuene og det lokale helseforetaket er anonymisert, hvilket innebærer at identifiserbare data etter beste evne ikke er tatt med i avhandlingen. Videre har jeg endret på noe informasjon slik at denne informasjonen ikke skal bidra til identifisering. Det presiseres imidlertid at disse endringene ikke har betydning for resonneringer og konklusjoner. En vesentlig ulempe med anonymisering er at det er en del kontekstuelle forhold som det ikke kan informeres om. Videre er det utfordringer med hensyn til å sitere fra organisasjonsspesifikke dokumenter som er tilgjengelige på internett. Samtidig er det en fordel at respondentene kunne snakke friere, hvilket også en del av respondentene formidlet som viktig.

Et ledd i datainnsamlingsmetoden har vært å studere et utvalg relevant skriftlig materiale. Studiene av det skriftlige materialet har hatt som formål å samle empirisk materiale som gir informasjon om de statlige målsetningene om økt produktivitet og kvalitet, initiativ og

reguleringer som skal bidra til å nå målsetningene, beskrivelser av sykehusorganisasjonen og de profesjonelle før og etter de nye statlige målsetningene ble gjeldende, samt hvilke endringer i organisatoriske betingelser og endringer i det profesjonelle arbeidet de statlige initiativene bærer bud om. Videre fungerer også denne analysen som et bakteppe og et sammenligningsgrunnlag for den øvrige analysen (Silverman, 1997). Det skriftlige materialet som har blitt studert omfatter de statlige reformdokumentene og relevant skriftlig materiale utarbeidet på organisatorisk nivå i det lokale helseforetaket.

### **3.5 Hvordan analysere datamaterialet?**

Dette avsnittet dreier seg hovedsakelig om analysen av intervjudataene. Gitt de ulike formålene med henholdsvis dokumentstudiene og intervjuene har ikke analysen av dokumentene vært så omfattende som intervjuanalysene. Den overordnede analysestrategien for både dokumentene og intervjuene er en form for innholdsanalyse (content analysis). Hva en innholdsanalyse egentlig er beskrives forskjellig hos ulike forfattere (Denzin & Lincoln, 1994; Duriau, Reger, & Pfarrer, 2007; Miles & Huberman, 1994; Patton, 2002; Tesch, 1990). Forståelsen lagt til grunn her er som følger:

.. Content analysis is used to refer to any qualitative data reduction and sense-making effort that takes a volume of qualitative material and attempts to identify core consistencies and meanings (Patton, 2002, p. 453).

Dokumentene anses i utgangspunktet som sosiale konstruksjoner (Prior, 2003), men jeg har ikke vært opptatt av selve konstruksjonen av dokumentene. Jeg har tatt utgangspunkt i dokumentene slik de er skrevet, og anser de primært for å være informasjonskilder for å kunne beskrive sentrale forhold knyttet opp mot de aktuelle statlige målsetningene og omstillingene. I den forstand blir dokumentene behandlet som objektive i seg selv, som noe som er gitt, men tolkes av meg. For å studere de nye organisatoriske betingelsene i forbindelse med reformene i spesialisthelsetjenesten har jeg sett på i hvordan foretakslogikken, spesifikt knyttet opp mot målene om økt produktivitet og kvalitet, gjenspeiles i det lokale helseforetakets strategidokumenter. Strategidokumentene gir innsikt i hvordan sykehusledelsen presenterer overordnede fokusområder og målsetninger, og kan gi informasjon om hvordan de statlige målene om økt kvalitet og produktivitet er integrert i eller gjenstand for disse fokusområdene og målene. Det skriftlige materialet på organisatorisk nivå har blitt analysert ved å studere innholdet i lys av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, hvor jeg har sammenlignet utvalgte dokumenter fra to ulike tidsperioder. Jeg har studert innholdet, formuleringer, direkte og indirekte henvisninger til foretakslogikken og til de profesjonelle logikkene. Dokumentstudiene er imidlertid en nokså liten del av

analysearbeidet i forhold til analysen av intervjuene, hvor det sistnevnte er det empiriske grunnfjellet i avhandlingen. Den videre beskrivelsen av analysestrategien handler om analysen av intervjudataene.

Intervjutekstene inneholder informasjon om hvordan de profesjonelle og lederne fortolker de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet. De inneholder informasjon om deres oppfattelse av eget arbeid, nye organisatoriske betingelser og hvordan det profesjonelle arbeidet påvirkes. Det er denne informasjonen jeg er ute etter når datamaterialet skal analyseres. Denne informasjonen kan øke kunnskapen om hvordan et markedsorientert institusjonelt press skaper nye organisatoriske betingelser, hvordan det påvirker institusjoner innenfor sykehuskonteksten, hvordan sentrale logikker og identiteter utfordres og i hvilken grad aktørene oppfatter at det profesjonelle arbeidet endres.

I følge Miles og Huberman (1994) består analyseprosessen av tre trinn; datareduksjon, datafremvisning og konkludering. Denne prosessen er interaktiv, slik at man hele tiden kan arbeide med alle tre trinnene. Konkret betyr det for eksempel at kodingen av datamaterialet er en prosess som kan pågå hele tiden. Nedenfor vil jeg gå igjennom hvordan datamaterialet har blitt kodet, deretter hvordan de kodede dataene har blitt systematisert til meningsfulle data, for så å fokusere på konkludering. Til sist vil jeg drøfte analytisk generalisering, validitet og reliabilitet knyttet opp mot analysen. Underveis vil det bli benyttet eksempler for å illustrere det konkrete analysearbeidet.

### **3.5.1 Koding av datamaterialet**

Analysen startet med organisering av datamaterialet gjennom koding (Strauss & Corbin, 1998). Koder er "tags or labels for assigning units of meaning to the descriptive or inferential information compiled during a study" (Miles & Huberman, 1994:56). Jeg skiller mellom "emic" og "etic" kodekategorier. Kodekategorier relatert til "emic" er knyttet opp mot "grounded theory" og utvikles gjennom identifisering av nøkkelbegreper som brukes av de intervjuede for å beskrive deres verden (Patton, 2002). Hvilke nøkkelbegreper anvender de intervjuede som referansepunkter når de forteller om deres forståelse av reformer, produktivitet, kvalitet, strukturelle endringer, arbeidsoppgaver, og andre forhold som er relatert til problemstillingen? Et eksempel på et begrep som av de fleste respondentene anvendes som et referansepunkt for å beskrive sin opplevelse av situasjonen ved sykehuset er "pasienten". Det henvises ofte til pasienten – uansett om temaet er produktivitet, kvalitet eller



strukturendringer – som et referansepunkt i forhold til om tiltak og endringer oppfattes som legitime eller ikke. Andre eksempler på nøkkelbegreper er ”behandling”, ”fagutvikling”, ”pleie”, ”sparing” og ”kvalitet”. Videre er det i en rekke intervjuer kommet frem forhold som ikke var et tema i utgangspunktet, men som allikevel ble trukket frem som viktige emner for å belyse hvilken innflytelse målene om økt produktivitet og økt kvalitet har direkte og indirekte på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne. Eksempler på slike temaer er sykepleiernes stillingsprosenter og turnuslegenes opplæringsituasjon. En slik tilnærming til datamaterialet bidrar til å forstå forholdene ut i fra de intervjuedes egne perspektiver og deres definisjon og fortolkning av virkeligheten.

Selve problemformuleringen og datainnsamlingen er imidlertid delvis utarbeidet og gjennomført på grunnlag av teoretiske overveielser, slik at en del kodekategorier allerede er formet på grunnlag av de anvendte teoriene, såkalte ”etic” kategorier. I problemstillingen er det implisitt formulert tre overordnede kategorier; kvalitet, produktivitet og nye organisatoriske betingelser. På den annen side er det ut i fra datamaterialets art formulert flere hovedkategorier, da en del emner i datamaterialet ikke kunne passe inn under de tre nevnte hovedkategoriene. Under hovedkategoriene er det utarbeidet en rekke underkategorier, både ut i fra teori og ut i fra arbeidet med å identifisere emic kategorier. Det meste av datamaterialet har blitt systematisert inn i et oversiktlig oppsett, slik at kodene og kategoriene er lett tilgjengelige for videre utforskning (Coffey & Atkinson, 1996). Kodekategoriene ble vurdert ut i fra to hovedkriterier; intern homogenitet og ekstern heterogenitet (Patton, 2002)<sup>15</sup>. Intern homogenitet refererer til om dataene i samme kategori holdes sammen på en meningsfull måte, og ekstern heterogenitet henspiller på tydelige ulikheter mellom kategoriene.

For å illustrere hvordan jeg har gått fra rådata til kodede data, vil jeg trekke ut et av deltemaene i datainnsamlingen og eksemplifisere fra analyseprosessen. Det statlige målet om økt kvalitet og medfølgende statlige initiativ og reguleringer for å oppnå dette målet, bærer preg av et markedsorientert kvalitetsfokus som på flere områder står i motsetning til den tradisjonelle medisinskfaglige eller sykepleiefaglige logikken. Videre er kvalitet et diffust og uavklart begrep som også kan anvendes som et retorisk instrument i politikktutforming (Bouckaert & Pollitt, 1995). For å kunne bidra til å identifisere grad av institusjonalisering av

---

<sup>15</sup> Det er tilfelle i en av analysene hvor kriteriet om ekstern homogenitet ikke overholdes. Dette blir eksplisitt nevnt i teksten.

målsetningen om økt kvalitet, slik den presenteres i de statlige initiativene, handlet et av spørsmålene i intervjuene om hva lederne, legene og sykepleierne oppfattet som god kvalitet. Jeg vil i det følgende anvende eksempler på noen av svarene på dette spørsmålet for å illustrere hvordan jeg har gjennomført analysen fra transkribert tekst til meningsfull informasjon og til konkludering skritt for skritt.

Jeg har gått igjennom alle intervjuene og trukket ut svarene de har gitt på spørsmålet om hva god kvalitet er (Tabell 3-1: Kolonne 1). I tillegg har jeg supplert disse svarene med øvrige beskrivelser av god kvalitet dersom det har kommet på andre tidspunkter under intervjuene<sup>16</sup>. Deretter har jeg laget en punktvis oppsummering av intervjuteksten (kolonne 2). Videre har jeg slått sammen enkelte punkter og gjort noen kategorier litt mer generelle (kolonne 3). De endelige kodekategoriene (kolonne 4) er utarbeidet på grunnlag av alle intervjuene. For å kunne få oversikt er en del av kodene i kolonne tre slått sammen i den endelige innholdsbeskrivelsen av kodekategoriene. Dette fjerner noe av nyansene, men på den andre siden er det lettere å identifisere mønstre og regulariteter. Imidlertid er utarbeidingen av kodekategorier og prosessen med å kode dokumentert skritt for skritt, slik at det – dersom det er hensiktsmessig – er forholdsvis enkelt å nyansere kodekategoriene på et senere tidspunkt. Videre er kodingen en kontinuerlig prosess av analysen ettersom nye data kommer til, hvilket betyr at kategoriene og kodingen kan endres underveis (Miles & Huberman, 1994).

Eksempelet på neste side viser utdrag fra intervjudata med henholdsvis en lege og en sykepleier i kolonne 1, og utdrag av intervjuet punktvis i kolonne 2, foreløpig koding i kolonne 3 og endelig koding i kolonne 4. Hva kodene betyr vises i kodeskjemaet under tabellen.

---

<sup>16</sup> Det er merket i kodematerialet hva som er kommet som svar på oppfordring på det konkrete spørsmålet, og hva som er kommet i sammenheng med andre spørsmål.

**Tabell 3-1: Koding av datamaterialet**

1) Utdrag fra intervju	2) Punktvis oppsummering av innholdet	3) Foreløpig koding	4) Endelig koding
<b>Informant:</b> <i>God kvalitet for meg er at pasientene, når de blir henvist, blir fort sett på, eller tatt inn først og sett på å bli vurdert grundig, at alle utredningene blir gjort som hører med. Og at de skal kunne behandles fort ut i fra den utredningen som er gjort av nok og dyktig nok personell. Og nok oppfølging etter behandlingen. (Lege-md5)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kort ventetid på vurdering og behandling</li> <li>• Gjøre alle utredningene som hører med</li> <li>• Behandle i tråd med utredningen</li> <li>• Dyktig fagpersonell</li> <li>• Oppfølging etter behandlingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kort ventetid</li> <li>• Behandling i tråd med retningslinjer</li> <li>• Dyktighet</li> <li>• Oppfølging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kort ventetid</li> <li>• Standardisering/ best practice</li> <li>• Opplæring</li> <li>• Oversikt/ informasjon</li> </ul>
<b>Informant:</b> <i>Det er jo og på en måte også se pasienten tenker jeg. Da tenker jeg ikke bare rett og slett ikke bare det med hofta – og se litt hva trenger den og hvordan skal det fungere hjemme. Hvem har det personlige nettet som og kan bidra og hjelpe til og... Også selvfølgelig at det er forsvarlig behandling, og en respektfull måte å snakke med pasientene på, tenker jeg er kvalitet. (Sykepleier-ks2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pasientene i forhold til det menneskelige og nettverk</li> <li>• Respektfull måte å snakke med pasienten på</li> <li>• Forsvarlig behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helhet/ mennesket</li> <li>• Respekt</li> <li>• Forsvarlig behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trygghet /respekt</li> <li>• Gode resultater/unngå komplikasjoner</li> </ul>

Ut i fra intervjuet med *lege-md5*, er det i utgangspunktet formulert 5 punkter. Disse blir redusert til 4 punkter i kolonne tre der ”Gjøre alle utredninger som hører med” og ”behandle i tråd med utredningen”, har blitt slått sammen til ”behandle i tråd med retningslinjer<sup>17</sup>”. De øvrige punktene blir kodet til litt mer generelle kategorier; ”Kort ventetid på vurdering og behandling” blir kodet til ”kort ventetid”, ”dyktig fagpersonell” til ”dyktighet” og ”oppfølging etter behandling” til ”oppfølging”.

Basert på intervjuet med *sykepleier –Ks2* ble det trukket ut 3 punkter, som i kolonne 3 fortsatt er 3 punkter, hvor 2 av dem er omgjort til mer generelle kategorier; ”Se pasienten i forhold til det menneskelig og nettverk” har blitt omgjort til kategorien ”Helhet/mennesket”, ”Forsvarlig

<sup>17</sup> Hvilke utredninger som skal gjøres og hvordan er en del av legenes retningslinjer.

behandling” forblir slik den er, mens ”Respektfull måte å snakke med pasienten på” har blitt omgjort til ”respekt”. På dette stadiet av analysen har jeg 7 kategorier fra disse to intervjuene;

- Kort ventetid
- Behandling i tråd med retningslinjer
- Dyktighet
- Oppfølging
- Helhet/mennesket
- Forsvarlig behandling
- Respekt

De 7 kategoriene som til nå er utarbeidet må prøves og bearbeides i møte med resten av datamaterialet. I denne prosessen ble ”helhet/mennesket” slått sammen med ”respekt”, mens de øvrige kategoriene ble slått sammen med andre kategorier utarbeidet fra de øvrige intervjuene. Utarbeidelsen av kategoriene og arbeidet med intern og ekstern homogenitet er en utfordrende og nøysom prosess, og en svært viktig del av analysen. Til sammen nevner respondentene mange faktorer på det åpne spørsmålet om ”hva som er god kvalitet”, hvor det ikke var satt opp noen forhåndskategorier. I kategoriseringen av svarene forsvinner nødvendigvis noen nyanser, samtidig som denne prosessen bidrar til at noen mønstre i datamaterialet blir synlige. Etter å ha kodet og kategorisert alle svarene gikk jeg gjennom hele materialet på nytt ut i fra de kategoriene jeg hadde etablert, og gjorde enkelte justeringer.

Jeg utarbeidet 17 kategorier som ble plassert innenfor 5 overordnede kategorier som referer til henholdsvis *behandling*, *administrasjon*, *opplæring*, *mellommenneskelig* og *prosess*. De overordnede kategoriene er også utarbeidet induktivt fra datamaterialet. Kodeskjemaet nedenfor gir en oversikt over stikkord knyttet til svarene og hvordan de er kodet. Svarene fra eksemplene er uthevet i kodeskjemaet i figur 3-2 på neste side.

I denne fasen av analysen er det vanskelig å få en klar oversikt over hvilke mønstre datamaterialet inneholder, og derved i hvilken grad den statlige kvalitetsforståelsen har blitt institusjonalisert inn i de profesjonelles fortolkningsrammer. Det kodede datamaterialet må derfor bearbeides slik at de blir til meningsfulle og informative data.

<b>Behandling</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medisiner/ Smertelindring</li> <li>2. Internasjonale retningslinjer/ Registre/ Standardisere behandlingen/ standardisere prosedyrer/best practice/ <b>retningslinjer</b></li> <li>3. Unngå komplikasjoner/ Opptrening/ Vellykket operasjon/ <b>Forsvarlig behandling</b>/ Observere/ Forebygging/ oppfølging/få behandling/min med infeksjoner/ gode medisinske resultater/volumkvalitet/ pasientsikkerhet</li> <li>4. Tilgang til undersøkelser/Rett diagnose</li> <li>5. Utstyr</li> </ol>
<b>Administrasjon</b>	6. It-basert informasjon/ åpenhet om behandlingskvalitet/ epikrisetid
<b>Opplæring</b>	7. Utdanning/ Fagkunnskap/ Opplæring/ <b>Dyktighet</b> / Standardisere opplæring/ oppfølging i forhold til rutiner/ fagutvikling
<b>Mellommenneskelig</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Trygghet/ vennlighet/ ivaretagelse/ <b>Helhet</b>/Pleie/ Prate/<b>Respekt</b>/ Pasientens stemme</li> <li>9. Oversikt og informasjon om pasientene/ <b>Oppfølging</b>/ Informasjon</li> <li>10. Arbeidsmiljø</li> <li>11. Fornøyde pasienter/minimalt med klager/pasienttilfredshet</li> </ol>
<b>Prosess</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Tilgjengelighet</li> <li>13. Ikke korridorbelegg</li> <li>14. Kontinuitet/ høyere stillingsbrøk</li> <li><b>15. Kort ventetid</b></li> <li>16. Tid/ Bemanning</li> <li>17. Pasientforløp/Tidlig møte med pasienten/ Liggetid (kort)</li> </ol>

**3-2: Kodeskjema, kvalitetsforståelse**

### 3.5.2 Fra kodete data til meningsfulle data

Datamaterialet har blitt oversatt fra kodete data til meningsfulle data ved hjelp av å se etter mønstre, temaer og regulariteter, kontraster, paradokser og uregelmessigheter (Delamont, 1992). Denne prosessen har omfattet to prosedyrer. For det første har jeg systematisert svarene i en tabell, som viser på en oversiktlig måte hvordan svarene<sup>18</sup> er fordelt gruppevis, hvilket kan bidra til å oppdage mønstre eller uregelmessigheter, likheter og ulikheter (Strauss & Corbin, 1998). For det andre har jeg laget et sammendrag av meningsinnholdet i svarene til sykepleierne og legene. Samlet gir denne analysen av datamaterialet et godt bilde av de profesjonelles kvalitetsforståelse, både individuelt og kollektivt, og et bilde av i hvilken grad den statlige kvalitetsforståelsen er institusjonalisert inn i de profesjonelles fortolkningsrammer. Data fremvises også ved hjelp av sitater i teksten, men brukes da illustrativt. Tabell 3-2 viser et systematisk oppsett av den kategoriserte svarfordelingen av tematiseringen av "Hva er god kvalitet?", hvor forskjell mellom avdelinger, profesjoner og ledere kommer frem.

<sup>18</sup> De fleste har gitt flere en ett svar, slik at antall svar ikke stemmer med antall intervjuede personer

**Tabell 3-2: Kvalitetsforståelse, leger<sup>19</sup>, sykepleiere, ledere, avdeling**

	<b>Totalt 13 Spl</b>	<b>Kir 8 Spl</b>	<b>Med 5 Spl</b>	<b>Total 9 leger</b>	<b>Kir 4 leger</b>	<b>Med 5 leger</b>	<b>Total 22 pers</b>	<b>Ledere 9 pers</b>	<b>Totalt alle</b>
1. Medisiner/ smertelindring	5	4	1	-	-	-	5	-	5
2. Standardisering/ best practice	-	-	-	6	1	5	6	6	9
3. Gode resultater/unngå komplikasjoner	8	5	3	5	3	2	13	5	17
4. Rett diagnose	-	-	-	2	-	2	2	-	2
5. Utstyr	-	-	-	1	1	-	1	-	1
6. Administrasjon	-	-	-	-	-	-	-	2	2
7. Opplæring	2	-	2	4	2	2	6	3	9
8. Trygghet/respekt	10	7	3	3	1	2	13	3	15
9. Oversikt/ informasjon	2	1	1	2	-	2	4	1	5
10. Arbeidsmiljø	-	-	-	1	-	1	1	1	1
11. Fornøyde pasienter	2	1	1	-	-	-	2	3	5
12. Tilgjengelighet	1	1	-	-	-	-	1	-	1
13. Korridor	-	-	-	-	-	-	-	1	1
14. Kontinuitet	1	-	1	1	1	-	2	1	3
15. Kort ventetid	-	-	-	2	1	1	2	1	3
16. Bemanning	3	3	-	1	1	-	4	-	4
17. Pasientforløp	-	-	-	1	-	1	1	4	4

Oversikten viser for eksempel at totalt sett er flest sykepleierne opptatt av forhold kategorisert under ”trygghet/respekt” og ”gode resultater/unngå komplikasjoner”. Blant legene og lederne er flest opptatt av ”standardisering/best practice” og ”gode resultater/unngå komplikasjoner”.

Tabell 3-3 viser svarfordelingen når de 17 kategoriene er redusert til 5 ulike kategorier, og gir et litt mindre nyansert, men mer oversiktlig bilde av hva som vektlegges når respondentene skal beskrive hva god kvalitet er.

**Tabell 3-3: Kvalitetsforståelse, leger, sykepleiere og leger, 5 hovedkategorier**

	<b>Sykepleiere 13 personer</b>	<b>Leger 9 personer</b>	<b>Leger og sykepleiere 22 personer</b>	<b>Ledere 9 personer</b>	<b>Alle 28 personer</b>
1. Behandling	9	9	18	8	23
2. Administrasjon	-	-	-	2	2
3. Opplæring	2	4	6	3	9
4. Mellommenneskelig	11	5	16	6	21
5. Prosess	4	4	8	6	12

<sup>19</sup> Legelederne i klinisk praksis er inkludert i både legekategorien og lederkategorien. Svarene deres er imidlertid ikke dobbelttelt under totalen.

Tabellen illustrerer blant annet at det er forhold i tilknytning til behandlingskvalitet og det mellommenneskelige som er det mest sentrale sett alle gruppene under et.

Gjennom å studere meningsinnholdet i svarene og holde det sammen med svarfordelingen under kategoriene har jeg laget et kort sammendrag av hva som oppfattes som god kvalitet innenfor henholdsvis sykepleiegruppen og legegruppen. Eksempelvis er en kort oppsummering av sykepleiernes forståelse av kvalitet som følger:

*De aller fleste sykepleierne er opptatt av det menneskelige aspektet møte med pasientene, hvor samtaler, respekt og trygghet er viktige elementer. Samtidig er over halvparten opptatt av at god kvalitet også innebærer tilfredsstillende behandlingsresultater og god og forsvarlig fysisk pleie.*

En kortfattet oversikt av legenes kvalitetsforståelse er slik:

*De aller fleste legene nevner forhold rundt behandlingsresultater og behandlingsforløp som viktige for god kvalitet. Den faglige kunnskapen anvendt på pasientene er et forhold som det er stor konsensus rundt, samtidig som de øvrige svarene er forholdsvis differensierte.*

Svarene viser at den medisinske fagkunnskapen anvendt i forhold til pasientene står meget sterkt hos legene og det er der en felles forståelse av hva kvalitet er å finne. Hos sykepleiere er det en felles forståelse av at ivaretagelse av det menneskelige aspektet er viktig for kvaliteten.

I empirikapitlene (kapittel 5 og 6) synliggjøres dataene ved hjelp av tabeller slik eksempelet viser, gjennom sitater og gjennom tekst som belyser mønstre, tendenser og meningsinnholdet i det respondentene formidler.

I neste avsnitt vil jeg gå nærmere inn på konkludering, hvor blant annet reliabilitet, validitet og analytisk generalisering blir diskutert.

### **3.5.3 Analysens konklusjon**

Konkluderingsprosessen starter gjerne under innsamling av datamaterialet og fortsetter helt til en eller flere endelige konklusjoner er formet (Miles & Huberman, 1994). Mønstre og sammenhenger man finner i datamaterialet danner grunnlaget for konkludering, samtidig som det hele tiden må utvises en kritisk holdning til egne funn. Mitt prosjekt er en komparativ analyse av to profesjoner, to avdelinger og to statlige mål. Dette danner ulike grupperinger som sammenlignes, og analysen av hele datamaterialet sammen med teori kan gi forklaringer på hvorfor datamaterialets innhold knyttet opp mot hver gruppering avviker eller ligner på

hverandre. Samtidig gir en kvalitativ analyse mulighet til å finne andre forklaringsfaktorer enn det designet skulle tilsi.

Eksempelvis kan en oppdage at det er mønstre på tvers av gruppene som må forklares ved andre faktorer enn de forhåndsoppsatte gruppene. I mitt datamateriale er det for eksempel et visst mønster i svarene avhengig av om respondenten har opplevelsen av å kunne påvirke egen arbeidssituasjon og de strukturelle avgjørelsene som tas. Dette kan knyttes opp mot teori som bekrefter dette funnet. Samtidig kan analysen vise uventede sammenhenger, hvor en da må søke å finne nye analytiske forklaringer på de aktuelle koblingene (Silverman, 2006). Intervjutekstene inneholder mange tolkninger av ulike fenomeners årsakssammenhenger som respondentene selv kommer med, hvilket i seg selv er nyttig informasjon. Samtidig er det helt nødvendig å eksplisitt gjøre et skille mellom respondentenes egne forklaringer og analytiske forklaringer, da disse forklaringene godt kan være svært ulike (ibid).

Mitt prosjekt har en pragmatisk tilnærming og er et interaktivt samspill mellom teoretisk kunnskap og empiriske funn og mønstre. Konkluderingsprosessen preges av at funn blir satt i en teoretisk ramme, og at nye begreper og teoretiske resonnementer utarbeides. Eksempelet som er brukt tidligere illustrerer bare en liten del av det analysearbeidet som datamaterialet har vært igjennom, samtidig som det anskueliggjør en strategi for datareduksjon, datafremvisning og konkludering.

En annen del av konkluderingen innbefatter å vurdere analysens validitet og reliabilitet (Miles & Huberman, 1994), og i påfølgende avsnitt skal jeg gjøre nettopp dette.

### **3.5.4 Validitet, reliabilitet og generalisering av funn**

Begrepene validitet og reliabilitet har vært gjenstand for mye kritikk og kontrovers innenfor den kvalitative forskningen (Ryen, 2002). Den tradisjonelle empirisk-positivistiske måten å definere validitet og reliabilitet er av slik art at de vanskelig kan gjøres gjeldende i et sosialkonstruktivistisk, kvalitativt forskningsprosjekt (Kvale, 1997), som denne avhandlingen er. Så lenge virkeligheten oppfattes som sosialt konstruert, er det umulig å kreve at forskningen representerer en objektiv virkelighet. Den sosiale virkeligheten er konstruert, og det er denne konstruerte virkeligheten som intervjuene skal formidle. Selve intervjusituasjonen er imidlertid også konstruert og unik, hvor ulike kontekstavhengige faktorer påvirker intervjuenes forløp og innhold. Å reproducere samme resultater i en lik



kontekst utført av en annen forsker er dermed et umulig og irrelevant krav (Strauss & Corbin, 1998). Lincoln og Guba (1985) utfordrer begreper som intern og ekstern validitet og reliabilitet, og erstatter de tre nevnte begrepene med henholdsvis troverdighet, overførbarhet og pålitelighet. Uavhengig av hvilke av disse begrepene som benyttes, men innenfor de sosialkonstruktivistiske aksiomene, understrekes det fra min side at arbeidet med å sikre undersøkelsens kvalitet i alle faser er svært sentralt. I tråd med Kvale (1997) avviser jeg ikke begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet, men de rekonseptualiseres slik at de begrepene blir relevante og nyttige i den kvalitative forskningskonteksten. Validitet knyttes opp mot i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke (ibid), hvilket i praksis relateres til om undersøkelsesopplegget og analysestrategien jeg har valgt er egnet til å belyse problemstillingen. Reliabilitet handler om pålitelighet, om forskerens evne til å reflektere over og formidle eksplisitt ulike undersøkelseeffekter. Statistisk generalisering er ikke aktuelt for denne studien, men analytisk generalisering er et mål.

Nedenfor vil jeg diskutere reliabilitet og validitet knyttet opp mot transkribering av intervjuene, kategorisering, koding og analyse av intervjudata. Videre vil jeg drøfte forhold relatert til forutinntatthet, formidling og analytisk generalisering av funn.

#### **3.5.4.1 Transkribering av intervjuene**

Alle intervjuene ble tatt opp og lagret på lydfiler slik at disse har vært tilgjengelige for nye undersøkelser og for kontroll av transkripsjonene<sup>20</sup>. Alle intervjuene er transkribert av undertegnede. Når det gjelder påliteligheten i forhold til transkripsjonene<sup>21</sup>, er det vektlagt å ha like prosedyrer i hvert intervju, hvor grad av nøyaktighet er forholdsvis sammenfallende. Konkret betyr det at intervjuene er transkribert tilnærmet ordrett, men hvor noen enkelte ”fyllord” som ikke har betydning for analysen er fjernet, eksempelvis ”ikke sant” etter annen hver setning. I enkelte tilfeller er intervjuene preget av et svært usammenhengende muntlig språk, hvor det da er foretatt noen grammatiske rettinger<sup>22</sup> (Kvale, 1997). Nøling, usikkerhet, skråsikkerhet er gjennomgående markert, men øvrige emosjonelle uttrykk er ikke registrert. Grad av nøyaktighet i transkripsjonene er gjort ut i fra hvilken informasjon det er meningen at intervjuene skal gi. Der det har vært vanskelig å høre hva som blir sagt, er dette markert i teksten. Videre har hver enkelt respondent fått tilsendt sitt intervju til gjennomlesning. Dersom de har hatt noen kommentarer til utskriften har de returnert intervjuet med disse

---

<sup>20</sup> Etter krav fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste slettes disse lydfilene etter avtalt dato.

<sup>21</sup> Kvale (1997) er opptatt av transkripsjonenes reliabilitet, og materialet i teksten er inspirert fra han

<sup>22</sup> I og med at respondentene selv skulle lese transkripsjonen var det et valg jeg tok med tanke på å ikke fornærme vedkommende. Rettingene var forholdsvis små og innholdet i intervjuet er ikke forandret.

kommentarene. Kommentarene er blitt tatt hensyn til og tatt inn i transkripsjonene, da kommentarene hovedsakelig besto av retting av faktafeil, mindre betydelige språklige endringer og kort utfylling av enkelte punkter.

### **3.5.4.2 Dokumentanalyser**

Reliabilitets- og validitetskriteriene relatert til dokumentanalysen knyttes opp mot hvilke dokumenter som blir analysert og hvilke dokumenter som ikke er gjenstand for analyse, samt gjennomføringen av den konkrete analysen. Når det gjelder utvalg av dokumenter på statlig nivå er dette begrenset til de mest sentrale stortingsmeldingene, lovtekster og NOU'er, samt sentrale dokumenter fra statens helsetilsyn. På regionalt foretaksnivå og organisatorisk nivå omfatter dokumentene visjoner, strategier, årsrapporter, et utvalg styrereferater og omstillingsdokumenter. Utvalget er styrt av formålet med dokumentstudiene, nemlig å samle informasjon om de statlige målsetningene, lovendringene, omstillingene og strukturelle endringer innen organisasjonen relatert til de valgte avdelingene, samt organisatoriske responser knyttet opp mot de statlige initiativene. Dokumentene er altså analyseobjekter i den forstand at de beskriver de statlige målsetningene om økt kvalitet og økt produktivitet, og statlige reguleringer og tiltak knyttet opp mot disse målsetningene, samt at de til dels beskriver den konteksten de profesjonelle arbeider i.

### **3.5.4.3 Kategorisering, koding og analyse av intervjudata**

Hvordan kategoriene utarbeides og hvordan datamaterialet kodes danner grunnlaget for analysen og for analysens konklusjoner. I og med at jeg utarbeider de endelige kodekategoriene fra både "emic" og "etic" kategorier, er denne prosessen gjenstand for en rekke vurderinger og fortolkninger, hvor noen valg må tas. Under behandlingen og kategoriseringen av rådata har det underveis blitt protokollført hvordan kategoriseringen og kodingen ble gjennomført, og herunder en beskrivelse av hvorfor de ulike valgene er tatt. Det tilstrebes med andre ord åpenhet i forhold til hvordan datainnsamlingen har blitt gjennomført, måten kodekategoriene er blitt utarbeidet på og bakgrunnen for å plassere datamaterialet i de ulike kodekategoriene, samt selve analyseprosessen. Videre blir de avvikende tilfellene synliggjort og diskutert om hvorvidt de representerer unntak, modifikasjon av funn eller støtte for konklusjonene (Peräkylä, 1997).

En vesentlig del av en intervjusituasjon er menneskers behov for å fremtre på en ønsket eller forventet måte (Goffman, 1959), hvilket kan innebære at respondenten svarer strategisk, eller slik vedkommende tror er forventet eller slik at han/hun fremstår på en ønsket måte. Særlig er

dette relevant innenfor en sykehuskontekst der de profesjonelle skal uttale seg om en politikk som for flere oppleves truende. Dette må analysen og konklusjonene ta høyde for i lys av det sosialkonstruktivistiske perspektivet, og dette teamet vil være gjenstand for diskusjon underveis i analysen og i selve avhandlingen. Det samme gjelder for dokumentanalysene, i den forstand at et av temaene i avhandlingen er dokumentenes strategiske funksjon. Jeg er, som tidligere nevnt, eksplisitt i forhold til at det respondentene forteller ikke regnes som en objektiv virkelighet, men som formidling av subjektive fortolkninger av en sosial konstruert virkelighet.

#### **3.5.4.4 Forutinntatthet**

Når det gjelder undersøkelsens troverdighet, innser jeg at jeg har ekstra utfordringer, men også fordeler, i og med at jeg kjenner sykehusfeltet godt gjennom min erfaring som sykepleier ved ulike sykehusavdelinger og som pasient over en lang periode for noen år tilbake. Jeg har ingen personlig eller sykepleiefaglig kjennskap (utover generell sykepleie) til det sykehuset og de avdelingene som er blitt undersøkt. Men jeg har altså betydelig teoretisk, sykepleiefaglig og personlig kjennskap til feltet. Dette har selvsagt skapt en viss forutinntatthet som kan ha farget min tilnærming til feltet i den forstand at mine forventninger og fordommer kan ha preget selve datainnsamlingen, interaksjonen med feltet, samt tolkningen og analysen av datamaterialet. En måte å møte denne utfordringen på er at jeg har forsøkt å gjøre forventningene og fordommene til feltet eksplisitte. Maaløe (2002) foreslår at det kan være en god fremgangsmåte å skrive ned et scenario som består av egne fordommer og forventninger knyttet opp mot feltet. Forholdsvis tidlig i avhandlingsarbeidet skrev jeg ned fordommer og opplevelser som sykehusansatt, som pasient og som pårørende, og forsøkte å formulere hvilke forventninger jeg hadde til funn ut i fra disse erfaringene. For mitt vedkommende var utarbeidelsen av et slikt scenario nyttig for ytterligere bevisstgjøring, samt at det bidrar til en ytterligere åpenhet i undersøkelses- og tolkningsprosessen. Underveis i analyseprosessen har jeg tilstrebet jevnlig kontroll av tolkningene og funnenes tilforlatelighet, sannsynlighet og troverdighet (Glaser & Strauss, 1999), og hatt et kritisk syn på mine egne tolkninger i diskusjoner med forskjellige kollegaer og veileder.

En fordel med den kjennskapen jeg har til feltet er at jeg i utgangspunktet kjenner til en del språklige koder som blir anvendt innenfor sykehusmiljøet, som kan være vanskelige for utenforstående å umiddelbart forstå. Dette gjelder både medisinskfaglige og sykepleiefaglige uttrykk, men også enkelte institusjonelle begreper. Videre kjenner jeg godt til generelle

rutiner, kulturelle fenomener og hierarkiske systemer som er felles for det norske sykehussystemet.

Det designet jeg har valgt har skapt muligheter for fleksibilitet underveis i datainnsamlingsprosessen, hvilket også innebærer et gyldighetskriterium om å være eksplisitt i forhold til forskningsfaglige endringer underveis i prosjektet (Maaløe, 2002). For å sikre undersøkelsens validitet har jeg forsøkt å fremstille hva jeg i utgangspunktet så etter i feltet, hvilke betingelser jeg hadde for feltarbeidet og de endringene jeg har gjort underveis. Ambisjonen har vært å forsøke å gi en så helhetlig godt dekkende beskrivelse som mulig, og la både helhet og deler i samspill prege datainnsamling, analyse og presentasjon.

#### **3.5.4.5 Formidling og generalisering av funn**

Jeg har forsøkt å formidle datamaterialet og analysen på en forståelig og relevant måte først og fremst i avhandlingen, men også ovenfor sykehusansatte, øvrige interessenter innenfor sykehusfeltet og ovenfor andre forskere, slik at de ulike aktørene kan ha mulighet til å vurdere nytteverdien av undersøkelsen. Implisitt i dette må det tilstrebes en tydelighet rundt rammebetingelsene for studiet med tanke på i hvilken grad, og hvordan resultatene kan brukes på andre områder enn bare i forhold til det konkrete caset. Design og metodevalg gir ikke muligheter til å generalisere resultatene statistisk, men det gir en mulighet til å generalisere analytisk.

Analytisk generalisering forstås som en ”begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan brukes som rettleiding for hva som kan komme til å skje i en annen situasjon” (Kvale, 1997:161). Dette impliserer en teoretisk sensitivitet hvor analysen av det empiriske materialet forhåpentligvis vil bidra til å konseptualisere sammenhenger og fenomener gjennom å skape nye og bedre egnede begreper på de funnene som blir gjort, og slik sett bidra til å utvikle teori (Glaser & Strauss, 1999). En måte å utvikle teori på er å lage interne case analyser, hvor den overordnede ideen er å bli familiær med hvert case som en selvstendig enhet og oppdage mønstre innenfor hvert case (Eisenhardt, 1989). Deretter kan disse interne case analysene sammenlignes med hverandre. Eksempelvis ser jeg på sykepleierne som et selvstendig case, leter etter unike mønstre og sammenhenger, og sammenligner med de øvrige casene. På samme måte kan man lage interne case ut i fra temaer og sammenligne gruppelikheter og – ulikheter. Denne fremgangsmåten øker sannsynligheten for å kunne oppdage nye forbindelser og fenomener, og videre utvikle pålitelig teori som passer med

datamaterialet (ibid). Ut i fra både datainnsamlingsprosessen og analysearbeidet vokser det frem ideer og konsepter som er et ledd i å utvikle nye begreper og teori (Coffey & Atkinson, 1996). I forhold til eget datamateriale er for eksempel legenes ”horisontale kvalitetsorientering”, et begrep som kan trekkes ut av datamaterialet fra begge avdelingene og fra alle de hierarkiske nivåene. Dette styrker begrepets analytiske generaliserbarhet til øvrige legemiljøer i Norge. ”Horisontal kvalitetsorientering” begrepsfester en distinksjon mellom den mer hierarkiske statlige kvalitetsforståelsen og den legefaglige kvalitetsorienteringen, og kan være et anvendelig konsept for å øke forståelsen av koblingen mellom statlig kvalitetspolitikk og legefaglig kvalitetsfokus. Samtidig bør begrepet, eller en utarbeidet hypotese, prøves mot flere kilder, både teoretisk og empirisk, for å skape en form for gyldighet, og gjennom det se etter empirisk støtte og empiri som avkrefter begrepets eller hypotesens anvendelighet og gyldighet (Eisenhardt, 1989). I den grad begrepet eller hypotesen blir stadfestet gjennom en systematisk verifiseringsprosess i interne caseanalyser, kan det også analytisk generaliseres. I den grad det ikke verifiseres, må begrepet eller hypotesen forfines, endres eller forkastes. Samtidig gir kvalitative studier en unik mulighet til å utarbeide forklaringer på hvorfor et begrep eller en hypotese stadfestes i et case, men ikke i et annet (ibid). Et ledd i å bygge teori er å sammenligne de utarbeidede begrepene, hypotesene eller teorien med den litteraturen som finnes på området. Dette impliserer også teori som er i konflikt med egne funn. Sidestilling av motstridende resultater kan for det første skjerpe de teoretiske resonnementene og for det andre bidra til økt tillit til funnene ved at man ikke holder skjult motstridende argumenter (ibid). Litteratur som er kompatibel med egne funn bidrar til å styrke gyldigheten av egne konklusjoner.

Som presisert tidligere er hovedeksempelet som er brukt i dette kapittelet bare en liten del av avhandlingens analysearbeid. I analysen av øvrige data, og i det videre arbeidet med analysen illustrert i eksempelet, vil det vektlegges å utarbeide nye begreper og hypoteser som kan bidra til å utvikle teori, og i den forstand analytisk generaliseres.

### **3.6 Oppsummering**

Det vitenskapsteoretiske perspektivet som ligger til grunn for avhandlingen har sitt opphav i sosialkonstruktivismen. Det er valgt et komparativt casestudiedesign hvor to statlige mål, to profesjoner og to avdelinger sammenlignes. Innfallsvinkelen til feltet er pragmatisk, i den forstand at det anvendes både deduktiv og induktiv tilnæringsmåter. Den har blitt benyttet kvalitative metoder; semi-strukturerte intervjuer og til dels dokumentstudier. Datamaterialet

har vært gjenstand for innholdsanalyser, og kapitlet illustrerer fremgangsmåten forholdsvis detaljert gjennom et eksempel fra avhandlingen. Den valgte analysestrategien beskrives som en tre-trinnsprosess, som inkluderer kategorisering og koding av data, fremvisning av meningsfulle data, samt konkludering som også impliserte forhold relatert til undersøkelsens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

## 4 Skiftende regimer og logikker i den norske helsetjenesten<sup>23</sup>

Overordnet kan man si at det har vært tre dominerende regimer i styringen av helsevesenet som gradvis har avløst hverandre (Berg, 2006). De forskjellige regimene betegner ulike styringsformer i spesialisthelsetjenesten på overordnet administrativt/politisk nivå. Frem til 1970 årene har den norske helseforvaltningen blitt betegnet som et medikrati (ibid) eller en profesjonsstat (Erichsen, 1996). I begynnelsen av 1970 årene bar utviklingen preg av sterkere politisk styring og mindre ekspertstyre (Berg, 2006). Gradvis ble helsetjenestene mer preget av markedsliberalistiske ideer og en høyrepreget effektiviseringspolitikk, noe Berg (2006) betegner som *økonomikk*. Disse tre regimene kan knyttes opp mot ulike institusjonelle logikker; en profesjonell logikk, en politisk logikk og foretakslogikken (Torjesen, 2008). De ulike logikkene skaper retning for hvilke områder som skal være i fokus, legitime former for aktivitet og styring, og utgjør mer eller mindre institusjonaliserte oppfattelser, normer og strukturer som preger feltets organisasjoner og grupper av aktører (Glynn & Abzug, 2002; Kragh Jespersen, 1999; Scott, 2001; Suddaby & Greenwood, 2005; Vrangbæk, 1999b). Flere institusjonelle logikker kan eksistere samtidig i samme felt, men en kan tenke seg at ulike logikker kan være underordnede, overordnede, supplerende eller konkurrerende (Vrangbæk, 1999b). Dette innbefatter at både en profesjonell logikk, en politisk logikk og foretakslogikken kan eksistere side om side, ha ulik dominans i ulike perioder og i forskjellige deler av det institusjonelle feltet, og være supplerende og/eller konkurrerende, og at disse institusjonelle ordningene kan endres over tid.

I dette kapitlet vil jeg gi en kortfattet beskrivelse av utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten i lys av de ulike regimene og institusjonelle logikkene, med særlig fokus på de siste 40 årene. Dernest går jeg mer inn på de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet. Videre vil jeg gi en kort beskrivelse av legenes og sykepleiernes profesjonaliseringsprosjekter og de medisinskfaglige og sykepleiefaglige logikker og identiteter. Til sist vil jeg trekke frem områder hvor de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet kan tenkes å utfordre de profesjonelle logikkene og identitetene.

---

<sup>23</sup> Dette kapitlet er basert på sekundærlitteratur. Dette innebærer at det kan være utelatt forhold av betydning i den valgte sekundærlitteraturen som undertegnede ikke er klar over. Jeg har imidlertid søkt flere kilder. Med dette forbehold presenterer jeg *skiftende regimer og logikker i den norske helsetjenesten*.

## **4.1 Utviklingen av den norske helsetjenesten**

### **4.1.1 Innledning**

Den norske helsepolitikken, legeprofesjonen og sykepleieprofesjonen har utviklet seg gradvis gjennom mange år. Startpunktet for den norske offentlige helsetjenesten i unionen Norge/Danmark var i 1603 når den første legen fikk offentlige midler til å drive sin virksomhet, men det var først på midten av 1800 tallet at medisinen bidro med effektiv behandling (Moseng, 2003). De første sykehusene i moderne forståelse ble i Norge bygd på 1770 tallet, hvor man i motsetning til i de gamle hospitalene og fattighusene, hadde som formål å sørge for at de syke ble friske (ibid). Mellom 1850 og 1912 skjedde det grunnleggende endringer i det norske helsevesen, der legene og sykepleierne<sup>24</sup> ble etablerte som yrkesgrupper, og hvor også en del av deres ideologiske basis og verdimeslige grunnlag ble formet (Schiøtz, 2003). Disse yrkesgruppene innflytelse, synlighet og størrelse økte gjennom utbygging av utdannelsesstilbud og institusjonalisering (ibid). Som to ”gamle” profesjoner har sykepleieprofesjonen og særlig legeprofesjonen vært med på å legge premisser for utformingen av den norske velferdsstaten (Erichsen, 1996; Melby, 1990).

### **4.1.2 Fra profesjonsstaten til foretaksorganisering**

Frem til utgangen av 1970 årene hadde legene stor kollektiv og individuell autonomi og betydelig innflytelse i offentlig helseadministrasjon (Skaset, 2006). Den medisinske ekspertisen var integrert i de offentlige styringssystemene på alle nivåer, og i den forstand kan man si at det norske helsesystemet tidligere kunne kalles en profesjonsstat hvor den medisinske logikken var dominerende (Erichsen, 1996). Denne perioden kan også knyttes opp mot Bergs medikratibegrep (Berg, 2009). Profesjonsstat defineres som ”en struktur hvor legeprofesjonen, eller visse segmenter av den, utøver betydelig innflytelse på helsepolitikken gjennom institusjonell integrasjon i de offentlige styringssystemene på alle nivå” (Erichsen, 1996:93). Profesjonsstaten innebar en forholdsvis høy grad av depolitisering (Erichsen, 1996), hvor legenes innflytelse på utformingen og driften av helsetjenestene var betydelig, og den politiske styringen var begrenset – dog ikke fraværende (Skaset, 2006). ”Den politiske styringsideologi var å delegere beslutninger til fagfolk” (ibid:140). Legene hadde administrative posisjoner både i Helsedirektoratet, de medisinske fakultetene og i helseinstitusjonene (Skaset, 2006). Særlig var lege Karl Evangs innflytelse sterk, i kraft av sin dobbeltrolle som helsedirektør for Helsedirektoratet og som ekspedisjonssjef i Sosialdepartementet, hvilket innebar at han ledet et uavhengig ekspertorgan, samtidig som

---

<sup>24</sup> Og jordmødrene



han sørget for at de medisinske premissene fikk innflytelse i helsepolitikken (Erichsen, 1996; Nordby, 1989).

Imidlertid skjedde det gradvis flere endringer i denne institusjonelle ordningen. Man gikk i økende grad fra ekspertstyre til politisk styre i utformingen av helsetjenestene. Et tydeligere skille mellom politiske og faglige spørsmål, hvor helsepolitikken har blitt integrert tettere til andre politikkområder, bidro til en politisering av helsesektoren (ibid). Sammenfallende med de store kulturelle og ideologiske endringene i samfunnet som var på slutten av 1960 tallet og utover det neste tiåret, var det en tendens til at troen på fagstyret ble svekket, samtidig som troen på folkestyre og demokratisk deltagelse ble styrket (Skaset, 2006). Den politiske logikken, preget av verdier som nøytral faglig forvaltning, likebehandling, kollektiv nytte, demokratiske beslutningsprosesser og offentlige diskusjoner (Torjesen, 2008), fikk bredere innpass i styringen av helsesektoren. En av de store utfordringene i helsesektoren var den ulike fordelingen av helsetjenester sosialt og særlig geografisk (Schiøtz, 2003). Den politiske styringen av helsetjenestene tiltok, og det politiske planstyret var i tråd med de helsepolitiske målsetningene som blant annet var knyttet opp mot en mer rettferdig sosial og geografisk fordeling av helsetjenestene (Skaset, 2006). Imidlertid ble den politiske målsetningen om geografisk utjevning av helsetilbudet i liten grad oppnådd i løpet av det første tiåret. Det ble stilt mange spørsmål knyttet opp mot helsetjenestenes organisering, effektivitet, kostnadskontroll og tilgjengelighet, og en rekke offentlige utredninger og meldinger lanserte forslag til endringer (Stigen, 2005).

Helsepolitikken ble etter hvert lagt inn under overgripende styringssystemer og kontroll (Schiøtz, 2003), og sentrale posisjoner i maktapparatet ble gradvis skiftet ut, hvor leger ble erstattet med andre faggrupper, samtidig som legene fortsatt hadde innflytelse gjennom roller som faglige rådgivere (Erichsen, 1996; Skaset, 2006). Fra begynnelsen av 1980 årene til slutten av 1990 årene beholdt legene mye av sin individuelle autonomi, men mistet mye av sin kollektive autonomi, hvor også deres innflytelse i helseadministrasjonen ble redusert (Skaset, 2006). En markering av dette var i 1983 hvor helsedirektoratets dobbelrolle ble opphevet, hvilket innebar at det ble et klarere skille mellom helsepolitiske spørsmål og spørsmål som krevde medisinsk teknisk kompetanse (Erichsen, 1996). Det er flere forhold som tyder på at legene frivillig ga fra seg deler av den administrative makten og derved også ansvaret, og inntok en mer korporativ rolle ovenfor det statlige maktapparatet (ibid). Det synes som om

legene i denne perioden ”flyttet ut av staten” og utøvde innflytelse gjennom pressgruppedepolitikk og inntok en mer pressgrupperolle ovenfor staten (ibid).

Blant de store utfordringene som ble synliggjort og problematisert i løpet av 1970 tallet og utover var den kraftige veksten i de helserelaterte utgiftene, samtidig som etterspørselen etter helsetjenester og behandlingsmulighetene ekspanderte (Erichsen, 1996). Særlig fra 1980 tallet ble fokuset på å kontrollere utgifter innen helsetjenestene stort (Erichsen, 1996). En av de sentrale politiske anliggender har vært å etablere finansieringssystemer som kan oppfylle helsepolitiske mål samtidig med kostnadskontroll. Overordnet har sykehusfinansieringen bestått av tre regimer siden 1970; kurpengefinansiering, rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering (Kristiansen & Sunnevåg, 2003). Kurpengefinansieringen (fra 1970 til 1979) ga sykehusene inntekter ut i fra satser per liggedøgn. Dette systemet ga få incentiver til kostnadsbesparelser, det var heller slik at sykehus med høye kostnader ble premiært i form av høye inntekter (ibid). Kurpengesystemet ble erstattet av rammefinansiering i 1980, hvor fylkeskommunene ble finansiert etter indikatorer som folketall og alderssammensetning. Denne finansieringsordningen ga fylkeskommunene incentiver til kostnadseffektivisering, da ekstra utgifter ble belastet av fylkeskommunens budsjett. Imidlertid ga ikke dette systemet incentiver til å øke aktivitetsnivået, da dette innbar økte utgifter for fylkeskommunene uten tilsvarende refusjon fra staten (ibid). Etterspørselen etter helsetjenester var tilsynelatende større enn kapasiteten, og ventelistepasient ble et kjent begrep (ibid). Videre ble det vanlig at staten kom med ekstrabevilgninger til de sykehusene som ikke klarte å holde budsjettene (ibid, Stigen, 2005). Gradvis mistet man troen på statlig planstyring og den desentraliserte forvaltningsmodellen, og mer markedsliberalistiske ideer ble drøftet (Skaset, 2006). Det ble etter hvert tydelig at man måtte endre finansieringssystemet slik at det kunne stimulere til økt aktivitet og økt kostnadskontroll. Løsningen ble å innføre en blandingsform mellom rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997. Denne finansieringsformen innebærer at sykehusene får refundert deler av behandlingsutgiftene basert på DRG<sup>25</sup> systemet, og resten blir finansiert gjennom rammebevilgninger til eiere av sykehusene (ibid). Endringen av finansieringsformen var imidlertid ikke nok til å oppnå de helsepolitiske målsetningene, og arbeidet for nye reformer i spesialisthelsetjenesten fortsatte. Viktige verdier i helsepolitikken ble formulert som:

---

<sup>25</sup> Diagnoserelaterte grupper

Det grunnleggende elementet i norsk helse- og sykehuspolitikk er å sikre hele befolkningen god tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Det er en forutsetning at tilgangen skal være uavhengig av alder, kjønn og bosted og at tjenestene skal ytes av en offentlig styrt helsesektor (NOU, 1999:15:4).

Stigen (2005) har laget en oversikt hvilke problemområder den norske helsetjenesten sto ovenfor før overgangen til foretaksorganiseringen:

<i>Strukturelle trekk</i>	<i>Organisatoriske effekter</i>	<i>Effekter for pasientene</i>
<b>Styringsstruktur:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uklare ansvarsforhold</li> <li>• lite fleksibel tilknytningsform</li> <li>• sviktende legitimitet for fylkeskommunen</li> </ul> <b>Endringer i medisinsk tilbud og demografi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medisinsk/faglig utvikling</li> <li>• spesialisering</li> <li>• demografi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For dårlig kontroll med kostnads- og aktivitetsvekst</li> <li>• For lav effektivitet</li> <li>• U hensiktsmessig sykehusstruktur</li> <li>• For dårlig samordning</li> <li>• Økende etterspørsel</li> </ul>	<b>For dårlig tilgjengelighet:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uakseptable ventelister</li> <li>• uakseptable ventetider</li> </ul> <b>Kvalitetsutfordringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• korridorpasienter</li> <li>• sykehusinfeksjoner</li> <li>• epikrisetid</li> </ul> <b>Regionale utfordringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tilgjengelighet</li> <li>• kvalitet</li> <li>• medisinsk praksis</li> </ul>

#### 4-1: Begrunnelser for sykehusreformen

Kilde: (Stigen, 2005:18)

Løsningsforslagene på disse utfordringene stammer fra både den tradisjonelle norske helseforvaltningen, men også i stor grad fra ideer knyttet opp mot New Public Management (Byrkjeflot & Neby, 2005, 2008). Sykehusreformen, som kan beskrives som en autonomiforflytning fra fylkene til sykehusforetakene, hadde som en målsetning å øke statens styringskapasitet i helsesektoren (ibid). ”Hensikten var å begrense profesjonene og lokalpolitikernes autoritet og innflytelse og dermed gjøre sykehusene mer styrbare. Dette skulle skje ved å overføre ansvaret fra profesjonsledere til linjeledere, som videre kunne bygge sin autoritet på organisasjonskunnskap i stedet for fagkunnskap” (Byrkjeflot & Neby, 2005:52). Lederne på alle nivåer skulle ansvarliggjøres i langt større grad enn tidligere i forhold til styringsindikatorer, som blant annet handler om budsjettkontroll, aktivitetsnivå og kvalitetsindikatorer (Berg, 2006; Ot.prp. nr. 66, (2000-2001)). Foretaksorganiseringen innebar at en tok sikte på mindre politisk styring av sykehusene og reformen på denne måten representerte en av depolitisering av sektoren, hvor staten, som overordnet eier, bare skulle gi overordnede retningslinjer, prinsipper og budsjettammer til de regionale foretakene, mens de regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene var ansvarlige (Stigen, 2005). Imidlertid viser data at engasjementet fra stortingspolitikere har økt til tross for at man kunne forvente mindre innblanding fra stortinget i helsepolitikken gjennom den foretaksorganiseringen som ble valgt (Opedal & Rommetvedt, 2005). Også markedsorienterte

løsninger inspirert fra NPM har preget reformene i den norske spesialisthelsetjenesten, hvor kvasimarkeder, brukerorientering, gjennomsiktighet, pasientrettigheter og offentliggjøring av kvalitet er sentrale ingredienser (Byrkjeflot & Neby, 2005). I den formelle organiseringen av den norske spesialisthelsetjenesten kan det synes som om det har vært et paradigmeskifte fra politisk logikk til foretakslogikk (Torjesen, 2008). Samtidig som den politiske innblandingen både på nasjonalt og lokalt nivå er sterkere enn den formelle organiseringen skulle tilsi (Byrkjeflot & Neby, 2005; Opedal & Rommetvedt, 2005). I 2007 ble politikere også integrert i foretaksstyrene, og slik sett er det en økt formalisering igjen av en politisk innflytelse.

De profesjonelles innflytelse gjør seg fortsatt gjeldene i den statlige politikktutformingen og i de konkrete organisatoriske oversettelsene av reformene. Gjennom fagorganisasjonene og gjennom representanter i ulike råd og utvalg har de profesjonelle påvirkninger på hvordan politikken skal utformes (For eksempel Den Norske lægeforening, 2002; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, 2010).

Gjennomgangen her viser at den norske helsepolitikken har vært preget av tre overordnede regimer; profesjonsstaten, politisk styre og foretaksstyre. Imidlertid er antagelig den utøvende politikken preget av blandingslogikker, hvor man ser ulike legitimitetskriterier og fortolkningsrammer innenfor hver av logikkene spille sammen og danne blandingsformer.

I de påfølgende avsnitt vil jeg gi en karakteristikk av foretakslogikken og deretter en nærmere beskrivelse av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet.

## **4.2 Foretakslogikken**

Foretakslogikken anses som en sykehusspesifikk logikk avledet fra den markedsbaserte (Kragh Jespersen, 1999; Vrangbæk, 1999b) og økonomiske (Broadbent & Laughlin, 2002) logikken og kan relateres til organisatorisk profesjonalisme (jmf Evetts, 2009). Foretakslogikken representerer en utviklingstendens og noen normer og verdier som forsøkes å bli institusjonalisert innenfor sykehussektoren i konkurranse med de gamle logikkene. Innenfor foretakslogikken vil sykehuset ledes ut i fra konsekvensutredninger og objektive økonomiske begrunnelser (ibid). Legitimitetskriterier er knyttet opp til kostnadsbetraktninger og formålsrasjonalitet. Satt på spissen forholder man seg ikke til pasientene, men til produserte enheter, hvor kvantifisering av pasienter, diagnoser og oppholdsdøgn blir omgjort til økonomiske størrelser (Lian, 2003a). Sykehusene kan bli betraktet som et kvasimarked

hvor man streber etter de mest lønnsomme pasientene og de mest kostnadseffektive metoder for styring av sykehus (Torjesen, 2008; Vrangbæk, 1999b), der man utarbeider strategier for å få mest mulig uttelling i forhold til incentivstrukturer og konkurrerende sykehus (Torjesen, 2008). I det frie marked vil ofte brukernes preferanser være betydningsfulle i forhold til hvordan produsentene utformer varenes og tjenestenes kvalitet, utvalg og mengde (Vrangbæk, 1999b). Det offentlige helsevesen er i utgangspunktet bygd opp på en slik måte at brukerpreferanser ikke kan påvirke tjenestene på samme måte som i et fritt marked, blant annet på grunn av lover og regler, styringsbetingelser og etiske normer som helsepersonellet og lederne for helseforetakene må forholde seg til. Ut i fra en NPM tankegang blir det offentlige mer preget av direkte brukerpreferanser. Eksempler på slike tiltak er fritt sykehusvalg, offentliggjorte kvalitetsmålinger, bedre pasientrettigheter og bedre klagemuligheter. Tiltakene skal øke den enkelte pasient sin innflytelse og maktposisjon, og tanken er at pasientenes økte innflytelse og valgmuligheter skal tvinge sykehus og avdelinger til å tilpasse seg brukerpreferansene og plassere seg strategisk i forhold til andre relevante enheter med tanke på å tiltrekke seg pasienter (ibid). I den statlige helsepolitikken blir gradvis begrepet ”pasient” erstattet med begrepet “bruker”. Fra å være en pasient som lider og som trenger omsorg og behandling, er nå personen som krever helsetjenester sett på som å være en autonom bruker med særegne rettigheter og preferanser (Newman & Vidler, 2006). Logikken i den statlige politikken er karakterisert av rasjonelle aktører som opererer i et helsemarked.

Flertallet av dagens pasienter er aktive brukere som ønsker å få god informasjon slik at de selv kan ta gode beslutninger for å fremme egen helse. Brukerne ønsker selv å sette mål for behandlingen... (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006b:245).

Pasientene i den statlige helsepolitikken blir sett på som både *empowering service users*, som er knyttet opp mot kunnskap, og *discriminating customers*, som er knyttet opp mot valgfrihet (Newman & Vidler, 2006). Fra å bygge legitimitet ut i fra profesjonelle bedømmelseskriterier, bærer NPM reformene i seg et tankegods hvor legitimitetskriteriene er fundert på oppnådd tilfredshet hos ”brukerne” eller ”kundene” (Clarke & Newman, 1997).

Legitimitetskriterier for ledelse innenfor NPM er preget av en aktiv leder som agerer og fatter beslutninger selv, i motsetning til administratorer som iverksetter andres beslutninger (ibid). Ledere er, innenfor denne logikken, først og fremst generalistledere og ikke fagpersoner (Mo, 2006), og vil ideelt sett innenfor foretakslogikken manøvrere og lede innenfor organisasjonenes handlingsrom lojalt i tråd med de verdiene foretakslogikken målbærer.

Oppsummerende handler foretakslogikken om å introdusere komplementære NPM inspirerte teknikker i sykehussektoren, dvs:

- kostnadseffektivitet
- økonomiske incentivstrukturer
- kvantifisering av pasienter, diagnoser og liggedøgn
- brukerpreferanser
- kvasimarkeder
- pasientrettigheter
- offentliggjøring av kvalitetsmålinger
- Generalistledelse

I det følgende vil jeg se på hvordan disse elementene reflekteres i de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet.

### **4.3 Statlige mål om økt produktivitet og kvalitet**

Som gjennomgangen ovenfor viste har en av de store utfordringene i norsk helsepolitikk vært knyttet opp mot blant annet lange ventelister, dårlig utnyttelse av behandlingsskapasitet, ulike tilbud relatert til geografiske steder og eskalerende kostnader. Gjennom reformene – sykehusreformen, innstatsstyrt finansiering og pasientrettighetsloven – har det vært en målsetning å øke behandlingsaktiviteten og samtidig utnytte ressursene mest mulig kostnadseffektivt, samt styrke pasientenes valgmuligheter og rettigheter i møte med helsetjenestene, noe som til dels sammenfattes i det jeg definerer som de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet.

Reformen<sup>26</sup> skal gi helsetjenesten et fornyende innhold. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar (Ot.prp. nr. 66, (2000-2001):kap2,s.1).

Både profesjonell ledelse, økonomisk lønnsomhet og brukerorientering, som tre sentrale elementer i foretakslogikken, gjenspeiles tydelig i pasientrettighetsloven, innsatsstyrt finansiering og foretaksorganiseringen og retorikken rundt denne styringsformen. Økt produktivitet og økt kvalitet er to overgripende målsetninger i de statlige reformene og den statlige helsepolitikken. I avsnittene nedenfor vil jeg gå nærmere inn på disse to målsetningene.

---

<sup>26</sup> Sykehusreformen

### 4.3.1 Det statlige målet om økt produktivitet

Begrepene effektivitet og produktivitet anvendes mye om hverandre, men i samfunnsøkonomisk terminologi er ofte *produktivitet* forholdet mellom produksjon og ressursbruk (Kittelsen, Magnussen, & Anthun, 2007)<sup>27</sup>. Konkret anvender jeg produktivetsbegrepet som et bilde på forholdet mellom ressursbruk og behandlingsaktivitet, og jeg definerer den statlige målsetningen om økt produktivitet i spesialisthelsetjenesten som et mål om å øke behandlingsaktiviteten med lavere relativ ressursbruk. I statlige dokumenter anvendes begreper som produktivitet, effektivitet, kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet noe om hverandre (f.eks NOU, 1997:2, 1999:15; NOU, 2003:1; St.meld.nr.5, (2003-2004)), men ut i fra et helhetlig bilde kan man si at det er en overordnet målsetning å øke behandlingsskapiteten og redusere den relative ressursanvendelsen. Jeg definerer effektivitet som produktivitet multiplisert med kvalitet (NOU, 1997:2). Imidlertid skiller jeg mellom kvalitet og produktivitet som to separate størrelser i avhandlingen, og anvender derfor ikke effektivitetsbegrepet slik det er definert her i stor grad. ”Effektivitet” er allikevel en betegnelse som ofte blir benyttet i statlige dokumenter og i intervjuene, men da gjerne med varierende innholdsbetydning.

Gjennomgangen av utviklingen i den norske helsepolitikken viser de overordede endringene i finansieringen av sykehusene. Figur 4-2 viser en skjematisk oversikt over finansieringssystemenes implisitte incentiver – eller mangel på sådanne – i forhold til økt produktivitet, nærmere bestemt økt kostnadseffektivitet og økt behandlingsaktivitet.

---

<sup>27</sup> Denne definisjonen på produktivitet er anvendt også i *NOU 1997:2 Pasienten først*.

	<b>Kurpengefinansiering</b> 1970-1979	<b>Rammefinansiering</b> 1980-1997	<b>Innsatsstyrt finansiering/ Rammefinansiering</b> 1997-d.d
<b>System</b>	Sykehusene fikk inntekter ut i fra satser per liggedøgn	Fylkeskommunene, som eiere av sykehusene, ble finansiert etter indikatorer som folketall og alderssammensetning.	Sykehusene får refundert deler av behandlingsutgiftene basert på DRG <sup>28</sup> systemet, og resten blir finansiert gjennom rammebevilgninger til eiere av sykehusene/helseforetakene
<b>Kostnads-effektivisering</b>	Få incentiver til kostnadseffektivisering da det var heller slik at sykehus med høye kostnader ble premiært i form av høye inntekter	Incentiver til kostnadseffektivitet da ekstra utgifter ble belastet av fylkeskommunens budsjett.	Incentiver til kostnadseffektivitet da finansieringen av aktivitet beregnes ut i fra på forhånd definerte kostnadsvekter i DRG systemet. <sup>29</sup>
<b>Økt aktivitetsnivå</b>	Delvis incentiver til å øke aktivitetsnivå da finansieringen ble beregnet ut i fra antall liggedøgn og kostnader.	Få incentiver til å øke aktivitetsnivået da ekstra utgifter måtte dekkes av sykehusets eiere	Incentiver til å øke behandlingsaktiviteten da aktivitetsnivået danner grunnlag for deler av finansieringen.

#### 4-2: De ulike finansieringsordningenes incentiver for å øke produktiviteten

Innsatsstyrt finansiering representerer, sammen med den økte ansvarliggjøringen av ledere på alle nivåer i forhold til budsjettdisiplin som ligger implisitt i Sykehusreformen, og pasientrettighetsloven (Innst. O. nr. 91, 1998-1999) der blant annet retten til fritt sykehusvalg og ventetidsgarantier er lovfestet, redskaper til å øke produktiviteten i den norske spesialisthelsetjenesten.

Implisitt i Sykehusreformen ligger det en langt større ansvarliggjøring av ledere på ulike nivåer i forhold til å holde budsjetter og levere avtalte tjenester sammenlignet med tidligere organiseringer. Enhetlig ledelse har til hensikt å gjøre ansvarslinjene klarere innenfor de lokale helseforetakene, og skape en tydelig og ny ansvarlighet i forhold til budsjettdisiplin innen hver enhet. Dette innebærer at økonomiske hensyn må ligge til grunn i sterkere grad enn tidligere for ledelse og styring av helseforetakene og sykehusenheter. Behandlingsprosedyrer, diagnoser og pasienter blir omgjort til økonomiske størrelser, og begreper som behandlingsvolum og produserte enheter er en del av språkliggjøringen av disse endringene. Målet om økt produktivitet relaterer til økonomiens språk og kunnskapssystem. Det innebærer en depersonalisering av pasientene og en kvantifisering av det profesjonelle arbeidet som utføres i sykehusene, hvilket er et utgangspunkt for å styre og kontrollere

<sup>28</sup> Diagnoserelaterte grupper

<sup>29</sup> Det argumenteres for at innsatsstyrt finansiering skal bidra til incentiver for kostnadseffektivisering, men flere har satt fokus på at kostnadsvektene knyttet til hver DRG ikke stemmer overens med de faktiske utgiftene, slik systemet kan virke prioriteringsvridende i forhold til lønnsomme og ulønnsomme pasienter og diagnoser (For eksempel Helsetilsynet, 2004)



innenfor dette paradigmet. Målet om økt produktivitet synes å innebære at det økonomiske kunnskapssystemet er legitimt og ønskelig som styrings- og ledelsesgrunnlag, og man har videreført prosjektet ved å endre de institusjonelle styringsordningene innad i sykehusene hvor målet har vært å få styring basert på ledelse og ikke fag. Som i mange andre vestlige land har nye styringsmodeller blitt introdusert for blant annet å redusere den makten de profesjonelle tradisjonelt har hatt (Erichsen, 1996; Kuhlmann, 2006; Mo, 2006; Noordegraaf, 2007).

Økonomiens språk er forholdsvis tydelig, og de budsjettene det enkelte helseforetak og den enkelte leder har å forholde seg til er nokså konkrete. Dette medfører at grad av måloppnåelse i forhold til spesifikke parametre knyttet opp mot produktivitetsmålet er relativt synlige og lett å kontrollere. Det nærmest institusjonaliserte overforbruket i sykehuset hvor man fikk dekket gapet mellom budsjett og reelle utgifter av kommunen, fylkeskommunen eller staten skal brytes gjennom langt sterkere budsjettdisiplin.

Pasientrettighetsloven, som både skal ivareta pasientenes rettigheter, og skape mekanismer i helsetjenesten som skal bidra til å øke produktiviteten i helsetjenestene, knyttes også opp mot kvalitetsutvikling. Dette vil jeg komme nærmere inn på i neste avsnitt.

#### **4.3.2 Det statlige målet om økt kvalitet**

I likhet med finansierings- og organisasjonsformer har helsetjenestenes kvalitetspolitikk vært igjennom ulike faser. Før 1980 var kvalitetspolitikken i stor grad basert på profesjonenes egen kontroll, bortsett fra myndighetenes krav til utdanning og autorisasjon (Hallandvik, 2005). I 1980 årene ble kvalitetspolitikken i økende grad gjenstand for myndighetenes oppmerksomhet, hvor særlig teknisk kvalitet var sentralt (ibid). Allerede i 1984 ble sykehusene pålagt å etablere internkontrollsystem (Helse- og omsorgsdepartementet, 1984), men implementeringen gikk tregt, noe som forklares blant annet med at systemet ikke var spesifikt rettet mot helsesektoren (Hallandvik, 2005). Det var først i 2003 at egne forskrifter om internkontroll (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003) ble gjort gjeldene for hele helsesektoren.

Tidlig i 1990 årene kom kvalitetsarbeidet til helseinstitusjonene nesten som en motebølge (Berg, 2006). Helsedirektoratet ble omdannet til Statens helsetilsyn i 1994, og tendensen til at behandlerne og institusjonene skulle underlegges tilsyn og kontroll i større grad enn tidligere var tydelig (ibid). Internkontroll, kvalitetssystemer, kvalitetsutvalg og tverrprofesjonelt

kvalitetsfokus var viktige elementer (Hallandvik, 2005). Med *Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten* (Sosial - helsedepartementet/Statens Helsetilsyn, 1995) ble kvalitetspolitikken synliggjort som et omfattende offentlig politikkområde (Hallandvik, 2005). Flere lover er blitt vedtatt for å regulere helsepersonellens arbeid og tilstrebe bedre kvalitet i helsetjenestene. Pasientenes stilling ovenfor behandlerne ble styrket gjennom blant annet pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven, 1999), samtidig som de "allmenne" lederne har styrket sin posisjon gjennom loven om spesialisthelsetjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Helsepersonelloven stiller krav til forsvarlig tjenesteytelse, hvor den enkelte helseprofesjonsutøver har et individuelt ansvar og hvor arbeidsgiver/leder har et systemansvar for faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999). Spesifikke dokumentasjonskrav for helsepersonell ble konkretisert i Forskriften om pasientjournal i 2001 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001), og det var først med denne forskriften sykepleiernes dokumentasjonsplikt ble lovfestet (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

En nyere utgave av "Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten", ... *Og bedre skal det bli* (Sosial - og helsedirektoratet, 2005), inneholder de overordnede føringene i den nasjonale kvalitetspolitikken etter år 2000. Den statlige formidlingen av hva god kvalitet kan oppsummeres med følgende stikkord: virkningsfulle og trygge tjenester, brukermedvirkning, samordning, ressursutnyttelse, tilgjengelighet og rettferdig fordeling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Sosial - og helsedirektoratet, 2005). Kortfattet innebærer det statlige målet om kvalitetsutvikling i helsetjenestene at helseforetakene skal tilrettelegge materielle, strukturelle og kulturelle vilkår for god tjenesteytelse. Arbeidet til sykepleierne og legene skal være basert på forskning i forhold til effekt av tiltak, og derved minimere sannsynligheten for feil (Sosial - og helsedirektoratet, 2005)<sup>30</sup>. Videre ligger det i den statlige kvalitetspolitikken at de profesjonelle skal gi pasientene innflytelse, og la deres erfaringer og synspunkter påvirke tjenestene. En annen del av den statlige kvalitetsforståelsen er at man i helseforetaket skal jobbe for samordning, kontinuitet og effektiv ressursbruk.

For å oppnå disse målsetningene skal man arbeide for å styrke brukeren og utøveren, forbedre organisasjon og ledelse, styrke forbedringskulturens plass i utdanningene og evaluere tjenestene (Sosial - og helsedirektoratet, 2005). Et av virkemidlene norske myndigheter bruker for å legge til rette for bedre kvalitet på helsetjenestene er entydig plassering av organisatorisk

---

<sup>30</sup> Dersom ikke annet er opplyst er alt hentet fra ...*og bedre skal det bli*.

ansvar til forsvarlig virksomhet. Finansieringsordningene skal fremme effektivitet og kvalitet, mens tilsyn skal heve tryggheten i tjenestene.

Intensjonelt skal ledelse og organisasjon styrkes ved stimulering av ledelsesmodeller som fremmer systematisk forbedring, synliggjøring og belønning av god ledelse, samt ved bruk av internkontroll og kvalitetssystemer. For å styrke utøveren må det etableres systemer for kontinuerlig kompetanseutvikling, stimuleres til kvalitetsforbedring og forskning, og gi helsepersonellet mulighet til å følge med i den faglige utviklingen og holde seg à jour i forhold til aktuelle kvalitets- og kompetansekrav. Arbeidet med kvalitet skal ikke komme i tillegg til de daglige oppgavene, men bør være en integrert del av daglig drift (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter derfor tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse. Organisatorisk skal man styrke brukeren ved å involvere brukeren i beslutningsprosesser, bedre deres tilgang på informasjon om kvalitet og sikkerhet, skape brukerorienterte samarbeidsarenaer og sikre at respekt og medvirkning blir ivare tatt.

En vesentlig del av det nasjonale kvalitetsarbeidet er å evaluere tjenestene gjennom bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer, faglige kvalitetsregistre og andre resultatmål, og ved videreutvikling av systemer for pasientsikkerhet. Kvalitet skal dokumenteres; registrering, måling og evaluering regnes som en grunnleggende forutsetning for forbedring. De nasjonale kvalitetsindikatorerne har til hensikt å informere pasienter om kvaliteten ved de ulike sykehusene og dermed gi pasientene et informasjonsgrunnlag til å kunne velge sykehus, og stimulere helseforetakene til å øke innsatsen i kvalitetsarbeidet (Helsedirektoratet, 2006, 2007). Basert på Donabedian (1980) har man valgt å skille mellom faglig kvalitet, pasientopplevd kvalitet og organisatorisk kvalitet, og de nasjonale kvalitetsindikatorerne er inntil videre mest relatert til prosess- og strukturindikatorer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Disse indikatorene registrerer epikrisetid, ventetid, korridorpasienter, infeksjonsrater og pasientopplevde erfaringer, som de lokale helseforetakene skal bidra med data til.

I sin avhandling om kvalitetspolitikken i den norske helsetjenesten har Jan-Erik Hallandvik (2005) laget en skjematisk fremstilling av utviklingen i den norske kvalitetspolitikken frem til år 2000.

	<b>KLASSISK KVALITETS- POLITIKK</b>	<b>NY KVALITETSPOLITIKK</b>			
<b>STYRENDE PRINSIPP</b>	<b>Før 1980</b>	<b>1980-1989</b>	<b>1990-1994</b>	<b>1995-1999</b>	<b>2000-</b>
<b>Kvalitet knyttet til nasjonale systemkrav</b>			<b>3. Internkontroll</b> Systemkvalitet Systemkontroll Kvalitetsutvalg Alle sektorer Tverr- profesjonell		
<b>Kvalitet knyttet til helsetjenestens virksomheter</b>		<b>2. Teknisk kvalitet</b> Del av systemene Direkte kontroll Medisinsk kjerneområde Profesjoner utenfra		<b>4. Kvalitets- ledelse</b> Rådgivning Kvalitets- utvikling Medisinens randsone Tverr- profesjonell	
<b>Kvalitet knyttet til profesjonell praksis</b>	<b>1. Faglig selvstyre</b> Autorisasjon Utdannelse Faglig selvstyre Medisinens kjerneområde Profesjonsbunden				<b>5. Faglig resultatkontroll</b> Evidensbasert Kvalitetsregistre Kollega- veiledning Medisinens kjerneområde Profesjonsbunden

#### 4-3: Typiske kvalitetstrekk i perioder

Kilde: (Hallandvik, 2005:19)

Hallandvik hevder at kvalitetspolitikken har gått fra faglig selvstyre, til et mer organisatorisk kvalitetsansvar, deretter til mer fokus på nasjonale systemer, for så å preges av det organisatoriske kvalitetsansvaret igjen, og til sist av faglig resultatkontroll. Profesjonene har vært aktive i utarbeidingen av nasjonale kvalitetsstrategier, hvor de har arbeidet for å fremme egne profesjonsinteresser (Hallandvik, 2005). Oversikten viser at ulike logikker har satt sitt preg på den statlige kvalitetspolitikken, og at det har vært en gradvis utvikling mot den kvalitetspolitikken som er ført etter år 2000.

Hallandvik tolker utviklingen i kvalitetspolitikken ved tusenårsskifte som en mer profesjonsorientert kvalitetstenkning og ”et uttrykk for en profesjonell domeneutvidelse i forhold til statlig styring, særlig for legene” (ibid:20). Det er særlig evidensbaserte tilnærminger og faglige kvalitetsregistre Hallandvik peker på som viktige elementer i profesjonenes domeneutvidelse. Imidlertid kan det settes spørsmålsteget ved denne tolkningen. Ole Berg (2006) hevder at både lovendringer og det økte fokuset på evidence based medicine

bidrar til å skape en legerolle preget av den industrielle logikk, i den forstand at klinisk praksis i stadig større omfang blir redusert til beskrevne og vitenskapelig dokumenterte prosedyrer. Berg (2006) hevder videre at det legefaglige arbeidet blir instrumentelt, hvor både lederinnhold og de tradisjonelle verdiene blir tatt ut av legerollen. Helsepersonelloven flytter legenes personlige samvittighet og kollegiale forpliktelse, sprunget ut av pliktetikken, til en ytre skapt forpliktelse, som kan tolkes som en mistro til legene, hvor legene taper både faglig og etisk autonomi gjennom loven (Berg, 2006). Samtidig kan Evidence Based Medicine på den andre siden tolkes som legenes motsvar på det økte fokuset på organisatorisk kontroll og kvalitetsutvikling på systemnivå (Hult, 2006). Evidence Based Medicine ble drevet frem av det internasjonale legekollegiet inspirert fra den medisinske vitenskapen, og ble først etter hvert anvendt av myndigheter og organisasjoner som et verktøy til å synliggjøre, kontrollere og regulere legenes arbeid (ibid). I en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, offentliggjort i 2005, blir det opplyst at det på daværende tidspunkt fantes 50 kvalitetsregistre i Norge, hvorav 36 var nasjonale (Saunes & Danielsen, 2005). Disse registrene er etablert og drevet frem av legene selv, og var ikke koordinert gjennom statlige myndigheter (ibid). Det kan synes som om de evidensbaserte tilnærmingene er drevet frem av legene og ikke først og fremst av staten, noe som kanskje kan illustrere at det er hybride former som preger den samlede kvalitetspolitikken. Den nasjonale kvalitetspolitikken synes å bære preg av bruker- og markedsorientering, samt kontrolltiltak på nasjonalt og organisatorisk nivå, og kan i den forstand synes å representere former for organisatorisk profesjonalisme (jmf Evetts, 2009). Samtidig som den faglige profesjonalismen, særlig den legefaglige profesjonalismen, til dels blir representert gjennom fokuset på forskningsbasert kunnskap som grunnlag for utøvelsen av tjenestene.

Sammenlignet med den nasjonale kvalitetspolitikken i Danmark, er den norske nasjonale kvalitetspolitikken forholdsvis desentralisert, hvor de lokale helseforetakene har nokså stort tolknings- og handlingsrom. I Danmark er de nå i ferd med å implementere *Den Danske Kvalitetsmodel* (Sundhetsstyrelsen, 2004) hvor det på alle sykehusene innføres 104 akkrediteringsstandarder for god kvalitet (Institutt for Kvalitet og Akkreditering i Sundhetsvæsenet, 2010), hvilket innebærer en langt mer sentral styring av kvalitetspolitikken enn tilfellet er i Norge. Denne forholdsvis desentraliserte kvalitetsmodellen i Norge kan innebære at det er et relativt stort rom for ulike oversettelser av den statlige kvalitetspolitikken i det lokale helseforetaket, hvor de lokale utformingene kan tilpasses institusjonaliserte praksiser og legitimitetskriterier.

#### **4.4 Oppsummering av utviklingen i norsk helsepolitikk**

Kapittelet har vist at målene om økt produktivitet og økt kvalitet har vært sentrale i den statlige helsepolitikken i mange år. Spesialisthelsetjenesten har vært igjennom mange reformer og endringer hele veien, hvor man særlig har forsøkt å øke behandlingsaktiviteten uten å øke kostnadene. Fra å kunne betegnes som en profesjonsstat før 1970 tallet, hvor legene hadde sentrale administrative posisjoner og et kunnskapsmessig hegemoni, ble spesialisthelsetjenesten i større grad preget av en politisk logikk, der de profesjonelle mistet mye organisatorisk og styringsmessig autonomi. Politikerne etterstrebet mer kontroll over helsetjenestene, både med tanke på likhet, kostnadskontroll og kvalitet. Imidlertid ble ventelistene lenger og kostnadene ekspanderte, noe som kan årsaksforklares med blant annet finansieringssystemene, demografiske forhold og den formidable veksten i behandlingsmuligheter. Man trengte løsninger som kunne bidra til å redusere ventelistene og skape større geografisk likhet i behandlingstilbud, samtidig som ressursanvendelsen og kostnadsutviklingen måtte bremses. De påfølgende løsningene var inspirert av NPM, hvor økonomisk kontroll, brukerfokus, foretaksorganisering og profesjonalisering av ledelse var sentrale elementer. Innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997, som et ledd i å stimulere til økt behandlingsaktivitet. Pasientrettighetsloven skulle gi større autonomi og innflytelse til brukerne, og helsepersonelloven ga tilsvarende plikter til helsepersonellet. Sykehusreformen etablerte et nytt system hvor regionale helseforetak fikk rollen som bestiller og de lokale helseforetak rollen som utfører. Foretaksorganiseringen hadde til hensikt å skape en ny og langt bedre budsjett disiplin, geografisk likhet og kontroll over de profesjonelle. Foretakslogikken har fått innpass i den politiske styringen av spesialisthelsetjenesten, samtidig som det kan synes som om det er de hybride logikker som rå. Den medisinske logikken spiller fortsatt en rolle i de politiske løsningene, den politiske logikken er også tydelig til stede. I så måte er det ikke nødvendigvis et skarpt skille mellom tiden før og tiden etter de siste års reformer i spesialisthelsetjenesten. Målsetningene om økt produktivitet og økt kvalitet er ikke nye, men virkemidlene for å oppnå målene er til dels nye, og disse virkemidlene synes å gå i en retning av markedsmekanismer, kontroll og foretakslogikk. Både kontroll av det profesjonelle arbeidet, samt kontroll av ressursanvendelsen og behandlingsaktiviteten er sentrale redskaper for å øke produktiviteten og kvaliteten i spesialisthelsetjenesten, og det kan synes som om den organisatoriske profesjonalismen utfordrer den faglige profesjonalismen.

De statlige målene om økt kvalitet og økt produktivitet bærer til dels med seg andre fortolkningsrammer og legitimitetskriterier enn det de profesjonelle logikkene er representert ved. Jeg har tidligere i kapittelet gitt en kortfattet beskrivelse av foretakslogikken, som de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet til dels er preget av. To av antagelsene som ble presentert i kapittel 2 er knyttet opp mot at den innflytelsen de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, oversatt organisatorisk, har på det profesjonelle arbeidet er blant annet avhengig av grad av logikkinkompatibilitet mellom den nye politikken og de profesjonelle logikkene, og de profesjonelles egne interesser. Neste avsnitt gir en komprimert beskrivelse av særtrekk ved den medisinske og sykepleiefaglige logikk, profesjonelle identiteter og profesjonaliseringsprosesser.

## ***4.5 Profesjonalisering, profesjonelle logikker og identiteter***

### **4.5.1 Innledning**

Det å bli etablert som en profesjon gir per definisjon flere fordeler, hvor både autonomi, kontroll over eget arbeid og ”social closure” er sentrale faktorer (Larson, 1977; Noordegraaf, 2007). Larson (1977) knytter profesjonaliseringsprosessen opp mot ”det profesjonelle prosjekt”, hvor antagelsen er at den kollektive gruppen eller profesjonen blant annet kjemper for de institusjonelle rammene for deres arbeid, kognitiv og formell makt, ”social closure” og sosial og materiell status. Profesjonaliseringsprosessen innebærer også en sosialisering av medlemmene (Noordegraaf, 2007), hvor man kan tenke seg at det overordnet etableres noen felles fortolkningsrammer og legitimitetskriterier i forhold til hvordan en skal forstå verden og utføre passende handlinger (Suddaby & Greenwood, 2005). Videre legges det til grunn at det gjennom profesjonalisering, sosial interaksjon og aktiviteter konstrueres og rekonstrueres profesjonsidentiteter (Freidson, 1994; Sahlin-Andersson, 1994), hvor det etableres en form for selvforståelse som gruppe. Beskrivelsen nedenfor gir en oversikt over viktige målsetninger og milepæler i legene og sykepleiernes profesjonaliseringsprosesser, samt en konkretisering av legenes og sykepleiernes faglige logikker og profesjonelle identiteter.

### **4.5.2 Profesjonalisering av legene**

Legene har vært svært sentrale i oppbyggingen av det norske helsevesenet (Skaset, 2006). Allerede i 1691 ble det utarbeidet en forordning som ga legene formell jurisdiksjon over flere områder og myndighetene en viss kontroll over legene (Moseng, 2003). Samtidig var de som drev med former for legevirkosomhet i Norge før 1814 svært få, de hadde forskjellig utdanning, samt at det var andre som også tok seg av skader og sykdommer med vel så bra

resultater som ”legene” (Larsen, 1986a). Profesjonaliseringen av legene satt fart da legene fikk gjennomslag for å starte opp medisinsk undervisning i 1814 ved Universitet i Oslo<sup>31</sup> (ibid). På samme tid begynte de norske legene å vise tegn til å organisere seg i lokale foreninger som i utgangspunktet fungerte som faglige fora, men som også bidro til en kollektiv bevissthet rundt deres egne legerelaterte verdier og interesser (Berg, 1986). Foreningene la grunnlag for indre regulering og disiplinering av medlemmene, og særlig var *Det Norske Medicinske Selskab* i Kristiania en viktig forløper for *Den Norske Lægeforening* (ibid). Internt i foreningen var det store diskusjoner om legefagets egenart som avspeilet klare motsetninger mellom de vitenskapelig orienterte og de mer praktisk orienterte legene (Larsen, 1986a). Godt ute på 1800 tallet ”erobret” forskningen den gamle praktiske og holistiske lære, og medisinen ble anvendt vitenskap (Berg, 1987).

Samtidig som legene i *Det Medicinske Selskab* var opptatt av fagets utvikling og kjerne, arbeidet de også for å bygge opp en medisinaetat hvor den medisinske elite skulle være de dominerende ledere (Berg, 1986). På 1800 tallet var legenes autoritet, lønn og sosiale status generelt lavere enn andre embetsmenn de sammenlignet seg med, og den manglende statlige anerkjennelse, samt ønsket om å påvirke offentlige kommisjons- og lovgivningsarbeid var et av motivene for å danne *Den Norske Lægeforening* (Schiøtz, 2003). *Den norske lægeforening* ble dannet i 1886, og klarte å samle nesten alle legene i den nye nasjonale organisasjonen, noe som årsaksforklares med en sterk yrkesmessig identifikasjon og et sterkt kollegialt samhold (Berg, 1986). Profesjonsbyggingen skjedde videre både ved fagintern utvikling i medisinen og utgivelsen av medisinske tidsskrift (Schiøtz, 2003). Spesialiseringen innen medisinen var tydelig allerede ved etableringen av legeforeningen, samtidig som foreningens balanse mellom sosial kontroll og desentralisert struktur holdt særforbundene samlet innenfor paraplyen av legeforeningen (Berg, 1986).

Utdannelsespolitikken i *Den norske lægeforening* gikk fra å omhandle grunnutdannelsen til å gjelde videreutdanning rundt 1910 og til å administrere og koordinere spesialistutdannelsene (Berg, 1986). Legeforeningen godkjenner spesialitetene, lage regler for disse og godkjenner utdanningsinstitusjonene og spesialistene (ibid). Legeforeningen engasjerte seg i økende grad i virksomhet som hadde som formål og øke kvaliteten på det medisinskfaglige tilbudet, hvor det vitenskapelige grunnlaget ble stadig sterkere og langt flere sykdommer kunne

---

<sup>31</sup> Universitetet i Oslo ble opprettet i 1811



behandles enn tidligere (ibid). Respekten for fagkunnskapen ga standen gradvis bredere innpass i offentlig forvaltning, og faglig fundert kompetanse ble brukt mer planmessig i den politiske beslutningsprosessen (Schiøtz, 2003). Loven om *de offentlige legefóretninger* som kom i 1912 bar preg av en oppfatning om den viktige betydningen folkehelsen hadde for nasjonens fremgang og vekst (ibid). Staten var blitt mer og mer avhengige av legenes arbeid og samarbeidet med legene, og legene kunne gjennom lovarbeidet fremme egne profesjonsinteresser og utvide sitt myndighets- og ansvarsområde (ibid). Loven innebar en reorganisering av strukturen i det offentlige helsevesenet, hvor man innførte to nye typer legestillingskategorier som hadde rådgivende og kontrollerende funksjon i medisinalspørsmål, hvilket innebar en utvidelse av legenes jurisdiksjon.

Frem til 1940 årene var den indre politikken i legeforening preget av en kollegialitetspolitikk, hvor man arbeidet for å forebygge kapitalistisk atferd blant legene (Berg, 1986). Man utarbeidet regler for hvordan leger skulle forholde seg til hverandre og til hverandres pasienter, samt lagde et forbud mot å assosiere seg med kvakksalvere (ibid). Disse reglene fungerte disiplinerende og som et middel til å forsvare standens interesser. De mente at:

... legenes moralske kall krevet at de fikk en relativt privilegert posisjon, og dens fremste representanter så klart at det ville bli meget vanskelig å bevare legenes moralske integritet hvis de skulle bli utsatt for en markert sosial deklassering (Berg, 1986:241).

Legene anvendte en moralsk terminologi – ikke juridisk – for å beskrive og kontrollere den atferd de mislikte, og denne normative og sosiale kontrollen er viktig for å forstå legestanden og dens foreningspolitikk (Berg, 1986). I 1961 ble det vedtatt mer generelle legeetiske regler i tillegg til noe reviderte kollegiale regler, samt at det ble opprettet et råd for legeetikk (ibid).

Utviklingen fra *Den norske lægeforenings* dannelse i 1886 til 1940 var preget av økende grad av formalisering, opptrapping av interessepolitikken og en korporativisering av interessestridene innen helsevesenet og i samfunnet (ibid). Denne utviklingen fortsatte med stor styrke i etterkrigsårene. Legene ble ytterligere integrert i staten og den medisinske ekspertise har stått sterkt i helsepolitiske spørsmål (Erichsen, 1996). Etter krigen i 1945 formulerte helsedirektør og medisiner Karl Evang et program for å gjenreise ”den norske folkehelsen og det norske helsevesen” (Schiøtz, 2003). Evang var en sentral skikkelse i oppbyggingen av helsevesenet i etterkrigstiden og frem til 1972 da han gikk av som helsedirektør (ibid). Han var en representant for profesjonsstaten som var et karakteristisk trekk ved velferdsstatens første 20 år (ibid). Evang understreket legenes viktige rolle i

gjenreisningen av det norske samfunn, og bygde opp et stort byråkrati med mange leger i nøkkelposisjoner (ibid). Han bygde opp en organisasjonskultur som var preget av den medisinske verden og av den sosialmedisinske forståelsen av legeprofesjonens mandat, hvor båndene til legeföreningen var tette (ibid), og *Sykehusloven av 1969* var klart preget av medisinsens logikk (Schiøtz, 2003). I løpet av dette århundret hadde det vokst frem en ny profesjon i Norge (Larsen, 1986a), og legenes profesjonelle prosjekt synes å ha vært et særdeles vellykket prosjekt med tanke på status og posisjon i samfunn og i maktapparat, monopol i forhold til en rekke arbeids- og kunnskapsområder og intern disiplin og sosial kontroll. Særlig var den medisinske utviklingen vesentlig for legenes profesjonaliseringsprosjekt (Berg, 1987). Økt vitenskapelig kunnskap ga nye effektive behandlingsmetoder, noe som økte anerkjennelsen og avhengigheten av legene (Schiøtz, 2003), og som igjen kunne bidra til samfunnsmessig legitimitet for legenes egne interesser. Den tilliten, autonomien og kollegiale kontrollen som legene hadde oppnådd, har klare forbindelseslinjer til Evetts` faglige profesjonalisme og det er denne faglige profesjonalismen som ser ut til å utfordres av den NPM pregede politikken (Evetts, 2009).

Denne norske varianten av legenes profesjonelle prosjekt er ikke enestående i den vestlige verden, til tross for at de tette båndene mellom legene og staten er mer vanlig i Norden sammenlignet med de angloamerikanske landene. Legene har allikevel tradisjonelt blitt regnet som en av de mest idealtypiske profesjoner av internasjonale sentrale profesjonsteoretikere (Abbott, 1988; Freidson, 1970). Beskrivelsen av legeprofesjonens utvikling viser en kamp for oppnåelse av status og makt, kontroll, men også en sterk sosialisering av medlemmene i forhold til verdier, normer og institusjonell logikk, hvor man også kan se konturene av en særegen profesjonsidentitet.

#### **4.5.3 Den medisinske logikk og identitet**

Utgangspunktet er en antagelse om at legene i større eller mindre grad er bærere av den institusjonaliserte medisinske logikk, som fungerer som en fortolkningsramme for hvordan de forstår virkeligheten relatert til sykehusorganisasjonen, det profesjonelle arbeidet og egen rolle, og hva som er legitime handlinger. Den særpregede profesjonsidentiteten utgjør de sentrale karakteristikk og selvforståelsen som profesjonsgruppe.

Kragh Jespersen (1999:146) har formulert fire punkter som beskriver kjernen i den medisinske logikk:

1. Den medisinske utvikling følger sin egen logikk styrt av vitenskapens metoder og oppdagelser
2. De vitenskapelige fremskritt i form av nye behandlingsmetoder bør tas i bruk så raskt som teknisk mulig
3. Spesialiseringen må fortsatt utvikles for at legene kan mestre de nye behandlingsformene på et teknisk forsvarlig nivå
4. Legeetikken er en pliktetikk, hvor hensynet til pasientens behov for behandling står over andre hensyn. Den enkelte lege har et personlig ansvar for behandlingen av pasientene.

Legene preges av en reduksjonistisk logikk, hvor observerbare symptomer reduseres til en bestemt årsak og kroppen deles inn i avgrensbare områder (Berg, 1987). Denne logikken er også den sentrale drivkraften i det medisinske yrkeshierakiet og i oppbyggingen av sykehusenes spesialiteter (ibid). Tradisjonelt har legenes arbeid blitt kontrollert av kollegaer, og kvalitetsvurderinger har vært basert på vitenskapelige kriterier, og klankontrollen har dominert fremfor markeds kontroll og hierarkisk kontroll<sup>32</sup>. Legitimitetskriteriene innenfor den medisinske logikk kan altså knyttes opp mot et vitenskapelig bedømmelsesgrunnlag i forhold til diagnose setting og behandling. Videre er det det *medisinske* kunnskapssystemet som genererer legitim kunnskap, og ikke finansielle aspekter eller nye ledelsesfilosofier (Torjesen, 2008). Samtidig har legene blitt karakterisert som både *livreddere*, *trøstere* og *forvaltere* (Larsen, 1986b; Nylenna & Larsen, 2005). Dobbelrollen som både enkeltpasienters advokat og fellesskapets forvalter har vært en naturlig del av den norske legerollen (Nylenna & Larsen, 2005), hvilket kan relateres opp mot legeprofesjonens sterke posisjon i det norske helsebyråkratiet. Den byråkratiske interaksjon, hvor legene i stor grad har etablert den medisinske logikkens kunnskapssystem som basis for politikktutforming, representerer noe annet enn de nye NPM pregede forvaltningsformene der det stilles spørsmålsteget ved legenes tidligere tilnærmede monopol på problemformuleringer og løsninger. Legenes selvforståelse som forvaltere er antagelig knyttet opp til deres egne definisjoner og forståelser av hva god forvaltning er, som ut i fra den medisinske logikk vil bære preg av det medisinske kunnskapssystemet. Generert ut i fra den medisinske logikk og legenes profesjonelle prosjekt kan man tenke seg at det vil være legitimt at den profesjonelle legens skjønn og kunnskap, i egenskap av å være ekspert, er det som avgjør hvordan vedkommende lege håndterer forvaltningsoppgaven. Deres selvforståelse er preget av at de, i kraft av sin fagkunnskap, er naturlig overordnet øvrige aktører i sykehuset (Mo, 2006). Dette understrekes av at legene har full jurisdiksjon på mange områder i sykehuset, og instruksjonsrett i et relativt stort omfang overfor andre profesjoner. Sykepleierne er en av disse profesjonene som har en underordnet

---

<sup>32</sup> Jmf Freidsons (2001) distinksjon mellom profesjonell kontroll, lederkontroll og kundekontroll, samt Ouchis (1980) distinksjon mellom klankontroll, byråkratisk kontroll og markeds kontroll.

jurisdiksjon ovenfor legene, og som historisk har kjempet for å få utvidet denne jurisdiksjonen.

#### **4.5.4 Profesjonalisering av sykepleierne**

I de tidligste faser var sykepleie knyttet opp mot fattigomsorgen og kallstanken, men etter hvert som den medisinske utviklingen skjøt fart og antallet helseinstitusjoner ekspanderte, sammen med økt befolkningsvekst og endringer i sykdomsbildet i samfunnet, ble sykepleiernes arbeidsoppgaver og fokus endret (Melby, 1990). Det ble behov for flere pleiere med kunnskap om sykdommer og kompetanse til å assistere legene i medisinske prosedyrer og behandling (Schiøtz, 2003). Den faglærte sykepleien begynte med diakonisseanstalten i Kristiania i 1868, som ble landets første sykepleieskole (Martinsen, 1984). Legene var viktige pådrivere for og både øke kompetansen til pleiepersonalet og for å danne sykepleierforeninger (Schiøtz, 2003). I 1912 ble Norsk Sykepleieforbund (NSF) stiftet, hvilket var et viktig skritt i startfasen av sykepleiernes profesjonaliseringsprosjekt (Melby, 1990). Profesjonaliseringen av sykepleien hadde tre formål: 1) å avgrense sykepleieyrket fra andre yrker, 2) få høyere sosial status, og 3) øke kvaliteten på sykepleien (Melby, 1990). For NSF var det viktig å markere tydelige grenser til relaterte yrkesgrupper, særlig ovenfor hjelpepleierne (Melby, 1990). Regler for hvem som kunne være medlemmer i NSF, satsning på å utdanne både lærere og ledere, sosialisering og krav om treårig sykepleieutdanning var elementer i å skape skille til andre yrkesgrupper, øke kvaliteten i faget og klargjøre sykepleiens kunnskapsgrunnlag (Melby, 1990). Den offentlige autorisasjonen av sykepleierne ble gjennomført i 1948, men NSF hadde kontrollert både sykepleiere og sykepleierskolen flere tiår før dette (Melby, 1990). I etterkrigstiden ble arbeidsforhold og lønn betydelig bedret, og forbindelsen mellom offentlige myndigheter og NSF ble tettere gjennom det korporative organisert Norsk Sykepleieråd. Dette skapte muligheter for innflytelse, men innebar også plikter og ansvarlighet (Melby, 1990).

Arbeidet med å klargjøre sykepleiens kunnskapsgrunnlag innebar blant annet å distansere seg fra den medisinske assisterende funksjonen og arbeide med sykepleie som en egen vitenskap (Melby, 1990). I 1970-årene ble arbeidet med å utvikle sykepleien som egen vitenskap intensivert. Imidlertid var det harde debatter om forskningens fokus og utgangspunkt. Den ene konfliktlinjen var knyttet opp til teoriens manglende relevans og nytte i praksis i den forstand at sykepleien tradisjonelt var oppfattet som et håndverksyrke. Den andre konfliktlinjen relaterte til det sterke utgangspunktet i et naturvitenskapelig forskningsideal som ikke tok

høyde for sykepleiefagets humanistiske karakter (Nortvedt, 1998). I begynnelsen av 1980-årene ble det etablert et nytt syn på sykepleievitenskapen. Oppbyggingen av sykepleiefaget som en vitenskapelig disiplin måtte synliggjøre fagets lange tradisjon som omsorgsfag, og det måtte være relevant for praksis (Nortvedt, 1998). Samtidig var det en sterk forestilling fra legeföreningen om at sykepleiernes viktigste oppgave er å være legeassistenter (Melby, 1990). Ole Berg (1982) er i sin analyse av helsetjenestens logikk eksplisitt på sykepleiernes underordnede funksjon i forhold til legene. Svaret fra sykepleieföreningen på den slags utspill var at medisinske fag er et av flere støttefag, og en del av sykepleierens oppgaver er å assistere legen. Men denne oppgaven var en liten oppgave i det sykepleiefaglige arbeidet. Den viktigste oppgaven var den direkte omsorgsfunksjonen. Legene kan ikke lenger opphøye seg til å være den eneste yrkesgruppe i helsevesenet som har en selvstendig profesjon (Melby, 1990). Legenes instruerende jurisdiksjon ovenfor sykepleierne i den forstand at de er legeassistenter og ikke selvstendige profesjonelle, samt den medisinskfaglige logikkens tilnærmede hegemoni i ledelse og styring av sykehus, har vært to av områdene NSF har kjempet for å endre<sup>33</sup>.

Sykepleie ligger i skjæringspunktet mellom en rekke andre fagområder<sup>34</sup>, hvilket innebærer at sykepleiefagets kunnskapsområde berører ulike vitenskapelige tradisjoner og områder (Kristoffersen, 2005). Dette medfører også at det har vært delte oppfatninger om sykepleiefagets karakter; som et praktisk fag eller som et vitenskapelig fag (Kristoffersen, 2005; Melby, 1990). Dr.polit i sykepleievitenskap, Per Nortvedt, hevder at kjernen i sykepleiefaget er omsorg for pasienten ut i fra vedkommendes opplevelse av det å være syk, mens medisinsens fokus er behandling av pasientens sykdom ut i fra sykdommens årsaker, diagnostikk og prognose (Nortvedt, 1998). Dette impliserer at medisinsk kunnskap om sykdomslære, anatomi og fysiologi er en viktig del av sykepleiernes kunnskapsgrunnlag, men denne kunnskapen er ufullstendig som sykepleiekunnskap. Det er bare en del av det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget. Sykepleiens perspektiv er ikke å behandle den syke, men å *pleie den syke* (Nortvedt, 1998). En del av det profesjonelle prosjektet til sykepleieprofesjonen har vært å få anerkjennelse for denne distinksjonen mellom *den underordede jurisdiksjon ovenfor legene og sykepleie som et autonomt, vitenskapelig fagområde*.

---

<sup>33</sup> Se for eksempel Monica Skjøld Johansen (2005) og Tone Opdahl Mo (2006) sine avhandlinger om ledelse i sykehus.

<sup>34</sup> For eksempel medisin, farmakologi, fysioterapi, psykologi og pedagogikk

#### 4.5.5 Sykepleiernes logikk og identitet

Omsorgen for den syke har lange tradisjoner i sykepleie og er en viktig del av den sykepleiefaglige logikken (Blomgren, 1999; Kragh Jespersen, 2005; Walby, Mackay, Greenwell, & Soothill, 1994). Selve relasjonen til pasienten er sentral (Melander, 1999), og den sykepleiefaglige logikk tilsier at det profesjonelle arbeidet utføres ut i fra pasientens medisinske behov, men også ut i fra pasientens psykologiske tilstand og sosiale nettverk (Blomgren, 1999). Det er sykepleieren som har det daglige ansvaret for og kontakten med pasientene i sengepostene, hvilket innebærer en form for helhetsorientering i forhold til innskrivelse og utskrivelse, prosedyrer, undersøkelser og pasientens tilstand og velvære. “Taus kunnskap”, som er utviklet gjennom praktisk erfaring og er preget av oppgaver som er vanskelig å måle og dokumentere, er en del av det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget (Kristoffersen, 2005). Den overordnede moralske verdien er altruisme i omsorgen for helsen og velværet til pasientene (Fagermoen, 1995).

God kvalitet i sykepleie er knyttet opp mot hvordan man som sykepleier klarer å ivareta pasientene både medisinsk, men også menneskelig (ibid). God teoretisk, praktisk og etisk kunnskap er alle komponenter i den sykepleiefaglige kvalitetsforståelsen (Kristoffersen, 2005). Sykepleieren skal ha god teoretisk kunnskap om diagnosen, behandlingen, den spesifikke pleien og i forhold til relevant teoretisk kunnskap fra andre støttefag, samt ha et grunnlag for gode og relevante observasjoner av pasienten. Sykepleieren skal også utføre sykepleie på en håndtverksmessig god måte, hvilket også innebærer hensiktsmessige reaksjoner og handlinger på situasjoner som oppstår. Den etiske dimensjonen i sykepleierens kvalitetsforståelse er relatert til respekt og omtanke for pasienten, og en bevissthet rundt hvordan sykepleie utøves ovenfor pasienten og hvordan man som sykepleier kommuniserer med pasienten.

Sykepleiere kan karakteriseres som *hjelpere* og *omsorgsgivere* ovenfor syke og trengende pasienter, hvor de som sykepleiere ideelt sett setter egne behov til side for understøtte pasientenes fysiske og psykiske behov. De er *helhetsorienterte* hvor de intensjonelt har blick for helheten ved personen og den situasjonen pasienten er i. Samtidig er de praktikere eller *håndtverkere* som utfører behandlingsrelaterte oppgaver og observasjon av pasienten.

## 4.5.6 Oppsummering

Kragh Jespersen (2005) har laget en oppsummering av legenes og sykepleiernes profesjonelle prosjekter i det danske helsevesenet. Det er mange likhetstrekk mellom de norske og danske ”sundhedsprofesjonelle”, og hans sammenfatning er relevant også for de norske leger og sykepleiere. Basert på Kragh Jespersens arbeid og gjennomgangen her oppsummeres de norske legenes og sykepleiernes profesjonelle prosjekt på følgende måte:

<b>Legene</b>	<b>Sykepleierne</b>
1. Legenes kunnskapsområde er behandling av syke med tilhørende utdanning og forskning. Leger søker gjennom autorisasjon et statsgarantert monopol på behandling av syke, samt kontroll med utdanning og forskning innenfor hele det legevitenskapelige kunnskapsområdet.	1. Sykepleiernes kunnskapsområde er pleie av syke mennesker. Sykepleiere er autorisert av staten. Pleie omfatter helsefaglige, pedagogiske og psykologiske elementer, og det legges vekt på å se pasientene som hele personer. Sykepleierne søker kontroll med sykepleierutdannelsens kjerneområder, og sykepleiefaglig forskning søkes etablert som et selvstendig fagområde.
2. Leger søker høy status ved å definere legeprofesjonen som den ledende profesjon innenfor sykehusene, og samtidig definere de øvrige profesjoner som underordnede eller hjelpeprofesjoner som bør ledes av leger.	2. Sykepleiere søker status som sidestilt profesjon i forhold til legene og motarbeider en status som hjelpefag. I forhold til andre pleiegrupper søker profesjonen å definere pleieoppgaver som kun må ivaretas av utdannede sykepleiere og således ekskludere andre fra dem.
3. Tillit hos pasienter og offentlighet søkes oppnådd ved hjelp av taushetsplikt og interne etiske regler, supplert med et legedominert offentlig klagesystem.	3. Sykepleierne deltar i et visst omfang i offentlige råd, kommisjoner og nemnder, og yter bidrag til politikkdannelsen i helsevesenet.
4. Den offentlige anerkjennelse søkes befestet gjennom deltagelse i råd, kommisjoner, utvalg eller ved faglige bidrag til politikkdannelsen på helseområdet.	4. De søker gjennom etiske regler og atferdsnormer å oppnå respekt og tillit til profesjonalismen i deres arbeid.
5. Legenes verdier om naturvitenskapelige prinsipper, evidensbasert medisin, spesialiseringens fordeler og det individuelle legefaglige ansvar søkes til stadighet å bli forsvart i den offentlige debatt og i forbindelse med enkeltsaker.	5. Sykepleieres verdier knyttes særlig til faglig fellesskap, et helhetssyn på pasienter og integrasjon av helsefaglige og pedagogisk-psykologiske fag.
6. Legene søker kontroll med arbeidsprosesser, organisering og ledelse av eget arbeid.	6. Sykepleiere søker kontroll med ledelsen av pleiearbeidet og som minimum ledelsen av egen faggruppe.

### 4-4: Oppsummering av legenes og sykepleiernes profesjonelle prosjekt

Kilde: (Kragh Jespersen, 2005:72)

Utviklingen av både legene og sykepleierne som profesjoner har vært tett knyttet opp mot utviklingen av det offentlige helsevesenet. Især legene og *Den norske lægeforening* har vært aktive i forhold til å påvirke utformingen av den statlige helsepolitikken, og den medisinske

logikken har vært toneangivende i oppbyggingen og driften av sykehusene. Begge profesjonene har gjennom profesjonaliseringsprosessen utviklet distinkte profesjonelle logikker og identiteter, samtidig som det innenfor begge profesjonsgruppene historisk har vært uenighet om profesjonens egenart. Særlig sykepleiens egenart har vært kraftig debattert, samtidig som de har strevd for å etablere juridiske grenser vis à vis legene og andre helseprofesjoner. Den holistiske tilnærmingen til pasientene, omsorgsfunksjonen og det praktiske arbeidet, knyttet opp mot legeassistentoppgaver og mer trivielle gjøremål, har tradisjonelt vært sentralt i sykepleien. Legene har oppnådd full juridisk grense på mange områder og har historisk hatt mye institusjonell innflytelse og autonomi. Imidlertid har mange leger helt fra tidlig på 1800 tallet spesialisert seg innenfor de forskjellige medisinske områdene, og har slikt sett etter hvert et ulikt spesifikt kunnskapsgrunnlag. Det synes allikevel som om man kan identifisere en felles medisinsk logikk preget av den reduksjonistiske og vitenskapelige baserte tenkemåte, og en felles sykepleiefaglig logikk hvor helhetsorientering, omsorg og ”praktisk håndverk” er sentralt.

#### **4.6 Sammenfatning av kapitlet**

De profesjonelle logikkene og de statlige målene om økt kvalitet og økt produktivitet målbærer ulike fortolkningsrammer og legitimitetskriterier på flere områder. Både den statlige kvalitetsforståelsen og tiltak for oppnåelse av god kvalitet synes å bære preg av blandende logikker. Den forskningsbaserte kunnskapen i utøvelsen av tjenesten som man i de statlige føringene vektlegger er kompatibelt med de profesjonelle logikkene, og da særlig med den medisinske logikken. Videre synes både fokuset på pasienten, respekt, omsorg og omtanke for pasienten, som er et ledd i det statlige kvalitetsfokuset, også integrert i de profesjonelle logikkene. Imidlertid gjenspeiles foretakslogikken i kvalitetsmålet gjennom vektlegging av økt brukerinnflytelse og markeds kontroll, pasientrettigheter, evalueringstiltak, kvantifisering av kvalitet og gjennomsiktighet, hvilket til dels synes å fremtre noe divergerende både i forhold til den medisinskfaglige logikken og den sykepleiefaglige logikken. I det videre arbeidet vil jeg trekke ut noen dimensjoner som synes å representere til dels ulike fortolkningsrammer og legitimitetskriterier hos de profesjonelle og i foretakslogikken. Disse dimensjonene omhandler *ledelsesforståelse, kontroll av kvalitet og aktivitet, kvalitetsforståelse, pasientsyn og legitim kunnskap*. Figur 4-5 viser en skjematisk oversikt over idealtypene av den medisinske logikk, sykepleiefaglig logikk og foretakslogikk i forhold til disse områdene.



	<b>Medisinsk logikk</b>	<b>Sykepleiefaglig logikk</b>	<b>Foretakslogikk</b>
<b>Ledelsesforståelse</b>	Fag	Personal/administrasjon	Generalistledelse/ Profesjonsnøytral ledelse
<b>Legitim kunnskap</b>	Medisinsk kunnskapssystem	Flerfaglig/ taus og erfaringskunnskap, omsorg	Kostnadsberegninger/ Formålsrasjonalitet
<b>Aktivitetskontroll</b>	Klan/skjønn	Klan/skjønn	Rettigheter/bestillinger/økonomi
<b>Kvalitetskontroll</b>	Klan	Klan/Organisasjon	Marked/organisasjon
<b>Kvalitet</b>	Behandlingskval	Omsorg/pleie/håndverk	Brukerdefinert/rettigheter
<b>Pasientsyn</b>	Trengende	Trengende	Bruker

**4-5: Ulikheter i den medisinske logikk, sykepleiefaglige logikk og foretakslogikken**

I forhold til ledelse er det to viktige forhold som er i endring; det ene er overgangen til profesjonsnøytral ledelse, hvor sykepleierne har fått utvidet sin jurisdiksjon på bekostning av legene (Mo, 2006; Skjöld Johansen, 2009), og det andre er hvilke legitimitetskriterier og kunnskapssystem ledelse skal bygge på. Sykepleierne har hatt en tradisjon med avdelingssykepleiere, hvor personalomsorg og administrasjon har stått sentralt, mens legenes medisinskfaglige fokus i ledelse har vært sentralt (Mo, 2006). Dette utfordres nå av legitimitetskriterier knyttet opp mot formålsrasjonalitet, kostnadsberegninger, profesjonsnøytral ledelse og driftsfokus. Implisitt i målet om økt produktivitet ligger det en sterkere regulering av ressursbruk og ”produksjon av tjenester” enn tidligere, hvilket synes å stå i kontrast til legenes konvensjonelle herredømme ved sykehusene. Legenes medisinske kunnskapsgrunnlag har tradisjonelt dannet grunnlag for styring og drift av sykehusene, mens det statlige målet om produktivitet innebærer at også det økonomiske kunnskapsgrunnlaget sammen med ideer om profesjonell ledelse skal være basis for helseforetakenes virksomhet. Etableringen av enhetlig ledelse, hvor langt sterkere ansvarliggjøring av lederen er et element, er en konkretisering av dette. Dessuten står den økonomiske logikkens oppgavefokus i motsetning til den medisinskfaglige og sykepleiefaglige logikkens pasientfokus. Særlig sykepleieres legitime kunnskapsgrunnlag er knyttet opp mot den helhetlige orienteringen ovenfor pasientens medisinske, sosiale og psykiske behov, hvilket innebærer at legitime reguleringer av driften innenfor sykehuset innbefatter hensyn til denne holistiske tilnærmingen i utøvelsen av helsetjenestene.

Den klankontrollen over det profesjonelle arbeidet som særlig legene har utøvd, ser ut til å utfordres av hierarkisk kontroll og markedskontroll. Klankontrollen blant sykepleierne har nok ikke vært like tydelig som hos legene, men tiltakene for å etablere markedskontroll – kvantifisering og offentliggjøring av kvalitet som en kontrollmekanisme – er antagelig fremmed for sykepleierne hvor det profesjonelle arbeidet innebærer mange oppgaver som

vanskelig lar seg kvantifisere og måle. De valgte indikatorene som er grunnlag for markedslagikken i kvalitetsmålet står tilsynelatende i motsetning til både legers og sykepleieres fortolkningsrammer for hva god kvalitet er og hvordan man oppnår økt kvalitet. Et annet forhold som kan relateres til det statlige målet om økt kvalitet er brukerfokuset, hvor pasientene i en viss forstand blir ansett som rasjonelle, kunnskapsrike aktører i et helsemarked. Dette synes å stå i motsetning til legene og sykepleiernes tradisjonelle syn på pasientene som ”trengende”. En annen side av brukerorienteringen er vektleggingen av pasientenes erfaringer, noe som synes kompatibelt med sykepleiernes betoning av pasientenes egne opplevelse av sykdom og situasjon.

På feltnivå synes det som om det har skjedd en institusjonell endring i forhold til styringssystemer i spesialisthelsetjenesten hvor foretakslogikken har fått innpass til dels på bekostning av de profesjonelle logikkene (Torjesen, 2008). Reformene i spesialisthelsetjenesten impliserer nye styringssignaler, juridiske og strukturelle endringer som representerer et eksogent institusjonelt press på sykehusorganisasjonene. Konkretiseringen av den statlige helsepolitikken skjer gjennom nasjonale tiltak og organisatorisk oversettelse. Noen av tiltakene i forhold til målet om økt kvalitet, som er skissert i den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helsetjenestene (Sosial - og helsedirektoratet, 2005), må gjennomføres på nasjonalt nivå, mens andre tiltak er et organisatorisk ansvar. De markedsorienterte virkemidlene krever samordning på nasjonalt nivå, noe de nasjonale kvalitetsindikatorene er et eksempel på. Imidlertid er kompetanseutvikling, faglig forsvarlig behandling, aktivitetsøkning og kostnadskontroll et organisatorisk ansvar.

Som gjennomgangen ovenfor viser synes det å være flere motsetninger mellom de profesjonelle logikkene og foretakslogikken som de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet synes å være preget av. Det antas at disse motsetningene kan påvirke hvordan de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet blir oversatt organisatorisk, og i hvilken grad den nye politikken får innflytelse på det profesjonelle arbeidet. De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet skal fortolkes og oversettes organisatorisk, og det er ikke gitt at de statlige målene og foretakslogikken får like stor betydning på det lokale nivå som på feltnivået. Man kan tenke seg at det kan oppstå løse koblinger eller frikobling mellom den statlige politikken og det organisatoriske nivå (Kragh Jespersen, 1999), slik at den nye politikken ikke bidrar til særskilte endringer. Men man kan også tenke seg at det

institusjonelle presset i retning av foretakslogikken er så sterkt at den institusjonelle orden i helseforetaket endres (jmf Scott, 2001), delvis endres (Colyvas & Powell, 2006), eller at det oppstår hybridformer (Pedersen & Dobbin, 2006). De profesjonelles egne interesser (Abbott, 1988; Larson, 1977) antas også å ha innflytelse på hvordan ”koblingen” mellom statlige mål, organisatorisk oversettelse og profesjonelt arbeid utarter seg. Analysen av datamaterialet har som formål å vise hvilke scenarioer som synes å utspille seg empirisk og identifisere i hvilken grad logikkinkompatibilitet, profesjonenes egne interesser, kraften i det institusjonelle presset og eventuelt andre faktorer kan forklare scenarioene.

Analysen av den organisatoriske oversettelsen av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet – som presenteres i neste kapittel – vil gi innblikk i hvordan man lokalt har integrert den statlige forståelsen av kvalitet, og lagt til rette for kvalitetsutvikling gjennom strukturer, systemer og rutiner, samt materialisert det statlige målet om økt produktivitet.

## 5 Nye organisatoriske betingelser

### 5.1 Innledning

Institusjoner er per definisjon stabile, hvilket innebærer at de er nokså motstandsdyktige mot forandringer (Scott, 2001). Utgangspunktet for dette studiet er statlige reformer og politiske mål som målbærer en annen institusjonell logikk enn det som tradisjonelt har dominert spesialisthelsetjenesten. Som gjennomgangen i kapittel 4 viste synes de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet å representere et institusjonelt press på etablerte kontroll- og reguleringsformer, styringsstrukturer og praksiser i det lokale helseforetaket. Den statlige politikken preges for tiden av ulike logikker, hvor foretakslogikken har fått innpass og kan utfordre etablerte institusjoner i sykehussektoren på alle nivåer. Videre synes det å ligge implisitt i de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet elementer som later til å stimulere til organisatorisk profesjonalisme på bekostning av faglig profesjonalisme (Evetts, 2009), hvor de profesjonelles autonomi og muligheter til å regulere og kontrollere eget arbeid blir svekket (Noordegraaf, 2007). I følge ny institusjonell teori kan institusjonaliserte styringssystemer, praksiser, fortolkningsrammer og legitimitetskriterier være til hinder for politisk initierte reformer i spesialisthelsetjenesten. De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet representerer et institusjonelt press på det lokale helseforetaket, hvor foretakslogikken utfordrer institusjonaliserte strukturer, praksiser, verdier og legitimitetskriterier i organisasjonen, blant lederne og de profesjonelle. Det institusjonelle presset blir fortolket, gitt mening og respondert på av aktørene innenfor organisasjonen (Dacin, et al., 2002:48), gjennom oversettelsesprosesser både på organisatorisk nivå og på utøvende nivå (Morris & Lancaster, 2006; Sevón & Czarniawska, 1996). Sentrale spørsmål er hvordan de overordnede statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet har blitt oversatt i strategi, strukturer og forståelsesrammer i den lokale konteksten? Hvordan er nye regulerings- og kontrollformer oversatt organisatorisk? Og er denne statlige politikken med på å skape endringer i det lokale helseforetaket?

Dette kapitlet har til hensikt å gi en oversikt over hvordan de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet er oversatt lokalt i helseforetaket, og hvordan styringssignaler og strukturelle endringer, og ledernes, legenes og sykepleiernes egne fortolkninger av disse, utgjør en beskrivelse av nye organisatoriske betingelser for det profesjonelle arbeidet til sykepleiere og leger ved de aktuelle enhetene. Kapitlet er delt i to deler, hvor første del omhandler formelle dokumenter og strukturer, mens andre del fokuserer på hvilke endringer

lederne og de profesjonelle formidler som sentrale. Endringer kan fortolkes og oppfattes ulikt, både som en konsekvens av forskjellige fortolkningsrammer, og som en konsekvens av man kan være utsatt for ulike typer og grader av endringer. Hensikten med å se på ledernes og de profesjonelles oppfattelse av endringene er for det første å identifisere hvilke endringer de ulike gruppene forholder seg til og har vært utsatt for. For det andre er det endringer som oppleves mer overskyggende enn andre, noe som kan indikere på den ene siden i hvilken grad endringene representerer et institusjonelt press, og på den andre siden i hvilken grad endringene bryter med institusjonaliserte fortolkningsrammer. Samtidig kan nye organisatoriske betingelser innføres gradvis, hvor grensene flyttes litt om litt uten at det merkes så godt av aktørene. Det er de oppfattede endringene som kommer i fokus, mens andre endringer ikke blir lagt merke til. Nye organisatoriske betingelser for det profesjonelle arbeidet som aktørene ikke oppfatter, skaper per definisjon noen vilkår for arbeidet som aktørene ikke er bevisst. I aktørenes virkelighetsforståelse er ikke disse betingelsene present, og danner derfor ikke grunnlag for aktøren selv å forklare sammenhenger mellom nye organisatoriske betingelser og endringer i det profesjonelle arbeidet. Denne informasjonen er viktig både med tanke på analysen av datamaterialet og i forhold til å kunne si noe om respondentenes meningsdannelse i forhold til endringene i det lokale helseforetaket.

Det presiseres at spesialisthelsetjenesten er under kontinuerlig endring og at det kan være mange faktorer som spiller inn i når strategier formuleres og strukturer endres og etableres. Eksempelvis inneholder de ulike reformene i spesialisthelsetjenesten også andre målsetninger enn økt produktivitet og økt kvalitet. Videre vil den sterke utviklingen i diagnostikk og behandlingsmetoder kunne være sentrale årsaker til strukturelle endringer. Konkret innebærer det at det kan være vanskelig å påvise helt klare og isolerte sammenhenger mellom endringsimpulser og organisatorisk utforminger, samtidig som det kan identifiseres noen indikasjoner på endringer som gjenspeiler de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet.

## **5.2 Formelle dokumenter og strukturelle endringer**

### **5.2.1 Helseforetakets overordnede strategi**

Strategidokumentene gir innsikt i hvordan sykehusledelsen presenterer overordnede fokusområder og målsetninger, og kan gi informasjon om hvordan de statlige målene om økt kvalitet og produktivitet er integrert i eller gjenstand for disse fokusområdene og målene.

Videre kan strategidokumentene fungere som en slags presentasjon av det lokale helseforetaket til omverdenen, av "hvem de er".

Jeg har primært studert to strategidokumenter; helseforetakets overordnede strategi fra perioden 2005-2007, og fra perioden 2007-2009. Disse to dokumentene er valgt fordi det er disse to dokumentene som gjelder innenfor den tidsperioden jeg har gjennomført casestudiet.

I strategidokument fra 2005-2007 vektlegges det at man ønsker å være et helseforetak preget av høy kvalitet og tilgjengelighet. Pasientrelaterte tjenester skal prioriteres, samtidig som man skal arbeide for god kvalitet i hele sykehuset. Foretaket skal arbeide med systematisk kvalitetsarbeid og kvalitetskontroll, felles faglige retningslinjer og legge til rette for kompetanseutvikling. Videre skal foretaket utnytte ressurser gjennom funksjonsfordeling, koordinering og konkurransedyktighet i forhold til pasienttilfredshet, faglig kvalitet og kostnadseffektivitet. Implisitt i dette jobbes det for å gjøre kvalitet og tilgjengelighet mer kjent. Det presiseres i strategidokumentet at foretaket står ovenfor betydelige økonomiske utfordringer, og at man må sikre god ressursutnyttelse gjennom å effektivisere pasientløpene. Det lokale helseforetaket ønsker å øke dagbehandling til pasienter fremfor å legge dem inn, korte ned liggetiden for inneliggende pasienter og differensiere omsorgsnivået.

De statlige målene om økt kvalitet og økt produktivitet gjenspeiles tydelig i strategidokumentet. Konkurransedyktighet, offentliggjøring av kvalitet, tilgjengelighet og fokus på økonomiske forhold er særlig preget av den foretakslogikken de statlige målene er bærere av.

I strategidokumentet fra 2007-2009 – sammenlignet med strategidokumentet fra 2005-2007 – ser det ut til at det har vært en utvikling i retning av foretakslogikken. Særlig knyttet opp mot økt fokus på profesjonell ledelse. I det førstnevnte dokumentet var god ledelse et underpunkt, mens det i dette dokumentet er et eget delmål med en rekke underpunkter som presiserer ledernes ansvar. Det fokuseres primært på administrativ ledelse og ikke på faglig ledelse. Videre er strategidokumentet fra 2007-2009 preget av et tydelig mål om å skape en endringskultur, i tillegg til fokus på dokumentasjon og offentliggjøring av kvalitet. Man skal arbeide for å finne kvalitetsparametre og anvende disse. Kvantifisering av kvalitet er en del av den statlige kvalitetsforståelsen, og denne forståelsen gjenspeiles i strategidokumentet. Det er videre presisert at man skal arbeide for rettmessig finansiering gjennom DRG dokumentasjon,

hvilket betyr at man skal arbeide for å bedre kvaliteten på DRG koding. I strategidokumentet fra 2005-2007 er det et delmål at man skal ha mer tid til pasienten. Dette målet er tatt vekk fra neste strategidokument og er ikke hentet frem i noen av underpunktene.

Strategiplanene inneholder fokusområder og målsetninger som bærer preg av de statlige målsetningene om økt produktivitet og økt kvalitet, og synes å kjennetegnes ved legitimitetskriterier og fortolkningsrammer knyttet opp mot foretakslogikken.

Både i forhold til regulering og kontroll av det profesjonelle arbeidet preges strategiplanene av foretakslogikken. Til tross for det er det ikke selvsagt at dette oversettes inn i de formelle strukturene. Lederne og administratorer er gjerne sentrale oversettere (Røvik, 1998), og de konkrete utformingene påvirkes ofte av lokale institusjonelle forhold og tolkninger (Sevón, 1996). Dessuten kan ofte slike planer som en overordnet strategiplan er, fungere vel så mye som en formidling til omverdenen som et internt styringsdokument (Nils Brunsson, 2003). Det har blitt gjennomført en rekke strukturelle endringer på flere nivåer i det lokale helseforetaket i perioden under og etter de statlige reformene i spesialisthelsetjenesten, og jeg vil i det følgende gi en oversikt over de mest sentrale og relevante endringene. Dataene fra denne delen baseres på intervjuene med lederne og dokumenter ved helseforetaket.

## **5.2.2 Strukturelle endringer**

### **5.2.2.1 Overordnede strukturelle endringer**

Den medisinske og kirurgiske avdelingen som her har vært gjenstand for empiriske undersøkelser var tidligere en del av et lokalt sykehus<sup>35</sup>. Dette sykehuset ble i forbindelse med sykehusreformen slått sammen med flere andre sykehus, som nå sammen utgjør et lokalt helseforetak. Mens det tidligere var direkte linje mellom eier (fylkeskommunen) og direktør ved sykehuset, er det nå innført to ekstra nivåer innenfor den overordnede ledelse; regionale helseforetak og styret i det lokale helseforetaket, med staten som overordnet eier.

I forbindelse med sammenslåingen av sykehusene ble det laget en overgripende klinikkstruktur. Konkret betyr dette at alle kirurgiske og medisinske avdelinger ved de ulike sykehusene som er en del av det lokale helseforetaket er organisert inn under henholdsvis kirurgisk klinikk og medisinsk klinikk. Fra den tidligere strukturen med en direktør, sjefslege og sjefssykepleier som et topplederteam, er det nå direktør og klinikkssjefer som utgjør toppledelsen innenfor det lokale helseforetaket. Her, som ved de fleste andre helseforetak, har

---

<sup>35</sup> Heretter kalt sykehus A

man nedover i organisasjonen formelt sett etablert et system av enhetlige ledere i stedet for den tradisjonelle ledelsesdelingen mellom en legeleder, en sykepleieleder og administrativ leder. Imidlertid har man på lavere ledelsesnivåer funnet alternative lokale løsninger som innebærer en todeling av ledelsesansvaret knyttet opp mot personal- og budsjettansvar for henholdsvis leger og sykepleiere.

Det lokale helseforetaket har arbeidet for å finne strukturelle og kulturelle løsninger for å optimalisere ressursbruken internt i organisasjonen. Dette regnes som en av de sentrale lederoppgavene på alle nivåer. Et gjennomgående trekk på tvers av klinikkene og avdelingene er at man effektiviserer driften ved å korte ned på liggetid og overfører en rekke pasienter til dagbehandling fremfor innleggelse. Dette gir et grunnlag for økt pasientvolum. Samtidig vektlegges arbeidet med å bedre kvaliteten på DRG kodingen slik at all behandling og alle diagnoser blir registrert. Dette er grunnlaget for å måle enhetenes aktivitet og derved også produktivitet. Man skal med andre ord både øke aktiviteten og dokumentere økt aktivitet. Aktivitetsøkning skal gjøres innenfor fastsatte budsjetter, noe som skaper et press på den enkelte enhet om å finne områder de kan spare utgifter og effektivisere ytterligere. Dette har medført nedbemanning av pleiepersonell på en rekke avdelinger, restriksjoner på vikarbruk og overtid, på materiell, undersøkelser, prøver og medikamenter. Dessuten arbeides det kontinuerlig med å utnytte senger og personell på tvers av poster og avdelinger.

Avvikshåndtering og klagehåndtering er i følge klinikklederne mer gjennomorganisert enn tidligere. Ledergruppen ved det lokale helseforetaket har en funksjon som en overordnet kvalitetsgruppe, som jobber med kvalitetsutviklingsspørsmål i et overordnet perspektiv. De møtes en gang i måneden og arrangerer internkontroll 2 ganger i uka. Hver klinikk har et kvalitetsråd som skal arbeide med kvalitetsutvikling og kvalitetsevaluering i hele klinikken. Rådet behandler saker hvor det er oppstått pasientskader, klagesaker og henvendelser fra pasientombudet. Man anvender Total Quality Management (TQM) som et avvikssystem eller hendelsessystem. Utvalgte saker fra kvalitetsutvalg ved den enkelte avdeling blir sendt inn til kvalitetsrådet ved klinikken. Videre arbeides det med å standardisere prosedyrer for hele sykehuset gjennom revidering, samordning og samle alle prosedyrene elektronisk. Dessuten rapporterer man data til de nasjonale kvalitetsindikatorerne, samt at det innenfor noen fagfelt er interne kvalitetsindikatorer. Ved noen avdelinger har man interne pasientopplevelsesundersøkelser, samt at man følger opp det nasjonale PasOpp systemet. Det er etablert brukerutvalg som deltar aktivt i relevante prosesser, og internt i helseforetaket har



man jevnlig og systematiske medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler både individuelt og gruppevis. Det organisatoriske ansvaret for kvalitet som er vektlagt i det statlige målet om økt kvalitet synes å bli gjenspeilet i strukturene på overordnet organisatorisk nivå.

### **5.2.2.2 Strukturelle endringer på kirurgisk klinikk**

Tidligere var kirurgisk avdeling en del av en felles kirurgisk avdeling, men ble i 2002 en selvstendig avdeling innenfor kirurgisk enhet på lik linje med andre kirurgiske avdelinger ved sykehus A. Fra å dele lederansvaret på kirurgisk enhet mellom seg, ble oversykepleier og ledende overlege erstattet med en enhetsleder. Vedkommende enhetsleder var sykepleier, og det ble lokalt etablert en form for alternativ matrisestruktur hvor enhetslederen ikke er leder for legene, og ingen lege er leder for sykepleiere, noe som ble formelt anerkjent. For hver kirurgisk avdeling er det en avdelingsoverlege og en avdelingssykepleier. Hver av avdelingsoverlegene er sidestilt med enhetslederen i den forstand at de ikke er ledere for hverandre, men har separate ansvarsområder og budsjetter. Legelederne har det medisinskfaglige ansvaret på avdelingene og ansvaret for legene. Enhetslederen har ansvaret for enhetens drift og overordnet personalansvar for merkantilt personale, hjelpepleiere, sykepleiere og avdelingssykepleiere ved enheten. Avdelingssykepleierne har tilsvarende ansvar innenfor sin avdeling.

I forbindelse med sykehusreformen har de økonomiske kravene til den enkelte leder og avdeling blitt større. Etter flere nedskjæringer i pleietjenesten ved kirurgisk avdeling, drev ytterligere krav om innsparinger i pleietjenesten frem etableringen av et pasienthotell i 2005. Personalet ved pasienthotellet kunne ta i mot ventelistepasienter, og ta seg av de "lette" pasientene. Pasienthotellet ble bemannet med sykepleiere, men bemanningsfaktoren var vesentlig lavere enn på en vanlig avdeling, hvilket bidro til betydelig innsparing i forhold til pleieressurser. Denne omstruktureringen av personale og arbeidsoppgaver resulterte i en nedskjæring på fem stillinger ved den kirurgiske sengeposten. Dette gikk særlig utover enkelte hjelpepleiere som ble oppsagt etter mange års ansiennitet ved avdelingen. Sammen med generell reduksjon i liggetid og nye rutiner, har etableringen av pasienthotellet bidratt til en forholdsvis stor endring av driften på kirurgisk sengepost, i den forstand at det behandles langt flere pasienter nå enn tidligere og at den totale pleietyngden per inneliggende pasient er noe høyere enn før. I tillegg har det blitt etablert dagkirurgi, som effektiviserer driften, samt at den polikliniske aktiviteten har økt gjennom blant annet innføringen av kveldspoliklinikk.

Kirurgisk avdeling består per dags dato av en sengepost, poliklinikk og dagkirurgi, samt at de benytter seg av pasienthotellet. Legene er knyttet til alle tre delene av den kirurgiske avdelingen og de spesifikke kirurgiske pasientene ved pasienthotellet, mens sykepleierne i studiet er bare knyttet til den kirurgiske sengeposten.

### **5.2.2.3 Strukturelle endringer på medisinsk klinikk**

Innenfor medisinsk enhet har det vært en rekke trinnvise endringer. Samlet sett så har, i likhet med kirurgisk enhet, også medisinsk enhet kommet inn under klinikkstrukturen og er nå en del av medisinsk klinikk. Oversykepleier og avdelingsoverlege på medisinsk enhet ved sykehus A er erstattet av en enhetsleder. Vedkommende enhetsleder er lege, mens assisterende enhetsleder er sykepleier. Enhetslederen har overordnet drifts-, budsjett og personalansvar, samtidig som assisterende enhetsleder har delegert ansvar for sykepleietjenesten.

Den medisinske avdelingen som er gjenstand for undersøkelser besto tidligere av 3 poster; 2 sengeposter og dagbehandling/poliklinikk. Avdelingen har vært igjennom en forholdsvis stor organisatorisk endring i forbindelse med at det i 2005 ble opprettet en post med utvidet poliklinikk og dagbehandling. For å få fysisk plass til denne virksomheten måtte den ene sengeposten flytte til et annet sted. Løsningen ble at denne sengeposten ble en integrert del av en felles medisinsk avdeling som omfattet andre fagområder innen medisin. En god del av sykepleierne ved den tidligere sengeposten flyttet med til den nye avdelingen, noe som innebar skifte av arbeidsplass (til en annen etasje), ny avdelingssykepleier og forholdsvis mange nye kollegaer, samt inkludering i en annen etablert avdeling med andre diagnosegrupper i tillegg til lidelsene som de var vant til å håndtere. Avdelingssykepleieren, som er leder for sykepleiertjenesten ved denne felles medisinske avdelingen, inkludert den nye sengeposten, har det økonomiske ansvaret, samt personalansvar for sykepleierne og hjelpepleierne ved avdelingen. Det er denne sengeposten og tilhørende personale til det spesifikke fagområdet ved den felles medisinske avdelingen som er gjenstand for caseundersøkelsen. Legene er tilknyttet posten for poliklinikk/dagbehandling, den integrerte sengeposten i den felles medisinske avdelingen og en annen sengepost som håndterer lidelser innenfor det spesifikke fagområdet. De utøvende sykepleierne i studiet er bare tilknyttet den integrerte sengeposten. Heretter blir denne sengeposten omtalt som medisinsk avdeling.

### 5.2.3 Oppsummering

Gjennomgangen ovenfor har tatt sikte på å gi en oversikt over hvilke relevante strukturelle endringer som er gjennomført i det lokale helseforetaket som kan relateres til de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet. Det understrekes imidlertid at omstillingene har blitt iverksatt som følge av flere forhold enn de to statlige målene som her er i fokus.

Strategidokumentene bærer preg av at foretakslogikken har gjort seg gjeldene på en rekke områder, og både målet om økt produktivitet og økt kvalitet er integrert som viktige områder i disse dokumentene. Viktige målsetninger i strategidokumentene kan relateres til organisatorisk profesjonalisme (Evetts, 2009), hvor konkurransedyktighet, organisatoriske kontroll- og reguleringsystemer og ledelse er sentrale elementer. Både elementet av konkurranse gjennom fritt sykehusvalg og synliggjøring av kvalitet og tilgjengelighet, og den tydelige ansvarliggjøringen av ledere på alle nivåer, hvor regulering, måldefineringer og resultatevalueringer er sentralt, er eksempler på dette. Samtidig er både helseforetakets strategi og formelle strukturelle utforming også kjennetegnet av tradisjonelle faglige logikker og kunnskapsorganisasjonens konvensjonelle særpreg, hvilket kan innebære at styring og struktur bærer preg av blandede logikker og hybride institusjonelle ordninger. Men de endringene som er gjennomført tilkjennegir at foretakslogikken har fått innpass i den formelle organisatoriske struktur.

Den organisatoriske oversettelsen av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet er materialisert gjennom en rekke strukturelle endringer. På begge klinikker har man søkt å regulere det profesjonelle arbeidet gjennom strukturelle endringer som har til hensikt å øke pasientvolumet, innskrenke liggetid, redusere ressursbruk i forhold til personale, materialer og undersøkelser. Videre søkes det løsninger som bidrar til kostnadseffektivitet, hvor etableringen av de ulike typene dagbehandlinger og reduksjon av pleieressurser representerer åpenbare eksempler på foretakslogikkens inntog i helseforetaket. Det statlige målet om økt produktivitet har også bidratt til et sterkere fokus på DRG koding, hvor kvantifisering av pasienter, diagnoser, behandling og liggetid, gir styrkede muligheter for en hierarkisk kontroll av det profesjonelle arbeidet med hensyn til ressursbruk og aktivitet. Det ligger implisitt i systemet et potensial for at det kan virke prioriteringsvridende i den forstand at det er noen pasientgrupper, behandlinger og diagnoser som oppfattes som mer lønnsomme enn andre

(Lian, 2003a)<sup>36</sup>. I sin rene form vil handlingsimperativet innenfor foretakslogikken være at man søker å maksimere overskudd, og derved å utnytte de mulighetene DRG systemet gir gjennom både å prioritere lønnsomme pasienter og kode ”kreativt”<sup>37</sup> slik at finansieringen blir høyere. Ved det lokale helseforetaket uttrykkes det fra toppledelsen en etisk bevissthet i forhold til at systemet ikke skal medføre prioriteringsvridninger innenfor etablerte behandlingstilbud, men at refusjonssatsene påvirker eventuell opprettelse av nye tilbud eller nedleggelse av etablerte tilbud. Dette innebærer at prioriteringene mellom tilbudene blir påvirket av innsatsstyrt finansiering.

Når det gjelder målet om økt kvalitet gjenspeiles dette i de formelle strukturene ved etablering av de forskjellige kvalitetsutvalgene, anvendelsen av Total Quality Management, samordning av prosedyrer, databidrag til kvalitetsundersøkelser og brukermedvirkning satt i system. Økt gjennomsiktighet, brukermedvirkning og pasientrettigheter satt i system bærer i seg elementer fra foretakslogikken, hvor særlig markedskontroll og organisatorisk/hierarkisk kontroll tilstrebes i større grad enn klankontroll. Etableringen av pasienthotellet og driften av dette kan også relateres til en ambisjon om å øke kvaliteten, i den forstand at service og komfort for pasienten etterstrebes gjennom avdelingens fysiske utforming og rutiner.

Den forståelsen av institusjonell endring som vektlegges i avhandlingen impliserer at institusjonell endring også er forbundet med skifte i mening, oppfatninger og verdier (Suddaby & Greenwood, 2009). Det er derfor viktig å analysere hvordan lederne, legene og sykepleierne i organisasjonen oppfatter organisatoriske styringssignaler og strukturelle endringer, med den hensikt å få informasjon om deres fortolkning av nye organisatoriske betingelser. Meninger og oppfatninger kan omsettes til handling og dermed påvirke realiseringen av de statlige målene. Hvilke elementer av de organisatoriske strukturene og styringssignalene har innflytelse på meningsdannelsen til lederne og de profesjonelle og på hvilke måter?

---

<sup>36</sup> Det har vært en rekke avisoppslag og rapporter som problematiserer systemet med innsatsstyrt finansiering i forhold til lønnsomme versus ulønnsomme pasienter (for eksempel Den Norske lægeforening, 2000; Eilertsen, 2003; Godal & Nilsen, 2003; Hafstad & Gedde-Dahl, 2006; Midttun, Sverrbo, Thorsen, & Steinum, 2003; Sandberg, 2005)

<sup>37</sup> Den såkalte kodeskandalen i Helse-Sør i 2003 er et eksempel på grovt misbruk av DRG systemet (Hafstad & Gedde-Dahl, 2003; Helsetilsynet, 2004).

## **5.3 Oppfattelse av strukturelle endringer**

### **5.3.1 Hva handler endringene om?**

I den konkrete utformingen av formelle strukturer har man til dels valgt ulike løsninger relatert til den kirurgiske og medisinske avdelingen. Videre viser datamaterialet at det er forskjell mellom legene og sykepleierne - ut i fra arbeidsoppgaver, ansvar og fysisk plassering i organisasjonen - med tanke på hvilke endringer de berøres mest av. Dette innebærer at de forskjellige kollektiver av individer kan ha ulik oppfatning av hva endringene egentlig dreier seg om. "Endringene" som fellesbetegnelse kan altså romme vidt forskjellig innhold avhengig av hvem en kommuniserer med. Oversettelsen av reformene og de statlige målene om økt produktivitet og kvalitet kan med andre ord bidra til å danne ulike nye organisatoriske betingelser for de profesjonelle alt ettersom hvor de er plassert i organisasjonen og hvordan den enkelte og grupper av profesjonelle fortolker endringer. Jeg har derfor analysert hva de enkelte respondentene refererer til som endringer.

Analysen av hvordan lederne og de profesjonelle oppfatter endringene er basert på hvilke endringer de referer til og vektlegger underveis i hele intervjuet, samt et åpent spørsmål som alle fikk tidlig i intervjuet som dreide seg om de kunne si litt om hva de tenkte om de siste års endringer på sykehuset<sup>38</sup>. Det er altså ikke de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet og begreper som er knyttet opp mot foretakslogikken og NPM retorikken som har dannet grunnlaget for kategoriene. Gjennom en induktiv prosess ble de empiriske dataene som svarene representerer systematisert inn i 14 analytiske kategorier. De fleste respondentene skiller ikke mellom strukturelle endringer, endringer i praksis, hva som er konsekvenser av andre endringer, rolle- og mandatendringer og opplevelse av hva som er viktig i organisasjonen. Den følgende analysen skiller derfor ikke i første omgang mellom hva som er nye organisatoriske rammebetingelser og endringer i det profesjonelle arbeidet. Analysen gir et overordnet bilde av hva de selv opplever som sentrale endringer. Svarene er kvantifisert og systematisert og tabell 5-1 viser hvilke endringer respondentene innenfor hver av klinikkene oppfatter som de mest sentrale<sup>39</sup>. Tallene i parentes viser endringer som de referer til, men som ikke er særlig vektlagt.

---

<sup>38</sup> Etter at intervjuer har innledet med at helsevesenet og sykehuset har vært preget av mange reformer og omstillinger de siste årene.

<sup>39</sup> Tallene for lederne, legene og sykepleierne vises i tabeller underveis.

**Tabell 5-1<sup>40</sup>: Hva handler endringene om? Avdeling, alle**

	<b>Kirurgisk avdeling m/ ledere 15 personer</b>	<b>Medisinsk avdeling m/ ledere 13 personer</b>	<b>Alle 28 personer</b>
1. Økonomisk fokus	15	13	28
2. Økt behandlingsaktivitet	10(1)	10(1)	20(2)
3. Koding	5(1)	6	11(1)
4. Nye oppgaver	4(2)	6(1)	10(3)
5. Endringer i lederrollen	4	6(1)	10(1)
6. Større avstand til overordnet ledelse	2(4)	6(1)	8(5)
7. Overordnet	5(4)	2(4)	7(8)
8. Sammenslåing av sykehusene	3(4)	4	7(4)
9. Hjelpepleiere måtte slutte	7(1)		7(1)
10. Flytting av avdeling		7	7
11. Mindre fleksibilitet i forhold til stillinger	2(4)	3	5(4)
12. Pasienthotell	4(5)	(1)	4(6)
13. Bedre behandlingstilbud	(3)	4(2)	4(5)
14. Økt gjennomskiktighet	1(3)	1(1)	2(4)

Det er særlig kategori 1, ”Økonomisk fokus”, og kategori 2, ”økt behandlingsaktivitet”, som mange av respondentenes svar har blitt kategorisert innenfor. Samtlige respondenter har tilskrevet endringene et generelt økonomisk fokus, og mer enn 2/3 har nevnt forhold kategorisert under ”økt behandlingsaktivitet” som sentrale. Kategori 1, ”Økonomisk fokus”, omfatter utsagn som:

... hovedinntrykket de siste årene er jo at ting er blitt mye mer økonomifokusert. Fokuset på økonomi og inntjening, og innsparing. Stillinger skjæres ned på grunn av økonomi. (Md5)

Det som jeg tenker mest på er jo er jo alle disse omstillingene. De reformene – jeg vet ikke – det har liksom vært sånn hele tiden siden jeg begynte. Jeg synes jo vi bare hører om nedskjæringer og sparing hele tiden, så det er vanskelig å få fast jobb. (Ks8)

... du kan si at en del av de endringene vi har gjort hadde vi sikkert ikke gjort uten at de økonomiske rammene ble trangere. Vi er liksom presset til endring. Det er kommet mye positivt ut av det. Sånn at det var nødvendig og. I en viss forstand så setter jeg jo pris på det. Og både omorganiseringer og ja, rent faglige endringer ved at man slår sammen sykehus og man funksjonsfordeler. Det er klart det er fornuftig. Men det er hele tiden den balansen. Hvor langt skal man gå? Og det er der man ofte er litt uenige da. Man er jo presset sånn bemanningsmessig, på tid, fordi at man hele tiden... du bygges ikke opp, du bygges ned. Sant? Og da er det om å gjøre å endre driften du klarer ikke å jobbe på gamle måten altså, og allikevel oppfylle de økonomiske kravene som er rettet mot deg. Og det kan vi gjøre et veldig langt stykke på vei synes jeg, men vi ser kanskje en smertegrense nå altså. (Kla)

Veldig mange av de omstillingene er for å effektivisere og spare penger. Det er det som er inni hodet på de fleste når de hører ordet omstillinger. Det er at de skal spare. (Ks5)

Respondentene refererer til begreper som for eksempel produktivitet, effektivitet, innsparing, nedskjæringer, nedbemanning og inntjening. Kategorien innbefatter utsagn om et generelt økt fokus på økonomiske forhold og en opplevelse av ressursinnstramming. Samtlige informanter

<sup>40</sup> Kodeskjema er i vedlegg 1

fremhever at det er blitt økt økonomisk fokus, og det er en felles forståelse av at det er økonomiske hensyn som ligger bak mange av de strukturelle endringene som gjennomføres.

”Økt behandlingsaktivitet”, er forholdsvis nært knyttet opp mot økonomisk fokus fordi mange av respondentene relaterer forhold som kortere liggetid, økt behandlingsaktivitet, mer dag- og poliklinisk behandling og bedre pasientløp til de økonomiske besparelsene slike endringer kan gi. Videre anvender flere respondenter begreper som produktivitet, produksjon og effektivitet relatert til økt behandlings- og pasientvolum, men også som generelle betegnelser på at det er mye fokus på økonomi i organisasjonen og tjenesteytingen. Jeg skiller allikevel analytisk mellom de to kategoriene fordi ”økonomisk fokus” relaterer til ressursinnstramminger og generelle utsagn om at det er blitt mer økonomisk fokus i organisasjonen, mens ”økt behandlingsvolum” relaterer konkret til at flere pasienter blir behandlet.

Det positive er at vi behandler flere pasienter i dag enn vi har gjort noen gang før. Det er også positivt at vi har fått vridninger fra lang liggetid, byråkratiske innleggelser – for å si det litt flåsete – til pasientforløp der vi går igjennom: når skal de komme inn, altså kan de komme inn operasjonsdagen i stedet for dagen før, må de ligge to dager inne for forberedelse eller kan de komme på poliklinikk? Altså, jeg tror at det er bedre for pasienten å være minst mulig på sykehus når du ikke er syk. Da tror jeg at behandling poliklinisk eller forenkling er positivt. Det tror jeg er positivt at vi har fått dreid det i den retningen. Mange av de var jo her mye. (K1m)

Det er jo det at det er større volum, mer dagkirurgi – det blir mer av alt. For det som det medfører når du opererer flere er at du får flere å kontrollere, du får flere å følge opp. Så det generer altså mer poliklinikk, flere innleggelser, mer av alt egentlig. (Kd5)

Økt behandlingsaktivitet med lavere relativ ressursanvendelse har vært en av de sentrale målsetningene i innsatsstyrt finansiering og sykehusreformen. Produktivitetsbegrepet, slik det defineres i avhandlingen, rommer denne dimensjonen, og dataene viser tydelig at mange av respondentene  *oppfatter*  at det er et press på å holde liggetiden nede og behandle så mange pasienter som mulig uten nevneverdig tilførsel av ressurser:

Det er blitt ekstrem fokus på at vi skal behandle flere uten tilførsel av ressurser. (Md1)

Nei, det er klart det går fortere. Alt går fortere. Det ser en jo. Det er færre liggedøgn nå. Pasientene behandles også ut, men sånn må det kanskje være fordi at det innskrenkes, og da må det – det krever veldig av mye av dem som behandler, av leger og sykepleiere, at pasienten får den riktige behandlingen. Så det er klart det krever det når det er færre liggedøgn, for du har mindre tid å gjøre det på. (Ms5)

Det er jo hele tiden... Behovet har jo blitt større. Vi opererer mer. Vi får flere pasienter, og det følger ikke med ressurser. Det faller heller ressurser bort. Det er hele tiden en sånn tung kamp. (Kd2)

Samtidig viser intervjuene at økt behandlingsaktivitet også årsaksforklares med den medisinskteknologiske utvikling som har muliggjort langt mer tidseffektive behandlingsmetoder og kortere rekonvalesentperioder:

For eksempel sånn kikhullskirurgi. Før så lå de så lenge. Mye lenger liggetid per pasient. Alt går på dagkirurgi nå. Alt blir helt forandret i forhold til for noen år siden. (Ks4)

Så vi har bedret tilbudet, og det er det er delvis ved hjelp av nye behandlingsmuligheter og prinsipper. Mye går på teknikk. Ultralyd har vi bedret, lagd nettverk. Vi har prøvd å strukturere avdelingen slik at vi kan behandle flere pasienter poliklinisk, gi tilbud til flere pasienter, følge de bedre opp. (Md3)

Men utviklingen i pasientbehandlingen – jeg ser jo veldig forandring fra jeg begynte i sykepleien i 1980 til i dag. Pasientene lå mye lengre tidligere, det var en helt annen behandling. Det er mye mer effektivitet i dag, og mye raskere behandling. All den teknologien som er nå var ikke den gang. Alle medisinene som er i dag... (Ms2)

Ut i fra intervjudataene kan det synes som om ”økt behandlingsaktivitet” kan tilskrives en kombinasjon av fremskritt innen medisinsk behandling, endringer i nasjonal struktur og finansieringsformer og organisatorisk budsjett disiplin, hvilket kan være illustrerende for hvordan ulike logikker – her foretakslogikken og den medisinske logikk – sammenveves og driver frem nye organisatoriske praksiser.

Analysen viser videre at det utover generelt økt økonomisk fokus og økt behandlingsaktivitet, er mer gruppevis konsensus over konkrete endringer aktørene forholder seg til.

### **5.3.1.1 Lederne**

Lederne er ofte sentrale oversettere av reformer (Røvik, 1998). Lederne i dette studiet er på forskjellige nivåer i det lokale helseforetaket, og har derfor ulik innflytelse på oversettelsesprosessene. Dessuten er de en del av en stor organisasjon hvor enkeltelementene må passe inn i helheten. Dataene forteller om at det blant lederne er ulik opplevelse av handlingsrom og mulige alternativer i endringsprosessene, både på grunn av hierarkisk og fysisk plassering i organisasjonen og på grunn av institusjonelle logikker, strukturer og praksiser. Lederne i sykehus står ofte, om enn i ulik grad, i skjæringspunktet mellom ulike institusjonelle logikker<sup>41</sup>, hvor de skal navigere i et terreng med forskjellige handlingsimperativer, behov, normer og verdier.

---

<sup>41</sup> Se for eksempel (Doolin, 2001; Fjeldbraaten & Torjesen, 2006; Kragh Jespersen, 2005; Llewellyn, 2001; Mo, 2006; Skjöld Johansen, 2009; Torjesen, 2008).



Lederne er jevnt over langt mer opptatt av at det er blitt endringer i selve lederrollen enn at andre profesjonsgrupper enn legene har anledning til å være ledere for legene, noe også oversikten over hva lederne oppfatter som de sentrale endringene i tabell 5-2<sup>42</sup> illustrerer.

**Tabell 5-2<sup>43</sup>: Hva handler endringene om? Lederne<sup>44</sup>**

	<b>Ledere 9 personer</b>	<b>Kirurgisk klinikk 4 personer</b>	<b>Medisinsk klinikk 5 personer</b>
1. Økonomisk fokus	9	4	5
5. Endringer i lederrollen	9	4	5
2. Økt behandlingsaktivitet	8	4	4
7. Overordnet	5(2)	3(1)	2(1)
8. Sammenslåing av sykehusene	5(1)	2(1)	3
3. Koding	5	2	3

Tabellen viser at alle lederne oppfatter at endringene handler om et generelt økonomisk fokus (kategori 1) og endringer i lederrollen (kategori 5). Videre viser de fleste til økt behandlingsaktivitet (kategori 2), og over halvparten til overordnede forhold (kategori 7), sammenslåing av sykehusene (kategori 8) og koding (kategori 3).

Endringer i lederrollen handler om mer ansvar, større krav til budsjettdisiplin, mer administrativt arbeid og oppgaver i tilknytning til omstillingsprosesser. Oppfatningen om at det er en langt sterkere vektlegging av ledelse - i betydningen av økt fokus på drift og organisering - er tydelig blant lederne. Alle lederne henviser til at det er blitt en langt tettere oppfølging av lederne i tilknytning til budsjett.

Vi har tilbakemeldinger på at vi en gang i måneden skal ha gjennomgående budsjettstatus, og gi tilbakemeldinger eller å kunne forklare negative tall. Vi blir fulgt veldig tett opp. (Mla)

**Informant:** Jeg merker det på at jeg har et budsjett. Vi har mye oftere oppfølging, og det har vi for at vi skal hele tiden være i dialog. Jeg har et mye større krav på meg til det budsjettet jeg har. Det må jeg følge opp. Det forventes av meg.

**Intervjuer:** Hva skjer hvis ikke du gjør det?

**Informant:** da må jeg ha en veldig god forklaring på hvorfor jeg ikke har gjort det. Det kan være at vi har hatt så stor aktivitet, at tallene viser at det var helt nødvendig. At det har vært brukt mer ressurser hos oss enn det i utgangspunktet skulle ha vært. Og du vet de to tingene harmonerer. For hvis vi har mange pasienter som trenger behandling, og vi har riktig koding av de pasientene, så får jo sykehuset flere inntekter. Så min dialog med økonomen, vi hadde møte nå for 14 dager siden, og da følte jeg at vi hadde brukt mye nå i januar, for vi hadde hatt noen vanskelige situasjoner med fastvakt og pasienter som trenger ekstra. ”ja, men dere har jo hatt økt produksjon”. Det er jo økonomens språk, men det de sier er at vi har hatt mange pasienter igjennom. ”Ja, vi har det”. Det er målet, tenker jeg. Vi vil jo ha mange pasienter igjennom, så må vi bare passe på at vi får inntekter for de pasientene vi behandler, at det er korrekte inntekter. Og da skal jo det regnestykke i større grad balansere. (Klm)

<sup>42</sup> Tabellen er et bearbejdet utsnitt fra Tabell 5-1. Her er de faktorene lederne har lagt mest vekt på plassert suksessivt fra topp til bunn.

<sup>43</sup> Fullstendig kodeskjema er i vedlegg 1

<sup>44</sup> De 3 legelederne som også jobber klinisk er inkludert i dette datamaterialet

Du skal ha en inntjening også skal du ha en utgift. Den utgiftsgreien er relativt grei å holde, men inntektsiden er jo kjempe vanskelig å holde. Den er jo ikke bare avhengig av oss. Den er avhengig av anestesilegene, sykepleierne, intensivene. Hvis driften går som den skal – vi er jo bare en del av den driften så hvis vi ønsker å operere i vilden sky, så er det begrensninger i resten av systemet, så da er det ikke så lett å forutsi hvor mye vi klarer å operere på et år. Så en føler seg av og til litt sånn hjelpsløs og.. (Kd1)

Kontroll- og reguleringssystemene er blitt utvidet, og flere opplever at de blir fulgt opp og følger opp i forhold til parametre først og fremst knyttet opp mot økonomi, men også indikatorer i forhold til HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) og kvalitet. Assisterende enhetsleder på medisin beskriver forandringer i avdelingssykepleierfunksjonen på en illustrerende måte:

Hennes funksjon har de siste årene endret seg drastisk. Og sykepleierne ute etterspør på en måte en omsorgsperson. Altså, jeg vet ikke hvordan jeg skal kunne få sagt det... avdelingssykepleier før var mye mer delaktig i avdelingen, i pasientene, om du hadde det travelt, åssen du hadde det, og nå er det mye mer resultater og administrative oppgaver som hun er satt til å utføre. Og jeg tror kanskje at det er viktig på mange nivåer, de administrative oppgavene. Men det er nå en gang slik at det tar litt tid å snu og lære seg både redskap og måter å jobbe på. Samtidig som myndighetskravene nå er mye mer synlige enn de noen gang har vært før, både på det vi skal gjennomføre med interne opplæringer, HMS tiltak og... de skal omtrent gå inn å si; ”hvorfør brukte de en overtidsvakt?” Så det er en del krav som krever en veldig strukturert jobbing. Det tro jeg må gå på bekostning av noe, for arbeidsdagen er nå ikke mer enn på åtte timer. (Mlm)

Opplevelsen av at det er blitt en sterkere regulering og kontroll av driften i forhold til økonomiske forhold synes å være delt av alle. Det meddeles fra de fleste en forståelse for at det har vært nødvendig å stramme inn ressursbruken og finne løsninger som er mer kostnadseffektive enn tilfellet har vært tidligere. Særlig lederne med sykepleiebakgrunn har grepet utfordringene med strammere budsjetter og uttrykker vilje og engasjement i forhold til å endre strukturer, rutiner og praksiser innen sine ansvarsområder slik at de skal holde seg innenfor de rammene de er tildelt.

Jeg er nøye når det gjelder å bestille ting. Jeg sørger for å se etter i budsjettet hvor mye jeg har fått tildelt til å bruke på kursvirksomhet, på utstyr, på innleie av vakter. Så jeg vet at jeg var i grei balanse nå ved utgangen, av det jeg vet noe om. (Mla)

Men sykepleietjenesten er ekstremt nøysomme. Det er aldri de som sprekker. De er så skikkelige. De er vant til å klare seg med veldig lite. De kommer gjerne og har spart de. De har ikke brukt opp pengene, i tilfelle noe skulle gå galt sånn at de skal være sikre på at de ikke går i underskudd. (Kt)

Samtidig uttrykkes det av mange også en ambivalens hvor man på den ene siden aksepterer og støtter den sterke budsjett disiplinen, mens man på den andre siden er kritiske til at det blir for mye fokus på økonomiske forhold, at handlingsrommet blir for lite og andre oppgaver får for lite plass.

Intervjuer: Det har vært mye fokus på den økonomiske situasjonen. Hva tenker du om det?

**Informant:** Jeg tenker at det er riktig, men jeg tenker at det som da har skjedd er at vi ikke har greid å holde på de samhandlingsarenaene som også skal ha like stor fokus som budsjett. Som hva er forbedringsarbeid uten at det er budsjett som driver oss? Budsjett og røde tall er det eneste vi snakker om når vi får budsjettallene våre. Fordi at vi er så opphengt i å finne årsakene til at vi ikke greier å holde budsjettet. Og det gjør vel at vi kommer litt på hælene på en måte til at vi ikke tør eller blir litt handlingslammet i å lure på om det vi setter i gang kan være kostnadsdrivende. Men det at vi får en mer forståelse av et budsjett i helsevesenet, fordi at kulturen vår er jo på en måte at vi har fått tilgivelse fra tidligere eiere, og har vel på en måte til dels en sånn tro ennå tror jeg. Fordi når man sitter og snakker med den enkelte sykepleier så kan ikke de skjønne at vi driver og foreslår å stenge om sommeren for å holde budsjett, for helse-Norge må da kunne ha råd til dette. Nei, det er kjempeutfordrende å ha fått de kronene vi skal og holde budsjettene, for vi greier det jo ikke. Vi greier det jo ikke, ikke sant? (M1a)

I dette studiet er samtlige ledere enten legeutdannet eller sykepleieutdannet, samtidig som dataene viser at lederne har ulik praktisk tilknytning til sin ”opprinnelige” profesjon. Legelederne, bortsett fra klinikkisjef, arbeider fortsatt i klinisk virksomhet, mens lederne med sykepleiebakgrunn jobber bare med ledelse. Ved kirurgen har man etablert lokale ordninger slik at ingen sykepleier er leder for legene på enhetsnivå. Man har allikevel ”enhetlig ledelse” i den forstand at alle medarbeiderne vet hvem som er deres nærmeste overordnede og legetjenesten har separat budsjett fra de øvrige tjenestene. I praksis ligner modellen på den tradisjonelle todelingen med oversykepleier og avdelingsoverlege, bortsett fra at ansvarsområdene nå er langt tydeligere definert. Lederen ved kirurgen formidler tilfredshet med ordningen og med sin lederkollega:

Veldig flink og prøver å finne løsninger. Legger ikke liksom kjepper i hjulene eller er sånn sykepleierleder som liksom skal kjøre det sykepleiefaglige. Hun er flink til... det fungerer bra. Det gjør det. Det er personavhengig den matrisemodellen. Hvis du har en sykepleieleder som er veldig opptatt av det sykepleiefaglige og kjører det hele tiden, så blir legene irritert og det blir masse krangel og tull. (Kd1)

Også ved medisinsk enhet har den praktiske utformingen av ledelse likhetstrekk med den tradisjonelle to-delingen, der assisterende enhetsleder har et delegert ansvar for sykepleietjenesten, mens enhetslederen har det overordnede ansvaret samtidig som han jobber klinisk:

Det er kanskje det som [NN] og jeg har begynt å snakke om, at vi kanskje nå etter tre fire år jobber fortsatt som vi gjorde da vi var to-delt. Det tror jeg kan ha mange årsaker, både det at [NN] er avdelingsleder samtidig med at han jobber [klinisk], og går legevisitt og har poliklinikk. Så er det klart at vi har vel ikke på en måte satt oss ned og sagt at ”kunne vi to ha jobbet annerledes, kunne jeg ha jobbet litt annerledes på tvers med oppgaver som gjelder både pleiere og doktorer?”. Det er jo mange ting som gjelder det utenom faget. (M1a)

Det er en forholdsvis markant forskjell mellom lederne med legebakgrunn og lederne med sykepleiebakgrunn i forhold til hvordan de identifiserer seg med lederrollen og fagrollen.

Samtlige ledere med sykepleiebakgrunn<sup>45</sup> definerer seg selv som først og fremst ledere, og har få eller ingen referanser til seg selv som sykepleiere. En av de som målbærer denne tendensen mest eksplisitt er enhetsleder ved kirurgisk enhet:

Jeg er nok ikke en leder som er typisk sykepleieleder. Jeg liker ikke ordet, for å si det sånn. For sykepleie... en sykepleieleder – da leder en sykepleiefaget. Det er en bit av det, men det er ikke halvparten en gang. Pasienten kommer inn for å få behandling og sykepleien er en del av behandlingen. Og da tenker jeg at jeg er mye mer, og vil være mye mer, en driftsleder enn en sykepleier. Vi kan ha kjempeflinke sykepleiere, og kan klare det, men hvis vi ikke klarer samhandlingene med de andre profesjonene... Så jeg er mye mer en driftsfaglig leder enn en sykepleiefaglig leder.... Jeg er ikke en typisk...det er kanskje fordi jeg har jobbet så lite som sykepleier. Jeg er ikke en så veldig forfekter av sykepleiefaget i min lederrolle. Sykepleiefaget er det sykepleierne der ute som skal kunne. (Klm)

Dette står i sterk kontrast til 3 av 4 av lederne med legebakgrunn, som synes å definere seg først og fremst som leger. Ledernes oversettelse av statlige mål og deres meningsdannelse knyttet opp mot de strukturelle endringene synes også og preges av grad av nærhet til egen profesjon og til utøvende praksis. Disse tre lederne jobber aktivt i klinisk arbeid, og målbærer den medisinske logikken i større grad enn foretakslogikken. De er opptatt av sitt virke som leger og det er medisinskfaglige legitimitetskriterier som dominerer deres uttalelser:

Nei, jeg opplever veldig positivt at midt oppi alle disse strukturelle forandringer som blir trødd nedover hodet på oss, så har vi en meningsfull jobb og vi får lov til å hjelpe pasienter bedre og bedre. Så det er klart at midt oppi alt det som foregår, så får vi mer enn nok plass og rom til å lindre og hjelpe. Det får vi [...]Det blir mye fokus på at vi skal være mer effektive og rasjonalisere. Penger står i fokus, og det er en prosess jeg ikke liker.(Md3)

Klinikkssjef for medisinsk klinikk formidler også en sterk identifisering med legefaget og legeprofesjonen, men jobber kun med ledelse og synes til en viss grad å ha funnet seg til rette i en lederrolle som ikke alene er basert på medisinskfaglige legitimitetskriterier. Vedkommende fokuserer i intervjuet vel så mye på kvalitetssystemer som TQM og nødvendigheten av nye organisatoriske kontroll- og reguleringsmekanismer.

Som jeg var inne på i kapittel 4 bærer det statlige målet om økt kvalitet, slik det er formulert i statlige dokumenter, til dels preg av foretakslogikken. Det er særlig vektleggingen av brukerrettigheter, gjennomsiktighet og markedskontroll - hvor kvantifisering og offentliggjøring av kvalitet gjennom nasjonale kvalitetsindikatorer og fritt sykehusvalg er sentrale virkemidler - som kan knyttes opp mot foretakslogikken. Oversettelsen av dette målet lokalt i helseforetaket har medført et mer entydig organisatorisk ansvar for kvalitet gjennom ledelsesfunksjonen. Opprettelse av de forskjellige kvalitetsutvalgene, jevnlig internkontroll og

---

<sup>45</sup> Det ville sannsynligvis være illegitimt ovenfor lederne med sykepleiebakgrunn å titulere dem med betegnelsen *sykepleieleder* (bortsett fra avdelingssykepleierne) – de har jo fått profesjonsnøytrale stillinger, mens det for lederne med legebakgrunn er det mer naturlig å kalle de *legeledere*.

anvendelsen av Total Quality Management, samordning og standardisering av prosedyrer, databidrag til kvalitetsundersøkelser og brukermedvirkning satt i system, representerer nye komponenter i det lokale helseforetakets kvalitetspolitikk. Noen av lederne anser systematisk kvalitetskontroll, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling som sentrale lederoppgaver, og strukturen rundt de forskjellige kvalitetsrådene – som består av mange ledere - underbygger dette.

Vi har jo forskjellige roller og forskjellige oppgaver. Jeg tror at min oppgave er å anerkjenne kvalitetsutviklingsarbeid som en helt sentral lederoppgave. Snakke om det som et fortrinn. Prøve å bygge systemer, prøve å gi de ledersignaler – det er på en måte det viktigste bidraget jeg kan gjøre. Gi rom for og akseptere tidsbruk til faglig utvikling, hospitering og den type ting. Og det er en viktig del av det å drive sykehus. Og det er kamp. En av de andre klinikkene har sagt at de nå skal redusere kurs, de skal redusere konferanser, de skal redusere internundervisning som innsparingstiltak, og det sier jeg at det kan ikke jeg akseptere. Ikke det at jeg er edel, men det er for det at jeg tror det på lang sikt er et valg. Fordi at vi da vil få et etterslep på kompetanse. Det er så mye vi må ta igjen, for enten er du med eller så er du ikke med. Sånn er dette spillet. Du kan ikke stoppe kompetanseutviklingen et år, og tenke at du skal ta det igjen neste år. Her må man si at dette pågår hele tiden, dette skjer i alt vi gjør. Dette må vi prioritere, også blir det på en måte et utvidet begrep. Det er på en måte kvalitet i alt. (Kt)

Tendensen er allikevel at de fleste lederne ikke refererer direkte til kvalitetsarbeidet som en del av omstillingene ved helseforetaket. Dette kan tolkes som om at dette arbeidet blir tatt-for-gitt og er legitimt blant lederne og slik sett ikke er fremme i bevisstheten som endringer. En annen tolkning er at dette arbeidet ikke har fått så mye oppmerksomhet i den forstand at konsentrasjon, tid og krefter har vært rettet mot andre målsetninger og omstillinger i det lokale helseforetaket. Dataene viser at de endringene de fleste lederne peker på er knyttet opp mot økonomiske forhold, økt behandlingsaktivitet og endringer i lederrollen, noe som kan tyde på at den siste tolkningen er mest relevant. Dataene henspiller imidlertid på at det meste av det nye systematiske kvalitetsarbeidet oppfattes som legitimt av lederne, men det varierer hvor mye de vektlegger det. Klinikksjefene synes å være veldig opptatt av de organisatoriske kvalitetssystemene, mens legelederne i klinisk arbeid er mer opptatt av andre former for kvalitetsarbeid som er tettere knyttet opp mot ulike former for klankontroll fremfor organisatorisk/hierarkisk kontroll eller markedskontroll.

Det er ingen av lederne som uttrykker prinsipiell motstand mot retten til fritt sykehusvalg, brukermedvirkning, bedre klagemuligheter og økt gjennomsiktighet i forhold til kvalitet på tjenestene. Tendensen er snarere at de er positive til disse endringene. Noen ledere er ikke særlig fokusert på disse forholdene, mens andre har i større grad adoptert tanken om en viss markedskontroll:

Men vi har begynt en diskusjon nå på klinikk møte like før jul, hvor jeg sier at hvis vi skal lete etter fortrinn og prøve å tenke strategisk fremover – hva er fortrinnene våre – så vil det være

åpenhet om kvalitet. Og da skal du selvfølgelig være god. Hvis vi kunne være de første til å begynne å legge ut resultater, ikke på navn eller enkeltpersoner – det syns jeg ikke er interessant, men legge ut resultatene våre til offentlig gjennomsyn – dette er vi gode på. Vi kan gjerne legge ut bare det vi er gode på, men da vil jo folk skjønne at vi ikke er så gode på det vi ikke legger ut og da har det samme effekt. Men det der, å være åpen på kvalitet og på resultat, forenkle informasjon, å gjøre informasjonen tilgjengelig – det er det jeg mener – å gjøre den tilgjengelig for folk, det er kjempeviktig. (Kt)

Det synes som om retten til fritt sykehusvalg, brukervedvirkning og et mer gjennomorganisert klagesystem er legitimt og til dels tatt-for-gitt blant lederne. Men de fleste er skeptiske til de nasjonale kvalitetsindikatorne slik de er utformet. De nasjonale kvalitetsindikatorne vesentliggjør det målbare, mens det som oppfattes som vesentlig for kvaliteten ikke blir målt. Flere påpeker blant annet at de valgte indikatorne er perifere i forhold til hva de oppfatter at kvalitet egentlig er. Det er kun 2 ledere som formidler at endrede kontrollformer av kvaliteten er en viktig del av endringene, og da handler det om at det har blitt økt gjennomsiktighet. 4 andre ledere nevner også dette, men vektlegger det ikke som viktig. Mange av lederne er opptatt av standardisering av prosedyrer og opplæring. I helseforetaket har man en prosess hvor alle prosedyrene skal samordnes og standardiseres, og man har også etablert former for standardisert opplæring innenfor noen utvalgte områder i sykepleietjenesten. Begge disse eksemplene representerer en organisatorisk standardisering, hvor det organisatoriske ansvaret er fremtredende.

Det de har begynt med er på en måte prosedyrene våre, og på en måte å standardisere dem. Sånn at vi ikke har fem like prosedyrer, hver avdeling har en lik... altså, prøve å få standardisert de. Vi har gjort noe når vi mottar nytilsatte. Vi har sagt noe om hva de skal igjennom den første tiden de på en måte er her. vi har gjort noe med å se på det medisinske tekniske utstyret, som på en måte har vært en revolusjon inn i behandlingen og som sykepleiere må mestre. Alt i fra pustestøtte til infusjoner som vi har gjort lenge, men det er masse innenfor der. Det har vi også forsøkt å standardisere og lage et løp der vi sikrer oss at alle må igjennom. (Mlm)

Legelederne som også arbeider i klinikk har en noe annen tilnærming til standardisering enn de øvrige lederne har. De er ikke særlig opptatt av organisatorisk standardisering, men vektlegger internasjonale standarder for sitt arbeid.

Det er klart vi prøver jo å bruke metoder som er gode, ut i fra evidence based medisin, ut fra hofteregistre, kne registre – disse registrene vi har. Det er jo derfor vi har disse registrene. Vi prøver å legge oss på de behandlingsmetodene som er dokumentert. (Kd1)

Flertallet av lederne henviser også til forhold som er utenfor den konkrete organisatoriske konteksten, kategorisert under ”overordnet” (kategori 6), som viktige endringer. Denne kategorien henspiller på eksempelvis funksjonsfordelinger, avdemokratisering, konkurranse og foretaksmodellen. Som en overordnet tendens setter lederne i intervjuene i større grad enn

legene og (særlig) sykepleierne de lokale omstillingene eksplisitt i sammenheng med nasjonale reformer og strømninger i tiden.

Det at sykehusene skal konkurrere med hverandre hele tiden uten at man definerer hva man skal konkurrere om. Skal konkurrere om pasientene og konkurrere om alt mulig. Men man har jo ikke definert noen kriterier om hva som er gode kvalitetsmål og sånne ting. (Kd1)

Videre har flertallet av lederne nevnt sammenslåingen av sykehusene (kategori 8), som refererer til den konkrete sammenslåingen av sykehusene som det lokale helseforetaket nå består av, samt henvisninger til generelle nedleggelse og organisatoriske endringer som har vært en direkte følge av sammenslåingen.

Samlet sett er det økt økonomisk fokus, endringer i lederrollen, økt behandlingskvalitet lederne formidler som de mest sentrale endringene.

### 5.3.1.2 Legene

Tabell 5-3<sup>46</sup>: Hva handler endringene om? Legene<sup>47</sup>

	Kirurgisk avdeling 4 personer	Medisinsk avdeling 5 personer	Totalt 9 personer
1. Økonomisk fokus	4	5	9
2. Økt behandlingsaktivitet	4	4 (1)	8(1)
3. Koding	3(1)	5	8(1)
6. Større avstand til overordnet ledelse	2 (1)	3	5(1)

Som legegruppe henviser nær sagt alle til kodepraksis (kategori 3) og økt behandlingsaktivitet (kategori 2), ved siden av økonomiske forhold (kategori 1), som de mest sentrale endringene:

Bruker masse tid på å kode, finne rette kode på pasienten – bare tull selvfølgelig. Sånn at sykehuset skal få mer fra den felleskassa. Det bruker jeg masse tid på [...] Nei, det må ha blitt mye verre de siste årene. Jeg kan ikke huske at vi snakket så mye om det i begynnelsen. Vi kodet jo da også, men da var det vel større grad av... da var vi finansiert av fylkeskommunen, og man fikk vel en slump uansett da. Man fikk vel mer enn vi trengte. Så det er etter helsereformen det ble fokus på det, at man skal ha betalt på dette viset. (Md2)

Det er ingen som refererer til at endringene handler primært om å øke kvaliteten på pasienttilbudet. En av legene sier det slik:

Jeg har ikke tenkt at det har vært en målsetning for avdelingen at kvaliteten skal bli bedre. Det er en målsetning at økonomien skal bli bedre. Men, nei, jeg har ikke tenkt at det har vært stort fokus på kvalitet. (Md4)

Det er økonomiske forhold endringene primært handler om, men også endringer i ledelsesstrukturen nevnes av flere. 5(1) av 9 leger nevner også større avstand til overordnet ledelse som en viktig endring (kategori 6). En av legelederne sier at:

<sup>46</sup> Kodeskjema er i vedlegg 1

<sup>47</sup> De tre legelederne som også jobber klinisk er inkludert også i dette datamaterialet.

Nei, nå er det jo masse byråkrater som styrer helsevesenet. Det er nesten overbyråkratisert. Først så har du det regionale helseforetaket med masse konsulenter og administratorer, plassert i [NN] for å administrere hele vår helseregion. I tillegg har det hvert lokale helseforetak fått hvert sitt eget styre, med direktør og stab og litt av hvert. Så har du klinikkjefer nedenfor der igjen, før avdelingslederne kommer. Så de har jo virkelig lagd masse vanskeligheter for folk vet du. Vi må jo igjennom fire eller fem ledd før du endelig når fram til de som har beslutningsmyndighet for helheten (Md1).

Det er totalt sett flere ledd i den hierarkiske lederstrukturen, og mange av legene opplever at det har blitt betydelig større avstand til de som har beslutningsrett:

Medisinsk avdeling er akkurat den samme. Problemet er utover der. Før så hadde den som var avdelingsoverlege faktisk en viss makt og myndighet over budsjett og over diverse ting og hans overordnede var direktøren. Nå er det klinikkjef og direktør og en skokk av folk. En grå ulle masse. Det er den mest dramatiske forandringen. [...]... min avdelingsoverlege har mistet sin posisjon. Den eneste makten han har er over kaffekassa vår. Han får et budsjett som han må forholde seg til, så mye styring utover det er det ikke. Ikke er det behov for det heller. (Md2)

Mange av legene formidler – noe sitatet ovenfor også illustrerer – at legene har mistet noe organisatorisk makt, men også at den lederstrukturen som har blitt etablert etter sykehusreformen ikke oppfattes som legitim. De etterlyser ledere med beslutningsmakt som skjønner hva som foregår i klinikken og forstår fagets egenart, og som ikke bare tenker på økonomi:

Jeg tror jo at det er gunstig at de som styrer sykehus også har jobbet i systemet og veit hva som skal til og hvor mye ressurser som kreves. Jeg syns det er betenkelig at det er for mange byråkrater i systemet som bare tenker økonomi [...] for den som bestemmer må og ha en medisinskfaglig erfaring fra det fagområdet man driver med. Sånn som for oss så burde kanskje vår sjef hatt større bestemmelsesrett over det vi driver med. I stedet for at noen over han skal bestemme det. Jeg mener at han har mer greie på det enn de over har. Det er der problemet ligger. (Kd3)

Dessuten formidler flere av legene at de ikke oppfatter det de overordnede lederne gjør som viktig. Noe spissformulert, men illustrerende, forteller en av legene at:

Jeg har en kollega som laget en plakat en dag med bilde av alle direktørene som han tenkte han skulle henge opp på pasientrommene, der det står at "Hva har de gjort for deg i dag?" Jeg vet ikke hva de gjør disse her folkene. Men de må jo koste en del da. Det kommer ikke pasientene til gode i noen særlig grad. Jo da de er sikkert nyttige... Men det er klart at det er betydelig større administrasjon i helsevesenet enn det var før. Det har det blitt. Det koster. [...] Men det er sikkert noen som har nytte av å rapportere ting og flytte penger frem og tilbake og sende regning til hverandre. (Md2)

Det kan synes som om legene, gjennom endringer i styringsstruktur, utfordres av andre legitimitetskriterier enn de medisinskfaglige, hvor administrative, økonomiske og juridiske kriterier i større grad enn tidligere utgjør de organisatoriske betingelsene for legene. Samtidig synes legene å ha inntatt en forholdsvis offensiv rolle i forhold til å bevare posisjoner og ha en viss kontroll over utviklingen i sykehuset. Legelederen ved kirurgen er bevisst på å få innflytelse i den øvrige ledergruppa ved det lokale helseforetaket:



... men jeg tenkte at jeg måtte ha den stillingen slik at jeg kunne innvirke litt på omstillingen. Være så nær ledelsen som jeg kunne. Derfor så tok jeg den stillingen, Vi tok begge de stillingene, jeg og [NN], slik at vi trodde at vi kunne få kontroll over utviklingen, men det hadde vi ikke allikevel.[...] Det er viktig å være med, for hvis man ikke er med og melder seg ut, får man heller ikke gjennomslag for... da gjør en dårlig jobb for avdelingen. (Kd1)

Gjennom intervjuene formidler nær sagt alle legene at medisinfaget, slik de ser det, har fått for lite betydning blant overordnet ledelse. Det er ikke andre faggrupper relatert til helsefag som formidles som problemet; det er økonomene og administratorene som ikke har tillit blant legene. Samtidig holder legene på med sitt fag, og distanserer seg til dels fra den overordede ledelsen i full visshet om at det er legene som tross alt utfører kjernevirksomheten ved sykehuset:

Det er en maktforskyving, men ikke så stor som man tror. Men ledelsen er jo til enhver tid veldig opptatt av det der, at de skal ha makt og.. sånn at det er en maktforskyvning, men jeg har jo vært i dette gamet der i veldig mange år, og den er ikke så stor som man kanskje kunne tro. Fordi at i det daglige så styrer du allikevel. De kan liksom ikke gå inn å... det ville de nok gjerne, men det er ikke så lett for dem å operere og sånne ting da. Men det er et mye større sånn glava lag altså mellom avdelingslederne og direktøren. Det er mye sånn mellom der. De vil gjerne ha det laget der så svært som mulig. Det er behagelig for direktøren å sitte der oppe og se at det er masse sånn glava nedover. Det er klart at den er blitt større. (Kd1)

Følgende sitat av en av klinikkjefene bekrefter til en viss grad denne oppfattelsen, og kan tolkes som tydelig kulturuttrykk og en illustrasjon på en til dels vedvarende tradisjonell maktfordeling:

Det er krevende for meg siden jeg ikke er lege, selvfølgelig. Sånn at jeg er nødt til å være ekstremt prosessorientert. Samtidig så tror jeg ikke det nødvendigvis er noen ulempe, fordi i vårt system med autonome medarbeidere som er høyt kompetente og stort sett gjør som de vil, så er det eneste måten en kan få noe til er å få de som en ønsker å lede til å være med på veien. Og da må de delta i prosessen og diskusjonene, og være med på å fatte beslutninger og føle en forpliktelse gjennom det. Å sende mailer hvor man får beskjed om hva man skal gjøre og ikke gjøre i vårt system – det fungerer ikke. (Kt)

Oppsummerende er legenes oppfatning av hva endringene handler om relatert til økonomisk fokus, økt behandlingsaktivitet, koding og større avstand til overordnet ledelse.

### 5.3.1.3 Sykepleierne

Tabell 5-4<sup>48</sup>: Hva handler endringene om? Sykepleiere

	Kirurgisk avdeling 8 sykepleiere	Medisinsk avdeling 5 sykepleiere	Totalt 13 sykepleiere
1. Økonomisk fokus	8	5	13
4. Nye oppgaver	4 (1)	4 (1)	8 (2)
2. Økt behandlingsaktivitet	3 (1)	4	7 (1)
9. Hjelpepleiere	6 (1)		6 (1)
11. Stillingsprosenter	2 (3)	3	5 (3)
10. Flytting		5	5
6. Større avstand	(2)	3 (1)	3 (3)

<sup>48</sup> Kodeskjema er i vedlegg 1

Den gruppevise konsensusen om hva endringene handler om er særlig tydelig på noen områder blant sykepleierne. I tillegg til økt økonomiske fokus (kategori 1), som samtlige sykepleiere refererer til, er det noen avdelingsspesifikke fortolkninger som er den mest iøynefallende tendensen. Særlig markant er dette blant sykepleierne på medisin, som alle referer til flyttingen av sengeposten når de skal fortelle om endringer på sykehuset (kategori 10). Sitatet nedenfor viser hvordan vedkommende sykepleier, i likhet med flere, med en gang relaterer til flyttingen av avdelingen på følgende spørsmål:

**Intervjuer:** Ok. Det har jo vært mye reformer og omstillinger. Alt i alt – hva tenker du om det som har skjedd?

**Informant:** Nå er det vel – det blir vel 3 år siden vi flyttet opp – til sommeren. På ett vis så syns jeg det har vært greit å flytte opp, men på et annet vis så har det vært negativt. For det første så er vi jo nå dobbel så stor avdeling. Vi ser jo veldig lite til ledere, for eksempel, i mot det vi gjorde nede. Og det er jo negativt – på et vis (Ms1).

Blant sykepleierne på kirurgen relaterer de fleste til de oppsagte eller forflyttede hjelpepleierne som en av de mest nærliggende endringene de forholder seg til (kategori 9). Som svar på et åpent spørsmål om hva vedkommende tenker om de siste års reformer og omstillinger og det som har skjedd på sykehuset og på avdelingen, svarer en sykepleier ved kirurgisk avdeling følgende:

Jeg syns jo det har preget oss, og jeg syns jo det er ille at det er hjelpepleierne det har gått utover – å gå fra stillingene når de har vært på huset i over ti år. Også liksom miste jobben sin. Det de har fått tilbake er vel ikke veldig sånn valgmuligheter for dem, så det har jo vært misnøye. Det gjør jo noe med oss som er igjen (Ks6).

Svarene fra mange av sykepleierne ved kirurgisk avdeling ser ut til også å illustrere hvordan lange tradisjoner for personalpolitikk har blitt brutt. Det tas ikke samme hensyn som tidligere, og det tas ikke de hensynene man forventer eller oppfatter at det bør gjøres. Slik sett kan behandlingen av hjelpepleierne fungere som et symbol for hvordan sykehusorganisasjonen er i ferd med å endre seg.

Når man ser alle sykepleierne uten lederansvar under ett, er det opplevelsen av å få nye arbeidsoppgaver (kategori 4) flest sykepleiere henviser til ved siden av økonomisk fokus. Flere henviser til økt administrativt arbeid som en følge av økt behandlingsaktivitet, nye pasientgrupper, større pleietyngde og ansvar for mange nye småoppgaver. Ingen av sykepleierne nevner nye kontrollsystemer for det profesjonelle arbeidet, bortsett fra noen obligatoriske kurs de må igjennom knyttet opp mot nytt medisinskteknisk utstyr, brannrutiner og enkelte prosedyrer. Dette er imidlertid ikke noe de refererer til som en del av endringene. Gjennom intervjuene med sykepleierne kan man få inntrykk av at organisatorisk og

systematisk kontroll av kvaliteten i det profesjonelle arbeidet sykepleierne utfører er nokså fraværende.

Jeg skjønner veldig godt at vi må ha mennesker som de kan sette inn, men de må alltid læres opp. Og det er det jeg syns er drawbacket her at de får for liten tid til å bli kjent. De går noen vakter, så er de ferdig med, og så skal de inn da i vanlig turnus eller vanlige vakter og det er for lite. Så det syns jeg har noe med kvalitet og kvalitetssikring å gjøre, at de menneskene som kommer de må få nok tid til å bli opplært til å kunne utføre kvalitet på det dem gjør... Det viktigste for de er at de har dekt ei vakt. Jeg føler nok det at det er det viktigste (Ms5).

De fleste sykepleierne har derimot en langt sterkere opplevelse av strengere regulering med hensyn til ressursanvendelse, hvor de opplever at de har mindre tid enn før til å utføre de oppgavene de har ansvaret for.

### **5.3.2 Oppsummering**

Analysen viser at den enkelte aktørs oppfatning av hva endringene handler om er mye knyttet opp mot omstillinger og problemstillinger i deres nære kontekst. Samtidig er det en felles fortolkning at de konkrete omstillingene overordnet handler om økonomiske forhold.

Man kan se klare paralleller mellom de strukturelle endringene i det lokale helseforetaket og organisatorisk profesjonalisme, men det er noen av endringene som er mer vektlagt enn andre. Som *opplevde* nye organisatoriske betingelser har regulering og kontroll av behandlingsaktivitet og ressursanvendelse (produktivitet) blitt tillagt langt større vekt av samtlige respondenter enn det regulering og kontroll av kvalitet har blitt. Analysen gir informasjon om at tilnærmet alle uoppfordret forteller om økte krav om å være produktiv, men at langt færre formidler opplevde krav relatert til det statlige målet om kvalitet.

Analysen av det empiriske datamaterialet viser at forhold som kan knyttes opp mot målet om økt produktivitet har blitt etablert i ledernes og i de profesjonelles meningsdannelse, i den forstand at de har oppfattet at dette fokuset er viktig i det lokale helseforetaket. Mange av de strukturelle endringene som er gjennomført ved begge enhetene og avdelingene kan tolkes som oversettelser og konkretiseringer av blant annet denne målsetningen. Opplevelsen av økt regulering av det profesjonelle arbeidet, i den forstand at det er krav om aktivitetsøkning samtidig som tilgjengelige ressurser er mer begrenset enn tidligere, ser ut til å være et element i en form for felles meningsdannelse knyttet opp mot endringene i helseforetaket. Målet om økt kvalitet ser på den annen side ikke ut til å ha blitt like etablert i aktørens fortolkninger av hva endringene handler om og hvilke styringssignaler de mottar. Det er flere som nevner forhold relatert til økt kontroll av det profesjonelle arbeidet, men det er særlig knyttet opp mot DRG koding. Kvalitetskontroll av det profesjonelle arbeidet i form av markedskontroll og

hierarkisk kontroll er det kun et fåtall av de utøvende profesjonelle som er opptatt av, samtidig som flere ledere vektlegger den hierarkiske kontrollen som viktig. Det ser med andre ord ut som om det er tydelige forskjeller mellom de to statlige målene i forhold til hva som er kommunisert og mottatt gjennom strukturelle endringer og vektlegging i styringssignaler.

## 5.4 Konklusjon

Strategidokumenter og formelle strukturendringer viser at både målet om økt produktivitet og målet om økt kvalitet er oversatt og materialisert organisatorisk. Figur 5-1 oppsummerer sentrale strukturelle endringer som kan relateres til de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet.

Strukturelle endringer	
Relatert til produktivitet	Relatert til kvalitet
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sammenslåing av enheter</li> <li>○ Etablering av pasienthotellet</li> <li>○ Økt dagbehandling og poliklinikk</li> <li>○ Økt behandlingsaktivitet</li> <li>○ Reduksjon i ressurser</li> <li>○ Kortere liggetid</li> <li>○ DRG koding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kvalitetsutvalg</li> <li>○ TQM og internkontroll</li> <li>○ Samordning av prosedyrer</li> <li>○ Databidrag til kvalitetsundersøkelser</li> <li>○ Brukermedvirkning i system</li> </ul>

**5-1: Sentrale strukturelle endringer ved det lokale helseforetaket<sup>49</sup>**

Figuren gir et bilde av den organisatoriske oversettelsen av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, samtidig som denne informasjonen er forholdsvis begrenset. Ved å inkludere lederne og de profesjonelles oppfatninger av hva som har vært sentrale endringer, vises et bilde av at strukturelle endringer i tilknytning til økonomiske forhold og det statlige målet om økt produktivitet, har fått langt større fokus i meningsdannelsen både hos lederne og de profesjonelle, enn det endringer i tilknytning til det statlige målet om økt kvalitet har fått. Målet om økt kvalitet gjenspeiles i noen strukturelle endringer, som for eksempel etableringen av kvalitetsutvalg, anvendelse av TQM, databidrag til nasjonale kvalitetsindikatorer og brukermedvirkning satt i system, men disse endringene er det svært få av de profesjonelle i klinisk virksomhet som nevner. Flere ledere nevner disse endringene, men de synes jevnt over ikke å bli vektlagt som viktige sammenlignet med endringer som oppfattes å ha en tilknytning til økte produktivitetskrav.

<sup>49</sup> Som jeg har nevnt tidligere er mange av de strukturelle endringene også relatert til andre forhold enn bare de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet.

<b>Oppfattede endringer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Økonomisk fokus</li> <li>➤ Økt behandlingsaktivitet</li> <li>➤ Endringer i lederrollen (ledere)</li> <li>➤ Større avstand til overordnet ledelse (leger)</li> <li>➤ DRG koding (leger)</li> <li>➤ Nye oppgaver (sykepleiere)</li> <li>➤ Hjelpepleiere måtte slutte (sykepleiere kirurgisk avdeling)</li> <li>➤ Sammenslåing av avdeling (sykepleiere medisinsk avdeling)</li> </ul>

#### **5-2: Sentrale oppfattede endringer**

Det er en utbredt oppfatning blant alle gruppene at det har generelt blitt mer fokus på økonomiske forhold og at det har blitt økt behandlingsaktivitet. Også DRG koding og sammenslåing av avdelinger oppfattes som sentrale av henholdsvis legene og sykepleierne på medisinsk avdeling. Videre er det at hjelpepleiere måtte slutte ved kirurgen en konkretisering av reduksjon i ressurser. Alle disse forholdene kan relateres til det statlige målet om økt produktivitet. Endringer i lederrollen og større avstand til overordnet ledelse, som oppfattes som sentrale endringer av henholdsvis lederne og legene, ser ut til å bli forbundet med en hierarkisk beslutningsstruktur hvor det økonomiske kunnskapssystemet ser ut til å ha fått økt betydning som grunnlag for styring og ledelse. Et eksempel på det er definering av behandlingsprosedyrer, diagnoser og pasienter innenfor DRG systemet, hvor dette systemet synes gradvis å ha fått en større rolle som styrings- og kontrollverktøy i relasjon til finansiering, behandlingsaktivitet og liggetid. En av målsetningene med helsereformen har vært å ansvarliggjøre og øke den enhetlige lederens autoritet ovenfor de profesjonelle og underordede ledere, slik at forhold som ressursanvendelse, drift og produktivitet, i større grad enn tidligere skulle reguleres.

Vesentlige elementer i foretakslogikken synes å gjenspeiles i de strukturelle endringene ved det lokale helseforetaket, og i respondentenes oppfatninger av hva som er sentrale endringer. Både kostnadseffektivitet, økonomiske incentivstrukturer<sup>50</sup>, profesjonsnøytral ledelse og kvantifisering av pasienter, diagnoser og liggedøgn, er komponenter i de strukturelle endringene og samtidig sentrale elementer i foretakslogikken. Dette kan tyde på at foretakslogikken er i ferd med å bli institusjonalisert inn i de organisatoriske strukturene og styringssystemene. Samtidig ser det ikke ut til at de profesjonelle tar disse endringene for gitt, men mer at de oppfatter en del av endringene som fremmedelementer. Foretakslogikken målbærer også forhold som brukerorientering, kvasimarkeder, rettigheter og offentliggjøring

<sup>50</sup> Gjennom innsatsstyrt finansiering

av kvalitetsmålinger. Alle disse faktorene gjenkjennes i den formelle organisatoriske oversettelsen av det statlige målet om økt kvalitet, samtidig som respondentene jevnt over ikke tillegger disse forholdene betydelig vekt – de profesjonelle i mindre grad enn lederne som ikke er i klinisk praksis – sammenlignet med oversettelser av det statlige målet om økt produktivitet. I kapittel 4 antyder jeg at den norske kvalitetspolitikken for tiden er forholdsvis desentralisert og gir rom for lokale fortolkninger og variasjoner, mens det statlige målet om økt produktivitet synes å være mer konkret og ha en mer regulativ funksjon ovenfor de lokale helseforetakene. Organisatorisk press relatert til forhold som økt kostnadseffektivitet, høy behandlingsaktivitet og kort liggetid synes å være noe tilnærmet samtlige respondenter forholder seg til. Til sammenligning kan det synes som om oversettelsen av det statlige målet om økt kvalitet i større grad har stoppet opp i hierarkiet, ut i fra at så få av de profesjonelle forholder seg til endringer relatert til denne nye politikken. På den annen side kan dette også peke i retning av at de profesjonelle tar kvalitetspolitikken for gitt, i den forstand at kvalitet er noe de alltid har lagt vekt på og som derfor ikke oppfattes som sentralt i forbindelse med endringer. Som jeg vil komme tilbake til i kapittel 6, synes det som om den første tolkningen er mest relevant. De profesjonelles oppfattelse av hva kvalitet ser ut til å divergere fra den kvalitetsforståelsen sentralt i den statlige politikken, og mange av de profesjonelle hevder at endringene er truende for kvaliteten.

Overordnet synes det som om det lokale helseforetaket preges av blandingsformer der både elementer fra foretakslogikken og den medisinske logikk gjenspeiles i de formelle dokumentene og i de organisatoriske strukturene. Allerede etablerte logikker representerer stabilitet, samtidig som de strukturelle endringene som skjer i det lokale helseforetaket ser ut til å bære preg av foretakslogikken, og står på mange måter i motsetning til de profesjonelle logikkene. Dette kan presumptivt tilsi at den profesjonelle praksis frikobles fra de formelle strukturene (Kragh Jespersen, 1999). Det er ikke gitt at det er samsvar mellom formelle dokumenter og strukturer og den praktiske hverdagen til aktørene i organisasjonen (Nils Brunsson, 2003; Meyer & Rowan, 1977). Samtidig ser det ut til at særlig det statlige målet om økt produktivitet representerer et nokså sterkt institusjonelt press på det lokale helseforetaket, og en kan forestille seg et forløp hvor regulerende aspekter ved strukturelle endringer kan ha en tvingende funksjon ovenfor både ledere og profesjonelle (Scott, 2001), og bidra til at det skjer en institusjonell endring også i praksis, legitimitetskriterier og fortolkningsrammer blant de profesjonelle.

Det ser ut til at særlig skjerpede og nye organisatoriske regulerings- og kontrollsystemer, samt den hierarkiske lederstrukturen, stimulerer til mer organisatorisk profesjonalisme på bekostning av faglig profesjonalisme. Som fenomen er antagelig ikke dette i de profesjonelles interesse, da dette generelt kan bidra til mindre profesjonell autonomi, kontroll og tillit (Abbott, 1988; Evetts, 2009; Larson, 1977; Noordegraaf, 2007). På den andre siden er det ikke nødvendigvis slik at de profesjonelle får mindre makt. Hvis man som profesjon får kontroll med innholdet av kontrollinstrumentene behøver det ikke å gi mindre profesjonell makt, men det kan gi en annen form for makt (Noordegraaf, 2007). Endringer i de profesjonelle organisasjonene kan skape muligheter for profesjonene til å utvide jurisdiksjoner (Abbott, 1988), slik at man ikke kan kategorisk hevde at endringene står i motsetning til de profesjonelles egne interesser. Sykepleierne har utvidet sin ledelsesjurisdiksjon gjennom endrede ledelsesstrukturer, og slik sett sammenfaller noen av disse endringene med sykepleiernes profesjonelle prosjekt. En kan tenke seg at de profesjonelle, som innflytelsesrike institusjonelle agenter (Scott, 2001), definerer, fortolker og anvender nye organisatoriske betingelser som et ledd i å utvide eller bevare sine profesjonelle prosjekter, og kjemper for opprettholdelse eller endringer av institusjonaliserte praksiser. I de tilfellene der legene og sykepleierne eventuelt kjemper mot hverandre i forhold til egne profesjonsinteresser og kamp om jurisdiksjon, vil sannsynligvis etablerte maktstrukturer, hvor legene tradisjonelt har hatt langt mer organisatorisk og faglig makt sammenlignet med sykepleierne (Berg, 1987; Melby, 1990; Mo, 2006), spille en vesentlig rolle.

Det er mange faktorer som kan influere "koblingen" mellom de organisatoriske oversettelsene av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet og det profesjonelle arbeidet. Både grad av logikkinkompatibilitet, styrken i det institusjonelle presset og profesjonenes egne interesser spiller antageligvis en rolle i forhold til hvordan det profesjonelle arbeidet influeres av nye organisatoriske betingelser. Disse forholdene og andre forhold kan drive den organisatoriske innflytelsen på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne i ulike retninger, og det er ikke usannsynlig at praksis på utøvende nivå kan preges av hybride logikker (Pedersen & Dobbin, 2006) i ulike former og i forhold til ulike områder.

## **6 Endringer i det profesjonelle arbeidet**

### **6.1 Innledning**

I kapittel 4 pekte jeg på noen av de områdene det synes å være logikkinkompatibilitet mellom de statlige målene og de profesjonelle logikkene, hvor særlig regulering og kontroll av det profesjonelle arbeidet og det sentrale kunnskapsgrunnlaget implisitt i logikkene delvis kan avvike fra hverandre. Kapittel 5 beskriver hvordan man i det lokale helseforetaket har oversatt de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet i strategier og strukturer, der man organisatorisk tilstreber sterkere regulering av og til dels sterkere kontroll med det profesjonelle arbeidet. Selve endringene synes å stimulere til mer organisatorisk profesjonalisme enn til faglig profesjonalisme, samtidig som det lokale helseforetaket er preget av ulike logikker, hvor både foretakslogikken og den medisinske logikken danner grunnlaget for helseforetakets styring og strukturer i et komplekst samspill.

Det er særlig endrede reguleringsformer i forhold til ressursanvendelse, økt behandlingsaktivitet, større avstand til overordnet ledelse, samt endringer i lederrollen og til dels nye kontrollformer i forhold til kvalitet på det profesjonelle arbeidet, som preger de nye organisatoriske betingelsene for det profesjonelle arbeidet. Endringene ved det lokale helseforetaket kan utfordre allerede institusjonaliserte kontroll- og reguleringsformer, i den forstand at det er blitt satt spørsmålsteget ved det tradisjonelle profesjonsheredømmet innenfor sykehusfeltet som tidligere ble tatt-for-gitt og som var til dels legitimt blant mange aktører i feltet.

Dette kapittelet fokuserer på meningsdannelse rundt det profesjonelle arbeidet relatert til nye organisatoriske betingelser, og hvilken grad disse influerer det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne. Jeg starter med å presentere en analyse av hva de profesjonelle regner som sine hovedarbeidsoppgaver ved intervjuetidspunktet. Dernest går jeg inn på endringer i det profesjonelle arbeidet som behandles retrospektivt.

### **6.2 Hva består det profesjonelle arbeidet i?**

#### **6.2.1 Innledning**

I et av de innledende spørsmålene spurte jeg samtlige informanter om de kort kunne fortelle hvilke hovedarbeidsoppgaver de hadde. Disse svarene danner grunnlag for systematisering av noen hovedkategorier legenes og sykepleiernes profesjonelle arbeid kan deles opp i. Analysen



kan gi innsikt i de profesjonelles fortolkningsrammer og legitimitetskriterier, samt hva de profesjonelle selv mener det profesjonelle arbeidet består i ved intervjudtidspunktet. Dette bidrar til en konkretisering av den tjenesteytingen legene og sykepleierne utøver, fremfor abstrakte beskrivelser av generelt profesjonelt arbeid. Videre danner denne analysen et utgangspunkt for å kunne si noe om hvilke områder av det profesjonelle arbeidet som kan synes å ha vært gjenstand for endringer.

Gjennom en induktiv prosess har intervjudataene fra leger og sykepleiere i klinisk rettet arbeid dannet grunnlag for til sammen 6 analytiske kategorier som disse svarene har blitt plassert innenfor. Det profesjonelle arbeidet til sykepleierne og legene som har vært gjenstand for undersøkelsene kan kategoriseres innenfor *behandling*, *sykepleieteknisk arbeid*, *administrasjon*, *mellommenneskelig arbeid*, *fagutvikling* og *visitt*. Nærmere beskrivelse av hva de ulike kategoriene inneholder er beskrevet i kodeskjemaene for henholdsvis legene og sykepleierne i figur 6-1 og 6-2. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, da samme oppgaver kan hensepeile på ulike sider ved det profesjonelle arbeidet. Et eksempel på dette er sykepleieren som observerer pasienten med tanke på rent medisinske komplikasjoner (kategorien *sykepleieteknisk arbeid*) samtidig som hun steller vedkommende (kategorien *mellommenneskelig*). Dette impliserer at det er analytiske kategorier, hvor oppgavene i praksis kan overlappe hverandre og ha flere funksjoner og betydninger. Hensikten med analysen er å etablere et systematisk oppsett over hvilke hovedkomponenter det profesjonelle arbeidet består av, og i den grad grensetilfellene kan ha betydning blir disse trukket frem og drøftet. En svakhet med denne metoden for å identifisere hva det profesjonelle arbeidet konkret består i er at de intervjuede ikke nødvendigvis har svart på alt de gjør, men på det de mener er viktig eller liker å utføre, samt at de kanskje ikke har svart på forhold som de tar-for-gitt og som de ikke er seg bevisst. Resultatene fra dette spørsmålet blir imidlertid drøftet i lys av det som formidles i resten av intervjuene, slik at denne svakheten til dels blir kompensert for.

## **6.2.2 Legenes arbeidsoppgaver**

Tabell 6.1 viser hvordan legene har svart på spørsmålet om hva som er deres hovedarbeidsoppgaver. Legene beskriver sine hovedarbeidsoppgaver innenfor følgende fire kategorier: *behandling*, *administrasjon*, *fagutvikling* og *visitt*.

**Tabell 6-1: Hovedarbeidsoppgaver, leger**

		<b>Totalt 9 personer</b>		<b>Kirurgisk avdeling 4 personer</b>	<b>Medisinsk avdeling 5 personer</b>
1. Klinikk	Behandling	9	9	4	5
2. Vakt		4		2	2
3. Møter <sup>51</sup>	Administrasjon	3	6	1	2
4. Papir		3		-	3
5. Faglig leder	Fag	1	3	1	-
6. Veileder		1		-	1
7. Faglige møter		1		-	1
8. Visitt	Visitt	4	4	3	1

<b>Behandling</b>	1. Operasjoner/Poliklinikk/ Dagkirurgi/Vanlig klinisk arbeid /Diagnostikk/ Behandling av pasienter/Elektiv og akutt kirurgi/Medisinerer/ Prosedyrer 2. Vaktarbeid/Mottak av pasienter
<b>Administrasjon</b>	3. Møter/Administrere avdelingen/ Administrativ jobbing 4. Epikriser/ Papirarbeid
<b>Fag</b>	5. Lede faglig drift og utvikling/ Faglig leder for legene og det merkantile personalet 6. Forskningsveileder 7. Morgenmøter/ Røntgen møter/Previsitt
<b>Visitt</b>	8. Visitt

**6-1: Kodeskjema, hovedarbeidsoppgaver, leger**

Behandling, som samtlige leger henviser til, er det klart mest sentrale i det profesjonelle arbeidet til legene. Denne kategorien favner blant annet operasjoner, diagnostikk, medisinerer, polikliniske konsultasjoner, medisinske prosedyrer og mottak av pasienter.

Det er jo å behandle pasienter både skader og elektiv kirurgi. Altså, både kroniske plager og akutte, oppståtte skader. (Kd2)

Det er jo selvfølgelig – vaktarbeid er jo en hovedoppgave, visittgang, operasjoner, poliklinikk. (Kd3)

Som svar på spørsmålet om hovedarbeidsoppgaver svarer 6/9 leger forhold som har tilknytning til administrativt arbeid, som handler om koding og forfatning av epikriser, administrasjon av avdelingen, administrative møter og generelt papirarbeid.

Det er mange ting, både når det gjelder prosedyrer, pasientkontakt, papirarbeid. Jeg bruker mye tid på papirarbeid, for det er det jo mer og mer av. Det er klart at sånne typer ting blir det forholdsvis stor del av tiden på. Men jeg vet ikke hvor spesifisert du vil ha det... Klinisk arbeid. Hverdagene er litt forskjellige ettersom hva du driver med. På poliklinikken så sitter du med pasienter stort sett hele tiden, og skriver litt innimellom. På en postdag har du morgenmøter og røntgen møter og previsitt, også er du 1 ½ time på visitt med pasientkontakt. Også har du etterarbeidet etterpå. Epikriser og papirarbeid og kanskje litt prosedyrer, men det er klart at på en sånn dag så blir det mer andre ting enn direkte pasientkontakt. Også har du vaktarbeidet hvor du er litt til og fra, mer sånne akutte ting. (Md4)

Til tross for at ikke alle legene nevner administrativ jobbing som en hovedarbeidsoppgave på det konkrete spørsmålet, forteller alle legene i løpet av intervjuene om administrativ jobbing,

<sup>51</sup> Bare ledere nevner dette

som en del av deres arbeid. Tre av legene har lederansvar, og en del av det administrative arbeidet er knyttet opp mot det:

Det er jo å lede den faglige driften av avdelingen. Jeg er faglig leder for legene, og det merkantile personalet på poliklinikken. Jeg har ingen ting med sykepleierne å gjøre som leder. Jeg er medisinsk faglig leder. Men jeg er ikke.. det er sånn matrise modell. Veldig grei for oss. Så jobben min er å lede den faglige driften, lede den faglige utviklingen og jeg operer en god del. Driver vanlig virksomhet også. Jobber som vanlig lege. Opererer mye. Poliklinikk og operasjoner og sånn. Går visitt, også har jeg ansvar for den faglige driften hver dag og faglig utvikling. Også er det allikevel en masse møter i [NN] sykehus som jeg også må være med på. Reise til [NN] og.. litt sånn ulystbetont. (Kd1)

Sistnevnte sitat (og intervjuet for øvrig) er en god illustrasjon på fenomenet ”hybridledelse” (Kragh Jespersen, 2005), hvor legelederen jobber som vanlig lege, samtidig som vedkommende er *faglig* og administrativ leder. Alle tre legelederne er preget av denne tosidigheten, samtidig som intervjuene indikerer at de alle tre først og fremst ser på seg selv som leger.

Visitten er oftere eksplisitt nevnt på kirurgen enn på medisin. Dette kan ha sammenheng med arbeidets art, hvor visitt og operasjoner er tydelig forskjellige aktiviteter på kirurgen, mens det på medisin ikke er like klare grenser mellom selve behandlingen og visitten. På kirurgen foregår behandlingen på et annet rom, oppgaven er vanligvis klart definert, mens behandlingen på medisin kan foregå på pasientens rom og være mer langvarig i tid.

Bare en tredjedel sier eksplisitt at arbeid knyttet til fagutvikling er en del av hovedarbeidsoppgavene deres, samtidig som de fleste legene i løpet av intervjuene henviser til fagutvikling og faglig oppdatering som svært sentrale mål og ønsker. Streben etter faglig utvikling og fagkunnskap ligger der nærmest som et premiss, som et av de definatoriske elementene i det å være lege. Dette synes som et tydelig eksempel på hvordan den faglige ærgjerrigheten er tatt-for-gitt og en del av legenes institusjonelle profesjonslogikk.

Den mellommenneskelige komponenten, som hos sykepleierne er etablert som en distinkt kategori, er hos legene integrert inn i de andre kategoriene. Dette fordi ingen av legene snakker eksplisitt om den mellommenneskelige delen som en hovedarbeidsoppgave (utover at en lege nevner ”pasientkontakt” sammen med en rekke andre oppgaver). Basert på øvrige deler av intervjuene tolkes den manglende vektlegging av denne dimensjonen ikke som at det ikke er betydningsfullt, bare at det oppfattes som en integrert del av arbeidet og da særlig i forbindelse med visitten eller poliklinikken. Mange av legene understreker viktigheten av det

mellommenneskelige arbeidet underveis i intervjuene, men å etablere dette som en egen kategori i legenes hovedarbeidsoppgaver gir ikke dataene grunnlag for å gjøre. En av legene som underveis i intervjuet var mest eksplisitt av legene i forhold til det mellommenneskelige dimensjonen, dog i forbindelse med visitten, sier det slik:

Vi er veldig opptatt av informasjon. Spør alltid pasientene; ”er det noe du lurer på?”. Hvis du da etter en visitt eller besøk spør pasienten om det er noe han lurer på og de sier nei, da har de fått den tiden de trenger, om det er et halvt minutt eller en time. Det er viktig å tenke på. Jeg setter meg alltid på sengekanten, så slipper jeg å stå over og se ned på dem. Også holder jeg de i hånda hvis de ønsker det. Da tror jeg de er trygge. Vi er indremedisinere. Også kan jeg se folk inn i øynene, også kan jeg sitte å prate med de. Hvis jeg da ikke får en telefon eller calling, så opplever pasienten at det er bare de som eksisterer. Det er rein taktikk. Hvis jeg da at på til får tilbakemelding om at det ikke er noe de lurer på, da opplever jeg at de er fornøyd. Og det får jeg faktisk en god del tilbakemeldinger på altså. ”Vi får så god tid.” Det kan være to minutter det, men det er det de har behov for den dagen. Noen ganger blir vi jo aldri ferdige, med lærere og sånn. Vi kan sitte hele dagen å forklare, tegne og fortelle. (Md3)

Overordnet ser det ut til at den medisinske logikken preger svarene til legene, hvor behandlingsmetoder basert medisinskfaglig vitenskap er kjernen i deres profesjonelle arbeid.

### 6.2.3 Sykepleiernes arbeidsoppgaver

Sykepleiernes hovedoppgaver kategoriseres innenfor *sykepleieteknisk arbeid, administrasjon, mellommenneskelig arbeid og visitt*, og svarfordelingen vises i tabell 6-2.

**Tabell 6-2: Hovedarbeidsoppgaver, sykepleiere**

		<b>Kirurgisk avdeling 8 personer</b>	<b>Medisinsk avdeling 5 personer</b>	<b>Totalt 13 personer</b>	
Medisiner	Sykepleieteknisk arbeid	7	5	12	13
Observasjon		3	2	5	
Rehabilitering		2		2	
Mottak			1	1	
Prosedyrer		1	3	4	
Dokumentasjon	Administrasjon	1	1	2	10
Primærhelse- tjenesten		2	2	4	
Gruppeleder		2		2	
Innskrivning		3	1	4	
Papirarbeid		1	1	2	
Samarbeid		1	3	4	
Stell	Mellommenneskelig arbeid	8	4	12	12
Pårørende		1	2	3	
Visitt	Visitt	5	2	7	7

<b>Sykepleieteknikk arbeid</b>	1. Medisiner/ Smertelindring 2. Observasjon/Undersøkelser/Preoperativt sykepleie/ Postoperativt sykepleie 3. Rehabilitering/ Opp trening 4. Mottak 5. Oppfølging av forordninger/ Prosedyrer/ Sykepleietekniske ting
<b>Administrasjon</b>	6. Rapport/ Dokumentasjon 7. Primærhelsetjenesten/ Søknader/Telefoner 8. Gruppeleder 9. Innskriving/Utskriving/ Hjemreise 10. Papirarbeid 11. Koordinering/Tverrfaglig samarbeid/Samarbeid/Veiledning
<b>Mellommenneskelig</b>	12. Stell/ Pasientomsorg/ Påkledning/Pleie/ Mat/ Informasjon 13. Pårørende
<b>Visitt</b>	14. Oppfølging av visitt/ Visitt

### 6-2: Kodeskjema, hovedarbeidsoppgaver, sykepleiere

Jeg synes at den viktigste oppgaven for sykepleier er observasjon. Det har jeg vært veldig nøye med studenten min også, at observasjon det synes jeg er veldig viktig. Det krever litt kunnskap for å observere de tingene som er viktig for den pasienten som ligger der.... Også er det vanlig pleie, stell....foruten medisiner, og gjøre de arbeidsoppgavene som legene sier vi skal gjøre – sykepleieoppgaver. Det er jo vanskelig å spesifisere. Det er jo alt som har med pasienten å gjøre som er sykepleiefaglige ting, som søknad – altså, det som tar mye tid er jo pasientenes hjemmeforhold, hvor bor de, hvor skal de etterpå, hjemmesykepleie, sykehjem, kontakt med primærhelsetjenesten – det går jo mye tid til det. Og kontakt med pårørende. Så du kan si at de sosiale tingene der tar veldig mye av tiden. Det er ikke bare medisiner og medisinske ting vi gjør, det er jo den primærhelsekontakten også. (Ms5)

Sykepleierne er forholdsvis samstemte i forhold til hva som er deres hovedarbeidsoppgaver. Samtlige nevner sykepleieteknikk arbeid, som hovedsakelig handler om sykepleietekniske prosedyrer, post- og preoperative oppgaver, observasjon og medisinutdeling, hvor sistnevnte faktor nevnes av flest.

Hovedsakelig så er det jo – siden jeg jobber hovedsakelig på kvelden – så er det jo å administrere medisiner, snakke med legen, ta i mot nye pasienter, gjøre sykepleietekniske ting, henge opp intravenøst, sette sprøyter, ordne veneflon, ta blodgasser og.. Det er ikke så veldig mye tekniske ting på vår avdeling da. Hadde jeg jobbet på en annen en så hadde det vært mer sentrale venekatetere og.. Vi legger inn kateter, det er jo noe da, men det er ikke sånn veldig masse. Men det er veldig greit, og stabilt og.. ja, det er det. (Ms6)

Medisiner, legevisitt, søke pasienter rundt i kommunene – rehabilitering, se til pasientene at de har det bra, smertestillende. Det er jo mye forskjellig, det kommer jo an på fra pasient til pasient. Men det er vel de hovedtingene som går igjen hver dag. (Ks7)

Alle bortsett fra en nevner mellommenneskelig arbeid som handler mye om stell, informasjon, samtaler og pasientomsorg.

Det er jo tilrettelegging og hjelpe med det som de ikke klarer selv. Tilrettelegging, da går jo det på stell, mat, påkledning – de elementære tingene vi gjør. Også går det også selvfølgelig på informasjon, observering, tiltak i forhold til det. Også er det en god del koordineringsoppgaver. Planlegging med hjemreise og kobling av andre faggrupper. Også har du selvfølgelig det med å administrere ting som er forordnet. (Ks2)

10 av 13 sykepleiere nevner administrative oppgaver som omfatter rapportskriving og dokumentasjon, arbeid relatert til inn- og utskrivning, skriftlig og muntlig kontakt med primærhelsetjenesten, tverrfaglig samarbeid og koordinering, samt gruppelederfunksjon.

Ja jeg er jo mye gruppesykepleier, og deler ut medisiner, henger opp intravenøst, pre- og post operativ sykepleie. Mye stell.. av pasientene. Og litt trening. Det blir vel mest i helgene. Å ta opp og ha gå trening med pasientene. Ellers er det jo mye inn- og utskrivning av pasientene. Og jeg synes det er mye skrivearbeid som har blitt sykepleiernes oppgaver. Det å for eksempel være ved utskrivelse, skrive sykepleiesammenfatning, kontakte pårørende, kontakte hjemmesykepleie... (Ks6)

Ca halvparten nevner visitt. Visitten er en del av dagsrutinen ved sykehusavdelingene, men det varierer hvor involvert den enkelte sykepleier er i selve gjennomføringen av visitten. Dessuten er det ikke usannsynlig at flere sykepleiere plasserer visitten som administrativt arbeid, da mange av sykepleierens oppgaver i tilknytning til visitten er administrative.

... Det med legevisitt og oppfølging og sånne ting tar jo en stor del av tiden. Og utskrivning. Det vil jeg jo si at – det kommer litt an på hvor mange pasienter du har, hva det er med dem, hvor store pleiebehov de har. Men visittgang og forberedelse til det, etterarbeid og utskrivelse er vel det som i det store og det hele tar mest tid. Det med utskrivelse og sånn tar veldig mye tid i forhold til informasjon, og videre kontroll og... (Ms2)

Visitten er imidlertid satt opp som egen kategori fordi flere sykepleiere og leger eksplisitt nevnte visitten som en av hovedarbeidsoppgavene, og til dels for å synliggjøre at visitten synes å representere ulike innfallsvinkler for legene og sykepleierne i den forstand at visitten er relatert til administrativt arbeid for sykepleierne, mens for legene er visitten mer knyttet opp mot mellommenneskelig arbeid. De juridiksjonelle forholdene mellom leger og sykepleiere er tydelige i rammene for og gjennomføringen av visitten, der legene har en instruerende rolle ovenfor sykepleierne og sykepleierne har en informerende rolle ovenfor legene.

#### **6.2.4 Oppsummering**

Analysen viser at sykepleieteknisk arbeid, administrasjon, mellommenneskelig arbeid er de mest nevnte arbeidsområdene innenfor sykepleiernes profesjonelle arbeid, mens behandling og administrasjon er mest sentralt for legene. Når det gjelder kategoriene *behandling* og *sykepleieteknisk arbeid* er det normalt sett legene som utfører selve behandlingen, mens sykepleierne utfører prosedyrer som understøtter behandlingen. Det profesjonelle arbeidet til disse to profesjonsgruppene er forskjellig, de har ulike roller og oppgaver ovenfor pasientene, samtidig som det er likheter mellom de to gruppens profesjonelle arbeid både med tanke på at de jobber med mange av de samme pasientene, og i forhold til sentrale overordnede komponenter det profesjonelle arbeidet preges av.

Analysen viser også at en del konkrete arbeidsoppgaver eller arbeidsområder kan ha flere funksjoner, som de tidligere nevnte eksemplene om visitten og stell/observasjon vitner om. Til tross for enkelte grensetilfeller gir analysen et overblikk over sentrale komponenter i det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne. Funnene i denne analysen vil bli drøftet videre i sammenheng med endringer i det profesjonelle arbeidet. Det presiseres at denne analysen representerer det de profesjonelle betegner som hovedarbeidsoppgaver på intervjutidspunktet, og derved *etter* de omtalte endringene. Kategoriseringen av hovedarbeidsoppgaver, som defineres som en konkretisering av det profesjonelle arbeidet, er et utgangspunkt for analysen av hvilke områder i det profesjonelle arbeidet de profesjonelle selv opplever er i endring relatert til de statlige målene om økt kvalitet og økt produktivitet og nye organisatoriske betingelser.

### **6.3 Endringer i det profesjonelle arbeidet**

#### **6.3.1 Innledning**

Sterkere regulering av det profesjonelle arbeidet gjennom strukturer som skal anspore til økt produksjonsaktivitet og redusert relativ ressursanvendelse, samt økt kontroll av det profesjonelle arbeidet gjennom innsatsstyrt finansiering og kvalitetsevalueringssystemer, representerer hovedtrekkene i de nye organisatoriske betingelsene for det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne. Analysen av de nye organisatoriske betingelsenes innflytelse på det profesjonelle arbeidet er knyttet opp mot hvordan de profesjonelle selv oppfatter eventuelle endringer. Det presiseres at denne analysen er basert på retrospektiv svar. En av utfordringene med retrospektive svar er at respondentene kan ha glemt vesentlige forhold, og at de gjerne fortolker fortiden i lys av nåtiden (Repstad, 1999). Samtidig er jeg ute etter meningsdannelsen rundt endringene i forhold til det profesjonelle arbeidet, hvor refleksjoner rundt fortid i lys av nåtid nettopp er viktig informasjon.

Endringene synes å ha skapt enkelte nye arbeidsvilkår for de profesjonelle, noe som kan påvirke det profesjonelle arbeidet både direkte og indirekte. Tabellen nedenfor viser en oversikt over de overordnede tendensene i forhold til hvordan de profesjonelle opplever at endringene i det lokale helseforetaket influerer det profesjonelle arbeidet. Kategoriene er ikke

dannet ut i fra direkte spørsmål til respondentene, men ut i fra det de formidler gjennom store deler av intervjuene hvor tematikken har vært det profesjonelle arbeidet.<sup>52</sup>

**Tabell 6-3: Innflytelse på det profesjonelle arbeidet, hovedtendenser, avdeling, profesjon**

	Sykepleiere			Leger <sup>53</sup>			Alle
	Totalt 13 personer	Kir. avd 8 personer	Med. avd 5 personer	Totalt 9 personer	Kir. avd 4 personer	Med. avd 5 personer	Totalt 22 personer
Mer tid til pasienten	-	-	-	-	-	-	-
Mindre tid til pasienten	8	4	4	6	2	4	14
Mer fagutvikling	1	1	-	-	-	-	1
Mindre fagutvikling	5	1	4	8	3	5	13
Mer administrasjon	7	2	5	8	3	5	15
Mindre administrasjon	-	-	-	-	-	-	-

Analysen viser at over halvparten av både leger (6/9) og sykepleiere (8/13) opplever at de har mindre tid til mellommenneskelig kontakt med den enkelte pasient nå enn før, og det er ingen som formidler at de har fått mer tid til pasienten.

Ikke sant, når du går inn så er det sjelden du har tid til å sette deg ned å prate. Pasientene venner seg til det, for jeg og venner meg til tempoet, men jeg vil jo ikke si at det er til det beste. Så hva pasientene observerer, det er vel det at vi har mindre tid ved senga, uten at de klager noe på det. For de også er blitt vant til at sånn er det i helsevesenet, fort inn og ut, og du behandles og... men en kan jo sette spørsmålstejn med det. Er det sånn vi vil ha det? (Ms5)

8/9 leger sier at det er blitt mindre tid til fagutvikling og opplæring, og samme antall leger sier at det profesjonelle arbeidet består av mer administrasjon enn tidligere.

De økonomiske rammene er annerledes, de er strammere. Du må forholde deg til.. det er veldig fokus på økonomi. Et fokus som gjør at du bruker mer krefter og arbeid på fenomenet rundt det enn på å yte tid på pasienten som skal hjelpes, fagutvikling og sånt. Den største forskjellen er at det er mindre tid til fagutvikling nå. Det er den vesentligste forskjellen. Det er det jeg merker best at jeg nå har mindre tid til å lese artikler og følge med i faget, fordi at jeg må løse klinikk oppgaver, løpe rundt i møter og... (Md1)

<sup>52</sup> Det er ikke en ambisjon å gi et ”objektiv” bilde av endringene gjennom målinger for eksempel av tidsbruk før og etter konkrete endringer. Jeg er først og fremst ute etter respondentenes opplevelse av situasjonen. En av utfordringene med en slik tilnærming er risikoen for at respondentene svarer strategisk. Særlig i forhold til temaer som er verdiladede eller betydningsfulle for respondentene. De overordede tendensene som presenteres i tabell 6.5 er knyttet opp mot det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne og ressursituasjonen for arbeidet, og er trolig viktige anliggender for de profesjonelle, slik at det kan ikke utelukkes at noen av svarene kan være strategiske. Samtidig er ikke tabellen basert på analyse av to til tre spørsmål, men på hva den enkelte respondent formidler angående teamene igjennom hele intervjuet. Dette vil antagelig øke sannsynligheten for at analysen i større grad formidler respondentenes oppfatninger mer enn strategiske svar.

<sup>53</sup> Legelederne i klinisk praksis er inkludert i dette datamaterialet



Den samme tendensen er synlig hos sykepleierne, og hovedtendensen er altså at både leger og sykepleiere oppfatter at det er blitt mindre tid til kontakt med pasientene, mindre tid til fagutvikling og opplæring og mer administrasjon. Nedenfor vil jeg gå nærmere inn på henholdsvis legene og sykepleierne, og fokusere på det som er spesifikt for profesjonene ved hver av avdelingene.

### **6.3.2 Leger – Det er produksjonen som teller**

Som tabellen viste innledningsvis i dette avsnittet, er det en overordnet tendens at legene oppfatter at andelen administrativt arbeid har økt, mens tid til fagutvikling og visitten/mellommenneskelig arbeid har blitt redusert. Dataene er imidlertid ikke entydige, i den forstand at flere leger formidler i samme intervju at det er skjedd en del endringer samtidig som mye av selve arbeidet er som det alltid har vært. De endringene de formidler kan tolkes som forhold som utfordrer institusjonaliserte praksiser, og som dermed blir lagt merke til og fokusert på.

I det daglige ... så merker man... det er jo slik i livet at man i det daglige ikke merker så mye hver dag. Men det er blitt veldig mye fokusert på økonomi. Veldig mye økonomi. Veldig mye... og det har på en måte tatt litt av det verste av det offentlig og litt av det verste av det private.  
(Kd1)

Dette sitatet viser noe av ambivalensen legene opplever. Man gjør jo stort sett det samme som før, men det profesjonelle arbeidet fortolkes og plasseres inn i en økonomisk ramme på en annen måte enn tidligere. I neste avsnitt vil jeg gå nærmere inn på legenes fortolkninger av økt økonomisk fokus, økt behandlingsaktivitet og DRG koding knyttet opp mot deres egen profesjonsutøvelse.

#### **6.3.2.1 Økt økonomisk fokus og økt behandlingsaktivitet**

Som gjennomgangen i kapittel 5 viste har liggetiden generelt blitt kortere, flere pasienter blir behandlet poliklinisk eller ved dagbehandling, og det totale antallet pasienter har økt. Den økte behandlingsaktiviteten skjer i følge legene uten tilsvarende økning i ressurser, hvilket også er en eksplisitt målsetning i de nasjonale reformene og lokalt i helseforetaket. I følge en av lederne ved medisinsk avdeling er økt satsning på poliklinisk behandling en måte å behandle flere pasienter med begrensede midler:

Som jeg sier at vi arbeider under et kontinuerlig press om å skulle yte mer til en rimeligere penge. Da må vi hele tiden jobbe for å finne løsninger for å jobbe fortere, for å behandle pasienter på en enklere måte. Færre pasienter innlagt. De dyreste sykehusene har innlagte pasienter på en sengepost. Har masse ansatte som skal styre rundt med det. Hvis sykehuset skulle være hypereffektivt og billigere, så skulle alle jobbe med poliklinikker, og vi skulle ikke ha noen innlagte pasienter. Også skulle vi redusert bemanningen, færre sykepleiere, og flere som jobbet for poliklinikken. Det hadde vært det aller billigste. Nesten ingen innlagte. (Md1)

Både kirurgisk avdeling og medisinsk avdeling har omstrukturert slik at en større andel av det profesjonelle arbeidet til legene skjer gjennom dagbehandling eller gjennom polikliniske konsultasjoner. Det formidles få kritiske spørsmål ved denne omorganiseringen fra inneliggende pasienter til behandling og konsultasjoner uten innleggelse, og det kan tyde på at dette oppfattes av legene som en hensiktsmessig og legitim måte å organisere arbeidet og effektivisere ressursbruken på.

Det positive kan jo være at hvis man opererer mer – nå har vi fått en stue til her - så blir det kortere ventetid. Det er jo positivt. Dagkirurgien her er effektiv sånn at det blir kort ventetid. Men altså, om det har noe med ledelsen å gjøre, det – det er jo mange årsaker som spiller inn. Hvorfor det er kort ventetid her, det er nå mye for at vi har fått en ekstra operasjonsstue. Det fikk vi nå før jeg begynte her. Vi har to team på dagtid pluss dagkirurgien. Det at dagkirurgien er effektiv her det tror jeg har mye – altså det er jo kredit til sykehuset her at man har fått det til her å være effektivt. (Kd3)

Dagbehandlinger eller poliklinikk er ikke i seg selv en nyvinning som følge av sykehusreformen og økte krav om produktivitet, men det at denne formen for organisering av helsetjenestene har hatt en så markant økning de siste årene kan blant annet tilskrives at det er mer kostnadseffektivt å behandle pasienter uten at de må legges inn. Samtidig kan det også forklares ut ifra medisinskfaglig utvikling som gjør det mulig å unngå innleggelse. Økt dagbehandling og særlig mer poliklinisk aktivitet synes av legene å bli legitimert ut i fra den medisinske logikken; det er faglig sett mer gunstig for pasientene å møte en spesialist på et tidligere tidspunkt enn det som ofte er tilfelle ved innleggelser.

Jeg tror ikke det er dumt [*med mer poliklinikk*], for det er jo en mye mer ressursvennlig måte å behandle pasienter på. Det krever at de møter utkvalifisert personell, som kan gjøre gode vurderinger og ta gode beslutninger. Det er jo alltid sånn at en pasient som kommer på sykehuset, møter den minst kvalifiserte doktoren i akuttmottaket. Det er jo turnuslegene, de som har minst erfaring. Så går det et døgn før de treffer de som har mer erfaring, nemlig på visitten dagen etter. (Md1)

På begge avdelingene har legene selv vært med på å finne løsninger som kan bidra til å øke andelen dagbehandlinger og poliklinikk, og forklaringen på at disse endringene både gjenspeiles i praksis og oppfattes legitime synes å være en blanding av både institusjonelt press, logikkompatibilitet og at de reflekterer legenes egne profesjonsinteresser. Legene ved medisinsk avdeling har opprettet et nytt tilbud som gis gjennom dagbehandlinger. Dette tilbudet synes primært å være drevet frem av profesjonsinteresser, samtidig som tilbudet har en økonomisk gunstig effekt.

Det viktigste er at vi har innført behandlingstilbud som vi ikke har hatt tidligere. Som bedrer pasientenes livskvalitet og livslengde, det er jo det det går på. (Md3)

Selve ideen om at pasienter ikke trenger og legges inn, men kan behandles poliklinisk eller gjennom dagbehandlinger synes å være en etablert og legitim praksis som legene tilsynelatende tar-for-gitt. Det som ser ut til å være mer problematisk er den totale arbeidsbelastningen legene opplever at de har.

Vi må jobbe litt ekstra av og til, og vi må ta unna noen ekstra dager med poliklinikk som det egentlig ikke står i tjenestepånen at vi skal gjøre. Det går jo på bekostning av alle de andre oppgavene man skal gjøre. Det er jo derfor det ser sånn ut her... Det det resulterer i er at du faktisk må gjøre disse tingene på fritiden, på kveldstid eller sånne ting, fordi det nå ikke lenger er tid til å gjøre det på dagtid. (Kd 2)

De fleste legene ved begge avdelinger formidler at det har blitt generelt travlere. Mange av legene opplever press på å være produktive, noe som gjør at de har mindre tid til rådighet til hver oppgave og pasient enn tidligere. Dette er særlig uttalt på medisinsk avdeling:

Det eneste problemet er jo tempoet. At de økonomiske rammene gjør at tempoet går opp. Vi ønsker å behandle alle de som strømmer til for å få behandling, så ser vi det at tiden mellom åtte og fire strekker jo bare ikke til. Det er jo frustrerende. (Md1)

Ja, det er til en viss grad stor frustrasjon i og med at man ikke har mer tid enn man må ha. Det er klart det går utover... vi har mye mindre tid til den enkelte pasient også. (Md2)

Det erfarte produktivitetspresset gjenspeiles tydelig i forhold til liggetid og utskrivninger. Flere av legene ved begge avdelinger formidler et press om å korte ned liggetiden til pasientene og skrive de ut litt tidligere enn det de egentlig er helt komfortable med:

... spesielt kanskje det der at de føler at vi kaster de ut litt for fort. Pårørende og sånn... de eldre som er her, avdelingen vår er veldig full og de egentlig er ferdigbehandlet. Så er det da kommunen som skal ta de videre, men det er veldig vanskelig å skjønne det at det er fra samme pengesekk, og at ikke de da kan være hos oss eller at vi får flere ressurser. Det ser jeg at pårørende spesielt kan se på som et stort problem. De føler at det spares for mye, at det går utover enkeltindivider. (Kd2)

Det har vel kanskje med ressursituasjonen, at det stort sett er fulle avdelinger og et generelt press om høy effektivitet, for at det ikke skal bli for fullt. Når du har korridorpasienter og det er nye på vei inn hele tiden og det er spørsmål om "hvor mange skriver du ut i dag?", så er det klart at det gir et press på å få ting fort unna. (Md4)

Legene synes å oppleve at det har blitt økt regulering av det profesjonelle arbeidet og et forholdsvis sterkt produksjonspress. Dette skaper noen utfordringer i tilknytning til fagutvikling, opplæring og motivasjon.

### **6.3.2.2 Fagutvikling, opplæring og motivasjon**

Det er en utbredt oppfatning at det organisatorisk stimuleres til at man skal prioritere det som gir uttelling produksjonsmessig og travelheten legene opplever gjør at tilnærmet samtlige leger formidler at de har mindre tid til fagutvikling og opplæring enn tidligere:

Man har ikke tid til samme fagfordypning lenger. Det er produksjonen som teller. Der man før kunne som ung og uerfaren doktor, eller vi fikk gå sammen med en erfaren spesialist, der vi nå må gå aleine fordi at en av de er på poliklinikken til enhver tid. Altså, situasjonen er borte, og tid

til faglig fordypning – tiden til å lese ting – er borte. Fordi at det er produksjonen som teller, det som gir inntekter. Det er et evig mas om akkurat sånt. Det er mer å gjøre. Det er et mye større press hele tiden. (Md2)

Det legges nok for lite vekt på det, for det er klart at det er en av de tingene som man glemmer litt på sykehus. Man er jo i en opplæringssituasjon og skal jo få en utdanning. Og det er ting som – i et regnestykke så syns ikke den biten, fordi det gir ikke noen inntekter på sykehuset. Så det er på en måte noe du kan kutte ned på uten at det syns. Også kan du bruke ressursene på poliklinikk og pasienter og inntjening. Så vi syns det har vært for lite tid til den faglige fordypningen. At det blir rett og slett for mye fokus på det som gir inntjening for avdelingen, for det er det som syns. Det er det som syns på papirene og på regnskapet. (Md4)

Produktivitetskravene kan skape kortsiktige handlingsimperativer hvor man prioriterer det som gir størst umiddelbar gevinst og nedprioriterer langsiktig tenkning. Flere av legene har uttalelser som henviser til en slik mekanisme:

Vi må ha tid til faglig fordypning. Dra i gang nye tilbud, nye prosjekter, drive forskning. Det er viktig. Det er det blitt mindre av. Faglig diskusjon. Det må være rom i hverdagen for å diskutere pasienter, diskutere fag. En annen ting som er viktig er det her med utdanning av oss jyslinger i systemet. At man setter av nok tid til det, at man skal ha undervisning, at man skal ha såkalt mester – svenn prinsippet. At man skal få være med mer erfarne kollegaer. Det er viktig. Og det lider på produksjonens alter.

Intervjuer: Hvilke konsekvenser har det?

**Informant:** Det betyr at du får dårligere spesialister, og dårligere spesialisthelsetjeneste om noen år. Fordi at spesialistutdanningen er blitt dårligere. Får et dårligere helsevesen om ti år. Du gjør det altså, for det at når det bare er produksjon som teller så betyr det at du har mindre tid til å lære av erfarne kollegaer. Jeg kan ikke gjøre det samtidig som jeg har min egen poliklinikk. (Md2)

De organisatoriske omstillingene og innstrammingene ser ut til å bidra til en oppgitthet blant legene. En nevner at han nærmest føler seg som en funksjonær. Den økte reguleringen av det profesjonelle arbeidet og restriksjonene i ressursbruk kan se ut til å bidra til at legene får mindre eierskap til organisasjonen og til arbeidet:

Viljen til å strekke deg var mye større tidligere.[...] Jeg tror at folk er flinkere til å skrive overtid nå. Tidligere så lot de være å skrive overtid, og bare tok jobben som den var. [...] ... du ser også at de som er eldre som hadde som tradisjon tidligere å ikke skrive overtid, gjør det nå. Du opplever liksom at arbeidsgiveren gir lite i den ene enden, og da er kanskje ikke poenget å gi så mye heller. Da jobber du innenfor den arbeidstiden som er fastsatt. (Md1)

Flere leger forteller om en legekultur der legene har jobbet mye, vært fleksible og ikke vært så nøye med å skrive overtid. Denne fleksibiliteten kan være i ferd med å forsvinne, ved at både arbeid og arbeidsbetingelser kontrolleres og reguleres i større grad enn tidligere. De forteller om at alle innstrammingene tar fra de engasjement og entusiasme, og særlig er de opptatte av motivasjonsfaktorer som faglig oppdatering og autonomi:

... det er mye bedre å ha en kirurg som er entusiastisk som synes det er moro, som har det greit, som synes han har innvirkning på jobb, ikke sant. Det hadde man før. Da hadde man veldig mye innvirkning på jobb. Nå blir man veldig – man føler seg mye mer som en brikke, og det ser du at de blir apatiske og går inn i seg selv. Det er veldig viktig å – det er liksom en ledelsesjobb, at på tross av omstillingene så må man passe på den faglige utviklingen, og unngå at man ikke er

engasjert. Og det er vanskelig når det stadig er omveltninger. Det tror jeg ikke ledelsen skjønner, hvor mye det sliter med omorganiseringer. [...]Folk har liksom kapslet seg inn og gått inn i seg selv. De har ikke hatt noe entusiasme i jobben. Det er ugunstig, og det går ut over pasienten, altså. (Kd1)

Til tross for at de fleste legene opplever at fagutviklingen blir nedprioritert i en travel hverdag der det er konkrete prosedyrer rundt behandling og dokumentasjon som genererer inntekter, formidler to av legene ved kirurgisk avdeling også noen positive erfaringer med opplæringen:

Så er det jo viktig med utdanning, at man får mulighet til å reise på kurs og.. Det syns jeg egentlig fungerer greit her. Det er ikke noe å si på det. Men det er jo veldig viktig at man hele tiden oppdaterer seg. Driver med undervisning, reiser på kurs, følger med på det som er nytt. Det er jo god kvalitetssikring. Og det å kunne diskutere innad i et fagmiljø. For oss som er under spesialisering, at man har mulighet til å spørre om ting og diskutere en del. (Kd3)

Jeg har vært ved andre avdelinger før, og vi får veldig god veiledning her. Men det er veldig personavhengig, og det er knyttet rett til hvem som er sjef her ved avdelingen. Så jeg syns vi får god veiledning her. Og jeg tror egentlig at [NN] er et av de beste stedene i landet å være assistent lege.(Kd5)

Intervjuene indikerer at legene er opptatt av fagutvikling, men at de opplever at det er blitt for lite tid til denne dimensjonen ved det profesjonelle arbeidet i forhold til hva de ønsker, og for de eldste legene i forhold til hvordan det før. Samtidig vises det til at det ved begge avdelinger er fokus på fag:

Mye forskning, altså mye klinisk forskning. Bare på [NN]<sup>54</sup> så er det fire som holder på med doktorgradsarbeid. De har fått penger og ting ligger til rette for det. De har gjort en veldig god jobb. (Kd1)

Ja. Medisinsk avdeling har jo 2 ½ til 3 timer undervisning hver uke. Vi har 4 timer til fordypning hver uke innbakt i tjenesteplanen, så det er klart at vi har fokus på fag. (Md2)

Den ambivalensen de uttrykker i forhold til fagfordypning er også noe til stede når de snakker om kvaliteten på arbeidet. Flere av legene hevder at kvaliteten på det profesjonelle arbeidet er direkte eller indirekte truet på grunn av travelhet.

Hvis det blir for effektivt så mister du liksom litt av roen i jobben din. Så kan du gjøre feil, ikke sant, hvis du ikke har litt ro. Så sanne ting kan jo gå utover kvaliteten uten at du kan si at det er det som forringer kvaliteten. Det kan jo være endringer over lang tid. (Kd1)

Samtidig skal det gjøres mest mulig effektivt. Så man føler at ressursene faller bort, personale faller bort. Det blir færre mennesker til å utføre en større jobb. Det blir vanskelig å opprettholde god kvalitet rett og slett. (Kd2)

Samtidig formidler de fleste legene at den faglige kvaliteten på pasientbehandlingen er ivaretatt ved intervjuetidspunktet, men at de balanserer på en grense for hvor travelt de kan ha det:

---

<sup>54</sup> Kirurgisk avdeling

Jeg synes vi har kommet til et punkt nå hvor vi har.. hvis man kutter mer nå så tror jeg det går kraftig utover kvaliteten. Nå snakker jeg ikke om det planlagte kirurgiske, der er det helt greit, men nå tenkte jeg spesielt på det akuttmessige. Der kan man ikke ta vekk flere ressurser, og kutte noe mer med sparekniv, for nå går det utover kvaliteten. Nå har vi egentlig kommet så langt som det går an bli. (Kd2)

Det er en smertegrense på hvor kort liggetiden på sykehuset skal være. Og det fins en grense på hvor effektive vi skal være uten at det går utover kvaliteten på den jobben gjør både faglig og menneskelig. Og det balansepunktet, det mener jeg vi har nådd for lengst. (Md3)

En av årsakene – i følge legene - til at det er blitt mer travelt og mindre fokus på fag, er tilpasninger til systemet med innsatsstyrt finansiering.

### **6.3.2.3 Administrativt arbeid og DRG koding**

I tillegg til at behandlingsaktiviteten har økt, opplever de fleste legene at det har blitt mer administrativt arbeid. Dette kan forklares med at flere pasienter generer mer administrativt arbeid, men det kan også forklares med nye dokumentasjonskrav som for eksempel DRG koding og møtevirksomhet knyttet opp mot omstillingsprosesser. Det synes som om det administrative arbeidet av de fleste legene blir regnet som et mer eller mindre nødvendig onde. Dette er særlig utpreget på medisinsk avdeling, hvor de i større grad enn på kirurgen var eksplisitte i forhold til at det administrative arbeidet har økt og i forhold til at den type arbeid ikke er ønskelig å bruke for mye tid på:

Det er forholdsvis stor del av dagen, det er det, til å ordne papirer og epikriser og signere dokumenter og sånne ting... Vi bør bruke tiden vår på det vi har kompetanse på, nemlig det medisinskfaglige og pasientbehandling. At det går så mye tid bort til økonomi ting og papirarbeid og de tingene... (Md 4)

... fra oven kommer det jo stadig tilbakemeldinger på at man må kode bedre, i den forstand at det skal gi mer inntekter. Men de fleste av oss andre synes det er tulle å bruke tid på sånt. Men en må jo gjøre det. (Md2)

På kirurgen nevner flere at arbeidet består av mer administrasjon, men det er ikke et så sentralt tema for legene der sammenlignet med legene på medisinsk avdeling. Det kan synes som om det administrative arbeidet er en mer integrert del av kirurgens virksomhet, enn det er blant legene på medisin. Alternativt kan det være at det er mer administrativt arbeid på medisinsk avdeling. Det administrative arbeidet synes generelt å være mer akseptert på kirurgen enn på medisinsk avdeling, i den forstand at de jevnt over snakker om dette arbeidet som en naturlig del av deres virke. Men det er ikke en lystbetont oppgave eller høyt prioritert:

Altså, det med epikrisetid har vi fått litt påpakning på, at vi er litt for dårlig på. At vi må skjerpe oss litt på det. Men akkurat der ser jeg på at det er litt for stor arbeidsmengde sånn at, i hvert fall for assistentlegene så blir det veldig mye springing frem og tilbake, og da blir kanskje epikrisene litt sånn salderingspost. Du rekker det rett og slett ikke, sånn at man må ta noe oppsamlingstid, ta noen dager der du bare får unna det papirarbeidet. (Kd3)

For legelederne handler det administrative arbeidet mye om møtevirksomhet som dreier seg om økonomi og kodepraksiser:

Du vet når du reiser til [NN] og skal på sånn klinikk møte annenhver tirsdag, og 75 % av møtet bare er om økonomi og koding, kodepraksiser og fantasifull koding. Det er klart at en blir vanvittig lei, og føler at det er lite fag. Nå ble det innført et sånt 30 min faglig innlegg på klinikk møtene, så det er jo litt bedring da. Det er veldig lite snakk om fag. Du kan telle mailer, det er vanvittig mange mailer – det er kanskje fem prosent fag, og du blir selvfølgelig litt lei av det, men det er klart du kan jo ikke bare drive med fag. Vi må jo ha økonomi og økonomistyring, så jeg har forståelse for det altså. Men sånn er det, og det er ikke nødvendigvis noe galt. Altså det at du må forholde deg til økonomien og det har jeg forståelse for. (Kd1)

Den mest omtalte delen av det administrative arbeidet er DRG kodingen. DRG systemet, slik det er knyttet opp mot finansiering er ikke oppfattet som legitimt på noen av avdelingene:

... alle syns jo at dette er tull. Bruke legetid på å finne en kode for at man skal få mer penger for den pasienten. Så gjør de akkurat det samme på andre sykehus, så ansetter man folk som skal kontrollere... Bruke penger på noen som skal kontrollere at man koder rett for å få mest mulig inntekter... Vi bruker masse tid på det, mengdevis av møter der vi skal lære å kode rett og det sitter jo leger og bruker arbeidsdagen sin på å kontrollere at vi andre koder rett. Masse tid på å finne de kodene som gir mest mulig inntekter. Det er jo fra samme kassa alt kommer. Det er jo bare tull. (Md2)

Men for meg så virker det helt hull i hodet at det sitter folk som sitter bare og jobber med det. Så det der det syns jeg virker håpløst egentlig, at Helse-Norge skal ansette folk for at sykehuset skal få mer penger, det er jo staten som betaler til syvende og sist allikevel. Som er ansatt i staten for å gi uttelling til staten. Det skurrer i mine ører. Så jeg vet ikke om jeg syns det er et godt system. Det går jo på produktivitet og en må se hvor mange pasienter man behandler – det er ikke alltid så enkelt heller, altså. La oss ta et eksempel fra et mindre sykehus, jeg trenger ikke å nevne navn, som driver mye med bare innleide kirurger. Driver nærmest en dagkirurgisk virksomhet, opererer proteser og forskjellige sånne ting. Så sender de pasientene og ser de ikke igjen. Så får vi komplikasjonene, for vi kontrollerer – og det er en negativ trend, for da får de inntektene, men vi får komplikasjonene. Det syns jeg er hull i hodet. (Kd3)

Sitatene er nokså representativt for de fleste legene. DRG systemet har lite legitimitet blant legene. Det bryter med deres forståelse av hva man som leger skal bruke tiden på. Samtidig er det et nokså stort press for å bedre kodekvaliteten. Flere sier da også at de tidligere har vært litt for lite opptatt av å få med alle diagnosene, noe som har medført at de har ligget litt under den gjennomsnittelige DRG indeksen til sammenlignbare sykehus. Dette impliserer at det lokale helseforetaket får mindre penger. Flere av legene uttrykker aksept for at de må kode skikkelig slik at de får den inntekten de skal ha på sykehuset.

Jeg vil ikke si vi har press, men vi har en oppfordring om å tenke økonomi når vi setter diagnoser. Det har vi. Og det ser jeg. Når systemet er sånn og andre sykehus bruker konsulenter som sitter og tenker DRG og diagnoser hele dagen, da skjønner jeg det. Jeg skjønner godt at noen går igjennom diagnosene våre for å se om de kan bedre DRG, hvis det er det som skal til for å bedre økonomien på sykehuset. Hvis vi går glipp av 5 millioner i inntekter så får vi ikke det å rutte med heller. (Md3)

Det er jo vi som er operative fag som er trekkhesten i DRG. Hvis vi er for dårlige til å skrive DRG, så blir det mindre penger på anestesi og operasjon. Så det er mange tanker rundt det, og man må ikke liksom gjøre det for dårlig for da blir det for lite penger til sykehuset. Til drift. (Kd1)

Det er en bred enighet blant legene ved begge avdelingene at DRG systemet er mer tilpasset de konkrete og avgrensede kirurgiske prosedyrene og diagnosene, enn de medisinske fagområdene:

**Informant:** Det er et greit system for kirurgiske fag. Det er ikke et greit system for medisinske fag.

**Intervjuer:** Hvorfor tror du at det er et bedre system for kirurgiske enn for medisinske fag?

**Informant:** For der har du konkrete prosedyrer. Du kan tenke deg en brokk operasjon, som tar en halvtime. Pasienten kommer inn, opereres for sitt brokk, reiser ut igjen og får en god pris for det. Kan ikke måle på samme måten en 80 åring som kommer inn og bare rett og slett ikke fungerer hjemme lenger. Hele kroppen er i forfall. Hva skal en kalle det for noe? Ikke er de operert, ikke er det gjort noe konkret – det er bare det at de er så slitne. Gamle og slitne. Så ligger de her i fjorten dager, og prøver å finne et sykehjem. De er ressurskrevende. Vi får mindre for en sånn pasient enn en enkelt brokkoperasjon som tar en halvtime. Det er så målbart. En brokkoperasjon, eller en blindtarmsoperasjon, eller hva som helst – det er så standardisert. Det er så lett å sette en pris på det. (Md1)

Det er imidlertid noen forskjeller mellom medisinsk avdeling og kirurgisk avdeling med tanke på hvordan de forholder seg til kodingen. På kirurgen er det et gjennomgående fokus på å kode medisinsk riktig, og flere av legene er opptatt av hvilke konsekvenser det kan ha for pasientene dersom de koder feilaktig;

Fordi der føler jo jeg at mange av de administrativt ansatte de setter bare opp koder som passer best, og som ikke er reell koding. For det er jo diagnoser vi snakker om, og det kan være ting som står i journalen som står nevnt da, for eksempel at inntakst planen er gjort på muntlig opplysninger fra pasienten selv som ikke alltid helt vet fullt ut om det er, eller ikke husker rett og slett, noe så enkelt som at de har høyt blodtrykk eller ikke. Så står det i journalen at ”har i følge pasienten høyt blodtrykk”. Også viser det seg at det ble pasienten utredet for, og det viste seg at han hadde ikke det. Men da kan det være at man på bakgrunn av journalen setter diagnosen. Og da står det faktisk som en diagnose som er klebet på pasienten og som alltid følger den pasienten. [...] Og vår leder han sier jo helt klart at vi skal holde oss til det legefaglige. Vi skal sette de diagnosene som er riktige. Vår leder her gir totalt blaffen i hva det medfører av poeng eller ikke. Vi skal gjøre det som er riktig. (Kd5)

Det viktigste er jo den medisinske kodingen, for hvis du feilaktig setter opp lidelser som kanskje gir DRG uttelling, men som nødvendigvis ikke er helt riktig medisinsk, så kan pasienten få problemer med forsikringsselskap, misforståelser osv. Så det er veldig viktig å holde seg til det aktuelle medisinske. (Kd2)

Det er en forholdsvis klar tendens at legene på medisinsk avdeling er mer opptatt av økonomi i forbindelse med kodingen enn det de er på kirurgen. Lederen for medisinsk avdeling hevder at:

... det [er] jo en kontinuerlig prosess rundt dette her med koding. For pengene sykehuset får er veldig avhengig av hvordan man koder. Det er jo blitt en ny vitenskap de siste seks, syv årene. Før så kodet vi jo sånn som vi mente var riktig i forhold til pasientens viktigste diagnoser. Nå er det mange som koder av hensyn til økonomi. De kodene som gir mest penger. (Md1)

To av de andre legene på medisinsk avdeling sier at:

... det er gått inn i blodet på oss at jeg tenker DRG når jeg setter diagnoser. Og jeg har da prøvd å skjerpe<sup>55</sup> meg på en del diagnoser, og vi har jo snakket mye om det – [NN] og jeg har brukt mye tid på det. (Md 3)

---

<sup>55</sup> I betydningen av å kode slik at det blir bedre uttelling økonomisk



På vår avdeling går avdelingsoverlege igjennom alle epikriser for å se om de kan kodes annerledes. Det kan jo for eksempel være bare å endre rekkefølgen på kodene. I journalsystemet har man jo et eget verktøy som passer på at ting kommer i rett rekkefølge. For det ene gir mer penger enn det andre. [...] ... du [må] kode det i rett rekkefølge sånn at du skal få mest mulig penger. (Md2)

På medisinsk avdeling hevder de at kodingen er så økonomistyrte at man aldri kan hente ut faglig statistikk fra DRG systemet:

Det er et økonomisk verktøy. Og det som blir det store problemet som følge av kodesystemet – det blir vanskelig å gjøre gode epidemiologiske studier etterpå, i denne perioden helsereformen som har vært. For det er ikke sikkert at det bildet er riktig i forhold til det riktige sykdomspanoramaet. (Md1)

Det er imidlertid en klar etisk grense for legene ved medisinsk avdeling. Legene er tydelige på at de aldri tenker DRG når de behandler pasientene, i den forstand at de ikke tenker lønnsomhet som styrende for hva de gjør. Dette er en etisk grense som de ikke vil gå over. På spørsmål om legene tenker DRG når de behandler svarer de helt klart at de først tenker DRG etter at pasienten er skrevet ut:

Du legger aldri opp et behandlingsopplegg etter hva som gir mest betalt. Det gjør vi ikke. (Md4)

Altså, behandlingen går på etikk, men DRG setting det går på juks eller ikke juks. Etikk og juks hører jo sammen da men, men altså, alle etiske spørsmål når det gjelder behandling har ingen ting med DRG å gjøre. Vi behandler pasienter når de er inne. Det er når de reiser vi setter diagnoser. Da kommer DRG inn i hodet helt automatisk. (Md3)

På spørsmål om de hadde noe forhold til hvilke pasienter som er ulønnsomme i forhold til de som er lønnsomme, var det forholdsvis store likhetstrekk i svarene ved begge avdelingene:

Det er alle de eldre som faller og slår seg og trenger pleie. Som det ikke er noe spesielt galt med, bortsett fra at de har slått seg og som trenger litt hjelp til smertelindring og mobilisering osv. De er det dessverre ikke så mye å tjene på. (Kd2)

Intervjuer: Hva er det som er lønnsomt?

**Informant:** En dyr behandling med kort liggetid. Kirurgiske behandlinger. Behandling av akutt hjerteinfarkt koster ingen ting, og hvor en gjør mye prosedyrer. Det verst tenkelige er jo et gammelt menneske som har mange sykdommer, og som blir liggende lenge i sykehus fordi han kanskje er generelt svekket, og hvor da diagnosen er nokså sånn spe. Det gir lite. Kanskje et gammelt menneske som har vært inne i fjorten dager, og så blir det en sånn enkel diagnose, og det er gjort lite utover pleie og omsorg. Det tar ikke finansieringssystemet høyde for. Det er veldig lagt opp mot kirurgiske fag. (Md1)

Dataene viser at DRG kodingen er blitt en etablert del av arbeidet til legene. DRG systemet er integrert i strukturer, rutiner og praksiser, og i meningsdannelsen rundt det profesjonelle arbeidet til legene. Denne delen av arbeidet bryter imidlertid med den medisinske identiteten, særlig fordi man skal anvende legeressurser til å få inntekter fra en nasjonal og regional økonomisk pott som er den samme uansett om man koder bra eller dårlig - hvor logikken er at ”hvis vi koder bra er det noen andre som får mindre”. Denne tiden kunne legene – i følge dem

selv - ha anvendt til å gjøre det de er utdannet til, nemlig å diagnostisere og behandle pasienter. Legene har tradisjonelt hatt rollen som forvaltere av noen av samfunnets ressurser, men da på egne premisser. De premissene som DRG systemet setter, relateres til en unødvendig og ressurskrevende konkurransesituasjon mellom landets helseforetak og oppfattes ikke som legitime blant legene.

Jeg synes det er en utrolig traurig debatt, altså. Det er jo bare en sum i landet. DRG summen i landet er jo fast. Så hvis vi blir flinkere, så er det jo andre som får mindre penger. Pengesummen er jo fast. Sånn veldig flink koding det er håpløst. Det synes ikke ledelsen – de synes vi er for dårlige til å kode. (Kd1)

Samtidig er den regulerende funksjonen som de organisatoriske betingelsene representerer, mektig nok til å få legene til å daglig anvende tid og tankekraft – som de kunne ha brukt til for eksempel faglig fordypning – på å gjøre noe de ikke oppfatter som legitimt.

#### **6.3.2.4 Oppsummering legene**

Dataene tyder på at det profesjonelle arbeidet til legene ikke er vesentlig endret, i den forstand at det er diagnostisering og behandling av pasienter, hvor det medisinske kunnskapssystemet fortsatt dominerer, som er hovedkomponenten i legenes profesjonelle arbeid. Samtidig ser det ut til at de organisatoriske betingelsene for det profesjonelle arbeidet blir gradvis endret og driver legenes praksis i en retning av mer behandling, mer administrasjon, og mindre tid til fagutvikling og mellommenneskelig kontakt med pasientene.

Legenes profesjonelle arbeid er blitt mer knyttet opp mot dagbehandling og poliklinikk enn tidligere. Sistnevnte omstrukturering synes å være legitim blant legene, noe som indikerer at praksisen med å behandle en større andel pasienter poliklinisk eller ved dagbehandling er i ferd med å bli institusjonalisert. Imidlertid ser det ut til at legene for det meste legitimerer denne endringen ut i fra medisinske og ikke økonomiske kriterier, og slik sett er det ikke nødvendigvis en indikasjon på at *foretakslogikken* institusjonaliseres, men mer en ny praksis som er kompatibel med både den medisinske logikken og foretakslogikken.

Det organisatoriske presset i tilknytning til å øke produktiviteten synes overordnet å representere trinnvise endringer i de organisatoriske betingelsene, hvor legene gradvis og til dels tilpasser seg økt arbeids- og tidspress i sin daglige praksis. Tidligere institusjonaliserte praksiser utfordres særlig av produktivitetskravene, og legene formidler at de er kommet til en grense for hva som er akseptabelt for å opprettholde kvaliteten i pasientarbeidet. Også tid til fagutvikling og opplæring har blitt mindre, samtidig som de ved begge avdelinger har fokus

på forskning, kompetanseutvikling og undervisning. Dataene kan tolkes dit hen at legene opplever at tiden til fagutvikling og opplæring er for knapp og at de til dels tilpasser seg til disse rammebetingelsene, samtidig som de opprettholder fagutviklingen og opplæringen på et nivå som ikke bryter med den medisinske logikken på det tidspunktet datainnsamlingen ble gjennomført. Legene synes å finne handlingsrom og bevare sine profesjonsinteresser og egenart (Larson, 1977), samtidig som de nye organisatoriske betingelser har en delvis regulativ virkning ovenfor legene.

Denne regulative virkningen gjenspeiles særlig i tilknytning til arbeidet med DRG koding. DRG systemet oppfattes ikke som legitimt og det passer ikke inn i legenes selvforståelse i forhold til hva de som leger skal anvende tiden på. Allikevel synes de å ha akseptert premisene i DRG systemet, i den forstand at de er bevisste på at de må kode skikkelig slik at helseforetaket får de pengene de skal ha. På medisinsk avdeling ser det ut til at legene på sett og vis utnytter et handlingsrom som DRG systemet gir, hvilket kan være illustrerende for hvordan legene har makt i forhold til det kontrollinstrumentet DRG systemet representerer (jmf Noordegraaf, 2007). DRG kodingen synes å representere et scenario der et nytt system reflekteres tydelig i både formelle strukturer og praksiser, men som allikevel mangler legitimitet, og således ser ut til og bare være delvis institusjonalisert (Colyvas & Powell, 2006).

Travelheten, mindre organisatorisk fleksibilitet og økt administrativt arbeid kan se ut til å bidra til en tendens hvor legene blir mindre engasjerte og drives i en retning av å oppleve seg mer som funksjonærer enn som profesjonelle. Dette er også en tendens som er beskrevet i andre studier (Kirkpatrick, et al., 2005). Legenes lojalitet ovenfor klanen synes fortsatt stor, mens lojaliteten til organisasjonen ser ut til å bli utfordret. Slik sett ser det ut til at den faglige profesjonalismen (jmf Evetts, 2009) fortsatt står sterkt, mens den organisatoriske profesjonalismen kun har fått begrenset fotfeste. Legene utfordres ikke nødvendigvis direkte på det som kan karakteriseres som kjernen i sitt profesjonelle arbeid, som diagnostisering og behandling kan sies å være, men de synes å bli utfordret ”utenfra og inn”, hvor rammebetingelsene for deres profesjonelle arbeid blir strammere. Legene gjør mer av det som er sentralt i deres selvforståelse; behandling av pasienter basert på det medisinske kunnskapsgrunnlaget, samtidig som de har mistet en del av den organisatoriske kontrollen i forhold til lederposisjoner, nærhet til overordnet ledelse og i forhold til hvilke legitimitetskriterier som skal være dominerende i ledelse og styring. Flere av legene og

lederne formidler allikevel at den uformelle makten legene har som profesjonsgruppe i det lokale helseforetaket er betydelig, og det synes som om den medisinske logikken fortsatt spiller en meget viktig rolle i sykehusets organisering, rutiner og styring.

### 6.3.3 Sykepleiere – Det er jo ikke dette jeg har utdannet meg til!

Analysen av hvilke endringer sykepleierne relaterte til, viser at det er økt økonomisk fokus, nye oppgaver og økt behandlingsaktivitet som er oppfattet som de mest sentrale endringene for sykepleiegruppen samlet sett. I tillegg er omstillingen hvor flere hjelpepleiere ble forflyttet eller oppsagt sentral for sykepleierne ved kirurgen, mens flyttingen av avdelingen er opplevd som en vesentlig endring for alle sykepleierne ved medisinsk avdeling.

**Tabell 6-4: Hva handler endringene om? Sykepleiere**

	<b>Kirurgisk avdeling 8 personer</b>	<b>Medisinsk avdeling 5 personer</b>	<b>Totalt 13 personer</b>
2. Økonomisk fokus	8	5	13
3. Nye oppgaver	4 (1)	4 (1)	8 (2)
4. Økt behandlingsaktivitet	3 (1)	4	7 (1)
5. Hjelpepleiere	6 (1)		6 (1)
6. Stillingsprosenter	2 (3)	3	5 (3)
7. Flytting		5	5
8. Større avstand	(2)	3 (1)	3 (3)

Noen av endringene som sykepleierne refererer til har ikke direkte innvirkning på det profesjonelle arbeidet til sykepleierne, men kan synes å ha indirekte innflytelse på profesjonsutøvelsen. For eksempel er sykepleierne ved kirurgen veldig opptatt av at flere hjelpepleiere måtte slutte etter mange års ansettelse ved avdelingen. Disse oppsigelsene eller omplasseringene var ledd i innsparingstiltak, og resulterte i en bemanningsreduksjon. Det er imidlertid ikke bare bemanningsreduksjonen sykepleierne var opptatte av i intervjuene. Mange av sykepleierne var vel så opptatte av de følelsesmessige utfordringene disse prosessene har medført. De omtaler denne prosessen som en brutal måte å behandle trofaste medarbeidere på, og de opplever at dette har hatt negativ innvirkning på arbeidsmiljø, engasjement og ikke minst trygghet. På samme måte bidro flyttingen av sengeposten til mange vanskelige følelser og prosesser for sykepleierne ved medisinsk avdeling, hvor opplevelsen av avmakt, lav medbestemmelse og mistriivsel var sterk. Også lave stillingsprosenter og vanskelighetene med å få fast jobb er forhold som sykepleierne har referert til som nokså utfordrende arbeidsbetingelser. Disse omstillingene og arbeidsbetingelsene som har medført negative følelser for sykepleierne, er en viktig

kontekstuell ramme for å kunne beskrive hvordan den organisatoriske oversettelsen av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet influerer det profesjonelle arbeidet.

Fokuset i avhandlingen er først og fremst den statlige politikken innflytelse på det profesjonelle arbeidet og hvordan dette kan påvirke profesjonsidentiteten til legene og sykepleierne. Sykepleiernes opplevelse av følelser som avmakt, lavt engasjement, uttrygghet og mistriivsel er allikevel faktorer som kan være betydningsfulle for hvordan de fortolker endringer og eget arbeid, og for hvordan de eventuelt agerer i møte med organisatoriske betingelser som synes inkompatible med den sykepleiefaglige logikken eller som ikke tjener deres profesjonsinteresser. Til tross for at mange av sykepleierne var svært opptatte av de følelsesmessige utfordringene de hadde stått ovenfor, er ikke disse forholdene *i seg selv* hovedfokus i avhandlingen, men utgjør sentrale momenter i å forklare de funnene jeg har i forhold til det profesjonelle arbeidet, og de utgjør viktige data relatert til å beskrive sykepleiernes profesjonelle prosjekt på utøvende nivå og i forhold til drøftingen av sykepleiernes selvforståelse som profesjonsgruppe. Jeg vil derfor underveis i denne delen gi litt plass til data som illustrerer sykepleiernes opplevelse av flyttingen av sengeposten, oppsigelsene og omplasseringene av hjelpepleierne ved kirurgen og de lave stillingsprosentene og vanskelighetene med å få fast jobb. Noen elementer i tilknytning til disse forholdene synes å ha innflytelse på det profesjonelle arbeidet, og dette kommer frem i presentasjonen. Jeg vil imidlertid først komme inn på endringene i tilknytning til økonomisk fokus, økt behandlingsaktivitet og nye oppgaver.

### **6.3.3.1 Økonomisk fokus, økt behandlingsaktivitet og nye oppgaver**

I likhet med legegruppa er det en hovedtendens blant sykepleierne at de opplever at de har fått mindre tid med hver enkelt pasient, mer administrativt arbeid og mindre tid til fagutvikling og opplæring. Imidlertid er ikke dataene heller her entydige.

De strukturelle endringene ved det lokale helseforetaket og spesifikt på kirurgen og medisinsk avdeling har medført eller bestått av ressursreduksjoner for sykepleierne i form av lavere bemanning i forhold til arbeidsoppgaver. Det at sykepleierne har fått en travlere arbeidssituasjon fremstår som en av de mest sentrale endrede organisatoriske betingelsene for sykepleierne:

Jeg syns det er forferdelig. Jeg syns det. Helt forferdelig. Selvfølgelig for oss sykepleiere så har det ikke vært det verste, men vi merker presset. I avdelingen merker vi veldig godt presset. Og vi får jo stadig mer å gjøre. (Ks1)

Nei, for vi har jo bare dårligere tid enn vi hadde, synes jeg. Jeg vet ikke, jeg. Vi har i alle fall dårligere tid enn vi hadde før. Det har vi. (Ms1)

Ved siden av ressursinnstramminger er økt administrativt arbeid viktig for å forklare at det har blitt travlere for sykepleierne. Flere pasienter generer økt administrativt arbeid i forbindelse med innskrivninger, utskrivninger, dokumentasjon og kontakt med primærhelsetjeneste:

Det blir så mye papirarbeid og mye ... mye ... ja, hvis det kommer inn den ene og ut den andre, men det er jo bra å komme hjem, det er ikke det jeg mener. Men det er jo det – det er veldig hektisk på et vis. (Ms1)

Mange av sykepleierne relaterer også det økte administrative arbeidet til at det er så liten kapasitet i primærhelsetjenesten, slik at de på sykehuset må bruke mye ressurser og tid på å søke pasienter videre til hjemmetjenestene eller sykehjem

Jeg sender noen søknader, men det er sånn at du søker bare til kommunen om å få kommunal hjelp. Også er det de som avgjør om pasienten får sykehjems plass eller hjemmesykepleie, eller for sånn daghjemssenter eller noe sånt. Det er det de som avgjør. Vi kan ikke søke om sykehjems plass. Vi kan søke om hjelp generelt. Så er det jo, det er forhandlinger da. Så de sykepleierne som går på dagtid, de forhandler mye for å få inn ” to dager til her hvis jeg får plass den og den dagen og...” og sånne ting. (Ms6)

En annen årsak til at sykepleierne har fått det travlere er at andelen sykepleietekniske prosedyrer øker med økt behandlingsaktivitet, i tillegg til at de har fått flere oppgaver enn tidligere. Disse oppgavene dreier seg ved medisinsk avdeling om at de må ta flere prøver selv som laboratoriet tidligere gjorde og at de må gjøre flere oppgaver i tilknytning til måltidene, og ved begge avdelinger er det særlig dataarbeid og generelt økende belastning i forhold til administrative oppgaver.

Jeg føler det blir så mange arbeidsoppgaver, også... det gjør jo noe med deg. Til syvende og sist er det pasientene det går utover, for det at du får så mange eksterne arbeidsoppgaver som fjerner deg fra pasienten, som disse tingene vi skal gjøre nå da. Og det syns jeg er kommet... det kommer som sagt snikende inn. (Ms5)

Den mest nevnte konsekvensen av travelhet er at de får mindre tid med hver enkelt pasient, og flere av sykepleierne opplever at kvaliteten er truet på grunn av travelhet:

Ja, de skal øke effektiviteten. Når ting går veldig fort og du skal prøve å gå fort og du har mye å gjøre, så er det veldig fort gjort å gjøre en feil altså. Mener jeg. [...]. Men lederne har sagt det så er det vel sånn det skal være. (Ks4)

... da kunne jeg ha vært inne hos pasientene og snakket litt mer med de og.. De setter utrolig stor pris på det, hvis du har tid til å sette deg ned å litte granne. Men når det svirrer hundre ting oppi her som du skal gjøre og ordne med, så blir det litt lite tid til det rett og slett. (Ms1)

Så alle disse oppgavene, til syvende og sist så fjerner det deg mer fra pasienten. Og det syns jeg er trist for jeg begynte med det at det viktigste for meg er observasjon av pasientene. For det er den måten jeg kan fortelle videre åssen pasienten er videre til legene. Og for meg selv, naturligvis. Så når den tiden blir mindre, så gjør jo det noe med kvaliteten på arbeidet mitt, og det jeg føler for det. (Ms5)

Sitatene ovenfor er eksempler på hvordan sykepleierne opplever utfordringer i forhold til å opprettholde kvalitet, men sitatene illustrerer også et gap mellom hva sykepleierne mener at de burde gjøre og det de faktisk opplever at de har tid til. Opplevelsen av at det ikke er nok tid til pleie og omsorg for pasientene er av mange av sykepleierne gjengitt med sterk frustrasjon og hos noen med resignasjon.

Vi får jo mindre tid til pasienten, og det er jo egentlig den utdannelsen jeg har. Det er ikke for å sitte og skrive. Jeg er klar over det at alt må dokumenteres, skrives, men det er i grunn ikke det jeg har utdannet meg til. Jeg har utdanna meg for å hjelpe og stelle pasienter, gi medisiner. Men det blir mer og mer skriving og ringing. (Ks3)

Sykepleieren ovenfor beskriver tydelig en konflikt som en del av sykepleierne formidler i intervjuene; *Det er jo ikke dette jeg har utdannet meg til!* Den retningen det sykepleiefaglige arbeidet ser ut til å gå i er ikke kompatibelt med den sykepleiefaglige identiteten. Intervjuene illustrerer at den mellommenneskelige delen er en viktig del av sykepleiernes profesjonelle selvforståelse, samtidig som det profesjonelle arbeidet ser ut til å trekkes i en annen retning.

Som statistikk viser og som samtlige informanter hevder har behandlingsaktiviteten økt ved både kirurgisk avdeling og ved medisinsk avdeling. Økt pasientvolum og kortere liggetid synes å generere, særlig i sykepleietjenesten på medisinsk avdeling, en forskyvning fra den mellommenneskelige kontakten med pasientene til mer sykepleieteknisk og administrativt arbeid. Sykepleierne på kirurgisk avdeling er ikke like konsensuspreget når det gjelder økt administrativt arbeid som på medisinsk avdeling, men halvparten sier her at de har mindre tid til kontakt med pasientene. Det er også noen av sykepleierne på kirurgen som formidler at de som avdeling totalt sett får gitt tilfredsstillende omsorg til pasientene.

Vi har til tider mye å gjøre. Det er jo ikke noe god følelse når du går hjem og føler at du ikke har fått gjort noen god jobb da. På grunn av at det har vært så travelt. Men det er egentlig ikke så ofte at jeg føler det på den avdelingen her i hvert fall. Men selvfølgelig, noen ganger er det travelt. (Ks8)

Den overordnede tendensen hos sykepleierne er imidlertid at de opplever at de, hovedsakelig på grunn av økt behandlingsaktivitet uten økning i tilsvarende ressurser, har mindre tid til den enkelte pasient og at andelen sykepleieteknisk og administrativt arbeid har blitt større. Det er imidlertid en klar tendens til at økningen i administrativt arbeid har mindre legitimitet enn det økningen i sykepleieteknisk arbeid har. Sistnevnte ble gjerne nevnt indirekte som en naturlig del av utviklingen, men med den problematiske siden at det kunne bli for travelt.

Et annet forhold som oppleves vanskelig for mange av sykepleierne ved begge avdelingene, og som er relatert til det profesjonelle arbeidet, er den lave kontinuiteten og usikkerheten i forhold til arbeidstilknytning.

### **6.3.3.2 Stillingsprosjenter, vikariater og fagutvikling**

Mange av sykepleierne ved begge avdelinger problematiserer alle deltidsstillingene og vanskelighetene med å få fast jobb, noe de fleste relaterer til ressursinnstramminger. Dette oppleves som et stort problem både av de fast ansatte med fulle stillinger og de som er i en situasjon der de ønsker større stillingsprosent og/eller fast jobb. For enkelte var dette noe av det de opplevde mest utfordrende:

For nå så er det jo et inntaksstopp da – ikke sant. Men for å få dekket opp penger og sånt så opererer de bare med sånne lave % - stillinger. Det er jo helt nesten håpløst å få full stilling... Jeg syns jo at det er vanskelig når jeg jobber bare en og to dager i uken. Så syns ikke jeg at jeg får noe kontinuitet og noe helhetlig. Jeg syns det blir bare stykkevis og delt, så jeg hadde ønsket å jobbe mer, å ha mer oversikt og ville synes at det var lettere for meg... Jeg blir så provosert av det. Altså, at et voksens oppegående menneske ikke skal kunne få en full stilling.. det er jo helt... Kan ikke leve av 52 %. (Ms1)

De lave stillingsprosentene og vanskelighetene med å få fast stilling skaper, i følge sykepleierne, mindre kontinuitet i behandling og oppfølging av pasientene, men også mye frustrasjon og uttrykkhet. Mange sykepleiere er opptatt av at det er viktig med kontinuitet i behandlingen slik at pasientene ikke får så mange forskjellige sykepleiere å forholde seg til, men også fordi de mener at de kan gjøre en bedre jobb dersom de kjenner pasienten:

Det er jo viktig for pasientene også, for du får følge de opp mye bedre, enn om du kommer på jobb og pasienten er helt ny, og du skal sette deg inn i hele sykdomshistorien og bakgrunnshistorien deres. Det er ikke så lett hvis det er store skader og de har vært der og det ligger mye bak. Sånn hvis du går på jobb hver dag da. Og du sikrer jo kvaliteten når du gjør det sånn som det skal gjøres og blir fulgt opp. (Ks8)

På medisinsk avdeling er de særlig opptatt av at det stadig er forskjellige vikarer innom, og at de får for dårlig opplæring:

Ellers så er det ganske viktig at vi er kvalifisert vi som jobber her. Jeg syns det er veldig viktig at.. ofte så får du mange ekstravakter og mange utenfor som ikke har den samme bakgrunnen, og det er klart at sånn må det sikkert være. Men jeg syns kanskje at det er viktig at ledelsen skjønner at det vi utfører er kvalitet på grunn av at vi vet hva vi driver med. Det er en slags kvalitetssikring at du har kjente sykepleiere som vet hva de driver med. Det er ikke det samme, hvem som helst – det kan du få følelsen av og til fra administrasjonen og fra ledelsen, at bare du har dekt en vakt med et navn, bare det er en sykepleier, så er det egentlig det samme hva slags erfaringer og bakgrunn den personen har. Det er en følelse vi har mange ganger. (Ms5)

Flere av sykepleierne uttrykker at kompetanseutvikling ikke er særlig høyt prioritert, og de har få forventninger knyttet opp mot tilbud om kurs og annen fagutvikling.

Det er lite. Vi får i hvert fall ikke noe som koster penger. Så, nei. Det var et par stykker på et sår..., noe sårgreier i [NV] før jul. Jeg har i hvert fall ikke fått vært på noe siden jeg kom opp her, utenom sånne... og utenom de som er obligatorisk da.



Intervjuer: Så dere har noen som er obligatorisk?

**Informant**: Ja, det har vi

Intervjuer: Hva er det for noe da?

**Informant**: Brannøvelser og medisinskteknisk utstyr og blodsukkerapparatet og... (Ms1)

Jeg har fått – det er ikke sånn at du blir tilbudt kurs og sånn. Du kan få disse her obligatoriske tingene da, sånn som at nå måtte vi bruke et nytt blodsukkerapparat, og da måtte alle på kurs, og det kunne vi skrive opp timer på. Eller at vi skulle læres opp til en sånn ny urinprøvemaskin. Det er jo sånne ting da. Sånne konkrete ting er det jo. Men vi går ikke på sånn der.. jeg mener er det tilbud om seminar om etikk eller sånn så er jo det da loddtrekning. Så er det kanskje to stykker fra hele avdelingen som får reise. Og det skjer kanskje en gang i året, ikke sant. Det er jo ikke mye tilbud om utvikling sånn sett. (Ms6)

Klinikkssjef ved kirurgisk klinikk er tydelig på at de ikke har økonomisk mulighet til å sende mange sykepleiere på kurs, og deler oppfatningen med mange av sykepleierne om at de lave stillingsprosentene representerer et kompetanseproblem:

Vi kan ikke sende de av gårde en gang i året. Ikke snakk om. Og det er jo en voldsomt solid kurskatalog, som lages av interne kurs og interntilbud, hvor mye av det er åpent. Men alle disse deltidsfaktorene vi har på [Sykehuset] er et mye større kompetanseproblem enn utfordringene med at man ikke kan gå på kurs. (Kt)

Som sitatet ovenfor viser mener klinikkssjef ved kirurgen at sykepleierne har mange tilbud om interne kurs. Denne oppfatningen synes ikke å være delt av sykepleierne, mye fordi de opplever at de har få anledninger til å delta på de kursene som tilbys. Samtidig er det flere av sykepleierne ved kirurgen som formidler at de ikke er særlig aktive i forhold til å ta i mot tilbudene som er tilgjengelige.

Vi kunne hatt mer undervisning og sånn. Det blir jo nedprioritert. Det er vel kanskje opp til oss selv at vi passer på å ta imot de tilbudene som er. Men det er veldig lite sånn faglig undervisning. Må passe på å lese selv. Hvis man har vært her i mange år så går det jo greit, men... (Ks4)

Det er noen sykepleiere som eksplisitt ivrer for å øke kompetansen, særlig på medisinsk avdeling, men det synes også som om mange av sykepleierne har nok med å forholde seg til usikkerhet rundt deltidsstillinger og vikariater og ikke minst alle de strukturelle endringene rundt seg.

### **6.3.3.3 Nye pasientgrupper og flytting av sengeposten**

Ved kirurgisk avdeling har etableringen av pasienthotellet og omorganiseringen til mer dagkirurgi medført endringer i pasientgrupper. Mange av de ”lette” pasientene har enten blitt forflyttet til dagbehandling eller til pasienthotellet, mens nye ”tyngre” og mer ressurskrevende pasientgrupper, som for eksempel lårhalsbruddene, har kommet til;

Men det er klart at vi har også merket nedskjæringene. Etter at pasienthotellet kom så har vi fått en mye tyngre, fysisk tyngre, pasientgruppe. Fordi at de tar unna det som er lettere og da er det plass til enda mer. (Ks2)

Til tross for at denne omleggingen har gitt sykepleierne ved kirurgen en tyngre pasientgruppe og en noe mer krevende jobb, synes det som om denne omstruktureringen er oppfattet som legitim. Også her er det flere forklaringer som spiller sammen, hvor særlig det institusjonelle presset om å finne løsninger på nye budsjettkutt gjorde at pasienthotellet ble etablert. Samtidig synes endringen logikkompatibel med sykepleiernes legitimitetskriterier ved at dette er et gode for pasientene.

Jeg tror at det pasienthotellet er hensiktsmessig. Det tror jeg nok. Hvis en ikke skal tenke på seg selv.. (Ks2)

Ja, det fungerer veldig bra. Vi er veldig fornøyde. Og på den [NN]<sup>56</sup> jeg er på bruker vi det veldig mye. Og det virker som om pasientene også synes det er greit. (Ks6)

Dessuten var det sykepleiere ved avdelingen som var med på å etablere pasienthotellet, og således kan det være rimelig å anta at en slik medvirkning i en omstillingsprosess har skapt en noe større aksept for endringen:

Ja, altså, de har jo omplassert stillinger fra oss tre ganger – er det vel nå. Siste sparing var veldig positivt sånn som ledelsen, avdelingssykepleier og oversykepleier gjorde, de fant ut at nå kan ikke vi spare mer, vi kan ikke ta flere stillinger, så nå må vi finne ut av hvordan vi kan spare. Og det som da ble satt i gang, var jo jeg med på, og det var veldig positivt, og det var at vi reiste til Sverige. Der så vi på pasienthotellet som de dreiv, nå husker ikke jeg hvilen by... I hvert fall så var det veldig positivt å se hvordan de dreiv pasienthotell der, og hvor mye de sparte. Også gikk vi hjem og satte i gang pasienthotell hos oss. Og det synes jeg var veldig gøy å være med på. (Ks6)

Også sykepleierne ved medisinsk avdeling har fått nye pasientgrupper, dog noe mer sporadisk enn sykepleierne ved kirurgen. I og med at sengeposten er blitt integrert inn i en medisinsk avdeling med flere ulike fagområder, får sykepleierne av og til ansvar for andre pasientgrupper enn det de er vant til å håndtere.

... og for det at vi er en medisinsk post som ikke alltid er full, og da blir sengene fylt opp med generell medisin da. Det betyr nedsatt almenntilstand, uttørkethet, ting som man kanskje kunne tatt et annet sted. (Ms6)

Samtlige sykepleiere ved medisinsk avdeling referer til flyttingen av sengeposten som en av de mest sentrale endringene. Denne omstruktureringen oppfattes som lite legitim og har avlet mye frustrasjon. Frustrasjonen har vært særlig knyttet opp mot manglende informasjon og medvirkning:

Frustrasjonen besto i at vi ikke visste noe, før den dagen vi visste at vi skulle flytte, og da var det så kort tidsperspektiv til det skulle foregå at det var helt... Også fikk vi vite det ad omveier. Jeg fikk vite det før jeg hadde hørt det av min leder. Og sånn skal ikke en prosess begynne. Spør du meg. Også var det lite gehør for å høre de ansattes mening. Jeg husker veldig godt at vi måtte selv innkalle til et informasjonsmøte med avdelingsledelsen. Og det blir feil. Og de var ikke

---

<sup>56</sup> Kirurgiske avdelingen

villig til å høre på noen ting av hva slags argumenter vi hadde for å bli igjen – forbli der vi var. (Ms2)

En annen faktor som flere refererer til er at de mistet fagmiljøet gjennom denne omorganiseringen. Den fysiske avstanden til de andre postene i tilknytning til deres fagområde er større, og vedkommende sykepleier beskriver savnet av et fagmiljø:

For det å være i et fagmiljø, kunne diskutere.. altså, hvis jeg kom oppi et problem i dag, også hadde jeg en intensivsykepleier eller en som jobber på [NN]<sup>57</sup> å diskutere med; ”hva syns du?” . Da tror jeg at du på en måte ubevisst øker din kompetanse og samtidig yter en bedre kvalitet til pasientene. Ja, det tror jeg. For har du et så godt arbeidsmiljø, hvor åpenhet og du kan diskutere hele tiden, med faglig påfyll – det tror jeg er kjempepositivt altså. Derfor må jeg si at jeg gleder meg veldig til å flytte ned igjen. Bare det å kunne diskutere, ”hva er det beste for pasienten?”, ”gjør jeg riktig?”, ”burde jeg ha gjort det på en annen måte?”. (Ms2)

Flyttingen av sengeposten har vært en vanskelig prosess for sykepleierne ved medisinsk avdeling, og mye energi er brukt på å tilpasse seg arbeidsmiljøet, ledelsen og selve posten. Også sykepleierne ved kirurgen viser til tunge prosesser ved avdelingen, som har skapt mye uttryggheit og frustrasjon. Neste avsnitt gir et bilde av hvordan en del av sykepleierne opplever endringene de er berørt av.

#### **6.3.3.4 Avmakt, resignasjon og uttryggheit**

Ved kirurgen er sykepleierne opptatt av at flere hjelpepleiere har måtte slutte ved avdelingen, og mange viser til at dette har påvirket arbeidsmiljøet, motivasjon og tryggheit på en negativ måte.

Jeg har ikke vært der jeg, i den dramatiske fasen der egentlig. Så jeg bare hører. Jeg senser jo at det er noen såra sjeler. Det er det absolutt. Folk som har jobbet lenge, og som på en måte ikke – det blir som den trofaste arbeideren som må flyttes til en annen avdeling, nå trenger de ikke deg mer. Nå skal de skjære vekk den stillingen. [...] Men så er det vel den der usikkerheten, de kommer jo hele tiden med nye budsjetter og nedskjæringer. Folk er veldig usikre, spesielt de som har vikariater. (Ks2)

Jeg skulle ønske vi var flere ansatte. At ikke det hele tiden hang over oss det der at vi må spare og vi vet aldri når vi skal nedbemanne. Sånn var det jo ikke før. Det syns jeg føles litt tungt. Ikke for min del personlig, men det gjør noe med dem en jobber sammen med. De som vet at; blir det meg neste gang? (Ks1)

Jeg tenker jo litt sånn at etter hvert så blir det vel innskrenkninger på sykepleiere også. (Ks7)

Både uttryggheiten i forhold til om man selv eller kollegaer mister jobben, ikke får nok inntekt på grunn av lav stillingsprosent og lav kontinuitet i jobben synes å skape lavere engasjement for det profesjonelle arbeidet.

Når omstillingene foregår så hurtig og kontinuerlig, skaper det veldig utryggheit. De ansatte føler seg veldig utrygge og engasjement forsvinner en del også. Spesielt den politikk som har blitt ført i det siste, at det er veldig få som har faste stillinger. Og mange som har deltidsstillinger og alt,

---

<sup>57</sup> Den andre sengeposten

og den arbeidspolitikk som føres gjør at folk ikke får opparbeidet seg ansiennitet. Og det er ansiennitet som teller veldig mye, spesielt når det er snakk om oppsigelser. Omstillinger fører nesten alltid til at noen blir overflødige, ikke sant. Og det påvirker arbeidsmiljøet veldig mye. Folk blir mindre engasjert for de vet ikke hvor lenge de egentlig blir på arbeidsplassen. (Ks5)

Flere av sykepleierne ved begge avdelingene snakker mye om at de har mistet litt engasjementet i jobben sin, og at de bruker mye krefter på alle omstillingene de utsettes for og at dette noen ganger virker inn på det arbeidet de gjør:

Det påvirker meg, og det påvirker meg negativt, føler jeg. For jeg blir sinna. Jeg bruker tid på sånne negative – eller jeg bruker så mye energi på negative ting. Og det påvirker meg, og det tror jeg faktisk påvirker meg i virket mitt også. At når du tenker på det, så kanskje du ser litt sinna ut, ikke sant – så det tror jeg faktisk at det gjør. (Ms1)

Sykepleiernes opplevelse av å ha liten organisatorisk innflytelse og makt er tydelig – illustrert gjennom følgende sitat:

Og sånn som når vi skulle flytte opp her. For eksempel hva hjalp det om vi mente så uendelig mye om hva det måtte føre til? Altså, vi måtte flytte uansett. Og vi skulle ønske mange ganger at vi kunne bli tatt litt mer med. At de kunne spørre ”hva syns dere? Det er jo dere som sitter nærmest pasienten og som har mest greie på det. Hva syns dere?” De kunne i hvert fall latet som de brydde seg litt. Men det er klart at vi tenker nok kanskje litt annerledes vi som har vært her i så mange år. Og som på en måte er blitt ... jobben har jo betydd forferdelig mye for oss i mange, mange år. Og det der å ikke bli tatt hensyn til, ikke bli spurt om råd, ikke bli sett – altså sånne ting det virker jo inn. (Ms2)

Sykepleiernes responser varierer jevnt over mellom frustrasjon, tilpasning og en slags mental distanse til jobbsituasjonen:

Men det kan jo ikke nytte... jeg for min del, jeg.. nå skal jeg snart gå av. To år til.. jeg syns ikke det er noe å blande seg i. (Ks3)

Men man tilpasser seg alltid, ikke sant. Det blir irritasjon i to tre måneder og etterpå har alle funnet seg i det for å få ting til å fungere her. (Ks5)

Men det blir litt sånn at jeg engasjerer meg ikke sånn 100 % i disse problemstillingene. Altså, jeg distanserer meg, hvis ikke så blir jeg så irritert og så bruker jeg så mange krefter unødige på å hisse meg opp over det da. [...] For det er noe med å skru av seg selv, eller sånn. Så lenge jeg gjør det så får jeg ikke de problemene heller. Da skaffer jeg meg heller en annen jobb. (Ms6)

Altså, du prøver å gjøre jobben din så bra du kan. At pasientene skal ha det så bra, men utover det så bryr man seg ikke sånn som man brydde seg før. Altså, du resignerer litt. Vi har sagt i fra om mange ting så mange ganger. Jeg vet ikke hvem som sa det, men ”jeg gidder ikke si i fra flere ganger”. Men som vi sa, ”hvis ikke vi sier i fra, så blir det ikke noe bedre”. ”Ja, men det nytter ikke”. Så det blir litt sånn, du resignerer. (Ms2)

Sitatene gir et forholdsvis representativt bilde av hvordan mange av sykepleierne opplever endringene, samtidig uttrykker også en god del av sykepleierne at de trives med å jobbe som sykepleier. Det synes som om det er først og fremst i forbindelse med endringene, og i forhold til betingelsene for arbeidstilknytning, at sykepleierne har opplevd vanskelige følelser, mens mange av de positive sidene med sykepleieryrket antagelig er underkommunisert gitt at temaet var endringer.

### 6.3.3.5 Oppsummering sykepleierne

Scenarioet for sykepleierne synes å være at det profesjonelle arbeidet endres i retning av mer administrasjon, mer sykepleieteknisk arbeid og mindre omsorg og fokus på pasientenes mellommenneskelige behov. Travelheten, som kan spores tilbake til det statlige målet om økt produktivitet, gjør at sykepleierne i den daglige praksis stadig har måttet finne mer ressursbesparende måter å utføre det profesjonelle arbeidet på. Sykepleierne ser ut til motvillig å tilpasse seg nye organisatoriske betingelser som fjerner dem fra pasienten, og som synes å bidra til en tendens der sykepleien beveger seg fra å være pasientsentrert til mer oppgavesentrert (jmf Dent & Burtney, 1997).

Selvforståelsen som omsorgsgivere har for sykepleiere vært en sentral del av deres profesjonelle identitet, og deres profesjonelle prosjekt som mye har dreid seg om å etablere og forvalte sykepleie som et distinkt fagområde, møter motstand gjennom den organisatorisk oversatte statlige politikken. Kategoriene *sykepleieteknisk arbeid* og *mellommenneskelig arbeid* relaterer til den historiske konfliktlinjen i sykepleie hvor uenigheten har omhandlet vektlegging av det praktiske håndverket versus omsorgsfokuset (Nortvedt, 1998). Det er særlig vitenskapeliggjøringen av sykepleiens humanistiske karakter som har vært en viktig del av sykepleiernes profesjonaliseringsprosess, samtidig som håndverkstradisjonen har ligget implisitt i sykepleiens virke (ibid). Dataene indikerer at endringene griper inn i kjernen av sykepleiernes selvforståelse og kan således ha konsekvenser både for sykepleiernes profesjonelle prosjekt og profesjonsidentitet. Dette forsterkes av funnene som viser at sykepleiernes responser på omstillingene og organisatoriske betingelser som oppleves vanskelig varierer mellom tilpasning eller ulike former for distansering.

Sykepleierne formidler en opplevelse av at flere av endringene er påtvunget dem, hvor de fremstiller få muligheter til å handle annerledes enn det de organisatoriske betingelsene ”tvinger” dem til. Den regulative pilaren (Scott, 2001) i institusjoner og det institusjonelle presset ser ut til å spille en viktig rolle i forhold til å forstå hvorfor sykepleierne tenderer å endre praksis i en retning de verken er komfortable med eller oppfatter som legitim. Mange av sykepleierne formidler maktesløshet og resignasjon i tilknytning til både produktivitetskrav, flytting, oppsigelser og arbeidstilknytning, hvor både det sosiale og faglige engasjementet utfordres. Mange av sykepleierne ved begge avdelinger retter også søkelyset mot at det er få som har fulle stillinger og faste stillinger. Dette medfører både lavere kontinuitet i det

profesjonelle arbeidet, hvorav omstillingene synes å fungere forsterkende på frustrasjon og uttryggighet med hensyn til arbeidstilknytning.

#### **6.4 Hva med målet om økt kvalitet?**

Den organisatoriske oversettelsen av det statlige kvalitetsmålet gjenspeiles i liten grad i intervjuene med legene og sykepleierne. Systemene som representerer oversettelsen av det statlige målet om økt kvalitet er i utgangspunktet avdelingsovergripende, samtidig som hensikten blant annet er at de skal bidra til å bedre kvaliteten i det profesjonelle arbeidet som foregår innenfor rammen av de ulike avdelingene. Når temaet er kvalitetsøkning eller kvalitetssikring er det ingen av sykepleierne eller legene uten lederansvar som nevner internkontroll og Total Quality Management, brukermedvirkning, kvalitetsutvalg eller samordning av prosedyrer. Sykepleierne refererer ikke til noen kvalitets*systemer* ved det lokale helseforetaket i løpet av hele intervjuet. Unntaket er en årlig medarbeiderundersøkelse som noen nevner som et tiltak for kvalitetsutvikling.

Som jeg har vært inne på tidligere er det elementer i den statlige kvalitetsforståelsen som antas å være til dels logikkinkompatible med den medisinskfaglige og sykepleiefaglige logikken. Kvalitetsoppfatninger kan betraktes som et av kjerneelementene i de profesjonelles selvforståelse og det er sterke institusjonelle systemer knyttet opp mot kvalitet innenfor profesjonene (Kragh Jespersen, 2001). Et ledd i å studere institusjonaliseringen av det statlige målet om økt kvalitet, er å analysere hva lederne, legene og sykepleierne legger i kvalitetsbegrepet. Samtlige respondenter fikk et åpent spørsmål om hva de oppfattet som god kvalitet. Et eksempel på et svar på spørsmålet om hva som er god kvalitet innen ditt fagområde er som følger:

At de får behandling som er i tråd med internasjonale retningslinjer. At vi ikke underbehandler noen, at vi ikke lar være å behandle noen, og at de får en kvalitet som tilsvarer det nivået som blir vist i internasjonal litteratur. At den og den sykdommen skal ha den og den kvaliteten på behandlingen. (Md1)

Systematisering av svarene ble gjort gjennom en induktiv prosess hvor 17 ”emic” kategorier ble etablert. De fleste respondentene har avgitt svar som er plassert i flere kategorier, i den forstand at de eksempelvis oppfatter at god kvalitet både handler om gode behandlingsresultater og mellommenneskelig omsorg for pasienten. Det presiseres at respondentene ikke fikk presentert noen svaralternativer, og at svarene deres er uforberedte. Antagelig ville svarfordelingen sett noe annerledes ut dersom de fikk fremstilt et sett med svaralternativer som de kunne krysse av for. Denne analysen viser imidlertid hva de der og da

assosierer med god kvalitet. Dette kan gi en pekepinn på deres fortolkningsrammer knyttet opp mot kvalitet, og det kan gi en indikasjon på i hvilken grad foretakslogikken er etablert i respondentenes fortolkningsrammer.

De 17 kategoriene er plassert innenfor 5 overordnede kategorier som referer til henholdsvis *behandling*, *administrasjon*, *opplæring*, *mellommenneskelig* og *prosess*. Kodeskjemaet nedenfor gir en oversikt over stikkord knyttet til svarene og hvordan de er kodet.

<b>Behandling</b>	1. Medisiner/ Smertelindring 2. Internasjonale retningslinjer/ Registre/ Standardisere behandlingen/ standardisere prosedyrer/best practice/ retningslinjer 3. Unngå komplikasjoner/ Opptrening/ Vellykket operasjon/ Forsvarlig behandling/ Observere/ Forebygging/ oppfølging/få behandling/min med infeksjoner/ gode medisinske resultater/volumkvalitet/ pasient-sikkerhet 4. Tilgang til undersøkelser/Rett diagnose 5. Utstyr
<b>Administrasjon</b>	6. It-basert informasjon/ åpenhet om behandlingsskvalitet/ epikrisetid
<b>Opplæring</b>	7. Utdanning/ Fagkunnskap/ Opplæring/ Dyktighet/ Standardisere opplæring/ oppfølging i forhold til rutiner/ fagutvikling
<b>Mellommenneskelig</b>	8. Trygghet/ vennlighet/ ivaretagelse/ Helhet/Pleie/ Prate/Respekt/ Pasientens stemme 9. Oversikt og informasjon om pasientene/ Oppfølging/ Informasjon 10. Arbeidsmiljø 11. Fornøyde pasienter/minimalt med klager/pasienttilfredshet
<b>Prosess</b>	12. Tilgjengelighet 13. Ikke korridorbelegg 14. Kontinuitet/ høyere stillingsbrøk 15. Kort ventetid 16. Tid/ Bemanning 17. Pasientforløp/Tidlig møte med pasienten/ Liggetid (kort)

### 6-3: Kodeskjema, kvalitetsforståelse

Tabell 6.5 viser svarfordelingen innenfor de 17 kategoriene, hvor forskjell mellom avdelinger, profesjoner og ledere kommer frem. Totalt sett er flest sykepleierne opptatt av forhold kategorisert under ”trygghet/respekt” og ”gode resultater/unngå komplikasjoner”. Blant legene og lederne er flest opptatt av ”standardisering/best practice” og ”gode resultater/unngå komplikasjoner”.

**Tabell 6-5: Kvalitetsforståelse leger<sup>58</sup>, sykepleiere, ledere, avdeling**

	<b>Totalt 13 spl</b>	<b>Kir 9 Spl</b>	<b>Med 5 Spl</b>	<b>Totalt 9 leger</b>	<b>Kir 4 leger</b>	<b>Med 5 leger</b>	<b>Totalt 22 pers</b>	<b>Ledere 9 pers</b>	<b>Alle 28 pers</b>
1. Medisiner/ smertelindring	5	4	1	-	-	-	5	-	5
2. Standardisering/ best practice	-	-	-	6	1	5	6	6	9
3. Gode resultater/unngå komplikasjoner	8	5	3	5	3	2	13	5	17
4. Rett diagnose	-	-	-	2	-	2	2	-	2
5. Utstyr	-	-	-	1	1	-	1	-	1
6. Administrasjon	-	-	-	-	-	-	-	2	2
7. Opplæring	2	-	2	4	2	2	6	3	9
8. Trygghet/respekt	10	7	3	3	1	2	13	3	15
9. Oversikt/ informasjon	2	1	1	2	-	2	4	1	5
10. Arbeidsmiljø	-	-	-	1	-	1	1	1	1
11. Fornøyde pasienter	2	1	1	-	-	-	2	3	5
12. Tilgjengelighet	1	1	-	-	-	-	1	-	1
13. Korridor	-	-	-	-	-	-	-	1	1
14. Kontinuitet	1	-	1	1	1	-	2	1	3
15. Kort ventetid	-	-	-	2	1	1	2	1	3
16. Bemanning	3	3	-	1	1	-	4	-	4
17. Pasientforløp	-	-	-	1	-	1	1	4	4

Tabell 6.6 viser svarfordelingen når de 17 kategoriene er redusert til 5 ulike kategorier, og gir et litt mindre nyansert, men mer oversiktlig bilde av hva som vektlegges når respondentene skal beskrive hva god kvalitet er.

**Tabell 6-6: Kvalitetsforståelse leger, sykepleiere, ledere, 5 hovedkategorier**

	<b>Sykepleiere 13 pers</b>	<b>Leger 9 pers</b>	<b>Leger og sykepleiere 22 per</b>	<b>Ledere 9 pers</b>	<b>Alle 28 pers</b>
1. Behandling	9	9	18	8	23
2. Administrasjon	-	-	-	2	2
3. Opplæring	2	4	6	3	9
4. Mellommenneskelig	11	5	16	6	21
5. Prosess	4	4	8	6	12

Tabellen viser at det er forhold i tilknytning til behandlingskvalitet og det mellommenneskelige som er det mest sentrale sett alle gruppene under et. Nedenfor vil jeg gå nærmere inn på resultatene fra denne analysen innenfor henholdsvis ledergruppen, legegruppen og sykepleiergruppen.

<sup>58</sup> Legelederne i klinisk praksis er inkludert i både legekategorien og lederkategorien. Svarene deres er imidlertid ikke dobbelttelt under totalen.



### 6.4.1 Lederne kvalitetsforståelser

Oppfatningen av hva god kvalitet er, synes ikke å være like samstemmig blant lederne som blant legene og sykepleierne. Lederne har sin opprinnelse i ulike profesjoner, de er på ulike hierarkiske nivåer hvor både nærhet til pasientene og ansvarsområder varierer. Legelederne som også arbeider klinisk – som også er inkludert i analysen av legegruppen – preges av det medisinske kunnskapssystemet og legitimitetskriterier i den medisinske logikken i sin kvalitetsforståelse. De øvrige lederne synes å bære preg av blandede logikker i hvordan de formidler sin forståelse av hva som er god kvalitet.

Overordnet er de fleste lederne opptatt av behandlingskvalitet, i tillegg til mellommenneskelige faktorer og forhold som er kategorisert under prosess.

God kvalitet er at pasienten skal komme inn å få behandling. Det mener jeg er et av kvalitetskriteriene. God kvalitet på [NN]<sup>59</sup> avdeling er at det skal bli minimalt med infeksjoner. Og god kvalitet er at det skal være minimalt med klager, enten over feilbehandling eller at pasienten ikke har vært fornøyd. De tingene tror jeg at jeg ville prioritert høyest. Også er noe av kvalitetstegnene på en post - det er å ikke ha korridorbelegg. Ja og når jeg sier at pasienten – det med klager både på det faglige, altså på sykepleietjenesten, legetjenesten, men også på opplevelsen. Altså folkeskikk. Måten vi tiltaler hverandre på og snakker med hverandre på. (Klm)

Både i sitatet ovenfor og hos enkelte andre ledere kan det gjenkjennes noen elementer fra de nasjonale kvalitetsindikatorene og til dels en form for markeds kontroll:

Ja, altså bortsett fra det operasjonstekniske, altså at man ikke får komplikasjoner, ikke sant etter operasjonene, og tilfredse pasienter. Det må vel være fremste mål. Dette, vi snakker om de.. at vårt sykehus skal være førstevalget, at det er målet ikke sant. Og at pasienten reiser fra oss, er tilfreds og kan tenke seg igjen å komme tilbake. Sånn overordnet må det være det. Bli tatt godt i mot og føler seg trygge og ivaretatt. (Kla)

De nasjonale kvalitetsindikatorene, slik de er utformet, synes å ha noe begrenset legitimitet blant lederne, men det er noe som de fleste har et visst forhold til.

Intervjuer: Du nevner korridorpasienter og...

**Informant**: Det er det ikke jeg som har bestemt. Det er sånn utslag av at ja, ja, vi får måle det vi klarer å måle, så får det være våre kvalitetsindikatorer. Det kommer ikke fra meg. Det kommer fra RHF. Korridorpasienter synes jeg egentlig er helt uinteressant, men det er klart at hvis en ligger med ti femten i gangen til enhver tid så er det ikke greit for de pasientene. Men realiteten her er at det kanskje er en eller to. Og den sengen er som regel tom for den pasienten er på permisjon. [...] Vi ligger jo bra på prosentene for korridorbelegg, så det er ikke noe å si på. Epikrisetiden skjønner jeg er viktig i forhold til kommunehelsetjenesten. (Kt)

Enkelte ledere skiller eksplisitt mellom ulike typer kvalitet, og synes noe kritiske til at kvalitetsmålinger som ikke måler resultat kvalitet/behandlingskvalitet, får stå alene som indikatorer for kvalitet i helseforetakene:

---

<sup>59</sup> Kirurgisk

Jeg tror pasienttilfredshetsundersøkelser som spør ”har du hatt det fint hos oss”, også svarer 90 % ”ja”, så nytter det ikke for oss og slå oss på brystet og si at vi er et sabla godt sykehus. For de svarer egentlig på service kvaliteten, ”var det hyggelig her”. Og det er veldig bra at de syns det, men dette dreier seg mye om resultater, og da er det resultater i forhold til hva er det forventet av - har du en blindtarmbetennelse så skal du i utgangspunktet gå frisk igjen ut igjen dagen etterpå med et lite snitt på 2 cm. Og hvis du gjør det så er det fint. Men hvis du ikke kommer ut igjen før etter ti dager fordi du har pådratt deg en sykehusinfeksjon, så er det for dårlig kvalitet. [...] Hvis jeg skal være veldig teoretisk så vil jeg si at jeg ville tenke hva som er standard forventet outcome av den prosedyren som skal gjøres i forhold til et best practice nivå. Dette er det nivået norske sykehus skal være på. Og da skal vi levere på det. Eller over. [...] Derfor er jeg veldig skeptisk til pasienttilfredshetsundersøkelser når de får lov å stå alene. Det er en del av det, men det er altfor lite. (Kt)

Lederne med legebakgrunn og flere av lederne med sykepleiebakgrunn er opptatte av standardisering både i forhold til prosedyrer og opplæring.

Ja, det jeg ser på er den faglige kunnskapen, at vi har prosedyrer i avdelingen hvor en har kontroll på kompetanse når det gjelder det elektriske utstyret, pumper og sånn teknisk utstyr, og når det gjelder hjerte-lunge redning, brannrutiner. Altså at vi har en kontroll på at vårt personale har vært igjennom og kjenner til våre rutiner. At vi har et tilbud på fagutvikling i avdelingen, internundervisning, kursvirksomhet. Det er innenfor kompetansebiten. Når jeg tenker kvalitet, så tenker jeg også at det finnes gode pasientforløp. Der en vet hva type pasient skal igjennom, at forløpet er lagt. Det mener jeg er med på å øke kvaliteten. Holdninger og respekt... (Mla)

Det statlige målet om kvalitet er oversatt organisatorisk gjennom opprettelse av kvalitetssystemer (TQM), etablering av ulike kvalitetsutvalg, brukermedvirkning satt i system, samordning og standardisering av prosedyrer og noe opplæring, samt databidrag til de nasjonale kvalitetsindikatorne. Blant lederne er disse strukturelle endringene i varierende grad oppfattet som sentrale. Særlig er TQM og kvalitetsutvalgene formidlet som viktige styringsredskaper i forhold til kvalitetskontroll. Generelt synes det som om lederne er opptatte av kvalitetsutvikling og kvalitetssystemer, og mange anser kvalitetsarbeidet som en viktig lederoppgave, og strukturen rundt de forskjellige kvalitetsrådene – som består av mange ledere – kan tolkes som en underbygging av dette. Overordnet synes det som om det *organisatoriske ansvaret* for kvalitet er tydeligere strukturert enn tidligere. Samtidig som det også synes å være varierende hvilken legitimitet og hvilken sentralitet de ulike kvalitetsanordningene har.

#### **6.4.2 Legenes horisontale kvalitetsorientering**

Samtlige leger er opptatt av behandlingskvalitet, hvor de særlig nevner standardisering/”best practice” og gode resultater/unngå komplikasjoner. Følgende sitater illustrerer typiske legeutsagn på spørsmålet om hva som er god kvalitet:

For oss er det selvfølgelig fokus på pasientskader, at diagnostikk, behandling, pleie, hele pakka rundt oppfølging, forebygging – den skal være optimal. Det skal være på et internasjonalt godt nivå. (Md2)

Ja, det er jo god kvalitet for eksempel, det er jo såne kvalitetskriterier i hofteregistre – hvor mange, hvor lenge hofteprotesene holder. Hvor mange må man skifte ut per år. Det er god kvalitet. Såne ting er jo eksakte kvalitetsmål da... Det er klart vi prøver jo å bruke metoder som er gode, ut i fra evidence based medisin, ut fra hofteregistre, kne registre – disse registrene vi har. Det er jo derfor vi har disse registrene. Vi prøver å legge oss på de behandlingsmetodene som er dokumentert. (Kd1)

Blant legene synes det å være stort fokus på kvalitetssikring og utvikling av kompetanse, men dette synes å være forholdsvis løst koblet fra nye organisatoriske og nasjonale innovasjoner på kvalitetsområdet. Legene holder på med sine prosjekter, hvor det medisinske kunnskapsgrunnlaget og klankontrollen dominerer.

At pasienter får rett diagnose, rett behandling, rett oppfølging og god forebygging. Det er det viktige for oss. Det spiller ingen rolle med epikrise tid eller liggedøgn, eller dopapirforbruk eller hva de nå teller. Det er det vi er opptatt av. Det som er guidelines innenfor vårt område, det som er anbefalt, som er dokumentert. Ikke i Norge, men på et internasjonalt nivå. At den behandlingen skal vi også kunne gi. (Md2)

Legenes orientering mot internasjonale standarder og medisinske registre som grunnlag for å vurdere og evaluere behandlingskvaliteten kan relateres til Evidence Based Medicine (EBM). De fleste legene i studiet anvender riktignok ikke dette begrepet, men det fenomenet de referer til synes å være nokså synonymt med følgende innholdsforståelse av EBM:

EBM var ett sätt att disciplinera professionen inifrån med hjälp av evidensregler och systematiska granskningar som skulle informera läkarkåren om hur den skulle fatta rätt beslut om åtgärd samt genom att föreskriva en ordning för medicinskt beslutsfattande (Hult, 2006:93-94).

Fokuset på riktige prosedyrer og rutiner som er tuftet på medisinsk forskning på internasjonalt nivå, synes å være godt integrert i de fleste legenes fortolkningsrammer. Den standardiseringen EBM representerer har vært omdiskutert, og noe av kritikken har vært at EBM utfordrer legenes ekspertrolle (ibid). Samtidig har EBM sin opprinnelse blant legene, og kan også ses på som et motsvar til andre utviklingstendenser i helsetjenestene som er basert på andre legitimitetskriterier enn de medisinske (ibid).

En del av den medisinskfaglige kvalitetssikringen ved begge avdelingene er knyttet opp mot ulike former for kvalitetsmålinger som registreres i ulike medisinske registre. Disse registrene offentliggjøres ikke, men har en funksjon som intern overvåkning av kvaliteten over mange år:

Ja, jeg synes det er viktig at vi har kvalitetsindikatorer på det arbeidet vi gjør. [...] Da kan vi kontinuerlig overvåke kvaliteten på behandlingen. (Md1)

Den løse koblingen mellom de organisatoriske og nasjonale kvalitetssystemene og de faglig drevne kvalitetssystemene illustreres ytterligere av følgende sitat fra klinikksjefen på kirurgen:

Vi deltar nå i de nasjonale kvalitetsregistrene. Også viser det seg – jeg begynner å finne ut av det nå, jeg visste ikke om det – at det er masse sånne små lokale kvalitetsregistre, hvor de legger inn sine egne operasjonsresultater. Kanskje kollegaene kan se det, men det er veldig hemmelig. (Kt)

Legene refererer i svært liten grad til de nyere organisatoriske kvalitetssystemene som har blitt etablert ved det lokale helseforetaket. Det synes som om at det medisinske kunnskapsgrunnlaget er det legitime fundamentet for kvalitetsforståelsen. Verken markedskontroll eller hierarkisk kontroll ser ut til være viktige for legene som ansporing til høyere kvalitet. De er bærere av en *horisontal kvalitetsorientering* der de søker etter internasjonale standarder og retningslinjer for behandling, hvor klankontroll er den viktige og legitime kontrollformen. Et eksempel på dette er hvordan legene forholder seg til de nasjonale kvalitetsindikatorene<sup>60</sup>. Enkelte av legene vet ikke hva jeg snakker om når jeg nevner kvalitetsindikatorene:

Det har jeg ikke sett. Jeg vet ikke hva du prater om. Det har jeg ikke noe forhold til. Men jeg er veldig opptatt av kvalitet i forhold til de pasientene jeg møter på. (Md3)

De legene som kjenner til de nasjonale kvalitetsindikatorene har et perifert forhold til dem. Indikatorene oppfattes verken viktige, relevante eller legitime:

Det det er mest snakk om er jo epikrise-tid da. Den skal ned. Vi er best i klassen og det fikk vi 10 000 kroner i premie for, så vi kunne ha pølsefest. Det er så barnslig at... det er sant, det er det verste. Det ble ikke pølsefest da, men et kurs i stedet. Men det har vi fokus på. Vi er veldig gode til å skrive epikriser innen en uke. Men det spiller jo ingen rolle. Det er jo viktig. Alt er viktig, men det viktigste er at man har et godt tilbud når det gjelder behandling. (Md2)

De sier jo ikke så mye om kvalitet da. De sier noe om hvor lenge man har ventet på de forskjellige.. på epikrise tid og.. Tror ikke folk er så veldig opptatt av epikrise tiden når de skal opereres. Det er veldig vanskelig å måle kvalitet selvfølgelig, men til nå har man ikke gjort noen forsøk på det altså. (Kd1)

Spesifikt synes det ikke som om de nasjonale kvalitetsindikatorene har noen innflytelse på legenes kvalitetsforståelse. Legene synes å ha et selvstendig driv etter å kvalitetssikre deres profesjonelle arbeid, og det kan virke som om de ikke oppfatter organisatorisk eller ekstern kontroll som truende så lenge kontrollen er basert på det medisinske kunnskapssystemet. Avvisningen av andre former for kontroll ser ikke ut til primært å bunne i en bevisst interessekonflikt i tilknytning til legenes profesjonaliseringsprosjekt, men mer at annen form for kunnskap ikke oppfattes som gyldig eller relevant. I den grad andre former for

---

<sup>60</sup> De nasjonale kvalitetsindikatorene måler infeksjonsrate, epikrisetid, antall korridorpatienter, pasientopplevd service og ventetid ved sykehuset.

kvalitetskontroll enn klankontrollen blir etablert som reelle utfordrere til legenes hegemoni, vil det ikke være usannsynlig at legenes egeninteresser vil kunne være en sterkere pådriver for å opprettholde den institusjonelle klankontrollen enn det dataene synes å illustrere i denne undersøkelsen. I et svensk forskningsprosjekt – *Strävan efter transparens* – konkluderes det med at det profesjonelle arbeidet er i ferd med å endres ved at mer av det profesjonelle arbeidet går med på å delta i ulike granskninger, evalueringer og reguleringer (Hult, 2006). Denne deltagelsen gir de profesjonelle mer innflytelse, samtidig som det gir et bilde av at granskninger, evalueringer og reguleringer kan betraktes som en integrert del av det profesjonelle arbeidet og ikke et fremmedelement (ibid). Forfatterne skiller dog mellom offentlig, organisatorisk og profesjonell transparens, og i den grad det er snakk om profesjonell transparens er legene i min studie aktive i forhold til enkelte nasjonale og lokale medisinske kvalitetsregistre. Det finnes mange slike lokale og nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor avgrensede medisinske områder, drevet frem av de medisinske fagmiljøene, som ikke har vært koordinert av andre enn faggruppene selv (Saunes & Danielsen, 2005; Sosial - helsedirektoratet, 2006). Det lokale eierskapet i forhold til de medisinske kvalitetsregistrene er tydelig, men data fra disse registrene er ikke offentlig tilgjengelig – de representerer mer profesjonell transparens enn offentlig transparens – og kan derfor ikke danne et grunnlag for økt markedskontroll.

Den økte brukerorienteringen som man på nasjonalt hold har vektlagt gjennom pasientrettigheter og etableringen av et kvasimarked, synes å ha preget legenes fortolkningsrammer i begrenset grad. De fleste legene referer implisitt til pasientene som *trengende* mer enn som *brukere*:

Vi jobber jo mye med en gammel pasientgruppe, skrøpelige gamle pasienter, og det er mye menneskelig oppi her også. Å ta vare på menneskene, og ikke bare på det faglige, med prøver og røntgen bilder etc. Og det forsømmes nok noe, for det har vi ikke tid til. Mange eldre er engstelige for å reise hjem for de bor alene og har ingen til å ta hånd om seg og nettopp vært syke og vært på sykehus. Det kan godt hende sånn rent faglig at de like godt kan skrives ut den dagen som neste dag, men for dem så kan det ha stor betydning om de kan være en dag ekstra. (Md4)

Lederen ved kirurgisk avdeling viser allikevel til at en del pasienter har mer kunnskap og medvirker mer enn tidligere, samtidig som det også er mange pasienter som vil overlate avgjørelser til legene:

Det er veldig mange pasienter som vil at legen skal si om de skal opereres. Det er liksom sånn på poliklinikken...vi drar litt på det: ja, men det er du som må bestemme det selv, sier jeg. Du må bestemme det selv, jeg kan bare informere. Nei kan ikke du si det..? (Kd1)

Jevnt over synes det som om at legene er positive til økt kunnskapsnivå hos pasientene og at pasientene generelt har fått flere rettigheter, men det er ikke noe de er spesielt opptatt av.

Legene har en horisontal kvalitetsorientering, hvor de forholder seg til fagpersoner og fagkunnskap på tvers av sykehus og landegrenser, der internasjonale retningslinjer har mer fokus i deres fortolkningsrammer enn det pasientrettigheter har. Det synes som om at de bryr seg om pasientenes rettigheter, men de er langt mer opptatt av at de ivaretar pasientenes behov best ved å fokusere på hva som er medisinskfaglig riktig.

### **6.4.3 Sykepleiernes holistiske kvalitetsorientering**

Tilnærmet alle sykepleierne nevner kvalitetsdimensjoner som er knyttet opp mot det mellommenneskelige aspektet, der det er særlig trygghet/respekt som står i fokus.

Det er jo og på en måte også se pasienten tenker jeg. Da tenker jeg ikke bare rett og slett ikke bare det med hofta – og se litt hva trenger den og hvordan skal det fungere hjemme. Hvem har det personlige nettet som og kan bidra og hjelpe til og... Også selvfølgelig at det er forsvarlig behandling, og en respektfull måte å snakke med pasientene på, tenker jeg er kvalitet. (Ks2)

Denne dimensjonen fremstår som viktig for de aller fleste sykepleierne, men tabellen viser at behandlingskvalitet også er viktig for mange av sykepleierne. I løpet av intervjuene fremhever alle sykepleierne at kvaliteten på selve behandlingen er viktig. Men de har selvsagt ulike roller sammenlignet med legene og lederne i forhold til å oppnå god behandlingskvalitet.

Altså, god kvalitet det må jo være at du har tid til å observere pasienten. Det er jo kvalitet. At du kan observere hva som feiler pasienten, og kanskje hvor har han vondt. At pasienten har tid til å fortelle deg hva det er som plager han. Det er jo kvalitet. Og kvalitet er naturligvis at du gir riktig medisiner til riktig pasient og kontroll og alt dette her. Det er jo veldig mye dobbelsjekking, da. Og det tar mye tid når du hele tiden når du skal gi medisiner – intravenøse og intramuskulære ting så skal det dobbelkontrolleres, og narkotika. Det er klart at det også – det er bra, veldig bra at det blir kontroll på det, men alt dette her tar jo litt tid. Så akkurat det er jo kvalitetssikring da. (Ms5)

Litt enkelt sagt står legene ansvarlig for og gjennomfører selve behandlingen, sykepleierne understøtter behandlingen, mens lederne tilrettelegger rammebetingelser for behandlingen. Svarfordelingene på hva som er god kvalitet illustrerer de ulike rollene og oppgavene respondentene har.

Ut i fra datamaterialet kan det synes som om at foretakselementene i den statlige forståelsen av kvalitet i svært liten grad er institusjonalisert inn i sykepleiernes fortolkningsrammer. Ingen av sykepleierne har hørt om de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Sykepleierne snakker ikke om gjennomsiktighet, markedskontroll og brukerrettigheter. Disse funnene er imidlertid ikke helt i samsvar med tendenser som er tydelige i sykepleiernes fagforening, NSF, hvor man synes i større grad å ha omfavnet den statlige kvalitetspolitikken og særlig brukerorienteringen (for eksempel Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010; Norsk

Sykepleierforbund, 2008a). Lederen i NSF, Lisbeth Norman, sier i forordet til et prosjekt i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten følgende:

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) nasjonale kvalitetsprosjekt ... *med pasientens øyne*... har tatt brukermedvirkning på alvor og fulgt opp nasjonale målsetninger om at pasientmedvirkning skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene. Som en del av NSF's ledersatsing har prosjektet bidratt til å styrke fokus på pasientenes medvirkning og ledernes ansvar for kvalitetsutvikling. Brukerperspektivet er en av bærebjelkene i nasjonal helseplan og hensiktsmessig pasientmedvirkning er en forutsetning for en positiv utvikling av morgendagens helsetjenester (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010).

Brukerperspektivet relaterer til det sykepleiefaglige fokuset på pasientenes opplevelse av situasjonen som er en del av den sykepleiefaglige logikken. Sykepleierne er fokusert på pasientenes behov og at de skal være fornøyde, men det er ingen utsagn i intervjuene som tyder på at de ser på pasientene som *brukere* i betydningen ”empowering service users” eller ”discriminating customers” (Newman & Vidler, 2006). Uten å ha fått direkte spørsmål om det, er det mange av sykepleierne som omtaler pasientene som ”trengende”, men ingen som refererer til pasientene som rettighetsfokuserte brukere:

Jeg tror mange gruer seg, for det er jo noen som er syke og må innlegges på sykehuset, og da tror jeg de gruer seg for å reise på sykehus når de er langt borte. For hadde det vært i nærheten så kunne de i alle fall hatt familien hos seg, eller venner, eller... Jeg tror de er opptatt av det. [...] ... det er en del som tenker sånn altså. Syns det er grusomt å være vekk. Så det tror jeg er verre for pasienten. Og har du det ikke bra, så går det ikke så bra med sykdommen. Eller du blir enda sykere. Alt blir bedre hvis du er i godt humør, og hvis du har det greit. Ikke har det så mye vondt. Du glemmer smerter. Sånn er det i alle fall med operasjonspasienter, og det tror jeg og er med medisinske pasienter altså. Har de greit både fysisk og psykisk, så blir de fortere friske. Du vet, det kan ikke nytte og bli sendt langt av gårde hvis du mistrives. (Ks3)

I forbindelse med at sykepleieren i sitatet under forteller at de deler ut noen skjemaer til alle pasientene som handler om hvem som er deres lege og hvordan pasienten eventuelt kan klage, forteller hun om responsen hun får fra pasientene:

Nei, jeg tror ikke de skjønner hva det er for noe. ”hva er dette her for noe? Åssen skal vi gjøre dette her?” Nei, jeg tror det står for mye på dem. Det er to ark som det er altfor mye skrift på. Jeg tror ikke de skjønner helt hva dette her innebærer. Og mange av våre pasienter er jo eldre mennesker [...], og de er ikke så interessert i å lese det en gang. (Ms5)

Sykepleiernes kvalitetsforståelse synes å være jevnt over knyttet opp mot det holistiske synet på mennesket, der respekt og omsorg for pasienten står sentralt, og opp mot den rent medisinske behandlingen og deres oppgaver i tilknytning til behandlingen. Denne tilnærmingen til kvalitet, og det kunnskapsgrunnlaget som ligger implisitt i denne tilnærmingen, har klare linjer til den tradisjonelle sykepleiefaglige logikken som er beskrevet i kapittel 4.

Også det organisatoriske ansvaret for kvalitetsutvikling og kvalitetssikring, der særlig lederne har en sentral rolle, blir fremhevet som betydningsfullt av NSF (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010; Norsk Sykepleierforbund, 2008a). TQM, som er en konkretisering av dette, synes å være både legitimt og omsatt i praksis på ledernivå. På spørsmål om hva som gjøres ved avdelingen for å sikre eller øke kvaliteten er den tydeligste tendensen at det sykepleierne svarer har forholdsvis liten sammenheng med de organisatoriske oversettelsene av det statlige målet om økt kvalitet. Et eksempel er fra kirurgisk avdeling, hvor to av sykepleierne svarer følgende på spørsmål om hva som gjøres ved avdelingen for å sikre og øke kvaliteten:

Nei, altså, det er opp til den som er på jobb, hva den syns. (Ks3)

Det går jo mye på å dokumentere da. Alt skal dokumenteres. (Ks8)

Ved medisinsk avdeling svarer to av sykepleierne slik:

Altså, det er blitt sånn at vi dobbeltsjekker alt intravenøst for eksempel, det er blitt veldig nøye. Også har vi jo sånn prosedyreopplæring stadig vekk da, som vi må igjennom at du kan prosedyrene, at du vasker deg ordentlig på hendene og... (Ms 6)

Jeg syns ikke det er så veldig mye kurs for oss. Det er det ikke. Det syns jeg godt det kunne vært. Vi har jo prøvd å ha noen kurs og møter her på avdelingen, men jeg syns det er lite kursvirksomhet og, ja oppdatering for vår del. (Ms 5)

Sykepleiernes svar er fragmenterte og reflekteres i liten grad av de organisatoriske kvalitetssystemene som er etablert. I lys av den organisatoriske oversettelsen av det statlige målet om økt kvalitet er det er lite grunnlag for å si ut i fra dataene at det blant sykepleierne er en felles forståelse av det kvalitetsarbeidet som gjøres ved avdelingen. Samtidig synes det å være en nokså samstemmig forståelse blant sykepleierne i forhold til hva god kvalitet er.

#### **6.4.4 Kvalitet versus produktivitet**

Kvalitetsutvikling i helsetjenestene er definert som et sentralt mål i den norske helsetjenesten (se for eksempel Sosial - og helsedirektoratet, 2005; St.meld. nr. 24, 1996-1997; St.meld. nr. 26, 1999-2000). Det er imidlertid få av legene og sykepleierne som har oppfattet at kvalitetsutvikling er en sentral målsetning fra statlig hold og fra organisatorisk hold. Derimot synes det som om det er en kollektiv fortolkning blant særlig legene om at de nasjonale reformene og endringene ved det lokale helseforetaket *ikke* har vært gjennomført for å øke det de opplever er kvalitet i tjenesteytingen:

Jeg vet ikke helt hva de mener med kvalitet, men på meg så virker det kanskje sånn at når man snakker i fra staten om kvalitet så mener de bare produksjon – og hvordan resultatet blir er totalt uvesentlig på en måte. Sånn opplever jeg det. (Kd5)



Nei, jeg føler, altså det at det er mer økonomien som styrer enn det er kvaliteten. Og nå skal vi spare igjen. (Md5)

Det er på nasjonalt hold mye fokus på kvalitetssikring og kvalitetskontroll, samtidig som de utøvende profesjonelle forteller om dårlig opplæring, travelhet som kan føre til feil og lite tid til faglig oppdatering. Det er store utfordringer knyttet opp mot å utforme en nasjonal kvalitetspolitikk som både ivaretar de ulike aspektene ved kvaliteten i et sykehus og i tilknytning til de ulike profesjonsgruppene, og samtidig sørger for gjennomsiktighet og tilstrekkelig kontroll av det profesjonelle arbeidet. Det gjør det ikke mindre utfordrende at produktivitetskravene er såpass omfattende og tydelige.

Legene er svært opptatt av kvalitet, men det synes ikke som om de anser organisasjonens og de statlige virkemidlene som relevante. Legenes horisontale kvalitetsorientering, der internasjonale standarder for behandling og klankontroll gir det legitime grunnlaget for kvalitetsvurderinger, står i sterk kontrast til kvalitetskontroll gjennom et kvasimarked basert på det legene oppfatter som perifere og uvesentlige kvalitetsindikatorer. Imidlertid fremhever legene at det er vanskelig å lage gode indikatorer som gir et godt informasjonsgrunnlag for valg av sykehus. Kompleksiteten i behandlinger, diagnoser og kontekstuelle forhold som kan innvirke på behandlingsresultatene, lar seg vanskelig fange inn i forenklede indikormålinger som kan være forståelig for de fleste (Winblad Spångberg, 2006). Det organisatoriske avvikssystemet står ikke nødvendigvis i motsetning til den legefaglige kvalitetsorienteringen, men synes ikke å ha en særlig sentral rolle i legenes kvalitetsarbeid. Samtidig viser datamaterialet at legene opplever at travelheten i det lokale helseforetaket skaper mindre rom for det *virkelige* kvalitetsarbeidet, hvor fagutvikling, forskning og opplæring, basert på det medisinskvitenskapelige kunnskapssystemet, er sentrale elementer.

Sykepleierne opplever at omsorg, som er det viktigste i deres kvalitetsforståelse, blir nedprioritert. De formidler at de tilnærmet aldri får dra på kurs, sjelden får undervisning, blir fjernet fra fagmiljøet (medisinsk avdeling), skal utvide oppgavespekteret (ikke spesialiseres), har lite tid til opplæring av nyansatte og vikarer, er usikre på vikarenes og de nyansattes kompetanse, og ikke minst at de har lite tid til å utøve pleie og omsorg. Kvalitetsaspektet i faget deres synes nokså truet, og de kan vanskelig se at endringene handler om å øke kvaliteten. Samtidig formidler en del av sykepleierne at det har vært en stor utvikling i behandlingsmetoder, og at kvaliteten slik sett har blitt bedre. Dette handler imidlertid om en legefaglig utvikling, og ikke om organisatoriske kvalitetstiltak. De organisatoriske

kvalitetssystemene synes ikke å være et svar på de utfordringene mange av sykepleierne oppfatter som relevante å ta tak i for å sikre og øke kvaliteten på de sykepleiefaglige tjenestene. I sykepleiens natur ligger det at en del av det sykepleiefaglige arbeidet vanskelig kan vurderes ut i fra objektive kriterier, men er avhengig av subjektive vurderingskriterier fra pasientene eller sykepleierens egen opplevelse av om hun/han har gjort en god nok jobb. Endringene i den mellommenneskelige dimensjonen i sykepleie kan medføre at sykepleiernes subjektive kriterier for hva som er god nok sykepleie endres for å tilpasses de organisatoriske betingelsene de jobber under. Brukerorienteringen i den norske kvalitetspolitikken er prinsipielt rettet mot pasientenes subjektive oppfatning av behandling og service, noe som ideelt sett skal bidra til at sykepleierne og annet helsepersonell legger vekt på hvordan pasientens opplevelse er. Imidlertid synes det som om ressursinnstramminger har mer innvirkning på endringene i sykepleiernes profesjonelles arbeid enn det brukerorienteringen har. Den desentraliserte norske kvalitetspolitikken taper oppmerksomhet i konkurransen med de langt mer regulerende og målbare produktivitetskravene.

Oppsummerende synes det å være ulike oppfatninger mellom leger, sykepleiere og ledere – og til dels internt i gruppene – av det statlige målet om økt kvalitet, nasjonale og organisatoriske tiltak for å oppnå denne målsetningen, samt hva som ligger i begrepet *kvalitet*. De fleste er opptatt av at helsetjenestene skal være av god kvalitet, men de forskjellige oppfatningene av hva kvalitet er og hvordan en skal oppnå kvalitet, illustrerer hvordan ulike logikker konkurrerer og møtes i et komplekst samspill som igjen bidrar til ytterligere divergerende virkelighetsoppfatninger.

Som en avsluttende kuriositet på dette avsnittet, lar jeg en av sykepleiernes oppfatning av det lokale helseforetakets inspirasjon fra den private servicebransjen få tale for seg selv:

... det virker nesten litt sånn komisk – for eksempel nå når foretakene ble slått sammen, skulle man gi, sånn som du sier, en veldig god kvalitet. De skal føle at de er på luksushotell som private sykehus i USA, og vi mister mange stillinger, ikke sant, samtidig så bruker de mange millioner kroner på å lage informasjonsbrosjyrer som er in i tiden – litt sånn postmodernistiske logoer – også får vi en sånn penn som vi må levere pasientene, også et lite kort hvor vi skal skrive pasientens navn som de kan ha på nattbordet. De skal føle seg veldig individuelt tatt vare på. Men når vi fikk pasientene så er avdelingen overfylt, så pasientene måtte ligge i gangen med skjerm Brett og et nattbord som så vidt fungerte. Og da føler du det litt latterlig å forsøke å plassere det kortet ved siden av på gangen og... Så det stemmer ikke med det vi trengte, at pasientene i alle fall fikk et sted å være å ha et privatliv på et rom. Så det er sånne ting som virker nesten litt sånn komisk. Men selvfølgelig, hensikten er god. (Ks5)

## **6.5 Det er ikke noen butikk dette her, altså!**

Organisasjonsidentiteten, som er de karakteristikkene ved organisasjonen som medlemmene oppfatter som sentrale, distinkte og varige (Albert & Whetten, 1985), ser ut til å utfordres. Analysen av både nye organisatoriske betingelser og endringer i det profesjonelle arbeidet belyser dette. Dette synliggjøres også ved at en del av lederne har integrert begreper som preges av foretakslogikken i sine beskrivelser av det lokale helseforetaket og de aktivitetene som foregår i organisasjonen. Begreper som benyttes, og hvordan de anvendes kan bidra til kunnskap om legitimitetskriterier og fortolkningsrammer (Suddaby & Greenwood, 2005).

Jeg føler at begreper som produktivitet, effektivitet, produksjonen vår – det er jo sånn som ingen torde å si for fem, seks, syv år siden. Så hvis noen prøvde seg så blir du bare kuttet rett ned. Det var et fyord i vårt system før. Nå hører jeg de mest garvede legene snakke om produksjon. Det har kommet med reformen. Helt klart. Eller om det er kommet med reformen eller om det har kommet med en kulturell endring som skjer innenfor offentlig sektor og offentlig sektors forståelse av seg selv, det vet jeg sannelig ikke. (Kt)

Sitatet ovenfor er illustrerende for hvordan flere av respondentene opplever at selve organisasjonen endrer seg. Men særlig er alle uttalelsene om hva sykehuset *ikke* er, en illustrasjon på at en tidligere institusjonalisert forståelse av sykehusets tradisjonelle organisasjonsidentitet er truet. Sitatene nedenfor er noen eksempler på hvordan mange av de profesjonelle markerer avstand til bedriftstankegangen i helsevesenet:

Så tempo, altså en skal behandle mange, men det skal være kvalitet på det en gjør altså. Det er ikke for at du skal ha mer.. det er ikke noe butikk dette her, altså. Det er mennesker vi jobber med. Det er ikke noen butikk, hvor du kan betale så mye og så er du ferdig med det. Og det må vi ikke glemme eller fokusere vekk på. (Ms5)

Altså, jeg tror nok det at du kan ikke måle helse og helsevesen på lik linje med private bedrifter. I en privat bedrift kan du styre økonomien i en mye større grad enn det du kan hos oss. Altså, pasientene kommer om du vil eller ei. Vi kan ikke si ”ok, nå er det ikke penger til det”. Men med en båt så kan du si at ”ok, nå kan vi ikke lage flere båter for nå er det ikke mer økonomi”. Men det kan du ikke i helsevesenet. (Ms2)

Jeg tror jo at det er gunstig at de som styrer sykehus også har jobbet i systemet og veit hva som skal til og hvor mye ressurser som kreves. Jeg syns det er betenkelig at det er for mange byråkrater i systemet som bare tenker økonomi. I hvert fall i et system som et sykehussystem. Vi er jo ikke en bedrift! (Kd3)

Mange av respondentene formidler en opplevelse av at sykehuset er i ferd med å endres, og at en ”bedriftsidentitet” ikke er kompatibelt med det man gjør på et sykehus. De profesjonelles jobb er å ta seg av pasientene og ikke først og fremst passe på pengene.

Jeg syns jeg hører ordet sparing hele tiden. Det er ikke så bra. For du sitter litt sånn mellom barken og veden når du skal spare og pasientene er sinte fordi de føler at de ikke får det de har krav på da. Om det er reelt eller ei det kan jeg ikke si noe om, men det er ofte en litt dum situasjon å havne i når du skal både være behandler og den som hele tiden skal passe på pengesekken. (Kd2)

Både de profesjonelles identiteter og sykehusets organisasjonsidentitet utfordres av foretakslogikken, samtidig som det av mange uttrykkes motstand mot disse endringene, noe som både synliggjør tidligere tatt-for-gitt forståelser, og viser at de nye endringene ikke oppfattes som legitime.

Som et ledd i å studere institusjonaliseringen av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet, og hvordan organisasjonsidentiteten utfordres, har jeg gjort en oversiktsanalyse av hvilke begreper som kan assosieres med foretakslogikken respondentene anvender, og hvordan de refererer til disse begrepene. Røvik (1998) argumenterer gjennom sin *virusteori* for at frikoblinger mellom språk og praksis som oftest ikke er permanente. Nye begreper og uttrykksmåter kan langsomt nedfelle seg og prege aktivitetene i organisasjonen, ved at innarbeidede aktiviteter speiles i mot og justeres i forhold til de nye begrepene (ibid). Dette kan medføre at man gradvis endrer kriterier for hva som er legitime og passende handlinger, og det kan bidra til å endre på hva lederne og de profesjonelle oppfatter som sentrale, varige og distinkte karakteristikk ved sykehuset.

Ut i fra intervjuene har jeg registrert alle begreper som kan assosieres med foretakslogikken og de organisatoriske løsningene som er anvendt i oversettelsen av reformene. Til sammen har jeg registrert ca 90 begreper og notert ned hvilke og hvor mange av de intervjuede som anvender disse ordene. Ikke alle begrepene er såkalte moderne begreper, men de kan relateres til foretakslogikken som reformene og de statlige målsetningene til dels er preget av. Tabell 6-7 viser en oversikt over de mest anvendte begrepene innenfor de ulike gruppene:

**Tabell 6-7: Nøkkelbegreper**

	Alle	Alle minus 1	Alle minus 2	Alle minus 3
--	------	--------------	--------------	--------------

<b>Sykepleiere Kirurgisk avdeling</b>	<i>Sparing</i>	<i>Nedskjæring<sup>61</sup> (7/8)</i>		<i>Effektivitet (5/8)</i>
<b>Sykepleiere Medisinsk avdeling</b>	<i>Sparing, effektivitet</i>		<i>Liggetid (3/5)</i>	
<b>Leger Kirurgisk avdeling</b>	<i>Koding</i>	<i>Sparing Effektivitet Budsjett Produksjon Ventelister (3/4)</i>		
<b>Leger Medisinsk avdeling</b>	<i>Sparing, Liggetid koding</i>	<i>Effektivitet (4/5)</i>		
<b>Ledere</b> (eksl legeledere i klinisk arbeid)	<i>Sparing budsjett</i>	<i>Drift Inntekter pasientløp (5/6)</i>		
<b>Ledere</b> (alle)	<i>sparing</i>	<i>Budsjett (8/9)</i>	<i>Drift Effektivitet Inntjening (7/9)</i>	

Analysen viser at samtlige intervjuede, bortsett fra en lege, anvender ordet *sparing*. De fleste innen alle gruppene bruker også begrepet *effektivitet*.

Nei, jeg syns at omstilling – du tenker på å få de i store grupper – så har det med effektivitet og gjøre. Jo større en avdeling blir, dess mer – hva skal jeg si for noe – du blir ikke så nær pasienten lenger. Det skal gå så fort. Og det er det alle sykepleiere strever med, at ting går veldig fort. (Ms5)

Bortsett fra begrepet *nedskjæring* er det få felles begreper som brukes av sykepleierne på kirurgen. Sykepleierne på medisin anvender begrepene *liggetid* og *korridorbelegg*, men få felles begreper utover dette. Samlet anvender hver sykepleier i snitt 3,5 begreper hver relatert til foretakslogikken. Legene anvender samlet i snitt ca 11 begreper hver innenfor denne terminologien. Alle legene snakker om *koding*. Flere snakker om *produksjon* og *produktivitet*, særlig på kirurgen. To eksempler på dette er:

Hvis det blir altfor mye fokus på produksjon og operasjoner så kan det gå utover oppfølgingen av pasienten. (Kd3)

... det er bare det at når vi skal øke produktiviteten og øke antallet operasjoner uten å medføre ekstra bemanning, så tror jeg det kan forringe kvaliteten. (Kd2)

På medisin snakker legene om *liggetid*, *inntekter* og *korridorbelegg*. Til sammenligning snakker lederne om *budsjett*, *drift*, *inntekter* og *pasientløp*. Et eksempel er:

Men vi er jo bemannet på sengepostene, legetjenester, operasjon, intensiv. Altså alle leddene i kjedene bemannet til akkurat det som vi har lovt i begynnelsen av året. Og hvis vi ikke holder den aktiviteten så betyr det at noen går ledige, og det betyr at inntektene blir færre. Og når du da har en bemanning som du lønner hver måned, og de går ledige. Det er jo penger ut av vinduet. (Klm)

<sup>61</sup> Innebarer også begrepene *nedbemanning* og *innskrenkning*

I gjennomsnitt anvender lederne litt over 20 begreper hver som kan relateres til foretakslogikken, men her er de interne variasjonene store. Klinikksjef på kirurgen anvender 60 forskjellige begreper, mens avdelingssykepleier på medisin anvender 4 forskjellige begreper. Klinikksjef på medisin anvender 36 forskjellige begreper. For noen av lederne synes det som om begreper knyttet opp mot foretakslogikken er naturlige å benytte, mens andre synes å ha et mer perifert forhold til det. Denne ulikheten kan være et illustrerende øyeblikksbilde av en pågående prosess hvor en ny styringslogikk møter en tidligere institusjonalisert logikk og har på det tidspunktet intervjuene er foretatt fått ulike nedslagsfelt i ledernes persepsjoner.

Analysen viser at språket og nøkkelbegreper som benyttes til å forklare legenes og sykepleiernes fortolkninger av endringer og innflytelse på det profesjonelle arbeidet synes å være delt i to:

1. tradisjonelle profesjonelle begreper (eks ”pasient”, ”omsorg”) når de skal forklare hva som er den riktige måten å jobbe på, slik de jobbet før og den virkelighetsforståelsen de selv relaterer til.
2. begreper relatert til NPM (eks ”bedrift” og ”produksjon”) når de skal forklare at de tar avstand fra hvordan det har begynt å bli.

Denne distinksjonen er imidlertid noe tydeligere blant sykepleierne enn blant legene. Enkelte leger og de fleste lederne anvender ”nye” og ”gamle” begreper om hverandre, noe som kanskje kan tyde på endringer i legitimitetskriterier. Følgende dialog utspant seg i intervjuet med en av de unge legene ved medisinsk avdeling:

**Intervjuer:** Men pasientrettighetsloven da? Har du noe forhold til den?

**Informant:** Nei

**Intervjuer:** Hvorfor ikke det?

**Informant:** Burde jeg ha hatt det? Jeg har ikke noe forhold til det. Jeg har hørt ordet.

**Intervjuer:** Vet du hva den innebærer?

**Informant:** Jeg tror ikke den innebærer mer enn det som er en naturlig selvfølge. Pasienten er selvfølgelig den som er kunden i systemet hos oss. Selvfølgelig har jeg hørt om den her pasientrettighetsloven, men det som står er selvfølgelig ting om vanlig høflighet. Det er en selvfølge at pasienten har tilgang på sin egen journal. Man har jo rett til det. Fri hjelp og rett til å velge hvor man skal behandles osv. Dette burde være en selvfølge for alle. Vi er en serviceinstitusjon, det er klart at vi skal ha tilbudet.

**Intervjuer:** Du bruker ordet ”kunde”...

**Informant:** Det er ikke jeg, det har sneket seg inn i den her helsereformen. Det er veldig populært å snakke om produksjon og kunder og sånne ting.

**Intervjuer:** Bruker dere de ordene i legekollegiet?

**Informant:** Nei... nei. I denne sammenheng er det en analogi på en måte til en bedrift, sånn at man kan forvente en viss service når man kommer på sykehus. Det er tusenvis av ansatte ved [sykehuset] som kun er betalt for å yte service, så det skulle bare mangle. (Md2)

Vedkommende lege anvender begreper som ”kunde”, ”service” og ”serviceinstitusjon”, og formidler for eksempel at valgfrihet er en selvfølgelighet. Samtidig uttrykkes det en noe uklar ambivalens i forhold til kunde- og bedriftsbegrepet.

Overordnet viser analysen at det er noen begreper, som eksempelvis *sparing*, *effektivitet*, *nedskjæring*, *liggetid* og *produktivitet*, som blir anvendt av de fleste respondentene. Men mange av sykepleierne og legene refererer til de fenomenene disse begrepene omfatter med negativt fortegn. Det er imidlertid interne variasjoner, og noen ganger synes flere av begrepene å bli anvendt som en mer nøytral beskrivelse av situasjoner og praksiser som de forteller om. Dette gjelder lederne i større grad enn legene og sykepleiere.

Analysen viser at språkliggjøringen av omstillingene på mange måter preges av foretakslogikken, noe som kan innebære at disse begrepene i økende grad vil fungere som referansepunkter for praksiser og rutiner, hvor aktivitetene justeres etter disse referansepunktene (Røvik, 1998).

## **6.6 Løse koblinger, refortolkninger og motvillige tilpasninger**

Jeg har tidligere presentert ulike scenarier i forhold til koblingen mellom oversettelsen av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet og det profesjonelle arbeidet til sykepleierne og legene. Jeg antydte at mulige utfall kunne være løse koblinger (Kragh Jespersen, 1999) mellom den organisatoriske oversettelsen av den statlige politikken i formelle strukturer og det profesjonelle arbeidet, eller at det skjer en institusjonell endring hvor praksis, fortolkningsrammer og legitimitetskriterier endres (Scott, 2001; Suddaby & Greenwood, 2005), eller at det oppstår hybride former (Pedersen & Dobbin, 2006). Jeg har også antydte at institusjonalisering kan skje i faser (Colyvas & Powell, 2006; Greenwood, et al., 2002; Tolbert & Zucker, 1996), hvor eksempelvis nye organisatoriske løsninger kan gjenspeiles i praksis, men ikke ennå blir tatt-for-gitt – og kanskje aldri kommer til det stadiet at det blir tatt-for-gitt.

I hovedtrekk viser analysen at målet om økt produktivitet synes å ha langt større innflytelse på det profesjonelle arbeidet enn det målet om økt kvalitet har. ”Det organiserte hykleriet” (Nils Brunsson, 2003) synes å være illustrert gjennom det statlige målet om økt kvalitet, og institusjonaliseringen av denne politikken i det lokale helseforetaket. Det statlige målet om økt kvalitet, sammen med de nasjonale kvalitetsindikatorne og den organisatoriske

materialiseringen av kvalitetsmålet, synes å være løst koblet fra de profesjonelles forståelse av hva god kvalitet er og hvordan man skal oppnå god kvalitet. Det statlige kvalitetsmålet er oversatt i noen formelle strukturer og til dels i praksis på ledernivå, og noen av elementene i den statlige kvalitetspolitikken som kan knyttes opp mot foretakslogikken<sup>62</sup>, ser ut til å til dels være adoptert av lederne. De profesjonelle har i liten grad et forhold til eller kjennskap til den statlige kvalitetspolitikken som er oversatt organisatorisk, og særlig legene har en horisontal kvalitetsorientering hvor det er det medisinskfaglige kunnskapssystemet og klankontrollen som råder. Sykepleiernes mellommenneskelige og holistiske kvalitetsforståelse harmonerer i liten grad med tendensen hvor kvantifiserbare kvalitetskriterier kommer i fokus.

Den norske kvalitetspolitikken er forholdsvis desentralisert og gir rom for lokale variasjoner og fortolkninger, og det kan synes som om institusjonaliseringen av elementene i foretakslogikken i tilknytning til det statlige målet om økt kvalitet har stoppet opp på organisatorisk nivå. De kontrollregimene – markeds kontroll og hierarkisk kontroll – som den statlige kvalitetspolitikken på et vis bærer med seg synes å ha hatt liten innvirkning på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne, og ser ikke ut til å bli oppfattet som en trussel mot den profesjonelle selvkontrollen. I forhold til kvalitetskontroll kan det slik sett konkluderes med at den organisatoriske profesjonalismen (Evetts, 2009) som preger den statlige kvalitetspolitikken, ikke ser ut til å ha slått igjennom på utøvende nivå. Resultatene ser ut til å illustrere en av de sentrale tesene i nyinstitusjonell teori om hvordan organisasjoner strukturelt tilpasser seg omgivelsene, mens praksis forblir den samme (Brunsson, 2003; Kitchener, 1999; Meyer & Rowan, 1977).

Til sammenligning gjenspeiles det statlige målet om økt produktivitet både i strukturer, praksiser og meningsdannelser hos lederne og de profesjonelle, og synes å ha blitt institusjonalisert i større grad enn det statlige målet om økt kvalitet. De profesjonelle formidler at det profesjonelle arbeidet til både legene og sykepleierne har gått i en retning av mer behandling/sykepleieteknisk arbeid, mer administrasjon, mindre mellommenneskelig arbeid og, for legene, mindre fagutvikling. Disse endringene bærer preg av ulike scenarier hvor man kan se at noen endringer oppleves tvingende, mens andre endringer formidles som legitime.

---

<sup>62</sup> For eksempel brukerorientering, marked, offentliggjøring av kvalitet, organisatorisk kvalitetskontroll



Både etableringen av pasienthotellet og omlegging til mer dagbehandling og poliklinikk fremfor innleggelse synes å bli oppfattet som legitimt blant de profesjonelle, men det er legitimitetskriterier i tilknytning til de profesjonelle logikkene som blir formidlet. Begge disse innovasjonene illustrerer eksempler på det som synes å være en institusjonell endring, hvor det er endringer i strukturer og praksis, samtidig som disse endringene oppfattes legitime. Pasienthotellet, dagbehandlingen og poliklinikken synes ikke å helt bli tatt-for-gitt; de profesjonelle snakker om det som selvfølgelig måter å differensiere pasientbehandlingen på, samtidig som de formidler en bevissthet rundt at disse omstruktureringene representerer endringer, og ikke noe som ”alltid har vært der”. Disse omstillingene synes å være preget av en hybrid karakter, i den forstand at man kan finne legitimitetskriterier fra både foretakslogikken og de profesjonelle logikkene alt ettersom hvordan man fortolker omstillingene og endringene i praksis.

De nye organisatoriske betingelsene relatert til produktivitet målet ser også ut til å ha hatt innflytelse på legenes og sykepleiernes profesjonelle arbeid, hvor det organisatoriske presset synes å føre til at deler av praksis endres motvillig. Her er det imidlertid noen forskjeller mellom legene og sykepleierne, noe jeg vil komme tilbake til i neste kapittel. Ut i fra en antagelse om at organisasjonsmedlemmer reproducerer og produserer tatt-for-gitt antagelser gjennom den daglige praksis, kan endringer i det profesjonelle arbeidet ha som konsekvens at legitimitetskriterier fra foretakslogikken over tid innarbeides innenfor de profesjonelles fortolkningsrammer (Powell & Colyvas, 2008). Også anvendelsen av begreper relatert til foretakslogikken peker i en retning av at referansepunkter for hva som er passende aktiviteter over tid vil tilpasses produktivitetskravene (jmf Røvik, 1998; Suddaby & Greenwood, 2005).

Når det gjelder forskjeller i avdelingene er de lite synlige. Noen forskjeller kan tilskrives ulike endringer, men det er lite som tilsier at dette handler om oppgavens egenart i tilknytning til avdelingene. Det eneste er DRG kodingen, hvor legene på medisinsk avdeling synes å fokusere mer på økonomiske faktorer enn det de gjør på kirurgen. I forhold til den organisatoriske oversettelsen av det statlige kvalitetsmålet er det minimale forskjeller mellom avdelingene. Man kunne anta at kirurgisk avdeling, som har en stor andel elektive operasjoner, i større grad ville tilpasse seg markedskontrollen enn medisinsk avdeling, der de fleste pasientene kommer inn som øyeblikkelig hjelp. Det synes imidlertid ikke å være tilfelle her. Det er klankontrollen og den horisontale kvalitetsorienteringen som dominerer legene ved begge avdelingene, og den såkalte markedskontrollen synes å ha minimal betydning.

Også funn i tilknytning til sykepleierne tilsier at forskjeller mellom medisinsk avdeling og kirurgisk avdeling ikke er grunnet i egenskaper ved avdelingene. Forskjellene kan i større grad tilskrives lokale omstillinger og hendelser som i prinsippet ikke dreier seg om *type* avdeling.

I neste kapittel vil jeg diskutere resultatene fra analysen i lys av enhetlig ledelse, oversettelsesteorier, profesjonelle prosjekter og profesjonsidentitet, hvor sammenligningen av legene og sykepleierne bidrar til å synliggjøre enkelte områder hvor særlig oversettelsesteoriene (Røvik, 1998; Sevón, 1996) og teoriene om det profesjonelle prosjekt (Larson, 1977) og jurisdiksjon (Abbott, 1988) utfordres.

## **7 Resignerte sykepleiere og kjempende leger**

### **7.1 Innledning**

I kapittel 2 skisserte jeg flere til dels komplementære teoretiske modeller som dannet et utgangspunkt for antagelser knyttet opp mot de statlige målenes innflytelse – oversatt organisatorisk - på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne. I og med at de statlige målene om økt kvalitet og produktivitet er en del av flere større reformer og endringsinitiativ kan det være vanskelig å isolere hvilke strukturelle endringer som er direkte årsak av de to statlige målene, og hvilke endringer som også er en følge av andre forhold. Endringene kan ofte relateres til flere agendaer og være en liten del i store omveltninger. Imidlertid er det en av styrkene med kvalitative undersøkelser at man kan få en mer dyptgående innsikt i meningsdannelse og mekanismer i tilknytning til endringsprosessene, og derfor kunne si noe om hvilke årsaksmekanismer de involverte aktørene formidler som substansielle. Det presiseres dog at det er et komplekst endringsbilde og at utforminger av omstillinger ikke er basert på enkle årsak – virkning mekanismer, samtidig som det analytisk kan identifiseres noen skiller i forhold til hva som relateres til det statlige målet om økt produktivitet og hva som relateres til det statlige målet om økt kvalitet.

Det overordnede perspektivet som ligger til grunn for hele studiet er at det lokale helseforetaket, i likhet med resten av den offentlige spesialisthelsetjenesten, bærer preg av mange veletablerte institusjonelle strukturer, praksiser og styringsformer som er forholdsvis stabile og til dels motstandsdyktige mot endringer. Dette innebærer at politisk initierte reformer og målsetninger ikke nødvendigvis blir fullt ut institusjonalisert i det lokale helseforetaket, og særlig dersom de strider i mot etablerte institusjoner. I kapittel 6 viste jeg at det er forholdsvis løse koblinger mellom den organisatoriske oversettelsen av det statlige målet om økt kvalitet og det profesjonelle arbeidet. Kvalitetsforståelsen som ligger implisitt i den nasjonale politikken er i liten grad institusjonalisert i de profesjonelles meningsdannelse, og de organisatoriske oversettelsene av det statlige kvalitetsmålet synes å ha lite innvirkning på det profesjonelle arbeidet. Den organisatoriske oversettelsen av det statlige målet om økt produktivitet har på den andre siden medført ulik innflytelse, på forskjellige måter og områder, på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne.

Jeg har antydnet at den innflytelsen de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet – oversatt organisatorisk – har på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne vil være

avhengig av tre forhold; 1) kraften og det tvangsmessige i det institusjonelle presset (Scott, 1991), 2) grad av inkompatibilitet mellom reformenes logikker og ledernes og de profesjonelles logikker (Kragh Jespersen, 1999; Mo, 2006) og 3) de profesjonelles egne interesser (Abbott, 1988; Evetts, 2009; Freidson, 1970; Johnson, 1972; Larson, 1977). I hvilken grad kan disse teoriene bidra til å forklare de løse koblingene mellom den organisatoriske oversettelsen av det statlige målet om økt kvalitet og utøvelse, og den delvise institusjonaliseringen av produktivitetsmålet i strukturer og praksis? Og kan disse teoriene bidra til å forklare de empiriske funnene med tanke på forskjeller mellom leger og sykepleiere?

Det organisatoriske presset på sykepleierne synes å være forholdsvis sterkt, og kan til dels forklare den motvillige tilpasningen til endringer de ikke opplever legitime eller som sammenfaller med deres interesser. Logikkinkompatibilitet mellom de organisatoriske oversettelsene av det statlige målet om økt produktivitet og sykepleiernes tradisjonelle fagutøvelse, synes å ha bidratt til motstand mot endringene. Allikevel tilpasser sykepleierne seg til disse endringene, som i tillegg til å være logikkinkompatible også er interessemotstridende i forhold til deres profesjonelle prosjekt. Antagelsen om at de profesjonelles egne interesser ville påvirke i hvilken grad det statlige målet om økt produktivitet blir institusjonalisert, synes å ha begrenset forklaringskraft i forhold til sykepleierne. Dette genererer noen spørsmål knyttet opp mot sykepleiernes profesjonelle prosjekt på utøvende nivå, noe jeg vil diskutere senere i dette kapittelet.

For legene synes det som om både antagelsene om at styrken i det organisatoriske presset, grad av logikkinkompatibilitet og deres egne profesjonelle interesser har betydning for i hvilken grad oversettelsene av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet har innflytelse på det profesjonelle arbeidet, har komplementær forklaringsverdi. Styrken i det institusjonelle presset, som er forholdsvis stort når det gjelder produktivitetsmålene sammenlignet med kvalitetsmålet, driver legene i en retning av endring hvor det profesjonelle arbeidet delvis tilpasses nye produktivitetskrav. Profesjonens egne interesser og logikkinkompatibilitet kommer til uttrykk gjennom hvordan de finner handlingsrom innenfor endringene, og hvordan de i praksis motsetter seg endringer som ikke tjener deres interesser eller som samsvarer med den medisinske logikk. Imidlertid skaper funnene i tilknytning til legenes horisontale orientering noen spørsmål i relatert til oversettelsesteoriene. I påfølgende avsnitt vil jeg diskutere resultatene i lys av enhetlig ledelse, og dernest fokusere på legenes

profesjonsidentitet og profesjonelle prosjekt på utøvende nivå. Videre vil jeg drøfte legenes horisontale orientering og oversettelsesformer, for så å diskutere sykepleiernes profesjonsidentitet og manglende profesjonsstrategier på utøvende nivå.

## **7.2 Enhetlig ledelse<sup>63</sup>**

Hvem som skal ha rett til ulike lederposisjoner i sykehus og hva lederrollen skal innebære har vært et sentralt tema i norsk helsepolitikk, og et viktig anliggende for sykepleie- og legeprofesjonen (Mo, 2006; Skjøld Johansen, 2009; Torjesen, 2008). Enhetlig ledelse innebærer endrede jurisdiksjonsformer ved at sykepleiere nå har tilgang til å lede leger, og bryter derved med det tidligere institusjonaliserte faglige hierarkiet hvor den medisinskfaglige bakgrunnen i utøvelse av ledelse har vært sentral (Mo, 2006). Enhetlig ledelse er også tett knyttet opp mot det statlige målet om økt produktivitet, og er en av de viktige endringene i sykehusreformen (Ot.prp. nr. 66, (2000-2001)). Selve lederrollen og lederinnholdet har blitt endret (Mo, 2006), noe mine data også bekrefter, hvor overgangen til enhetlig ledelse har medført endrede ansvarsområder og et tydeligere ansvar for drift og budsjett enn tidligere. Dataene fra dette casestudiet viser at enhetlig ledelse er strukturelt innført, og at samtlige ledere opplever økt press i forhold til budsjettdisiplin.

Implisitt i legenes logikk synes det å ligge en tro på at legene skal være den ledende profesjon både faglig og i ledelsesmessig forstand (Abbott, 1988; Kragh Jespersen, 2005; Mo, 2006), og legitimitetskriteriene innbakt i den medisinske logikken har tradisjonelt vært sentrale i sykehusenes drift og styring (Berg, 1982). Både det at andre profesjoner nå har tilgang til å være ledere for legegruppen og at ledelse blant annet skal tuftes på legitimitetskriterier som er relatert til foretakslogikken, er inkompatible med den medisinske logikken (Torjesen, 2008). Dataene tyder på at lederne med sykepleiebakgrunn synes å adoptere mer av foretakslogikken enn det legelederne gjør, noe som kan forklares med at enhetlig ledelse og nye legitimitetskriterier for styring og drift av sykehus innebærer muligheter for sykepleierne og representerer et ledd i sykepleiernes profesjonaliseringsprosjekt. Profesjonsnøytral ledelse har vært et av målene for sykepleierforbundet og et ledd i kampen om å bli ansett som en likeverdig profesjon i forhold til legene, og representerer sånn sett sykepleiernes egne profesjonsinteresser (Skjøld Johansen, 2009). Denne kampen har vært drevet frem på nasjonalt nivå, samtidig som avdelingsleder, assisterende avdelingsleder og klinikk sjef med

---

<sup>63</sup> Dette temaet er behandlet i en rekke forskningsprosjekter tidligere (for eksempel Borum, 2003; Gjerberg & Sørensen, 2006; Kragh Jespersen, 2005; Mo, 2006; Skjøld Johansen, 2009; Sognstrup, 2003; Torjesen, 2008).

sykepleierbakgrunn har bidratt til en konkretisering av denne lederstrukturen lokalt. De institusjonelle dynamikkene på mikronivå viser imidlertid et mer nyansert bilde, både i forhold til lederstruktur og det institusjonelle samspillet mellom legene og sykepleierne i ledelse. Til tross for at man ved begge avdelinger har innført enhetlig ledelse innenfor definerte enheter, ser det ut til at man både delvis formelt og i praksis viderefører en todeling mellom det legefaglige og det sykepleiefaglige hierarkiet.

For det første ser det ut som om det er utfordringer for sykepleiere knyttet opp mot å få posisjonene som enhetlige ledere. For eksempel viser Mo (2006) i sin avhandling hvordan leger lokalt og nasjonalt har kjempet i mot sykepleieres tilgang til lederposisjoner som legene har opplevd seg berettiget til. I intervjuene kom det frem at det i tilknytning til mine studieobjekter også har utspilt seg slike profesjonskamper. Flere av legene og legelederne var eksplisitte i sitt syn på at man ville ha leger i lederposisjoner i enheter som utførte medisinskfaglig arbeid, hvor argumentasjonen er relatert til viktigheten av *faglig* ledelse som er sentralt i den medisinskfaglige logikken. Videre uttrykte mange av legene og legelederne en bevissthet rundt den innflytelsen legene kunne få gjennom ulike lederposisjoner, og noen formidlet en forholdsvis offensiv holdning i forhold til å jobbe for at legekollegiet skulle være godt representert i ledelseshierarkiet. Her spiller både den medisinskfaglige logikken og legenes egne interesser, teoretisert gjennom de profesjonelle prosjekter (Larson, 1977) og jurisdiksjonsbegrepet (Abbott, 1988), sammen og danner grunnlag for motstanden mot de endrede ledelsesjurisdiksjoner i sykehuset.

Sammenlignet med legene synes det ikke som om lederne med sykepleiebakgrunn hadde et samstemt lokalt profesjonelt lederprosjekt<sup>64</sup>, hvor de kunne kjempet for de organisatoriske rammebetingelsene for sykepleieprofesjonen og sykepleiefaget. Denne problemstillingen illustreres ytterligere ved å fokusere på hvilke legitimitetskriterier ledelsesutøvelsen baseres på<sup>65</sup>. Lederrollen blir fylt med mening gjennom en fortolkningsprosess, og dataene viser at det er forskjeller mellom lederne med sykepleiebakgrunn og lederne med legebakgrunn i forhold til hvordan de bærer med seg legitimitetskriterier fra egen profesjon inn i lederrollen. Datamaterialet kan tyde på en tendens hvor lederne med legefaglig bakgrunn opptrer som institusjonelle agenter for legefaglige agendaer og interesser, mens ledere med sykepleiefaglig bakgrunn synes å legge til side de spesifikt sykepleiefaglige interessene og innta en mer

---

<sup>64</sup> Begrepet profesjonelt lederprosjekt er hentet fra Sognstrup (2003) og Kragh Jespersen (2005)

<sup>65</sup> Se også (Skjøld Johansen, 2009; Torjesen, 2008).

profesjonsnøytral lederrolle med nokså eksplisitt lojalitet til organisasjonen. Denne tendensen er tydeligere jo høyere opp i hierarkiet lederen med sykepleiefaglig bakgrunn sitter. Det er legelederne i klinisk arbeid som i størst grad synes å ha bevart en *legefaglig* lederrolle, noe som også bekreftes av andre studier (for eksempel Kragh Jespersen, 2005; Mo, 2006; Skjøld Johansen, 2009; Torjesen, 2008). Legenes profesjonelle ledelsesprosjekt handler om ”at bevare, sikre og utvide en historisk opnået og anerkendt ret til at lede behandlingsaktiviteter og hele sundhetsområdet” (Kragh Jespersen, 2005:91). Mens lederne med legebakgrunn fortsatt kan være ledere med utgangspunkt i en legefaglig identitet, ser det ut til at lederne med sykepleiebakgrunn har inntatt en rolle som administrative driftsledere og må i større grad fjerne seg fra sin sykepleiefaglige identitet for å oppnå legitimitet i ledergruppen<sup>66</sup>.

Sykepleierne har tradisjonelt hatt sine representanter gjennom posisjoner som oversykepleier og sjefssykepleier, hvor man kan anta at det har vært legitimt å tale sykepleiernes sak. Disse posisjonene er nå borte, og basert på dynamikkene i lederkollegiet på lokalt nivå, kan det tenkes at styring og ledelse er mer preget av foretakslogikken og den medisinske logikken på bekostning av den sykepleiefaglige logikken. Dette kan være en indikasjon på at sykepleiernes seier i forhold til utvidelse av lederjurisdiksjonen har som bakside at den organisatoriske innflytelsen *faget* sykepleie har er blitt mindre. Denne dynamikken illustrerer en vesentlig forskjell mellom sykepleierne og legene, der legelederne synes å kjempe for at det medisinskfaglige kunnskapssystemet fortsatt skal dominere i organisasjonen, mens lederne med sykepleiebakgrunn ikke er spesielt opptatt av sykepleiefaget som sådan, men har en mer helhetlig tilnærming til driftens funksjonalitet og kvalitet<sup>67</sup>. Dette er på sett og vis en videreføring av en sykepleiefaglig tradisjon, som også passer inn i ledelsestenkningen preget av NPM (Kragh Jespersen, 2001). Sykepleierne har tradisjonelt hatt mye administrativt ansvar (Torjesen, 2007) og man kan si at denne helhetsorienteringen innen ledelse ikke er en ny retning for sykepleieledere. Imidlertid står lederne med sykepleiebakgrunn sin legitimering av styringsformer preget av foretakslogikken og den tilsynelatende passivitetet i forhold til kjempe for sin egen *profesjons* interesser, posisjon og kognitive innflytelse, på flere områder i motsetning til teorien om det profesjonelle prosjekt (Larson, 1977). Dette vil jeg komme tilbake til senere i kapittelet. Legene agerer slik teorien tilsier, hvor det kan se ut til at uansett hvilke formelle modeller man vedtar som statlig politikk, konstrueres lokale ordninger som

---

<sup>66</sup> Dette temaet blir grundigere belyst i et annet paper (Fjeldbraaten & Torjesen, 2006), som bygger på datasettet i denne avhandlingen i tillegg til to kvantitative undersøkelser og et gruppeintervju.

<sup>67</sup> De vil ikke si at de ikke er opptatt av sykepleiefaget, men de er også opptatt av at sykepleiefaget er en del av en stor helhet som skal fungere sammen.

sikter mot å opprettholde legenes dominans, noe som kan være en indikasjon på at klanstyret fortsatt er sterkt. Dette gjenspeiles også i legenes profesjonelle prosjekt på utøvende nivå, som jeg vil belyse i neste avsnitt.

### **7.3 Legene som ”institusjonelle arbeidere”**

De statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet utfordrer etablerte institusjoner i den medisinske logikken, som for eksempel det medisinske kunnskapsgrunnlagets dominans i styring av sykehus, og regulering og kontroll av behandlingsaktivitet og ressursanvendelse. Endringene i offentlig sektor innebærer også en kritikk av de tradisjonelle profesjonsidentitetene (Exworthy & Halford, 1999), samtidig som noen funn relatert til den norske helsetjenesten tyder på at profesjonelle roller og identiteter er nokså robuste mot ledelsesforsøk på å kontrollere og endre deres identiteter (Gjerberg & Sørensen, 2006; Mo, 2006). Imidlertid synes det å være en tett sammenheng mellom arbeid og identitet (Halford & Leonard, 2002; Halford & Savage, 1995; Pratt, Rockmann, & Kaufmann, 2006), og i den grad det profesjonelle arbeidet endrer seg kan profesjonsidentiteten til legene og sykepleierne bli påvirket. Dataene viser at legene har en oppfatning av at det gradvis skjer noen endringer i det profesjonelle arbeidet, samtidig som også mye av arbeidet er som før. Hvordan griper disse endringene inn i profesjonsidentiteten til legene?

I et perspektiv hvor man betrakter profesjonene som bærere av en konstellasjon av institusjoner (Scott, 2001), kan man skille mellom institusjoner som utgjør en *kjerne* i profesjonsidentiteten, og institusjoner som er mer *perifere*, men som allikevel er en del av selvforståelsen som profesjon. Med andre ord kan noen institusjoner oppfattes å ha status som avgjørende trekk i de profesjonelles selvforståelse, mens andre institusjoner som de profesjonelle er bærere av - og som er en del av profesjonsidentiteten – ikke utgjør sentrum i de profesjonelles selvforståelse.

Et eksempel på denne distinksjonen er legenes institusjonaliserte tro på at det er de som er de naturlige ledere i sykehus, noe som slik sett kan regnes som en del av legenes selvforståelse som profesjon (Kragh Jespersen, 2005; Mo, 2006). Samtidig er ikke nødvendigvis selvforståelsen som den ledende profesjon – da i forståelsen av innehavere av formelle lederposisjoner – en del av den *institusjonelle kjernen* i legeprofesjonen. I tråd med resonnementer hos både Larson (1977) og Abbott (1988) kan legenes selvforståelse som de naturlige innehavere av lederposisjoner i sykehusorganisasjoner være like mye et resultat av



streben etter status og makt, hvor det profesjonelle prosjektet og jurisdiksjonskamper har blitt en integrert del av legegruppens profesjonsidentitet. Allikevel er det lite som tyder på at den tapte jurisdiksjonskampen om monopol på formelle lederposisjoner griper inn i de sentrale, definitoriske trekkene ved det å være *lege*. Det er forskjell på å miste organisatorisk makt og på å miste makt over det profesjonelle arbeidet.

Kan legene fortsatt bevare sin legeidentitet til tross for at den formelle organisatoriske makten reduseres? Dataene tyder på det, samtidig som de fleste legene uoppfordret kommer inn på at de opplever at de som legegruppe har mindre makt og at det er større avstand til de som sitter med beslutningsmakt. Som kollegium har legene tradisjonelt innehatt mye organisatorisk makt, men den enkelte lege har ikke nødvendigvis hatt denne makten. Det medisinske hierarkiet tilsier at noen leger – den fremste av den fremste i faget – har mer organisatorisk innflytelse enn andre. Slik sett er ikke nødvendigvis den organisatoriske makten som legene tradisjonelt har hatt en del av den institusjonelle kjerne i den profesjonelle identiteten. De fleste legene gjør mer av kjerneoppgavene sine, nemlig behandling, og dataene viser, bortsett fra mer poliklinikk og dagbehandling, at det ikke er vesentlige endringer i tilknytning til denne dimensjonen i det profesjonelle arbeidet. Det er det medisinske kunnskapsgrunnlaget som generer legitim kunnskap og som danner grunnlaget for hva som oppfattes som sant, riktig og aktverdig.

De institusjonelle mikrodynamikkene viser imidlertid at legene opplever at de får for lite tid til fagutvikling og opplæring av turnus- og assistentleger, noe som kan sies å berøre den institusjonelle kjernen i legenes profesjonsidentitet. Legene snakker i intervjuene om gradvise, nesten litt umerkelige endringer, som på sikt kanskje vil gi større konsekvenser. Mindre tid til fagutvikling og opplæring kan gi dårligere helsetjenester på sikt, men det kan også ha negative konsekvenser for legenes eget driv etter å utvikle både faget og egen kompetanse. I tillegg problematiserer legene krysspresset de kommer i når de skal spare ovenfor pasienten og samtidig være dens behandler, og de stiller spørsmålsteget ved om det virkelig er slik at deres kompetanse skal anvendes til så mye administrasjon som de opplever at de siste årenes endringer har medført. Legene har tradisjonelt vært ”high commitment” profesjonelle (Abbott, 1988), og de utfordringene legene står ovenfor kan lede dem i en retning av å bli ”low commitment” profesjonelle. Studier i England viser at det er en tendens til at mange profesjonelle i velferdssektoren er stressede og i ferd med og demoraliseres, noe som settes i sammenheng den sterke reformaktiviteten de profesjonelle utsettes for

(Kirkpatrick, et al., 2005). Flere av legene opplever at det økonomiske fokuset er demotiverende for deres faglige utøvelse, og at det er en tendens til at de ikke vil strekke seg for organisasjonen slik de gjorde tidligere. Når organisasjonen tar fra dem fleksibilitet og andre motivasjonsfaktorer, tilpasser de seg systemet ved selv å være mindre fleksible. Når organisasjonen krever ”regnskap” for alt de profesjonelle gjør, kan de svare med også og ”ta seg betalt” for alt de gjør. Satt på spissen kan den tidligere legeidentiteten som *livredder*, med lojalitet til pasientene og ”sin” avdeling, utfordres av *funksjonærrollen*, der de bare gjør det de er pålagt, eller som man i NPM terminologien ville kalle en *bestilling*. Endringene i det lokale helseforetaket er til dels preget av organisatorisk profesjonalisme (jmf Evetts, 2009), hvor bestiller-utfører modellen er implementert, og hvor kontroll- og reguleringsystemer kan se ut til å skape både økt administrativt arbeid, redusert organisatorisk fleksibilitet og lavere eierskap blant de profesjonelle både til organisasjonen og det profesjonelle arbeidet. Dataene viser en tendens som peker mot at legene opplever seg mer og mer som funksjonærer eller lønnsarbeidere. Men dataene i dette casestudiet er ikke entydige, i den forstand at intervjuene illustrerer på den ene siden at legene utfordres i forhold til engasjement, eierskap, fagutvikling og opplæring, samtidig som de også implisitt i intervjuene viser et stort engasjement og eierskap i forhold til det legefaglige arbeidet de driver med. Dataene viser at legene tar seg tid til fagutvikling og at det ved begge avdelingene er mye fokus på den faglige kompetansen til legene, og slik sett kan det synes som om legene i praksis beskytter sin profesjonelle identitet.

Legenes responser kan ses i lys av begrepet *institusjonelt arbeid*, som defineres som ”the purposive action of individuals and organizations aimed at creating, maintaining and disrupting institutions” (Lawrence & Suddaby, 2006:215). *Institusjonelt arbeid* er knyttet opp mot forholdet mellom agency og institusjoner (Battilana & D’Aunno, 2009), hvor man – satt på spissen - på den ene siden vektlegger aktører som autonome, pro-aktive kilder til endringer, mens man i det andre perspektivet relaterer til at aktørenes handlinger og responser på situasjoner bestemmes av aktørenes strukturelle omgivelser (ibid, Astley & Van de Ven, 1983). Definisjonen av institusjonelt arbeid tilsier at det er bevisste handlinger for å skape, opprettholde og ødelegge institusjoner. Dataene tyder på at legene mer eller mindre bevisst utfører et slikt institusjonelt arbeid, i den forstand at opprettholdelse av institusjoner i tilknytning til den medisinskfaglige logikken kan sies å være en naturlig del av deres virke og derved tatt-for-gitt. Samtidig uttrykker flere av legene bevissthet rundt sin rolle og posisjon ved sykehuset, hvor de kjemper for den legefaglige logikkens dominans.

Legenes profesjonelle prosjekt synes å være en del av deres fortolkningsrammer, og det synes som om den institusjonelle makten på flere måter er opprettholdt. Legelederne bringer med de medisinskfaglige kriteriene inn i ledelse, og legene er tydelige på at det er de medisinske vurderingene, ikke økonomiske, som skal danne grunnlag for deres aktivitet. Dersom den nye kvalitetspolitikken hadde blitt fullt institusjonalisert i det lokale helseforetaket kunne dette potensielt ha grepet inn i den institusjonelle kjernen i legenes profesjonsidentitet. Reelle endrede kontrollformer, hvor klankontrollen erstattes av organisatorisk kontroll og markeds kontroll, ville begrenset legenes autonomi, skjønsmessige vurderinger og det medisinskfaglige kunnskapssystemets monopol i kvalitetsvurderinger i betydelig grad. Profesjonalisme handler om å ha kontroll, der det er de profesjonelle som kontrollerer profesjonelt arbeid (Abbott, 1988; Freidson, 2001; Larson, 1977; Noordegraaf, 2007). I den grad et marked av brukere og organisatoriske kvalitetssystemer skal ta over denne kontrollen, kan dette bidra til en deprofesjonalisering av legene. Det er legene som er eksperter, og arbeidet krever både funksjonelle, atferdsmessige og refleksive evner, hvilket innebærer at ikke hvem som helst kan utføre det profesjonelle arbeidet (ibid). Som profesjonelle har legene tilegnet seg abstrakt, vitenskapelig kunnskap som de anvender i behandling av individuelle pasienter, hvor de analyserer konkrete kasuser, tar konkrete avgjørelser og gir tilpassede råd (Noordegraaf, 2007), og en beskyttelse av denne autonomien og kontrollen beskytter også den institusjonelle kjernen i legenes profesjonsidentitet. Det ser ut til at de endrede kontrollformene av det profesjonelle arbeidet som foretakslogikken og til dels den statlige politikken målbærer, så langt hatt begrenset innflytelse på legenes autonomi i jobben.

Dataene viser at legene på flere områder finner handlingsrom og har institusjonell makt, autonomi og autoritet innenfor det lokale helseforetaket, slik at de i første omgang synes å bli utfordret i forhold til den institusjonelle periferien heller enn den institusjonelle kjernen i profesjonsidentiteten. Legenes institusjonelle arbeid og lokale profesjonsstrategier for å bevare identitet, autonomi, kognitiv og organisatorisk makt, kan se ut til å bidra til å bremse institusjonaliseringen av foretakslogikken og de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet. Resultatene fra legene harmonerer godt med teoriene om det profesjonelle prosjekt og jurisdiksjon, men funnene i tilknytning til legene frembringer noen spørsmål til de hierarkisk orienterte oversettelsesteoriene.

#### **7.4 Oversettelse og legenes horisontale orientering**

Implisitt i foretakslogikken vektlegges de profesjonelles lojalitet til organisasjonen. Evetts (2009) uttaler at den organisatoriske profesjonalismen som NPM reformene fører med seg kan bidra til at den profesjonelle kompetansen relateres til, defineres og vurderes primært av arbeidsorganisasjonen. Den statlige helsepolitikken innebærer at disiplinering av de profesjonelle og kontroll av deres arbeid i økende grad er blitt et eksplisitt organisatorisk ansvar. Videre er den konkrete utformingen av helsepolitikken forholdsvis desentralisert, med rom for lokale oversettelser og variasjoner innenfor overordnede rammer. I oversettelsesteoriene blir de lokale organisasjonene og sentrale aktører i organisasjonene regnet som viktige for hvordan ideer og løsninger nedfeller seg i konkrete strukturer og praksiser (Røvik, 1998). De konkrete organisatoriske oversettelsene anses som sentrale for å forstå endringer (Sevón & Czarniawska, 1996), og det har vært et viktig utgangspunkt i denne avhandlingen at den statlige politikken oversettes og fortolkes organisatorisk. Imidlertid er det noen funn blant legene som kan bidra til å nyansere bildet av den organisatoriske rollen i oversettelsene.

Sevon (1996) fremhever at oversettelse følger passendehetslogikken (jmf March & Olsen, 1989), hvor oversettelsene tilpasses organisasjonens identitet. Datasettet i denne avhandlingen illustrerer imidlertid forholdsvis tydelig at de organisatoriske endringene som følge av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet oppfattes av mange av de profesjonelle som en motsetning til hva et sykehus *bør* være. Dette synliggjøres særlig ved hvordan flere respondenter understreker at de jobber på et sykehus og ikke i en bedrift. Slik sett harmonerer ikke funnene i denne undersøkelsen med Sevons (1996) tese. Nå er ikke Sevon primært fokusert på reformer, profesjoner og offentlige organisasjoner, og slik sett er det flere sentrale faktorer i min studie som det ikke er tatt høyde for hos Sevon. Et av poengene i oversettelsesteorier er imidlertid at ideer og løsninger oversettes lokalt og kan ta ulike former i praksis på tvers av organisasjoner til tross for at de stammer fra samme tankesett (Sevón, 1996). Innføringen av oversettelsesperspektivet i organisasjonsteorien var til dels en reaksjon på den nyinstitusjonelle betoningen av stabilitet og homogenitet i institusjonelle ordninger (Lindberg & Erlingsdottir, 2005), og således en vektlegging av organisasjonsspesifikke forhold.

Mange av oversettelsesteoretikerne tar utgangspunkt i en konkret ide, løsning eller innovasjon (for eksempel Boxenbaum, 2006; Lindberg & Erlingsdottir, 2005; Morris & Lancaster, 2006;

Røvik, 1998), mens jeg har tatt utgangspunkt i statlige målsetninger, hvor man i oversettelsene kan anvende generelle ideer og løsninger, eller moderne organisasjonsoppskrifter som Røvik (1998) kaller det. Det er ikke disse oppskriftene som er hovedfokus for meg. Noen av de lokale organisatoriske konkretiseringene av den statlige politikken er klart beslektet med organisasjonsløsninger og ideer hentet fra andre kontekster og organisasjoner, som for eksempel TQM og pasienthotellet, men disse innovasjonene er bare en liten del av det samlede endringsbildet som har vært i fokus i dette studiet. Datamaterialet viser at endringsimpulsene stammer fra ulike hold, og at en ensidig orientering mot oversettelse av enkelte organisasjonsoppskrifter gjør at en går glipp av andre oversettelsesformer som også foregår i tilknytning til endringene.

Dataene viser at den lokale materialiseringen av den statlige politikken bærer preg av ulike former for oversettelse. For det første viser analysen av dataene at det foregår både *vertikal* og *horisontal* oversettelse. Vertikal oversettelse knyttes opp mot hierarkisk oversettelse, hvor løsningsforslagene er hierarkisk initiert med ledere som de sentrale organisatoriske oversetterne. Horisontal oversettelse henspiller på oversettelser hvor de profesjonelle på utøvende nivå er sentrale oversettere av nye metoder og organisatoriske løsninger hentet utenfor organisasjonen. For det andre er det et skille mellom den *strukturelle* oversettelsen og *kognitiv* oversettelse, sistnevnte i form av fortolkning av statlig politikk og strukturelle endringer. Dette er i tråd med det nyinstitusjonelle perspektivet som anvendes i avhandlingen, hvor jeg fokuserer på at det kan være et skille mellom strukturelle endringer, praksis og meningsdannelse.

De strukturelle oversettelsene av produktivetsmålet har vært preget av både en vertikal prosess og en horisontal orientering. Flere av de spesifikke organisasjonsendringene har vært avhengig av, og til dels basert på, medisinskteknologisk utvikling (for eksempel dagbehandling, poliklinikk og kortere liggetid), hvor legene i praksis har vært nøkkelpersonene i en del av konkretiseringene av det statlige målet om økt produktivitet. Dette innebærer at mange av konkretiseringene av det statlige målet om økt produktivitet er preget av en horisontal oversettelse av mulige løsninger som er generert innenfor legekollegiet. Dataene viser også at flere av endringene legitimeres av legene innenfor den medisinskfaglige logikkens fortolkningsrammer. Samtidig har også vertikale oversettelser av det statlige målet om økt produktivitet vært sentrale, og de organisatoriske formene synes å være preget av ulike logikker i et komplekst samspill.

De strukturelle oversettelsene av det statlige målet om økt kvalitet er preget av en vertikal oversettelse på organisasjonsnivå (for eksempel TQM, kvalitetsutvalg og bidrag til nasjonale kvalitetsindikatorer). De vertikale strukturelle oversettelsene av det statlige målet om økt kvalitet ser imidlertid ut til å ha stoppet opp på organisasjonsnivå, mens horisontale, strukturelle oversettelser av kvalitetsløsninger preger utøvende nivå. Det kvalitetsarbeidet som regnes som betydningsfullt av legene, og som reflekteres i praksis, er drevet frem gjennom en horisontal, og ikke vertikal, orientering. Legene forholder seg til det nasjonale og internasjonale nettverket av leger og arbeider med fagutvikling og kvalitet ut i fra horisontale referanserammer. De fleste konfererer med leger ved andre sykehus, og mange retningslinjer er felles på tvers av sykehus. I den forstand kan man si at også en del av legenes praksis er horisontal.

Også de kognitive oversettelsene preges av en horisontal orientering. De empiriske resultatene viser at legene synes å vurdere reformene og organisasjonsendringene i større grad ut i fra kollegiale referanserammer, enn ut i fra organisatoriske referanserammer. Legenes fortolkninger av reformer og organisatoriske endringer, og hva som er riktig, viktig og ønskelig synes å bli formet gjennom den horisontale orienteringen og samhandlingen, gjennom felles fora som er særskilt for legene (for eksempel Den Norske Legeforening, Tidsskriftet for den Norske Legeforening, spesialistforeninger og konferanser). Den medisinske logikken står med andre ord fortsatt sterkt og preger oversettelsene av de statlige målene om økt produktivitet og økt kvalitet i det lokale helseforetaket. Generelt kan det synes som om den kognitive oversettelsen av den statlige politikken ikke nødvendigvis foregår med organisasjonen som den sentrale mellommann, men at det skjer horisontale oversettelser som deles av mange av organisasjonens medlemmer.

Den organisatoriske profesjonalismen (jmf Evetts, 2009) gjenspeiles i den statlige helsepolitikken og i noen av de strukturelle endringene i det lokale helseforetaket. Gjennom markedsmekanismene og finansieringsformene i den norske spesialisthelsetjenesten har de enkelte helseforetakene blitt konkurranseenheter, hvor den enkelte profesjonelles gjennomskuelige arbeid presumptivt blir viktig for organisasjonens konkurransedyktighet. Datamaterialet viser at det på toppledernivå er en klar bevissthet om helseforetakets nåværende og potensielle fortrinn og utfordringer i den kontinuerlige kampen om pasienter, ressurser og fordelinger av spesialistfunksjoner. Legene står i skjæringspunktet mellom

organisasjonen og klanen, hvor den statlige politikken tilsier en større lojalitet til organisasjonen som en konkurranseenhet, mens legenes institusjonaliserte samhandlingsformer og horisontale orientering tilsier lojalitet til klanen. En reell konkurransesituasjon kan true både samarbeid og kollegial støtte (ibid), og bidra til å deinstitutionalisere klankontrollen og den horisontale orienteringen. Med henvisning til forrige avsnitt så viser dataene en tendens i retning mot lavere eierskap og lojalitet til organisasjonen, hvilket kan tyde på at den organisatoriske profesjonalismen kun har etablert seg i begrenset grad. Den iøynefallende horisontale orienteringen blant legene og de horisontalt inspirerte oversettelsene understreker denne tendensen ytterligere.

Det er forholdsvis store forskjeller mellom sykepleierne og legene i forhold til hvordan de reagerer og agerer i tilknytning til den statlige politikken og lokale endringer, noe jeg vil belyse i det følgende avsnittet.

## **7.5 Sykepleiernes avmålte profesjonskamp**

Som gjennomgangen i kapittel 4 viser har en del av sykepleiernes profesjonaliseringsprosjekt vært knyttet opp mot å få anerkjennelse for sykepleiefaget som et autonomt, vitenskapelig fagområde distinkt fra andre nærliggende disipliner. Dette har blant annet kommet til uttrykk ved at man har ønsket å endre jurisdiksjonen vis à vis legene fra en underordnet jurisdiksjon til arbeidsdeling<sup>68</sup>. Videre har man dannet forskningsmiljøer hvor sykepleievitenskap har blitt etablert som en egen akademisk disiplin (Melby, 1990; Nortvedt, 1998). Den helhetlige omsorgen for pasienten, der både taus kunnskap, omtanke, respekt, medisinsk kunnskap og godt håndverk, inngår, karakteriseres som kjernen i sykepleiefaget (Blomgren, 1999; Fagermoen, 1995; Kristoffersen, 2005; Nortvedt, 1998), og det er nettopp denne holistiske tilnærmingen til pasientene som danner grunnlaget for å avgrense sykepleie fra andre fagområder og få anerkjennelse som en distinkt kunnskapsdisiplin (Nortvedt, 1998). De endringene i det profesjonelle arbeidet som sykepleierne forteller om er utfordrende både med tanke på sykepleiernes profesjonelles identitet og profesjonaliseringsprosess.

### **7.5.1 Trusselen mot sykepleiernes institusjonelle kjerne**

At det er en sammenheng mellom arbeid og identitet er tidligere påvist (Halford & Leonard, 2002; Pratt, et al., 2006), og det kan se ut til at endringene i det profesjonelle arbeidet til sykepleierne utfordrer sykepleiernes profesjonelle identitet. Når de idealene, normene og

---

<sup>68</sup> Strukturelt likeverdige, men funksjonelt forskjellige (Abbott, 1988).

verdiene man som profesjonell definerer seg ut i fra, ikke samsvarer med den oppfatningen man har av det profesjonelle arbeidet man utfører, kan det tenkes at det individuelt (eller kollektivt) skjer en tilpasning mellom identitet og arbeid (Pratt, et al., 2006). Pratt et al trekker på kognitiv dissonansteori (Festinger, 1957), som er et bidrag fra sosialpsykologien, som postulerer at når det er konflikt mellom tanker og atferd vil man enten endre atferd eller tanker for å få samsvar mellom disse to elementene (Pratt, et al., 2006).

Det å være sykepleier er tett forbundet med å være et medmenneske for pasienten, og hjelpe pasienten ut i fra pasientens opplevelse av sin situasjon (Nortvedt, 1998). Dette står i sterk kontrast til den virkeligheten mange av sykepleierne i det lokale helseforetaket opplever. Travelheten utfordrer kjernen i sykepleieutøvelsen ved at den vanskelig målbare omsorgen og holistiske tilnærmingen til pasienten synes å bli nedprioritert fremfor de mer dokumenterbare og håndfaste oppgavene. Sykepleierne formidler i intervjuene at omsorgsaspektet er sentralt i sykepleiefaget og at det er en viktig dimensjon i sykepleiernes kvalitetsforståelse. Samtidig formidler mange av dem at det er en forholdsvis stor diskrepans mellom hva man som sykepleier burde gjøre i møte med pasienten og hva de opplever at de har mulighet til. Sykepleierne drives i en retning der arbeidet blir mer oppgavesentrert enn pasientsentrert, hvor avgrensede oppgaver som ligger implisitt i det administrative og sykepleietekniske arbeidet, blir mer vektlagt enn den mellommenneskelige tilnærmingen til pasientene. Denne utviklingen kan karakteriseres som en trussel for den institusjonelle *kjernen* i sykepleiernes profesjonelle selvforståelse. Flere av sykepleierne formidler i intervjuene at de har dårlig samvittighet for at de har for lite tid til kontakt med pasienten, noe som i følge Halford og Leonard (2002), kan signalisere at det eksisterer en blanding av gammel og ny identitet:

The continued strength of an "old" professional identity is reflected in the feelings of guilt which respondents cite at their loss of the role of "teacher" (Ibid:110).

Ressursinnstrammingene, samtidig med økt behandlingsaktivitet, kortere liggetid, mer administrativt arbeid og nye oppgaver, har skjedd og skjer gradvis, hvilket innebærer at sykepleierne i den daglige praksis stadig har måttet finne mer ressursbesparende måter å utføre det profesjonelle arbeidet på. Institusjoner kan opprettholdes eller endres gjennom måten aktørene løser problemer i den daglige praksisen og meningsdannelsen rundt disse problemløsningene (Powell & Colyvas, 2008). Disse gradvise endringene av de organisatoriske betingelsene for det profesjonelle arbeidet til sykepleierne synes å ha en virkning på sykepleierne hvor de trinnvis tilpasser seg og mer eller mindre ubevisst inngår kompromisser i forhold til egne normer, verdier og legitimitetskriterier for det profesjonelle



arbeidet. Gjennom holdninger og det daglige arbeidet, samt ved samhandling med andre profesjonelle skapes og gjenskapes bildet av hva det vil si å være sykepleier (Kragh Jespersen, 2005). Grensedragningene for hva som er akseptable, dog ikke legitime, endringer i rammebetingelsene for sykepleiernes profesjonelle arbeid synes å forflytte seg i takt med gjennomføringene av endringene.

### **7.5.2 Lokale ”strategier”**

Ut i fra teoriene om det profesjonelle prosjektet (Larson, 1977) og jurisdiksjon (Abbott, 1988) skulle sykepleiergruppen ha kjempet for sine egne profesjonelle interesser og identitet, fagets distinktivitet og sentrale verdigrunnlag. De skulle ha kjempet for de institusjonelle rammebetingelsene for det profesjonelle arbeidet og for jurisdiksjon og kognitiv innflytelse.

Norsk Sykepleieforbund har hatt som kontinuerlig agenda å kjempe for de institusjonelle rammene for det profesjonelle arbeidet, noe som er nedfelt i Norsk Sykepleieforbund sine vedtekter (2008b). Samtidig som dette er en profesjonskamp som i dette studiet synes å være nokså amputeret på lokalt nivå. Dataene gir ingen indikasjoner på at de utøvende sykepleierne har noen felles formelle eller uformelle strategier for å opprettholde og utvikle sykepleiernes profesjonelle prosjekt på lokalt plan. De lokale ”strategiene” for å møte utfordringene bærer preg av resignasjon, tilpasning, frustrasjon, distanse og et lavt forventningsnivå. Mange uttrykker frustrasjon over at de har så lite tid til omsorg for pasienten, men de har ikke opplevelsen av at de har noen muligheter til å gjøre noe med det. Sykepleierne har i likhet med legene tradisjonelt hatt stort eierskap til sitt arbeid (Melby, 1990), og disse endringene ser ut til å gjøre at motivasjon og engasjement blir mindre. Mange av de litt mer erfarne sykepleierne ser ut til å flytte fokuset vekk fra jobben og over til det personlige og private. Samtidig synes de yngste sykepleierne å være mest opptatt av å få fast jobb og full stilling, og engasjerer seg ikke i stor grad i alle de andre utfordringene sykepleietjenesten synes å stå ovenfor.

Sykepleierprofesjonens langvarige kamp om å få anerkjennelse som utøvere av et distinkt fagområde sidestilt med legene, ser også ut til å ha lite forankring på utøvende nivå i mitt case. Økningen i sykepleietekniske oppgaver, som ofte er relatert til legenes forordninger, kan antyde at sykepleiernes assistentfunksjon i forhold til legene får større plass. Denne assistentfunksjonen har alltid vært en del av relasjonen mellom sykepleierne og legene, samtidig som at det i arbeidet med å få anerkjennelse for sykepleie som et eget fagområde har

vært sentralt å definere sykepleie som noe annet enn en assistentfunksjon for legene (Melby, 1990). Den økte andelen sykepleieteknisk arbeid synes imidlertid ikke å være inkompatibelt med den sykepleiefaglige logikken eller den sykepleiefaglige identiteten; det kan heller tolkes som en forsterkning av håndverksfunksjonen i sykepleie.

Funnene peker i en retning av at det ikke er et samstemt profesjonelt prosjekt innenfor sykepleieprofesjonen. Det profesjonelle prosjekt som foregår på makroplan synes å være et elitistisk prosjekt, hvor de ambisjonene som Norsk Sykepleieforbund har i liten grad gjenspeiles på lokalt nivå. Dette forsterkes ytterligere av at lederne med sykepleiebakgrunn ikke først og fremst opptrer som representanter for sykepleierne eller for sykepleiefaget, men synes snarere å ha gått mer i kompaniskap med foretakslogikkens styringssystemer med eksplisitt lojalitet til organisasjonen. Det fragmenterte bildet som vises når de ulike nivåene innenfor sykepleiergruppen settes sammen, vitner om en profesjon under press. Mens legene synes å opptre i samsvar med det teoriene om det profesjonelle prosjektet og jurisdiksjon postulerer, harmonerer ikke disse teoriene med funnene angående sykepleierne. Hva kan være forklaringene på de store forskjellene mellom legene og sykepleierne med tanke på hvordan de kjemper for å utvide fagets jurisdiksjon, for å bevare og øke legitimiteten til fagets kunnskapsområde og egenart, bedre de institusjonelle rammene for det profesjonelle arbeidet, og beskytte sin profesjonelle identitet?

## **7.6 Forskjeller mellom leger og sykepleiere**

### **7.6.1 Identitetskrenkelse, autonomi og identitetens styrke**

Pratt et al (2006) hevder at grad av bestemmelsesrett i jobben, den profesjonelle identitetens styrke og grad av identitetskrenkelse er viktige faktorer for hvilke tilpasningsstrategier som velges når arbeid og identitet ikke sammenfaller. Dette er dimensjoner som legene og sykepleierne er forskjellige på, og disse forskjellene kan være viktige forklaringsfaktorer.

Legenes herredømme og privilegerte posisjon ved sykehusene har lange tradisjoner og man kan se at de tidligere institusjonaliserte maktforholdene fortsatt er tydelige. Sykepleierne formidler i intervjuene, sammenlignet med legene, en opplevelse av forholdsvis lite autonomi i jobben, mye på grunn av legenes overordnede jurisdiksjon<sup>69</sup>, og på grunn av at oppgaveporteføljen er så stor at tiden – satt noe på spissen – går med til å gjennomføre de

---

<sup>69</sup> Noe som *generelt* ikke blir fremhevet som spesielt problematisk, men formidles indirekte mer som en naturlig orden.

forhåndsdefinerte oppgavene uten at de har så mye påvirkningsmulighet i forhold til hva jobben skal bestå i. Legenes overordnede rolle i behandlingsskjeden er en viktig faktor, hvor nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder ofte er drevet frem gjennom medisinsk forskning. Sykepleierne er viktige for at behandlingsoppleggene skal fungere, men det er ikke deres nyvinninger eller utvikling innen sykepleiefaget pasientene i utgangspunktet blir henvist til spesialisthelsetjenesten for. Denne overordnede faglige jurisdiksjon ovenfor sykepleierne er et av de tydeligste eksemplene på legenes høye bestemmelsesrett i arbeidet sammenlignet med sykepleierne.

Også i forhold til profesjonsidentitetens styrke er det flere indikatorer som tilsier at legenes profesjonelle identitet synes sterkere enn sykepleiernes. Profesjonaliseringen av legene har vært preget av sterk sosialisering og kollegialitet, hvor det tradisjonelt har vært stor oppslutning om legenes fagforening (Berg, 1986). Per 2010 er 96,5 % av legene medlemmer av Den Norske Legeforening (Den Norske lægeforening, 2010). Til sammenligning er ca 70 % av sykepleierne medlemmer av Norsk Sykepleierforbund (Norsk Sykepleierforbund, 2009)<sup>70</sup>. Den horisontale orienteringen forsterkes antagelig av at legene under utdanning og spesialisering arbeider i forholdsvis lange perioder ved ulike sykehus, og har således god anledning til å danne nettverk med andre legekolleger nasjonalt. Sykepleierne har under utdanningen også praksis på ulike sykehus, men oppholdene er betydelig færre og kortere sammenlignet med legene. Legene har en lang utdanning bak seg og karrieremulighetene innenfor medisinen er som regel tett knyttet opp mot kompetansen i forhold til det medisinskfaglige kunnskapsområdet (Larsen, 1986b). Mange sykepleiere ser på administrative stillinger som en karriereutvikling, mens legene har lederposisjoner mer som en del av legegjerningen (Torjesen, 2008), noe også min studie bekrefter. Forskjellen på utdanningslengden mellom disse to profesjonsgruppene indikerer ulikhet i forhold til hvilke personlige investeringer som er gjort for å oppnå den posisjonen de har. Dessuten er sykepleiernes lønn og status vesentlig lavere enn legenes, i tillegg til at den strukturelle tilknytningen til sykehuset er løsere gjennom de mange deltidsstillingene og vikariatene. Alle disse faktorene kan ha betydning for hvor mye jobben betyr for den enkelte, og for hver sterkt de identifiserer seg med sin egen profesjon (Ashforth & Mael, 1989).

---

<sup>70</sup> Det er ca 21 000 tusen autoriserte leger (Den Norske lægeforening, 2010), mens det er ca 86 000 autoriserte sykepleiere mellom 16 og 66 år i Norge (SSB, 2010).

Ulikheten i forhold til styrken i identitetskrenkelsen har jeg illustrert gjennom beskrivelsen av hvordan endringene i det profesjonelle arbeidet for legene synes å berøre profesjonsidentitetens periferi, mens det for sykepleierne synes å gripe inn i profesjonsidentitetens kjerne. Alle de beskrevne faktorene kan bidra til å forklare hvorfor de lokale strategiene for å bevare og utvide de profesjonelle prosjektene og beskyttelse av profesjonsidentiteten er så forskjellige mellom sykepleierne og legene.

En av de skisserte antagelsene i avhandlingen var at styrken i det institusjonelle presset vil være viktig i forhold til hvilken innflytelse de statlige målene, oversatt organisatorisk, har på det profesjonelle arbeidet til sykepleierne og legene. Det institusjonelle presset omfatter det spesifikke organisatoriske presset, men også det presset den institusjonelle endringen på feltnivå bærer med seg, hvor NPM logikken har etablert seg i hele offentlig sektor og preger de dominerende styringsformene. Kan dette også bidra til å belyse forskjellene mellom sykepleierne og legene i forhold til det profesjonelle prosjektet på utøvende nivå?

### **7.6.2 Institusjonelt press**

Sykepleierne utsettes for et forholdsvis sterkt organisatorisk press i forhold til travelhet, og de formidler en opplevelse av at flere av endringene er påtvunget dem, hvor de fremstiller få muligheter til å handle annerledes enn det de organisatoriske betingelsene "tvinger" dem til. Den regulative pilaren (Scott, 2001) i institusjoner og det organisatoriske presset ser ut til å spille en viktig rolle i forhold til å forstå hvorfor sykepleierne tenderer å endre praksis i en retning de verken er komfortable med eller oppfatter som legitim. Imidlertid utsettes også legene for et nokså sterkt organisatorisk press i forhold til å øke produktiviteten, samtidig som de beskytter sitt profesjonelle prosjekt og sin profesjonsidentitet. En medvirkende forklaring på forskjellene mellom sykepleierne og legene kan i dette caset være sykepleiernes utfordringer i forhold til lave stillingsprosenter og vikariater, og at de har vært igjennom endringer i deres nære kontekst som har opplevdes truende. Intervjuene viser at mange av sykepleierne har nok med å forholde seg til rammebetingelsene de har som ansatte. Men hele ideen bak teoriene om det profesjonelle prosjekt og jurisdiksjon skulle tilsi at sykepleierne ville anstrenge seg for å bedre sine rammebetingelser og beskytte sin identitet, og særlig når profesjonsidentiteten trues slik den gjør hos sykepleierne.

Kan det være sann at det er vanskelig å bevare seg selv i en verden som ikke verdsetter det en er eller har vært? NPM logikken har fått en svært fremtredende plass i styring og drift av

offentlige virksomheter, hvor aktiviteter reguleres og dokumenteres, resultater kontrolleres og evalueres. Styring baseres på målbare evalueringskriterier, og det er valuta for pengene som gjelder. Den mellommenneskelige dimensjonen i sykepleie passer ikke så godt inn i den rammen. Omsorg, empati og taus kunnskap er vanskelig å omgjøre til objektive resultater som kan gi informasjon om nytte - kostnadseffekten av arbeidet. Disse områdene av sykepleiefaget er også i seg selv en motsats til den driftsøkonomiske orienteringen som ligger implisitt i NPM logikken (Lian, 2003a). Det kan synes som om ikke bare foretakslogikkens innpass i spesialisthelsetjenesten representerer et institusjonelt press på sykepleierne, men også at den dominerende logikken i styring av offentlig sektor og i samfunnet ellers er preget av nytte - kostnadstankegang som på mange måter devaluerer verdien av den mellommenneskelige dimensjonen i sykepleie.

Det legefaglige arbeidet synes å bli verdsatt i større grad. Dette arbeidet er generelt langt mer målbart enn sykepleie. Det reduksjonistiske vitenskapelige grunnlaget medisinen er tuftet på frembringer per definisjon og tradisjon noen målbare behandlingsprosedyrer og resultater. Videre er det legenes kompetanse som vanligvis er avgjørende i vurderingen av sykehusets kompetanse. Det er legene som primært behandler pasientenes lidelser, og det er generelt anvendelse av nyvinninger innenfor den medisinskteknologiske utviklingen som genererer nye behandlingsformer.

Den medisinskteknologiske utviklingen driver det sykepleiefaglige arbeidet i spesialisthelsetjenesten i retning av mer sykepleieteknisk arbeid ved at sykehusene blir mer spesialisert og tilbyr mer avansert behandling enn tidligere (NOU, 2005:3). Utviklingen innen det legefaglige arbeidet påvirker sykepleiernes profesjonaliseringsprosjekt, og er et tydelig eksempel på hvordan utviklingen innen en profesjon ikke kan studeres uavhengig av andre nærliggende profesjoner (Abbott, 1988). Mer avansert behandling øker kravene til det sykepleietekniske arbeidet og mer dokumentasjon (ibid). De fleste formidler i intervjuene at sykehusbehandlingen blir mer og mer spesialisert og at pasientene som er innlagt på sykehus nå er *sykere* enn tidligere, hvilket krever mer av den sykepleietekniske kompetansen blant sykepleierne. Pasientene er innlagt fordi de trenger *spesialkompetanse*, og dette behandlingsintensive regimet ser ut til å innebære at den sykepleiefaglige omsorgsfunksjonen til en viss grad flyttes ut av sykehusene og over til primærhelsetjenesten.

Det institusjonelle presset som NPM logikken, og spesifikt foretakslogikken, bærer med seg utfordrer sykepleierne og legene på ulike måter, hvor særlig verdsettingen av det legefaglige arbeidet versus det sykepleiefaglige arbeidet er forskjellig. Det innebærer at sykepleierne antagelig utsettes for et sterkere institusjonelt press på sine kjerneaktiviteter enn det legene gjør, noe som kan være en del av en forklaring på forskjellene mellom sykepleierne og legene.

### **7.6.3 Oppsummering**

Jeg har lansert flere forklaringer på hvorfor sykepleierne ikke agerer i tråd med teoriene til forskjell fra legene, og det kan synes som om det er mange forhold som sammen kan forklare sykepleiernes tilnærmede resignasjon i møte med endringene som utfordrer deres profesjonsinteresser og profesjonsidentitet. Samtidig utfordrer funnene teoriene om det profesjonelle prosjekt og jurisdiksjon, og viser at det er behov for å nyansere mellom ulike profesjonsgrupper i forståelsen av profesjonaliseringsprosesser og profesjonenes ivaretagelse av egne interesser.

## **7.7 Hva bidrar dette studiet med?**

Studiets design og metodiske opplegg gir ikke grunnlag for statistiske generaliseringer, men kan det være en rimelig grunn til å tro at funnene i avhandlingen er relevante også i andre sykehusavdelinger og lokale helseforetak? Ved å se på legene og sykepleierne som separate case, og deretter sammenligne resultatene har jeg funnet noen tydelige forskjeller mellom disse to profesjonsgruppene som utfordrer både oversettelsesteoriene og særlig teoriene om det profesjonelle prosjekt og jurisdiksjon. Resultatene i tilknytning til enhetlig ledelse er forholdsvis kompatible med andre studier (for eksempel Kragh Jespersen, 2005; Mo, 2006; Skjold Johansen, 2009), noe som bidrar til at sannsynligheten for at disse funnene er representative for flere lokale helseforetak øker. Den horisontale orienteringen begrepsfester legenes referanserammer i forhold til kvalitetsforståelse, legitimitetskriterier og organisatoriske løsninger på produktivitetskrav som er kompatible med den medisinske logikk. Når det gjelder funnene i tilknytning til sykepleiernes tilpasninger og manglende profesjonsstrategier på utøvende nivå, kan disse være lokalt betinget, men antageligvis er ikke disse scenarioene enestående. Som jeg har vist i drøftingen tidligere i kapittelet er det flere faktorer som ikke er lokalt betinget som kan være forklaringen på at de utøvende sykepleierne ikke kjemper for sine profesjonsinteresser og profesjonsidentitet. Særlig gjelder det forhold i tilknytning til det institusjonelle presset, hvor nytte - kostnadstenkning har begynt å dominere styringsformene i spesialisthelsetjenestene spesielt, og i offentlig sektor generelt.

Dersom resultatene fra denne undersøkelsen har relevans generelt for sykepleieprofesjonen, står de ovenfor store utfordringer med tanke på profesjonaliseringsprosessen, bevaring av særtrekkene i sykepleie og, ikke minst, kjernen i sin profesjonsidentitet. Samtidig kan det tenkes at det er i ferd med å skje en delvis refortolkning av sykepleiefaget. Utviklingstendensene i forhold til behandlingsmuligheter, alderssammensetningen i befolkningen og politiske signaler peker, sammen med funnene i dette studiet, mot en mer behandlingsintensiv spesialisthelsetjeneste, med klarere prioriteringer i forhold til hvem som trenger spesialistbehandling og hvem som kan behandles utenfor sykehusene (St.meld. nr. 47, (2008-2009)). Andelen eldre i befolkningen vil vokse betraktelig, hvilket innebærer at behovet for helsetjenester og helsepersonell også vil øke. Vil dette føre til at pleie og omsorg i større grad enn i dag desentraliseres til andre faggrupper, som for eksempel hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, mens sykepleierne får et mer rendyrket sykepleieteknisk preg? I tilknytning til samhandlingsreformen<sup>71</sup> skal mer av helsetjenestene foregå i regi av kommunene, hvilket antagelig vil medføre behov for mer avansert sykepleieteknisk arbeid også i kommunehelsetjenesten. Gjennom samhandlingsreformen vil også behovet for koordinering av helsetjenester mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten øke, og man kan stille spørsmål om sykepleierne også kommer til å få en tydeligere koordinatorrolle. En god del av det administrative arbeidet som sykepleierne i dette studiet viste til handlet om koordinering mellom ulike tjenester og faggrupper. Koordinatorrollen gjenspeiles også i sykepleiernes utforming av lederrollen, hvor pasientløp og den helhetlige virksomheten synes å være i fokus. Sykepleiernes tradisjonelle holistiske tilnærming til pasienten videreføres på sett og vis gjennom oversikt over og samhandling mellom ulike tjenester både innad i sykehuset og eksternt.

Sammenligningen av legene og sykepleierne viser også at det er en forholdsvis stor forskjell mellom profesjonenes *styrbarhet*. Med tanke på den mål – middel - rasjonaliteten som ligger implisitt i den statlige helsepolitikken (jmf Stigen, 2005) er dette studiet med på å synliggjøre utfordringene med å få offentlige sykehus til å fungere som *foretak*. Studiet viser hvordan legenes horisontale oversettelser og orientering, og deres institusjonelle arbeid på den ene siden reduserer virkningen av offentlig politikk og formelle strukturer. På den andre siden

---

<sup>71</sup> Samhandlingsreformen, vedtatt i stortinget 27. april 2010, er en reform som blant annet har som målsetning å skape tettere samarbeid og mer koordinerte helsetjenester mellom sykehus og kommuner, og dempe veksten i forbruket av sykehustjenestene ved å styrke kommunene slik at de kan levere en større andel av tjenestene (St.meld. nr. 47, (2008-2009)).

viser det også hvordan produktivitetskrav kan løses i tråd med den medisinskfaglige logikken. Samtidig som det også viser at sykepleierne er langt mer styrbare enn legene til tross for at endringene har lite legitimitet. De profesjonelle er ikke en ensartet gruppe, og det ser ut til at hvilken profesjon som er gjenstand for omstillingene er viktig i forhold til hvilket gjennomslag endringene kan få.

Sammenligningen av det statlige målet om økt produktivitet med målet om økt kvalitet viser også at etablerte institusjoner blir indirekte og direkte utfordret på ulike måter og områder gjennom disse målsetningene. Avhandlingen viser at produktivitetsmålet har hatt langt større innflytelse på det profesjonelle arbeidet til legene og sykepleierne enn det kvalitetsmålet har hatt, og illustrerer hvordan forskjellige reformer møter ulike reaksjoner i organisasjonen. Å synliggjøre de institusjonelle mikroprosessene er viktige for å forstå hvordan reformer *virker*, og for å forstå dynamikker i profesjonaliseringsprosesser og samspillet mellom profesjonene. Som utøvere av statens helsepolitikk er de profesjonelle nøkkelpersoner i forhold til å forstå forbindelsen mellom statlig politikk, organisasjon og praksis. Avhandlingen illustrerer at det ikke nødvendigvis er overensstemmelse mellom statlig politikk, organisatoriske strukturer og profesjonell praksis, men den illustrerer også at det ikke alltid er samsvar mellom strukturer, praksis og aktørenes meningsdannelse. Viktig informasjon om institusjonelle endringer går tapt dersom man bare studerer formelle strukturer og/eller intervjuer ledere. Virkelighetsoppfatningene er til dels forskjellige på de ulike organisatoriske nivåene, og meningsdannelsen til de utøvende profesjonelle divergerer relativt tydelig i forhold til de formelle strukturene.

Parsons (1939)<sup>72</sup> hevdet at profesjonalisme er et styringssystem som regulerer og kontrollerer det profesjonelle arbeidet, holdninger og moral. Kanskje er tross alt legenes klankontroll og horisontale orientering, og sykepleiernes holistiske og mellommenneskelige tilnærming til pasientene, viktige og nødvendige institusjoner som kan regulere, skape normer og legitimitetskriterier for de profesjonelles atferd og handlinger? Og kanskje er den viktig i forhold til å opprettholde legene og sykepleiernes motivasjon og driv etter mer kunnskap, bedre ferdigheter og eierskap til både arbeidet og organisasjonen? Full tilpasning til handlingsimperativene i foretakslogikken ville presumptivt innebære organisering og seleksjon av pasienter, behandlingsformer og behandlingsforløp ut i fra de til enhver tid

---

<sup>72</sup> I Evetts (2009)



rådende incentivsystemer. En av årsakene til at en fullstendig tilpasning ikke skjer er blant annet de profesjonelles legitimitetskriterier, normer, verdier og etiske fundament som ligger implisitt i de profesjonelle logikkene og profesjonsidentitetene. Mange av de normene og verdiene de profesjonelle målbærer ligger til grunn for den norske velferdsstaten, og det kan synes som om profesjonalismen er med på å skape en balanse mellom de verdiene og normene som NPM postulerer og de normer og verdier den norske velferdsstaten er bygget opp rundt. Samtidig vil fremtiden vise om sykepleierne klarer å bidra til denne balansen ved å ivareta sitt profesjonaliseringsprosjekt og sin profesjonsidentitet, og kanskje dette på nye måter?

## Kodeskjema Kategorier til hva endringene handler om

1. Økonomifokus:
  - a. Effektivitet
  - b. Produktivitet
  - c. Sparing
  - d. Restriksjoner på personell, utstyr, prøver, medisiner
  - e. Færre ressurser
  - f. nedskjæringer
  - g. nedbemanning
  - h. Lagt ned senger
  - i. Kutter årsverk
  - j. Jobbe fortere
  - k. Lite tid til fagforydning
  - l. Økonomiske begrensninger
  - m. Utnyttelse av ressurser (eks på tvers av sengepostene)
  - n. Underbemannet
  - o. Reduksjon av sosionomtjenesten
  - p. Stille rapport
2. Økt volum:
  - a. Kortere liggetid
  - b. flere blir behandlet
  - c. opererer flere
  - d. kortere ventetid
  - e. Ekstra operasjonsstue
  - f. to team på operasjonsstua
  - g. Mer poliklinikk
  - h. Mer dagbehandling
  - i. flere pasienter og flere stillinger
  - j. bedre pasientløp
3. Koding
4. Nye oppgaver
  - a. større pleietyngde
  - b. andre pasientgrupper (eks lårhalsbrudd)
  - c. tyngre pasienter
  - d. nye småoppgaver (eks kjøkkenoppgaver)
  - e. mer papirarbeid
  - f. innføring av data
5. Endringer i lederrollen
  - a. mer ansvar
  - b. mer administrasjon/mer merkantile oppgaver
  - c. flere møter
  - d. budsjett disiplin
  - e. tettere oppfølging
  - f. fra todelt til matrisemodell i ledelsen
  - g. mistet store deler av staben
  - h. sterkere linjeledelse
  - i. stabens betydning mindre
  - j. endringsledelse
6. Større avstand til overordnet ledelse
  - a. Mange byråkrater
  - b. Mindre makt til avdelingsoverlege
  - c. Mange ledelsesnivåer
  - d. Lang vei til de med beslutningsmyndighet
  - e. Større avstand til nærmeste leder
7. Overordnet fokus:
  - a. Helsereformen
  - b. ISF
  - c. Foretaksmodellen
  - d. Konkurransen mellom sykehusene
  - e. politikerne skal bevilge penger men ikke ha ansvar
  - f. Økt spesialisering/trenger mer sykepleiere enn hjelpepleiere
  - g. Funksjonsfordeling
  - h. Sentralisering
  - i. avdemokratisering, politikere ut, profesjonell styring inn, politiske representanter i styret bare symbol, etablert uformelle møteplasser med politikerne.
  - j. Økt fokus i samfunnet/privat look alike
8. Sammenslåing av sykehusene
  - a. nedleggelse av et annet sykehus
  - b. generelle organisatoriske endringer
  - c. flytting av avdelinger/nedleggelser
9. Hjelpepleiere måtte slutte
10. Flytting av avdeling
11. Mindre fleksibilitet i forhold til stillinger
  - a. vanskelig å få fast jobb
  - b. deltid
  - c. mindre fleksibilitet
12. Pasienthotell
13. Bedre behandlingstilbud
  - a. Opprettelse av ny behandling
  - b. mer legeintensiv behandling
  - c. bedre behandling
14. Mer gjennomsiktighet
  - a. TQM
  - b. Informasjonsskriv
  - c. Kvalitetssystemer
  - d. Kvalitetsparametre
  - e. overordnet kvalitetsutvalg
  - f. individuelle kompetanseplaner

Vedlegg 2: informasjon om prosjektet

[NN]

Som et ledd i utarbeidelsen av doktoravhandling innenfor fagområdene statsvitenskap, ledelse og organisasjonskunnskap, har undertegnede fått tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved utvalgte avdelinger ved [NN]. Datainnsamlingen består i stor grad av intervjuer med leger, sykepleiere og ledere ved de aktuelle avdelingene.

Prosjektet handler i korthet om hvilken påvirkning reformene og omstillingene i spesialisthelsetjenesten har på det helsefaglige arbeidet sykepleierne og legene i ”fronten” utfører. Det finnes mye kunnskap om hvordan reformene har påvirket sykehusene, men det har vært forsket lite på hvordan det via nye reformer settes nye rammer for det profesjonelle arbeidet. Studiet vil belyse lederes, legers og sykepleieres oppfatninger og fortolkninger, og det antas at disse kollektive fortolkningene kan være avgjørende for hvordan reformer slår igjennom og dermed også for hvordan praksis utøves.

Problemstillingen er som følger:

*Hvordan virker de statlige initierte målene om økt produktivitet og økt kvalitet i helsetjenestene inn på rammebetingelsene for det medisinskfaglige og sykepleiefaglige arbeidet, og hvordan er rammebetingelsenes innflytelse på det profesjonelle arbeidet betinget av egenskaper ved reformene, profesjonene og sykehusavdelingene?*

Det er ønskelig å intervju følgende personer ved [NN]:

Avdelingsleder

Avdelingssykepleier

9 sykepleiere

5 leger (3 spesialister, 2 assistentleger)

Intervjuet vil vare mellom 45 minutter og 1 time. Dersom respondentene tillater det vil jeg ta intervjuene opp på bånd. Dette vil den enkelte kunne ta stilling til. Jeg kommer til å skrive ut intervjuene ordrett og deretter sende utskriften tilbake til den som er blitt intervjuet.

Vedkommende har da anledning til å komme med kommentarer, utdypinger, og merke sitater som han/hun ikke ønsket at blir brukt. Intervjudataene vil kun være tilgjengelige for undertegnede. Når resultatene blir publisert vil det ikke bli opplyst hvilke sykehus undersøkelsene er utført på, og heller ikke konkrete avdelinger. Det vil imidlertid bli opplyst at det er en medisinsk og en kirurgisk avdeling ved et lokalt helseforetak i Norge.

Resultatene vil bli publisert i min ph.d avhandling som vil ta form som en monografi, artikler i tidsskrifter, samt i forbindelse med paperpresentasjoner på akademiske fagkonferanser.

Jeg ser frem til et godt samarbeid.

Med vennlig hilsen

Elin M. Fjeldbraaten

Høgskolen i Agder

[REDACTED]

e-post: elin.m.fjeldbraaten@hia.no

Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse i intervju

[NN]

Undertegnede arbeider med en ph.d avhandling innenfor fagfeltene statsvitenskap/organisasjonsteori og ledelse. Jeg gjennomfører en kvalitativ undersøkelse der jeg intervjuer en rekke leger, sykepleiere og ledere ved ulike sykehusavdelinger, herunder [NN]<sup>73</sup>. Mer informasjon om prosjektet og datainnsamling kan du lese om i vedlegget. [NN] har oppgitt deg som en person jeg kan kontakte med tanke på å delta i undersøkelsen. Kan du tenke deg å bli intervjuet? Intervjuet varer i ca 45 min.

Jeg ønsker å få til en avtale i nærmeste fremtid, og det er fint dersom du gir tilbakemelding til meg om når det eventuelt kunne passe. Dersom du ikke ønsker å bli intervjuet setter jeg pris på å få beskjed om det så fort som mulig. Dersom du har noen spørsmål er det bare å ta kontakt.

Med vennlig hilsen  
Elin M. Fjeldbraaten  
Høgskolen i Agder



---

<sup>73</sup> avdeling

Vedlegg 4: intervjuguide, sykepleiere

## **Intervjuguide**

### **Sykepleiere**

#### Litt om prosjektet

Tema

Taushetsplikt

Hva intervjuene skal brukes til

Tillatelse fra den enkelte til å bruke sitater

#### Bakgrunnsinformasjon

1. Identifikasjon
2. Stillingsbetegnelse
3. Avdeling
4. Stillingsprosent
5. Utdanning
6. Kort om ansiennitet ved avdelingen, ved sykehuset, ved andre sykehus
7. Annen yrkeserfaring
8. (Alder)
9. Hovedarbeidsoppgaver?

#### Overordnet

De siste årene har sykehuset og helsevesenet generelt vært preget av mange reformer og omstillinger.

1. Alt i alt hva tenker du om alle endringene som har skjedd på sykehuset de siste årene?
2. Hvilke refleksjoner gjør du rundt omstillingenes konsekvenser for pasientene og for ditt eget arbeid som sykepleier?

#### Rammebetingelser

1. Hvordan oppfatter du at forholdene er lagt til rette (rammebetingelsene) for det sykepleiefaglige arbeidet ved din arbeidsplass? (rutiner, utstyr ressurser, kultur/holdninger, samarbeid etc)

2. Opplever du at det har blitt noen endringer i rammebetingelsene for ditt arbeid i løpet av de siste årene?

### Kvalitet

Et av målene med reformene i helsevesenet har vært å øke kvaliteten i helsetjenestene.

1. Hva er, etter din mening, god kvalitet innenfor ditt fagområde?
2. Er dine overordnede opptatt av at du gjør en god jobb?
3. Hva gjøres på din avdeling for å øke kvaliteten på arbeidet deres?
4. Opplever du at helsetjenestene ved din avdeling er preget av høyere kvalitet nå enn tidligere? (Be om å få spesifisert tidsperiode vedkommende henviser til)
5. Har du selv fått utviklet din faglige kompetanse gjennom avdelingens eventuelle kvalitetssatsning?
6. Hva ville du selv gjort eller lagt vekt på for å øke kvaliteten på det arbeidet du gjør?
7. Har du merket noe til kvalitetsindikatorerne?

### Produktivitet

I det siste har det vært en del fokus på sykehusets økonomiske situasjon, hvor sykehuset stadig må finne nye områder hvor de kan spare inn penger slik at underskuddet skal bli mindre.

1. Kan du si litt om det har skjedd noe på sykehuset og på din avdeling for å spare penger?
  - a. Har dere fått klare signaler fra ledelsen i forhold til hvilke områder det skal spares inn på?
  - b. Merker du noe til økonomiske innsparingskrav i ditt daglige arbeid som sykepleier?
2. Opplever du at det er situasjoner hvor det er et krysspress/konflikt mellom den sykepleiefaglige kvaliteten og de økonomiske innsparingskravene?
3. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover kvaliteten på arbeidet sier du da i fra til noen?
  - a. Evt til hvem?
  - b. Diskuteres dette mye blant kollegaene, på avdelingen?

- c. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover arbeidet ditt på en negativ måte og du ikke sier i fra til ledelsen eller tillitsvalgte – hvorfor gjør du ikke det?
4. Opplever du at det er knyttet fordeler til det å spare og bruke minst mulig ressurser?

### Avslutning

1. Generelt, opplever du at endringene ved sykehuset og i helsevesenet har påvirket det sykepleiefaglige arbeidet?
2. Alt i alt, har du noe mer å tilføye som du opplever er viktig i forhold til endringene ved sykehuset?

Vedlegg 5: Intervjuguide, leger

## Intervjuguide

### Leger

#### Litt om prosjektet

Tema

Taushetsplikt

Hva intervjuene skal brukes til

Tillatelse fra den enkelte til å bruke sitater

#### Bakgrunnsinformasjon

1. Identifikasjon
2. Stillingsbetegnelse
3. Avdeling
4. Stillingsprosent/reell jobbing
5. Utdanning
6. Kort om ansiennitet ved avdelingen, ved sykehuset, ved andre sykehus
7. Annen yrkeserfaring
8. (Alder)
9. Hovedarbeidsoppgaver?
  - a. Hva bruker du mest tid på?

#### Overordnet

De siste årene har sykehuset og helsevesenet generelt vært preget av mange reformer og omstillinger.

1. Alt i alt hva tenker du om alle endringene som har skjedd på sykehuset de siste årene?
2. Hvilke refleksjoner gjør du rundt omstillingenes innvirkninger på det helsefaglige arbeidet ved avdelingen?

#### Rammebetingelser

1. Kan du nevne de viktigste endringene og strukturforandringer som er gjort på avdelingen i løpet av de siste 4-5 årene?



- Har disse endringene, eller eventuelt andre forhold, skapt nye rammebetingelser for det legefaglige arbeidet ved din avdeling? (rutiner, utstyr, ressurser, kultur/holdninger, samarbeid etc)
- Pasienthotellet?

## Kvalitet

Et av målene med reformene i helsevesenet har vært å øke kvaliteten i helsetjenestene.

1. Hva tenker du er gode kvalitative helsetjenester innenfor det området du har ansvaret for?
2. Hva gjøres på din avdeling for å sikre og øke kvaliteten på arbeidet deres?
3. Er det noen spesielle områder hvor kvalitetsøkning og kvalitetssikring blir prioritert?
  - a. Hvilke områder mener du at det er viktigst å prioritere?
  - b. Har du inntrykk av at det er noen områder dere, i følge den overordnede ledelsen, skal prioritere kvalitetsutvikling på?
4. Brukes kvalitetsindikatorer aktivt?

(strykning av planlagte operasjoner, korridorpasienter, Pasientrapporterte kvalitetsindikatorer for innlagte pasienter:

  - *Pasientenes vurdering av standard (bygninger, utstyr, mv.)*
  - *Pasienterfaringer med personalet (lege- og sykepleietjenesten)*
  - *Pasientenes vurdering av organisering av virksomheten*
  - *Pasientenes vurdering av informasjon fra helsepersonellet)*
  - a. I så fall på hvilke måter?
  - b. Slik du ser det: bidrar kvalitetsindikatorer til kvalitetssikring og kvalitetsøkning?
5. Har dere etablert nye systemer for pasientmedvirkning og bedre informasjon til pasientene?
  - a. Kan du gi en kort beskrivelse av hvordan disse fungerer i praksis?
  - b. Opplever du at pasientene nå har større muligheter til å få innflytelse på helsetjenestene enn tidligere?
6. Opplever du at helsetjenestene ved din avdeling er preget av høyere kvalitet nå enn tidligere? (Be om å få spesifisert tidsperiode vedkommende henviser til)

## Produktivitet

I det siste har det vært en del fokus på sykehusets økonomiske situasjon, hvor sykehuset stadig må finne nye områder hvor de kan spare inn penger slik at underskuddet skal bli mindre.

1. Kan du si litt om hva som har skjedd på sykehuset og på din avdeling for å spare penger og få opp inntektene?
  - b. Har dere fått klare signaler fra ledelsen i forhold til hvilke områder det skal spares og tjenes inn på?
  - c. Merker du noe til økonomiske krav i ditt arbeid som lege?
2. Er det endringer i forhold til hvordan dere følger med på ressursbruken nå i forhold til tidligere?
  - d. Hvordan gjøres dette i praksis?
3. Brukes DRG systemet som et virkemiddel i forhold til budsjettkontroll?
  - e. I så fall hvordan?
4. Har du noe forhold til hvilke pasientgrupper som er lønnsomme, og hvilke pasientgrupper som er mer kostnadskreven?
  - f. Har dette noe innvirkning på prioritering av pasienter?
5. Er det konkretisert resultatmål og hvilke tiltak som må iverksettes for å nå disse målene?
  - g. Hvilke resultatmål og tiltak er dette?
6. Opplever du at det er situasjoner hvor det er et krysspress/konflikt mellom den helsefaglige kvaliteten og de økonomiske innsparingskravene?
  - h. I hvilke situasjoner er dette?
  - i. Hva gjør du da?
7. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover kvaliteten på det helsefaglige arbeidet, sier du da i fra til noen?
  - d. Evt til hvem?
  - e. Diskuteres dette mye blant kollegaene, på avdelingen?
  - f. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover det helsefaglige arbeidet på en negativ måte og du ikke sier i fra til ledelsen eller tillitsvalgte – hvorfor gjør du ikke det?
8. Opplever du at det er knyttet fordeler (til deg som individ, til dere som avdeling, til dere som profesjon) til det å spare og bruke minst mulig ressurser?

9. Forventer du negative reaksjoner fra overordnet ledelse eller kollegaer dersom du som individ/dere som avdeling, ikke tilpasser dere de overordnede kravene om økt effektivitet og økt kvalitet slik det er formulert organisatorisk?
10. Hender det at du opplever at din egen og avdelingens kvalitetsstandarder går ut over produktiviteten?

### Avslutning

1. Generelt, opplever du at endringene ved sykehuset og i helsevesenet har påvirket det legefaglige arbeidet?
2. Alt i alt, har du noe mer å tilføye som du opplever er viktig i forhold til endringene ved sykehuset?

Vedlegg 6: Intervjuguide, leder, leger

## Intervjuguide

Lege - leder

### Litt om prosjektet

Tema

Taushetsplikt

Hva intervjuene skal brukes til

Tillatelse fra den enkelte til å bruke sitater

### Bakgrunnsinformasjon

1. Identifikasjon
2. Stillingsbetegnelse
3. Avdeling
4. Stillingsprosent
5. Utdanning
6. Kort om ansiennitet ved avdelingen, ved sykehuset, ved andre sykehus
  - a. Hvor lenge har du vært leder ved denne avdelingen?
7. Annen yrkeserfaring
8. (Alder)
9. Hovedarbeidsoppgaver?
  - a. Forholdet mellom legeoppgaver og lederoppgaver
  - b. Hva bruker du mest tid på som leder?

### Overordnet

De siste årene har sykehuset og helsevesenet generelt vært preget av mange reformer og omstillinger.

1. Alt i alt hva tenker du om alle endringene som har skjedd på sykehuset de siste årene?
2. Hvilke refleksjoner gjør du rundt omstillingenes innvirkninger på det helsefaglige arbeidet ved avdelingen?

## Rammebetingelser

1. Kan du nevne de viktigste endringene og strukturforandringer som er gjort på avdelingen i løpet av de siste 4-5 årene?
  - Har disse endringene, eller eventuelt andre forhold, skapt nye rammebetingelser for det helsefaglige arbeidet ved din avdeling? (rutiner, utstyr, ressurser, kultur/holdninger, samarbeid etc)
2. Opplever du at det har blitt noen endringer i rammebetingelsene for ditt arbeid i løpet av de siste årene?

## Kvalitet

Et av målene med reformene i helsevesenet har vært å øke kvaliteten i helsetjenestene.

1. Hva tenker du er gode kvalitative helsetjenester innenfor det området du har ansvaret for?
2. Hva gjøres på din avdeling for å sikre og øke kvaliteten på arbeidet deres?
3. Er det noen spesielle områder hvor kvalitetsøkning og kvalitetssikring blir prioritert?
  - a. Hvilke områder mener du at det er viktigst å prioritere?
  - b. Har du inntrykk av at det er noen områder dere, i følge den overordnede ledelsen, skal prioritere kvalitetsutvikling på?
4. Brukes kvalitetsindikatorene aktivt?

(strykning av planlagte operasjoner, korridorpasienter, Pasientrapporterte kvalitetsindikatorer for innlagte pasienter:

  - *Pasientenes vurdering av standard (bygninger, utstyr, mv.)*
  - *Pasienterfaringer med personalet (lege- og sykepleietjenesten)*
  - *Pasientenes vurdering av organisering av virksomheten*
  - *Pasientenes vurdering av informasjon fra helsepersonellet)*
  - a. I så fall på hvilke måter?
  - b. Slik du ser det: bidrar kvalitetsindikatorene til kvalitetssikring og kvalitetsøkning?
5. Har dere etablert nye systemer for pasientmedvirkning og bedre informasjon til pasientene?
  - a. Kan du gi en kort beskrivelse av hvordan disse fungerer i praksis?

- b. Opplever du at pasientene nå har større muligheter til å få innflytelse på helsetjenestene enn tidligere?
6. Opplever du at helsetjenestene ved din avdeling er preget av høyere kvalitet nå enn tidligere? (Be om å få spesifisert tidsperiode vedkommende henviser til)

## Produktivitet

I det siste har det vært en del fokus på sykehusets økonomiske situasjon, hvor sykehuset stadig må finne nye områder hvor de kan spare inn penger slik at underskuddet skal bli mindre.

1. Kan du si litt om hva som har skjedd på sykehuset og på din avdeling for å spare penger?
  - a. Har dere fått klare signaler fra ledelsen i forhold til hvilke områder det skal spares inn på?
  - b. Merker du noe til økonomiske innsparingskrav i ditt arbeid som leder?
2. Brukes DRG systemet som et virkemiddel i forhold til budsjettkontroll?
  - a. I så fall hvordan?
3. Er det endringer i forhold til hvordan dere følger med på ressursbruken nå i forhold til tidligere?
  - a. Hvordan gjøres dette i praksis?
4. Har dere konkretisert resultatmål og hvilke tiltak som må iverksettes for å nå disse målene?
  - a. Hvilke resultatmål og tiltak er dette?
  - b. Er dette synliggjort ovenfor de ansatte?
  - c. Hvordan reagerer de på dette?
5. Opplever du at det er situasjoner hvor det er et krysspress/konflikt mellom den helsefaglige kvaliteten og de økonomiske innsparingskravene?
6. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover kvaliteten på det helsefaglige arbeidet, sier du da i fra til noen?
  - a. Evt til hvem?
  - b. Diskuterer dette mye blant kollegaene, på avdelingen?
  - c. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover det helsefaglige arbeidet på en negativ måte og du ikke sier i fra til ledelsen eller tillitsvalgte – hvorfor gjør du ikke det?

7. Opplever du at det er knyttet fordeler (til deg som individ, til dere som avdeling, til dere som profesjon) til det å spare og bruke minst mulig ressurser?
8. Forventer du negative reaksjoner fra overordnet ledelse eller kollegaer dersom du som individ/dere som avdeling eller profesjon, ikke tilpasser dere de overordnede kravene om økt effektivitet og økt kvalitet slik det er formulert organisatorisk?
9. Hender det at du opplever at din egen og avdelingens kvalitetsstandarder går ut over produktiviteten?

### Avslutning

1. Generelt, opplever du at endringene ved sykehuset og i helsevesenet har påvirket det sykepleiefaglige arbeidet?
2. Alt i alt, har du noe mer å tilføye som du opplever er viktig i forhold til endringene ved sykehuset?

Vedlegg 7: intervjuguide, ledelse, sykepleier

## Intervjuguide

### Ledelse – Sykepleier

#### Litt om prosjektet

Tema

Taushetsplikt

Hva intervjuene skal brukes til

Tillatelse fra den enkelte til å bruke sitater

#### Bakgrunnsinformasjon

1. Identifikasjon
2. Stillingsbetegnelse
3. Avdeling
4. Stillingsprosent
5. Utdanning
6. Kort om ansiennitet ved avdelingen, ved sykehuset, ved andre sykehus
  1. Hvor lenge har du vært leder ved denne avdelingen?
7. Annen yrkeserfaring
8. (Alder)
9. Hovedarbeidsoppgaver?
  - a. Hva bruker du mest tid på som leder?

#### Overordnet

De siste årene har sykehuset og helsevesenet generelt vært preget av mange reformer og omstillinger.

1. Alt i alt hva tenker du om alle endringene som har skjedd på sykehuset de siste årene?
2. Hvilke refleksjoner gjør du rundt omstillingenes innvirkninger på det helsefaglige arbeidet ved avdelingen?



## Rammebetingelser

1. Kan du nevne de viktigste endringene og strukturforandringer som er gjort på avdelingen i løpet av de siste 4-5 årene?
  - Har disse endringene, eller eventuelt andre forhold, skapt nye rammebetingelser for det sykepleiefaglige arbeidet ved din avdeling? (rutiner, utstyr, ressurser, kultur/holdninger, samarbeid etc)
2. Opplever du at det har blitt noen endringer i rammebetingelsene for ditt arbeid i løpet av de siste årene?

## Kvalitet

Et av målene med reformene i helsevesenet har vært å øke kvaliteten i helsetjenestene.

1. Hva tenker du er gode kvalitative helsetjenester innenfor det området du har ansvaret for?
2. Hva gjøres på din avdeling for å sikre og øke kvaliteten på arbeidet deres?
3. Er det noen spesielle områder hvor kvalitetsøkning og kvalitetssikring blir prioritert?
  - a. Hvilke områder mener du at det er viktigst å prioritere?
  - b. Har du inntrykk av at det er noen områder dere, i følge den overordnede ledelsen, skal prioritere kvalitetsutvikling på?
4. Brukes kvalitetsindikatorer aktivt?

(strykning av planlagte operasjoner, korridorpasienter, Pasientrapporterte kvalitetsindikatorer for innlagte pasienter:

  - *Pasientenes vurdering av standard (bygninger, utstyr, mv.)*
  - *Pasienterfaringer med personalet (lege- og sykepleietjenesten)*
  - *Pasientenes vurdering av organisering av virksomheten*
  - *Pasientenes vurdering av informasjon fra helsepersonellet)*
    - a. I så fall på hvilke måter?
    - b. Slik du ser det: bidrar kvalitetsindikatorer til kvalitetssikring og kvalitetsøkning?
5. Har dere etablert nye systemer for pasientmedvirkning og bedre informasjon til pasientene?
  - a. Kan du gi en kort beskrivelse av hvordan disse fungerer i praksis?
  - b. Opplever du at pasientene nå har større muligheter til å få innflytelse på helsetjenestene enn tidligere?

6. Opplever du at helsetjenestene ved din avdeling er preget av høyere kvalitet nå enn tidligere? (Be om å få spesifisert tidsperiode vedkommende henviser til)

### Produktivitet

I det siste har det vært en del fokus på sykehusets økonomiske situasjon, hvor sykehuset stadig må finne nye områder hvor de kan spare inn penger slik at underskuddet skal bli mindre.

1. Kan du si litt om det har skjedd noe på sykehuset og på din avdeling for å spare penger?
  - a. Har dere fått klare signaler fra ledelsen i forhold til hvilke områder det skal spares inn på?
  - b. Merker du noe til økonomiske innsparingskrav i ditt arbeid som leder?
2. Brukes DRG systemet som et virkemiddel i forhold til budsjettkontroll?
  - a. I så fall hvordan?
3. Er det endringer i forhold til hvordan dere følger med på ressursbruken nå i forhold til tidligere?
  - a. Hvordan gjøres dette i praksis?
4. Har dere konkretisert resultatmål og hvilke tiltak som må iverksettes for å nå disse målene?
  - a. Hvilke resultatmål og tiltak er dette?
  - b. Er dette synliggjort ovenfor de ansatte?
  - c. Hvordan reagerer de på dette?
5. Opplever du at det er situasjoner hvor det er et krysspress/konflikt mellom den helsefaglige kvaliteten og de økonomiske innsparingskravene?
6. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover kvaliteten på det helsefaglige arbeidet, sier du da i fra til noen?
  - a. Evt til hvem?
  - b. Diskuteres dette mye blant kollegaene, på avdelingen?
  - c. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover det helsefaglige arbeidet på en negativ måte og du ikke sier i fra til ledelsen eller tillitsvalgte – hvorfor gjør du ikke det?

7. Opplever du at det er knyttet fordeler (til deg som individ, til dere som avdeling, til dere som profesjon) til det å spare og bruke minst mulig ressurser?
8. Opplever du eller forventer/frykter du negative reaksjoner eller konsekvenser fra ledelse eller kollegaer dersom du som individ/dere som avdeling eller profesjon, ikke tilpasser dere de overordnede kravene om økt effektivitet og økt kvalitet slik det er formulert organisatorisk?

### Avslutning

1. Generelt, opplever du at endringene ved sykehuset og i helsevesenet har påvirket det helsefaglige arbeidet?
2. Alt i alt, har du noe mer å tilføye som du opplever er viktig i forhold til endringene ved sykehuset?

## Intervjuguide

### Ledelse

#### Litt om prosjektet

Tema

Taushetsplikt

Hva intervjuene skal brukes til

Tillatelse fra den enkelte til å bruke sitater

#### Bakgrunnsinformasjon

1. Identifikasjon
2. Stillingsbetegnelse
3. Enhet/Avdeling
4. Stillingsprosent
5. Utdanning
6. Kort om ansiennitet ved avdelingen, ved sykehuset, ved andre sykehus
  1. Hvor lenge har du vært leder ved denne avdelingen?
7. Annen yrkeserfaring
8. (Alder)
9. Hovedarbeidsoppgaver?
  - a. Hva bruker du mest tid på som leder?

#### Overordnet

De siste årene har sykehuset og helsevesenet generelt vært preget av mange reformer og omstillinger.

1. Alt i alt hva tenker du om alle endringene som har skjedd på sykehuset de siste årene?
2. Hvilke refleksjoner gjør du rundt omstillingenes innvirkninger på det helsefaglige arbeidet ved avdelingen?

## Rammebetingelser

1. Kan du nevne de viktigste endringene og strukturforandringer som er gjort på enheten i løpet av de siste 4-5 årene?
  - Har disse endringene, eller eventuelt andre forhold, skapt nye rammebetingelser for det helsefaglige arbeidet ved din avdeling? (rutiner, utstyr, ressurser, kultur/holdninger, samarbeid etc)
2. Opplever du at det har blitt noen endringer i rammebetingelsene for ditt arbeid i løpet av de siste årene?

## Kvalitet

Et av målene med reformene i helsevesenet har vært å øke kvaliteten i helsetjenestene.

1. Hva tenker du er gode kvalitative helsetjenester innenfor det området du har ansvaret for?
2. Hva gjøres på din enhet for å sikre og øke kvaliteten på arbeidet deres?
3. Er det noen spesielle områder hvor kvalitetsøkning og kvalitetssikring blir prioritert?
  - a. Hvilke områder mener du at det er viktigst å prioritere?
  - b. Har du inntrykk av at det er noen områder dere, i følge den overordnede ledelsen, skal prioritere kvalitetsutvikling på?
4. Brukes kvalitetsindikatorene aktivt?

(strykning av planlagte operasjoner, korridorpasienter, Pasientrapporterte kvalitetsindikatorer for innlagte pasienter:

  - *Pasientenes vurdering av standard (bygninger, utstyr, mv.)*
  - *Pasienterfaringer med personalet (lege- og sykepleietjenesten)*
  - *Pasientenes vurdering av organisering av virksomheten*
  - *Pasientenes vurdering av informasjon fra helsepersonellet)*
    - a. I så fall på hvilke måter?
    - b. Slik du ser det: bidrar kvalitetsindikatorene til kvalitetssikring og kvalitetsøkning?
5. Har dere etablert nye systemer for pasientmedvirkning og bedre informasjon til pasientene?
  - a. Kan du gi en kort beskrivelse av hvordan disse fungerer i praksis?
  - b. Opplever du at pasientene nå har større muligheter til å få innflytelse på helsetjenestene enn tidligere?

6. Opplever du at helsetjenestene ved din avdeling er preget av høyere kvalitet nå enn tidligere? (Be om å få spesifisert tidsperiode vedkommende henviser til)

### Produktivitet

I det siste har det vært en del fokus på sykehusets økonomiske situasjon, hvor sykehuset stadig må finne nye områder hvor de kan spare inn penger slik at underskuddet skal bli mindre.

1. Kan du si litt om det har skjedd noe på sykehuset og på din enhet for å spare penger?
  - a. Har dere fått klare signaler fra overordnet ledelse i forhold til hvilke områder det skal spares inn på?
  - b. Merker du noe til økonomiske innsparingskrav i ditt arbeid som leder?
2. Brukes DRG systemet som et virkemiddel i forhold til budsjettkontroll?
  - a. I så fall hvordan?
3. Er det endringer i forhold til hvordan dere følger med på ressursbruken nå i forhold til tidligere?
  - a. Hvordan gjøres dette i praksis?
4. Har dere konkretisert resultatmål og hvilke tiltak som må iverksettes for å nå disse målene?
  - a. Hvilke resultatmål og tiltak er dette?
  - b. Er dette synliggjort ovenfor de ansatte?
  - c. Hvordan reagerer de på dette?
5. Opplever du at det er situasjoner hvor det er et krysspress/konflikt mellom den helsefaglige kvaliteten og de økonomiske innsparingskravene?
6. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover kvaliteten på det helsefaglige arbeidet, sier du da i fra til noen?
  - a. Evt til hvem?
  - b. Diskuteres dette mye blant kollegaene, på avdelingen?
  - c. Dersom du opplever at de økonomiske innsparingskravene går utover det helsefaglige arbeidet på en negativ måte og du ikke sier i fra til ledelsen eller tillitsvalgte – hvorfor gjør du ikke det?
7. Opplever du at det er knyttet fordeler (til deg som individ/til dere som avdeling) til det å spare og bruke minst mulig ressurser?

8. Forventer du negative reaksjoner fra ledelse eller kollegaer dersom du som individ/dere som avdeling ikke tilpasser dere de overordnede kravene om økt effektivitet og økt kvalitet slik det er formulert organisatorisk?

### Avslutning

1. Generelt, opplever du at endringene ved sykehuset og i helsevesenet har påvirket det helsefaglige arbeidet?
2. Alt i alt, har du noe mer å tilføye som du opplever er viktig i forhold til endringene ved sykehuset?

Vedlegg 8: Muligheter for å komme med kommentarer til intervjuet

### **Kommentarer til intervjuet**

Takk for at du tok deg tid til å stille opp på intervju, noe som har vært svært nyttig for mitt doktorgradsarbeid. Undertegnede har skrevet ut intervjuet, og utskriften er lagt ved dette brevet. Du har anledning til å komme med kommentarer og utdypinger. Skulle det være bestemte setninger som du ønsker ikke skal bli brukt til sitat kan du markere dem i teksten. Resten av teksten kan heretter anvendes til sitat. Dersom du gjør forandringer i intervjuet eller ønsker at bestemte setninger ikke skal bli brukt som sitat, kan du sende det tilbake i vedlagte konvolutt. Dine merknader vil da bli tatt til følge i det videre arbeidet. Det presiseres at du når som helst kan trekke deg fra undersøkelsen dersom du ønsker det.

Alle opplysninger behandles konfidensielt og undertegnede har taushetsplikt. Datamaterialet vil i det videre arbeidet bli anonymisert, i tillegg til at det i forbindelse med publikasjoner ikke vil bli opplyst hvilke sykehus undersøkelsene er utført på. Innen prosjektets slutt 28.02.2009 vil lydbåndene slettes. Prosjektet er for øvrig meldt inn og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Dersom du har noen spørsmål eller kommentarer så er det bare å ta kontakt på e-post eller telefon.

Med vennlig hilsen

Elin M. Fjeldbraaten  
Høgskolen i Agder

  
e-post: elin.m.fjeldbraaten@hia.no



## Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., & Walker, R. M. (2007). Public management reform in the uk and its consequences for professional organization: A comparative analysis. *Public Administration*, 85(1), 9-26.
- Albert, S., & Whetten, D. A. (1985). Organizational identity. *Research in Organizational Behavior*, 7, 263.
- Ashforth, B. E., & Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, 14(1), 20-39.
- Barley, S. R., & Tolbert, P. S. (1997). Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution. *Organization Studies (Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.)*, 18(1), 93.
- Battilana, J., & D'Aunno, T. (2009). Institutional work and the paradox of embedded agency. In R. Suddaby, B. Leca & T. B. Lawrence (Eds.), *Institutional work : Actors and agency in institutional studies of organizations* (pp. IX, 324 s.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berg, O. (1982). *"Helsetjenestens logikk: Seks studier av norsk helsetjeneste"*. Oslo: Institutt for statsvitenskap Universitetet i Oslo.
- Berg, O. (1986). Verdier og interesser - den norske lægeforenings fremvekst og utvikling. In Ø. Larsen, O. Berg, F. Hodne & Den Norske lægeforening (Eds.), *Legene og samfunnet*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk : Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomikk den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. [Oslo]: Den norske lægeforening.
- Berg, O. (2009). *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009*.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality a treatise in the sociology of knowledge* (Anchor Books ed.). Garden City, N. Y.: Doubleday.
- Blomgren, M. (1999). Resultatansvarets betydelse for sjukskoters professionalisering. In B. et.al (Ed.), *Når styringsambitioner møder praksis*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
- Borum, F. (2003). *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Bouckaert, G., & Pollitt, C. (1995). *Quality improvement in european public services concepts, cases and commentary*. London: Sage.
- Boxenbaum, E. (2006). Lost in translation - the making of danish diversity management. *American Behavioral Scientist*, 49(7), 939-948.
- Broadbent, J., & Laughlin, R. (2002). Public service professionals and the new public management: Control of professionals in the public services. . In E. Ferlie, McLaughlin, K. and Osborne S. (Ed.), *New public management: Current trends and future prospects* (pp. 95-108): Routledge.
- Brunsson, N. (2003). Organized hypocrisy. In C. Sevón (Ed.), *The northern lights – organization theory in scandinavia*. Malmö/Oslo: Liber Abstract.
- Brunsson, N., & Olsen, J. P. (1997). *The reforming organization*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Brunsson, N., & Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing organizations: The example of public sector reform. *Organization Studies*, 21(4), 721-746.

- Byrkjeflot, H., & Grønlie, T. (2005). Det regionale helseforetaket - mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring. In S. H. Opedal & I. M. Stigen (Eds.), *Helse-norge i støpeskjeen søkelys på sykehusreformen*. Bergen Fagbokforlaget
- Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2005). Norge i nord: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren. In S. H. Opedal & I. M. Stigen (Eds.), *Helse-norge i støpeskjeen søkelys på sykehusreformen*. Bergen Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2008). The end of the decentralised model of healthcare governance?: Comparing developments in the scandinavian hospital sectors. *Journal of Health Organization and Management* 22(4), 331-349.
- Carr-Saunders, A. M., & Wilson, P. A. (1933). *The professions*. Oxford: Clarendon.
- Clarke, J., & Newman, J. (1997). *The managerial state power, politics and ideology in the remaking of social welfare*. London: Sage.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data : Complementary research strategies*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Colyvas, J. A., & Powell, W. W. (2006). Roads to institutionalization: The remaking of boundaries between public and private science. *Research in Organizational Behavior*, 27, 305-353.
- Dacin, M. T., Goodstein, J., & Scott, W. R. (2002). Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum. *Academy of Management Journal*, 45(1), 45-56.
- Delamont, S. (1992). *Fieldwork in educational settings : Methods, pitfalls and perspectives*. London: Falmer Press.
- Den Norske lægeforening (2000). *En sammenhengende helsetjeneste - fra stykkevis og delt, til fullt og helt*. Oslo.
- Den Norske lægeforening (2002). Sak 175/02 oppnevning av representanter til arbeidsgruppe for utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, from <http://www.legeforeningen.no/id/9771.0>
- Den Norske lægeforening (2010). Legestatistikk from <http://www.legeforeningen.no/id/18>
- Dent, M., & Burtney, E. (1997). Changes in practice nursing: Professionalism, segmentation and sponsorship. *Journal of Clinical Nursing*, 6(5), 355-363.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Doolin, B. (2001). Doctors as managers - new public management in a new zealand hospital. *Public Management Review*, 3(2), 231-254.
- Doolin, B. (2002). Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organization Studies*, 23(3), 369-390.
- Duriau, V. J., Reger, R. K., & Pfarrer, M. D. (2007). A content analysis of the content analysis literature in organization studies. *Organizational Research Methods*, 10(1), 5-34.
- Dutton, J. E., & Dukerich, J. M. (1991). Keeping an eye on the mirror - image and identity in organizational adaptation. *Academy of Management Journal*, 34(3), 517-554.
- Dutton, J. E., Dukerich, J. M., & Harquail, C. V. (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, 39(2), 239-263.
- Eilertsen, R. (2003). *Når sykehus blir butikk; om etableringen av et sykehusmarked i norge*. Oslo: De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte

- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt : På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Esmark, A., Bage Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (2005). *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism. *El análisis sociológico del profesionalismo: cambio ocupacional en el mundo moderno.*, 18(2), 395-415.
- Evetts, J. (2009). New professionalism and new public management: Changes, continuities and consequences. *Comparative Sociology*, 8(2), 247-266.
- Exworthy, M., & Halford, S. (1999). Professionals and managers in a changing public sector: Conflict, compromise and collaboration? In M. Exworthy & S. Halford (Eds.), *Professionals and the new managerialism in the public sector* (pp. 1-17). Philadelphia, Pa.: Open University Press.
- Fagermoen, M. S. (1995). *The meaning of nurses' work a descriptive study of values fundamental to professional identity in nursing*. [M. S. Fagermoen], [Oslo].
- Ferlie, E. (1996). *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Ill.: Row.
- Fjeldbraaten, E. M., & Torjesen, D. O. (2006). *Changing roles and identities among clinical managers - do unitary management and health enterprises make any difference?* Paper presented at the Redrawing Boundaries within Healthcare. Nordic Workshop on Health Management and Organization.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine : A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn theory, prophecy, and policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing society back in; symbols, practices and institutional contradictions. In W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 232 - 263). Chicago: University of Chicago Press.
- Gioia, D. A., & Thomas, J. B. (1996). Identity, image, and issue interpretation: Sensemaking during strategic change in academia. *Administrative Science Quarterly*, 41(3), 370-403.
- Gjerberg, E., & Sørensen, B. A. (2006). *Enhetlig ledelse i sykehus*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1999). *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glynn, M. A., & Abzug, R. (2002). Institutionalizing identity: Symbolic isomorphism and organizational names. *Academy of Management Journal*, 45(1), 267-280.
- Godal, T. A., & Nilsen, L. (2003, 12.06.2003). Drg: Jakten på lønnsomme diagnoser. *Dagens Medisin*. from <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2003/06/12/drg--jakten-pa-l-nnsomme-di/index.xml>.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review*, 21(4), 1022-1054.
- Greenwood, R., Suddaby, R., & Hinings, C. R. (2002). Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of Management Journal*, 45(1), 58-80.

- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hafstad, A., & Gedde-Dahl, S. (2003, 07.03.03 - 19.01.04). Helse sør saken. *Aftenposten*.
- Hafstad, A., & Gedde-Dahl, S. (2006, 03.11.2006). Private søvnleger plukker pasienter. *Aftenposten*. from <http://www.aftenposten.no/helse/article1518850.ece>.
- Halford, S., & Leonard, P. (2002). New identities? Professionalism, managerialism and the construction of self. In M. a. H. Exworthy, S. (Ed.), *Professionals and the new managerialism in the public sector*: Open University Press.
- Halford, S., & Savage, M. (1995). Restructuring organisations, changing people: Gender and restructuring in banking and local government. *Work, Employment & Society*, 9(1), 97-122.
- Hallandvik, J.-E. (2005). *Forbedring, endring eller kontinuitet?: Den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*. Unipub, Oslo.
- Halvorsen, T. (1995). *Sektorinteresser eller profesjonssystem?* Oslo: TMV-senteret.
- Hatch, M. J., & Schultz, M. (2002). The dynamics of organizational identity. *Human Relations*, 55(8), 989-1018.
- Hatch, M. J., & Schultz, M. (2004). *Organizational identity : A reader*. Oxford: Oxford University Press.
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Forskrift om pasientjournal* from <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20001221-1385.html>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. from <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20021220-1731.html>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006a). *Informasjonshefte om innsatsstyrt finansiering 2006*. from [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rus/2006/0002/ddd/pdfv/273951-informasjonshefte\\_isf\\_2006.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rus/2006/0002/ddd/pdfv/273951-informasjonshefte_isf_2006.pdf).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006b). *Nasjonal helseplan (2007 - 2010)*. from [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0004/ddd/pdfv/292406-nasjonal\\_helseplan\\_saertrykk.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0004/ddd/pdfv/292406-nasjonal_helseplan_saertrykk.pdf).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, st.Meld. Nr. 20 (2006-2007)*. from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-.html?id=449531>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Pilotsykehusprosjektet*, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/pilotsykehusprosjektet.html?id=588745>
- Helsedepartementet (2001). *Sykehusreformen – noen eierperspektiver. ( rapport, 14.09.2001)*
- Helsedirektoratet (2006). *Pasientrapporterte kvalitetsindikatorer innlagte pasienter*. Pasopp from [http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/VisStatiskInformasjon\\_2279.aspx](http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2279.aspx)
- Helsedirektoratet (2007). *Fritt sykehusvalg, kvalitetsindikatorer*, from [http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/VisStatiskInformasjon\\_2156.aspx](http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2156.aspx)
- Lov om helsepersonell m.V. (1999).
- Helsetilsynet (2004). *Tilsyn med kodepraksisene*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Hult, E. (2006). Vetenskap i paketerad form. Framväxten av evidensbaserad medicin. In C. Levay & C. Waks (Eds.), *Stråvan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk* (pp. 77-100). Stockholm: SNS Förlag.

- Innst. O. nr. 91 (1998-1999). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. from <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/1998-1999/inno-199899-091/>.
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhetsvæsenet (2010). Den danske kvalitetsmodel, from <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>
- Johansen, M. S. (2005). Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet. *Rokkansenteret. , Notat 16-2005*.
- Johnson, T. J. (1972). *Professions and power*. London: Macmillan.
- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S., & Walker, R. M. (2005). *The new managerialism and public service professions change in health, social services and housing*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Kittelsen, S. A. C., Magnussen, J., & Anthun, K. S. (2007). *Sykehusproduktivitet etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Klaudi Klausen, K. (2001). *Skulle det være noget særligt? Organisation og ledelse i det offentlige*. Kbh.: Børsen forlag.
- Kragh Jespersen, P. (1999). New public management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen. In B. Bentsen, F., Erlingsdottir, G. og Sahlin-Andersson, K. (Ed.), *Når styringsambitioner møder praksis*. Copenhagen Copenhagen Business School Press.
- Kragh Jespersen, P. (2001). New public management reformer i det danske sygehusfelt. Udfordringer til de professionelle styringsrationaler? . *Nordisk Administrativt Tidsskrift, 1/2001*(82. årgang), 22-41.
- Kragh Jespersen, P. (2005). *Mellem profession og management : Ledelse i danske sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Kragh Jespersen, P., Nielsen, L.-L. M., & Sognstrup, H. (2002). Professions, institutional dynamics, and new public management in the danish hospital field. *International Journal of Public Administration, 25*(12), 1555.
- Kristiansen, F., & Sunnevåg, K. J. (2003). *Statlig politikk overfor helsesektoren - regionale virkninger* (No. SNF-rapport nr.39/03). Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. In P. Nortvedt (Ed.) (Vol. 1, pp. S. 137 - 183).
- Kuhlmann, E. (2006). *"Modernising health care reinventing professions, the state and the public"*. Bristol: The Policy Press.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kärreman, D., & Alvesson, M. (2004). Cages in tandem: Management control, social identity, and identification in a knowledge- intensive firm. *Organization, 11*(1), 149-176.
- Lane, J.-E. (2000). *New public management*. London: Routledge.
- Larsen, Ø. (1986a). Leger i norge. In Ø. Larsen, O. Berg, F. Hodne & Den Norske lægeforening (Eds.), *Legene og samfunnet*. Oslo Seksjon for medisinsk historie.
- Larsen, Ø. (1986b). Å være lege. In Ø. Larsen, O. Berg, F. Hodne & Den Norske lægeforening (Eds.), *Legene og samfunnet*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie.
- Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism : A sociological analysis*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Lawrence, T. B., & Suddaby, R. (2006). Institutions and institutional work. In S. R. Clegg (Ed.), *The sage handbook of organization studies* (2nd ed., pp. 215-254). London: SAGE.
- Lian, O. (2003a). *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Lian, O. (2003b). Tillitens vilkår i en markedsorientert helsetjeneste. *Sosiologi i dag, 33*(2), 31-49.

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Lindberg, K., & Erlingsdottir, G. (2005). Att studera översättning. Två idéers resor i den svenska hälso- och sjukvården. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 7(3-4), 27-51.
- Llewellyn, S. (2001). 'two-way windows': Clinicians as medical managers. *Organization Studies (Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.)*, 22(4), 593.
- Lounsbury, M. (2007). A tale of two cities: Competing logics and practice variation in the professionalizing of mutual funds. *Academy of Management Journal*, 50(2), 289-307.
- Lægred, P., Roness, P. G., Røvik, K. A., & Christensen, T. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor : Instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., & Saltman, R. B. (2009). *Nordic health care systems : Recent reforms and current policy challenges*. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering institutions : The organizational basis of politics*. New York: Free Press.
- March, J. G., Olsen, J. P., & Christensen, S. (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1984). *Freidige og uforsagte diakonisser et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905*. [Oslo]: Aschehoug.
- Melander, P. (1999). Økonomistyring og organisatorisk skizofreni - om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler. In B. Bentsen, F., Erlingsdottir, G. og Sahlin-Andersson, K. (Ed.), *Når styringsambitioner møder praksis*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Meyer, J. W., & Scott, W. R. (1983). *Organizational environments ritual and rationality*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Midttun, L., Sverrbo, E., Thorsen, G., & Steinum, O. (2003). *Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus i 2001*.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis : An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Mo, T. O. (2006). *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Trondheim.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 444 s.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morris, T., & Lancaster, Z. (2006). Translating management ideas. *Organization Studies (01708406)*, 27(2), 207-233.
- Moseng, O. G. (2003). *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*.
- Maaløe, E. (2002). *Casestudier af og om mennesker i organisationer : Forberedelse, feltarbejde, generering, tolkning og sammendrag af data for eksplorativ integration, test og udvikling af teori* (2. udg. ed.). Kbh.: Akademisk.
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2010). *Rapport fra kvalitetsprosjektet. Brukermedvirkning – et gjennombrudd for ledere, medarbeidere og pasienter...med pasientens øyne...: Norsk Sykepleierforbund*.
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten (2010). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, from <http://www.kvalitetogprioritering.no/>

- Neby, S. (2009). *Institutional reform and governance in the scandinavian hospital fields. The dynamics of and between change and control*. Universitetet i Bergen, Bergen
- Newman, J., & Vidler, E. (2006). Discriminating customers, responsible patients, empowered users: Consumerism and the modernisation of health care. *Journal of Social Policy*, 35, 193-209.
- Noordegraaf, M. (2007). From "Pure" To "Hybrid" Professionalism present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39(6), 761-785.
- Nordby, T. (1989). *Karl evang : En biografi*. Oslo: Aschehoug.
- Norsk Sykepleierforbund (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra norsk sykepleierforbunds forum for ict og dokumentasjon*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norsk Sykepleierforbund (2008a). Det du bør vite om faglig forsvarlighet. In N. Sykepleierforbund (Ed.). Oslo.
- Norsk Sykepleierforbund (2008b). Nsf's formål, prinsippprogram, vedtekter m.M.
- Norsk Sykepleierforbund (2009). Statistikk 09. In N. Sykepleierforbund (Ed.). Oslo.
- Nortvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag historie, fag og etikk*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- NOU (1997:2). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2.html?id=140689>.
- NOU (1999:15). *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. from <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19991999/015/PDFA/NOU199919990015000DDDPDFA.pdf>.
- NOU (2003:1). *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. from <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20032003/001/PDFS/NOU200320030001000DDDPDFS.pdf>.
- NOU (2005:3). *Fra stykkevis til helt*. from <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/003/PDFS/NOU200520050003000DDDPDFS.pdf>.
- Nylenna, M., & Larsen, Ø. (2005). Finnes det en egen norsk medisinsk identitet? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 125, 1813-1816.
- Oliver, C. (1992). The antecedents of deinstitutionalization. *Organization Studies (Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.)*, 13(4), 563.
- Opedal, S., & Rommetvedt, H. (2005). Foretaksfrihet eller stortingsstyring? In I. M. Stigen & S. Opedal (Eds.), *Helse norge i støpeskjeen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Opedal, S., & Stigen, I. M. (2005). *Helse-norge i støpeskjeen søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforl.
- Ot.prp. nr. 10 ((1998-1999)). *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.M.* from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-10-1998-99-.html?id=159380>.
- Ot.prp. nr. 63 ((2002-2003)). *Om lov om endringer i lov 2. Juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.M.* from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-63-2002-2003-.html?id=174002>.
- Ot.prp. nr. 66 ((2000-2001)). *Om lov om helseforetak m.M. (helseforetaksloven)*. from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-.html?id=165010>.
- Ouchi, W. G. (1980). Markets, bureaucracies, and clans. *Administrative Science Quarterly*, 25(1), 129.
- Parsons, T. (1939). The professions and social structure. *Social Forces*, 17(4), 457-467.

- Lov om pasientrettigheter (1999).
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Pedersen, J. S., & Dobbin, F. (2006). In search of identity and legitimation: Bridging organizational culture and neoinstitutionalism. *American Behavioral Scientist*, 49(7), 897-907.
- Peräkylä, A. (1997). Reliability and validity in research based on tapes and transcripts In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, methods and practice*. London: Sage.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2000). *Public management reform a comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Powell, W. W., & Colyvas, J. A. (2008). Microfoundations of institutional theory. In R. Suddaby, R. Greenwood, C. Oliver & K. Sahlin-Andersson (Eds.), *Handbook of organizational institutionalism* Los Angeles: Sage Publications.
- Pratt, M. G., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235-262.
- Prior, L. (2003). *Using documents in social research*. London: Sage.
- Rao, H., Monin, P., & Durand, R. (2003). Institutional change in toque ville: Nouvelle cuisine as an identity movement in french gastronomy. *American Journal of Sociology*, 108(4), 795-843.
- Ravasi, D., & van Rekom, J. (2003). Key issues in organizational identity and identification theory. *Corporate Reputation Review*, 6(2), 1.
- Repstad, P. (1999). *Nærhet och distans : Kvalitative metoder i samhällsvetenskap* (3. rev. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet : Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner : Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner : Ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Sahlin-Andersson, K. (1994). Group identities as the building blocks of organizations: A story about nurses' daily work. . *Scandinavian Journal of Management*, Volume 10(Issue 2), 131-145.
- Sandberg, L. (2005, 29. august 2005). Frykter at sykehus tenker bare butikk *Dagsavisen*. from <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article267888.ece>.
- Saunes, I. S., & Danielsen, K. (2005). *Medisinske kvalitetsregistre i norge - identifisering og kartlegging av eksisterende registre* (No. ISBN 82-8121-060-5). Oslo.
- Scheuer, J. D. (2006). Om oversættelse af oversættelsesbegrepet - en analyse af de skandinaviske ny-institutionalistes oversættelse af oversættelsesbegrepet. *Nordiske Organisasjonsstudier, Fagbokforlaget*, 8(4), 3-39.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, W. R. (1991). Unpacking institutional arguments. In W. W. D. Powell, Paul J (Ed.), *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 143 - 163 ). Chicago, IL: University of Chicago Press. .
- Scott, W. R. (2000). *Institutional change and healthcare organizations from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scott, W. R. (2001). *Institutions and organizations* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.



- Scott, W. R. (2008). Lords of the dance: Professionals as institutional agents. *Organization Studies*, 29(2), 219-238.
- Sevón, G. (1996). Organizational imitation in identity transformation. In G. Sevón & B. Czarniawska (Eds.), *Translating organizational change* (pp. 46-67). Berlin: Walter de Gruyter.
- Sevón, G., & Czarniawska, B. (1996). Introduction. In G. Sevón & B. Czarniawska (Eds.), *Translating organizational change* (Vol. De Gruyter studies in organization ; 56, pp. XII, 284 s.). Berlin: Walter de Gruyter.
- Sevón, G., & Czarniawska, B. (2003). *The northern lights : Organization theory in scandinavia*. Malmö/Oslo: Liber, Abstrakt.
- Silverman, D. (1997). *Qualitative research : Theory, method and practice*. London: Sage.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data : Methods for analyzing talk, text and interaction* (3rd ed.). London: Sage.
- Skaset, M. (2006). *I gode og onde dager- : De norske legene og staten 1945-2000*. [Oslo]: Det medisinske fakultet Unipub.
- Skjold Johansen, M. (2009). *Mellom profesjon og reform om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Oslo: Handelshøyskolen BI.
- Sognstrup, H. (2003). *Professionelle i afdelingsledelse*. Aalborg: Institut for Økonomi, Politikk og Forvaltning, Aalborg Universitet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten* Oslo.
- Sosial - helsedepartementet/Statens Helsetilsyn (1995). *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*.
- Sosial - helsedirektoratet (2006). *Sluttrapport kvalitetsregisterprosjekt 2005*. Oslo
- Sosial - og helsedirektoratet (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)*. from [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplaner/nasjonal\\_strategi\\_for\\_kvalitetsforbedring\\_i\\_sosial\\_og\\_helsetjenesten\\_og\\_bedre\\_skal\\_det\\_bli\\_2005\\_2015\\_2913](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplaner/nasjonal_strategi_for_kvalitetsforbedring_i_sosial_og_helsetjenesten_og_bedre_skal_det_bli_2005_2015_2913).
- Lov om spesialisthelsetjenesten (1999).
- SSB (2010). Statistikk for helse- og sosialpersonell, tabell 3. from Statistisk Sentralbyrå: <http://www.ssb.no/hesospers/tab-2009-06-19-03.html>
- St.meld. nr. 24 (1996-1997). *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19961997/st-meld-nr-24\\_1996-97.html?id=191073](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19961997/st-meld-nr-24_1996-97.html?id=191073).
- St.meld. nr. 26 (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>.
- St.meld. nr. 47 ((2008-2009)). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?showdetailedtableofcontents=true&id=567201>.
- St.meld.nr.5 ((2003-2004)). *Inntekssystem for spesialisthelsetjenesten*. from <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20032004/005/PDFS/STM200320040005000DDPDFS.pdf>.
- Stigen, I. M. (2005). Innledning. In I. M. Stigen & S. H. Opedal (Eds.), *Helse-norge i støpeskjeen : Søkelys på sykehusreformen* (pp. 15-26). Bergen: Fagbokforl.

- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research : Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy - strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 20(3), 571-610.
- Suddaby, R., & Greenwood, R. (2005). Rhetorical strategies of legitimacy. *Administrative Science Quarterly*, 50(1), 35-67.
- Suddaby, R., & Greenwood, R. (2009). Methodological issues in researching institutional change. In A. Bryman & D. A. Buchanan (Eds.), *The sage handbook of organizational research methods*. Los Angeles: Sage.
- Suddaby, R., Sahlin, K., Oliver, C., & Greenwood, R. (2008). *The sage handbook of organizational institutionalism*. Los Angeles: SAGE.
- Sundhedsstyrelsen (2004). *Den danske kvalitetsmodel for sundhæsvæsenet*. København.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research : Analysis types and software tools*. New York: Falmer Press.
- Tolbert, P. S., & Zucker, L. G. (1996). The institutionalization of institutional theory In C. H. a. W. N. S. Clegg (Ed.), *Handbook of organization studies*. London: Sage Publications.
- Torjesen, D. O. (2007). Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 48(2), 275-290.
- Torjesen, D. O. (2008). *Foretak, management og medikrati en sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- van Bockel, J., & Noordegraaf, M. (2006). Identifying identities: Performance-driven, but professional public managers. *International Journal of Public Sector Management*, 19(6), 585-597.
- Vinge, S. (2003). *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse*. København: Samfundslitteratur.
- Vinge, S., & Vikkelsø, S. (2004). *Hverdagens arbejde og organisering i sundhæsvæsenet*. København: Handelshøjskolens forl.
- Vrangbæk, K. (1999a). *Markedsorientering i sygehusektoren? : Opkomst, udformning og konsekvenser af frit sygehusvalg*. København: Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.
- Vrangbæk, K. (1999b). New public management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser In E. Z. Bentsen, Borum, F., Erlingsdottir, G. og Sahlin-Andersson, K. (Ed.), *Når styringsambitioner møder praksis*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
- Waks, C., & Levay, C. (2006). *Strävan efter transparens : Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag.
- Walby, S., Mackay, L., Greenwell, J., & Soothill, K. (1994). *Medicine and nursing professions in a changing health service*. London: Sage.
- Wenneberg, S. B. (2000). *Socialkonstruktivisme : Positioner, problemer og perspektiver*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Winblad Spångberg, U. (2006). Transparens som förutsättning för patientens fria val. In C. Waks & C. Levay (Eds.), *Strävan efter transparens : Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk* (pp. 159-182). Stockholm: SNS Förlag.
- Zeuthen Bentsen, E. (1999). *Når styringsambitioner møder praksis : Den svære omstilling af sygehus- og sundhæsvæsenet i danmark og sverige*. [København]: Handelshøjskolens Forlag.

- Zilber, T. B. (2002). Institutionalization as an interplay between actions, meanings, and actors: The case of a rape crisis center in Israel. *Academy of Management Journal*, 45(1), 234-254.
- Zucker, L. G. (1977). The role of institutionalization in cultural persistence. *American Sociological Review*, 42(5), 726-743.