

Prioritering, styring og likebehandling

Utfordringer i norsk helsetjeneste



Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal,
Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.)

KAPITTEL 8

Styringsdilemmaer i praksis Helsepersonells beslutninger om helsehjelp i daglig arbeid

Inger Lise Teig, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Gry Wester, postdoktor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Abstract

This chapter explores health care professionals' decisions about care in daily clinical or managerial work, as well as the «justifications» they articulate in defence of these decisions. We conducted a series of 15 in depth interviews with doctors, managers and nurses in cardiology at two large Norwegian hospitals. We aimed to explore the different kinds of decisions they make in the different roles they have in their respective hospital wards, as well as the range of considerations and values on which their decisions are based. We also asked about the extent to which our informants were familiar with and related to a range of legal, political, economic, bureaucratic and professional regulatory instruments in their daily work, as well as their perceptions about how these instruments affected their work – whether these instruments

constrained or supported them in their daily practice. In this chapter, we focus on the informants' experiences of challenges and of feeling restricted in various ways from providing the level of care they deem best. In particular, we examine how they justify their decisions and actions in a context where they experience sometimes conflicting demands and principles, or «orders of worth» in Boltanski and Thévenot's (2006) terminology.

Innledning

Prioritering av helsetjenester er en nødvendig, men ofte vanskelig og kompleks utfordring. Å prioritere kan forstås som å rangere, eller å sette noe foran noe annet, og i en helsetjenestekontekst innebærer dette vanligvis å rangere ulike helsetiltak «med hensyn til hvilke som skal få ressurser for å bli gjennomført» (NOU 2014: 12, s. 30). I praksis består prioritering ofte av flere og sammensatte prosesser som skjer på både makro-, meso- og mikronivå (NOU 2014: 12). Et viktig virkemiddel i den norske helsetjenesten er ulike styrings- eller reguleringsinstrumenter, som direkte eller indirekte påvirker fordelingen av helsetjenester og -ressurser. Disse inkluderer blant annet juridiske (lover og forskrifter), økonomiske (budsjetter, aktivitetsbasert finansiering) og kliniske anbefalinger og retningslinjer, kontrollsystemer (rapporteringskrav og tilsyn) og strukturell eller organisatorisk styring (funksjons- og oppgavedeling, reformer) (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 i denne boken).

Hva er helsearbeidernes erfaringer med de styringsinstrumentene som former deres hverdag, og hvordan forholder de seg til dem? Slike erfaringer er lite studert i Norge. Wang (2015) har imidlertid gjennomført en kvalitativ undersøkelse av kreftlegers erfaringer med restriksjoner i bruk av nye og dyre kreftlegemidler. Studien viste at mange klinikere opplever det som vanskelig å akseptere prioritering

når det gjelder eget fagområde og egne pasienter. De var kritiske til mangel på involvering av medisinskfaglig kompetanse i disse beslutningene, og de uttrykte bekymring for konsekvensene for likebehandling. Aasen og Mork (2011), som studerte prioriteringsvurderinger i psykisk helse, fant at helsepersonell opplever et krevende spenningsforhold mellom å ta vurderinger som fagperson på den ene siden og å være portvoktere for spesialisthelsetjenester på den andre siden. Aasen og Mork argumenterer for at konsekvensene av kryssende styringssignaler, vektlegging av kapasitetshensyn og identitetsutfordringer kan skape tillitsbrudd mellom ulike sentrale aktører. Studier av helsepersonells erfaringer er viktige både fordi de kan gi oss bedre innsikt i hvordan styringsinstrumentene fungerer i praksis, men også fordi helsearbeideres holdninger til ulike styringsinstrumenter i noen grad kan tenkes å påvirke hvor godt de fungerer (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 og Bjorvatn, kapittel 7 i denne boken). Slik kunnskap er derfor en sentral del av grunnlaget for å vurdere hvor godt styringsinstrumenter oppfyller sin hensikt, slik at vedtatte prioriteringer blir fulgt opp i praksis.

Legeforskningsinstituttets legesurvey, som gjennomføres annethvert år blant leger i Norge, ønsket å undersøke dette. Den inkluderte i 2014 spørsmål til legene om hvordan de mener forskjellige styringsverktøy påvirker prioritering, kvalitet og likebehandling i deres daglige arbeid (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 og Bjorvatn, kapittel 7 i denne boken). Denne undersøkelsen er bakgrunnen for den kvalitative intervjustudien vi presenterer i dette kapitlet. Her følger vi opp undersøkelsen ved å spørre individuelle helsearbeidere direkte om deres erfaringer. I en serie med 15 dybdeintervjuer med leger, ledere og sykepleiere innen kardiologi ved to store sykehus i Norge har vi undersøkt hva slags beslutninger om helsehjelp helsepersonell tar i de forskjellige rollene de har på avdelingen, og hvilke hensyn de mener de legger til grunn når de treffer slike beslutninger. Vi har spurt om hvorvidt og i hvilken

grad de forholder seg til forskjellige former for rettslige, økonomiske, kliniske og administrative styringsverktøy eller forhold i sitt daglige arbeid, og i hvilken grad slike verktøy eller forhold påvirker arbeidet de gjør, og beslutningene de tar om helsehjelp – enten positivt, som en støtte, eller negativt, som en begrensning av deres handlingsrom.

I dette kapitlet har vi valgt å fokusere spesielt på hva helsearbeiderne opplever som utfordrende i deres arbeid, og hvorvidt de har følt seg forhindret fra å gi den helsehjelpen de helst skulle gitt. Erfaringene knyttet til å føle seg forhindret er spesielt interessante ut fra et prioriteringsperspektiv: Hvis helsearbeiderne opplever at de blir utsatt for motstridende forventninger, må de vurdere hvilke grep de skal gjøre, og hva slags avgjørelser de skal ta – de må sette noe foran noe annet. Hvordan forholder de seg til slike utfordringer i den kliniske og organisatoriske konteksten? Hvordan tar de beslutninger i slike situasjoner: Tilpasser de seg, underordner de seg, eller opponerer de? For å undersøke dette har vi sett på hvordan klinikere ved to ulike medisinske avdelinger i Norge rettferdiggjør sine beslutninger og handlinger knyttet til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Teori

Den medisinske profesjonen er en yrkesgruppe som har måttet forholde seg til store og betydningsfulle endringer, noe som har blitt gjenstand for betydelig forskning. Avprofesjonalisering og reprofesjonalisering samt endringer i profesjonsidentiteter har vært mye diskutert i internasjonal forskning på profesjoner og helsesystemer (se Munzio, Brock & Suddaby, 2013). Ledelses- og profesjonslitteraturen vier også mye oppmerksomhet til hvilke strategier klinikere og ledere benytter seg av for å forholde seg til motstridende forståelser av hva som er til det beste for organisasjonen, pasientene eller

helsepersonellet. Enkelte studier har analysert hvordan prioriteringer anses som strategiske måter å forholde seg til organisatoriske forventinger på (se Thacher & Rein, 2004), eller hvordan ledere lager kompromisser mellom ulike forventninger (se Oldenhof, Postma & Putter, 2014). Hvordan profesjonene forsøker å balansere ulike logikker og de normative forventningene knyttet til de ulike beslutningene, er et viktig tema som er blitt utforsket i et institusjonelt perspektiv (Munzio mfl., 2013). Litteraturen om kunnskapsorganisasjoner har også satt fokus på hvordan byråkratisk og organisatorisk makt fører til at kunnskapsarbeidere, for eksempel helseprofesjonene, får sin beslutningsfrihet innskrenket (fratas selvbestemmelse). På denne måten blir helsepersonell avmektige i et system der makt og styring formes og utspilles i daglige praksiser og forgreininger gjennom flere kanaler og kontrollinstanser (jf. «governmentality») utenfor deres kontroll. Begrepet *governmentality* (fra Foucault) viser til styring og mentalitet og innebærer at individet regulerer sine handlinger i tråd med det som de styrende ønsker, men uten at individet opplever at den styrende har kontroll. Individet opplever en stor grad av selv-kontroll og autonomi gjennom andre former for kontroll enn direkte påbud, regler eller kommandoer, slik som kontinuerlig selv-evaluering, personlig disiplin og selvforbedringsteknikker. *Governmentality* er like fullt en form for subtil styring, der individet styres innenfra etter standarder som det selv tilsynelatende har satt for seg selv, men som har sin opprinnelse i mer overordnede strukturer og systemer (Burchell, Gordon & Miller, 1991).

Bøyum (2017) diskuterer hvordan profesjonsutøveren kan oppleve at hun ikke har et frirom, og at hun dermed må grunngi sine valg for å vise at den faglige beslutningsfriheten blir forvaltet på en forsvarlig måte. Litteraturen har imidlertid i mindre grad utforsket hvordan beslutninger forsvares i en kontekst der den faglige autonomien oppleves å være svekket. Dette ser vi nærmere på i dette kapitlet.

Slik både Wang (2015) og Aasen og Mork (2011) beskriver i sine studier, er ofte konteksten for de beslutningene som helsepersonell tar, preget av mange motstridende hensyn og prinsipper, slik som kapasitetshensyn, ulike styringssignaler for tjenesten og ulike medisinske behandlingsformer. Dette kan vi kalle ulike «orders of worth» eller verdiordninger, som peker på at det eksisterer verdier for handling som ikke alltid er sammenfallende, men som gjerne opptrer samtidig (jf. Boltanski & Thévenot, 2006). Hva som for eksempel oppfattes som gode, kliniske avgjørelser, er ikke nødvendigvis sammenfallende mellom aktørene, og det kan derfor være gjenstand for forhandlinger. Aktørene må argumentere og rettferdiggjøre sine avgjørelser for å skape forståelse og rom for å kunne ta de avgjørelsene som de tar. Avgjørelsene blir dermed en form for forhandling mellom ulike verdiordninger (se Hoff & McCaffrey, 1996). Slike forhandlinger, som tar form av rettferdiggjøring av beslutninger som aktørene tar, har betydning for hvordan helsearbeiderne kan ivareta og opprettholde sin selvbestemmelse og faglige frihet.

Vi har undersøkt hvordan informantene begrunner sine handlinger og rettferdiggjør dem ved bruk av prinsipper som de fremholder som viktige, men som kan komme i strid med andre førende prinsipper nedfelt i styringsinstrumenter, kontrollsystemer og organisatoriske forventninger. Vi ønsket å avdekke hvordan klinikere forholder seg til ulike prinsipper eller «verdiordninger», og hvorvidt motstridende prinsipper påvirket deres muligheter til å ta de beste avgjørelsene. Vårt analytiske utgangspunkt er at individer leser situasjoner på ulike måter og benytter ulike prinsipper for å rettferdiggjøre og legitimere sine handlinger. For en kliniker kan for eksempel den viktigste verdien være at pasienten får mulighet til å prøve nyeste behandlingsmetode, mens for en avdelingsleder kan den fremste verdien være at pasienten blir skrevet ut til lavere behandlingsnivå så fort som det er faglig forsvarlig.

Rettferdiggjøring av beslutninger som tas, kan derfor fungere som et moralsk narrativ i en situasjon der individet må forholde seg til et *hierarki* av verdier.

Boltanski og Thévenot (1999, 2006; Boltanski, 2011) vektlegger at i sosiale situasjoner som er preget av motsetninger og strid, er det viktig å fokusere på rettferdiggjøringsprosesser for å få til organisatorisk enighet og endring. Perspektivet til Boltanski og Thévenot har vært viktig i flere empiriske organisasjonsstudier for å forstå hvordan organisasjoner preges av ulike konkurrerende rasjonaliteter, samt hvordan ulike prinsipper kan forårsake spenninger (se Jagd, 2011). Få studier har imidlertid sett på hvordan rettferdiggjøring av beslutninger kan bidra til å etablere kompromisser og enighet i organisasjoner, snarere enn splittelse.

I dette kapitlet anvender vi innsikter fra Boltanski og Thévenot sine analyser av ulike verdiordninger for å få innsikt i hvordan aktører rettferdiggjør sine handlinger i daglige gjøremål. Leger og helsepersonell deltar i mange ulike situasjoner i løpet av arbeidsdagen, og det er mange beslutninger, ofte vanskelige og tilsynelatende uforenelige, som må tas. Avgjørelsene er ikke nødvendigvis strukturert av detaljerte regler eller instruksjoner – mange avgjørelser er relativt spontane og tilpasset den enkelte situasjonen, uten dermed å si at regelverket eller retningslinjene settes til side. Boltanski og Thévenot understreker at mennesker i stor grad legitimerer eller rettferdiggjør sine handlinger eller avgjørelser på relativt fritt grunnlag. Dersom de forventer å bli forstått og akseptert i den sosiale situasjonen de befinner seg i, må de likevel uttrykke seg i et språk og med verdier som passer i den konteksten de opererer i. De må altså forholde seg til både språklige og kulturelle normer som preger denne konteksten. Slike normer kan være for eksempel rettslige, administrative eller profesjonsbaserte. Boltanski og Thévenot argumenterer at aktører etablerer og forholder seg til ulike sosiale logikker basert på et mangfold av verdisystemer.

Disse ulike logikkene er det Boltanski og Thévenot kaller verdiordninger («orders of worth»). Verdiordningene formidler ulike verdimeslige standarder, men reflekterer likevel en viss grad av overlapp ved at de er sosialt akseptable som del av et felles verdimeslig hierarki. En verdiordning er basert på «[a] principle according to which the members of a polity share a common humanity» (Boltanski & Thévenot, 2006, s. 74).

I vårt tilfelle inngår avgjørelser som helsepersonell tar til daglig for å ivareta pasienters behov, samtidig som de skal forholde seg til tildelte ressurser og vedtatt regelverk. Dette er et felles verdimeslig prosjekt som kan utfordres av andre ulike verdimeslige tolkninger og standarder, slik som ulike syn på hva som er best for pasientene, hvordan ressurser bør brukes mest optimalt, eller i hvilken grad skjønnsvurderinger skal reguleres. Vårt materiale analyseres i lys av slike ulike verdimeslige standarder. Ulike standarder kan forårsake uenighet og motsetninger. Vi ønsket å undersøke hvordan hverdagslige og til tider kompliserte avgjørelser ble formulert og rettfærdiggjort innenfor en kontekst preget av ulike forventninger, komplekse reguleringer og eksplisitte krav om kostnadsreguleringer. Vårt forsknings spørsmål var hvordan helsepersonell opplever og begrunner sine avgjørelser i en slik hverdag.

Metode

Studien har en kvalitativ metodisk tilnærming, ettersom vi søkte helsepersonells utfyllende beskrivelser og erfaringer om hvordan de opplever å ta beslutninger om helsehjelp i sin kliniske hverdag. Vi gjennomførte 15 dybdeintervjuer ved ulike somatiske poster på to sykehus som tilbyr elektiv behandling og øyeblikkelig hjelp. Intervjuene ble utført som individuelle intervjuer på informantenes kontor og varte mellom 60 og 70 minutter. Data ble innhentet vår og høst 2016. De fleste intervjuene ble utført av begge

forfatterne, fire bare av den ene. Der begge var til stede, supplerte den som ikke utførte intervjuet, med oppfølgingsspørsmål og kommentarer underveis. De transkriberte intervjuene ble lest av begge forfatterne.

Vi gjorde en innholdsanalyse der vi systematiserte intervju-materialet i overordnede temaer som pekte seg ut som de mest sentrale – de tematikkene som flest informanter reflekterte rundt og fremhevet som viktige for dem. Deretter organiserte vi intervjumaterialet under disse tematikkene, diskuterte underordnede tematikker og sammenlignet våre ulike utvalg, slik at vi etter hvert fant en enighet om overordnede og underordnede tematikker, sitater og situasjoner. Enkelte temaer og beskrivelser som ikke direkte var knyttet til vår opprinnelige problemstilling, men som engasjerte informantene, og som ble gjentatt i intervju-materialet, ble viktige elementer som utvidet vår forståelse av hva som er viktig og sentralt i beslutningsprosesser på et klinisk nivå. Vi arbeidet derfor ut fra en stegvis-deduktiv induktiv metode (jf. Tjora, 2012): Vi utviklet tematikker og teoretiske drøftinger på bakgrunn av empirien, men gjorde stadige tilbake-steg og koblinger mellom teori, andre studier på feltet og problemstillingene vi startet opp med, samt det empiriske materialet vi hadde innhentet. I dette kapitlet presenterer vi et utvalg av disse tematikkene, med vekt på helsearbeidernes opplevde utfordringer i arbeidet og deres erfaringer knyttet til å føle seg forhindret fra å gi den helsehjelpen de helst skulle gitt. Disse utfordringene var i noen grad, men ikke nødvendigvis, relatert til virkninger av ulike styringsverktøy.

Informanter

Informantene ble rekruttert ved «snøballutvelgelse», i den forstand at vi etter hvert rekrutterte informanter etter forslag fra dem vi

intervjuet. Fem av deltakerne var kvinner og ti menn. Gruppen inkluderte kardiologer, indremedisinere og geriatere med beslutningsmyndighet på avdelingsnivå, intensivsykepleiere på postnivå samt avdelingsledere. Legene var både overleger og leger i spesialisering. For en oversikt over informantene, se tabell 8.1.

Tabell 8.1: Informanter

Informant	Bakgrunn	Posisjon	Type seksjon	Øyeblikkelig hjelp (ØH)/elektiv
Kvinne (14/15)	Sykepleier, intensiv	Seksjonsleder	Intensivavdeling	Mest ØH
Kvinne (10)	Lege, indremedisin, hjertesykdom,	Seksjonsleder	Hjerteavdeling	Begge
Mann (11)	Lege, indremedisin, infeksjonsmedisin	Seksjonsoverlege	Infeksjonsmedisinsk avdeling	Begge
Kvinne (6)	Lege, indremedisin, geriatri	Lege i spesialisering LIS	Intensivavdeling	Begge
Kvinne (9)	Lege	Konstituert overlege	Hjerteavdeling	Begge
Mann (08)	Lege, spesialist i indremedisin og kardiologi	Ass. avd.direktør	Hjerteavdeling	Begge
Mann (7)	Lege, indremedisin og kardiologi	Overlege	Hjerteavdeling	Begge, mest elektiv
Mann (5)	Lege, indremedisin og kardiologi	Overlege	Intensivavdeling	ØH
Kvinne (12)	Sykepleier, intensiv	Intensivsykepleier	Intensivavdeling	ØH
Mann (13)	Lege, kardiologi og indremedisin	Seksjonsoverlege	Hjerteavdeling	Begge

(fortsetter neste side)

Tabell 8.1: Informanter

Informant	Bakgrunn	Posisjon	Type seksjon	Øyeblikkelig hjelp (ØH)/ elektiv
Mann (18)	Lege, geriater	Overlege	Hjerteavdeling	ØH
Mann (19)	Lege, indremedisin, kardiologi	Overlege	Hjerteavdeling	Elektiv
Mann (20)	Lege, indremedisin og kardiologi	Overlege	Hjerteavdeling	Elektiv
Mann (16)	Lege, indremedisin, kardiologi	Overlege	Poliklinikk	Elektiv
Mann (17)	Lege, kardiologi	Overlege	Poliklinikk	ØH

Resultater

Vi organiserte resultater fra studien i analytiske temaer. Vi fant raskt at helsepersonell må forholde seg til en mengde reguleringer, forventinger og krav i sitt daglige virke, hvilket i noen tilfeller kunne oppleves som utfordrende. Disse utfordringene som helsearbeiderne sto overfor, kan representeres som ulike logikker eller verdiordninger (jf. Boltanski & Thévenot, 2006). Vi gir først en kort beskrivelse av forskjellige beslutninger informantene står overfor i sitt arbeid, og presenterer deretter noen sentrale utfordringer.

Beslutninger om helsehjelp

Våre informanter representerte en rekke ulike spesialiseringer og roller, og det var naturlig nok stor variasjon i hvilke beslutninger de står overfor i sitt arbeid. Sentralt for de fleste klinikerne var beslutninger om hvilken behandling pasienten trenger, valg av behandlingsnivå samt vurdering av pasientens helsetilstand og eventuelle

risikoer knyttet til behandling. Vurderinger av henvisninger og av hvem som skal tas inn og behandles på sykehus, inngår også i flere av informantenes daglige beslutninger, samt avgjørelser om avslutning av behandling og utskriving av pasienter. Beslutningene er ofte kompliserte, fordi det er mange hensyn å ta.

Beslutninger om valg av diagnostiske metoder, valg av behandlingsformer og valg av behandlingsnivå er avgjørelser som tas i tråd med medisinske retningslinjer. Disse er sentrale for enhver beslutning som tas, men samtidig er det også flere andre faktorer og hensyn som er viktige. I det følgende tar vi for oss tre ulike logikker som representerte utfordringer ved beslutninger helsearbeiderne sto overfor.

Å holde budsjetter: den økonomiske logikken

Å forholde seg til tildelte budsjetter og vedtatte kriterier for prioritering for å tilstrebe god ressursutnyttelse er en viktig oppgave for offentlige helsearbeidere. Også klinikere må i økende grad forholde seg til budsjetter og ressursbegrensinger i sitt daglige virke (Halvorsen, Førde & Nordtvedt, 2008). Økonomiske begrensinger var et tema som også flere av våre informanter var opp-tatt av, og som tydeliggjør potensielle dilemmaer. Utfordringer med kapasitetshensyn og beslutningsansvaret for prioriteringsvurderinger gjør at helsepersonell i den kliniske hverdagen til tider opplever at ikke-faglige forhold må tas større hensyn til i avgjørelsene. Dette kom spesielt godt til syne i informantenes diskusjon om begrensninger knyttet til underbemanning og tilbud om behandling.

Begrensninger knyttet til tilbud om behandling

Ett eksempel var hvorvidt pasienter skulle tilbys hjertestarter i tillegg til pacemaker, som er et dyrere alternativ enn bare å tilby

pacemaker. Slike beslutninger ble beskrevet som kompliserte og sammensatte, der flere hensyn spiller inn, blant annet prognose, risiko ved inngrepet, etiske hensyn omkring det å forlenge et liv med lav livskvalitet samt kostnaden ved inngrepet:

O7: «Vi har i mindre grad mulighet til å legge inn forebyggende hjertestarter hos de eldste, og dette er delvis økonomisk betinget.»

O13: «Jeg må jo si at det er en del pasienter jeg kunne tenkt meg å gi hjertestarter, hvor vi da ikke har gjort det, på grunn av at, ja, det har litt med både kostnad å gjøre og praksis å gjøre, kan du si. ... Vi har jo et budsjett. Så vi må jo forsøke å holde oss innenfor. Kostnadsnivået er høyere for [hjertestarter]. Og effekten er kanskje mindre sikker.»

Økonomi ble også førende i de tilfellene der DRG-satsen for en prosedyre eller behandling er langt lavere enn sykehusets faktiske kostnader. Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem der sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet der pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet. I stedet for antall opphold brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål. DRG gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter. DRG gir både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser.¹

I tilfeller der DRG-satsen for en prosedyre eller behandling er lavere enn sykehusets faktiske kostnader, taper sykehuset penger

1 Se: <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet#om-drg-systemet>

på å utføre prosedyren. Dermed må de være restriktive i bruken av den, selv om klinikerne i utgangspunktet mener at den er det mest optimale for pasientens tilstand – de må «være stramme i indikasjonsstillingen» (O8).

Lukket hjerteklaffoperasjon er et annet eksempel på en dyr prosedyre som de må være restriktive med å gi:

O19: «Det har jo vært et kjempeunderskuddsprosjekt for avdelingen som avdelingen bare har tatt kostnaden på, fordi myndighetene gjennom DRG-systemet ikke har gitt finansiering til det. Det som skjer, er at vi snakker med ledelsen på begynnelsen av året, og så sier de at vi får lov til å gjøre så og så mange prosedyrer av den her typen i år.»

Hvor mange operasjoner som kan utføres, avhenger av økonomiske forhold:

O19: «Men det er så klart et kjempeproblem at avdelingsdirektøren på begynnelsen av året sier at 'i år skal dere gjøre tolv eller femten eller tjue av den her prosedyren', så viser det seg at du har 40 pasienter som i utgangspunktet trenger behandlingen. Enten kan du ikke behandle dem, eller så gjør du det likevel.»

«Eller så gjør du det likevel», var et utsagn som flere benyttet. Denne uttalelsen viser til hvordan de til tider tilpasser seg den budsjettmessige situasjonen på avdelingen, men at de likevel finner åpninger som kan ivareta medisinske hensyn. Dersom det blir avvik, beskriver flere informanter at de argumenterer for nødvendigheten av å ta slike beslutninger, og at avviket rettferdiggjøres i et medisinsk forsvarlighetsperspektiv:

O5: «Altså de forventer jo at vi er lojale mot de faglige kriteriene som man setter. (...) Hvis vi avviker fra indikasjonsstillingen, så må vi argumentere for avviket. Og det gjør vi.»

En annen informant uttrykker seg kritisk til hvordan helsetjenesten er drevet på et overordnet nivå, og beskriver hvordan mange

opplever at styring fra myndighetene, men også fra ledelsen på sykehuset, kommer i konflikt med hennes ønske om å gi god faglig og menneskelig behandling:

Og: «Jeg har en sterk følelse av at det er ikke det faglige som er i fokus. Det er økonomien, det er telle- og rapporteringssystemene som det brukes mest energi på, og det fjerner egentlig fokuset fra pasienten. (...) Det er frustrerende fordi det er ingen ovenfra som ber oss gjøre en god faglig jobb eller en god menneskelig jobb. Det er ingen som sier at det [er viktig] å ta seg tid å snakke med fru Hansen og fortelle hva dette hjerteinfarkt faktisk medfører for hennes liv videre. ... Det er antall ut, antall inn, epikriser, koding, hvor raskt får du ut den epikrisen.»

Slike kritiske utsagn ble flere ganger løftet frem som eksempler på hvor krevende arbeidshverdagen deres er. Overordnede krav om effektiv drift opptrer som styrende organisatoriske verdier som informantene må forholde seg til, og som de frustreres og slites av, men som de alltid finner løsninger på for å få til forsvarlige medisinske beslutninger og handlinger.

Begrensninger knyttet til underbemanning

En annen utfordring som beskrives av informantene, er mangel på personell. Bemanningssituasjonen ble fremhevet på begge avdelingene som en faktor som i stor grad påvirker hvorvidt de får til å utføre godt arbeid. Underbemanning fører til opplevelser av å være i skvis mellom alle oppgavene og beslutningene de må ta, og at de ikke får god nok tid til å tenke på kvaliteten i det arbeidet de gjør. Flere fremhevet at denne situasjonen er spesielt krevende i helger, når bemanningen er lavere, og når pasienter er del av et behandlingsopplegg eller pakkeforløp som forutsetter at undersøkelser skjer på riktig tid. Å forhindre at undersøkelser avlyses på grunn av mangel på personell, kan være svært krevende.

Som oftest finner de løsninger på disse utfordringene, men også slike grep svikter av og til:

O10: «Bemanningsproblemet løses gjerne internt på seksjonen – kanskje en overlege må veilede to grupper i stedet for en, for eksempel. Men vi lykkes ikke alltid i slike omjusteringer, og det hender vi må avlyse pasienter. Jeg kan ikke si annet enn at jeg skammer meg over det på vegne av avdelingen, når vi ikke klarer å levere.»

Informantene fortalte at de av og til måtte avvike fra det de opplever som de ideelle avgjørelsene:

O12: «Det er jo en faglig vurdering. Altså du prioriterer det som er viktigst i forhold til pasienten sin sykdomstilstand. Du vet at noen ting er ufravikelig, de kan du ikke fire på. Mens andre ting kan jeg flytte litt på. Vi har ikke noen til å hjelpe, ok, da må vi vente en time eller to, det blir jo det. (...) Hele verden vår er jo på en måte å vurdere pasientens tilstand i forhold til de tingene vi vil ha gjort.»

Informanten beskriver her hvordan de hele tiden vurderer hva som er nødvendig å utføre, og hva de kan la være å gjøre eller kan gjøre på en mindre omfattende måte. Til tross for at de ikke alltid kan ta de mest optimale avgjørelsene, understreker informantene, som samtlige andre informanter, at de alltid gir pasienten den behandlingen vedkommende har krav på. De vedgår at flere aspekter ved oppholdet ikke alltid er tilfredsstillende, men understreker at behandlingen likevel alltid er medisinsk forsvarlig. Derimot er det ikke alltid at den menneskelige omsorgen gis nok oppmerksomhet, slik en sykepleier beskriver under:

O12: «Vi skal være 14, men så er vi ti [på vakt]. Ja, det gir jo selvfølgelig implikasjoner for hva vi kan holde på med. Hadde jeg hatt lyst til å vaske pasienten sitt hår, fordi det synes jeg jo er en god ting når du ligger som intensivpasient og ikke kan gjøre det selv. (...) Jeg tenker at det er en riktig ting å gjøre i dag, men rammene rundt tilsier

at det kan jeg ikke gjøre, for jeg trenger hjelp på det. Og den hjelpen er ikke der. Men pasienten stryker jo ikke med om ikke noen vasker håret. Men hvis du spør pasienten i ettertid hva som var stas den dagen, så er det som regel den hårvasken. Det er jo litt ulike perspektiver på hva du må, og hva som er behandling. Og alt det andre som handler om å være menneske. Det har forbauset meg etter lang erfaring at de tingene som handler om å være menneske, er veldig viktige.»

Helhetlig omsorg som gir verdighet, slik sykepleieren fremhever i dette sitatet, må imidlertid velges bort når bemanningen er for lav, som et resultat av at økonomi implisitt har blitt rangert som viktigere. Ulike verdiordninger gjør at helsearbeiderne må gjøre kompromisser i sine beslutninger. Utsagnet «pasienten stryker jo ikke med» peker klart på at ulike verdier brytes mot hverandre i den daglige praksisen for helsearbeidere. Utsagnet kan forstås som et forsøk på å rettferdiggjøre at medisinsk forsvarlighet tross alt ivaretas, selv om helhetlig omsorg blir skadelidende fordi bemanningen er lavere enn det som er ønskelig. Samtidig indikerer uttalelsen også at informanten mener at det å bare ivareta medisinsk forsvarlighet ikke er godt nok.

Pasientforløp: den organisatoriske logikken

For at pasientbehandling skal være optimal, vektlegges effektive pasientforløp i de fleste sykehus i dag. Pasientforløp betegner alle ledd i behandlingsskjeden fra pasienten kommer inn på sykehuset, og til utskrivingen. For å sikre kvalitativ god behandling er effektive forløp viktig som organisatorisk styringsredskap. I vårt materiale var det spesielt utskrivningspraksisene som ble beskrevet som utfordrende for hvilke beslutninger helsearbeiderne kan ta. Organisatoriske krav om kortere liggetid kan utfordre de medisinske beslutningene, slik at pasienter må skrives ut av organisatoriske

snarere enn utelukkende medisinske årsaker. Flere beskriver at de skriver ut pasienter, inklusive til andre tilbud, litt raskere enn de gjorde før. Flere begrunner dette i internasjonale retningslinjer om beste behandling, mens andre kjenner på at det er forventninger i organisasjonen om at de må gjøre det, og at de helst skulle sett at pasienten kunne blitt liggende lenger.

Liggetid og korridorpasienter

Å unngå korridorpasienter er et viktig mål for avdelingene i denne studien. Mange av informantene beskriver at de ofte må gjøre kompromisser i hvordan de håndterer den enkelte pasients behov. Noen synes de skriver ut pasienter for fort:

O7: «Men du skriver de ut, og kanskje kalkulerer du at det er en viss risiko for at de blir reinnlagt. (...) Det ville vært enklere hvis de kunne ligget en dag ekstra.»

O13: «Ja, [utskrivingspraksisen] gjør at en presser de, skriver ut tidligere. Og en forsøker å få til løsninger i poliklinikk eller kontroll hos fastlege og privatpraktiserende spesialister.»

Slikt press, som fremkommer i sitatet over, beskrives av flere informanter som et press om å avklare pasienter raskere for å sikre at avdelingene ikke skal få korridorpasienter. Dette innebærer at de, som en informant sier, må «ta kanskje litt mer risiko i noen vurderinger, sånn at vi rett og slett får ryddet i korridorene» (O18). Å rydde i korridorene kan innebære å flytte pasienten til en annen avdeling som har ledig rom. At pasienten flyttes til en annen avdeling, gjør det vanskeligere for behandlerne å følge opp pasienten, spesielt å nå pasienten raskt, overvåke eller snakke med pasienten. Noen av informantene uttrykte at de i slike tilfeller foretrekker at pasienten heller legges i korridor, slik at de har større kontroll over ham eller henne. Kvalitetsindikatoren «korridorpasienter» oppleves

av mange som å ikke være tilpasset situasjonen på avdelingene, og det oppleves som et krav som er politisk og byråkratisk fundert snarere enn medisinsk gjennomtenkt:

O20: «Det skaper mye frustrasjon fordi det er veldig mye fokus på måling. Det har vært voldsomt fokus på korridorpasienter, og det fins jo ingen som er uenige i at det er dumt at vi har mye pasienter på korridor. Samtidig så er det jo ikke sikkert at det er bedre kvalitet, at vi ikke har pasienter på korridor på hjerte, mens det ligger ferske infarkter på revmatologen, for der var det plass. Det er sannsynligvis dårligere kvalitet for pasientene. Det er bedre å ligge på korridor på hjerte. Man føler i stor grad at de tror de måler noe annet enn det de måler. At de måler det de måler, bare fordi det er lett å måle.»

Det å håndtere både kravet om å ikke ha korridorpasienter, men samtidig ha en forsvarlig utskrivingspraksis blir til tider krevende, som beskrevet under:

O6: «Men selv med korridorpasienter så er det enormt mange som kommer inn hvert døgn. (...) Jeg skriver ikke ut pasienter uten at jeg tenker at det er medisinsk forsvarlig. Men det er nok litt sånn at noen ganger så satser man på at det går bra. Og så kunne man ha sett det litt lenger an for å være helt sikker. Men jeg skriver aldri pasienter ut uten at jeg tenker at det er forsvarlig. (...) Hadde jeg vært en helt fersk assistentlege, så ville jeg jo sikkert ha tenkt at ja, da må de vel hjem, da. Sånn at det er under press akkurat den biten der, ja. (...) Det er et daglig dilemma.»

Sitatet illustrerer hvordan daglige beslutninger i stor grad handler om å finne gode organisatoriske løsninger som ivaretar forsvarlige medisinske beslutninger. Helsearbeiderne må forholde seg til verdier som tilsynelatende ikke er sammenfallende eller kan komme i konflikt: På den ene siden er de påkrevd å forholde seg til organisatoriske krav om liggetid og å unngå korridorpasienter, men på

den annen side er de ikke alltid enige i at å følge disse kravene nødvendigvis gir best mulig behandling for pasienten. Dette medfører daglige utfordringer.

Pasientgrupper med spesifikke behov

Eldre pasienter er en pasientgruppe med svært sammensatte behov og som flere av informantene var sterkt engasjert i. Mange var opp-tatt av at sengetallet på sykehuset var for lite, og at det hadde blitt betydelig redusert de siste årene. Lavt sengetall ble beskrevet som en ekstra utfordring for denne pasientgruppen, som ofte består av svært gamle og skrøpelige pasienter. God behandling er for mange av informantene å kunne beholde denne pasientgruppen lenger på sykehus, heller enn å skrive dem ut til et sykehjem:

O9: «Og det står jo og stamper med pasienter som vil inn, og så må man gjøre en slags prioritering, hvem kan klare seg hjemme. Så må du prioritere de som er uavklarte, og så, ja. Nei det går ofte ut over eldre pasienter som ikke klarer seg så godt, ja.»

O18: «En del av pasientene våre, altså de eldste, de ser vi at kanskje kunne hatt litt bedre nytte av å være her en uke til for eksempel, heller enn å sendes til et sykehjem med litt dårligere rehabiliteringsmuligheter og lignende. Men samtidig så må vi jo ta hånd om de som kommer inn og har sin første uke, fordi det er på en måte det vi er best til. Så det er jo en form for prioritering, det og. Vi skriver hele tiden ut pasienter uten å følge dem opp i så lang tid som vi gjerne gjorde før. Før hadde vi mye lenger liggetid oppe i den etasjen jeg jobber i, enn vi har nå.»

Man forsøker å håndtere bekymringen for denne pasientgruppen ved å løfte frem at sykere pasienter likevel må få førsteprioritet. Det er åpenbart en vanskelig avveining som informantene må forholde seg til i det daglige. Forståelsen av at de er nødt til å prioritere, og

at de gir god nok behandling, gjør at de håndterer disse vanskelige avveiningene, slik informanten under reflekterer:

O18: «Vi er tross alt stort sett i stand til å gjøre det som er godt nok: Klart at noen kunne hatt marginalt bedre nytte av å være her litt lenger. Men så tenker jeg, det handler jo også om å tenke hva er godt nok. Det kan ikke være bare best, best, best for alle hele tiden. Så vi må rett og slett rydde plass til de sykeste pasientene til enhver tid. Det er en del av prioriteringen vi må gjøre.»

Sitatet peker på at det ikke er rom for at alle til enhver tid skal få det som er best, noe som er kjernen i enhver prioritering som helsearbeidere må ta. Organisatoriske styringskrav kan være delvis økonomisk betinget og relatert til økonomiske ressurser, slik det er beskrevet her. Liggetid, korridorpasienter og prioritering av visse pasientgrupper kan imidlertid ses som organisatoriske grep for å få til gode pasientforløp og er sentralt i en organisatorisk logikk. Effektive organisatoriske prosesser har imidlertid implikasjoner for effektiv drift og fører til at det er helsearbeiderne som må håndtere disse til tider motstridende logikkene i sitt daglige arbeid.

Å ha handlingsrom i skjønnsavgjørelser: den profesjonelle logikken

Å ha frihet til å ta faglige, forsvarlige avgjørelser i tråd med egne skjønnsvurderinger er viktige prinsipper for profesjonsutøvere. Informantene i denne studien er svært opptatt av å understreke at de tar slike forsvarlige avgjørelser. Samtidig beskriver de også opplevelser av at deres kliniske handlingsrom utfordres på forskjellige måter. De må forholde seg til ulike prinsipper og forventninger som ikke alltid oppfattes å være medisinske eller føre til de beste medisinske avgjørelsene. Både økonomiske og organisatoriske faktorer påvirker hvilket rom de har for å kunne ta de beste faglige avgjørelsene:

O5: «Det er jo en del områder hvor du kan si at du nærmer deg en effektivitetsgrense.»

O7: «Det er motstridende krav at du ikke skal ha korridorpasienter, og at du skal behandle alle etter beste evne.»

O11: «Når det gjelder økonomi, så har vi en organisering i denne avdelingen som legger store begrensninger på min aktivitet. Og mitt handlingsrom er svært lite.»

Sitatene over løfter frem erfaringer som flere av informantene beskrev: Effektivitetskrav, økonomisk drift og organisatoriske løsninger begrenser handlingsrommet og den friheten informantene opplever at de har over beslutninger i faglige medisinske spørsmål.

Likebehandling

Å kunne tilby lik behandling til alle pasienter er et tema som i særlig grad setter spørsmålet om faglig frihet på prøve. Det gjelder både å kunne benytte seg av de beste prosedyrene, å kunne tilby like tjenester uavhengig av geografisk beliggenhet og å kunne tilby enkelte pasientgrupper noe mer enn andre. Pasienter med ruslidelser og eldre pasienter med sammensatte lidelser ble løftet frem som eksempler på det siste. Dette støtter opp om funnene fra Legeforskningsinstituttets legeundersøkelse, der legene på spørsmål om likebehandling uttrykte bekymring for gruppene rus og/eller psykiatri og eldre og multisyke (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 i denne boken). De sykeste pasientene blir alltid prioritert først, dette var det fullstendig enighet om, men i enkelte tilfeller skulle flere av informantene ønske at de kunne prioritere spesifikke pasientgrupper, slik som eldre med hjerneslag eller eldre med flere typer lidelser:

O10: «Ofte får de ikke gjort ultralydundersøkelse av hjertet mens de er innlagt på sykehuset. Da må de komme tilbake for det. Det er ikke en optimal betjening av den gruppen.»

O8: «Gamle folk kommer inn og har et eller annet med hjertet, og så ordner vi opp med hjertet. Men så har de vondt i magen i tillegg. Og så har vi ikke tid til å la dem ligge på vår avdeling og samtidig få undersøkt magen. Så da må vi sende dem ut, for vi har rett og slett ikke plass til å la dem ligge her og få full service.»

O9: «Altså jeg liker jo å tro at vi behandler folk likt, og langt på vei tror jeg det stemmer. Men det hender jo at ruspasienter gjerne kan bli litt skjevfordelt. De kan ende opp med mindre behandling enn andre, fordi vi er i tvil om de er i stand til å etterleve videre behandlingsopplegg.»

Beskrivelsene over viser at de forsøker så langt det lar seg gjøre å gi så god behandling som mulig til alle pasienter. Informantene opplever at de kan gi lik behandling til alle og den hjelpen alle trenger, men flere ønsker de kunne brukt litt mer ressurser på enkelte pasienter som er ekstra trengende. I noen tilfeller opplever informantene at enkelte grupper av pasienter presser ekstra på for å få spesifikk behandling:

O13: «En ser jo det at pressgrupper. Det å gi en sykdom et ansikt, så begynner det å skje ting, f.eks. behandling av arterieflimmer (...) her var det snakk om prioritering. Jeg tør ikke si at det ikke var nødvendig. Det skal jeg ikke si, men det viser hvordan dynamikken er når det gjelder prioritering (...), så det er veldig viktig hvordan politikere og andre håndterer presset fra pressgruppene.»

O7: «Innenfor behandling med pacemaker så er det ikke noe skjevfordeling, tror jeg, med hvem som skulle hatt og ikke får, i forhold til de som får.»

O16: «Det er helt klart at det vil være eksempler på hvor man får såpass mye å gjøre at pasientene ikke nødvendigvis får den oppmerksomheten de burde hatt. (...) Men man forsøker jo til enhver tid å håndtere det mest akutte sånn at det ikke skal gå på livet løs.»

Til tross for at enkelte pasientgrupper med sterk stemme forsøker å få tilgang til spesifikk behandling, opplever ingen av informantene at de lar seg påvirke av krevende aktører til å ta beslutninger som fører til at andre pasienter nedprioriteres. Verdien av likebehandling er sterkt vektlagt i informantenes beskrivelser av hvordan de tar beslutninger, og muligheter de har til å ta disse beslutningene.

Diskusjon

Materialet vårt viser hvordan helsepersonell i en klinisk hverdag rettferdiggjør sine handlinger, og hvordan en slik rettferdiggjøring gjør det mulig for dem å ivareta det de opplever som en forsvarlig forvaltning av deres autonomi og kontroll over daglige beslutninger.

Våre funn reflekterer en rekke beslutninger og situasjoner som av helsearbeiderne oppleves som utfordrende på forskjellige måter. På direkte spørsmål om de opplever at ulike styringsverktøy forhindrer dem, eller gjør det vanskelig å ta faglig forsvarlige valg om behandling, er det ingen som uttaler eksplisitt at det er tilfelle. Informantene fremstår som å ha relativt stor grad av frihet til å kunne ta de beslutningene de mener er best. Deres faglige selvbestemmelse synes ikke å være innskrenket i den betydning at de ikke kan ta forsvarlige og faglig begrunnede medisinske avgjørelser. Imidlertid beskriver de erfaringer av at deres kliniske handlingsrom utfordres i enkelte tilfeller, for eksempel i møte med økonomiske rammer, liggetid og likebehandling.

Informantene sier at «gjør så godt de kan». De søker etter å oppnå det de selv mener er medisinsk forsvarlige praksiser, til tross for organisatoriske utfordringer eller andre ressursmessige begrensninger som de må tilpasse seg. Samtidig opplever de at de ikke alltid har tilstrekkelig handlingsrom til å gi god nok omsorg til pasientene. Denne tilpasningen blir, som vi viser over,

en rettferdiggjøring av handlinger som aktørene gjør (jf. Boltanski & Thévenot, 1999, 2006).

I materialet vårt ser vi at informantene i en viss grad er forhindret fra å ta de beste beslutningene eller utføre de mest ønskelige handlingene på grunn av flere ulike faktorer. De gjør imidlertid det de mener er «godt nok», i den forstand at de foretar de beste medisinskfaglige beslutningene de kan, gitt de rammevilkårene de har. «Godt nok» synes å vise til rent medisinskfaglige aspekter med behandlingen, noe de understreker at de oppfyller. Samtidig synes de også å gi uttrykk for at standarden på behandlingen ikke alltid oppfyller deres egne faglige idealer, som også innbefatter god menneskelig omsorg, noe som oppleves som utfordrende. Utsagn om at de gir «god nok» behandling, ser vi som en måte å håndtere, forhandle og tilpasse seg økonomiske og organisatoriske krav og forventninger på. De forholder seg til krevende situasjoner («situations troubles», jf. Boltanski & Thévenot, 1999) der den beste pasientbehandlingen ikke nødvendigvis lar seg forene med økonomiske tilgjengelige ressurser eller organisatorisk kapasitet. Selv når de opplever at de går på akkord med sine egne faglige idealer, møter informantene denne situasjonen med å etablere en begrunnelse for hvorfor deres beslutninger er gode nok, og dermed legitime og i tråd med faglig integritet og selvbestemmelse. De etablerer et kompromiss mellom disse ulike prinsippene eller verdiordningene. På denne måten fremtrer de som aktive og autonome aktører som leter etter måter å kunne gjøre gode nok beslutninger på i et komplekst system der ulike verdier til tider er uforenlige.

At de ikke alltid kan ta de mest optimale beslutningene, knyttes ofte til et høyere helsepolitisk nivå. I denne konteksten må både klinikere og ledere forhandle i et felt av motstridende logikker for å oppnå legitimitet overfor flere «stakeholders» for deres handlinger. Vårt mål har vært å utforske hvordan ulike verdier, som til tider kan oppleves som motstridende, tilpasses og sammenføres

gjennom informantenes rettferdiggjøring av hvorfor de tar de beslutningene de tar. Det betyr ikke at vi betrakter beslutningene som normativt dårlige, medisinsk uforsvarlige eller subversive, men det viser hvordan informantene begrunner sine handlinger i en kompleks og komplisert organisatorisk kontekst. Denne rettferdiggjøringen fremtrer som en form for overlevelsestrategi.

Slik får vi innblikk i hvordan flere ulike verdier og prinsipper for gode helsetjenester kan eksistere parallelt, og i hvordan klinikere opprettholder eller tilpasser seg motstridende prinsipper for å kunne etablere en opplevelse av at de kan ta gode nok beslutninger.

Konklusjon

I denne kvalitative studien har vi undersøkt hvorvidt helsearbeidere i sykehus føler seg forhindret fra å gi den helsehjelpen de helst skulle gitt, ut fra deres egne faglige idealer for god, helhetlig og forsvarlig omsorg, i en kontekst preget av til tider motstridende krav og forventninger. At det eksisterer ulike og til tider konkurrerende logikker i organisasjoner, er et kjent fenomen. Dette kapitlet analyserer imidlertid hvordan slike uforenlige logikker håndteres og gjøres relevante for hvordan helsepersonell rettferdiggjør sine beslutninger, uten å konkludere at deres profesjonsutøvelse eller faglige integritet er betydelig begrenset.

Når informantene blir spurt om hvordan de forholder seg til ulike styringsverktøy, og hvilken rolle disse har for deres kliniske praksis, rettferdiggjør de i stor grad sine beslutninger innenfor de ressursmessige og organisatoriske rammene for slik å forsvare at deres praksis er medisinsk forsvarlig og dermed legitim. Vi ser dermed ikke at informantene oppjonerer mot ledelsen eller «systemet», ei heller at de uttrykker en underordning som medfører sterke begrensninger på deres beslutninger. De viser derimot at forhold som i utgangspunktet kan påvirke beslutningene, aktivt blir bearbeidet

gjennom kompromisser (rettfærdiggjøringer) som er med på å etablere beslutningene deres som legitime. At praksisen er legitim, innebærer ikke bare at den er organisatorisk legitim – at de gjør som de får beskjed om – men at den er i tråd både med verdier om faglig integritet og med tradisjonelle etiske idealer som å ivareta pasientens beste interesser. Beslutningene blir dermed legitime i den sosiale og organisatoriske konteksten de befinner seg i, og slik blir verdiordningene i Boltanski og Thévenots (2006) forstand ivaretatt.

Referanser

- Bjorvatn, A. (2018). Samspillet mellom rettslig regulering og økonomiske perspektiver i spesialisthelsetjenesten (*kapittel 7, denne boken*).
- Boltanski, L. (2011). *On critique. A sociology of emancipation*. Cambridge: Polity Press.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (2006). *On justification. Economies of worth*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1999). The sociology of critical capacity. *European Journal of Social Theory*, 2(3), 359–377.
- Bringedal, B., & Carlsen, B. (2018) Styring for kvalitet og likebehandling. Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning (*kapittel 6, denne boken*).
- Burchell, G., Gordon, G., & Miller, P. (1991). *The Foucault effect. Studies in governmentality. With two lectures by and an interview with Michel Foucault*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Bøyum, S. (2017). Profesjonell kunnskapsetikk og intellektuelle dygder i profesjonsutdanning. I J-C. Smeby & S. Mausethagen (red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 34–43). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cascón-Pereira, R., Chillas, S., & Hallier, J. (2016). Role-meaning as a critical factor in understanding doctor managers' identity work and different role identities. *Social Science & Medicine*, 170, 18–25.
- Gibson, J.L., Martin, D.K., & Singer, P.A. (2005). Priority setting in hospitals. Fairness, inclusiveness, and the problem of institutional power differences. *Social Science & Medicine*, 61, 2355–2362.

- Halvorsen, K., Førde, R., & Nordtvedt, P. (2008). Professional challenges and bedside rationing in intensive care. *Nursing Ethics*, 15(6), 715–728.
- Helsedirektoratet (2017). *Om DRG-systemet*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet#om-drg-systemet>
- Hoff, T.J., & McCaffrey, D.P. (1996). Adapting, resisting, and negotiating. How physicians cope with organizational and economic change. *Work and Occupation*, 23(2), 165–189.
- Hull, E. (2012). Paperwork and the contradictions of accountability in a South African hospital. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 18, 613–632.
- Jagd, S. (2011). Pragmatic sociology and competing orders of worth in organizations. *European Journal of Social Theory*, 14(3), 343–359.
- Oldenhof, L., Postma, J., & Putter, K. (2014). On justification work. How compromising enables public managers to deal with conflicting values. *Public Administrative Review*, 74(1), 52–63.
- Munzio, D., Brock, D.M., & Suddaby, R. (2013). Professions and institutional change. Towards an institutionalist sociology of the professions. *Journal of Management Studies*, 50(5), 699–721.
- NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pollner, M. (1987). *Mundane reason. Reality in everyday and sociological discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thacher, D., & Rein, M. (2004). Managing value conflict in public policy. *Governance*, 17(4), 457–486.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Wang, H. (2015). *Prioritering i praksis. En kvalitativ studie av kreftlegers erfaringer med restriksjoner i bruk av nye og dyre kreftlegemidler*. Masteroppgave. Oslo: UiO.
- Aasen, H., & Mork, E. (2011). *Skjønn og prioriteringsregler. En kvalitativ undersøkelse av spesialisters erfaringer med prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern*. Masteroppgave. Oslo: UiO.