



Masteroppgave

ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

«Og da gjør vi litt som vi vil, likevel»

- om legers beslutningsmyndighet og utskrivningsklare pasienter

Inger Cecilie Frisvoll

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Molde, 27.5.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 45

Veileder: Turid Aarseth

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 27.5.2016

Forord

Det norske helsevesenet, og spesielt sykehussektoren, har interessert og fasinert meg i flere år. Min bakgrunn som sykepleier og student innen samfunnsfag, gjør at jeg har mange tanker rundt utviklingen i helsevesenet i Norge. Utviklingstrekkene har gått mot markedsøkonomiske styringsprinsipper inspirert av New Public Management-tankegangen, og som sykepleier undrer jeg meg over hvordan noen kan tro at styringsmodeller fra privat sektor, der hovedmålet er effektivitet og å tjene penger, kan overføres til en sektor der hovedfokuset er mennesker som trenger omsorg, hjelp og støtte i en situasjon der de ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Som samfunnsviter undrer jeg meg over den massive motstanden mot alle aspekter av disse reformene, reformer som også har bidratt til et mer effektivt helsevesen.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått bekreftet noen antakelser, men har også blitt overasket av andre momenter. Dette inspirerer meg til å ønske å forske videre innen feltet, et sammensatt og spennende felt som på mange måter lever sitt eget liv, men som samtidig er underlagt strenge lover og reguleringer.

En oppgave av denne størrelsen krever mye av mange, ikke bare av meg. Jeg har nytt godt av et flott samhold i masterkullet vårt, med deling av både frustrasjoner og gleder, og utallige lunsjer. Det har vært både utfordrende og givende å være del av en så dyktig, intelligent og fjasete gjeng. Sjefen min, Roy, må takkes for velvilje i forhold til avspasering og ferie på mer eller mindre gunstige tidspunkt. Respondentene fortjener en stor takk – dere vet selv hvem dere er – uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Veilederen min, Turid, fortjener en spesiell takk for både tålmodighet og for noen spark bak gjennom prosessen. Uten deg hadde det heller ikke blitt noen oppgave. Du er unik!

Sist, men aldeles ikke minst, må jeg takke den fantastiske familien min. Hans Arne, Jørgen og Anna, som har lånt ut datautstyr og holdt ut med en fraværende mor, selv da jeg var hjemme. Glad i dere – nå er det over! Per Edvin, du fantastiske mann, tusen takk for at du ikke sa nei da jeg kom på at jeg ville studere! Takk for at du alltid har tro på meg. Elsker deg.

Sammendrag

I forbindelse med implementeringen av samhandlingsreformen i 2012 fikk tematikken rundt utskrivningsklare pasienter ny aktualitet. I følge Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR-2011-11-18-1115 2011) er det legene ved sykehusene som har den formelle beslutningsmyndigheten i forhold til når en pasient kan defineres som utskrivningsklar, og kommunehelsetjenesten kan overta ansvaret. Denne studiens mål er å belyse hva som påvirker legenes beslutningsatferd i prosessen frem til definisjonen «utskrivningsklar» er satt. Dette gjøres gjennom å plassere legene inn i den institusjonelle konteksten med pluralistiske organisasjoner og multiple institusjonelle logikker. Studien er utformet med et kvalitativt undersøkelsesdesign og respondentene er leger ved medisinske klinikker på to forskjellige sykehus. Det fremsettes en hypotese om at legene tar hensyn til andre logikker enn den medisinske, og det ses spesielt etter om de har tatt den økonomiske logikken inn i vurderingsgrunnlaget sitt.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning og problemstilling	1
1.1	Begrepsavklaringer	4
2.0	Teoretisk perspektiv.....	6
2.1	Institusjonelle logikker og pluralistiske organisasjoner	6
2.2	Sykehuset som pluralistisk organisasjon	6
2.3	Pluralistiske organisasjoner og det institusjonelle feltet	9
2.4	Profesjoner og pluralistiske organisasjoner	12
3.0	Styringskontekst og kunnskapsgrunnlag.....	14
3.1	Aktuelle styringsdokument.....	14
3.1.1	Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009).....	14
3.1.2	Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter	14
3.1.3	Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner	15
3.2	Utskrivningsklare pasienter og samhandlingsreformen	16
4.0	Metode.....	20
4.1	Undersøkellesdesign	20
4.2	Datainnsamling	21
4.2.1	Valg av respondenter.....	21
4.2.2	Gjennomføring av intervju	23
4.2.3	Etiske krav.....	23
4.3	Refleksjoner over metodevalg	24
5.0	Analyse og drøfting	27
5.1	Definisjon «utskrivningsklare pasienter»	29
5.2	Legen og det institusjonelle feltet.....	30
5.2.1	Kommunehelsetjenesten	31
5.2.2	Pårørende.....	35
5.3	Legen og den pluralistiske organisasjonen	37
5.3.1	Legens rolle i prosessen	37
5.3.2	Sykepleiernes rolle i prosessen	39
5.3.3	Administrativ ledelse	41
5.3.4	Kapasitetshensyn.....	44
5.3.5	Økonomiske hensyn	46
6.0	Avslutning	50
	Referanseliste.....	55

1.0 Innledning og problemstilling

Samhandlingsreformen er et aktuelt tema. Raske søk på internett viser mange oppslag, blant annet på NRKs og Aftenpostens nettsider¹. Ikke uventet er mye av medias oppmerksomhet rettet mot det som ikke fungerer, med pasienthistorier om mangelfull ivaretaking og kommuner som varsler om at sykehusene skriver ut pasientene for tidlig. Det ser ut til at sykehusene i liten grad hever stemmen, det er vanskelig å finne nyhetssaker som fremmer spesialisthelsetjenestens argumenter og eventuelle motargumenter.

I 1999, da jeg var nyutdannet sykepleier, var sykehusene under fylkeskommunal ledelse med rammeoverføringer fra staten. Dette har endret seg. Sykehusene er nå statlig eid og drives og ledes i tråd med helseforetaksmodellen. Reformen inspirert av New Public Management (NPM) (Hood 1991) har satt sitt preg på sektoren med blant annet innføring av innsatsstyrt finansiering og DRG-poeng. DRG står for Diagnose Relaterte Grupper, og er et pasientklassifiseringssystem som sier hvor mye refusjon de forskjellige sykdommene og diagnosene genererer (Oppdragsdokument 2014). Jeg har, som utøvende sykepleier og i lederstillinger innen sykepleierfaget, sett hvordan fagfeltet har endret seg. Fokuset har i stadig større grad dreid mot å øke lønnsomheten, blant annet gjennom å fokusere på den gjennomsnittlige liggetiden for pasientene, og å redusere hvor mange ansatte det er per patientseng, kalt pleiefaktor.

Temaet fikk økende aktualitet gjennom Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, og en av intensjonene var å redusere veksten innen spesialisthelsetjenesten, sykehusene, og heller styrke kommunehelsetjenesten. Målet var at pasientene skulle få behandling der de var, heller enn å bli lagt inn på sykehus: «Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Reformen innebar blant annet omlegging av praksisen rundt pasienter som var innlagt på sykehus, og som trengte hjelp fra kommunehelsetjenesten etter utskrivning.

Hvordan håndteres de økonomiske hensynene og samhandlingsreformens forventninger om både en mer helhetlig samhandling, og samtidig en klarere ansvarsdeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten? Studien min utforsker om, og eventuelt hvordan disse endringene påvirker beslutningsatferden og definisjonsmakten i spesialisthelsetjenesten i

¹ <http://www.nrk.no/emne/samhandlingsreformen-1.11969344>, søk utført desember 2015.
<http://www.aftenposten.no/sok/?query=samhandlingsreformen>, søk utført desember 2015.

forbindelse med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Inn- og utskrivning av pasienter i sykehusene representerer sentrale beslutningsprosesser, og eventuelle endringer i beslutningsmyndighet og definisjonsmakt vil vise seg her.

Praksisen med når en pasient blir definert som utskrivningsklar, har endret seg. Et eksempel fra egen erfaring er at for få år siden var det vanlig at en pasient som fikk medisiner intravenøst, rett i blodet, ble på sykehuset til han var frisk nok til at kuren ble avsluttet, eller medisinen kunne tas som tablett. Da var pasienten ferdig behandlet og kunne skrives ut. I dag er oppfatningen at en pasient som har fast plass på sykehjem, eller skal på rehabiliteringsopphold eller korttidsopphold på sykehjem, kan reise dit og fullføre kuren med intravenøs behandling. Pasienten er da klar til å bli skrevet ut fra sykehuset, men ikke nødvendigvis ferdig behandlet.

Allerede i 2002 ble det bestemt at begrepet «utskrivningsklar» skulle brukes istedenfor «ferdigbehandlet» (U-2002-13), noe som skjedde på samme tid som sykehusene gikk fra fylkeskommunal til statlig styre, og ble organisert etter helseforetaksmodellen. Undersøkelser viser at kommunene opplever at pasientene nå blir skrevet ut for tidlig og dermed er sykere når de skrives ut av sykehusene (Hermansen og Grødem 2015, Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001, Gautun og Syse 2013, Rambøll 2012, Grimsmo 2013). I følge Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9 (FOR-2011-11-18-1115), er det legene i sykehusene som sitter med det formelle ansvaret for å erklære pasientene utskrivningsklare, men hvem er det egentlig som har styring i prosessen frem til at legen erklærer pasienten utskrivningsklar?

I januar 2016 la Riksrevisjonen frem en rapport som viser at den gjennomsnittlige liggetiden for pasienter i sykehus har falt med 7 % fra 2010 til 2014. Den største endringen er for pasienter over 80 år, de alene hadde en reduksjon i liggetiden på 17 % i samme tidsrom. Fra 2011 til 2012 ble liggetiden i sykehus redusert med 12 % for aldersgruppen over 80 år, fra 6,260 døgn i 2011, til 5,543 døgn i 2012 (Se diagram 1).

Totalt for hele Norge har gjennomsnittlig liggetid i somatisk sykehus, for pasienter over 80 år, gått fra 6,390 døgn i 2010 til 5,315 døgn i 2014. Riksrevisjonen (2016) benytter disse tallene i sin rapport, og noe av nedgangen forklares der med at pasientene blir tatt raskere til kommunehelsetjenesten etter at de er meldt utskrivningsklare, og at det da i realiteten er

mindre overliggerdøgn² heller enn at behandlingstiden for pasientene har gått så kraftig ned. Uansett forklaring er det naturlig at en slik endring vekker oppsikt og fører til interesse for hvorfor liggetiden går ned. Blir pasientene skrevet ut tidligere, og i tilfelle hvorfor? Hvordan takler kommunehelsetjenesten det økte presset?

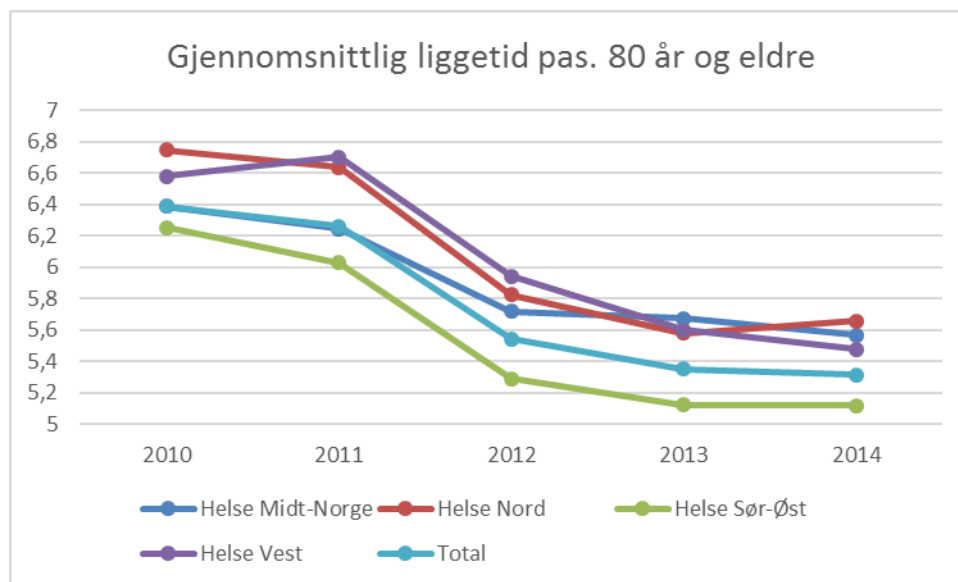


Diagram 1, hentet fra Helsedirektoratet³. Vertikal akse viser gjennomsnittlig antall liggedøgn.

Problemstillingen jeg har formulert retter søkelyset mot hvilken betydning samhandlingsreformen har hatt på praksisen med å melde pasienter utskrivningsklare, og jeg har valgt å ta utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten. I mine søk etter litteratur og tidligere forskning har jeg funnet flere artikler som formidler kommunehelsetjenestens syn på reformeffektene, med økende antall pasienter som oppleves å være sykere ved utskrivning (Grimsmo 2013, Gautun og Syse 2013). Jeg finner også en del som omhandler hvordan kommune- og spesialisthelsetjenesten opplever endringene etter innføringen av samhandlingsreformen (Tingvoll, Sæterstrand og Fredriksen 2010, Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001).

Spesialisthelsetjenesten har, i det materialet jeg har funnet, i stor grad blitt undersøkt på systemnivå. Jeg ønsker å gå ned på individnivå og vil forsøke å få frem hvordan disse endringene har påvirket legenes autonomi i prosessen frem til en pasient er utskrivningsklar. Leicht og Fennell (2001, 8) definerer autonomi som «The ability of a work group or individual to control one's own work behavior and work conditions». Jeg er interessert i

² Overliggerdøgn er en betegnelse brukt på liggedøgn etter at pasienten er meldt utskrivningsklar.

³ https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=2ba62a77-4115-46c8-9d0b-7a8467813caf&Dd_ContentType=Dashboard

hvilken innvirkning reformen har hatt på måten legene utøver faget sitt, hvilke hensyn de må ta som følge av samhandlingsreformen. Hva er drivkraften bak disse endringene, slik de fremstår fra legenes synsvinkel? Denne typen spørsmål har jeg ikke funnet noe forskning eller annen litteratur på.

For å undersøke dette har jeg valgt å se på hvordan legene i spesialisthelsetjenesten håndterer prosessen der pasientene går fra å være pasienter innlagt med behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, til å bli definert som «utskrivningsklare pasienter».

Ut fra dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Definisjonsmakt i sykehusene – hva er det som preger legenes beslutningsatferd i prosessen frem til en pasient blir definert som utskrivningsklar?

For å belyse problemstillingen benyttes teori om institusjonelle logikker og pluralistiske organisasjoner. Sykehusene har i stadig større grad blitt pluralistiske og preges av andre faggrupper og andre styringssystemer enn tidligere, da legeprofesjonen var den dominerende. Jeg vil forsøke å finne ut om legene fortsatt følger sin egen institusjonelle logikk, den medisinske logikken, eller om de har tatt opp i seg andre logikker.

For å avgrense omfanget har jeg valgt å ta utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, og se på praksisen blant leger ved sykehusene. Jeg velger også å se kun på den somatiske⁴ delen av spesialisthelsetjenesten.

1.1 Begrepsavklaringer

I dette avsnittet vil sentrale begrep bli definert og avklart, en del faguttrykk vil bli forklart i fotnoter underveis i teksten.

Spesialisthelsetjenesten og sykehus er brukt om hverandre som synonyme begrep og omhandler den statlige delen av det norske helsevesenet.

Primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er brukt om hverandre som synonyme begrep og omfatter blant annet allmennlegetjeneste med fastlegeordningen, legevakt og akuttmedisinsk beredskap, habilitering- og rehabiliteringstjenester, hjemmetjeneste, hjemmesykepleie og sykehjem (Grimsmo, Kirchhoff og Aarseth 2015).

⁴ Somatisk, det som tilhører kroppen, omfatter sykdommer i kroppen, slik psykiatri handler om psykiske lidelser.

Helseforetak og kommune blir brukt når det gjelder det administrative nivået hos henholdsvis spesialist- og primærhelsetjenesten.

«Utskrivningsklar pasient» er en betegnelse brukt på en pasient som er behandlet tilstrekkelig på sykehus til å kunne skrives ut til videre oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Det er ikke ensbetydende med at pasienten er frisk. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter §9 (1) gir definisjonen: «En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering (...)» (FOR-2011-11-18-1115). Videre oppgis fem punkt som skal være avklart før pasienten blir definert «utskrivningsklar». Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter vil videre i teksten bli omtalt som forskriften, eller forskrift.

«Ferdigbehandlet pasient» var begrepet som ble brukt før 2002 (FOR-1998-12-16-1447). I grove trekk var det de samme kriteriene som ble lagt til grunn, men i 1998 var beslutningsmyndigheten lagt til sykehuset, ikke legene. I det daglige ble dette begrepet i stor grad oppfattet til å være at pasienten skulle være ferdig behandlet, som ordet tilsier, altså ha avsluttet eventuell behandling som ble startet ved innkomst på sykehuset (Tingvoll, Sæterstrand og Fredriksen 2010). Begrepet var i praksis i bruk frem mot implementeringen av samhandlingsreformen i 2012.

Samhandlingsreformen er navnet på reformen som kom som følge av Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), og der det blir referert til innholdet i samhandlingsreformen, er det denne stortingsmeldingen det er referert til, dersom ikke annet er angitt. Samhandlingsreformen blir ytterligere presentert i delkapittel 3.1.

2.0 Teoretisk perspektiv

I teoridelen vil det bli gjort rede for hva som menes med institusjonelle logikker og pluralistiske organisasjoner, og hvorfor et sykehus kan defineres som en pluralistisk organisasjon. Videre blir det sett på pluralistiske organisasjoner i forhold til det institusjonelle feltet, på grunn av at det er herfra mye av presset til å endre og tilpasse seg kommer, også det med å ta inn i seg den økonomiske logikken. Til slutt settes legene som profesjon inn i sammenhengen med institusjonelle logikker og pluralistiske organisasjoner.

Carvalho og Santiago (2016) konkluderer med at det ikke går an å analysere endringer i den organisatoriske konteksten uten å ta hensyn til det institusjonelle feltet organisasjonen tilhører. Samhandlingsreformen introduserte endringer både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og for å forstå hvordan disse endringene har påvirket legene, må det også ses på legenes kontekst, både internt i sykehusene som organisasjon, og eksternt i det institusjonelle feltet.

2.1 *Institusjonelle logikker og pluralistiske organisasjoner*

Thornton og Ocasio gir en definisjon av institusjonell logikk:

(...) the socially constructed, historical patterns of material practices, assumptions, values, beliefs and rules by which individuals produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meaning to their social reality. (Thornton og Ocasio 2008, 101)

De sier videre at institusjonell logikk derfor sørger for en link mellom det individene tenker og gjør og det at de samtidig hører til i institusjonelle strukturer og regler på organisatorisk og sosialt plan.

Pluralistiske organisasjoner kjennetegnes av at de preges av to eller flere institusjonelle logikker samtidig. Det vil si at de er underlagt flere forskjellige regelverk og tilsynsordninger, og må forholde seg til multiple kulturer og normsett samtidig. I tillegg til dette er de også deltakere i flere diskurser og kan plasseres i flere institusjonelle kategorier samtidig (Kraatz og Block 2008). Kerr (1963) sier at en pluralistisk organisasjon betyr så mye forskjellig for så mange forskjellige mennesker, at de av nødvendighet delvis må være i krig med seg selv.

2.2 *Sykehuset som pluralistisk organisasjon*

I følge Minzbergs kategorisering av organisasjoner har sykehusene tradisjonelt vært plassert som et profesjonelt byråkrati (Clegg, Kornberger og Pitsis 2011, Douma og Schreuder

2013). Sykehusene er avhengige av fagkunnskap og ekspertise for å levere tjenestene sine, noe som gjør sykehusene avhengige av profesjonsutdannet arbeidskraft som har stor grad av autonomi (Clegg, Kornberger og Pitsis 2011).

Reformene fra NPM har også hatt sin innvirkning på sykehusene, og helseforetaksmodellen kan ses på som en direkte konsekvens av denne tankegangen. NPM kjennetegnes med blant annet økt fokus på mål- og resultatoppnåelse, markedsutsettelse og ledelse som har blitt et eget fag (Christensen et al. 2009, Hood 1991). Denne tankegangen førte til at legene og sykepleierne ble utfordret av de «skolerte» lederne og økonomene når det gjelder lederposisjonene i organisasjonene.

Denis, Lamothe og Langley (2001) kaller sykehusene pluralistiske organisasjoner og sier at sektoren har blitt økende dynamisk og kompleks ettersom de organisatoriske grensene har blitt brutt ned. Et sykehus som pluralistisk organisasjon, har motstridende institusjonelle logikker, og deltakerne i organisasjonen er nødt til å finne måter å samarbeide på for å få utført de daglige oppgavene (Reay og Hinings 2009).

Reay og Hinings (2009) beskriver utviklingen i Alberta i Canada. Da NPM-inspirerte reformer ble innført oppsto det en organisasjon med to institusjonelle logikker som sameksisterte. Man lykkes ikke, slik forventningen var, å skifte ut den medisinsk-profesjonelle logikken med «business-like health care»-logikken. Målet var å gjøre sykehusene mer effektive og lønnsomme. Siden legene hadde fokus på faget og lege-pasientforholdet, ble de utpekt til det svake leddet med tanke på kostnadseffektivisering, og ble derfor ekskludert fra beslutningsorganene i sykehusene. Til tross for dette fortsatte legene å ha påvirkningskraft inn i beslutningsprosessene, og det etablerte seg en «uneasy truce» mellom legene og den regionale helseledelsen, «Regional Health Authorities» (Reay og Hinings 2009).

I Norge kan vi se noe av det samme som Reay og Hinings fant i Alberta. Reformene fra NPM har satt sitt preg på helsevesenet de siste årene, blant annet ved at sykehus-Norge nå er organisert ut fra et foretaksprinsipp, og Helse- og omsorgsdepartementet sender hvert år ut styringsdokumenter til helseforetakene (Oppdragsdokument 2014). Dokumentene inneholder blant annet målene helseforetakene skal måles opp mot og bevilgningene de får ut fra forventet behov og inntjening. Der er også den innsatsstyrte finansieringen spesifisert, og verdien av de forskjellige DRG-poengene er oppgitt. I Norge er det derimot lovfestet i

Helseforetaksloven (LOV-2013-06-14-41) at det skal være ansatterepresentanter i helseforetaksstyrene. Disse er gjerne leger eller annet helsepersonell, men de har vist seg å være vanskelig å finne (Rønne 2014). Det norske helsevesenet har stadig fokus på det økonomiske aspektet, samtidig som legene som profesjon stadig har en sterk posisjon i det profesjonelle hierarkiet og retter fokuset sitt mot pasientene. Her kommer de to tydeligste institusjonelle logikkene frem, den økonomiske logikken, i Canada kalt business-like health care, og den medisinske logikken.

Frich (2009) illustrerer denne spenningen mellom logikkene i «Penger i sykehus – doktor Jekylls lidelse», der han beskriver tenkte situasjoner der leger diskuterer hvilke DRG-koder som skal registreres som hoveddiagnose, og om pasienten skal skrives ut og utredes poliklinisk eller om det skal gjøres mens pasienten er inneliggende i sykehuset. Noen diagnoser genererer mer DRG-poeng, og med det mer penger, i likhet med at poliklinisk behandling gir større uttelling enn om pasienten er innlagt i sykehuset. Sosial- og Helsedirektoratet fikk i 2007 utarbeidet en rapport som omhandlet det innsatsstyrte finansieringssystemet. Da ble det blant annet utført en undersøkelse blant sykehusleger og ledere på sykehus, der det ble sett på om den aktuelle finansieringsordningen hadde påvirket prioriteringen av pasienter, noe deltakerne i undersøkelsen mente hadde skjedd (IS-1479 2007).

På ledelsesnivå trekker Kjekshus, Byrkjeflot og Torjesen (2013) frem tanken om en form for hybridledelse, der leger går inn i lederstillinger og samtidig beholder en fot «i klinikken», altså at de fortsatt utfører direkte pasientrettet arbeid i tillegg til lederoppgavene sine. De konkluderer med at leger fortsatt er sentrale som ledere i sykehusene, men at de gjerne blir såkalte hybridledere som bruker deler av tiden sin til klinisk arbeid. Til slutt stilles spørsmålet om dette er en ny rolle for legene, og i hvilken grad det krever at disse legene må tenke på økonomi og effektivitet fremfor fag, med andre ord om de må følge den økonomiske logikken fremfor den medisinske.

Hybridledelse er også konklusjonen til Berg og Pinheiro (2016) i deres studie av ledelse i universiteter og sykehus i Norge. De så på hvordan ledelse blir formet av at det er flere institusjonelle logikker innad i organisasjonene, og fokuserte på hvordan ledere med bakgrunn i profesjonene løste det å være leder i spenningsfeltet mellom den tidligere institusjonelle logikken og de nye som kom i kjølvannet av de NPM-inspirerte reformene. De fant at disse lederne beholdt sin profesjonelle logikk, men har blitt påvirket av «market

logic» som ble introdusert gjennom NPM, om enn i en hybridform som de kaller neo-byråkratisk logikk.

Scott et al. (2000) studerte hvordan endringer artet seg, og omfanget av dem, i helsevesenet i San Fransisco Bay Area over 50 år. Selv om de er tydelige på at deres funn ikke uten videre kan overføres til å gjelde helsevesenet i hele USA, argumenterer de for at de tendensene de så i sin studie er gjeldende for flere enn de organisasjonene de fulgte. De identifiserte blant annet tre dominante logikker, «professional dominance», «federal involvement» og «managerial-market orientation» (Scott et al. 2000, 313). Det viser seg at både federal involvement, eller statlig styring, og managerial-market orientation, den økonomiske logikken, stadig får en sterkere posisjon, mens professional dominance, den medisinske logikken, taper terreng. De poengterer likevel at det ikke betyr at den medisinske logikken er eliminert, heller at det er nok et bevis på at det ikke er slik man trodde tidligere, at én dominerende logikk ble byttet ut med en ny. Man ser også her at det er flere institusjonelle logikker som eksisterer innad i organisasjonene samtidig.

Scott et al. (2000) fant også at det ikke var inntoget av NPM, «the new public logics», som alene var ansvarlig for at den medisinske logikken ble svekket. Den økte statlige styringen la også opp til det, spesielt gjennom defragmenteringen av styringsstrukturen initiert av statlige føringer.

2.3 Pluralistiske organisasjoner og det institusjonelle feltet

Samtidig med at sykehusene skal sjonglere flere institusjonelle logikker innad, skal de bevege seg i det institusjonelle feltet de er en del av. Det institusjonelle feltet utøver et press på organisasjonene og dette presset må organisasjonene forholde seg til. Kraatz og Block (2008) belyser i artikkelen sin tre områder der pluralistiske organisasjoner har utfordringer i forhold til de institusjonelle feltene de tilhører. Det er i forhold til legitimitet, ledelse/styring (governance) og endring.

Legitimitet handler om at organisasjonene er avhengige av at omgivelsene, det institusjonelle feltet de tilhører, anser dem som troverdige. Organisasjonene må handle på en måte som omgivelsene godtar, og som er i samsvar med de forventningene de har. Dette kan føre til at organisasjoner kan innføre reformer de i utgangspunktet ikke har behov for eller på sikt ikke vil tjene på økonomisk (Clegg, Kornberger og Pitsis 2011). Selv om de i utgangspunktet ønsker reformer for å forbedre seg, vil man se organisasjoner innføre

reformer for å sikre legitimiteten sin i det institusjonelle feltet heller enn å forbedre ytelsen (DiMaggio og Powell 1983). Organisasjoner «føy seg» for å skaffe seg legitimitet i det institusjonelle feltet (Meyer og Rowan 1977) og på den måten øke overlevelsessjansene sine (Clegg, Kornberger og Pitsis 2011). Kraatz og Block (2008) viser til flere som ser på legitimitet som en kilde til handling like mye som det er et produkt av handlinger.

Kraatz og Block (2008) fremhever flere områder som gjør at dette kan bli problematisk. Først sier de at organisasjoner ikke kan søke legitimitet før de selv vet hva og hvem de er. På grunn av at de som pluralistiske organisasjoner må søke legitimitet fra multiple sosiale system, må de først må være seg selv bevisst. Videre søker de legitimitet gjennom strategisk konformitet, og må da søke konformitet med alle de institusjonelle logikkene eller identitetene de innehar i organisasjonen. Dette gjør også at man kan se på legitimiteten til «hele» organisasjonene som summen av legitimiteten til «delene». Deretter står organisasjonene overfor problemet med å holde disse multiple identitetene fra hverandre. Det er uunngåelig at disse har motstridende mål og strategier, og dette må organisasjonen lære å håndtere. Det kan også være at de forskjellige identitetene kan skade hverandre, ved å søke å bekrefte den ene kan den andre bli skadelidende (Kraatz og Block 2008). Til sist viser de til at organisasjonene vil få et problem med at de kommer i klem mellom «the iron cage» som DiMaggio og Powell (1983) beskriver, og å bli holdt som «hostage to (its) own history» som Kraatz og Block (2008) refererer fra Selznick. Organisasjonene vil ha utfordringer i forhold til konformitet og engasjement samtidig.

Når det gjelder hvordan organisasjoner kan tilpasse seg de pluralistiske omgivelsene og skaffe seg legitimitet, fremhever Kraatz og Block (2008) fire momenter. De kan skape motstand og konflikter i og rundt organisasjonen, med andre ord tilpasse seg med å prøve å eliminere pluralismen. For det andre kan de prøve å sektorisere de pluralistiske legitimitetsstandardene og forholde seg til dem adskilt fra hverandre, for det tredje kan de prøve å balansere de forskjellige kravene, sette de opp mot hverandre og/eller å finne en dypere samarbeidsløsning på de områdene pluralismen skaper. Til sist kan noen organisasjoner mestre det å skape egne, holdbare identiteter som gjør at de kan fremstå som «institutions in their own right» (Kraatz og Block 2008).

Ledelse/styring omtales i Kraatz og Blocks artikkel (2008) som spørsmål om organisasjonenes «purpose and control», formål/hensikt og kontroll. De refererer til tidligere forskning som omhandler det å identifisere hvem som styrer organisasjonene og prosessene

som avgjør organisasjonenes formål/hensikt og kontroll, og eventuell endring av disse. De vektlegger det neo-institusjonelle synet og sier videre at ledelse/styring i stor grad er noe som foregår utenfor grensene til organisasjonene, det er noe som foregår på i det institusjonelle feltet, «a field-level phenomenon», og viser til forskning som viser at staten, profesjonene og andre aktører på feltnivå har stor innvirkning på flere sentrale deler av utformingen av de enkelte organisasjonene. De sier også at mye av ledelsen/styringen utføres av kulturelle eller kognitive mekanismer, altså at samstemt oppfatning og forståelse ses på som noe som effektivt bestemmer mye av dag-til-dag-aktiviteten i organisasjonene, i tillegg til å påvirke grunnleggende bestemmelser i organisasjonene. Samtidig sier Kraatz og Block (2008) at det neo-institusjonelle synet på ledelse/styring kan ikke være det eneste riktige, da organisasjoner som befinner seg i pluralistiske omgivelser ikke kan forholde seg til kun ett syn som det riktige og dominante. De viser videre at alle momentene nevnt tidligere om organisasjoners tilpasning til de pluralistiske omgivelsene sine i forhold til legitimitet, også vil være gjeldende i forhold til ledelse/styring.

Endring av og i organisasjoner er også noe som har forandret seg ettersom organisasjonene i økende grad har blitt pluralistiske og befinner seg i pluralistiske omgivelser (Kraatz og Block 2008). Artikkelen til Kraatz og Block fokuserer på store og radikale endringer, og neo-institusjonalismen ser slike endringer som når en ny institusjonell logikk skifter ut den gamle. Artikkelforfatterne sier her at det ikke er en tilstrekkelig forklaringsmodell i forhold til endring og pluralistiske organisasjoner. For å forstå organisatorisk endring i pluralistiske organisasjoner, må man i tillegg ta i betraktning de effektene økende pluralisme i organisasjonene og deres omgivelser har på organisasjonene.

Videre sier forfatterne at det mest iøynefallende mønsteret pluralisme kan skape i organisatorisk endring, er at endring er en sammenhengende, pågående og ukontrollert prosess. Det er mest sannsynlig å finne dette i løst knyttede organisasjoner der autonome grupper kan gå etter sine mål uavhengig og uforstyrret av andre, også av de overordnede autoritetene. En annen effekt av pluralisme er at det florerer med uventede sideeffekter til endringene. Selv om endringen går for seg etter intensjonene, dukker uventede endringer opp i kjølvannet. Endringsprosessene blir påvirket og yter påvirkning på omgivelsene innad i organisasjonene. Dette, mener forfatterne, kan tyde på at problemene med å kontrollere endringsprosessene kan være like viktig som problemene med å initiere endring (Kraatz og Block 2008).

Forskning viser at store, toppstyrte endringer, har mindre sjanse for å bli vellykkede, spesielt i profesjonelle organisasjoner som sykehus (Jacobsen 2012). Innføringen av reformer i helsevesenet i Danmark og Sverige viste at den toppstyrte prosessen førte til skinnreformer som ikke førte til reelle endringer i de daglige rutinene (Jespersen 1999). Studier av sammenslåingen av to sykehus i Sverige viser at endringer kan bli vellykkede, men at det er større sannsynlighet for at det skjer med en endringsprosess som initieres og styres gjennom å skape legitimitet for endringen hos profesjonene (Choi 2011).

2.4 Profesjoner og pluralistiske organisasjoner

Legene i min studie tilhører det som kan kalles de «klassiske» profesjoner. Profesjonene innehar kunnskap og erfaringer som er forbeholdt dem som har fullført en profesjonsutdanning. De har stor grad av selvstendighet i yrkesutførelsen og det er vanskelig å kontrollere dem. Arbeidet utføres ofte på tomannshånd og det er vanskelig å stille til ansvar dem som avgjør enkeltmenneskers velferd og fremtid (Svensson 2008). Freidson (2001, 17) definerer profesjonalisme, i den mest elementære formen, som et sett institusjoner som tillater medlemmene av en yrkesgruppe å tjene til livets opphold mens de selv kontrollerer sitt arbeid. Det er en posisjon med utstrakte privilegier, og kan ikke eksistere uten at det er en oppfatning om at de spesielle oppgavene de utfører er så annerledes fra det de fleste andre arbeidere kan, at selvkontroll er essensielt. Ole Berg har gitt følgende definisjon på profesjon:

De yrker som befinner seg på toppen av vitenskapsbaserte hierarkier er autonome med hensyn til måten de rent teknisk opererer på. Deres utøvere står fritt i valg av virkemidler. Innen deres aktivitetsområde er det bare de som vet hvordan noe skal utføres. (...) De kan gå helt for egen maskin. De trenger bare i beskjeden grad å være knyttet til andre, overordnede, yrker. Det er vanlig å kalle slike yrker *profesjoner* (Berg 1987, 33).

Sykehusene har tradisjonelt blitt sett på som profesjonelle byråkrati. Svensson (2008) klassifiserer sykehusene som en type kunnskapsorganisasjon, som kjennetegnes av at de er avhengige av nøkkelpersoners kunnskap. Det tvinger organisasjonene til å gi disse personene stor selvstendighet og privilegier for å holde kunnskapen innen organisasjonen.

Abbott (1988) påpekte at både profesjonene, oppgavene deres og linken mellom disse stadig er i endring. Endringene kommer til en viss grad utenfra, blant annet gjennom teknologi og politikk. Leicht og Fennell (2008, 431) sier at profesjonsrollen er i endring. Den autonome og fagfelleorienterte profesjonelle praksisen er under press fra institusjonelle føringer som

lavere kostnad, mer ansvarliggjøring og etisk gjennomsiktighet. Samtidig setter teknologiske endringer press på den tradisjonelle, institusjonaliserte måten å levere profesjonelle tjenester.

Jespersen (1999) viser i sin fremstilling av den medisinske og den nye økonomiske logikken at legeetikken, den medisinske, er styrt av pliktetikkk. Hensynet til pasienten står over andre behov, legene har personlig ansvaret for pasientene sine. Den økonomiske logikken er styrt av nytteetikkk, der innsatsen i helsevesenet skal vurderes etter kost-nytte-prinsippet. Lian (1994) trekker frem det samme i sin artikkel om DRG-finansiering og prioriteringer i helsevesenet, der hun ser på fordelingspolitikken i lys av nytte- og pliktetikkk. Lian oppsummerer med at det kan antas at en fordelingspolitikk av denne typen vil få konsekvenser for beslutningsgrunnlaget i de enkelte sykehusene. Lian så for seg at det å styre offentlige helseinstitusjoner som private bedrifter kunne føre til at behovslogikken, pliktetikken, ble fortrent av økonomisk lønnsomhet (Lian 1994, 393).

Torjesen, Kvåle og Kiland (2016) har studert reformer i helsevesenet i de tre nordiske landene, deriblant samhandlingsreformen i Norge. Deres konklusjon var at samarbeidsmekanismene og -strukturene som er valgt har ført til at helsesektorene i de tre landene har et mer helhetlig system. De ser for seg at det sannsynligvis over tid vil føre til at helsesektorene vil bevege seg mot et mer helhetlig system også i praksis, fordi de koordinerende mekanismene smelter sammen sykehusenes fokus på helbred, «cure», med kommunehelsetjenestens fokus på omsorg, «care». De viser til «market instruments», markedskrefter, som et hinder i den prosessen, fordi disse fremmer egosentrisk og strategisk tankegang (Torjesen, Kvåle og Kiland 2016).

Den medisinske logikken blir med andre ord utfordret av blant annet den økonomiske, noe som blir satt i sammenheng med fremveksten av NPM-inspirerte reformer og endringer. Effektivitet og ledelseskontroll blir satt foran de tradisjonelle verdiene med legenes autonome, fagfelleorienterte profesjon (Svensson 2008, Freidson 2001).

Med bakgrunn i dette fremsetter jeg en hypotese om at legene må ta hensyn til andre aspekter enn kun de faglige i sine vurderinger i forhold til om pasientene skal defineres som utskrivningsklare eller ikke. Det mest naturlige er å se etter økonomiske hensyn og politiske føringer.

3.0 Styringskontekst og kunnskapsgrunnlag

3.1 Aktuelle styringsdokument

3.1.1 Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), 13).

Stortingsmelding nr. 47 ((2008-2009), 13) identifiserte tre hovedutfordringer innen helse- og omsorgssektoren: fragmenterte tjenester, manglende forebygging og tidlig innsats, og at endring i demografi og sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Tilsvaret ble en reform som skulle styrke samhandlingen mellom de ulike tjenestestedene, i tillegg til å styrke primærhelsetjenesten til å takle de nye og utvidede oppgavene, blant annet gjennom at spesialisthelsetjenesten i økt grad skulle være tilgjengelig for veiledning inn i primærhelsetjenesten.

Ulik forståelse ble trukket frem som en mulig forklaring på at tjenestene er fragmenterte og samhandlingen er sviktende. Der spesialisthelsetjenesten både i sin organisering og funksjon har fokuset på medisinsk helbredelse, har primærhelsetjenesten fokuset på pasientenes mestringsevne og funksjonsnivå (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), 13).

Reformen legger opp til at sykehusene skal utvikle seg mot ytterligere spesialisering og at kommunehelsetjenesten derfor må ta imot de pasientene som ikke har behov for spesialisttjenester. Til tross for dette vil det, ifølge stortingsmeldingen, fortsatt være vekst i spesialisthelsetjenesten, mye på grunn av den demografiske utviklingen. Dette legges til grunn for at økt grad av økonomisk kontroll er nødvendig. Likevel blir det foreslått at rammefinansieringen skal økes, for å motvirke at pasienter blir lagt inn på sykehus unødige.

3.1.2 Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter

En konsekvens av samhandlingsreformen var at forskriften ble omarbeidet. Tidligere var den formelle beslutningsmyndigheten i forhold til når en pasient var utskrivningsklar, lagt til sykehusene (FOR-1998-12-16-1447, § 4). Da reformen ble innført i 2012, trådte også den nye forskriften i kraft, der beslutningsmyndigheten ble gitt til legene i sykehuset (FOR-2011-11-18-1115, § 9 (1) 1.pkt). Den nye forskriften videreførte i stor grad det som sto i den foregående, men i merknadene til forskriften står det, til tross for at den tidligere forskriftens § 3 (1) nr. 4 er tatt med i den nye forskriftens § 9 (1) bokstav d, så er ikke dette kravet

videreført. Punktet omhandler blant annet plan for videre behandling, og kommentaren til paragrafen peker på at dette i stor grad er ivaretatt i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Videre fremhever kommentaren at selv om det står at beslutningsmyndigheten ligger hos lege i sykehuset så skal være gjort en individuell helsefaglig vurdering av pasienten før noe blir besluttet. Dette står i forskriftens § 9 (1) 2. pkt., og kommentaren utdyper med å si at dette må være en vurdering gjort i samråd med andre faggrupper, for eksempel sykepleier.

I forhold til pasientforløpet er den nye forskriften mer detaljert enn den foregående, og innebærer en tydelig formalisering av pasientforløpet, med sine pålegg om varslinger både fra sykehus til kommunehelsetjeneste og motsatt. For eksempel er sykehuset, etter forskriftens § 8, forpliktet til å varsle kommunehelsetjenesten om pasientens tilstand, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, innen 24 timer etter innleggelsen.

3.1.3 Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

Samarbeidsavtalene er nevnt flere steder i Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Blant annet er behovet for avtalene begrunnet i punkt 6.12 med at forpliktende samarbeidsavtaler er sentrale for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, og at avtalene kan bidra med å sikre større grad av gjensidighet og respekt i samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene.

I punkt 3.3.4.2 (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)) omhandles kommunenes økte økonomiske ansvar for utskrivningsklare pasienter, og det pekes på at det nye finansieringssystemet forutsetter at det blir utarbeidet kriterier for utskrivningsklare pasienter. Disse må utarbeides av kommunehelsetjenestene og sykehusene i samarbeid. Avtalene blir sett på som et viktig virkemiddel for at de to partene skal finne frem til en faglig og samfunns-økonomisk riktig oppgavefordeling, i tillegg til at det vil bidra til gode rammer for samarbeidet mellom partene. Avtalene er hjemlet blant annet i Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6, der § 6-2 oppgir hva avtalene minimum skal inneholde (LOV-2011-06-24-30).

Avtalene omfatter også utskrivningsklare pasienter. Her er det i stor grad den nevnte forskriftens definisjon av utskrivningsklar pasient som blir brukt, og kommunehelsetjenesten uttrykker frustrasjon over skjevheten i maktforholdet mellom kommunene og sykehusene (Rambøll 2012, Kirchhoff, Grimsmo og Brekk 2015).

Formuleringene i forskriften gir i stor grad rom for individuelle vurderinger, og man kan se for seg at det vil danne seg forskjellige praksis både innenfor samme sykehus og mellom forskjellige sykehus. Kommunehelsetjenesten opplever at det er legene på sykehusene som har avgjøringsmyndigheten, og at de i liten grad blir hørt når de er uenige i vurderingene som blir lagt til grunn (Tingvoll, Sæterstrand og Fredriksen 2010). Stortingsmeldingen pekte også på dette og fremmet tanken om at større kommunale enheter kunne bøte på noe av denne asymmetrien i maktforholdet (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), 77)

Kirchhoff, Grimsmo og Brekk (2015) gjennomgår en analyse av disse avtalene. Det viser seg at de fleste avtalene innenfor samme helseforetak hadde liten variasjon, de var i stor grad likelydende, noe som av forfatterne blir delvis forklart med at en rekke kommuner hadde opprettet regionale forhandlingsutvalg. Dette kan ha bidratt til en større likevekt mellom kommunene og helseforetakene i forhandlingssituasjonen, men kan samtidig ha begrenset den enkelte kommunes muligheter til å få inn egne ønsker i avtalene. I punktet som omhandler utskrivningsklare pasienter var det i liten grad gjensidig forpliktende formuleringer utover ordlyden som er hentet fra forskriften.

3.2 Utskrivningsklare pasienter og samhandlingsreformen

Som tidligere nevnt er mye av forskningen omkring temaet «utskrivningsklare pasienter» gjort i førstelinjetjenesten, eventuelt spesifikt på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. Det er dessuten relativt kort tid siden samhandlingsreformen trådte i kraft, så en god del av forskningen omkring temaet er fra tiden før implementeringen startet i 2012. Begge disse kategoriene blir likevel tatt med her, da det danner baketeppet for min studie. Jeg velger å fokusere på de delene som går inn mot det jeg har tatt for meg i min studie, og vil derfor ikke referere alle konklusjonene i studiene jeg her refererer til.

Kommunesektorens organisasjon (KS) fikk utført evalueringen «KS FOU-prosjekt nr. 124005 utskrivningsklare pasienter – endrer praksis seg?» i 2012, samme året som samhandlingsreformen ble implementert, med det formål å se på om reformen hadde ført til at helseforetakene definerte pasientene som utskrivningsklare tidligere enn før (Rambøll 2012). Konklusjonen var at til tross for at antallet pasienter som ble definert som utskrivningsklare hadde økt markant etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, kunne det ikke entydig knyttes til reformen, men i like stor grad tilskrives endrede rutiner for melding av utskrivningsklare pasienter. Sykehusene mente at de i stor grad meldte pasientene utskrivningsklare etter de samme kriteriene som tidligere, men kommunehelsetjenesten på

sin side var ikke entydig enige i dette. De mente at pasientene var sykere ved utskrivelse enn de var tidligere. Det kunne også tyde på at kommunehelsetjenesten mente at økonomi var en faktor som drev sykehusene til å skrive ut pasientene raskere, noe sykehusene ikke var enige i. Begge partene var derimot enige om at pasientene generelt sett ble skrevet ut tidligere enn før.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) fikk gjennomført en studie som søkte å finne svar på hvem de utskrivningsklare pasientene var og hvor de egentlig hørte hjemme (Analysesenteret 2010). Noen av konklusjonene deres var at datagrunnlaget i forhold til utskrivningsklare pasienter hadde stor grad av usikkerhet knyttet til kvalitet. De forklarte dette blant annet med store variasjoner i praksis rundt registrering av utskrivningsklare pasienter, i tillegg til mangelfull registrering. Det vises også til at det har pågått samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene i flere år. Denne samhandlingen var kontinuerlig og alt overveiende vellykket, med høy kvalitet og vilje til å finne gode løsninger. I tillegg ble det pekt på at fenomenet med utskrivningsklare pasienter som ble liggende på sykehus, primært ble oppfattet som manglende politisk vilje til å prioritere tilstrekkelig med ressurser til pasientgruppen, heller enn et uttrykk for manglende samhandling.

Hermansen og Grødem (2015) så på den reduserte liggetiden blant eldre og konkluderte med at kortere liggetid for eldre på sykehus i stor grad er en konsekvens av samhandlingsreformen, ikke av økt sykepleiekompetanse i kommunehelsetjenesten, slik hypotesen var. De fant også at pasientene ble utskrevet tidligere og ble oppfattet som sykere ved utskrivning enn de var tidligere.

Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) så på hvordan de ansatte i hjemmesykepleien opplever samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Deres konklusjon var at samhandlingen fungerte greit når det gjaldt kreftpasienter, men når det gjaldt andre pasienter opplevde hjemmesykepleien i liten grad at de ble hørt. Respondentene opplevde en skjevhet i maktforholdet, der hjemmesykepleien følte avmakt i forhold til spesialisthelsetjenesten og de «må bare ta imot pasienten», som en av respondentene uttrykte det. De ga også uttrykk for at de opplevde en forskjell i fokuset, hjemmesykepleien fokuserte på pasientenes funksjonsnivå og hjemmesituasjon, mens spesialisthelsetjenesten fokuserte på det medisinske. Med forskjellig fokus for samhandling blir prosessen vanskeliggjort.

Tingvoll, Sæterstrand og Dreyer Fredriksen gjennomførte studien «Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus» (2010) der det pekes på at det er legene ved sykehusene som avgjør når pasientene er utskrivningsklare, men at det til dels er en flerfaglig gruppe som diskuterer seg frem til det. Kommunehelsetjenesten deltar ikke i prosessen. Avdelingsledere de intervjuet sa at prosessen med utskrivning startet allerede når pasienten ble lagt inn, men at det var stor forskjell på hvordan dette ble håndtert ved de forskjellige sykehusene. Forfatterne beskrev dessuten hvordan begrepet «utskrivningsklar» har en annen dynamikk enn det tidligere begrepet «ferdigbehandlet», da det siste forutsetter at behandlingen er ferdig, mens det første tilsier at pasienten er klar til å bli skrevet ut, men ikke utelukker at pasienten har behov for videre oppfølging.

Dette siste momentet ble også påpekt i SNF-rapport nr. 57/01, «Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet» (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001). Der ble det påpekt at mange av pasientene ikke var ferdigbehandlet, og at begrepet utskrivningsklar derfor var mer presist og ville bidra til at det ikke oppsto urealistiske forventninger om tilstanden til pasienten i kommunehelsetjenesten. Rapporten sier også at kommunehelsetjenesten måtte følge beslutningen fra sykehuset, uavhengig av om de var enige eller ikke, på grunn av at sykehusene var suverene i avgjørelsene. Det er verdt å merke seg at dette er skrevet i 2001, og hovedtrekkene ved utviklingen innen sykehussektoren de ti foregående årene blir oppsummert med:

(...) økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og reduksjon i liggetid. Utviklingstrekkene kan isolert sett bidra til lavere kostnader per pasient og dermed rom for å behandle flere pasienter innenfor gitte ressursrammer (I sammendraget, Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001).

Riksrevisjonen la i 2016 frem rapporten «Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen». Målet var å vurdere om samhandlingsreformen bidrar til å nå de overordnede helsepolitiske målene om bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet på tjenestene (Riksrevisjonen 2016). Det blir også her pekt på at tallene som gjelder utskrivningsklare pasienter må tolkes med forsiktighet, da det er stor usikkerhet vedrørende rapporteringspraksis før implementeringen av samhandlingsreformen i 2012. Det betyr altså at økningen som kan ses i antallet utskrivningsklare pasienter, spesielt fra 2011 til 2012, ikke nødvendigvis er fordi det var flere pasienter som ble definert som utskrivningsklare, men at sykehusene ble pålagt å melde

disse til kommunehelsetjenesten da reformen trådte i kraft. Rapporten viser også til at noe av nedgangen i liggetid for pasienter som blir meldt utskrivningsklare kan forklares med at liggetiden etter at de blir meldt til kommunen har gått ned. Hovedfunnene i rapporten er (Riksrevisjonen 2016, 8):

- Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus.
- Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.
- Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok.
- Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen.

4.0 Metode

4.1 Undersøkellesdesign

I følge Grønmo (2004) må en problemstilling rette søkelyset mot interessante og vesentlige forhold i samfunnslivet, åpne for nye studier og bidra til at den samlede forskningen blir videreført på en god måte. I forskning kan det være slik at gode spørsmål er viktigere enn riktige svar. Riktige svar tilfører ikke nødvendigvis ny kunnskap eller innsikt, det er spørsmålene som avgjør hva svarene skal dreie seg om. Det er heller ikke alltid slik at vi kan få et klart svar på det vi studerer, men at vi heller legger grunnlaget for videre studier gjennom vår forskning (Grønmo 2004).

Min problemstilling og påfølgende hypotese vil ikke gi meg et konkret svar med to streker under. Min intensjon er å sette søkelyset på brytningspunktet mellom profesjonsutøvelse og forvaltning innen helsesektoren, og med det legge et grunnlag for videre studier. Forholdene jeg går inn i er så komplekse at én studie ikke har forutsetninger for å avdekke alle relevante aspekter. Jeg kan nok få bekreftet eller avkreftet hypotesen jeg har framsatt, men definisjonsmakt i sykehusene og helsesektoren generelt, omhandler mye mer enn hvorvidt en pasient er utskrivningsklar eller ikke.

I problemstillingen stiller jeg spørsmål om hva det er som preger legenes beslutningsadferd i prosessen frem til en pasient blir definert som utskrivningsklar. Jeg har da indirekte antydnet at legene ikke er de eneste som er med i definisjonsprosessen. På et overordnet nivå er det rimelig å anta at definisjonsmakten i realiteten ligger på politisk og økonomisk nivå, selv om det er legene som formelt sett har ansvaret. Teorien som er presentert, med pluralistiske organisasjoner og institusjonelle logikker, fremmer også tanken om at legene ikke er enerådende i sine vurderinger.

Den fremsatte hypotesen har sin bakgrunn i mine erfaringer som sykepleier, i tillegg til samtaler med kollegaer, både leger og sykepleiere. Jeg har erfaring både fra sykehus og kommunehelsetjenesten, og har gjennom årenes løp snakket med mange som har sterke meninger om akkurat dette, på begge sider av «bordet». Litteraturen jeg fant i forkant av, og i løpet av arbeidet med denne studien, og som til dels har blitt presentert foran, bekrefter langt på veg min opplevelse av dette. Jeg måtte likevel gå vitenskapelig til verks for å bekrefte eller avkrefte hypotesen min. Dersom jeg bygde denne undersøkelsen kun på den selvopplevde empirien, ville jeg ikke presentert en reliabel studie. Jeg må underbygge studien med empiri som kan etterprøves (Grenness 2001, Grønmo 2004).

Min tilnærming har en viss grad av deduktivt preg, det vil si at jeg har fremsatt hypotesen på bakgrunn av min egenopplevde empiri, forskning jeg har lest og teorier om institusjonelle logikker og pluralistiske organisasjoner. Jeg benytter en hypotetisk-deduktiv metode der jeg gjennom datainnsamling og analyse vil forsøke å bekrefte eller avkrefte hypotesen (Grenness 2001, Jacobsen 2005).

Innen den kritiske rasjonalismen snakkes det om et falsifiseringskrav, en tanke om at et utsagn bare er vitenskapelig dersom det ikke er mulig å avkrefte (Grenness 2001). I motsetning til verifikasjonskriteriet innen den positivistiske tankegangen, der et utsagn er vitenskapelig dersom det kan bekreftes, betyr falsifiseringskravet at et utsagn ikke kan ses på som sannhet før det ikke kan avkreftes (Grenness 2001, 50). Gjennom å bekrefte eller å avkrefte hypotesen jeg har fremsatt, vil jeg være ett skritt nærmere sannheten.

Studien er hovedsakelig en beskrivende studie, jeg tar sikte på å belyse og avdekke forhold som allerede eksisterer. Jeg søker å avdekke hvordan vurderingen av de utskrivningsklare pasientene faktisk foregår, og vil gjøre det gjennom etnografisk beskrivelse, jeg vil fremstille forholdene slik de er (Grønmo 2004). Samtidig fremsetter jeg en hypotese der jeg ønsker både å beskrive og til dels forklare hvorfor det er slik, altså både en beskrivende og forklarende tilnærming. Jeg beveger meg da over mot det kausale (Grenness 2001, Jacobsen 2005).

4.2 Datainnsamling

I dette delkapittelet vil de etiske vurderingene i forhold til metodevalgene bli kommentert fortløpende. Delkapittel 4.3 vil ta opp de etiske avveiningene gjort i forhold til min rolle som forsker inn i et fagfelt der jeg i en årrekke har hatt mitt arbeid.

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming til temaet. I motsetning til en kvantitativ metode som, litt forenklet sagt, tar sikte på å forklare det som undersøkes, tar en kvalitativ metode sikte på forståelse (Grenness 2001). Intervju egner seg godt som datainnsamlingsmetode når formålet er å få frem det spesielle, den enkelte respondentenes holdninger og oppfatninger (Jacobsen 2005).

4.2.1 Valg av respondenter

Arbeidet med å opprette kontakt med mulige respondenter foregikk i stor grad gjennom kontakter jeg allerede har i sykehussektoren. Jeg henvendte meg til en tidligere kollega som tipset meg om aktuelle respondenter ved flere sykehus. Disse ble igjen kontaktet i brevform

(vedlegg 1), der de i tillegg til å bli invitert til å delta i prosjektet ble bedt om å komme med forslag til flere respondenter (Grønmo 2004).

Før arbeidet med valg og kontakt med respondentene startet, ble det gjort en vurdering av hvilke kriterier som måtte være oppfylt for å være kvalifisert til deltakelse i studien. En av vurderingene var tidsaspektet, hvor lang tid respondentene skulle arbeidet som lege ved somatisk sengepost⁵ på sykehus. Grensen på fem år ble satt ut fra at de da ville ha litt erfaring fra tiden før samhandlingsreformen ble implementert i 2012. Ideelt sett burde grensen blitt satt noe høyere, da respondentene kunne ha så kort tid som ett år i praksis før samhandlingsreformen trådte i kraft. Det kan da forventes at sykehusene hadde begynt forberedelsene, og at respondentene derfor har begrenset erfaring fra tiden før. Dette er en svakhet med å sette grensen på fem år.

Grunnen til at grensen likevel ble satt til fem år, er vurderinger i forbindelse med tilgang på respondenter. Kollegaen som tipset meg om mulige respondenter er selv overlege, og sa seg enig i min vurdering av at sannsynligheten for å få positivt svar fra assistentleger var større enn fra overleger, på grunn av større arbeidspress for overlegene. På bakgrunn av dette ble grensen satt til fem år, da det erfaringsmessig er få assistentleger som har vesentlig lengre fartstid før de eventuelt begynner på et spesialiseringsløp. Da studien heller ikke er en komparativ studie som søker å få frem eventuelle endringer fra før implementeringen av samhandlingsreformen, ble denne svakheten vurdert til å ha liten innvirkning på utfallet av studien.

Tidsbegrensningen var det eneste kriteriet som ble stilt for å være kvalifisert til deltagelse i studien. I tillegg var det ønskelig at alle respondentene var fra samme type klinikk⁶, et kriterium jeg var bevisst på i forhold til potensielle respondenter. Jeg satte det ikke som et absolutt krav på grunn av at jeg på forhånd ikke visste hvor stor tilgang jeg hadde på respondenter. Resultatet ble likevel at alle respondentene kom fra medisinsk klinikk, noe som gjør at tenkingen deres rundt temaet er mer ensartet enn om det hadde vært blanding av klinikker. Dette ser jeg på som en styrke, på grunn av at resultatene da i større grad kan anses å være gjeldene for flere medisinske klinikker.

⁵ Sengepost er en sykehusavdeling med døgkontinuerlig drift med inneliggende pasienter, i motsetning til en poliklinikk der pasientene får tildelt timer til konsultasjoner.

⁶ Sykehusene består av forskjellige klinikker, for eksempel medisinsk, kirurgisk og føde/gynekologisk.

Av de fire respondentene som samtykket til deltakelse i studien er det én overlege og tre assistentleger, to av disse har vært eller er konstituerte som overleger. De arbeider ved to forskjellige sykehus innen samme helseregion. Overlegen har nesten 15 års arbeidserfaring fra somatisk sengepost, assistentlegene har i overkant av fem års erfaring. En av assistentlegene har i en periode tidligere hatt sitt arbeidssted ved det andre sykehuset i studien, og kjenner sannsynligvis de to respondentene derfra. De fire respondentene kjenner ikke hverandres identitet, såfremt de ikke har snakket med hverandre om deltakelse i studien. I analysen og drøftingen brukes benevnelsen Respondent 1-4, eller R1-4.

4.2.2 Gjennomføring av intervju

Selve gjennomføringen av intervjuene ble gjort på sykehusene der respondentene har sitt arbeidssted. Assistentlegene benyttet møterom på sykehusene, overlegen har eget kontor som ble benyttet.

Intervjuene ble gjennomført som uformelle intervju med lav grad av struktur (Jacobsen 2005). Jeg utformet en intervjuguide (vedlegg 2) som la opp til at respondentene i stor grad skulle fortelle fritt rundt temaet. Min jobb som intervjuer var å holde tråden og komme med oppfølgings- og avklaringsspørsmål ved behov. Intervjuguiden var utformet relativt omfattende, og i intervjusituasjonene ble en del av spørsmålene i guiden besvart i samtalen uten at spørsmålene ble stilt. Guiden ble brukt som en stikkordsliste for å sikre at vi var innom de temaene jeg ønsket belyst, og i noen av intervjuene dukker det opp aspekter ved temaet som jeg ikke hadde tenkt over på forhånd. Jeg benyttet meg av opptaker, da det lettet min rolle i intervjusituasjonene, i tillegg til at det sikrer at respondentene ikke blir feilsitert (Jacobsen 2005). Til tross for at dette er en svært tidkrevende prosess, med transkribering og analyse av store mengder data, er det likevel å foretrekke fremfor å stole på hukommelsen og notater som gjerne blir i stikkordsform. Bruk av lydopptak ble godkjent av respondentene.

4.2.3 Etiske krav

Jacobsen (2005, 45) fremsetter tre krav som danner utgangspunktet for forskningsetikken i Norge i dag: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt.

Informert samtykke ble ivaretatt gjennom informasjonsbrevet de potensielle respondentene fikk i forkant av studien. I utformingen av brevet ble graden av åpenhet rundt studien vurdert, da for mye informasjon potensielt kan påvirke respondentenes svar. Jeg valgte å informere om studiens overordnede tema, men ikke spesifikt hvilket fokus jeg hadde inn i tematikken.

Frivilligheten ble poengtert, både i informasjonsbrevet og i samtale per telefon i forkant av intervjuene.

Krav til privatliv var grunnen til at jeg ønsket respondenter fra flere sykehus. Det er også grunnen til at jeg i analysen sjelden identifiserer utsagnene til overlegen, da det er kun én respondent som er overlege. I de tilfellene er heller ikke de andre tre respondentenes utsagn angitt med respondentnummer, på grunn av at det da vil kunne skinne gjennom hvilken av respondentene som er overlege. Diagnosespesifikke faguttrykk er endret til mer generelle uttrykk for å unngå at respondentenes fagområde identifiseres. Eventuelle stedsnavn er også utelatt for å unngå å identifisere sykehusene respondentene er ansatt ved. Jeg unngikk også elektroniske spor, blant annet ved å sende informasjonsbrevene per post istedenfor epost. Full anonymitet kan ikke gis i en kvalitativ studie som innebærer intervju, men konfidensialiteten til respondentene kan ivaretas.

Krav på å bli korrekt gjengitt blir ivaretatt gjennom bruk av lydopptak i intervjuene. Respondentene fikk tilbud om å lese gjennom transkriberingen i etterkant, noe ingen av dem benyttet seg av. De ble opplyst om at lydfilene blir slettet, men at transkriberingen blir oppbevart av meg og kan bli brukt i mine videre studier.

4.3 Refleksjoner over metodevalg

Feltet jeg har gått inn i tilhører et område der mye av det som skjer er av konfidensiell karakter. En utfordring er da å ivareta denne konfidensialiteten, spesielt overfor det som blir direkte pasientrelatert. I motsetning til det jeg så for meg, at en vesentlig del av datamaterialet innsamlet gjennom intervjuene ville være pasienthistorier brukt for å illustrere, var det i liten grad tilfelle. Selv om det er vanskelig å gå inn i dette temaet uten å fortelle om dem som blir direkte berørt, virker det som at legene jeg intervjuet har trening i, og er bevisste på å bevare konfidensialiteten til pasientene. Jeg har derfor i liten grad endret utsagnene til respondentene. Der jeg likevel har endret ordlyden går dette på å unngå at sykehusavdelinger og faggrupper, eller respondentene selv, kan identifiseres.

Studien er ikke meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, på grunn av at gjennomgangen av «meldeplikttesten»⁷ tilsa at det ikke var meldeplikt på prosjektet. Jeg har likevel, for å sikre konfidensialiteten til respondentene, unngått elektroniske spor.

⁷ <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeplikttest>

Forespørsel om deltakelse i prosjektet er gjort i brevform, og jeg har ikke registrert navn eller kontaktinformasjon elektronisk.

En tydelig etisk utfordring for meg som forsker er å forholde meg til funnene på en nøytral måte (Jacobsen 2005). I min fartstid som sykepleier har jeg gjort meg en del erfaringer som gjenspeiles i mitt ståsted som forsker, og jeg har vært veldig bevisst på ikke å påvirke funnene slik at alt bekrefter mine oppfatninger. Jeg søker å få frem sannheten heller enn å skaffe belegg for mine teorier. Spesielt i intervjusituasjonene måtte jeg være på vakt, så jeg ikke la for tydelige føringer for respondentene. Jeg holdt tråden og styrte samtalen inn mot temaet jeg ville belyse, men det var respondentenes syn og virkelighetsoppfatning jeg ville ha frem, ikke bekreftelser av mine antakelser (Grønmo 2004).

I intervjusituasjonene var det utfordrende å holde samtalen innenfor de temaene jeg ønsket å belyse, og samtidig ikke være ledende i min spørsmålsformulering og i min respons på respondentenes resonnement og svar. Transkriberingen ble gjort fortløpende, og med unntak av ett intervju var de tidligere intervjuene skrevet ut i tekst før det neste ble gjennomført. Det gjorde meg oppmerksom på mine reaksjoner på utsagn respondentene kom med, og jeg ble mer bevisst på dette for hvert intervju. Gjennom å være bevisst min egen fremtoning og mine reaksjoner minsket jeg intervjuereffekten som alltid vil være tilstede (Jacobsen 2005).

Av de fire respondentene hadde jeg kjennskap til tre av dem fra tidligere, og det kan ha hatt innvirkning på respondentenes grad av åpenhet og ærlighet i svarene underveis i intervjuene. Min opplevelse var at det gjorde at de følte de kunne svare friere og åpnere, men jeg kan ikke utelukke at deres opplevelse er en annen. Intervjuet med respondenten som var helt ukjent for meg opplevde jeg som det tyngste å gjennomføre, men det kan ha andre årsaker enn at vi ikke hadde kjennskap til hverandre fra tidligere. En fordel jeg hadde inn i intervjuene var at jeg er kjent med terminologien legene bruker, noe som gjorde at respondentene i liten grad trengte å forklare fagbegrep de brukte. Respondentene kunne da konsentrere seg om å svare uten å tenke over at de måtte tilpasse ordvalget sitt og minimere bruken av faguttrykk.

Det hadde vært ønskelig å utføre studien på en måte som gjør at den kan generaliseres og med det kunne overføres til å gjelde alle leger ansatt i spesialisthelsetjenesten, men en statistisk generalisering kan aldri oppnås med et kvalitativt undersøkelsesdesign. I prosessen med å rekruttere respondenter var ønsket om respondenter innen samme klinikk ett av

kriteriene jeg var bevisst i forhold til, men ikke satte som et absolutt krav. Grunnen kom fra tanken om at medisinske og kirurgiske pasienter er forskjellige, og kirurger og medisinere har forskjellig fokusområde og tankegang. Det vil naturlig nok også komme frem i resonnementene og meningene omkring temaet utskrivningsklare pasienter.

Med å begrense valget av respondenter til å komme fra samme klinikk økte jeg mulighetene for å kunne foreta en teoretisk generalisering. De fire respondentene var i stor grad samstemte omkring temaet, og det kan antas at det teoretiske metningspunktet er nådd og det kan foretas en teoretisk generalisering der man kan anta at funnene i denne studien kan være gjeldende også for andre leger i medisinsk klinikk i somatiske sykehus (Grønmo 2004, Jacobsen 2005).

5.0 Analyse og drøfting

Analysen og drøftingen blir her fremstilt fortløpende. Analysen blir holdt opp mot den tidligere forskningen og det teoretiske perspektivet med hovedvekt på institusjonelle logikker, med det formål å belyse problemstillingen: *Definisjonsmakt i sykehusene – hva er det som preger legenes beslutningsatferd i prosessen frem til en pasient blir definert som utskrivningsklar?*

I systematiseringen av intervjuene delte jeg inn utsagnene til de fire respondentene i kategorier. Det primære fokuset for studien er legenes opplevelse av prosessen frem til pasientene blir definert som utskrivningsklare, og den prosessen blir påvirket av flere forhold. De institusjonelle logikkene som trer tydeligst frem i sykehusene og helseforetakene, er den økonomiske og den medisinske logikken. I tillegg til disse har staten som eier lagt en del føringer som kan ses på som del av en management-logikk, statlig styring (Reay og Hinings 2009, Frich 2009, Scott et al. 2000).

Teorien om institusjonelle logikker har blitt kritisert for å være aktørløs (Aarseth et al. 2015). Utfordringen bli derfor å dra teoriene ned på aktørnivå for å sette det inn i sammenhengen respondentene i denne studien opererer i. Institusjonelle logikker påvirker aktørens handlinger, men det er også viktig å se at påvirkningen går andre veien: «institutional logics shape rational, mindful behavior, and individuals and organizational actors have some hand in shaping and changing institutional logics» (Thornton og Ocasio 2008, 100). Legene blir først sett i sammenheng med det institusjonelle feltet, før jeg går ned på aktørnivå og forsøker å se hva det er som preger legenes beslutningsadferd og vurderingspraksis.

Først i analysearbeidet kategoriserte jeg respondentenes oppfatning av forskriftens definisjon av utskrivningsklare pasienter. Svarkategorien er bevisst plassert utenfor både den medisinske og den økonomiske logikken. Til tross for at det mest innlysende er at den tilhører den medisinske logikken, kan det også argumenteres for å plassere den i den økonomiske logikken. Respondentenes refleksjoner rundt definisjonen av utskrivningsklare pasienter er presentert først, og vil, i den grad det er hensiktsmessig, dras inn i drøftingen der det er med på å belyse tematikken som blir omhandlet.

De øvrige kategoriene blir presentert som følger:

	Logikker	Kategorier
Det institusjonelle feltet		Kommunehelsetjenesten
		Pårørende
Den pluralistiske institusjonen	Medisinsk logikk	Legenes rolle
		Sykepleiernes rolle
	Økonomisk logikk	Administrativ ledelse
		Økonomiske hensyn

Tabell 1: Legenes opplevelse av prosessen frem til en pasient blir definert som utskrivningsklar.

Noen uttømmende liste vil ikke dette være, da kategoriene er tentative og dannet ut fra datagrunnlaget fra fire respondenter. Formålet er å danne et bilde av den beslutningshorisonten legene handler ut fra, hvilken informasjon og hvilke rammer de har når de vurderer om en pasient skal defineres som utskrivningsklar eller ikke.

Den medisinske logikken ble delt inn i sykepleiernes og legenes rolle i prosessen, slik respondentene fremstilte det i intervju situasjonene. Det gikk på hvordan de deler oppgavene mellom seg, hvem som tar ansvar for hva, og hvilke roller de spiller i prosessen. Sykepleiernes rolle ble av respondentene beskrevet som todelt, både sykepleiefaglig og administrativ. Denne todelingen gjør at kategorien «sykepleiernes rolle» kan plasseres både under den medisinske og den økonomiske logikken. Selv om det ikke er helt gjennomført, har jeg forsøkt å skille rollene deres. Kategorien som omhandler sykepleiernes rolle vil primært omhandle deres sykepleiefaglige rolle inn i prosessen, og plasseres derfor i den medisinske logikken. Sykepleierne er sentrale gjennom hele prosessen frem til pasientene blir meldt utskrivningsklare, og den administrative rollen blir i stor grad belyst under andre kategorier, spesielt i kategoriene «kommunehelsetjenesten» og «kapasitetshensyn». Kategoriene i den medisinske logikken vil i noen grad overlappe hverandre, på grunn av at både legene og sykepleierne er så sentrale, og samarbeider så tett, i prosessen frem til pasientene blir definert utskrivningsklare.

Jeg hadde en antakelse om at legene tok hensyn til økonomi og politiske føringer i vurderingsprosessen, og analysen ble innrettet mot å avdekke utsagn som bekreftet eller avkreftet antakelsen. Her skiller det mellom det som går direkte på økonomiske hensyn, med for eksempel DRG-poeng og liggetid, og systemhensyn, som kapasiteten ved sykehusene. Det er derimot ikke skilt mellom politiske pålegg og rent økonomiske føringer. Til en viss grad kan det argumenteres for at kapasitetshensyn kan kalles politiske føringer, i og med at

det kan ses som en konsekvens av innføringen av samhandlingsreformen. Mitt hovedfokus er derimot legenes opplevelse av prosessen, i hvor stor grad de følger den medisinske logikken i sin yrkeshverdag. Jeg har derfor valgt å se den medisinske logikken opp mot andre logikker, og bruker samlebetegnelsen «økonomisk logikk» på disse.

5.1 Definisjon «utskrivningsklare pasienter»

Innledningsvis i intervjuene ble tre av respondentene spurt om hva deres umiddelbare tanker var når de hørte begrepet utskrivningsklare pasienter. Alle tre kom da inn på de pasientene som blir meldt utskrivningsklare, men som blir liggende på sykehuset fordi kommunehelsetjenesten ikke har kapasitet til å ta imot dem.

(...) altså da tenker jeg jo de som er ferdigbehandlet på sykehuset og som skal videre i systemet, det vil si da tas over av kommunen, da, i en eller annen form, og ikke de som skal hjem og ha hjemmesykepleie, de er jo klare til å skrives ut de også, men det er ikke det vi kanskje kaller utskrivningsklare pasienter, da, men det er mye mer de som blir liggende inne i påvente av en plass, enten om det er på et sykehjem eller om de skal på et rehabiliteringsopphold eller ... (R3).

Av de fire respondentene var det bare overlegen som hadde et bevisst forhold til de styringsdokumentene som er omtalt i denne studien. «Jo, man fulgte jo med den gangen det kom, det her, da (...)». Overlegen var også den eneste som uoppfordret satte ord på at det ikke er noen klar definisjon på en utskrivningsklar pasient:

(...) er alle som er utskrivningsklare, er de utskrivningsklare? Vi har jo ikke noe definisjon på en utskrivningsklar pasient egentlig, det finnes ikke helt. Det er bare den enkelte ansvarlig lege som bestemmer at nå kan den pasienten her behandles utenfor sykehus i en institusjon.

Når de tre andre respondentene fikk høre ordlyden i forskriften, reagerte de med at det gir dem som leger stor makt. Samtidig sa de at det vil være vanskelig å lage noe klarere definisjon på det, på grunn av at alle pasienter er forskjellige.

Og så tenker jeg vel at det kanskje er vanskelig å spesifisere det nærmere, fordi det er så forferdelig forskjellig fra pasient til pasient, og det er så utrolig mange faktorer som spiller inn, egentlig. (...) Det er jo vilt forskjellig, vi sender jo både sengeliggende pasienter til helt oppegående pasienter, og noen har vi gående her for iv⁸ antibiotika som de kanskje kunne fått på sykehjem, men fordi at det er en alvorlig sykdom som gjør at vi likevel vil observere dem, og ... noen ganger legger vi lista så lavt fordi det er en pasient som vi ikke har så mye mer å tilby av behandling, som kommer hjem og er kjempedårlig, og nesten bare sengeliggende, men ... så det er så enormt spenn så det er vanskelig, kanskje, å

⁸ Iv er forkortelse for intravenøs, medisin gitt direkte i blodet.

definere en utskrivningsklar pasient nærmere enn det, da. Så det blir en individuell vurdering.

Overlegen uttalte også det samme:

Nei, men det vanskelig å gjøre det så veldig mer konkret også, fordi at det er så heterogen gruppe. Det feiler dem alt, ikke sant. Men det er klart, det vil være forskjell fra lege til lege det, da. Det jeg tenker er forsvarlig, vil være annerledes enn hva en annen tenker. Så det kan jo være at man skulle ha prøvd å få det snevret inn litt, men ...

Et par av respondentene var inne på forskjellen i begrepene ferdigbehandlet og utskrivningsklar. Respondent 2 var tydelig på at det var en forskjell i begrepene. Respondent 1 mente at det var de samme pasientene som tidligere ble kalt ferdigbehandlet, som nå blir kalt utskrivningsklar.

Det er jo samme pasientene. Men når de var ferdigbehandlet så kunne de jo ligge i 14 dager da, før de (kommunene) måtte betale for dem. Nå er det jo annerledes, så da har man jo bare skiftet det navnet. Det er det jeg tror ligger i det. Det er samme pasientene, tenker jeg (R1).

Da respondent 1 ble spurt om en pasient som nå blir definert som utskrivningsklar ville blitt vurdert som ferdigbehandlet for syv år siden, sa respondenten at det sannsynligvis ikke ville vært tilfelle.

Jeg hadde nok ikke meldt ham ferdigbehandla, kanskje, for de er ikke ferdig behandla på samme måte, da. Det er en liten nyanse i det. De utskrivningsklare er kanskje sykere enn nå de ferdigbehandla var den gangen, da (R1).

Respondentene viser her noe av det blant andre Berg (1987) påpeker som karakteristisk med en profesjon. De har kunnskap andre ikke har, de kan vurdere om pasientene er utskrivningsklare eller ikke, og gjør det ut fra kriterier det er vanskelig å etterprøve for noen som ikke har samme profesjonsutdanning som dem.

5.2 Legen og det institusjonelle feltet

Legene er en av mange brikker i det store bildet helsevesenet danner. De er likevel viktige nøkkelpersoner, uten legene hadde vi ikke hatt et helsevesen. Legene er viktige for at sykehusene som organisasjoner kan fungere, og de er viktige for at sykehusene skal beholde legitimiteten inn i det institusjonelle feltet de tilhører (Kraatz og Block 2008). Dette gir legene stor grad av frihet i sitt arbeid (Freidson 2001, Berg 1987).

Sykehusene representerer en organisasjon befolkningen er avhengige av, noe som i seg selv inngir legitimitet. De siste årene har derimot det begynt å endre seg. Befolkningen, som er

en del av det institusjonelle feltet rundt sykehusene, har i dag rett til å velge hvilket sykehus de ønsker å motta behandling ved (LOV-1999-07-02-63, § 2-4 (1)). Fritt sykehusvalg gir befolkningen, sykehusenes pasienter eller kunder, altså inntektskilden til sykehusene, mulighet til å yte press. Sykehusene får inntekter fra staten i forhold til hvor mange pasienter de behandler (Oppdragsdokument 2014). Blir det mange som velger sykehus tilhørende andre helseregioner, eller private alternativ, vil det på sikt bli et problem for sykehusene i form av tapte inntekter. Sykehusene er derfor avhengige av å opprettholde legitimiteten i befolkningen, noe som kan forklare at legene som profesjon kan gjøre litt som de vil, som respondent 4 uttalte.

5.2.1 Kommunehelsetjenesten

En del av det institusjonelle feltet legene må forholde seg til, er kommunehelsetjenesten. Respondentene var tydelige på at det var sykepleierne som hadde kontakten med kommunene, de hadde selv i veldig liten grad noe direkte kontakt. «Det er jo sykepleierne som forvalter det, sant, det er de som tar kontakt, 24-timers melding, og alt det der, det gjør jo ikke vi noe med» (R1).

I refleksjonene rundt kommunehelsetjenesten kom respondent 1 inn på at de ikke visste hva slags tilbud kommunehelsetjenesten hadde til pasientene de skrev ut noe Riksrevisjonen (2016) også konkluderte med.

(...) nå vet jeg jo ikke hva jeg skriver dem ut til heller, helt. Jeg har jo ikke vært rundt på sykehjemmene og sett hvordan kompetansen er, hvordan har de det der? Men mange er jo helt sengeliggende og pleietrengende og ... og har masse medisiner og så vet du ikke helt hva det er du egentlig sender dem til. Nå skal jo ... samhandlingsreformen skal jo liksom ha tatt høyde for det nå da (R1).

I samtalen rundt dette kom respondentene inn på at kommunehelsetjenesten gjerne mente at pasientene er sykere nå enn de var tidligere, at de ble utskrevet fra sykehuset for tidlig, noe forskning også viser (Rambøll 2012, Tingvoll, Sæterstrand og Fredriksen 2010). «(...) kanskje sender dem hjem, eller ut, litt tidligere enn før, og samhandlingsreformen sier jo egentlig det at de skal jo ha den siste bedringen på et sykehjem» (R3).

(...) det hadde jo vært litt interessant å vite, hva tenker kommunehelsetjenesten er en utskrivningsklar pasient? Kontra hva tenker vi er en utskrivningsklar pasient (...) altså samhandlingsreformen sier jo at ... meningen med den var jo at man skulle få sykere pasienter ut i kommunen. Raskere ut og man skulle ha færre innleggelser også. Og den store gruppen er jo disse, de gamlest, da (R1).

I forhold til Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) er dette, som respondentene ganske riktig påpeker, en av intensjonene. Pasientene skal tidligere ut fra sykehusene, og kommunehelsetjenesten skal overta noe av ansvaret som tradisjonelt har tillagt sykehusene. Stortingsmeldingen forutsatte at kommunene da måtte ruste opp for å være i stand til å møte de nye utfordringene. Forskning viser derimot at det ikke nødvendigvis har skjedd (Hermansen og Grødem 2015), og det merker også respondentene i sin hverdag.

Der har vel noen kommuner tatt det på alvor og gjort en innsats og virkelig fått til ting, også er det andre kommuner som har gitt mer eller mindre blaffen, og sagt at det er billigere for oss å bare betale de døgnene enn å skulle begynne å oppruste. Det vet vi jo. Men samhandlingsreformen gjelder jo uansett, så når man da tar kontakt med en kommune som kanskje ikke har alt på stell, da, så skjønner man jo at det er trasig for den enkelte som er på jobb å skulle håndtere dem (R1).

I hvor stor grad kommunehelsetjenesten er rustet til å ta imot de pasientene som skal ut fra sykehusene, er et av de få hensynene respondentene tar utenom det rent faglige. Respondentene har her merket seg at det er varierende kompetanse i de forskjellige kommunene, og det har innvirkning på hvorvidt pasienten blir vurdert til å være utskrivningsklar eller ikke.

Det er jo noen kommuner som peker seg ut som er veldig flinke, da. Det er noen kommuner som, spesielt distriktskommuner som jeg synes har ... jeg har inntrykk av er veldig flinke til å ta pasientene og finne løsninger og slike ting, og mye av det er på grunn av at de er flinke å planlegge og slik, og så har du X kommune (vertskommune til sykehuset) som peker seg ut som den store synderen som ... det er der de ligger og venter (på sykehjemsplass) (R2).

For at ... hvis jeg skal sende en pasient til Y (distriktskommune), for eksempel, så vet jeg at de har god legedekning i Y, de har flinke fastleger som kan følge opp pasienten godt på sykehjemmet der, sykehjemmet der de gir alt av behandling, nesten, som vi gir på sykehuset her, og det er veldig flinke folk på sykehjemmet. Og så skal jeg sende en kar til et sykehjem kanskje her i byen, der jeg vet at de gjør mye mindre (R3).

Respondentene sa at de opplevde en forskjell på distriktskommunene i forhold til bykommunene som var vertskommunene til sykehusene. «Jeg har vel en opplevelse av at de mer sentrale kommunene gir et mindre tilbud til pasienter i sykehjem» (R3). De så samme tendensen både når det gjaldt hvor dårlige pasienter kommunehelsetjenesten tok hjem, og i forhold til hvor raskt de som ble meldt utskrivningsklare fikk plass på institusjon når det var

aktuelt. «(...) i X kommune (vertskommune til sykehuset) er vel hovedproblemet kanskje at det tar lang tid før de tar imot utskrivningsklare pasienter til sykehjem» (R4).

Pasientene som ble liggende på sykehusene etter at de var meldt utskrivningsklare, var noe respondentene uttrykte frustrasjon over. Ikke bare fordi pasientene sto i fare for å få nye infeksjoner, men fordi det gjorde at det ble mindre kapasitet på sengepostene. Respondent 3 påpekte at det gikk utover fleksibiliteten på sengepostene, når det i perioder var så mange av pasientene som var meldt utskrivningsklare. Sengene disse pasientene opptok kunne vært brukt til pasienter som var sykere og trengte hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Flere av respondentene var inne på dette, respondent 2 påpekte at en del av disse pasientene i utgangspunktet var så dårlige at de hadde behov for en institusjonsplass. Det burde derfor ikke være noen overraskelse når disse pasientene ble meldt utskrivningsklare med behov for institusjonsplass.

Så er det jo mange pasienter som i utgangspunktet kanskje skulle hatt en sykehjemsplass før de kom ... altså, vi vil jo aldri gjøre en pasient mye friskere enn han er, hvis det er snakk om komorbiditet⁹, ikke sant, men hvis han har en akutt sykdom så kanskje vi kan få ham tilbake til det nivået han var på før, men han vil jo ikke ... og hvis det nivået før innleggelsen tilsa allerede da at han trengte sykehjem, ikke sant, da er det jo kommunen som har opptrådt uforsvarlig og ikke vi, nødvendigvis (R2).

Et par av respondentene var også inne på at det ikke nødvendigvis var slik at pasientene som ventet på institusjonsplass faktisk fikk det: «(...) men det er jo ikke fordi at kommunene har snudd seg rundt, men fordi at pasientene har jo dødd i kø på avdelingen» (R2).

Vi har jo ... der er ikke rent sjelden at vi opplever at en pasient blir så lenge utskrivningsklar at han faktisk er i stand til å reise rett hjem når han skal fra sykehuset, det skjer jo. Men da har de som regel ligget der en stund etter at de var meldt utskrivningsklar. Og den perioden tenker jeg, da hadde de kanskje hatt det minst like greit på et sykehjem (R3).

Til tross for at respondentene uttrykte frustrasjon over at kommunene ikke alltid gjorde det som var forventet av dem, så respondentene at også denne saken hadde to sider.

Det er sikkert vanskelig ... altså ... på alle sider ... rundt det temaet så er det vel sikkert litt frustrasjon og ... sikkert frustrasjon i kommunen, og i alle fall hos hjemmesykepleien, kan jeg se for meg, for de tror jeg blir pisket rundt og blir overlatt mye ansvar om kommunen ikke greier å hoste opp en sykehjemsplass, at det er veldig (...) det er pasienter som har hjemmesykepleie x4 og x6, til og med pr døgn. Det er klart at det er mye tunge pasienter der ute, og det ser du vel

⁹ Komorbiditet er forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person.

på sykmeldingsgraden blant hjemmesykepleien også, at det er nok ikke bare lett der heller (R2).

Så man står liksom litt på hver sin side, da. Men vi har jo bare de sengene vi har, og det er jo det som ... og vi fikk jo redusert senger som følge av denne reformen også. Men det er jo ikke noe jeg har bedt om. Det er ikke noe den enkelte lege og sykepleierne i kommunehelsetjenesten har bedt om, heller (R1).

Her kommer også respondentenes definisjon av utskrivningsklare pasienter inn. Respondentene sa at de mente en pasient er utskrivningsklar når de ikke har behov for behandling som bare kan gis på sykehus. Flere av respondentene brukte eksempelet med intravenøs antibiotikabehandling som noe pasientene ikke nødvendigvis trengte å være på sykehus for å få. «Det går på å gi medikamenter intravenøst, hovedsakelig. Som å fullføre antibiotikakurer» (R3). Dette er i samsvar med definisjonen gitt i forskriften, men som Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) peker på, er det forskjell i fokuset til legene og fokuset i kommunehelsetjenesten. Respondentene i deres studie opplevde at legene fokuserer på det medisinske, mens kommunehelsetjenesten fokuserer på funksjonsnivå og hjemmesituasjon. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) peker også på det samme.

Alle respondentene sa at det var sykepleierne som hadde all kontakt med kommunehelsetjenesten vedrørende de utskrivningsklare pasientene. «All kontakt med kommunen går via sykepleier» (R4). En konsekvens av det er at legene ikke nødvendigvis får alle tilbakemeldingene som kommunen gir. Det kan forklare at ingen av respondentene hadde registrert om kommunehelsetjenesten hadde uttrykt uenighet i vurderingene gjort av legene ved sykehusene. Jeg fikk et inntrykk av at flere av respondentene ikke hadde reflektert over at kommunehelsetjenesten kunne komme med negative tilbakemeldinger. De ga uttrykk for at de ikke hadde hørt om noen tilfeller der kommunehelsetjenesten hadde uttrykt misnøye eller uenighet. «Jeg har ikke hørt kommunen ellers på en måte nekter å ta imot, da» (R4). «Men det er jo klart, det er jo sykepleierne som sitter med den kommunikasjonen mest, så det er ikke sikkert det er alt som kommer videre til oss» (R3).

Kommunehelsetjenesten opplever derimot at de i liten grad når frem med sine argumenter dersom de er uenige i vurderingene i forhold til om pasientene er utskrivningsklare eller ikke (Tønnessen, Kassah og Tingvoll 2016). Sykehusene er avhengige av legitimitet i det institusjonelle feltet (Kraatz og Block 2008). I forhold til kommunehelsetjenesten kan det virke som om denne legitimiteten er noe svekket dersom forskning gjort på feltet skal legges til grunn (Hermansen og Grødem 2015, Gautun og Syse 2013). Respondentene hadde ikke

registrert noe negativ tilbakemelding fra kommunehelsetjenesten, og hadde derfor ikke reflektert over det. Sykepleierne fungerer med andre ord som en slags buffer for legene i forhold til kommunehelsetjenesten.

At sykepleierne ikke viderefører synspunktene fra kommunehelsetjenesten til legene, kan føre til at sykehusene får svekket legitimitet hos kommunehelsetjenesten. Sykepleiernes administrative rolle gir med det en uventet sideeffekt av endringer initiert av samhandlingsreformen (Kraatz og Block 2008).

5.2.2 Pårørende

De pårørende til pasientene kan regnes som en del av det institusjonelle feltet sykehusene tilhører, og som pluralistisk organisasjon må sykehusene søke legitimitet også hos dem. Historiene som kommer frem i media er ofte historier der pårørende er misfornøyde med behandlingsforløp, eller måten de og deres kjære ble møtt på av helsevesenet. Som aktør inn i dette må legene forholde seg til de pårørende i tillegg til pasientene. Det kan være utfordrende, ifølge respondentene.

Hvis det er veldig pågående pårørende, så er det ... det skal jo egentlig ikke virke inn, da ... men det (...) man vil jo ikke havne i en situasjon der man ... der de pårørende ikke er fornøyd med den behandlingen pasienten har fått, da. Så det er klart det påvirker. Selv om man skal gi alle lik behandling. Egentlig (R3).

Respondent 2 sa at det var sykepleierne som stort sett hadde kontakten også med pårørende. «Nei, det er jo også sykepleierne som håndterer, som regel, den kontakten, da. Det er det» (R2). Samtidig pekte respondent 2 på at pårørende ikke alltid var realistiske i forhold til hva de kunne forvente for sine.

Noen tror jo det at sykehuset er slik som et sykehjem, at nå kan pasienten bli liggende her i ukesvis og komme seg og få stell og pleie og mat og rehabilitering og slike ting, altså de ... et helt forvridt syn, egentlig, på hvordan virkeligheten er og hvordan vi jobber (R2).

Bakgrunnen til hvorfor pårørende, og pasienter, har forventninger som det respondent 2 beskriver, vil nok være sammensatt. Uansett hvilke grunner som ligger bak, fører de urealistiske forventningene til at aktørene innen sykehuset blir utfordret i forhold til det å holde på legitimiteten hos de pårørende. Dette gjelder nok ikke spesifikt legene, men siden de har en så sentral rolle i prosessen er det naturlig å anta at pårørende retter en stor del av frustrasjonen mot dem. Respondent 3 påpekte at alle skal få lik behandling, men

respondentene innrømmer at de pårørende har innvirkningskraft på vurderingene de som leger gjør.

(...) det opplever man ofte, at pårørende blir sint og prøver å sette ned foten, og det kan til en viss grad være med på å påvirke, det. Må jo være så ærlig å si at OK, da får vi prøve å få et kompromiss. Da får kanskje ho gamle mor være noen dager ekstra. Vi er ikke immune mot slikt, så det virker inn det. Men det er viktig med informasjon, da, til pårørende også, alltid. Men det er jo selvfølgelig til syvende og sist, selvfølgelig vi som bestemmer, og ofte så må vi jo bare skrive ut pasienter, selv om pårørende er sinte. For det er de ... mange er jo det, da. Men vi blir jo påvirket av det. Så ærlig må man jo være, da. Noen ganger. Det er vel kanskje hvis pårørende da appellerer til den litt dårlige samvittigheten du faktisk har, selv om du har tenkt å skrive ut pasienten, så kan det være at det er nok, da, til at du sier «OK, vi venter og ser til i morgen», for eksempel (R1).

Samtidig med dette sier respondentene at de pårørende er en viktig kilde til informasjon, spesielt i forhold til hjemmesituasjonen til pasientene.

Men det er klart, jeg vet jo at noen pårørende kommer jo med ønsker og melder ... eller kommer med sine opplysninger om hvordan pasienten fungerer, hvis det er i hjemmet, da. For eksempel (R2).

(...) noen pasienter er jo helt åpenbart at de kan helt fint hjem, og så er det noen pasienter som det er helt åpenbart at de må ha sykehjemsplass. Og så er det en del, ganske mange, sånn som er midt imellom, og der ... liker i alle fall jeg å tro at vi spør pårørende ganske ofte ... litt hva de tenker, hvordan er hjemmeforholdene, og hvordan er pasienten nå i forhold til da han ble lagt inn, og kan det fungere greit hjemme slik det er nå, eller ikke? Så de får liksom et ord med i saken, definitivt (R4).

I likhet med hvordan respondentene sektoriserer legitimitetsstandardene i forhold til kommunehelsetjenesten, kan det også sies at de gjør det overfor pasientenes pårørende. De har derimot ikke den samme avstanden til de pårørende som til kommunehelsetjenesten, og sykepleierne fungerer heller ikke i like stor utstrekning som mellomledd. Respondentene må derfor forholde seg til pårørende direkte oftere, og det reflekteres i respondentenes utsagn. De er klar over at de pårørende har innvirkning på vurderingene de gjør, og begrunner det ut fra at de ikke vil gjøre noe for at de pårørende skal bli misfornøyde med behandlingen. Gjennom å gjøre det kan det antas at sykehusenes, og med det legenes legitimitet blir styrket hos de pårørende. Det kan derimot også virke motsatt, at de pårørende likevel føler seg dårlig behandlet og at det var deres innsats som pårørende som gjorde at pasienten ikke ble utskrevet for tidlig. Da vil sykehusenes legitimitet i det institusjonelle feltet komme svekket ut av situasjonene.

5.3 Legen og den pluralistiske organisasjonen

Legene som aktørgruppe må antas å bli preget, og i noen grad begrenset, av systemet de jobber i. De har sin profesjon som sterk drivkraft og styrende logikk, men blir samtidig styrt av ytre faktorer som påvirker handlingene og vurderingene deres.

5.3.1 Legens rolle i prosessen

Respondentene viste her en deling i hvordan de vurderte sin egen rolle. To av respondentene var tydelige på at det var de som hadde siste ordet om hvorvidt pasientene var utskrivningsklare eller ikke, de to andre var ikke i like stor grad tydelige på det. De la større vekt på at det var et samspill mellom legene og sykepleierne, og eventuelt andre faggrupper.

Og så er det jo selvfølgelig et tett samarbeid med sykepleierne som kanskje ser pasienten mye mer enn det vi gjør bare på en visitt (...) selv om du sier at det er vi som på en måte har sluttansvaret, og det har vi jo ... men det er like nyttig informasjon egentlig, opplysninger og observasjoner vi får fra sykepleierne, og kanskje også fra fysioterapeuter, for eksempel (R2).

Jeg trosser aldri rådene jeg får fra sykepleier om hva de synes om pasienten. Det er veldig sjelden, da, egentlig. Da er det i tilfelle etter en diskusjon. Men det er jo jeg som har siste ordet, slik sett, men jeg bruker sjelden det, da. Vi er stort sett enige (R3).

Var det tvil om pasienten var utskrivningsklar eller ikke, var alle respondentene enige om at det var de som til sist satt med ansvaret. «Det kan godt være at noen sykepleiere kanskje, en eller annen gang kan sette spørsmålsteget, men det er jo til syvende og sist vi» (R2). Respondentene sa at de opplevde at deres vurdering og beslutning ble respektert, selv om sykepleierne ikke nødvendigvis var enige i legens beslutning.

(...) Så de er ikke så redd for å si til meg hvis de er uenig, da. Men da må jeg jo bare argumentere for hvorfor det er slik. Men det er aldri omvendt, nei. Jeg skriver aldri ut en pasient fordi sykepleieren mener det, da. Det kan jeg jo si (R1).

Ja. Og er det uenighet, så snakker vi og hører hverandres synspunkter, og kanskje kommer vi frem til en annen løsning, da, som sagt at man kan vente en dag eller man kan få på plass noe mer offentlig hjelp, eller ... (R2).

I motsetning til det jeg antok i min hypotese, sa alle respondentene at de begrunnet sine vurderinger kun ut fra pasientene. Det var to aspekter som ble fremhevet, pasientens medisinske tilstand og hjemmesituasjonen. Samtidig sa flere av respondentene at det ble akseptert en større grad av usikkerhet i forhold til for eksempel hjemmeforhold, når det gikk mot helg og høytid. Dette ble begrunnet med kapasitetsbegrensninger på sengepostene.

Men igjen så aksepterer man vel litt større grad av usikkerhet, faktisk, før ferier og helligdager, fordi man må, for man vet at det fyller seg opp uansett. Og så stabler man kanskje på plass litt slik ad-hoc-løsninger i større grad, at det ... kjapp kontroll på poliklinikken i etterkant, eller sjekk hos fastlege, eller ... ja, ikke førstevalgs løsninger, i hvert fall ... litt slik ad hoc, ja. Så kommer de ofte inn igjen, da (R4).

Det eneste respondentene pekte på som begrensninger utenom kapasitetsproblemet på sykehusene, var hvordan pasientene ville bli ivaretatt i kommunehelsetjenesten. De begrunnet det ut fra et medisinskfaglig ståsted, at det ikke var forsvarlig å sende pasienter hjem til kommuner som ikke i tilstrekkelig grad kunne ivareta pasientenes behov for behandling og pleie. Respondentene så på det som en del av å vurdere pasientens helsetilstand, og kategoriserte ikke det i samme kategori som de økonomiske hensynene og kapasitetsbegrensningene.

Det er noen kommuner man kanskje, etter å ha jobbet en stund ... man litt slik intuitivt i bakhodet så tenker jeg at: OK, her kan vi bare sende en litt dårligere pasient, for der vet vi at det er veldig gode hjemmetjenester i kommunen og det er veldig gode korttidsopphold på sykehjem, hvor de har høy kompetanse og hvor de klarer faktisk å følge opp det her. Og det finnes kommuner som kanskje man ikke har den erfaringen, da (R4).

Respondentene gir tydelig uttrykk for at de ikke tar hensyn til annet enn pasientens beste, men at det ikke begrenser seg til pasientens helsetilstand i forhold til det rent medisinske. Respondentene tar hjemmesituasjonen og kommunehelsetjenesten med i vurderingen, men begrunner det ut fra et faglig ståsted. Respondentene regner hjemmesituasjonen som en del av totalvurderingen av pasientene.

I sin definisjon av utskrivningsklare pasienter, brukte respondentene en ordlyd som harmonerer med forskriften, om at pasientene er utskrivningsklare når de ikke har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten: «Jeg tenker en pasient er utskrivningsklar når han ... så skal han ikke ha behov for noe behandling eller overvåkning som vi kun kan tilby på sykehus». «Det er den enkelte ansvarlige lege som bestemmer at nå kan den pasienten her behandles utenfor sykehus i en institusjon».

Samtidig viser det seg at de strukturelle rammene, kapasiteten på sengepostene, gjør at respondentene blir tvunget til å akseptere å skrive ut pasienter som de egentlig ville hatt lenger på sykehusene. Respondentene må da akseptere å bli styrt av den økonomiske

logikken, selv om de ikke er komfortable med det. «Nei, det er ubehagelig. (...) Det er jo ikke noe man ønsker å gjøre i det hele tatt» (R3).

Kraatz og Block (2008) skrev om multiple identiteter i pluralistiske organisasjoner i forhold til å søke legitimitet i det institusjonelle feltet. De mente at de forskjellige identitetene, logikkene, kan skade hverandre i forsøket på å skaffe legitimitet i det institusjonelle feltet. Det kan virke som om respondentene beskriver en slik situasjon. Gjennom å handle i tråd med den medisinske logikken og handle kun ut fra denne, søker de legitimitet hos blant annet pasientene og de pårørende. Legene som profesjon kan tillate seg dette, da det er vanskelig å overprøve de vurderingene de gjør i en-til-en-situasjonene med pasientene. Gjennom å skrive ut pasienter tidligere, kan de få økt legitimitet fra politikere og ledere, da det er i tråd med føringene i blant annet samhandlingsreformen. Kommunehelsetjenesten, og pasientene selv, vil derimot få svekket tilliten de har til sykehusene, dersom de erfarer at pasientene blir sendt hjem for tidlig (Tønnessen, Kassah og Tingvoll 2016, Rambøll 2012), eller til et – i pasientenes øyne – dårlig tilbud i kommunehelsetjenesten.

Jeg fikk ikke inntrykk av at respondentene var særlig bevisste på dette. De var tydelige på at de baserte sine vurderinger på medisinske kriterier fordi det var det de skulle gjøre. De blir da styrt av sin medisinske logikk. At de må skrive ut pasienter tidligere enn før, noen ganger før de selv mener de bør sendes ut, er noe de gjør av nødvendighet, ikke for å handle i tråd med samhandlingsreformen eller den økonomiske logikken. For leger skal alltid pasientene komme først. «(...) du kan ikke på individnivå for den enkelte pasient la økonomiske forhold få bestemme hva du skal gjøre for den pasienten. Det tror jeg ingen leger tenker» (R1).

5.3.2 Sykepleiernes rolle i prosessen

Sykepleierne har, ifølge respondentene, en sentral rolle i utskrivningsprosessen. Legene er avhengige av sykepleierne for å danne seg et godt nok vurderingsgrunnlag i forhold til pasientene tilstand, da sykepleierne har anledning til å observere pasienten i mye større grad enn legene har. Respondent 2 sa også i telefonsamtalen før intervjuet at jeg skulle snakket med sykepleierne heller enn legene, dersom temaet for studien var utskrivningsklare pasienter, noe som ble gjentatt i intervjuet:

Altså sykepleieren har jo et mye bedre grunnlag enn det vi har til å vurdere hvor vidt de greier seg i sånne ADL-funksjoner¹⁰ som vi kaller det, om de greier å spise selv eller stelle seg selv eller hvor mobile de er, de har et bedre observasjonsgrunnlag enn det vi ofte har, da (R2).

Flere av respondentene sa at sykepleierne i større grad enn legene, hadde fokus på å melde pasientene utskrivningsklare, det er ofte sykepleierne som først bringer temaet på bane. Respondentene mente det kunne komme av at sykepleierne på en helt annen måte kjente presset i forhold til kapasitetsproblemene på kroppen.

Fordi de på sin side også, er marginalt bemanna. Marginalt bemanna for et belegg på 85 %, sant, og når belegget er tett opp mot 100 % hele tida, noen ganger over, så er de veldig ... de er kjørt i perioder, da (R1).

Sykepleierne er kanskje mer presset til å tenke mer på logistikken totalt sett i avdelingen, den totale plassituasjonen, mens legene, vi tenker nok kanskje mest på vårt her og nå, diagnostikken, rent medisinske behandlingen, tror jeg. Ikke så mye logistikken, nei (R4).

Ut fra respondentenes svar kan sykepleierrollen i denne prosessen ses på som todelt. Det er ifølge en av respondentene sykepleierne som først tar opp temaet utskrivningsklar, og det kan da se ut til at den økonomiske logikken, gjennom redusert sengekapasitet, har preget sykepleierne. Samtidig sier respondentene at sykepleierne har en nøkkelrolle i å danne legenes beslutningsgrunnlag på grunn av at det er sykepleierne som har mest og tettest kontakt med pasientene, og derfor er bedre i stand til å vurdere pasientens funksjonsnivå. Her er den medisinske logikken sentral hos sykepleierne. Det er også sykepleierne som har all kontakt med kommunehelsetjenesten i forhold til utskrivningsklare pasienter, og legene er derfor i stor grad avhengige av sykepleierne i forhold til å vurdere pasientenes hjemmesituasjon.

Respondentene er ikke entydige i om de hører på sykepleierne når det gjelder pasienter de mener er utskrivningsklare, men som sykepleierne mener skulle vært på sykehuset lenger. Respondent 3 sier at han ikke går imot de rådene han får fra sykepleierne i forhold til pasientens tilstand. Respondent 1 sier at i slike tilfeller må han bare argumentere for sitt syn: «Men da må jeg jo bare argumentere for hvorfor det er slik. Men det er aldri omvendt, nei. Jeg skriver aldri ut en pasient fordi sykepleieren mener det, da. Det kan jeg jo si.» Alle respondentene mente derimot at stort sett var legene og sykepleierne enige, eller de kunne

¹⁰ ADL står for «Activities of Daily Life», på norsk «aktiviteter i dagliglivet», som for eksempel å spise, kle på seg, lage mat.

diskutere seg frem til et kompromiss som begge sider kunne være enige i. Respondentene opplever at de, sykepleierne og andre faggrupper, fungerer sammen som et team, noe studien til Tønnessen, Kassah og Tingvoll (2016) også viste.

Respondentene er tydelige på at det er de som har det endelige ordet, til tross for at de først og fremst ønsker å komme frem til enighet når det gjelder pasientenes tilstand. Det er med på å gjøre maktbalansen ujevn. Respondentene handler i tråd med sin medisinske logikk, men er samtidig klar over at sykepleierne på sin side kanskje ikke alltid har det privilegiet. Respondentene ga uttrykk for at de opplevde at deres avgjørelser i forhold til utskrivningsklare pasienter blir respektert, selv om de er klar over at sykepleierne ikke alltid er enige i avgjørelsene. Respondent 1 sa at sannsynligheten for at det ble diskutert på bakrommet etter at legevisitten var slutt, var stor.

Problematikken med at sykepleierne kjenner presset på en annen måte enn dem selv, kommer også frem da respondentene snakket om de pasientene som ble liggende på sykehusene etter at de var meldt til kommunehelsetjenesten.

(...) selv om vi sier at utskrivningsklare skal ha ... trenger ikke ha legevisitt hver dag, vi trenger ikke se til dem, så er det jo sykepleierne som likevel må gå til dem fra dag til dag. Det er jo syke pasienter som har behov for stell frem til de skal på sykehjem. Så går det jo definitivt ut over de ressursene vi har til rådighet som er ganske presset i utgangspunktet (R3).

Kraatz og Block (2008) nevnte fire måter pluralistiske organisasjoner kan tilpasse seg de pluralistiske omgivelsene og skaffe seg legitimitet. Ett av de fire momentene var å sektorisere de pluralistiske legitimitetsstandardene og forholde seg til dem hver for seg. Respondentene viser her at de forholder seg til pasientene og at de vurderer dem som utskrivningsklare eller ikke på bakgrunn av medisinske kriterier. De fremholder at de fokuserer på pasientene, uavhengig av ytre forhold som kapasitet i sengepostene og sykepleiernes arbeidstynge. Slik holder de fast på den medisinske logikken, og kan på den måten øke legitimiteten inn i det institusjonelle feltet sykehusene tilhører. Samtidig kan det føre til økte spenninger mellom faggrupper, i dette tilfellet mellom leger og sykepleiere. Satt på spissen kan en si at legenes autonomi reduserer sykepleiernes handlingsrom og behov for forutsigbarhet

5.3.3 Administrativ ledelse

I intervjuene var ikke den administrative ledelsen satt som eget punkt, men respondentene gjorde seg noen tanker rundt temaet i forbindelse med andre spørsmål.

Men vi opplever hele tiden et fokus på det at ... liggedøgn, sant, hvor mange ... hva viser tallene fra forrige måned? (...) Det får vi jo innimellom mailer og sånt fra ledelsen og sånn (...) kommer det jo sheets på hele tiden, det. Hvor mange har vi hatt innlagt? Hvor masse DRG har vi produsert, sant, hvor flinke vi har vært på det, og hva er gjennomsnittlig liggetid (R1).

Respondent 2 fortalte at gjennomsnittlig liggetid varierte mellom de ulike seksjonene¹¹ på sykehusene, og respondentens egen seksjon hørte med til dem som lå lavest i gjennomsnitt. På spørsmål om det førte til ros eller oppmerksomhet fra ledelsen, var svaret: «Nei ... ikke ros ... men ... nei, vi ... jeg tenker når vurderingen er gjort, at pasienten kan skrives ut, så tenker jeg at det er greit. Så om man får ros ...» (R2).

Respondentene var tydelige på at deres fokus var pasientene og faget. Respondent 4 var spesielt tydelig på funksjonsdelingen, legene skal fokusere på det medisinskfaglige, så får andre ta seg av resten.

(...) andre kan kanskje ha en mer overordnet styring og se på det med økonomien, og så skal vi sikkert ha det i bakhodet vi også, og det har vi på et vis, men at vi likevel, som har den direkte pasientkontakten ser på hva som er det beste for den enkelte pasient, da, og ikke er ... i hvert fall er mer helsepersonell og lege for den enkelte enn administratorer. Så får det bildet gå på et nivå høyere opp. Og så kan vi ikke alltid føye oss etter det som bestemmes ovenfra, for det er ikke alltid det er det mest fornuftige, synes vi, kanskje (R4).

Jeg tror nok kanskje ledelsen her også oppfatter at ... vi har vel kanskje en litt sånn ulydig legegruppe som ... når vi hele tiden får pålegg om at nå skal dere kutte liggetid og korte ned på epikrisetiden, og så kommer det protester også, på møtene, at denne ... det her det går ikke, vi kan ikke kutte noe mer senger, vi kan ikke kutte noe mer epikrisetid, vi har ikke nok folk, og det er ikke forsvarlig. Og da gjør vi litt som vi vil, likevel. Heldigvis, egentlig, at vi liksom går etter det vi selv synes er riktig (R4).

Gjennom å være så tydelig og artikulert i forhold til denne todelingen, sektoriserer respondent 4 de pluralistiske legitimitetsstandardene fra Kraatz og Block (2008). Respondenten forholder seg til pasienten og de medisinske kriteriene, og overlater det administrative til nivået over. Legene som gruppe kan tillate seg en så stor grad av autonomi, i kraft av sin profesjon, på grunn av at det er vanskelig å kontrollere og overprøve deres medisinfaglig baserte vurderinger (Berg 1987, Svensson 2008).

¹¹ Klinikkene og sengepostene er delt opp i fagseksjoner ut fra de forskjellige spesialitetene.

Respondent 4, som har erfaring fra flere sykehus, påpekte også at graden av ulydighet nok vil variere mellom sykehusene:

Og det tror jeg kanskje i større grad gjøres på et litt mindre sykehus enn på et stort sykehus, som kanskje er enda mer presset på plass og kapasitet og hvor det i mindre grad kanskje er lov å si fra og opponere, som for så vidt er en annen diskusjon (R4).

Respondent 1 trakk frem at det var mulig at jo lenger opp i systemet legene kommer, jo mer fokus må de ha på det økonomiske.

Ja, men jeg tror, når du begynner å bli seksjonsoverlege, og i hvert fall blir avdelingsoverlege og begynner å få ... når ansvaret kommer også, så blir det sikkert at man tenker litt mer slik også (...) (R1).

Seksjonsoverleger og avdelingsoverleger har overordnet ansvar for legene i sin seksjon og avdeling. De er fortsatt i klinisk arbeid, de har sine legeoppgaver, men har administrativt ansvar i tillegg. De er med andre ord eksempler på det Berg og Pinheiro (2016) og Kjekshus, Byrkjeflot og Torjesen (2013) kalte hybridledelse. Det er nærliggende å anta at leger i disse posisjonene, i større grad enn respondentene i denne studien, vil være preget av den økonomiske logikken i sine vurderinger.

Det var bare overlegen som hadde satt seg inn i styringsdokumentene som er omtalt i denne studien. De andre respondentene fikk spørsmål om hva de tenkte om de styringsdokumentene som helseforetaket har, i forhold til det med utskrivningsklare pasienter. Ingen av de tre respondentene så ut til å forstå hva jeg siktet til, en av dem uttalte: «I de styringsdokumentene? Jeg forholder meg veldig løselig til slike styringsdokument ... vi har det, altså?». En annen sa at styringsdokumentene ikke hadde blitt presentert noe inngående.

At respondentene er så lite bevisste på hvilke styringsrammer de opererer innenfor, reiser spørsmål om hvorfor det er slik. Alle de tre assistentlegene begynte å arbeide som leger etter at Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) kom, og det kan se ut til at de da ble sosialisert inn i det etablerte (Christensen et al. 2009), i motsetning til overlegen som fikk med seg endringen og uttalte: «man fulgte jo med den gangen det kom, det her, da».

Det kan virke som den administrative ledelsen ved sykehusene med fordel kan informere tydeligere om de aktuelle styringsdokumentene. Gjennom informasjon skapes det større kunnskap om og forståelse for ulike syn, som igjen kan skape engasjement og være med å

skape legitimitet for endringer. Choi (2011) viser til forskning som bekrefter at i profesjonelle organisasjoner er integrasjonsprosessen i stor grad avhengig av profesjonenes tillit og villighet til å samarbeide, noe Jacobsen (2012) også påpeker.

5.3.4 Kapasitetshensyn

Respondentene nevnte ikke sengekapasiteten på sykehusene som en del av sitt vurderingsgrunnlag. Det kom opp som tema når vi kom inn på at respondentene generelt sett mener at pasientene nå blir skrevet ut fra sykehuset for tidlig. Kapasiteten på sengeplasser ble da nevnt som hovedgrunn til at pasientene nå blir skrevet ut av sykehusene tidligere enn før. «Det er ... hver eneste dag så er det et jag etter å få pasienter ut fordi at vi har for få plasser, ikke sant, vi må klarere for neste bølge med pasienter» (R1).

(...) jeg synes det er urealistisk å ... det er vel en beleggprosent på 92 % som liksom er ansett som forsvarlig, i alle fall i tidligere studier, så vidt jeg har fått med meg, og at man nå ved sykehus nå i dag prøver å pushe denne grensen opp mot nesten 100 % sånn planlagt beleggprosent, det er helt urealistisk. Og uforsvarlig. Synes jeg (R4).

Når respondentene i forlengelsen av det fikk spørsmål om kapasitetsbegrensningen var noe de tok med i vurderingen av om en pasient var utskrivningsklar eller ikke, svarte de benektende på det. En av respondentene sa «Personlig, i hvert fall, så bryr ikke jeg meg så veldig mye hvor fullt det er (...)» (R4).

Igjen viser respondentene at deres praksis er forankret i den medisinske logikken fremfor den økonomiske. Samtidig hadde de forståelse for at sykepleierne var mer proaktive i forhold til å melde pasientene utskrivningsklare, noe de så på som en følge av at sykepleierne i større grad merket presset på sengekapasiteten.

Alle respondentene uttalte misnøye med at det ble kuttet i sengetallet og med det redusert kapasitet ved sykehusene. De var samstemte i at sykehusene hadde for lite sengekapasitet. «Jo, jeg mener at vi har for få senger. Jeg mener det» (R1). «(...) jeg synes det egentlig er litt sånn spekulativt å skulle operere med så høy beleggprosent og så få senger» (R3).

Respondentene sa at de hadde vært med på å skrive ut pasienter de egentlig ville ha beholdt på sykehuset lenger dersom det hadde vært sengekapasitet til det.

Ja. Definitivt. (...) Og det er ganske dårlig følelse å skrive ut pasienten ... for jeg tenker at «her burde vi vel kanskje ... vi er ikke helt sikker ... vi har ikke

helt kontroll» eller «her er det stor sjanse for at pasienten blir reinnlagt¹²». Og jo lenger jeg har vært i gamet, desto sjeldnere gjør jeg det, egentlig. At hvis jeg skal skrive ut pasienten, så må jeg være helt fortrolig med at det er greit (R4).

To av respondentene kom inn på endring i praksis i forhold til utskrivning av pasienter i helgene, som følge av lite kapasitet på sengepostene.

La oss ta en helgevaktsituasjon, for eksempel, da, hvor vi før i tiden ... da skrev vi jo aldri ut pasienter på helg. Det var liksom, sånn var det bare, de måtte bli til mandag uansett, for vi hadde ikke kapasitet til å skrive dem ut. Men slik går jo ikke (R1).

Vi er jo nødt til å skrive ut på helg nå. Slik var det jo ikke for 10 år siden, sier de eldre kollegaene, men nå er det jo for å holde avdelingen vår med hodet over vannet, så er man nødt til å skrive ut på helg også (R2).

Legenes praksis i forhold til utskrivninger i helgene, har altså indirekte blitt påvirket av den økonomiske logikken, gjennom kapasitetsbegrensningene på sykehusene.

Respondentene snakket om de utskrivningsklare pasientene som ble liggende på sykehusene etter at de var meldt til kommunehelsetjenesten, som en av hovedutfordringene i forhold til sengekapasiteten. De så på det som et problem og en begrensning som gjorde deres og sykepleiernes hverdag mer presset enn nødvendig. Respondent 2 sa at i perioder hadde opp til 30 % av sengekapasiteten på sengeposten vært belagt av utskrivningsklare pasienter som ventet på plass i kommunehelsetjenesten. Tallet var redusert, ikke fordi pasientene hadde fått plass, men fordi de hadde dødd i kø på sykehuset. Respondenten mente at mange pasienter allerede før innleggelse på sykehus egentlig hadde behov for sykehjemsplass. Disse kunne ikke forventes å bli bedre enn de var før innleggelsen, og ville derfor fortsatt ha behov for sykehjemsplass ved utskrivelse. At kommunen da kunne si at sykehusene og legene skrev ut pasienter som var for dårlige til å sendes hjem stilte respondenten seg uforstående til: «da er det jo kommunen som har opptrådt uforsvarlig og ikke vi, nødvendigvis» (R2).

Flere av respondentene nevnte at en av hovedgrunnene til at de opplevde det trasig at pasienter ble liggende på sykehusene etter at de var meldt utskrivningsklare, var at det ikke nødvendigvis er trygt å være på sykehus for lenge. «(...) så er det jo i pasientens interesse å komme seg ut også, jeg mener, det er jo ... det er ikke alltid det er trygt å ligge på sykehus

¹² En reinnleggelse defineres som en akutt innleggelse som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivelse.

heller» (R2). Faren for å pådra seg en ny infeksjon, en såkalt sykehusinfeksjon, er stor, og respondentene mente derfor at det er en fordel at kommunehelsetjenesten tar pasientene hjem eller på institusjon fortrest mulig etter at de er meldt utskrivningsklare. «(...) de får jo gjerne en ny infeksjon også, for de er jo i et sykehus og er mer utsatt for det. Så det er jo ... for dem er det jo svært uheldig» (R1).

Her viser respondentene at de ser fordeler med endringer initiert av den økonomiske logikken, men de begrunner sin positive holdning til det gjennom den medisinske logikken. Det kan virke som om respondentene erkjenner at kapasitetsbegrensningene finnes, men at de ikke begrunner sine utskrivningsvurderinger utfra begrensningene.

5.3.5 Økonomiske hensyn

På spørsmål om hva de tok med i vurderingen av om pasientene var utskrivningsklare eller ikke, var det ingen av respondentene som kom inn på liggetid, DRG-poeng eller andre økonomiske hensyn. På spørsmål om det var noe som ikke direkte angikk pasienten som var med i deres vurderinger, kom ingen av respondentene på noe.

Ikke som jeg kommer på slik i farten, skal vi se, når vi skriver ut pasienten så går det liksom enten på om det er tilrettelagt godt nok hjemme, i forhold til ergoterapi, boforhold, eventuelt utstyr på plass ... den biten, og så medisinsk, er pasienten oppgående, greier å gå på do selv ... kan ta tabletter ... medisinsk forsvarlig å reise hjem. Jeg kommer ikke på noe i farten (R4).

På direkte spørsmål om de tok hensyn til økonomi i sine vurderinger av når en pasient var utskrivningsklar, uttalte alle fire at de ikke tok noe hensyn til det.

Nei. Det tenker jeg aldri på! Jeg har veldig lite anlegg til å tenke administrativt, så det tenker jeg aldri på. Nei. Nei, det kan jeg ikke ... «nå må vi holde liggetiden nede», nei, den tanken har aldri streifet meg (R3).

(...) jeg prøver å tenke minst mulig på det, forholder meg minst mulig til akkurat den biten. Og nettopp derfor så tenker jeg egentlig ikke at «å nei, den pasienten her skaper et ekstra liggedøgn». (...) Jeg håper, i hvert fall for min del, at det er de faglige avveiningene som teller, og så bryr jeg meg ikke om det som måtte komme av press utenfra. Overhodet (R4).

Alle respondentene var samstemte på dette punktet. Det var derimot variasjon i forhold til hvor de følte press fra, i den grad de tilkjennega et press og fokus på liggetid. Respondent 3 nevnte press fra avdelingssykepleierne, men begrunnet det med at de sannsynligvis kjente mer presset på det med kapasiteten på sengepostene. Avdelingssykepleierne hadde ansvar for «å holde hjulene i gang» og å holde budsjetttrammene, og at de derfor hadde mer fokus

på å få rulling på pasientene. Flere nevnte pålegg og påminnelser fra den administrative ledelsen på sykehuset.

Og etter at den (samhandlingsreformen) ble innført så ble det jo mye mer fokus på det (liggetid). Men vi opplever hele tiden et fokus på det at ... liggedøgn, sant, hvor mange ... hva viser tallene fra forrige måned? (...) Det får vi jo innimellom mailer og sånt fra ledelsen og sånn. Hvor mange har vi hatt innlagt? Hvor masse DRG har vi produsert, sant, hvor flinke vi har vært på det, og hva er gjennomsnittlig liggetid (R1).

Jeg tror nok kanskje ledelsen her også oppfatter at ... vi har vel kanskje en litt sånn ulydig legegruppe som ... når vi hele tiden får pålegg om at nå skal dere kutte liggetid og korte ned på epikrisetiden, og så kommer det protester på møtene, at det her det går ikke, vi kan ikke kutte noe mer senger, vi kan ikke kutte noe mer epikrisetid, vi har ikke nok folk, og det er ikke forsvarlig. Og da gjør vi litt som vi vil, likevel (R4).

Det siste momentet, at legene gjør som de vil likevel, kom frem hos flere av respondentene. «Jeg kan jo gi litt blaffen i det der også jeg, fordi at jeg er jo egentlig imot hele systemet, jeg da» (R1).

Alle de fire respondentene uttrykte misnøye med måten systemet er lagt opp på, de så for eksempel på DRG-systemet som et utilstrekkelig verktøy som krever mye ressurser i form av administrativt arbeid, i tillegg til at det ikke måler alle sider ved det som blir gjort ved sykehusene.

Det er mye lettere å måle det økonomiske hele tiden. Det er fryktelig vanskelig å måle det vi gjør. Men en del ting blir jo målt, og liggetid og slike ting blir jo på en måte sett ... der sier man jo litt om hvor flinke vi er og vi kan måle hvor mange pasienter vi har på poliklinikken i løpet av et år og det er alt mulig slike ting, men det går ikke an å måle hva jeg gjør i pasientbehandlingen en-til-en, slik da. Det er jo ... kvaliteten er jo vanskelig å måle (R1).

Respondentene var tydelige på at de ikke lot økonomiske hensyn påvirke sin vurdering av om pasientene er utskrivningsklare eller ikke. De har fokus på pasientene og deres helsetilstand og de uttrykte misnøye med rammene de må arbeide innenfor. De var opptatt av at rammene og systemene stjal tid de følte at de heller skulle brukt på pasientene. Respondent 3 så ironien i at de som leger bruker tid på å sette diagnosekoder¹³ på pasientene istedenfor å bruke tiden på pasientene som gjorde at de kunne sette kodene i utgangspunktet.

¹³ DRG-systemet baserer seg på diagnosekoder som angir takstene som utbetales til sykehusene.

Vi driver å ... vi skal finansieres etter en modell der vi skal bruke en del av tiden vår på å kode hvor mye denne pasienten er verdt, da, for oss. Og det som er mest innbringende for oss er hvis vi er gode til å kode, og da må vi bruke mye tid på å kode hvor mye denne pasienten er verdt, istedenfor å bruke tid på at vi hjelper de pasientene vi har, som egentlig har gjort oss fortjent til de kodene som vi kanskje har satt (R3).

Respondentene uttrykte frustrasjon over at de mistet en del av handlingsrommet sitt til fordel for styringssystemer innført gjennom den økonomiske logikken, og brukte uttrykk som «et ekstremt kunstig system» (R3) og «et system som ikke er optimalt og ikke fungerer» (R2).

Jo kortere liggetid du har, hvis du har 100 % belegg til enhver tid og så har du veldig lav liggetid, så har du en voldsom produksjon av DRG, som det heter, altså penger (R1).

Underforstått at jo lavere liggetid, jo bedre er det, sant, det er det som hele tiden er fokuset, men jeg tror at det er feil. Det er ikke nødvendigvis slik at jo kortere tid du ligger, jo bedre er det (R1).

(...) jeg kan ikke tenke meg noe annet enn at det der er noe som krever mye mer administrasjon enn om vi hadde hatt et system som man hadde finansiert etter den modellen at «dere får det dere trenger for å hjelpe disse pasientene». Og det synes jeg er litt slitsomt å tenke på (R3).

Respondent 3 kom her inn på finansieringssystemet sykehusene hadde tidligere, rammeoverføringer, i forhold til den modellen som er nå, med innsatsstyrt finansiering. Lian (1994) uttrykte allerede før den nåværende ordningen ble innført, at det kunne anses som sannsynlig at et slikt system ville påvirke vurderingene og beslutningene innad i sykehusene. Likevel ble ordningen innført. Det kan ses på som det DiMaggio og Powell (1983) beskrev med at organisasjoner innfører reformer for å sikre legitimiteten sin i det institusjonelle feltet. En annen forklaring er det samfunnsøkonomiske, som samhandlingsreformen også peker på, at veksten i spesialisthelsetjenesten må bremses. Noen av respondentene kom også inn på det samfunnsøkonomiske, at de som leger har et ansvar for å forvalte fellesskapets ressurser, og at de må ha et bevisst forhold til det.

Det er klart, man tenker jo (...) jeg tror det er en plikt man har som lege, at man må tenke litt hva man bruker ressursene på, da. For man forvalter jo tross alt fellesskapets penger, da, ikke sant (R2).

Ja, det (økonomi) styrer alt. Men ... det der også er jo vanskelig da, sant, for når du sitter og skal forvalte alle helsekronene i det systemet vi nå en gang har, da, så ser vi jo det at det er jo ikke så mange år til at vi ikke greier det, slik som vi

driver. Og da må man prøve å finne på ett eller annet. For det blir dyrere og dyrere (R1).

Respondent 1 påpekte også at om sykehusene blir finansiert gjennom markedsøkonomiske måter, gjennom DRG-poeng og liggetid, eller slik det var tidligere med rammeoverføringer fra staten, så må pengene komme fra et sted. «Den store pengesekken» må fylles med mer for hvert år.

Hvis jeg er flink å kode alle pasientene riktig og sørge for å behandle flere, sørge for at vi får mer i inntekt, som det heter, så kommer jo de pengene fra et sted. Samlet sett så blir det jo dyrere. Så jeg liker ikke at vi blir målt på slike markedsøkonomiske måter, da. Jeg mener at det er feil (R1).

Totalinntrykket fra respondentene er at de fokuserer på det medisinske, på pasienten, og at de opplever at de i liten grad lar seg påvirke av fokuset på økonomi. To av respondentene fikk spørsmålet: «Så pasienten trumfer økonomien?», begge svarte kontant: «Ja. Definitivt. Og slik skal det være» (R4). «Det gjør det. Hver eneste gang, når du har pasienten foran deg. Det er alltid slik. I hvert fall for meg. Slik tror jeg det er for de fleste» (R1).

Respondentene kom ikke uoppfordret inn på de økonomiske sidene av jobbsituasjonen sin i intervjuene. Etter å ha prøvd å få dem til å reflektere over hva de måtte ta hensyn til som lå utenfor pasientene og deres helsetilstand, var det jeg som intervjuer som brakte temaene liggetid og DRG-poeng inn i samtalen. For respondentene virket det som om det var totalt irrelevant å ta slike hensyn med inn i vurderingssituasjonen når de satt overfor pasienten. Respondent 4 sa at de skal være «mer helsepersonell og lege for den enkelte enn administratorer» (R4).

6.0 Avslutning

Et sykehus er en pluralistisk organisasjon med motstridende institusjonelle logikker, der deltakerne er nødt til å finne måter å samarbeide på for å få gjort de daglige oppgavene (Reay og Hinings 2009). Det norske helsevesenet har stadig fokus på økonomi og ressursbruk, og med det den økonomiske logikken. Samtidig har legene som profesjon en sterk posisjon i det profesjonelle hierarkiet, forankret i en medisinsk logikk.

Respondentene i studien viste at de var bevisste den autonomien de innehar i kraft av sin profesjon. De var tydelige på at de har – og skal ha – fokuset på pasienten. Selv om ingen av respondentene brukte akkurat de ordene og betegnelse, virket det som de benyttet seg av det privilegiet de har som profesjon, og at de tidvis bevisst handler i strid med det som blir forventet fra den administrative ledelsen. De opplever selv at de styres av sin medisinske logikk, og viser til pasientens beste og medisinsk forsvarlighet, som argumenter for ikke å handle i lojalitet til ledelsen og deres økonomiske logikk. Hvorfor ledelsen ved sykehusene lar legene være så autonome, vil nok ha flere troverdige forklaringer. En forklaring er at legene på den måten bidrar til at sykehusene opprettholder et visst nivå av legitimitet i befolkningen (Kraatz og Block 2008).

I innledningen stilte jeg spørsmål om hva det er som preger legenes beslutningsatferd i prosessen frem til en pasient blir definert som utskrivningsklar. Til tross for respondentenes opplevelse av autonomi, eksisterer mange begrensninger de ikke kan komme utenom. Legenes handlingsrom begrenses gjennom at ledelsen beslutter å redusere sengekapasiteten ved sykehusene, en organisatorisk endring legene ved sykehusene vanskelig kan omgå. Det kan se ut til at sengereduksjon tvinger dem til å vurdere pasientene på en annen måte, men det er uklart hvor bevisste de er i forhold til det. Ut fra svarene respondentene i denne studien gir, er disse begrensningene noe de i liten grad har et artikulert forhold til. I den grad de merker presset, gir de uttrykk for at de ikke lar seg påvirke av det. I den grad de uoppfordret identifiserte andre vurderingsfaktorer enn det rent medisinske, var det primært pasientens hjemmesituasjon de omtalte. Sekundært til dette kom vurderinger av kommunenes kompetanse og kapasitet.

Selv om respondentene er underlagt statlig styring i forhold til økonomi, hindrer ikke det dem i å overprøve og omgå beslutninger de ikke er enige i, dersom de faglig sett vurderer det til å være det beste for pasienten. En omorganisering som omfatter nedlegging av

sengeplasser vil derimot tvinge legene til å innrette seg, på grunn av at det innebærer fysiske begrensninger de må forholde seg til.

Respondentene tegner et bilde av en profesjon som fremhever sin autonomi, som de legitimerer og begrunner faglig. Respondentene gjentar flere ganger gjennom intervjuene at de kun legger pasientens helsetilstand til grunn for sine vurderinger, og at de ikke tar andre hensyn med i betraktningen. De understreker at de ikke har endret sin vurderingspraksis i forhold til utskrivningsklare pasienter. Likevel kommer det indirekte frem at de har blitt preget av den økonomiske logikken i sitt arbeid. Indirekte, og motvillig, må respondentene forholde seg til effektivisering og markedsøkonomisk tankegang, blant annet gjennom innføringen av finansieringssystemet med DRG-poeng, og at det blir kuttet i sengetallet på sykehusene. Dette er forhold respondentene, og legene som gruppe og profesjon, har liten eller ingen styring på. De er i liten grad premissleverandører i forhold til denne type rammer, og blir henvist til å følge de statlige føringene og påleggene som kommer fra ledelsen på sykehusene.

Ifølge Leicht og Fennell (2001, 8) sin definisjon av autonomi forutsettes det at gruppen eller individet kan kontrollere både «work behavior» og «work conditions», altså både oppførselen og handlingene sine, og vilkårene de arbeider under. Respondentene beskriver en arbeidshverdag der de opplever at de i utstrakt grad er autonome i forhold til sin oppførsel og sine handlinger. Leger som profesjon har privilegiet med å inneha stor grad av frihet til å kontrollere sin egen arbeidshverdag (Svensson 2008). Samtidig beskriver de en hverdag som er preget av stadige påminnelser om å skrive ut pasienter for å unngå overbelegg på sengepostene, og påminnelser fra den administrative ledelsen om å holde den gjennomsnittlige liggetiden lav. I tillegg er de pålagt å kode pasientene etter et system de ser på som kunstig og utilstrekkelig. De opplever at det de egentlig gjør, samhandlingen med pasientene, ikke blir høyt nok verdsatt. Kvaliteten på arbeidet de gjør blir målt etter standarder de ikke ser på som tilstrekkelige. Respondentene kan ikke selv kontrollere vilkårene de arbeider under. De beskriver med andre ord at de nyter godt av profesjonsautonomien som leger, men dersom autonomidefinisjonen til Leicht og Fennell (2008) skal legges til grunn, er de altså ikke fullt ut autonome i sitt arbeid.

Reduksjonen av sengetallet på sykehusene, var et av virkemidlene satt i verk for å stimulere til at pasientene ble sendt til kommunehelsetjenesten tidligere. Samarbeidsreformen la opp til at kommunehelsetjenesten skulle ta imot dårligere pasienter, de skulle ikke nødvendigvis

være friske eller ferdig behandlet når de ble skrevet ut fra sykehusene (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)). Færre senger tvinger respondentene til å vurdere pasientene på en annen måte, på grunn av de organisatoriske begrensningene. De tvinges til å akseptere å sende sykere pasienter ut av sykehuset, og de tvinges til å akseptere større grad av usikkerhet i forhold til det. Respondentene blir ikke direkte tvunget til å tenke mer på økonomi og statlige føringer, men at de må vurdere pasientene annerledes enn tidligere er likevel en konsekvens av det. De blir da gjenstand for en indirekte kontroll som fremmer den økonomiske logikken. Respondentene oppleves i liten grad å ha reflektert over at de ytre rammene påvirker deres autonomi, og det kan virke som de mer eller mindre ubevisst distanserer seg fra det.

Jeg fremsatte en hypotese om at legene tok økonomiske hensyn og politiske føringer med i sine vurderinger i forhold til om pasientene er utskrivningsklare eller ikke. Respondentene tilbakeviser denne hypotesen. Dersom legene ved medisinske klinikker er som disse respondentene, er oppfatningene deres at de kun tar pasientens helsetilstand og hjemmesituasjon med i vurderingen. Dette er derimot respondentenes subjektive opplevelse av prosessen, og kan i noen grad problematiseres. Ut fra respondentenes refleksjoner rundt de forskjellige temaene i intervjuene, kommer det frem at de tar andre aspekter med i vurderingene. Respondentene selv definerer derimot disse hensynene som noe annet. Sammenhengen mellom selve vurderingen av pasientene, og de ytre, organisatoriske hensynene de indirekte blir tvunget til å ta, synes i liten grad å være et eksplisitt tema.

Definisjonen Thornton og Ocasio (2008) gir av institusjonell logikk går på at individene opererer i sosialt konstruerte og historiske mønstre av antakelser, verdier, holdninger og regler. Disse mønstrene danner rammene for hvordan individene organiserer livene sine, tiden sin, og gir mening til den sosiale virkeligheten de er en del av. Samtidig sier Thornton og Ocasio (2008) at selv om individene er styrt av de institusjonelle logikkene, så vil påvirkningen også gå andre veien, aktørene vil ha en hånd med i å skape og endre de institusjonelle logikkene.

Legene er aktører i en pluralistisk organisasjon, og må derfor forholde seg til flere institusjonelle logikker. Min studie omhandler i hovedsak hvordan legene forankrer sine beslutninger i den medisinske logikken. Respondentene understreker gjentatte ganger at det er deres styrende logikk. Kan det tenkes at legene bidrar til at logikkene endres, gjennom måten de gir mening til sine handlinger? Deres holdninger til logikker de oppfatter som motsetninger til sin medisinske logikk, vil prege dem og den medisinske logikken de er styrt

av. Det kan stilles spørsmål om legene, gjennom sin neglisjering av fakta som både formelt og rent fysisk begrenser deres handlingsrom, er med på å tilsløre hvordan den medisinske logikken i praksis blir tilpasset andre hensyn i sykehuset som pluralistiske organisasjoner. På den måten bidrar legene til å opprettholde den institusjonelle orden, og sørger for at befolkningen kan ha tillit til at pasientenes helsetilstand alltid trumfer andre hensyn.

Praksis kan derimot være en annen. Gjennom å dyrke sin medisinske logikk og de tilhørende faglige idealene, kan bli legene risikere å bli tilsidesatt og forbigått i en pluralistisk organisasjon der motstridende logikker må finne en måte å sameksistere på. Kerr (1963) hevder at pluralistiske organisasjoner av nødvendighet må være delvis i krig med seg selv. Dersom legene velger ikke å forholde seg til denne krigen, eller konkurransen, kan de risikere å bli den tapende part. Kraatz og Block (2008) omtaler pluralistiske organisasjoner og utfordringene med å holde de multiple identitetene fra hverandre. De peker på at de forskjellige identitetene, logikkene, kan skade hverandre. Gjennom å søke å bekrefte den ene logikken, kan den andre blir skadet. Dersom legene er så dypt forankret i sin medisinske logikk og så lite observante i forhold til de andre logikkene som mine funn kan tyde på, kan det da tenkes at legene gjennom å søke å bekrefte sin medisinske logikk, på sikt ikke skader de andre logikkene, men sin egen?

Ut fra min studie kan det ikke konkluderes klart når det gjelder eventuelle endringer i definisjonsmakt når det gjelder utskrivningsbeslutninger i sykehus. Selv om respondentene var samstemte om de fleste temaene i studien, er fire respondenter for lite til å trekke en reliabel konklusjon. For å ha grunnlag til det må flere respondenter inkluderes.. I forlengelsen av mitt arbeid ser jeg det som naturlig å skalere opp til en mer ekstensiv studie, der en kunne teste ut funnene i min studie på en større del av legepopulasjonen i spesialisthelsetjenesten. En slik studie, med mulighet til å gjøre systematiske sammenligninger både på institusjons- og aktørnivå, ville kunne avdekke utviklingstrekkene innen legenes profesjon og deres medisinske logikk. En kombinasjon av kvalitative og kvantitative studier ville være i tråd med anbefalingene fra Thornton, Ocasio og Lounsbury (2012). De argumenterer for flernivå og multimetodiske studier av institusjonelle logikker og er særlig opptatt av å sikre «principle of opposites» (Thornton, Ocasio og Lounsbury 2012, 184). Farer for feiltolkninger kan både skje om en går for nær aktørene, slik kvalitative tilnærminger åpner for, eller distanserer seg for mye fra den sosiale konteksten gjennom standardiserte kvantitative målinger.

Sykepleiernes rolle i utskrivningsprosessen er et annet interessant tema for videre forskning. Respondentene i min studie beskrev sykepleiernes rolle som todelt, både sykepleiefaglig og administrativ. Det er sykepleierne som har kontakten med kommunehelsetjenesten, samtidig er de en viktig kilde til informasjon for legene som har vesentlig mindre direkte kontakt med pasientene enn det sykepleierne har. Dette stemmer også overens med det Hellesø og Melby (2013) fant i sin studie. Et aktuelt spørsmål er dermed hvordan sykepleierne i spesialisthelsetjenesten opplever endringene som følge av samhandlingsreformen? Sykepleierne har ikke legenes privilegier i forhold til profesjonsautonomi. De kan ikke velge ikke å forholde seg til at sengeposten er full, slik legene kan. Respondentene opplevde at sykepleierne respekterte deres beslutninger om pasientene var utskrivningsklare eller ikke. Stemmer det med sykepleiernes oppfatninger? Det er forskjell på å respektere en beslutning og å handle i samsvar med det som er bestemt. Dersom det er en diskrepans i oppfatningene, på hvilken måte påvirker dette samarbeidet mellom sykepleierne og legene? Dersom sykepleierne også opplever sin rolle som todelt, hvilke innvirkninger har det på sykepleiernes fag og arbeidshverdag? Her kan det stilles mange spørsmål som utgangspunkt for videre forskning. Målet må være å øke vår kunnskap og forståelse av forholdet mellom hva som sies og hva som gjøres i sykehuset som pluralistisk organisasjon.

Referanseliste

- Abbott, Andrew. 1988. *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Analysesenteret. 2010. "Utskrivningsklare pasienter - Hvem er de og hvor hører de hjemme? En studie initiert av Norsk Sykepleierforbund og gjennomført av Analysesenteret AS."
[https://www.nsf.no/Content/417818/Rapport%20Utskrivningsklare%20pasienter%20aug%202010%20\(2\).pdf](https://www.nsf.no/Content/417818/Rapport%20Utskrivningsklare%20pasienter%20aug%202010%20(2).pdf).
- Berg, Laila Nordstrand og Rómulo Pinheiro. 2016. "Handling Different Institutional Logics in the Public Sector: Comparing Management in Norwegian Universities and Hospitals." I *Towards A Comparative Institutionalism: Forms, Dynamics And Logics Across The Organizational Fields Of Health Care And Higher Education*, redigert av Rómuol Pinheiro, Lars Geschwind, Francisco O. Ramirez og Karsten Vrangbæk, 145-168. Bingley, UK: Emerald.
- Berg, Ole. 1987. *Medisinens logikk : studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carvalho, Teresa og Rui Santiago. 2016. "Transforming Professional Bureaucracies in Hospitals and Higher Education Institutions." I *Towards A Comparative Institutionalism: Forms, Dynamics And Logics Across The Organizational Fields Of Health Care And Higher Education*, redigert av Rómuol Pinheiro, Lars Geschwind, Francisco O. Ramirez og Karsten Vrangbæk, 243-269. Bingley, UK: Emerald.
- Choi, Soki. 2011. *Competing Logics in Hospital Mergers, The case of the Karolinska University Hospital*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Christensen, Tom, Per Lægveid, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik. 2009. *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Clegg, Stewart, Martin Kornberger og Tyrone Pitsis. 2011. *Managing & organizations: an introduction to theory & practice*. Los Angeles, Calif.: SAGE.
- Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe og Ann Langley. 2001. "The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations." *The Academy of Management Journal* 44 (4):809-837.
- DiMaggio, Paul J. og Walter W. Powell. 1983. "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields." *American Sociological Review* 48 (2):147-160.
- Douma, Sytse og Hein Schreuder. 2013. *Economic approaches to organizations*. 5. utg. Harlow: Pearson Education.
- FOR-1998-12-16-1447 Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. 1998. <https://lovdata.no/pro/#document/SFO/forskrift/1998-12-16-1447/§1>
- FOR-2011-11-18-1115. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. 2011. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115/>
- Freidson, Eliot. 2001. *Professionalism : the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Frich, Jan C. 2009. "Penger i sykehus – doktor Jekylls lidelse." I *Penger og verdier i helsetjenesten*, redigert av Per Fugelli, Jan C. Frich, Pernille Bruusgaard og Bente Wilmar. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gautun, Heidi, Egil Kjerstad og Frode Kristiansen. 2001. "SNF-rapport nr. 57/01: Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet."
<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/164571>.

- Gautun, Heidi og Astri Syse. 2013. Samhandlingsreformen; Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? <https://www.nsf.no/Content/1289065/Samhandlingsreformen.pdf>: NOVA.
- Grenness, Tor. 2001. *Innføring i vitenskapsteori og metode*. 2. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Grimsmo, Anders. 2013. "Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?" *Sykepleien Forskning* 2:148-155. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053.
- Grimsmo, Anders, Ralf Kirchhoff og Turid Aarseth. 2015. "Samhandlingsreformen i Norge." *Nordiske organisasjonsstudier* Årg. 17 (3):3-12.
- Grønmo, Sigmund. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Hellesø, Ragnhild og Line Melby. 2013. "Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus." I *Samhandling for helse*, redigert av Aksel Tjora og Line Melby, 223-242. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hermansen, Åsmund og Anne Skevik Grødem. 2015. "Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste." *Sykepleien Forskning* (nr 1):24-32. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53351.
- Hood, Christopher. 1991. "A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS?" *Public Administration* 69 (1):3-19. doi: 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x.
- IS-1479 Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak*. 2007.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2012. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 2. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Jespersen, Peder Kragh. 1999. "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sykehusorganisationen." I *Når styringsambitioner møder praksis : den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, redigert av Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdóttir og Kerstin Sahlin-Andersson, 143-169. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Kerr, Clark. 1963. *The uses of the university*. Vol. 1963, *The Godkin lectures at Harvard University*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Kirchhoff, Ralf, Anders Grimsmo og Åge Brekk. 2015. "Kommuner og helseforetak - ble de enige om noe?" *Tidsskrift for velferdsforskning* 18 (2):125-141.
- Kjekshus, Lars Erik, Haldor Byrkjeflot og Dag Olaf Torjesen. 2013. "Organisering og ledelse av sykehus etter NPM - legenes tilbaketrekking?" I *Samhandling for helse*, redigert av Aksel Tjora og Line Melby. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kraatz, Matthew S. og Emily S. Block. 2008. "Organizational Implications of Institutional Pluralism." I *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, redigert av Royston Greenwood. Los Angeles: SAGE.
- Leicht, Kevin T. og Mary L. Fennell. 2001. *Professional work : a sociological approach*. Malden, Mass: Blackwell.
- Leicht, Kevin T. og Mary L. Fennell. 2008. "Institutionalism and the Professions." I *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, redigert av Royston Greenwood, Christine Oliver, Kerstin Sahlin og Roy Suddaby, 431-448. London: SAGE Publications Ltd.
- Lian, Olaug S. 1994. "Rettfærdighetsnormer og fordelingspolitikk : om DRG- finansiering i helsevesenet." *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift (trykt utg.)*. vol. 10, nr. 4(1994).

- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter. 1999.
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63>
- LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). 2011. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30/C2%A76-1>
- LOV-2013-06-14-41. Lov om helseforetak m. m. (Helseforetaksloven). 2001.
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2001-06-15-93?searchResultContext=1077>
- Meyer, John W. og Brian Rowan. 1977. "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony." *American Journal of Sociology* 83 (2):340-363.
- Oppdragsdokument 2014, Helse Midt-Norge RHF. 2014. 7. januar 2014.
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/OppdragsdokumentHMN.pdf>
- Rambøll. 2012. "KS FOU-PROSJEKT NR. 124005 UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER- ENDRER PRAKSIS SEG?". Kommunenesektorens organisasjon.
http://www.ks.no/contentassets/dffac809f5934f4bbf69c8348c5c47ec/124005_rapp_ort--utskrivningsklare-pasienter.pdf.
- Reay, Trish og C. R. Hinings. 2009. "Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics." *Organization Studies* 30 (6):629-652. doi: 10.1177/0170840609104803.
- Riksrevisjonen. 2016. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. redigert av Per-Kristian Foss. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>: Riksrevisjonen.
- Rønne, Knut Petter. 2014. "Etterlyst: Flere gode helseledere." *Ukeavisen Ledelse* (nr. 23 2014).
- Scott, W. Richard, Martin Ruef, Peter J. Mendel og Carol A. Caronna. 2000. *Institutional change and healthcare organizations : from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. 2008-2009. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Svensson, Lennard G. 2008. "Profesjon og organisasjon." I *Profesjonsstudier*, redigert av Anders Molander og Lars Inge Terum, 130-143. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornton, Patricia H. og William Ocasio. 2008. "Institutional logics." I *The SAGE handbook of organizational institutionalism*. , redigert av Royston Greenwood; Christine Oliver; Roy Suddaby; Kerstin Sahlin, 99-129. Los Angeles: SAGE.
- Thornton, Patricia H., William Ocasio og Michael Lounsbury. 2012. *The institutional logics perspective : a new approach to culture, structure, and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Tingvoll, Wivi-Ann, Torill Sæterstrand og Sven-Tore Dreyer Fredriksen. 2010. "Kompetanse i tiltakskjeden — avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus." *Nordic Journal of Nursing Research* 30 (1):29-33. doi: 10.1177/010740831003000107.
- Torjesen, Dag Olav, Gro Kvåle og Charlotte Kiland. 2016. "The Quest for Promoting Integrated Care in the Scandinavian Countries – Recent Reforms, Possibilities and Problems." I *Towards A Comparative Institutionalism: Forms, Dynamics And Logics Across The Organizational Fields Of Health Care And Higher Education*, redigert av Rómuol Pinheiro, Lars Geschwind, Francisco O. Ramirez og Karsten Vrangbæk, 195-213. Bingley, UK: Emerald.

- Tønnessen, Siri, Bente Lilljan Lind Kassah og Wivi-Ann Tingvoll. 2016. "Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten." *Sykepleien Forskning* 11 (1):14-22. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496.
- U-2002-13, Rundskriv fra Sosialdepartementet. 2002.
<https://lovdata.no/pro/#document/RDEP/rundskriv/u-2002-13?searchResultContext=1535>
- Aarseth, Turid, Kari E. Bachmann, Ingunn Gjerde og Guri Kaurstad Skrove. 2015. "Mot samhandlingskommunen? ; om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform." *Nordiske organisasjonsstudier* Årg. 17 (3):109-133.

Inger Cecilie Frisvoll
Øverlandsvegen 6
6416 Molde
Tlf: 48254135

02.03.2016

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Bakgrunn og formål

I forbindelse med mitt masterstudium i samfunnsendring, organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Molde, skal jeg skrive masteroppgave denne våren. Som en del av datainnsamlingen til oppgaven søker jeg leger som er villige til å la seg intervju om temaet **utskrivningsklare pasienter**. Dette er et tema som har fått økende oppmerksomhet de siste årene, spesielt etter at samhandlingsreformen ble implementert i 2012. I media er det i stor grad kommunene, pasientene og pårørende som slipper til, spesialisthelsetjenesten uttaler seg sjelden, og da alltid på generelt grunnlag.

Jeg er sykepleier og har i en årrekke arbeidet ved medisinsk avdeling på Molde Sjukehus. De siste årene har jeg tatt utdanning innen administrasjon og ledelse ved Høgskolen i Molde. I min masteroppgave fokuserer jeg på rollen legene i sykehusene har i prosessen som leder frem til at pasienten blir definert som utskrivningsklar. I følge «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter»¹⁴ §9 er en pasient utskrivningsklar når legen på sykehuset vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling fra spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsker å se nærmere på denne prosessen og er interessert i legenes opplevelse av denne.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du har fått spørsmål om å delta på grunn av at du har vært ansatt som lege ved en eller flere heldøgns sengeposter ved sykehus i mer enn fem år. Deltakelse i studien innebærer at du sier deg villig til å møte meg til et intervju på ca 1 t. Intervjuet vil bli lagt opp i samtaleform der jeg ønsker at du i størst mulig grad skal få fortelle om dine erfaringer og tanker omkring temaet. Jeg vil i liten grad styre samtalen, men vil likevel forsøke å få belyst de sidene av tematikken jeg er ute etter. Jeg er ikke ute etter spesifikke pasienthistorier, men har forståelse for at noen situasjoner er enklere å forklare ved hjelp av konkrete eksempler. Disse vil i tilfelle anonymiseres ytterligere om de blir tatt med videre i arbeidet.

Masteroppgaven er planlagt ferdigstilt 27.mai 2016. Du som person og profesjonell vil ikke kunne bli knyttet til den ferdige oppgaven, det vil ikke bli lagret opplysninger som kan spores tilbake til deg. Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil og skrevet ut i tekst i etterkant. Lydfilen vil bli destruert så snart oppgaven er ferdigstilt og godkjent, tekstversjonen vil bli oppbevart og kan bli benyttet av meg i min videre forskning.

Å delta er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noe grunn.

¹⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115/>

Jeg vil be deg gi tilbakemelding via telefon på om dette er noe du vil delta på eller ikke, så raskt som mulig og senest innen en uke. Ved manglende tilbakemelding kommer jeg til å ta kontakt på telefon for avklaring. Jeg vil uansett be deg tenke gjennom om du vet om andre som kanskje kan tenke seg å delta.

Med vennlig hilsen
Inger Cecilie Frisvoll

Veileder ved Høgskolen i Molde: Førsteamanuensis Turid Aarseth: turid.aarseth@himolde.no

Intervjuguide leger

Generell informasjon om oppgaven

- En god del forskning rundt samhandlingsreformens innvirkning på kommunene og pleie- og omsorgssektoren i førstelinjetjenesten – lite forskning på spesialisthelsetjenesten.
- Hovedfokuset er legenes opplevelse av prosessen frem til en pasient defineres som utskrivningsklar.

Legens opplevelse av utskrivelsesprosessen

- Hva tenker du på når du hører begrepet «utskrivningsklar pasient»?
- Når det er tvil rundt om pas er utskrivningsklar eller ikke, hva kjennetegner en slik situasjon?
 - o Hvordan avgjøres/løses de situasjonene?
- Hvem tar initiativet til å tenke på utskrivning?
- Hva skal til for at du vurderer en pasient som utskrivningsklar?
- Hva skal til for at du ikke vurderer pasienten som utskrivningsklar?

Legens opplevelse av autonomi

- Hvordan vil du si at dine faglige vurderinger kommer inn i prosessen?
- Hvilke andre aspekter må du ta hensyn til?
 - o Hvordan formidles dette til deg?
- Hvor er kommunehelsetjenesten i dette?
- Hvilken rolle spiller sykepleierne på avdelingen?

Styringsdokumenter / uformelle styringssignaler

- Hva tenker du om styringsdokumentene ditt sykehus har?
- Hvem er det som formelt har ansvaret, det endelige ordet, i tilfeller der det er tvil om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar?
- Hva tenker du om det som står i forskriften ang ansvar? (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter §9: Lege i sykehus har beslutningsmyndighet)
- Hvordan samsvarer det som står i forskriften med det du opplever i din arbeidshverdag?