

Tid, rom og kirurgers autonomi

**– En etnografisk studie av sykehuskirurgers arbeidsorganisering,
arbeidspraksis og profesjonelle autonomi**

Peter Forde Hougaard

OSLOMET

Doktorgradsprogrammet i profesjonsstudier
Senter for profesjonsstudier
OsloMet – storbyuniversitetet

Høst 2020

CC-BY-SA versjon 4.0

OsloMet Avhandling 2020 nr 27

ISSN 2535-471X (trykt)

ISSN 2535-5454 (online)

ISBN 978-82-8364-271-1(trykt)

ISBN 978-82-8363-280-3 (online)

OsloMet – storbyuniversitetet

Universitetsbiblioteket

Skriftserien

St. Olavs plass 4,

0130 Oslo,

Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:

Postboks 4, St. Olavs plass

0130 Oslo

Trykket hos Byråservice

Trykket på Scandia 2000 white, 80 gram på materiesider/200 gram på coveret

Forord

Det er mange å takke for at jeg kom i mål med denne avhandlingen.

Først og fremst vil jeg takke UniSyks leger som lot meg følge, snakke med og skrive om dem. Uten deres velvilje, ingen avhandling. Jeg håper dere kjenner dere igjen i fortellingen jeg presenterer.

Takk til hovedveileder Katrine Fangen og biveileder Berit Bringedal for konstruktiv veiledning, tålmodighet og utholdenhet i møte med mitt avhandlingsarbeid. Dette tok lengre tid enn beregnet. Marte Mangset kom inn som biveileder mot slutten. Tusen takk.

Oddgeir Osland, leder for Senter for profesjonsstudier i min tid der, skal ha en spesiell takk. Med deg har jeg sett hvordan lederskap kan utøves med klokskap, oppmerksomhet og omtanke. Jeg har nytt godt av ditt lederskap.

Forskningsgruppen GPPS, ledet av Anders Molander, har vært et viktig faglig møtepunkt. Jeg har vært trygg på å møte god og (til tider svært) kritisk lesing av tekstene som har blitt lagt frem der, kombinert med en solid kultur for kollegial støtte og et enkelt identifiserbart ønske om å bidra til å gjøre tekstene bedre og forfatterne godt. Det har funket svært bra for meg.

Mine stipendiatkolleger Tanja Haraldsdottir Nordberg og Runa Brandal Myklebust har overbevist meg om at veien til ferdig produkt er uferdige tekster, entusiastisk lesing og syv minutters presentasjon. Uten våre sesjoner hadde jeg ikke kommet i mål. «Den kvalitative analysegjengen», opprinnelig bestående av Runa, Tanja, Torbjørn Gundersen, Erik Børve Rasmussen og Lars E.F. Johannessen, skal også ha en særlig takk for fruktbare diskusjoner i arbeidet med analysene.

Tatanya Ducran Valland har fulgt meg som kollega, kritisk og konstruktiv leser og samtalepartner, optimist og venn gjennom mange år. Du har vært viktig for meg. Anne Leseth fortjener en stor takk for sin kontinuerlige og uttalte tro på mitt prosjekt. Tatjana Zlatanovic har vært en spesielt inkluderende kollega og kontorkamerat. Dine forsiktige klapp på skulderen har vært gode å få. Eirik Gundersen, Silje Tellmann, Hanna Marie Ihlebæk, Tanja Askvik, Andreea Ioana Alecu, Lise-Merethe Alpers og alle andre tidligere og nåværende kolleger ved SPS har bidratt til at avhandlingen ble ferdig, gjennom lesing, konstruktive innspill og hyggelig samvær. Jan Messel har i tillegg vært en enestående diskusjonspartner når det gjelder verktøy. Takk Jan, det har vært kjærkomne digresjoner.

Fra senterets lille, men effektive og imøtekommende administrasjon har jeg fått all den hjelp jeg har bedt om. Karima, Gunda, Andrew og Vigdis – takk skal dere ha.

Ved SPS har jeg altså vært så heldig å omgå mennesker som ikke bare villig deler sin kunnskap, men også tilbyr nødvendig støtte i en periodevis sårbar stipendiattilværelse. Når motbakkene og nedturene har fulgt hverandre, har det vært godt å ha en heiagjeng rundt seg. SPS har vært et fabelaktig flott sted å være.

Elisabeth Wille har vært en god og støttende leder siden jeg begynte ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet. Takk for at du gjorde det du kunne for at jeg skulle kunne bli ferdig med avhandlingen.

Inger og Eirik, Roy og Nina, Mamma og Pappa: Tusen takk for at dere alltid står klare til å hjelpe og støtte oss på alle mulige måter. Kjære Storebror, det samme til deg.

Ole og Ask: Å kalle dere kjærkomne distraksjoner blir kanskje litt rart, men det er (nesten) alltid fine distraksjoner dere tilbyr en periodevis sliten far. Å få lov til å ta del i livene deres er en udelt glede.

Til min Kjære: I 2012 skrev jeg i et annet forord: «Takk for uendelig tålmodighet og tro på enda et av mine prosjekter. Nå er jeg ferdig for en stund.» Det viste det seg at det var jeg ikke, og dette prosjektet varte jo en god del lenger. Du har likevel holdt ut med meg og gjort livet mitt godt. Hva og når det neste prosjektet blir, skal være usagt. Sammen med deg får jeg til de utroligste ting.

Langhus, oktober 2020

Peter Forde Hougaard

Sammendrag

Tema for denne avhandlingen er sykehuskirurgers arbeidsorganisering, arbeidspraksiser og individuelle profesjonelle autonomi. Et sentralt spørsmål som stilles er *på hvilke måter påvirker den temporale og stedlige organiseringen av kirurgers arbeid kirurgenes individuelle autonomi og betingelsene for kollegial profesjonell kontroll?* Avhandlingen har forsøkt å svare på denne ambisjonen ved å undersøke kirurgers individuelle autonomi, forstått som muligheten til å forme egne arbeidsforløp, gjøre skjønnsmessige vurderinger, fatte beslutninger og få dem gjennomført, innenfor de komplekse sosiale og organisatoriske kontekster sykehuset utgjør.

Avhandlingens data er fremskaffet gjennom et etnografisk feltarbeid blant kirurger ved et universitetssykehus' gastrokirurgiske avdeling. Det ble utført i overkant av 600 timer med skygging av kirurger fra alle stillingskategorier mens de utførte sitt hverdagsarbeid, på alle døgnetts tider og i alle de kontekster kirurger arbeider. Dette inkluderer blant annet legemøter, legekontorer, operasjonsstuer, sengeposter og akuttmottak. Analyser av avdelingens viktigste styringsverktøy for temporal og stedlig koordinering av kirurgenes arbeid, tjeneste- og arbeidsplanene, er også gjennomført. Andre dokumenter innhentet fra avdelingen inngår også i datagrunnlaget for avhandlingen.

I menneskebehandlende organisasjoner preget av uforutsigbarhet og kompleksitet er autonomi en nødvendig forutsetning for å kunne utøve profesjonelt arbeid. I avhandlingen utvikles det et empirisk fundert, teoretisk-analytisk begrepsapparat knyttet arbeidsforløp, sammenkjeding og to typer av beslutninger kirurger tar i hverdagsarbeidet: kunnskapsbaserte og logistikkbaserte beslutninger. Skillet mellom de to beslutningstypene tydeliggjør forskjellen mellom kirurgenes medisinsk-faglige vurderinger, og mulighetene de faktisk har til å få gjennomført beslutningene og styre eget arbeid. Skillet er basert på kjente profesjonsteoretiske begreper, men videreutviklet for å benyttes i analyser av observerbar handling i komplekse arbeidsorganisasjoner.

Analysene av tjeneste- og arbeidsplanene viser at de produserer kontinuerlig tilgang på kirurger på sykehuset, men også diskontinuitet. Diskontinuiteten er knyttet til kirurgenes arbeidsforløp over dager og uker, mulighetene for lege-pasientkontinuitet og til informasjons- og beslutningsforløp. Disse formene for diskontinuitet reduserer kirurgenes muligheter til å ta beslutninger. Fordi kirurgene på grunn av tjenesteplanene blir arbeidende i temporal *utakt*, produserer dette også relasjonell diskontinuitet internt og på tvers av stillingshierarkiet. Det

vanskeliggjør kirurgenes mulighet til å bli kjent med hverandre, noe som igjen reduserer muligheten for kollegial læring og profesjonell kollegial kontroll. Tendensen forsterkes ytterligere når arbeidet som utføres skjer over flere geografiske steder preget av utstrakt arbeidsdeling.

Analysene av kirurgenes arbeid viser at det ofte ikke er den enkelte kirurg som er igangsetter av det arbeidet som gjøres. Oftere stilles det uten forutgående varsel krav fra andre (leger, sykepleiere eller pasienter) om at kirurgen skal fatte en beslutning. Krav oppstår stedlig spredt utover i sykehuset. Dette gjør at kirurgens arbeid er vanskelig å styre og kontrollere – både for kirurgen selv og for ledelsen. Dermed må kirurgene forsøke å sikre seg et eget handlingsrom for å styre eget arbeidsforløp, for på den måten komme i posisjon til å fatte beslutninger. Det gjør kirurgene ved å ta i bruk en rekke forskjellige strategier. Aktiv regulering av den stedlige avstanden til kollegaer, sykepleiere og pasienter er en av flere slike strategier. Samtidig er det store forskjeller på i hvilken grad kirurgene har mulighet til å regulere avstanden. Det avhenger blant annet av hvilken stilling og arbeidsposisjon kirurgen har, samt på hvilket tidspunkt av døgnet arbeidet gjøres.

Avhandlingen viser også at kirurgene, uavhengig av om de er erfarne overleger eller underordnede leger, ønsker seg kollegiale beslutningsprosesser når kunnskapsbaserte beslutninger skal tas. De fleste etterlyste flere felles møtepunkter for å gjøre dette. Men på grunn av stort antall pasienter, distribuert over mange steder på sykehuset, var dette vanskelig å få til. Særlig vanskelig var det for underordnede leger, som opplevde at de var overlatt til seg selv når de arbeidet på sengepostene. Avhandlingen viser på den annen side at overlegenes fravær i liten grad skyltes unnvikelse fra visse typer arbeid, men derimot at overlegene tok et systemansvar. Uavhengig av årsaken til manglende kollegiale møtepunkter for faglige diskusjoner, gjør dette at betingelsene for kollegial kontroll svekkes.

Avhandlingen synliggjør også kirurgers behov for ikke bare ha autonomi knyttet til de rent medisinskfaglige sidene ved arbeidet, men også handlingsrom til å få tilstrekkelig nærhet til nødvendig informasjon og til kollegial støtte i de skjønsmessige vurderingene de må gjøre i pasientbehandlingen. Med tilstrekkelig stort rom for å styre sine arbeidsforløp legges ikke bare grunnlaget for gode arbeidsvilkår for kirurgene, gode medisinskfaglige beslutninger og kvalitativt bedre pasientbehandling og -forløp, men også en mer robust profesjonell kollegial kontroll. Avhandlingens innsikter er derfor relevant for fremtidig planlegging av velfungerende sykehus.

Avhandlingens analyser av de stedlige og temporale aspektenes virkning på kirurgers handlingsrom, gir viktig kunnskap om de komplekse sammenhengene som foreligger mellom hverdagsarbeidets betingelser og autonomi på sykehus. Ved å undersøke både rammene for kirurgenes profesjonelle virksomhet, ved hjelp av detaljerte analyser av tjenesteplanerens konsekvenser for hverdagsarbeidets informasjons-, beslutnings-, og arbeidsforløp, og analyser av kirurgers forsøk på å styre eget arbeid, bidrar avhandlingen med ny, empirisk basert kunnskap om kirurgers arbeid og autonomi, profesjonelle relasjoner, samt betingelsene for kollegial kontroll og faglig gode beslutninger i dagens svært arbeidsdelte og komplekse sykehus.

Summary

The topic of this dissertation is the organization of work, work practices and individual professional autonomy of hospital surgeons. A central question that is asked is *in what ways does the temporal and spatial organization of surgeons' work influence the individual autonomy of the surgeon and the conditions for collegial professional control?* The dissertation has attempted to answer this by examining the individual autonomy of surgeons, understood as the opportunity to shape their own work trajectories, make discretionary assessments and decisions and get them implemented, within the complex social and organizational contexts the hospital represents.

The dissertation's data was obtained through an ethnographic fieldwork among surgeons at a university hospital's gastro-surgical department. It was carried out in excess of 600 hours of shadowing surgeons from all levels of the intra-professional hierarchy, while performing their everyday work, at all hours of the day and in all the contexts surgeons work. This includes intra-professional meeting, the surgeons' office spaces, operating rooms, hospital wards and emergency rooms. Analyzes of the department's most important management tools for temporal and spatial coordination of surgeons' work, the duty and work schedules, were also conducted. Other documents obtained from the department are also included in the data analyzed.

In human-treating organizations characterized by unpredictability and complexity, autonomy is a prerequisite for professional work. The dissertation develops an empirically grounded, theoretical-analytical conceptual approach related to work trajectories, articulation and two types of decisions surgeons make in everyday work: knowledge-based and logistics-based decisions. The distinction between the two types of decision makes clear the difference between the surgeons' medical-professional assessments, and the opportunities they actually have for getting the decisions done and managing their own work. This distinction is based on well-known theoretical concepts from sociological studies of professions, but further developed to be used in analyzes of observable action in complex work organizations.

The analyzes of the duty and work schedules show that they produce continuous coverage of surgeons in the hospital, but also discontinuity. The discontinuity is linked to the surgeons' work trajectories throughout days and weeks, the possibilities for doctor-patient continuity and to information and decision-making trajectories. These forms of discontinuity reduce the surgeons' ability to make decisions. Because the surgeons work asynchronous or out of step of

each other due to the duty schedules, this also produces relational discontinuity within and across all levels of the intra-professional hierarchy of surgeons. This makes it difficult for surgeons to get to know one another, which in turn reduces the opportunity for collegial learning and professional collegial supervision. This tendency is further amplified when the work done is carried out over several geographical locations characterized by extensive division of labor.

The analyzes of the surgeons' work show that it is often not the individual surgeon who initiates the work that is done. More often, without prior notice, others (doctors, nurses or patients) are requesting (or demanding) the surgeon's decision. The requests arise dispersed throughout the hospital. This makes the surgeon's work difficult to manage and control - both for the surgeon himself and for the department management. Thus, surgeons must try to secure their own room for maneuver to manage their own work trajectories, in order to be able to make decisions. The surgeons do this by applying a variety of strategies. Active regulation of proximity to colleagues, nurses and patients is one of several such strategies. At the same time, there are major differences in the extent to which surgeons are able to regulate distance and proximity. It depends, among other things, on the hierarchical position and allotted work position of the surgeon, and at what time of day the work is done.

The dissertation also shows that surgeons, regardless of whether they are experienced consultants or junior doctors, want collegiate decision-making processes when making knowledge-based decisions. Most of the surgeons called for an increased number of points of contact to do this. But because of the large number of patients, distributed across several places in the hospital, this was difficult to obtain. It was particularly difficult for junior doctors, who felt that they were left to themselves when working on the hospital wards. The thesis, on the other hand, shows that the superior's absence was to a small extent due to avoidance from certain types of work, but rather that the superiors took a system responsibility. Regardless of the reason for the lack of collegial meeting points for discussions, this weakens the conditions for collegial supervision.

The dissertation also highlights the need for surgeons not only to have autonomy related to the purely medical aspects of their work, but also to have room for sufficient closeness to the necessary information and for collegial support in the discretionary assessments they must make in patient care. With sufficient room to manage their work trajectories, not only is the basis for good working conditions for the surgeons, good medical decisions and qualitatively better patient care and treatment ensured, but also a more robust professional collegial control.

The dissertation's insights are therefore relevant for future planning of well-functioning hospitals.

The dissertation's analysis of the effect of the spatial and temporal aspects on the surgeons' room for maneuver provides important knowledge about the complex relationships that exist between the conditions of everyday work and autonomy in hospitals. By examining both the conditions for the surgeons' professional activities, using detailed analyzes of the impact of work schedules on everyday work's information-, decision-, and work trajectories and analyzes of the surgeons' attempts to manage their own work, the dissertation contributes with new, empirically based knowledge about surgeons' work and autonomy, their professional relationships, as well as the conditions for collegial control and professional decisions in today's highly labor divided and complex hospitals.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	7
1.1	Avhandlingens problemstilling.....	8
1.2	Min lesing av foreliggende litteratur om leger på sykehus.....	9
1.2.1	Legenes posisjon og makt på sykehus er under press	10
1.2.2	... men like fullt er de viktigst (og mektigst?)	12
1.2.3	Studier av legers relasjoner til andre på sykehuset	13
1.2.4	Hvor gikk kirurgen, og hva gjør han der? En oppsummering av litteraturen.....	16
1.3	Avhandlingens struktur og forløp – en leseveiledning.....	17
2	Metode, metodebetraktninger og etikk.....	21
2.1	Bakgrunn for avhandlingens tema	21
2.2	Hvorfor deltagende observasjon og kirurger?	23
2.3	Å få tilgang til feltet.....	24
2.3.1	Den første kontakten.....	25
2.3.2	Feltarbeidets begynnelse	28
2.4	Gjennomføringen av feltarbeidet.....	31
2.4.1	Rekruttering av kirurgene	31
2.4.2	De fotfulgte kirurgene	33
2.4.3	Roller og posisjoner.....	33
2.4.4	Feltarbeidets samtaler.....	38
2.5	Hva så jeg etter?.....	40
2.6	Feltnotatene	41
2.7	Dokumenter og andre data	44
2.8	Forskningsetiske vurderinger	45
2.8.1	Formelle godkjenninger	46
2.8.2	Informert samtykke.....	46
2.8.3	Konfidensialitet	52
2.9	Analysene	53
3	Perspektiver anlagt og frembrakt – teoretiske referanserammer og sentrale begreper	55
3.1	Sykehus som fremforhandlede ordener	57
3.2	Forløp og sammenkjeding.....	60
3.3	Profesjonell autonomi.....	65
3.3.1	Kollektiv og individuell autonomi.....	65
3.3.2	Hva er profesjonell autonomi på individnivå?	67
3.4	Kunnskapsbaserte og logistikkbaserte beslutninger.....	69
3.4.1	Kunnskapsbaserte beslutninger	70
3.4.2	Logistikkbaserte beslutninger	71
3.4.3	Handlingsrommet for beslutninger er en måte å observere autonomi på.....	72

3.5	Noen konsekvenser av de valgte perspektivene og teoretiske referanserammene for avhandlingens innretning og fokus	74
4	UniSyk, avdelingen og stillingshierarkiet.....	77
4.1	Universitetssykehuset UniSyk	77
4.2	Gastrokirurgisk avdeling.....	79
4.3	Legetjenesten	80
4.3.1	Overlegene	80
4.3.2	Lege i spesialisering B-gren gastrokirurgi – «B-grenistene»	81
4.3.3	Lege i spesialisering i generell kirurgi – «rotasjonslegene»	81
4.3.4	Postlegene – utdannede leger uten turnustjeneste	82
4.3.5	Turnuslegene	83
4.4	Sengepostene og poliklinikken.....	83
4.5	Kontortjenesten	83
4.6	Avsluttende kommentarer	84
5	Kategorisering og temporal koordinering i en arbeidsdelt organisasjon.....	86
5.1	Arbeidets hovedkategorier.....	87
5.1.1	Dagarbeid	88
5.1.2	Vaktarbeid	89
5.2	Tjenesteplanene – temporal koordinering på papiret	91
5.2.1	Tjenesteplanens grunnelementer – arbeidsøkter og stillinger	93
5.2.2	Arbeidsforløp og sykluser	96
5.2.3	(Dis-)kontinuitet på tvers av stillingskategoriernes tjenesteplaner	98
5.3	Avsluttende kommentarer	102
6	Kunnskapsbaserte beslutninger og kollegial kontroll i morgenmøtet.....	105
6.1	«Da får vi sette i gang».....	106
6.2	Faste plasser og observerbare hierarkier.....	108
6.3	Pasientgjennomgangens forløp.....	111
6.3.1	«Kanskje vi kan fatte oss i korthet».....	114
6.3.2	Overlegens referering av pasienter og vanskelige tilfeller.....	118
6.4	Om «å snu pasienter», handlingsrom og gjennomføringslojalitet.....	123
6.5	Så hvorfor ha morgenmøtet?	128
6.6	Avsluttende kommentarer	131
7	Styring og koordinering i morgenmøtet.....	134
7.1	Arbeidsplanen– stedlighet i planene.....	134
7.2	«Hull» i arbeidsplanen og arbeidsposisjonenes prestisje	139
7.3	«Rundebordskonferansen»	143
7.4	«Hull» blant primær- og sekundærvaktene	146
7.5	Avsluttende kommentarer	148

8	Systematisk variasjon i vaktarbeidets arbeidsbetingelser	149
8.1	Stabilitet og variasjon i vaktarbeidet.....	149
8.2	Vaktarbeidets formelle arbeidsdeling	150
8.3	Stedlig stabilitet og variasjon	155
8.4	Temporal stabilitet og variasjon.....	156
8.5	Case: En dag som vakthavende B-grenist.....	159
8.6	Avsluttende kommentarer	165
9	Logistikkbaserte beslutninger i vaktarbeidet	167
9.1	Regulering av samvær med kirurgkolleger.....	169
9.1.1	Arbeidsdeling gjennom samtaler – ikke forhandlinger	169
9.1.2	Fordeling av goder.....	174
9.1.3	Overlegenes fravær	177
9.1.4	Kort oppsummering.....	180
9.2	Regulering av samvær med pasientene	180
9.2.1	Avvise pasienter	181
9.2.2	Samtaler og samvær med pasienter	184
9.3	Regulering av samvær med sykepleierne.....	188
9.3.1	Fravær fører til grensetilslørende arbeid	190
9.3.2	Nærvær genererer flere krav om arbeid	192
9.3.3	Avstandens (sosiale) kostnader	196
9.4	Avsluttende kommentarer	202
10	Turnusleger og beslutninger – stedlig bundet og kontrollert	203
10.1	Betingelser for beslutninger	203
10.2	Når det blir for mye	206
10.3	Betingelser for kollegial kontroll	210
10.4	Avsluttende kommentarer	214
11	Kunnskapsbaserte beslutninger i vaktarbeidet.....	215
11.1	Kunnskapsbaserte beslutningers temporalt og stedlig distribuerte karakter.....	215
11.2	Case: Et kunnskapsbasert beslutningsforløp.....	219
11.3	Kunnskapsbaserte beslutninger og betydningen av hierarkiet.....	222
11.4	Kunnskapsbaserte beslutninger og gjennomføringslojalitet.....	226
11.5	Når normen om gjennomføringslojalitet oppfattes som brutt.....	230
11.6	Gjennomføringslojalitetens legitime unntak.....	232
11.7	Avsluttende kommentarer	234
12	Visittarbeidet – samtidighet, avstand og kollektiv alenegang	236
12.1	Visittarbeidets organisatoriske betingelser og oppgaver	237
12.2	Previsitten.....	239

12.2.1	Nedprioritering av previsitten fører til redusert autonomi.....	242
12.2.2	Når overlegene er fraværende, reduseres de underordnedes handlingsrom	245
12.3	Visitten	247
12.3.1	Begrensede muligheter for kontroll over eget arbeid	248
12.3.2	Konsekvensene av de underordnedes alenegang.....	249
12.4	Visittgående overlegers ansvarstaking fører til samtidskonflikter.....	253
12.4.1	«Uteliggerne» skaper avstand.....	254
12.4.2	Overlegenes eierskap i egne pasienter sikrer lege–pasient-kontinuitet, men produserer avstand til underordnede.....	255
12.4.3	Overleger ble satt til flere arbeidsposisjoner og kompenserte for andres fravær	257
12.5	Avsluttende kommentarer	258
13	Sammenkjeding av funn	262
13.1	Arbeidsforløp brytes opp i mange temporale fragmenter og dette har betydning for kirurgers autonomi.....	262
13.1.1	Bruddene fører til oppstartskostnader som reduserer autonomi	263
13.1.2	Bruddene reduserer mulighetene for kollektive og kollegiale beslutningsprosesser.	264
13.1.3	Bruddene kunne vært en kilde til ansvarliggjøring og kontroll.....	266
13.1.4	Vanskeligheter med å få gjennomført kollegiale møtepunkter reduserer kontroll....	270
13.1.5	Brudd reduserer muligheten for kollegial kontroll over tid	271
13.2	Arbeidets stedlige distribuerte karakters betydning for kirurgers autonomi	273
13.2.1	Avstanden til arbeidsoppgavene påvirker muligheten til å styre eget arbeidsforløp.	274
13.2.2	Avstand til kolleger reduserer kirurgenes autonomi	275
13.3	Det profesjonelle hierarkiet er fortsatt til stede, virksomt og nødvendig	276
13.4	Avsluttende kommentarer	279
14	Avsluttende bemerkninger.....	280
14.1	Kompleksitetens konsekvenser for sammenkjeding av sykehusets arbeid	280
14.2	Kan robuste sykehus og fagmiljøer bli for komplekse?.....	285
14.3	Avhandlingens bidrag	289
14.4	Sluttord.....	290
	Litteratur	292
	Vedlegg	305

Figurer

Figur 1 Et pasientforløp	61
Figur 2 Organisasjonskart – Unisyk.....	78
Figur 3 Organisasjonskart – gastrokirurgisk avdeling	79
Figur 4 Det kirurgiske stillingshierarkiet	80
Figur 5 B-grenistenes tjenesteplan – uke 1	94
Figur 6 Torsdager i tjenesteplan for B-gren	98
Figur 7 Sammenstilling av arbeidsforløp over ti uker.....	100
Figur 8 Pasientliste	112
Figur 9 Arbeidsplanen	136
Figur 10 Vaktteamet og vaktskifter på hverdager	151
Figur 11 Arbeidsoppgaver etter posisjon i vaktpyramiden	153
Figur 12 Pasient- og beslutningsforløp	221

Vedlegg

Vedlegg 1 Komplette tjenesteplan LIS B-gren	305
Vedlegg 2 Tilråding NSD	306
Vedlegg 3 Samtykkeskjema	307
Vedlegg 4 Tilråding Personvernombudet ved UniSyk	308
Vedlegg 5 Fremleggingsvurdering REK	310

1 Innledning

Denne avhandlingens tema er sykehuskirurgers arbeidsorganisering, arbeidspraksiser og profesjonelle autonomi.

Legeprofesjonen har vært og er innflytelsesrik, med en høy kulturell, sosial og profesjonell status i helsefeltet, særlig på sykehusene. Men den medisinske profesjonens dominerende posisjon (Freidson, 1970) i det profesjonelle landskapet (Brante, Johnsson, Olofsson & Svensson, 2015) medfører ikke nødvendigvis at den enkelte sykehuskirurg har stor frihet til å styre sitt eget arbeid, enten det nå gjelder beslutninger om konkrete pasientbehandlinger, valg av arbeidsoppgaver eller organiseringen av det arbeidet som skjer i de enkelte sykehus eller avdelinger.

Profesjonell autonomi må utøves i møte med andre aktører, i samhandling med forskjellige konstellasjoner av aktører på forskjellige arenaer, under varierende betingelser, på forskjellige tider av døgnet. Autonomi avspeiles dermed i muligheten til selv å ta beslutninger og styre eget arbeid (Mastekaasa, 2011; L. G. Svensson, 2008:140). Strauss et al. (1997) skriver om sykehuset i innledningskapitlet i *Social Organization of Medical Work*:

In short, a hospital consists of variegated workshops – places where different kinds of work are going on, where very different resources (space, skills, ratios of labor force, equipment, drugs, supplies, and the like) are required to carry out that work, where the division of labor are amazingly different, though all of this is in the direct or indirect service of managing patients' illnesses. (Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener, 1997:6)

Det er altså innenfor slike mangfoldige og komplekse kontekster at kirurgers arbeid og autonomi utøves. Den konkrete sosiale og lokale kontekstens betydning for kirurgenes autonomi er derfor sentral i min undersøkelse. For om det er slik at kirurgers autonomi kan spores gjennom de konkrete beslutningene som foretas, er det nødvendig å studere hvilken betydning den lokale konteksten (Strauss, 1978) har for kirurgenes autonomi. Som jeg vil vise gjennom avhandlingen, forflytter kirurgene seg mellom flere slike kontekster i løpet av sitt arbeid på sykehuset, hvor både autoritet, forpliktelser, forventninger og posisjoner endrer seg i de konkrete møtene.

Profesjonell autonomi utøves innenfor forskjellige temporale ordener (Glaser & Strauss, 1968; Zerubavel, 1976, 1979) stedlig distribuert utover de lokale kontekstene. Betydningen av tid kan endre seg etter hvert som mennesker forflytter seg fra ett sted til et annet. For kirurger

betyr det å ha «dårlig tid» ikke nødvendigvis det samme på sengeposten, poliklinikken, akuttmottaket eller mens de opererer på pasienter. Å undersøke kirurgers forsøk på å styre og kontrollere arbeidets temporale aspekter fremstår derfor som viktig. Som Yoels og Clair (1994) skriver:

An investigation of how time is experienced and managed by medical residents and its operation as a central dimension of clinic social organization can serve as a prism through which we examine how an occupation's struggle for autonomy is played out in the daily experiences of its practitioners. (Yoels & Clair, 1994)

Med bakgrunn i et seks måneder langt feltarbeid blant en gruppe kirurger tilknyttet en gastrokirurgisk avdeling ved et norsk universitetssykehus, UniSyk, ønsker jeg å belyse hvordan kirurgers autonomi formes og kommer til uttrykk innenfor sykehusets sosiale organisering av medisinsk arbeid. Jeg analyserer hvordan kirurger forsøker å styre sitt hverdagsarbeid i møte med de sosiale og organisatoriske kontekster deres arbeid inngår i. Gjennom å følge kirurger i forskjellige posisjoner i sykehusets interne legehierarki og i deres konkrete arbeidspraksis i møte med et stort antall aktører innenfor sykehusets mange samhandlingsarenaer, undersøker jeg hvordan profesjonell autonomi utøves, forhandles og forsvares av kirurgene selv. Sentralt i mine undersøkelser er sammenhengen mellom konkret arbeidspraksis, som er innrammet av en temporal og romlig sosial organisering, og kirurgenes profesjonelle autonomi.

Avhandlingen handler om et tema som har blitt inngående studert av profesjonsforskere fra mange disipliner over lang tid; legers autonomi. Samtidig er legers konkrete arbeidsorganisering og arbeidspraksiser i mindre grad tematisert og underlagt samme etnografiske interesse og blikk, spesielt innenfor norske sykehus. Denne avhandlingen sikter mot å knytte sammen viktige aspekter av kirurgenes arbeidsorganisering og arbeidsforløp (Strauss, 1985), som strekker seg over både tid og sted, i analysene av kirurgenes profesjonelle autonomi. Dette innebærer mer enn å studere kirurger mens de står og utøver håndens arbeid¹ på operasjonsstuene.

1.1 Avhandlingens problemstilling

Sentralt i mine undersøkelser av kirurgens autonomi er kirurgenes muligheter til, og forsøk på, å kjede sammen hverdagens arbeidsoppgaver til fungerende arbeidsforløp (Corbin &

¹ Ordet *kirurgi* kommer av gresk kir – hånd, og ergon – arbeid (Solheim & Ingvaldsen, 1995).

Strauss, 1993; Strauss, 1985). Dette arbeidet skjer innenfor en organisasjon som tilstreber ulike former for kontinuitet (Krogstad, Hofoss & Hjortdahl, 2002), men er preget av stedlig segmentering og temporal diskontinuitet (Zerubavel, 1979). Med dette som utgangspunkt søker avhandlingen, gjennom tykke beskrivelser (Geertz, 1973) av kirurgenes varierende kontekster og betingelser for profesjonell virksomhet og hverdagens arbeidspraksiser, å svare på følgende forskningsspørsmål:

- 1) *Hvordan er kirurgers arbeid formelt og administrativt organisert, kategorisert og stedlig og temporalt distribuert?*
- 2) *Hvordan ser kirurgers arbeidsdager ut, og hva skjer med kirurgers individuelle autonomi i møte med det daglige arbeidets kompleksitet?*

Ved hjelp av et vedvarende analytisk blikk på den stedlige og temporale organiseringen av kirurgenes arbeid ønsker jeg med avhandlingen også å undersøke:

- 3) *På hvilke måter påvirker den temporale og stedlige organiseringen av kirurgers arbeid kirurgenes individuelle autonomi og betingelsene for kollegial profesjonell kontroll?*

Ved å undersøke både rammene for kirurgenes profesjonelle virksomhet og deres arbeidspraksiser er avhandlingens ambisjon og overordnede mål å *bidra med ny, empirisk basert kunnskap om kirurgers individuelle autonomi og kollegial kontroll* på sykehus.

Videre ønsker jeg i avhandlingen å gi et empirisk fundert, teoretisk bidrag knyttet til typer av beslutninger som fattes i utøvelsen av profesjonell autonomi i organisasjoner. Samlet sett håper jeg at avhandlingen gir innsikter som kan bidra til fruktbare diskusjoner om profesjonsutøvelse og profesjonell autonomi i komplekse organisasjoner.

1.2 Min lesing av foreliggende litteratur om leger på sykehus

At organiseringen av sykehuset og dets legetjenester har betydning for legenes arbeid og autonomi, er et selvfølgelig og udiskutabelt faktum. Likevel er det på sin plass å si noe om hvordan legers, og da særlig kirurgers, posisjon på sykehus har vært og blir beskrevet. Ikke minst er det nødvendig å peke på noen områder av legers arbeidspraksis på sykehus som jeg oppfatter i mindre grad er beskrevet og analysert. Jeg har altså her ikke som mål å utføre en

litteraturgjennomgang i dens fulle bredde knyttet til legers posisjon, arbeid eller autonomi. Derimot foretar jeg en selektiv gjennomgang av hva jeg oppfatter som viktige innsikter om leger på sykehus, som jeg senere bygger videre på og knytter forbindelseslinjer mellom.

Jeg begynner med en grov skisse av hvordan jeg leser forskningslitteraturen knyttet til legenes posisjon på sykehus, da med hovedvekt på norske forhold, og med streif innom mer klassiske sosiologiske analyser av den medisinske profesjon fra andre land.

I første omgang forholder jeg meg til studier om legers arbeid og posisjon i sykehusverdenen. Deretter viser jeg hvordan leger ofte blir fremstilt av hva vi helt enkelt kan kalle litteratur om sykepleieres arbeid og arbeidsbetingelser.

1.2.1 *Legenes posisjon og makt på sykehus er under press*

Sykehus er høyteknologiske og kunnskapsbaserte virksomheter som tradisjonelt har vært styrt ved en kombinasjon av hierarkisk regulering og sterk profesjonskontroll, med legene som de dominerende aktørene, hvor de både formelt og symbolsk har vært øverst i hierarkiet (Ackroyd, 2013; Berg, 2011; Freidson, 1970). Ole Berg (Berg, 2008) formulerer posisjonen medisinen og dets utøvere (legene) hadde som selvstyrende og styrende over alle andre på sykehus, slik:

Until about a generation ago, most healthcare organisations, indeed healthcare systems, in most western countries were organised and managed as ‘iatrocracies’, that is, physician-dominated systems. The closer one got to the clinical level, the more iatocratic they were. Clinical organisations still bear much of the stamp of the iatocracy, and the iatocratic regime still lingers in the minds of those who incarnated it, the physicians, and all the others — the nurses, administrators, technicians and patients — who mostly took it for granted. (Berg, 2008)

Legenes kontroll over sykehusene var altså inntil nylig stor, og jo nærmere en kom pasientene, jo mer dominerende var legene. Samtidig har medisinen teknologiske utvikling ført til økende spesialisering og fragmentering av profesjonen (Album, 2013; Freidson, 2001). Kombinasjonen av økende kompleksitet av medisin som fag og etterfølgende økt kompleksitet i organiseringen av sykehus (Berg, 1987, 2011) har også gjort at behovet for koordinering av arbeidet har økt. I forlengelsen av det økte koordineringsbehovet internt på sykehusene, kombinert med økende styringsvilje og vektlegging av kostnadsbegrensning fra sykehusenes eiere, hevdes det også at det har oppstått en tendens til tiltagende byråkratisk organisering av sykehusene (Slagstad, 2012). Styrings- og ledelsesformer er innført med den

hensikt å øke statens styringskapasitet for å begrense profesjonenes autoritet og innflytelse (Byrkjeflot & Neby, 2005). Økt vekt på rasjonal-legale former for beslutningsprosesser, hierarkiske strukturer og standardisering av arbeidet, som kjennetegner byråkratiseringen, oppfattes gjerne som å være i konflikt med en mer tradisjonell profesjonsbasert organisering av arbeid, kjennetegnet av kollegiale beslutningsprosesser og kontroll (Bourgeault, Hirschhorn & Sainsaulieu, 2011; Evetts, 2006; Freidson, 2001). Legene, både som ledere og som klinikere, fremstilles derfor gjerne som å ha vært under press over lang tid. Haave (2014) omtaler denne fortellingen om legenes reduserte status og posisjon som en *forfallshistorie* som legene på mange måter har tatt til seg. Haave siterer Per Vaglums kommentar i *Tidsskrift for Den norske legeforening* som et uttrykk for dette:

Legeprofesjonen møter nå stadig sterkere utfordringer fra samfunnet, pasientene og enkelte helsebyråkratiske kolleger. Autonomien når det gjelder ansvar for og myndighet over virksomheten, profesjonens egen interne kvalitetskontroll og «pasienten først, deretter økonomien»-prinsippet rystes nå i sine grunnvoller. (Vaglun, 2008)

Vaglun hevder at legenes autonomi, både som ledere og som klinikere, er truet på forskjellige nivåer og fra forskjellige hold. Men Vaglun var ikke den første som hevdet at den medisinske profesjonens og medisinens profesjonsutøveres status var truet. Evensen skrev dette mer enn 20 år før:

In the 1990s Norwegian hospital physicians in a way have been forced into a corner. This seems surprising, because huge steps forward has been taken in diagnostics and treatment in hospitals during the last years. But both the role of a physician and the external conditions have changed. Many hospital physicians feel that while demands for knowledge and performance steadily increase, their status has decreased. And as a confirmation of this fact, salary developments have been miserable for many years. (Evensen, 1996:418)

I samme periode som dette ble skrevet, var det også flere norske studier som fant at leger generelt opplevde at deres autonomi i stadig mer ble begrenset, og at arbeidssituasjonen var svært krevende. Det ble pekt på faren for at leger ville flykte fra sykehusmedisinen fordi arbeidsforholdene der var preget av høyt arbeidspress, til dels vanskelige arbeidsmiljøer og konfliktfylt kommunikasjon (Akre, Falkum, Hoftvedt & Aasland, 1997), samt manglende kontroll over egen arbeidshverdag (Gjerberg, Hofoss, Falkum & Aasland, 1996). Tilsvarende funn om økt arbeidspress og manglende kontroll over egen arbeidsdag har også blitt rapportert senere fra norske sykehus (Aasland & Rosta, 2011; Rosta & Aasland, 2016), om enn i langt mindre grad i Norge enn det en kan spore fra særlig den amerikanske og britiske

litteraturen (Hutter, Kellogg, Ferguson, Abbott & Warshaw, 2006; Moonesinghe, Lowery, Shahi, Millen & Beard, 2011).

Byråkratiseringen av legenes arbeidsorganisasjon (sykehuset) og legenes detronisering som sykehusenes selvfølgelige ledere har altså redusert legenes makt og autoritet. Eller som Jan Frisch formulerer det: «Vi må konstatere at legene de siste tiår er blitt utsatt for økt ytre press, styring og kontroll, i Norge så vel som i andre land.» I tillegg til det som er skissert over, kan en legge til at andre yrkesgruppers profesjonaliseringsprosjekter også har gjort innhugg i medisins domener i deres forsøk på å oppnå større grad av autonomi fra legene. Det klassiske eksempelet er sykepleiernes langvarige kamp om frihet fra legenes kontroll og inntreden i sykehusets ledelsesstruktur (Allen, 2001; Berg, 1987; Freidson, 1970, 1988; Gjerberg & Sorensen, 2006; Moseng, 2014; Spehar & Kjekshus, 2012). Samlet sett kan en med dette som bakteppe få inntrykk av at leger på sykehuset i stor grad har mistet sin dominerende posisjon, status og profesjonelle autonomi. Sykehusene er ikke lenger iatrokratier (Berg, 2008), i det minste ikke i tradisjonell forstand.

1.2.2 ... *men like fullt er de viktigst (og mektigst?)*

Men til tross for disse beskrivelsene av en negativ utvikling knyttet til legenes status, posisjon og makt på sykehusene, oppfatter jeg det fortsatt som relativt ukontroversielt å påstå at leger fortsatt er å anse som den mest sentrale og viktigste yrkesgruppen på sykehusene. Selv om legetjenesten er avhengig av andre profesjoner og tjenester, er det det medisinske arbeidet som er i sentrum av sykehusenes virksomhet. Det er legebehandling som er den primære begrunnelse for sykehusene (Berg, 1987; Freidson, 1988). Dette gjør at sykehusene ofte organiseres med utgangspunkt i legenes behov for støtteapparat både i form av teknologi, infrastruktur og personell. Klinikker og avdelinger organiseres etter medisinske spesialiteter, og den daglige driften til de andre aktørene organiseres rundt de legelige aktivitetene, og dermed også etter tilgjengeligheten til leger. Ofte tilpasses eksempelvis sykepleieres daglige gjøremål og rutiner rundt legenes arbeidsmønstre, -rutiner, -måter og -organisering. Kun unntaksvis innkalles pasienter til poliklinikkene på kveldstid, fordi det er utenom legens vanlige arbeidstid; ingen leger, ingen poliklinikk. At målinger av blodtrykk og temperatur skal gjøres før legenes pasientvisitter, at tidspunkter for møter mellom leger og sykepleiere justeres slik at de passer inn med legenes andre gjøremål (Allen, 2001; Olsvold, 2010), og at arbeidsoppgaver sykepleiere er i gang med, avbrytes når leger kommer uannonsert og uplanlagt (Olsvold, 2010), er noen eksempler på hvordan reguleringen av legens

tilstedeværelse og fravær virker inn på andre deler av sykehusets drift. Alle disse tilpasningene til legenes arbeid som andre aktører på sykehuset gjør, er godt beskrevet og dokumentert, særlig i sosiologiske studier av sykepleieres autonomi og arbeidspraksiser. Finn (2008) kommenterer britiske kirurgers relativt uendrede posisjon i den kliniske sykehushverdagen på tross av strukturelle endringer, nye styringssystemer og et økende krav om tverrprofesjonelt samarbeid, slik:

Doctors have maintained their historically developed position of social and material advantage over other healthcare professions within hierarchical social relations [...] Thus while clinicians may feel increasing pressure within managerialism, they at least enjoy power and material privileges within the division of labour as an antidote. (Finn, 2008:113)

Det foreligger dermed i minst to ulike fortellinger om legenes posisjon. Det første er forfallshistorien jeg skisserte over, det andre er historien om at legene har bevart sin maktposisjon i sykehusets hverdag, gjerne fortalt gjennom forskning med fokus på sykepleieres og andre paramedisinske yrkesgruppers arbeidsbetingelser og deres relasjon til legene.

1.2.3 *Studier av legers relasjoner til andre på sykehuset*

Atkinson (1995) hevder at medisinsk sosiologi i overveiende grad har vært opptatt av mikrososiologiske studier av lege-pasient-dyaden. Det er altså denne sosiale en-til-en-interaksjonen, som regel innenfor legens kontor eller sykehusets poliklinikk, som har vært undersøkt. Han skriver:

The sociological treatment of doctor-patient interaction, and the almost exclusive attention devoted to that dyadic relationship, has meant that other types of encounter, and other types of participant, are all but invisible. The implicit assumption of what counts as social has meant that sociologists have collectively misrepresented the variety of medical encounters and medical settings. (Atkinson, 1995:33)

Som en følge av dette ensidige fokuset på lege-pasient-møtene på legekantoret hevder han også at legers beslutningsprosesser blir fremstilt som om de skjer isolert fra større organisatoriske og sosiale sammenhenger, og avgrenset til korte beslutningsøyeblikk (Atkinson, 1995:52). Han etterlyser derfor studier av leger i sosial interaksjon med andre aktører, i flere og i andre kontekster, som dermed tar inn over seg at medisinske beslutninger strekker seg over tid, og ofte er innbakt i komplekse former for arbeidsdeling mellom forskjellige aktører. Særlig samhandlingen leger seg imellom etterlyses:

There is a rich diversity of social action and interaction that escapes the obsessive focus on doctor-patient dyads. In contrast with the doctor-patient consultation, there is precious little analysis of how medical practitioners deal with one another. In other words, doctor-doctor relationship is poorly researched. With some notable exceptions we know little of how interaction is managed within clinical teams or firms – how superiors and inferiors in the medical profession engage with each other. (Atkinson, 1995:32)

Atkinson bidrar selv med slike studier ved å vise hvordan medisinsk kunnskap produseres (gjennom arbeid) i sosiale, kollegiale fellesskap, distribuert mellom mennesker og steder, forankret i sted og tid. Påstanden om manglende oppmerksomhet rundt andre relasjoner enn lege-pasient-dyaden er ikke like treffende nå som da Atkinson skrev dette. Eksempelvis beskrives og analyseres hvordan medisinsk kunnskap produseres, og problemer løses, gjennom prosesser som er distribuert over tid og rom og i samhandling mellom flere aktører i studiene av Måseide (2002, 2006, 2007) og Melby (2007). Det foreligger også studier av samhandlingen og relasjonen mellom turnusleger og andre leger. Benedicte Kivle (2009) og Torstein Risør (2012) er to nordiske eksempler. Det er imidlertid i liten grad legenes autonomi som behandles i disse studiene, men mer hvordan turnusleger lærer seg å bli leger og ta medisinske beslutninger. Også flerprofesjonelle beslutnings- og samhandlingsmønstre har i økende grad fått oppmerksomhet, og ofte med autonomi og makt som svært tilstedeværende temaer (Reeves et al., 2009; Reeves, Xyrichis & Zwarenstein, 2018).

Det foreligger samtidig en solid tradisjon innenfor medisinsk- og profesjonssosiologiske studier i å undersøke legers profesjonsinterne kontroll av hverandres beslutninger og adferd. Dette har Freidson (1975) i *Doctoring Together: A study of Professional Social Control*, Bosk (2003) i *Forgive and Remember*, Joan Cassells (1991) i *Expected Miracles: Surgeons at Work* og Pearl Katz (1999) i *The Scalpel's Edge – The Culture of Surgeons* skrevet utfyllende og godt om. De tre sistnevnte har benyttet feltarbeid blant kirurger for å studere dette. Alle disse studiene retter, på forskjellige måter og med ulik vektning, søkelyset på legenes kultur, adferd og personlighet, og betydningen dette har for kirurgenes beslutninger, sett i lys av at medisinsk virksomhet utøves under stor usikkerhet. Denne forskningen gir inngående innsikt i de relasjoner som kirurgene har med hverandre, på godt og vondt, og hvilke vurderinger kirurgene legger til grunn for sin praksis, for eksempel det å operere. Det disse bidragene i mindre grad gjør, er å beskrive hvordan dette komplekse arbeidet konkret *organiseres* i det daglige. Med unntak av Joan Cassells (1991) kapittel *A Day With a Compassionate Young Surgeon* er det ingen beskrivelser av hele arbeidsdager eller hvordan kirurgene får ting til å henge sammen. Slike inngående beskrivelser er det svært vanskelig å finne om leger generelt.

Det igjen gjør at potensielt viktige aspekter ved betingelsene for profesjonelle beslutninger ikke i tilstrekkelig grad belyses.

Sidsel Vinge og hennes kollegers studier av legearbeid er et viktig unntak her (Vikkelsø & Vinge, 2004b; Vinge, 2003, 2004; Vinge & Knudsen, 2003). Her finner vi detaljerte beskrivelser og analyser av hvordan sykehuslegers arbeid helt praktisk gjøres, med det formål å kunne si noe om hva de store organisatoriske endringene ved danske sykehus har å si for arbeidet og arbeidsflyt på sykehuset. Studiene har dermed et reformperspektiv på analysene. Gjennom å identifisere viktige deler av sykehusets infrastruktur viser hun også hvordan legenes arbeid påvirkes av en rekke forskjellige faktorer på ulike nivåer: alt fra sykehusets organisering, legenes møtevirksomhet, arbeidsplaner til spesialistutdanningens struktur. Dermed kommer også betydningen av den konkrete og daglige arbeidsorganiseringen frem i forgrunnen. Studiene har derfor også interessante analyser og innsikter som er relevante i diskusjoner om legers autonomi. Men dette er noe studiene i liten grad tar opp.

Etnografiske studier av lege–sykepleier-relasjonen derimot finnes det mange av, og de strekker seg langt tilbake i tid (se eksempelvis Coser, 1958; Coser, 1963; D. Hughes, 1988; Stein, 1967). Nyere studier av arbeidsdeling og beslutningsprosesser og -myndighet mellom leger og sykepleiere har vært gjort på medisinske og kirurgiske sengeposter (Allen, 2001; O'Hare, 2008; Snelgrove & Hughes, 2008; Underland & Tjora, 2016), akuttmottak (Annandale, Clark & Allen, 1999), intensivavdelinger (Coombs, 2003; Coombs & Ersser, 2004; Reeves et al., 2015) og operasjonsavdelinger (Finn, 2008; Makary et al., 2006; Reynolds & Timmons, 2005). Noen av studiene har vært gjennomført på ulike avdelinger på ett (Porter, 1991) eller flere sykehus. Nina Olsvold (2010) fulgte sykepleiere på en medisinsk, en kirurgisk, en intensivavdeling og en mottaks- og observasjonsavdeling, fordelt på tre norske sykehus.

Det finnes altså mange studier som skildrer sykepleieres arbeid og samarbeid med leger i forskjellige deler av sykehuset. Legens arbeid og profesjonelle posisjon, særlig vis-à-vis sykepleiere, i ulike lokaliteter på sykehus er derfor på ingen måte ubeskrevet. Men beskrivelsene skjer oftest på bakgrunn av forskernes uttrykte interesse og ønske om å studere arbeidsbetingelsene (i forskjellige betydninger) til sykepleiere i deres arbeid. Dermed har forfatterne også gjerne vært fysisk posisjonert sammen med, eller i det minste nær, sykepleierne. Og siden sykepleiere sjelden forflytter seg ut fra den fysiske avdelingen de har sitt arbeid ved, fremstår dermed leger i interaksjon med sykepleiere ofte som besøkende på

sykepleiernes arbeidssted. Legene kommer inn på sengeposten, operasjonsstuen, akuttmottaket eller intensivavdelingen, gjør sine undersøkelser, tar sine beslutninger eller gjennomfører sine operasjoner, før de så forlater stedet igjen. Legene kan dermed også se ut som besøkende med tilsynelatende ubegrenset mulighet til selv å prioritere og velge mellom forskjellige arbeidsoppgaver. Dette er også litteratur, som nettopp fordi forskeren er posisjonert sammen med andre enn leger, også ofte understreker betydningen av arbeidets stedbundethet for aktørers mulighet til å styre sine egne arbeidsdager og ta beslutninger i møte med legenes autoritet. Davina Allen (2001) konkluderer for eksempel slik fra sin etnografisk baserte studie av sykepleieres arbeid på engelske sykehus:

Throughout this book I have argued that nursing jurisdiction is a practical accomplishment and that, to a considerable extent, its form is shaped by the arenas in which it is 'done'. (Allen, 2001:174)

Om det i hovedsak aksepteres at sykepleieres jurisdiksjon, og dermed også grensene for å styre eget arbeid og autonomi, er avhengig av arenaen arbeidet foregår i, er det ingen grunn til å tro at det samme *ikke* kan gjelde for leger mellom de forskjellige segmentene av sykehuset de har sine arbeidsdager i. Ei heller mellom de ulike lokalitetene den enkelte lege befinner seg innenfor i løpet av én enkelt arbeidsdag eller uke. I det minste er det all grunn til å undersøke *empirisk* hvordan dette utspiller seg i det daglige arbeidet også for legene.

1.2.4 *Hvor gikk kirurgen, og hva gjør han der? En oppsummering av litteraturen*

Inntrykket er først og fremst dette – etnografisk baserte studier av arbeidsdeling har i *stor grad vært forankret i avgrensede geografiske deler av sykehuset*, som sengeposter, intensivavdelinger og operasjonsavdelinger og da særlig knyttet til sykepleieres arbeidsforhold og deres relasjon til leger som overordnede. Mitt inntrykk er også at de studiene som har vært gjort av legers arbeid, i stor grad kun har tatt for seg legelig arbeid på et avgrenset rom (mottak, poliklinikken, legemøte o.l.).

Særlig vanskelig er det å finne nyere etnografiske studier fra sykehus som tematiserer legers *tilstedeværelse, bevegelser i og igjennom de komplekse organisasjonene sykehus er*, og betydningen dette kan ha for deres autonomi og autoritet. Dermed er det også vanskelig å si så mye om hvordan dette hverdagsarbeidet «henger sammen». Kontinuiteten (eller mangelen på denne) i legers arbeid på sykehus har dermed ikke fått den oppmerksomheten den etter mitt

skjønn fortjener. «Alt henger sammen med alt», blir det sagt, og dette gjelder også arbeidet leger gjør.

Som jeg innledet med, er det legenes profesjonelle virksomhet som er sykehusenes primære begrunnelse, og både medisin som fagområde og sykehusene er blitt stadig mer komplekse. Med økt kompleksitet er det grunn til å tro at det kan påvirke kirurgenes muligheter til å navigere innenfor organisasjonen, altså endre mulighetene for dem til å bestemme hvordan hverdagsarbeidet skal «henge sammen». Det er også grunner til å tro at dette har betydning for kirurgenes relasjoner til andre ansatte, pårørende og pasienter, fordi legenes arbeidsorganisering setter viktige rammer for deres betingelser innenfor sykehusene. Også av disse grunnene fremstår det for meg som både interessant, nødvendig og viktig å belyse nettopp legers, og i mitt arbeid kirurgers, arbeidspraksiser innenfor stadig mer komplekse sykehus.

Jeg mener på bakgrunn av min lesing av forskningslitteraturen at mye av profesjons-, organisasjons- og helsetjenesteforskningen så langt ikke har tatt høyde for, og inn over seg, at legers arbeid foregår på mange arenaer og lokalisasjoner, på forskjellige tidspunkter, med en lang rekke forskjellige konstellasjoner av mennesker og innebærer er lang rekke arbeidsoppgaver. Min påstand er at dette har ført til at vår forståelse av legers beslutninger, prioriteringer, sosiale interaksjoner og grad av autonomi kan ha behov for revisjon. Jeg vil derfor hevde at det er viktig at sykehuslegers arbeid studeres «in situ», slik at tykke og detaljerte beskrivelser av deres arbeid kan danne grunnlag for analyser. Som Vikkelsø og Vinge (2004a:9) påpeker, fremstår legers arbeid i litteraturen som en svart boks, og denne boksen må åpnes. Verktøyet jeg har benyttet meg av for å gjøre det, er feltarbeid blant kirurger.

1.3 Avhandlingens struktur og forløp – en leseveiledning

Denne avhandlingen har 14 kapitler. Etter dette kapitlet, som utgjør kapittel 1, følger to kapitler hvor jeg presenterer de metodiske og teoretiske overveielser jeg har gjort underveis i arbeidet med denne avhandlingen.

Kapittel 2 *Metode, metodebetraktninger og etikk* gjør rede for feltarbeidet som avhandlingens empiriske materiale er hentet fra, forskningsetiske hensyn som er tatt, og hvordan analysene konkret er gjort.

I kapittel 3 *Perspektiver anlagt og frembrakt – teoretiske referanserammer og sentrale begreper* presenteres og diskuteres de metodologiske og teoretiske inngangene jeg benytter i de senere analysene. Innledningsvis presenteres noen metodologiske og teoretiske perspektiver og begreper utviklet av sosiologen Anselm Strauss som har hatt stor betydning for utviklingen og gjennomføringen av min studie. *Grounded theory, Negotiated Order*-perspektivet og *forløp* er blant disse. I samme kapittel gjør jeg også rede for sentrale bidrag fra tidligere forskning om *profesjonell autonomi*, da med særlig vekt på den medisinske profesjon. Med dette som utgangspunkt utmeisler jeg et teoretisk-analytisk begrepsapparat som jeg benytter i analysene av det empiriske materialet knyttet til kirurgers arbeid. Særlig viktig for avhandlingens senere analyser er min videreutvikling av begrepene *kunnskapsbaserte beslutninger* og *logistikkbaserte beslutninger*.

I kapittel 4 *UniSyk, avdelingen og stillingshierarkiet* tegner jeg opp noen av de mest sentrale organisatoriske rammene som kirurgene utøver sitt arbeid innenfor opp. Dette dreier seg blant annet om sykehusets organisasjonskart og hvordan gastrokirurgisk avdeling er delt opp i organisatoriske enheter. Kapitlet introduserer også kirurgenes forskjellige stillingskategorier og antallet slike stillinger det fantes ved avdelingen.

Kapittel 5 *Kategorisering og temporal koordinering i en arbeidsdelt organisasjon* bygger videre på sykehusets og avdelingens formelle organisering i det foregående kapitlet. Dette gjøres gjennom et dypdykk i *tjenestepланene*, planleggings- og styringsverktøyet avdelingen bruker for å koordinere og planlegge kirurgenes arbeidstid. Her synliggjøres viktige aspekter ved den temporale og stedlige arbeidsdelingen ved avdelingen, forankret som de er i sykehusets formelle organisering og kategorisering av forskjellige typer legearbeid.

I de etterfølgende kapitlene gir jeg en bred og detaljert fremstilling av arbeidet som gjøres av avdelingens kirurger. Her søker jeg å gi et bredt anlagt bilde av hvordan legenes arbeidspraksis fortøner seg i hverdagen, og hvordan kirurgen søker å sikre kontroll over eget arbeid i forskjellige kontekster.

Kapitlene 6 og 7 omhandler det gastrokirurgiske *morgenmøtet*, det eneste faste, daglige og felles møtepunktet for avdelingens kirurger. I begge kapitlene analyseres hvordan avdelingens styring av kirurgenes arbeid kommer til uttrykk i det daglige. Tilsvarende analyseres hvordan stillingshierarkiet ved avdelingen kommer til uttrykk i morgenmøtet, og hvilke konsekvenser dette har for den enkelte kirurgs autonomi. Kapittel 6 *Kunnskapsbaserte beslutninger og*

kollegial kontroll i morgenmøtet gir blant annet et innblikk i hvordan kirurgene formidler informasjon om nyankomne pasienter og hvilket rom det er for kollegiale kunnskapsbaserte beslutninger i disse møtene.. Kapittel 7 *Styring og koordinering i morgenmøtet* analyserer hvordan arbeidet til kirurgene ikke bare er temporalt koordinert, men også stedlig koordinert, gjennom detaljerte arbeidsplaner som angir hvor kirurgene skal oppholde seg. Med dette som utgangspunkt viser kapitelets analyser også at det foreligger et internt prestigehierarki knyttet til arbeidsoppgaver og arbeidsposisjoner.

Omdreiningspunktet i de neste to kapitlene er kirurgenes arbeidsforløp mens de er på vakt. Kapittel 8 *Systematisk variasjon i vaktarbeidets arbeidsbetingelser* tegner opp vaktarbeidets formelle arbeidsdeling og hvilke betingelser dette arbeidet gjøres under. Dette inkluderer en overordnet analyse av hvordan kirurgene forflytter seg innenfor sykehusets vegger mens de er på vakt. Kapitlet inneholder også et lengre feltnotat, som detaljert beskriver et typisk arbeidsforløp gjennom en hel vakt for en vakthavende kirurg.

I kapittel 9 *Logistikkbaserte beslutninger i vaktarbeidet* analyseres kirurgenes forskjellige metoder for å sikre seg kontroll over eget arbeid i møte med andre aktører på sykehuset. Relasjonene internt blant de vakthavende kirurgene, til sykepleierne og pasientene blir spesielt vektlagt.

I kapittel 10 *Turnusleger og beslutninger – stedlig bundet og kontrollert* er det turnuslegenes betingelser for beslutningstaking som analyseres. Turnuslegene er nederst i det kirurgiske stillingshierarkiet og er synlig for både overordnede og sykepleiere. Kapitlet analyserer hvilke muligheter som finnes til å styre eget arbeid under slike betingelser.

I kapittel 11 *Kunnskapsbaserte beslutninger i vaktarbeidet* analyseres kirurgenes beslutninger knyttet til pasientbehandling, hvor jeg peker på at disse er stedlig og temporalt distribuert, og dermed kan fremstilles som *beslutningsforløp*. Med dette som bakteppe retter jeg blikket mot betydningen av kirurgenes stillingshierarki og hva jeg omtaler som *normen om gjennomføringslojalitet*.

I kapittel 12 *Visittarbeidet – samtidighet, avstand og kollektiv alenegang* trekker jeg på analysene som er gjort med hensyn til vaktarbeidets beslutninger. Jeg sammenlikner og kontrasterer disse med hvordan kirurgene både erfarte og løste arbeidet på *sengepostene* på dagtid. Jeg tegner opp visittarbeidets formelle og organisatoriske betingelser. Dernest

analyseres de underordnede legenes arbeid i lys av dette. Avslutningsvis i kapitlet skifter jeg posisjon og ser nærmere på hvordan en kan forstå overlegens forhold til visittarbeidet.

I kapittel 13 *Sammenkjedning av funn* samler jeg trådene fra analysene i de foregående kapitlene. Jeg oppsummerer og drøfter de viktigste innsiktene denne studien har gitt. Dette dreier seg om hvilke konsekvenser arbeidets diskontinuitet, stedlig avstand og det kirurgiske hierarkiet har på kirurgers profesjonelle autonomi, og hvordan dette henger sammen.

I kapittel 14 *Avsluttende bemerkninger*, avhandlingens siste kapittel, peker jeg utover de konkrete funnene jeg har presentert. Jeg relaterer innsiktene avhandlingen har brakt frem til noen aktuelle problemstillinger knyttet til profesjonelt arbeid i komplekse sykehus, og til utviklingen og utformingen av våre fremtidige sykehus.

2 Metode, metodebetraktninger og etikk

Denne avhandlingens data er fremskaffet gjennom et feltarbeid hvor jeg har fotfulgt² 16 leger ansatt på en gastroenterologisk kirurgisk avdeling ved det norske universitetssykehuset UniSyk.³ Jeg tilbrakte i overkant av 600 timer fordelt på 70 økter sammen med kirurgene mens de hadde sitt daglige arbeid (og pauser) med leger, ledere og andre medansatte, pasienter, pårørende, besøkende, journaler og dokumenter på sykehuset. Men selv om antallet kirurger jeg fotfulgte kan oppgis som 16, observerte jeg i realiteten i varierende grad alle de i overkant av førti legene som i løpet av feltarbeidet var tilknyttet avdelingen. Mine observasjoner innbefattet i tillegg et stort og svært uoversiktlig antall medansatte, pasienter og pårørende i samhandling med kirurgene i løpet av feltarbeidet.

Den kondenserte sammenstillingen av feltet og feltarbeidet som forrige avsnitt skisserer, er dog nettopp kondensert. Den kan sies å tildekke like mye som den avdekker mitt, feltets og dets aktørers aktiviteter og kjennetegn. Bosk (2003:193) skriver: «All fieldwork done by a single field-worker invites the question, Why should we believe it?» Mitt begynnende svar, som mange andres, på dette spørsmålet er å redegjøre for hvordan feltarbeidet mitt er gjennomført. Etter en kort redegjørelse for bakgrunnen for avhandlingen begynner jeg derfor med å pakke ut feltarbeidet og miljøet jeg oppholdt meg i, gjennom å beskrive min inngang og relasjon til feltet og kirurgene jeg fulgte, og hvordan jeg innhentet og skrev ned mine feltnotater.

Deretter gjør jeg rede for forskningsetiske sider ved feltarbeidet, før jeg avslutter med en del om hvordan jeg har gjennomført analysene av dataene mine.

2.1 Bakgrunn for avhandlingens tema

Avhandlingens tema og innretning og dermed valg av metodisk tilnærming har utviklet seg gjennom en kombinasjon av erfaringer og observasjoner jeg har gjort i løpet av mine nærmere femten år som sykepleier på norske sykehus, og den profesjonssosiologiske litteraturen jeg har møtt i arbeidet med masteroppgaven min ved Senter for profesjonsstudier. I

² Av en kirurg ble min fremgangsmåte humørfyllt omtalt som «å forfølge». Det håper jeg ingen virkelig følte, og jeg har ingen grunn til å tro det heller.

³ Jeg har selvfølgelig endret alle navn på aktører og sykehus fra feltarbeidet for å sikre menneskene jeg fulgte, anonymitet. Mer om dette følger senere i kapitlet.

masteroppgaven *Forhandlinger, beslutninger og innflytelse – en studie av sykepleiere og legers samhandling* (Hougaard, 2012) undersøkte jeg hvordan kirurger og sykepleiere samhandlet på en kirurgisk sengepost for barnepasienter. I innledningen skrev jeg:

Som sykepleier har jeg kjent på frustrasjonen over manglende samarbeid og organisatorisk sammenheng og koordinasjon mellom avdelinger, sengeposter og yrkesgrupper i det daglige. Opplevelsen av at måten «vi på sykehuset» samhandler, samarbeider og organiserer oss, ikke alltid svarer til hverken pasientenes, foreldrenes, de ansattes eller sykehusets behov, krav og forventninger, er ikke ukjent for meg. For meg har dette ført til spørsmålene; hvorfor er det slik? (Hougaard, 2012:7)

Jeg konkluderte senere i oppgaven med at noen av de største utfordringene legene og sykepleierne hadde i sitt samarbeid, var «stor arbeidsmengde, knapphet på tid i møte med hverandre og fysisk adskilthet» (Hougaard, 2012:105). Jeg ble altså spesielt oppmerksom på (og også minnet på) betydningen av å være fysisk adskilt fra hverandre, særlig når det var behov for beslutninger. Dette ble spesielt synlig når møtene sykepleiere og kirurgene hadde, i tillegg var preget av tidsnød.

Det var kirurgens fravær som skapte denne adskiltheten i fysisk forstand, siden sykepleierne hadde sengeposten som sitt eneste arbeidssted og svært sjelden forlot dette geografisk avgrensede området. Funnene mine var helt i tråd med annen forskning knyttet til samhandlingen mellom disse to sentrale profesjonene på sykehusene (Coombs, 2003; Olsvold, 2010; Walby & Greenwell, 1994). Blant annet fordi leger *ikke* har sengeposter som sitt primære arbeidssted, men forflytter seg fra sted til sted, blir sengepostens sykepleiere overlatt til seg selv. Sykepleiernes alenegang (i betydningen *ikke sammen med legene*) reduserer deres mulighet til å styre eget arbeid – legenes fysiske fravær reduserer sykepleiernes hverdagsautonomi.

Så på samme tid som jeg selv hadde observert og lest mye om legens flyktige møter med sykepleiere, satt jeg fortsatt igjen med en undring over hvor lite jeg hadde kommet over av studier som beskrev *legers bevegelser* gjennom sykehuset, og hvordan de helt praktisk styrer sine dager. Selv med mange års erfaring som sykepleier på sykehus ble jeg derfor også sittende igjen med en barnlig undring: Hvordan beveger leger seg rundt på sykehuset, og hvordan styrer de sin egen arbeidshverdag? Denne barnlige undringen om hvor kirurger og andre leger oppholder seg, har vært en viktig bakgrunn og begrunnelse for ideen og utarbeidelsen av denne avhandlingen.

2.2 Hvorfor deltagende observasjon og kirurger?

Leger arbeider på ulike steder på sykehuset, på ulike tidspunkter, med forskjellige konstellasjoner av mennesker med en lang rekke ulike arbeidsoppgaver. For å kunne kartlegge de *tid*-lige (temporale) og stedlige aspektene ved arbeidet som utføres, og de fortløpende beslutninger som tas, må forskeren være til stede *der det skjer*. Deltagende observasjon er en metode som samler inn data gjennom at forskeren selv deltar i livet til de menneskene som studeres, ser hvilke situasjoner de går inn i, og hvordan de oppfører seg. I deltagende observasjon vektlegges og fokuseres det på de relasjonelle og prosessuelle sidene ved menneskelig samhandling, og de sosiale omstendigheter og kontekster som virker inn i denne samhandlingen. Deltagende observasjon gir både en direkte tilgang til samhandlingsdata og mulighet til å innhente aktørens forståelse av samhandlingskonteksten. Et mål for deltagende observasjon er å «opparbeide så intim kunnskap som mulig om det miljøet, den kulturen eller organisasjonen som skal studeres» (Fangen, 2004:101). Samtidig gir deltagende observasjon en unik tilgang til handlingsuttrykk og -mønstre som aktørene selv ikke nødvendigvis har reflektert over eller kan utsi (Hammersley & Atkinson, 1996). Et siste og viktig poeng i mitt valg av metode er at deltagende observasjon gir muligheten til å *kartlegge*, konkret og detaljert, både de stedlige og de temporale aspektene ved arbeidet, *samtidig* som de konkrete arbeidsoppgavene utføres og de sosiale prosessene og relasjonene spilles ut. De komplekse sammenhengene som dette utgjør, er svært vanskelige å fange gjennom andre metoder.

Det følger av studiens tematikk og problemområde at mitt valg av hvem sitt hverdagsarbeid som skulle undersøkes, var helt sentralt. Når formålet ved studien er å undersøke sammenhenger mellom de romlige og tidlige aspektene ved legers arbeid og autonomi, er hvilken type eller kategori av leger som studeres, viktig. Leger innenfor forskjellige medisinske områder (indremedisin, kirurgi, psykiatri, radiologi, patologi) har forskjellige arbeidsdager, forskjellige måter å strukturere og organisere arbeidsdagene på, og kanskje forskjellige måter å samhandle med hverandre og andre på. Kirurgene representerer et strategisk utvalg (Thagaard, 2003:57), hvor det var grunn til å tro at fenomenet jeg ønsket å undersøke, ville være til stede.

Det var viktig å få fulgt en gruppe leger som arbeidet på flere arenaer innenfor et sykehus, for å kunne observere de samme menneskene i forskjellige kontekster. Ved å følge kirurger antok jeg at jeg ville kunne observere hvorvidt og hvordan kirurgens posisjoner og relasjoner endret

seg med bakgrunn i nettopp hvor og når samhandlingen foregikk. Antagelsen om utstrakt grad av forflytning viste seg å være riktig. Gastrokirurgenes arbeid fører dem rundt i sykehusets mange korridorer, de oppholder seg flere steder enn mange andre på sykehuset, og inngår i forskjellige arbeidskonstellasjoner på kryss av sykehusets organisasjonskart, spesialiteter og profesjoner. Gastrokirurgisk avdeling, hvor jeg fikk min inngang inn i sykehuset, viste seg også å være en inngang til å se på generell kirurgisk organisering og arbeidsorganisering, knyttet både til akutt og planlagt kirurgisk virksomhet. Gjennom tilgang til *denne* avdelingen fikk jeg ikke bare tilgang til spesialister i gastrokirurgi, men også muligheten til å følge og studere store deler av sykehusets kirurgiske virksomhet og menneskene som er involvert i denne virksomheten.

2.3 Å få tilgang til feltet

Det å gjennomføre en studie basert på deltagende observasjon forutsetter tilgang til de menneskene og aktivitetene man ønsker å studere. Selv i studier av kontekster som byer, fotballarenaer og campingplasser er det nødvendig å komme nær nok til å få tilgang til de dataene man er på jakt etter. Hva «nær nok» er, vil selvfølgelig variere ut fra formålet med studien. I noen tilfeller vil det kanskje være nok å gå gjennom en dør, ha en billett eller oppholde seg på et marked, for å kunne få tilstrekkelig nærhet for å få observert menneskene som er der, hva de gjør, og stemningen som råder.

Men de færreste forskere interessert i menneskelig, meningsfull samhandling og sosial organisering vil mene at observasjon alene er nok. Forskeren må kunne kommunisere med menneskene rundt seg for å kunne forstå hva som skjer. «Essential to participant observation is the need for communication between the investigator and the people being studied, an important distinguishing point between social and natural sciences», skriver Powdermaker (1966:286). Man søker tilgang til det sosiale. Det å få tilgang til menneskers sosiale verden, at aktørene *frivillig* lar seg observere og inngå i kommunikasjon med forskeren, kan forstås som en form for uformell tillatelse til å komme inn i deres verden.

For mitt vedkommende var det å få tilgang til et sykehus og dets kirurger både utfordrende og tidkrevende. Jeg begynner med å beskrive den første og mer uformelle kontakten med sykehuset og kirurgene der. I delkapittel 2.8, som omhandler de forskningsetiske vurderingene jeg har gjort underveis, gjør jeg rede for de formelle sidene av å få tilgang.

2.3.1 *Den første kontakten*

Prosessene med å få kontakt med en kirurgisk avdeling begynte mens jeg vurderte å søke om stilling som stipendiat. I forbindelse med en sosial tilstelning møtte jeg en overlege fra en kirurgisk avdeling. Jeg luftet mine tanker om å gjøre en studie av sykehuslegers arbeid. Dette førte til at vi hadde en lengre samtale. Samtalen endte med at han sa at han gjerne ville invitere meg inn på hans avdeling om jeg fikk et stipend, og vi utvekslet e-postadresser. Jeg så for meg at jeg nærmest hadde ordnet meg inngang til feltet. Det hadde jeg selvfølgelig ikke.

Da min stilling som stipendiat var kommet på plass flere måneder senere, sendte jeg denne overlegen en henvendelse og spurte om det fortsatt var aktuelt å invitere meg inn til avdelingen. Jeg la ved en kort beskrivelse av prosjektet. Etter noen dager svarte han at han ville snakke med sin avdelingsleder så vi kunne avtale et møte. Etter dette ble det stille i flere uker og jeg sendt en ny e-post. Jeg fikk da svar om at det «hadde vært en spesielt hektisk periode», men at vi kunne møtes i september. Men da september kom, fikk jeg en ny e-post om at vi måtte flytte møtetidspunktet. Først til oktober, så til november, før dette siste møtet ble avlyst med noen dagers forvarsel, uten en ny dato. Begrunnelsen var «vi har for mye å gjøre».

Jeg begynte da å orientere meg etter et nytt sted. Det viste seg at det var gjennom en kirurg jeg kjente fra tidligere, at jeg tok det første skritt i riktig retning. Han foreslo at jeg skulle ta kontakt med gastrokirurgisk avdeling ved UniSyk. «Hvorfor sender du ikke en e-post til avdelingslederen ved gastro-avdelingen på UniSyk? Han er interessert i all slags forskning. Han lar deg sannsynligvis være der. Bare fortell han at du har snakket med meg og at jeg foreslo å ta kontakt.»

Jeg sendte deretter avdelingsleder Johansen en e-post hvor jeg forklarte formålet med prosjektet mitt, og jeg nevnte også i forbifarten hvem som hadde anbefalt meg å kontakte ham. Til min store glede fikk jeg svar etter få dager: «Beklager sent svar. Jeg synes dette ser interessant ut. Vi har en nokså presset arbeidssituasjon akkurat nå, men jeg foreslår at vi finner tid til å møtes i juni.»

Vi avtalte å møtes i juni. Før vi møttes, hadde jeg endelig fått den nødvendige anbefalingen fra NSD og en uttalelse fra REK om at prosjektet ikke var søknadspliktig. Dette var en forutsetning for at sykehusets personvernombud skulle la meg komme inn på sykehuset.

Da dagen for møtet kom, var jeg svært spent på hva dette møtet ville føre til, vel vitende om de problemer andre legeforskere hadde erfart med å få tilgang og aksept til å gjennomføre feltarbeid blant legene (Cassell, 1991; Katz, 1999). På vei opp til avdelingen forventet jeg nærmest at avdelingslederen ikke ville være til stede eller opptatt med andre viktigere ting enn å møte meg.

Stående utenfor rommet jeg var bedt om å komme til, hørte jeg flere stemmer på innsiden. Mens jeg gjorde meg klar til å banke på døren, åpnet denne seg. Ut kommer en kirurg som strener forbi, men etter noen skritt snur han seg mot meg og spør om jeg skal møte noen. Jeg forteller ham at jeg skal møte avdelingslederen Fredrik Johansen. Kirurgen fører ID-kortet han har rundt halsen, forbi dørens kodesensor, åpner og stikker hodet sitt inn døren og høylytt sier: «Fredrik det er en kar her som ser etter deg.» En stemme svarer: «Åh ja, det stemmer. Kom inn.» Når jeg går inn døren, ser jeg fire menn sittende rundt et stort rektangulært bord i hva som ser ut som et stort møterom. Tre av dem har på seg hvite sykehusuniformer med tilhørende frakker. Den fjerde, en mann i femtiårene, har på seg en grå genser og dongeribukse, med ID-kortet hengende rundt halsen. Han reiser seg opp, og går mot meg med utstrakt hånd. Vi hilser, og han sier: «Det går litt fort nå om dagen. Jeg må innrømme at jeg ikke husker hva vi skulle snakke om.» Jeg stotrer frem at vi skulle snakke om forskningsprosjektet mitt og om jeg kan få gjennomføre mine observasjoner av kirurgers arbeid hos dem. Han sier: «Ja, det var det, ja.» Han heller i kaffe i et par kopper og ber meg følge etter ham til et annet rom.

Han leder oss til et lite møterom hvor en lav sofa dekker hele den ene veggen, et rundt lavt bord står i midten, mens to stoler er presset inn i hvert sitt hjørne. Mer eller mindre krabbende over bordet setter Johansen seg ned i en stol, mens jeg finner meg plass i sofaen. Han ber meg om å si noe om prosjektet mitt. Noen få minutter inn i samtalen banker det på døren, og en mann i sekstiårene åpner døren. Han sier: «Jeg har blitt innkalt til et møte med deg ... Jeg har takket ja, men vet ikke helt hva det er for noe vi skal snakke om.»

Johansen svarer «Ehh... Jeg vet ikke helt.». Siden Johansen i e-postkorrespondansen med meg tidligere skrev at han ville invitere overlege Gundersen på møtet, spør jeg: «Er det Gundersen?» «Ja det er det», svarer han, trer inn i rommet og setter seg ned. Johansen forteller at vi nettopp har begynt, men ber meg om å gjenta hva jeg har sagt om forskningsprosjektet, og hvordan jeg planlegger å gjennomføre det.

Både Johansen og Gundersen satt stille og lyttet. Etter noen minutter, da jeg hadde fortalt at jeg ønsket å følge kirurgene rundt på sykehuset der de til enhver tid jobbet, spurte Gundersen om bakgrunnen min. Siden spørsmålet kom opp da jeg fortalte at jeg ønsket å følge kirurgene rundt, innledet jeg med å fortelle at jeg er spesialsykepleier med lang erfaring fra en barnekirurgisk avdeling. Gundersen fremsto nærmest lettet da han uttalte: «Det tror jeg gjør at dette blir mye lettere. Så slipper vi å måtte fortelle deg om hvor du kan stå, om sterilt område og slikt.»

Gundersens respons fremsto nærmest som en aksept fra hans side, og spørsmålene som fulgte, syntes å være utslag av mer nysgjerrighet enn skepsis: Hvordan ville jeg behandle informasjon om pasienter? Ville jeg bare følge overlegene? Kunne jeg tenke meg å følge de yngre legene og turnuslegene også? Det syntes som de var fornøyde med svarene jeg ga. Da jeg etter en halv times tid ga dem prosjektskissen min samt et utkast til samtykkeskjema, virket det allerede som de hadde besluttet at jeg var velkommen, selv om de ikke eksplisitt hadde uttrykt det. De begynte å snakke om hvordan jeg best kunne informere kirurgene om prosjektet mitt («Du bør nok komme på morgenmøtet fredagen før du begynner, så husker de deg kanskje»), at andre ansatte og avdelinger burde få vite om prosjektet mitt («Kanskje du kunne skrive et informasjonsbrev til poliklinikken, operasjonsavdelingen og sengepostene»), og at det var en del praktiske saker som måtte ordnes («Du må få en 0-prosentstilling ved avdelingen for å få ID-kort. Avdelingssekretæren kan ordne det. Så må du ta e-kurs i brannvern, tror jeg»). Gundersen og Johansen begynte så å diskutere seg imellom hvem jeg burde begynne å gå sammen med for å bli kjent med flest mulig av kirurgene og avdelingen. Før møtet var over, hadde vi avtalt dato for oppstart av mine observasjoner, så lenge sykehusets personvernombud hadde godkjent prosjektet innen den tid.

Sammenliknet med andre etnografers erfaringer (se eksempelvis Cassell, 1991) var det forholdsvis uproblematisk å få avdelingslederens aksept. Samtidig betyr det å få formell tilgang ikke nødvendigvis at *andre* aksepterer min inntreden inn i deres hverdag for å observere dem, eller at de ønsker eller er villig til å snakke med meg. Det er en viktig forskjell mellom å få formell og fysisk tilgang til en institusjon og å få tilgang til det sosiale livet til institusjonens «innbyggere». Mens formell tilgang kan ses på som enkeltstående, men kanskje langvarige, forhandlinger, så kan det å få sosial innpass generere en lang rekke andre utfordringer, og inneholde en lang rekke kontinuerlige og daglige forhandlinger (Dingwall, 1980). Så selv om Johansen og Gundersen var viktige portvakter for min inntreden inn i

avdelingen, betød deres aksept på ingen måte at min tilgang på kirurgene jeg ønsket å følge, var sikret.

I det følgende blir mine erfaringer knyttet til den sosiale tilgangen til feltet løftet frem. Jeg begynner med et lengre utdrag fra mine feltnotater, som viser hvordan jeg ble presentert for avdelingens kirurger, og hvordan jeg presenterte prosjektet mitt til dem. Utdraget viser også den betydningen Johansen hadde ikke bare som formell portvakt, men gjennom at han «gikk god» for prosjektets vitenskapelighet og relevans, hjalp han meg til også å bli sosialt akseptert av kollegiet.

2.3.2 *Feltarbeidets begynnelse*

En fredag møtte jeg opp på avdelingens morgenmøte for å bli introdusert til kirurgene og for selv å presentere prosjektet mitt for dem. Jeg hadde tidligere sendt avdelingsleder Johansen en kort skriftlig presentasjon av både meg og prosjektet, og bedt ham om å sende det videre til alle legene og de avdelingene han mente burde få denne. Jeg hadde dermed et håp om at min ankomst på avdelingen var kjent for menneskene der, selv om jeg ikke visste hvorvidt informasjonen var sendt ut, da jeg kom dit. Det viste seg senere at det var gjort, men at svært få av kirurgene hadde lest den.

Morgenmøtet begynner halv åtte hver ukedag, og markerer begynnelsen på avdelingens arbeidsdag. Jeg har avtalt å komme mot slutten av dette, ca. klokken åtte. Morgenmøtet har flere formål, hvorav to viktige er å gjøre rede for nye pasienter som har ankommet til avdelingen i løpet av døgnet og å formidle informasjon av både medisinsk, organisatorisk og mer generell art til avdelingens leger. Feltnotatet som følger, viser både noe av det som skjer på legens morgenmøte, og mitt første forsøk på å etablere en relasjon til kirurgene ved avdelingen.

Stående i korridoren er det ingen mennesker å se, men jeg hører fra døren som står på gløtt inn til møterommet hvor jeg er bedt om å møte opp, at det snakkes. Jeg kjenner igjen lyden av et morgenmøtes pasientgjennomgang på den monotone stemmen til en mann, men hører ikke hva som blir sagt. Jeg stiller meg forsiktig et stykke unna døråpningen, men likevel slik at jeg kan se noen mennesker som sitter rundt bordet. Noen sitter i grønne operasjonsklær, andre med hvite sykehusuniformer. Jeg konkluderer med at de har morgenmøte, og at det vil fortsette en stund til. Klokken er fortsatt bare kvart på åtte, så jeg er fortsatt tidlig ute. [...]

En kvinne i femtiårene kommer ut av døren som leder inn til kontorlandskapet der jeg møtte Johansen. Hun har på seg dongeribukse og genser, med en hvit frakk over. Hun

legger merke til meg, går mot meg og forteller meg, uten å introdusere seg selv eller spørre hvem jeg er, at jeg kan bli med henne inn om jeg er der for å møte kirurgene. Jeg får inntrykk av at hun venter meg. Hun åpner døren, og vi går inn sammen. Flere av menneskene som sitter der inne, snur hodet mot meg, men sier ingen ting. Kvinnen peker på en ledig stol inntil veggen ved siden av en mann som sitter med en hvit legefrakk over de grønne operasjonsklærne. Mens jeg setter meg ned, ser jeg at Johansen sitter nederst langs det lange møtebordet på venstre side. Han titter opp mot meg, og jeg gir ham et lite nikk som han gjengjelder.

Mens menneskene i rommet fortsetter å diskutere en fagdag de planlegger å gjennomføre, blir jeg sittende og kikke meg omkring. Rundt et langt bord som strekker seg gjennom mesteparten av møterommet, sitter det mennesker i hvite og grønne sykehusuniformer med frakker over. Fem eller seks, som ser ut til å være de yngste i denne forsamlingen av leger, sitter langs vindusveggen. Det er ikke plass til alle rundt bordet. Utover kvinnen som åpnet døren for meg, er det bare en kvinne til. Hun sitter i grønt, og ser ut til å være i femtiårene hun også. Mennene som sitter på venstre side av bordet, ser ut til å være de eldste blant dem. Kanskje i sekstiårene. Jeg gjetter på at de som sitter på høyre side, er i tretti- og førtiårene. Så langt jeg kan bedømme, er alle i rommet leger. [...]

Avdelingsleder Johansen, som leder møtet, sier de får gå videre: «Vi skal ha litt undervisning, og Peter Hougaard skal presentere sitt forskningsprosjekt for oss. Peter skal være her i noen måneder. Men er det noe mer vi skal ta opp først?» En mann i midten eller slutten av trettiårene reiser seg opp og sier han ønsker å si noe. Han skal, viser det seg, takke for oppholdet sitt her ved avdelingen. Han takker for et svært fint, givende og lærerikt veldig fint opphold ved gastrokirurgen. Han takker samtidig for at «dere har tatt så godt imot meg», og er spesielt glad for hjelp og opplæring han har fått i bruken av endoskopet. En av legene som sitter ved bordet, sier spøkefullt at «det kunne blitt kirurg av deg!». Til dette svarer legen at det godt kunne ha skjedd om han hadde begynt tidligere på avdelingen, men siden han nå snart er ferdig gynekolog, «så er nok det litt sent». Han fortsetter med å si at han håper at de vil møtes oftere, og at oppholdet hans kan være til hjelp for videre å utvikle samarbeidet mellom gastrokirurgen og gynekologisk avdeling, som han kommer fra. Johansen tar ordet, takker for at gynekologen har vært der, og gjentar håpet om at med rotasjon fra gynekologisk avdeling styrker samarbeidet mellom avdelingene seg. Johansen nevner at det skal komme noen nye fra samme avdeling «om en stund», før han igjen presenterer meg som forsker fra HiOA som «ønsker å forske på oss». Legene snur seg mot meg.

[Feltnotat]

Jeg ga ingen detaljert beskrivelse av prosjektet mitt, men presenterte hovedtrekkene av mine forskningsinteresser, min bakgrunn og erfaring både som sykepleier og forsker. Jeg fokuserte på hvordan jeg ville følge og observere kirurgene mens de jobbet, og at jeg håpet at de ville akseptere at jeg skulle følge dem individuelt. Videre understreket jeg at jeg hadde til hensikt å beskrive deres daglige arbeid og deres sosiale samspill i lys av organisasjonen de jobbet i, og

at jeg mente det var viktig å få mer nyansert kunnskap om hvordan moderne sykehus er organisert, og hvordan denne organiseringen påvirker legers autonomi. Jeg forsøkte også å kommunisere at jeg ikke hadde noen bindinger til sykehuset eller noen annen institusjon enn HiOA. Avslutningsvis sa jeg at jeg håpet studien ville bidra til den offentlige og politiske debatten om sykehusorganisasjoner, styring og arbeidsforholdene for leger, samtidig som min forskning ganske sikkert ikke ville ha noen direkte innvirkning på deres eget arbeid. Presentasjonen min var kort, ca. 5 minutter. Da den var ferdig, spurte avdelingslederen om det var noen kommentarer eller spørsmål. Bare to ble fremført.

En av de mannlige legene i førtiårene lurte på hvordan jeg skal håndtere sensitiv pasientinformasjon. Før jeg rekker å svare, sier Johansen at alle godkjenninger er i orden, og at konfidensialitetsavtaler er signert, og at dette «således ikke er problematisk». Spørsmålsstilleren følger opp med å si at det mer er det faktum at jeg vil komme inn i pasientens intimsfære, og at det er dette som kan betraktes som problematisk. Jeg svarer at jeg selvfølgelig er klar over problemet, og at jeg derfor ønsker at pasientene skal bli informert om hvem jeg er, og min rolle, og at pasientene får valget mellom å la meg bli og å be meg om å forlate rommet. Jeg understreket også det faktum at jeg ikke ville notere sensitive data om pasientene, og at selv om jeg håpet at jeg kunne være til stede i så mange forskjellige settinger som mulig, ville jeg absolutt ikke påføre pasientene ekstra belastninger. Mitt inntrykk var at svaret mitt ble akseptert av kirurgene.

Bortsett fra to tilfeller mens jeg var til stede på operasjonsavdelingen, da et par operasjonssykepleiere spurte meg om pasientene hadde gitt meg sitt samtykke til å observere, var dette den eneste gangen at spørsmål om pasientens samtykke ble stilt. Selv hadde jeg forventet flere spørsmål fra sykehuspersonalet om dette, men det virket som at både leger og sykepleiere var tilfreds med det faktum at jeg hadde inngått en taushetserklæring med sykehuset, og at det i seg selv holdt (mer om konfidensialitet og samtykke senere).

Det andre spørsmålet kom fra en av de eldre kirurgene. Dette var ikke så mye et spørsmål om hvordan jeg ville gjennomføre mine observasjoner, men snarere om prosjektet mitt faktisk var vitenskapelig. Han begynte med å si at han syntes prosjektet mitt «er interessant», og det «er beundringsverdig at du vil gjennomføre et slikt prosjekt». Hva han i mindre grad fikk, var en fullgod forståelse «av hva det vitenskapelige spørsmålet du stiller er, hvilke parametere som måles», og hvordan jeg skulle analysere dataene mine. Jeg begynte å svare ved å si at dette er en sosiologisk undersøkelse med en relativt åpen design, men før jeg får sagt særlig mer,

avbryter han meg: «Jeg forstår at dette er en sosiologisk undersøkelse, men jeg forstår ikke helt hva slags vitenskapelig analyse du skal gjennomføre.» Han vil derfor se prosjektbeskrivelsen, for «å kunne vurdere de vitenskapelige aspektene ved prosjektet». Johansen intervenserer, og sier at både Gundersen og han selv har lest prosjektbeskrivelsen og kan gå god for den. Men, fortsatte han, at det «sikkert ikke vil være et problem å distribuere det til alle». Selv om dette ikke var min hensikt, kunne jeg ikke se hvordan jeg kunne nekte å gjøre det, og jeg sa at alle kunne få en kopi av prosjektbeskrivelsen. Johansen avrunder møtet ved å si at «Peter kommer til å bli her en stund i dag, men starter sine observasjoner på mandag», og at «vi får se hvem som er aktuelle å følge senere».

Forespørselen om å få se «protokollen» kom som en overraskelse på meg, og det var med en viss grad av motvilje jeg delte den med legene. Imidlertid tror jeg at åpenheten som dette signaliserte, gjorde det enklere for kirurgene å stole på meg. Det signaliserte at jeg ikke hadde en skjult dagsorden. Selv om det var ubehagelig å dele den med kirurgene, kan denne åpenheten ha hatt en positiv effekt på kirurgens innstilling til meg og min tilstedeværelse. Hvorvidt de leste protokollen, vet jeg ikke.

2.4 Gjennomføringen av feltarbeidet

I de neste delkapitlene beskriver jeg hvordan jeg konkret gjennomførte feltarbeidet, rekrutteringen av kirurger, mine posisjoner som feltarbeider og feltarbeidets samtaler.

2.4.1 Rekruttering av kirurgene

Selv kan jeg forestille meg mange gode grunner til å si nei til å bli fulgt av en utenforstående forsker i arbeidet. Det kan sikkert oppleves som både rart, ubehagelig, slitsomt, truende og plagsomt. Å ha en hengende etter seg som ser på hva man gjør, hvilke beslutninger som tas, og hvordan samhandlingen foregår, mens man jobber med vanskelige problemstillinger, i krevende omstendigheter, vil kunne oppfattes som forstyrrende og lite attraktivt. Atkinson (1995:8) oppgir som én av flere grunner til at han ikke fulgte hematologene i alle arbeidssituasjoner, at han mente det ville være urimelig invaderende å gjøre det. Å rekruttere kirurgene viste seg likevel å være en uproblematisk prosess. I løpet av feltarbeidet mitt opplevde jeg aldri at noen sa at jeg ikke kunne få følge dem rundt mens de var i arbeid, eller at de bare motvillig sa jeg kunne få følge dem. Jeg tror årsaken til legenes velvillighet var forhold som ikke dreide seg om meg, men om hva de var vant til.

De aller fleste sykehusleger er vant til å ha mennesker rundt seg som observerer dem eller fotfølger dem gjennom arbeidsdagene. Sykehusleger med lang fartstid har alle erfaringer med å arbeide samtidig som de har yngre leger som studerer og observerer hva de gjør, med blikk for hva og hvorfor ting gjøres som de gjøres. Mindre erfarne leger er vant til og forventer å være under overordnede legers vurderende blikk. Når kirurger opererer, er det alltid andre mennesker i nærheten: andre kirurger, anestesileger, operasjons- og anestesisykepleiere og noen ganger også våkne pasienter. I pasientmøter på sengeposter er ofte sykepleiere og sykepleiestudenter med dem rundt og observerer, spør og graver, og noen ganger argumenterende og protesterende når de er uenig i kirurgens beslutninger. I tillegg er ofte pårørende til stede når legene snakker med pasienter. Alle disse vanlig forekommende situasjonene hvor legene er sammen med andre, gjør at legene er vant til å ha folk rundt seg og etter seg. Å ha en forsker på slep trenger derfor ikke å være så annerledes enn det de er vant til fra før av, noe også flere av kirurgene bekreftet. Siden jeg var opptatt av at min tilstedeværelse ikke skulle være (for) strevsom for kirurgene, spurte jeg gjerne etter øktene om det hadde fungert greit for dem å ha meg med i arbeidet deres. Det vanligste svaret jeg fikk, var at de var så vant til å ha folk rundt seg at det ikke var noe problem eller vanskelig i det hele tatt. Eller som en av kirurgene spøkefullt formulerte det: «Det gjør ikke så mye fra eller til ... Men jeg er ikke vant til å ha en mann ventende på meg utenfor toalettet.»

Selv når kirurgene ikke var umiddelbart klar over min rolle som forsker, var de velvillig innstilt og sa det var greit at jeg fulgte dem, noe feltnotatet mitt nedenfor illustrerer.

På vei ut av avdelingen finner jeg Engstrøm, en av de eldste av overlegene, ved vanntanken i gangen i fjerde etasje. Jeg har tenkt litt på å spørre ham om å få være med ham på søndag, men har ikke bestemt meg enda. Når jeg så ser ham, «hopper jeg inn» og spør. «Hei! Du, jeg lurte på om jeg kunne få gå sammen med deg på søndag. Du har visittvakt, har du ikke?» Han ser overrasket ut, før han svarer: «Ja, selvfølgelig.» Etter et sekund eller to, mens han ser på ID-kortet mitt som henger rundt halsen, spør han: «Er du turnuslege?» Han vet tydeligvis ikke hva slags rolle jeg har på avdelingen, men han har snakket litt med meg før. Samtidig svarer han et ubetinget ja til min forespørsel.

[Feltnotat]

Denne episoden utspant seg fire måneder og mer enn 460 timer inn i feltarbeidet mitt. Selvfølgelig kan det stilles spørsmål ved om dette i realiteten var et informert samtykke som ble gitt. Til mitt forsvar forklarte jeg min rolle mer inngående da jeg innså at han ikke kjente

til verken min rolle eller mitt prosjekt. Poenget mitt her er at kirurgenes «default» innstilling var at det var uproblematisk å ha folk med seg, også en observatør.

Det kan innvendes at jeg kan ha spurt kun de legene som jeg oppfattet som mest velvillige, hyggelige og imøtekommende. Det var ikke tilfellet. Både i forkant av og underveis i feltarbeidet var jeg bevisst på hvem jeg spurte. Jeg hadde klare ideer om hvilke kirurger jeg ønsket å følge, slik at jeg fikk dekket alle posisjoner i legehierarkiet, et bredt spekter av erfaring og alder og begge kjønn. Det fikk jeg til.

2.4.2 *De fotfulgte kirurgene*

Som jeg nevnte innledningsvis i dette kapitlet, fulgte jeg 16 leger gjennom en eller flere arbeidsdager. Seks av disse var overleger med faste stillinger. Fem av legene var relativt erfarne leger i spesialisering innenfor gastrokirurgi (LIS B-gren gastro), eller B-grenist, og fire var leger i spesialisering i generell kirurgi (LIS Generell kirurgi). Disse to siste gruppene av leger representerer hva man til vanlig omtaler som assistentleger eller underordnede leger. I tillegg fulgte jeg en lege som jobbet under lisens, på avdelingen omtalt som *postlege*. Den eneste gruppen av leger tilknyttet gastrokirurgisk avdeling som jeg ikke fotfulgte over hele vakter, var turnuslegene. Hva forskjellene i titler og posisjoner gjør for arbeidet deres, tar jeg for meg senere. For nå holder det å si at mine informanter dekket alle funksjoner ved avdelingen, med ett unntak. Jeg fulgte ikke avdelingslederen i hans daglige arbeid, annet enn når han var der i de sammenhenger hvor han møtte avdelingens kirurger, enten det var i det daglige morgenmøtet, i lunsjen eller i korridoren (eller annet sted).

Disse 16 fotfulgte kirurgene fungerte i realiteten kontinuerlig som portvoktere. De var, som Thagaard formulerer det, «personer – som på grunnlag av innflytelsen de har i et miljø – kan bistå forskeren med å skaffe tilgang til de informanter og situasjonene han eller hun ønsker å studere» (Thagaard, 2003:65). Ikke bare sikret de meg adgang til alle sykehusets arenaer og introduserte meg for andre ansatte, men de var viktige nøkkelinformanter, som jeg både kunne observere og inngå i samtaler med, stille spørsmål til og få inngående refleksjoner og innspill fra.

2.4.3 *Roller og posisjoner*

Social role – the expected behaviour of an individual occupying a particular social position [...] [i]ndividuals play a number of different social roles, according to the varying contexts of their activity. (Giddens, 2001:699)

Med alle roller følger det et sett av forventninger, men forventningene trenger ikke være avklart en gang for alltid. Rollene våre utformes i samspill med hverandre, gjennom refleksjon og samtale, gjennom prøving og feiling. I noen sammenhenger fremstår forventningene som relativt avklarte. Man vet hva som forventes. Andre roller er mer uavklarte. Så langt i livet har jeg hatt mange forskjellige sosiale roller på sykehus. Jeg har vært pasient, sykepleier, pårørende, kollega, nybakt far, tillitsvalgt, student, sørgende familiemedlem og forsker. Jeg har altså etter hvert opparbeidet meg en del erfaringer om sykehusenes forskjellige roller og forventninger knyttet til dem, og jeg har spilt dem ut med varierende grad av suksess.

«I mange organisasjoner kan feltarbeidaren imidlertid konstatere at det ikkje ser ut til å vere plass til ein forskar i det lokale statusinventaret», skriver Måseide (1997:98). Av de mange forskjellige roller jeg har fått, tatt eller forhandlet meg frem til, har på et vis forskerrollen vært den som har hatt de minst tydelige og avklarte forventningene knyttet til seg fra de umiddelbare omgivelsene. En gang iblant ble de forventninger og ønsker jeg selv hadde om hvilke roller og funksjoner jeg ville innta, satt på prøve og i spill.

Det finnes mange grader av deltagelse i observasjonsstudier, fra fullstendig tilslutning til fullstendig atskillelse (Fangen, 2010:72). Jeg skal ikke begi meg inn på å gjøre rede for alle de roller som kan inntas i et feltarbeid på sykehus, men heller konsentrere meg om de rollene jeg hadde i løpet av feltarbeidet. Mitt mål var aldri å bli en fullt ut deltagende aktør blant kirurgene. Det ville selvfølgelig heller aldri vært mulig. Ikke er jeg kirurg, og ikke kan jeg håndtere en skalpell særlig godt.

Hva jeg tok sikte på, var å være til stede der kirurgene var, for å observere, med en tilstrekkelig nærhet til å kunne høre hva som ble sagt, se hva som ble gjort, og samtale med dem når det var mulig. Rocks beskrivelse av en begynnende sosial rolle som deltagende observatør fanger opp denne rollen godt:

It is better better to remain in the margins at first, available, just about visible, but not too demanding. Show interest. See who the others about one are. Observe those whom they deal with. Be available. Observe and chart everyday routines. Listen to others: being prepared to listen is a rare enough asset in social life and it will be rewarded.
(Rock, 2001:34)

For det meste opplevde jeg at jeg fikk det til, og at kirurgene lot meg innta den rollen allerede fra første dag, og ved de fleste anledninger. Således fikk jeg tilgang til alle de planlagte

møtene hvor kirurgene møttes. Jeg fikk være med på alle morgen-, vakt-, undervisnings- og tverrfaglige samarbeidsmøter i tillegg til de tre personalmøtene som ble gjennomført i den perioden jeg var der. Jeg fikk være med på alle typer vakter og arbeidsoppgaver kirurgene hadde, til alle døgnets tider, overalt på sykehuset. Jeg tilbrakte mye tid som observatør på legevisittene på sengeposter, operasjonsstuer, akuttmottaket og alle andre steder der legene oppholdt seg.

Av den tiden jeg tilbrakte sammen med legene mens de arbeidet med pasienter, var jeg sjelden noe annet enn stående eller sittende i utkanten av der handlingen pågikk. Jeg var en tilstedeværende observatør. Når kirurgene så til pasienter på sengepostene, sto jeg vanligvis et lite stykke bak legen, men ofte sammen med en sykepleier. En gang iblant ga jeg en hjelpende hånd når pasienter skulle sette seg opp i sengen, eller når en sprøyte skulle åpnes. Tilsvarende var det når kirurgene arbeidet på poliklinikken.

På operasjonsstuen ble jeg gjerne stående langs en vegg, noterende, for ikke å stå i veien eller kontaminere sterilt operasjonsutstyr eller operasjonsfeltet. En ulempe ved å stå et par meter unna er at mye av praten som skjer på operasjonsstuene, skjer mellom kirurgene og operasjonssykepleierne over pasienten, i stille og lavmælte former. Stemmene forsvinner i surklingen av kroppsvæsker som suges opp, pipingen av alarmer og susing fra ventilasjonen. Jeg opplevde å bli stående utenfor, men med en usedvanlig nærhet. Men det var ikke alltid slik, og flere av kirurgene «inviterte» meg inn i operasjonen, noen ganger med kreative forslag til hvordan jeg skulle komme nærmere. «Det må være utrolig kjedelig å stå der. Du ser jo ingen ting! Finn deg en krakk å stå på, så kan du se over skulderen min.» «Stå oppe hos anestesien. De trenger ikke så mye plass.» Og om de holdt på med kikkhullskirurgi, skjedde det flere ganger at de ba operasjonssykepleierne slå på en tv-skjerm til så jeg kunne få se det samme som kirurgene så gjennom kameraene sine.

Men det var også noen brudd fra denne litt marginale tilværelsen som observatør. De fleste av avdelingens kirurger, og etter hvert mange sykepleiere, hadde fått med seg at jeg er sykepleier «med lang fartstid», som en av de erfarne kirurgene formulerte det. Det medførte en gang iblant at jeg ble spurt om jeg husket hva normalverdiene på prøver var, når de ikke selv i farten husket det, om jeg kunne «ta på et par hansker og ta av bandasjen» på operasjonssår. Stort sett var det slike små tjenester jeg ble bedt om, men særlig et par ganger ble jeg dratt inn i de «miljøspesifikke aktiviteter». Feltnotatet jeg nå skal gjengi utdrag fra viser både hvor fort min rolle som observatør kunne endre seg, og de viser noe om legenes mulighetsrom for å ta

avgjørelser. Feltnotatet er fra en situasjon hvor det foreligger et akutt behov for amputasjon av et ben på nattestid. Jeg har fulgt en av de mer erfarne underordnede kirurgene, Vesterstuen, gjennom natten.

Dag 16, Operasjonsavdelingen, smittestue

Klokken 03.20

Vi kommer ned til operasjonsstuen. Pasienten som skal amputere et ben, har kommet ned på operasjonsstuen. Når Vesterstuen og jeg kommer ned, møter vi primærvakten Svensen. Vesterstuen og Svensen begynner å ta på seg smittefrakker og hansker, masker og luer i slusen. Sko byttes utenfor. Slusen er trang, men det er egen vask der inne. Jeg har også fullt smittevernsutstyr på meg, som alle andre der inne.

Det viser seg at pasienten ikke har blitt flyttet fra sengen til operasjonsbordet. Vesterstuen lurte på hvorfor han ikke er klar. Den ene sykepleieren peker på ham: «Se på ham. Han er ikke akkurat den enkleste å flytte på!» Han er intubert og sedert. Det tar ikke lenge før han er klar til å flyttes over. Vesterstuen ber meg «ta i et tak». Svensen, Vesterstuen, to operasjonssykepleiere, en anestesisykepleier, anestesilegen og jeg flytter ham over.

Operasjonssykepleierne begynner å vaske ham, og legger på operasjonsduker over pasienten. De vet ikke helt hvordan de skal legge pasienten på operasjonsbordet slik at de får kommet til. Benet skal amputeres veldig langt opp mot hoften. Operasjonsbordets benholder viser seg å komme i veien for kirurgene. Vesterstuen, Svensen og operasjonssykepleieren diskuterer frem og tilbake. Vesterstuen bryter ut oppgitt etter en god stund: «Men herregud! Nå må vi få gjort dette! Det er blitt verre i løpet av den tiden vi har vært her.»

Anestesilegen har flere ganger sagt høyt at «dette kommer ikke til å gå», «nei, det her går ikke», «han kommer ikke gjennom dette», «han er jævlig lav i trykk». Alarmene piper ustanselig. «Han får alt det vi har. Nå må dere få satt i gang.» Ortopeden har kommet underveis. Han skal også delta i operasjonen. Ortopeden, Svensen og Vesterstuen forsøker å se hvordan de alle skal klare å komme til med skalpellene samtidig.

[...]

Klokken 04.25

Vesterstuen gjennomfører sjekklisten som skal sikre at de gjennomfører riktig operasjon på riktig pasient. Gjennomføringen går litt raskere unna enn det jeg har sett før. Men alle inne på operasjonsstuen presenterer seg kort; «Vesterstuen, operatør», «Kari Selters, anestesisykepleier». Jeg presenterer meg også: «Peter Hougaard, observatør.»

Klokken 04.27

Vesterstuen: «Da begynner jeg.» Alle kirurgene begynner å gjøre snitt i pasientens ben fra hver sin side. Det går fort unna. Det er helt stille, med unntak av utstyret som piper og suser. Operasjonssykepleierne gir skalpeller og diatermiutstyr, haker og kompresser til kirurgene når de ber om det gjennom korte beskjeder. Det er en hektisk aktivitet, men for det meste er det kun kirurgene som snakker. Korte beskjeder gis mellom dem som når de informerer hverandre om hvor de skjærer. Utover det er det lite som sies. Svensen sitter under benet som operasjonssykepleieren delvis holder, delvis er benet på en støtte de har satt opp på en eller annen improvisatorisk måte. Ortopeden står ved siden av Svensen, mens Vesterstuen står på andre siden og lener seg over bordet.

Klokken 04.40

Ortopeden sier «lateralt er femur helt frilagt». Vesterstuen og Svensen svarer med en oppdatering over hvor langt de har kommet. Svensen er snart ferdig fra undersiden. Jeg hører ikke hva Vesterstuen svarer. Beskjedene er svært korte. Anestesiens bekymringer om trykket formidles på nytt. Anestesilegen: «Han får monstrøse mengder med pressorer.» «Han går nok i stans.» Flere ganger sier han det, mest som en stadfesting av situasjonen. «Dette kommer ikke til å gå.»

Etter noen minutter til er de klare til å kutte benet. «Hvordan gjør vi dette nå?» spør en av sykepleierne. Hun lurte på hvordan de skal holde igjen benet når det skal kappes.

Vesterstuen sier: «Peter! Gå og vask deg. Du kan hjelpe til å holde benet.»
Overrumplet over hva jeg oppfatter som mer en beskjed enn en forespørsel, svarer jeg: «OK, det kan jeg godt.» En av operasjonssykepleierne protesterer. «Nei, det kan han ikke!» Vesterstuen svarer: «Jo, han kan brukes til det. Han er sykepleier i bønn!» Sykepleieren ser på meg. «Kan du vaske deg?». Jeg svarer: «Ja, men det er sikkert greit med veiledning.» «Da får du gå og gjøre deg klar», sier hun, og jeg går ut i slusen og skifter og vasker hender og kler på meg sterilt utstyr under veiledning av en av sykepleierne som står i slusen. Men når jeg kommer tilbake, viser det seg at jeg ikke trengs. Benet er i ferd med å løses fra pasienten, og en sykepleier holder det idet det løsner. Jeg hjelper henne dog til å løfte benet opp i en stor gul sekk, og litt senere hjelper jeg henne med å løfte det opp igjen, for å få tak på utstyret som ikke er fjernet fra benet som nå er løsnet fra pasienten.

[Feltnotat]

I dette tilfellet ble jeg dratt inn som et ekstra par hender, andre ganger tilbød jeg meg å bidra med kompetanse. Ved et fåtall anledninger viste det seg at det var utstyr pasientene brukte og var avhengige av, som verken sykepleierne eller legene kjente, men som jeg hadde lang erfaring med. Da opplevde jeg en forpliktelse til å bidra med det jeg kunne som sykepleier, og jeg ga beskjed, gjerne litt forsiktig, til de tilstedeværende om at jeg kjente til det, og at jeg kanskje kunne bidra. Noe annet ville være (yrkes-)etisk uforsvarlig og uærlig overfor dem jeg

tilbrakte tiden sammen med. Legen og antropologen Torsten Risør skriver dette om hans erfaring rundt det å være både fagperson og forsker fra hans feltarbeid blant turnusleger:

The fieldworker may be an outsider, but is also a professional with special knowledge and special resources which may be of interest to the other actors in the field. The fieldworker may make use of these resources to participate, but runs the risk of being too active, thus taking control over the action. (Risør, 2012:80)

Risørs påpekning av dette forholdet mellom forskeren og feltet er viktig med tanke på forskerens innvirkning. Men for min del, med bakgrunn som sykepleier, ikke som lege, er jeg av den oppfatning at mulighetene mine for «taking control over the action» var særdeles små. For min egen del var det også godt å kunne bidra litt i ny og ne, utover å trakte kaffe til morgenmøtet (som for øvrig ble veldig godt mottatt). Jeg skal være rask til å tilføye at innspill fra meg av sykepleie eller medisinskfaglig art ikke var noen dagligdagse hendelser, men de oppsto en gang iblant. Jeg oppfattet det som om det ble godt mottatt blant dem jeg gikk sammen med, i tillegg til at slike episoder gjerne var naturlige opptakter til samtaler i etterkant. Dette bringer meg videre til noe jeg bare så vidt har nevnt så langt, feltarbeidets samtaler.

2.4.4 *Feltarbeidets samtaler*

Jeg har tidligere skrevet at jeg ofte ble stående i utkanten av hendelsenes begivenheter, som en noe marginal figur. Og selv de gangene hvor jeg var mer deltagende, hadde jeg liten innflytelse på det som skjedde rundt meg.

The demands of medical work are so great and immediate and the field-worker is such a relatively unimportant figure in the clinical scheme of things that I felt my presence affected the phenomena I was interested in only in insignificant ways, if at all. (Bosk, 2003:14)

Beskrivelsen som Bosk gir her, oppfatter jeg også som beskrivende for betydningen av min tilstedeværelse og påvirkning av det som skjedde. Men med ett klart unntak, og det i forbindelse med samtalene som jeg hadde med kirurgene. En styrke ved deltagende observasjon som metode er at man gjennom nærheten til dem en studerer, kan inngå i spontane samtaler omkring handlingene som skjer, spørre om det man ikke forstår, eller prøve ut tanker om det en ser, med dem det gjelder. Dette gikk ut på å benytte de anledninger som fantes, for å få innsikt i legenes forståelse av situasjonen. Så når anledningen bød seg, tok jeg initiativ til samtaler, spurte dem jeg var sammen med, om det som hadde skjedd. Ofte ble det

med korte samtaler i trappeoppgangene og korridorene på vei til nye gjøremål. Da var det gjerne konkrete avgjørelser eller konkrete gjøremål jeg spurte om.

Men kirurger er ikke alltid i bevegelse, opptatt med pasienter eller andre. Ikke sjelden, og i overraskende stor grad, vil noen kanskje si, sitter kirurger. De sitter og skriver journaler. De venter på at operasjoner er klar til å begynne. Noen ganger er det bare lite å gjøre. I slike situasjoner var det ofte rom for lengre samtaler, diskusjoner og refleksjon. Det var i slike samtaler jeg også fikk tilgang til kirurgenes liv utenfor sykehuset, tidligere erfaringer og planer for fremtiden. Vekslingen mellom å være passiv observatør i noen situasjoner og mer en aktiv og nysgjerrig og til dels intervjuende sosial deltager opplevde jeg som svært fruktbar. Jeg gjennomførte ingen planlagte, formelle semistrukturerte intervjuer i løpet av feltarbeidet mitt. I utgangspunktet var det en del av planen, men jeg la det bort når jeg så hvor krevende det ville være å få avtalt tid med dem. Samtidig opplevde jeg raskt at de løpende samtalerne jeg hadde med kirurgene underveis, ga meg minst like mye som jeg etter hvert tenkte at mer planlagte intervjuer ville gjøre. Det betyr likevel ikke at samtalerne mine var planløse eller uten klar retning formålsløse. Svært ofte kom det spontant opp temaer som jeg visste jeg ønsket å få utdypet. I tillegg, i stedet for å forsøke å avtale intervjuer, planla jeg med hvem og om hvilke temaer jeg ønsket å samtale. Så når anledningen bød seg, hadde jeg som regel konkrete spørsmål formulert. Og anledningene oppsto tilstrekkelig ofte.

Som mange andre feltarbeidere har beskrevet, opplevde også jeg at kirurgene tok initiativ til samtaler. Det var tydelig at en del av dem ønsket å forsikre seg om at jeg forsto de utfordringene de møtte i sitt arbeid som kirurger. Det at jeg var oppriktig interessert i deres arbeid og refleksjoner, og at jeg etter hvert fikk opparbeidet meg tillit hos kirurgene, bidro nok til at de selv tok opp temaer og problemstillinger som jeg ikke hadde skjønnet var viktige for dem.

Det var også i samtaler at jeg opplevde at min rolle som forsker til tider ble minst tydelig. Mens kirurgene var konsentrert om sitt arbeid, var rollen som tilbaketrukket observatør enkel. I samtaler kunne derimot denne rollen endre seg, og den skapte til tider en for meg ubekvem posisjon, spesielt når jeg fotfulgte de noe yngre eller uerfarne legene. Om det skyldtes at jeg var sykepleier, en utenforstående eller noe eldre enn dem, vet jeg ikke. Men det var ikke sjelden at disse spurte meg om jeg syntes de handlet riktig i møtene de hadde med pasienter. Vanligvis var det ikke spørsmål om medisinsk korrekt behandling (men det skjedde det også), men om hvorvidt jeg syntes de brukte for mye eller for lite tid med enkeltpasienter, om de

hadde opptrådt uhøflig overfor pasienter (eller sykepleiere). Som en av de yngre legene sa etter en visittunde på en av sengepostene: «Synes du jeg gjør en god jobb når jeg er inne hos pasientene? Jeg er veldig interessert i hva andre tenker om hvordan jeg gjør jobben min. Det er ikke så lett å få tilbakemeldinger.» Ved slike anledninger forsøkte jeg først og fremst å undersøke videre hvorfor de spurte. Samtidig ville jeg fremstått som parodierende overfor dem som spurte, om jeg hadde svart: «Hva tenker du selv, da?» Så jeg ga som regel et forsiktig svar om hva jeg tenkte.

En annen variant av dette kom fra overlegene. Fordi jeg tilbrakte mer tid sammen med de yngre legene enn overlegen gjorde selv, opplevde jeg at overlegene tidvis forsøkte å «hente ut» informasjon fra meg om hvordan de yngre legene oppfattet det å arbeide på avdelingen. Jeg oppfattet dog spørsmålene først og fremst som et uttrykk for en interesse for hvorvidt de yngre legene trivdes, og i mindre grad som forsøk på å skaffe til veie «sladder». Spørsmålene av denne typen besvarte jeg likevel ikke.

I tillegg til mange samtaler med kirurgene jeg fulgte, hadde jeg gode og informative samtaler med en lang rekke andre. På akuttmottaket hadde jeg rikelig anledning til å snakke med de andre kirurgene som inngikk i sykehusets vaktordning. Tilsvarende var med turnuslegene som var der. På operasjonsstuene kom jeg også i prat med mange av sykepleierne. De innledet ofte samtaler med meg, og hadde gjerne mye på hjertet når jeg fortalte dem at jeg forsket på kirurgene og deres arbeidsorganisering. Ikke helt sjelden var sykepleierens forståelse og perspektiv på sakene forskjellig fra kirurgenes.

2.5 Hva så jeg etter?

Sykehus kan fremstå som et overveldende komplekst samfunn hvor tusenvis av mennesker befinner seg i et utall av roller, aktiviteter og steder. Det er lett å gå seg vill, det er lett å miste fokus, lett å rette blikket mot det mest dramatiske. Jeg gikk ikke inn feltarbeidet uten en plan. Jeg hadde noen klare oppfatninger om hva jeg ønsket å undersøke. Samtidig forsøkte jeg å ha et eksplorativt «mindset». Men mye av hva jeg så etter, kan sammenfattes med et ord jeg allerede har brukt – *hverdagsarbeid*.

Det er i hverdagsarbeidet, den praktiske utførelsen av yrket, at den enkelte kirurgs autonomi kommer til uttrykk, blant annet gjennom deres muligheter til å bestemme selv hvordan de skal gjøre hva, når, med hvem, hvor og i hvilken rekkefølge. For meg var det derfor viktig å

kartlegge kirurgens arbeidsforløp (Strauss, 1985; Strauss et al., 1997).⁴ Jeg hadde derfor et mål om å kartlegge hvilke arbeidsoppgaver de til enhver tid hadde, og hvordan disse ble distribuert og kjedet sammen mellom sykehusets aktører.⁵ Hvem tok hvilke beslutninger, hvordan ble beslutningene tatt og formidlet? Og hvordan ble de mottatt? Hvem var det kirurgene møtte i løpet av arbeidsdagen, og i hvor stor grad var de i en posisjon til å forme arbeidsdagen etter eget ønske?

Jeg var også opptatt av å kartlegge avdelingens rutiner. På hvilken måte forsøkte sykehuset og avdelingen å strukturere arbeidet som ble gjort, og på hvilket organisatorisk nivå ble rutinene besluttet? Hvordan ble arbeidsrutiner formidlet, og hvordan forholdt kirurgene (og andre) seg til slike rutiner? Jeg søkte å få tak på hvordan avdelingens organisering av tid og arbeidsoppgaver ble uttrykt gjennom rutinisering, og hvordan relasjonen mellom arbeidsdeling, formell posisjon og sosial samhandling forholdt seg til hverandre. Hvordan ble aktiviteter koordinert? På hvilke måter ble det medisinske hierarkiet spilt ut når leger fra forskjellige posisjoner og avdelinger møttes?

Som jeg har forsøkt å redegjøre for her, var jeg opptatt av hvordan hverdagsarbeidet for kirurgene var organisert (blant annet i betydningen hva, hvem, når, hvor). På den annen side forsøkte jeg også å fange opp hendelser som brøt med hverdagsarbeidets rutiner, og eventuelle reaksjoner dette fikk hos aktørene som befant seg på sykehuset.

2.6 Feltnotatene

Akkurat som kirurgene jeg fulgte, hadde jeg alltid en notatbok tilgjengelig, og veldig ofte var den slått opp. Men til forskjell fra kirurgenes notatbøker var den ikke fylt opp av pasientdata, personnummer, telefonnummer, huskelapper og «jukselapper» om diagnose og prosedyrekoder. Mine etter hvert mer enn 20 tettskrevne notatbøker ble fylt av en kombinasjon av en mengde hastig nedtegnede klokkeslett, beskrivelser av hvem som var til stede hvor, hva som ble sagt, og mine inntrykk av stemninger, handlingsforløp og beslutninger som ble gjort. Også langt fyldigere beskrivelser av handlingsforløp, rom og refleksjoner fant sin plass i notatbøkenes linjer, noen umiddelbart, andre en time, en dag eller lenge etter. Jeg skal si litt mer om notatenes tilblivelse, form og innhold.

⁴ Jeg utdyper min forståelse og bruk av begrepene arbeidsforløp i kapittel 3 *Perspektiver anlagt og frembrakt – teoretiske referanserammer og sentrale begreper*.

⁵ Jeg legger til grunn en bred forståelse av begrepet, hvor enkeltindivider, men også avdelinger og andre større sosiale enheter (uavhengig av organisasjonskart) kan forstås som aktør.

Grovt sett kan man på et sykehus skille mellom formelle, planlagte samhandlingssituasjoner og mer tilfeldige, uformelle møter. Videre kan man skille mellom møter med og uten pasienter (og pårørende). Noen av disse kan være planlagte, som på poliklinikken. Andre oppstår mer eller mindre spontant, i korridoren, pasientrommene, operasjonsstuen, kantinen, på vaktrommet eller på skriveplassene.⁶ Til en viss grad hadde dette betydning for notatenes form og innhold.

I alle de mer eller mindre formelle møtene hvor kirurgene (og sykepleiere og andre) var til stede, satt jeg, som de fleste, med notatboken min fremme og skrev. Dette gjorde at jeg i stor grad kunne skrive ned ordrett hva som ble sagt, eller den nøyaktige rekkefølgen på ordskiftet. Selvfølgelig var det mye jeg ikke noterte, og om jeg hadde sammenliknet notatene min med et lydopptak, ville det nok vært store forskjeller mellom disse. Det er ikke mulig å skrive ned alt, og jeg er ingen stenograf.

En av de store utfordringene med feltarbeid på sykehus er at leger snakker i medisinsk terminologi og medisinsk sjargong. Om en skal kunne beskrive og forstå sammenhenger i de sosiale prosessene ved et sykehus, forutsetter det et minimum av medisinsk kunnskap (Atkinson, 1995; Bosk, 2003; Måseide, 1997). Selv om jeg som sykepleier kjenner til mye av dette, er det en lang rekke begreper og språklige vendinger som det er vanskelig å forstå og dermed også gjengi om man ikke selv er lege. Jeg klarer for eksempel ikke å gjengi ordrett radiologens beskrivelser av en CT-abdomen eller kirurgens gjennomgang av hvordan en kirurgisk prosedyre ble gjennomført steg for steg. Til det er mine kunnskaper for grunne. Men jeg forsto nok til å kunne få meningsfulle sammendrag også av disse samtalene og diskusjonene. Og jeg hadde mulighet til å snakke med legene etterpå om hva de hadde diskutert, noe jeg også gjorde. Også under disse samtalene var ofte notatboken fremme.

I mange andre situasjoner hadde jeg mulighet til helt uforstyrret å stå (eller sitte) og notere. Jeg tilbrakte således mange timer med bok og penn i hendene på operasjonsstuer til alle døgnets tider. I mange henseender var det å få overvære operasjoner spennende, og det genererte mange inntrykk og data. På den annen side kunne det til tider også være usedvanlig

⁶ Her er det kanskje på sin plass å påpeke at hvorvidt en samhandlingssituasjon oppfattes som planlagt eller ikke, er avhengig av posisjon. For en pasient som er planlagt innlagt, kan møtet fremstå som planlagt. Men for legen kan det være at han plutselig får «kastet» møtet på seg. Tilsvarende kan en pasient som legges inn som øyeblikkelig hjelp, oppfatte situasjonen som ikke planlagt, mens legen kan oppfatte den som planlagt. Når jeg her snakker om planlagte, formelle samhandlingsmøter, tenker jeg først og fremst på møter mellom sykehusets ansatte som er avtalt på forhånd.

krevende (og kjedelig) når operasjonene strakk seg over mange timer og det eneste jeg hørte, var operasjonsteamets rolige, men akk så dempede stemmer over pasienten på operasjonsbordet. Disse timene brukte jeg oftere og oftere til å skrive mer utfyllende feltnotater av det jeg hastig hadde notert fra dagens tidligere hendelser rundt omkring på sykehuset.

Notatboken var også fremme i de fleste andre situasjoner. Min iver etter å notere ble registrert av mange av legene jeg tilbrakte tid sammen med. Ikke sjelden, og spesielt i begynnelsen, ble jeg spurt «noterer du nå?», eller «hva er det du skriver i notatboka?». Til det første spørsmålet var svaret mitt «ja». Til det andre spørsmålet svarte jeg som regel at jeg skrev om hva som pågår rundt meg, hvem som er til stede, og hva som sies, men notatene ble aldri vist frem. Ikke sjelden førte dette til givende samtaler som ga meg nye innsikter og ideer. Det å skrive feltnoter åpenlyst hadde dermed til tider en dobbel funksjon. Jeg fikk mine inntrykk av livet på sykehuset ned på papir, samtidig som det la til rette for nye data. Etter hvert ble det oftere kommentert når jeg ikke skrev ned noe, enn når jeg gjorde det.

I tillegg til at min helt åpenlyse skriving ga fyldige feltnotater, ga det også menneskene rundt meg en påminnelse om at jeg var der som forsker. Dermed hadde de muligheten til selv å vurdere hva de ønsket å dele av det som ble sagt, eventuelt gi beskjed om at jeg ikke skulle notere eller referere. Dingwall skriver om å notere åpent:

It does, for instance, allow subjects to request suspension of data collection on areas sensitive to them. [...] In this case [writing openly] honesty and pragmatism coincide. Contemporaneous notes yield better data. (Dingwall, 1980)

Jeg skrev som sagt åpenlyst i så godt som alle situasjoner. Men det var unntak, og da som oftest fordi det var pasienter eller pårørende til stede som ikke var gjort oppmerksom på at jeg ikke var der som helsepersonell. Men så lenge jeg hadde blitt introdusert for pasientene som forsker, tok jeg også i de situasjonene notater, dog ikke like mye som når jeg kun var sammen med ansatte (og bevisstløse pasienter).

Fangen (2010, med henvisning til Schatzman og Strauss, 1973) beskriver en måte å kategorisere forskjellige typer av feltnotater underveis. Her skiller det mellom observasjonsnotater, teoretiske notater og metodologiske notater. Observasjonsnotatene er «samhandlingens hvem, hva, hvor, når og hvordan» (Fangen, 2010:108). Disse skal fortrinnsvis være uten fortolkning. Teorinotatene er forskerens refleksjoner om og forsøk på å utlede mening og teoretiske slutninger fra observasjonsnotatene. Methodenotatene på den

annen side fungerer som påminnelser og selvreflekterende noter til en selv om de erfaringene man har hatt underveis i feltarbeidet. Jeg visste fra tidligere erfaringer som deltagende observatør at dette var en øvelse som jeg i liten grad ville klare å være konsekvent på, men som jeg fortsatt forsøkte å følge. Stort sett er det i notatene mine tydelig hva som er beskrivelser av situasjonene, og hva som er mine tanker om dem.

Etter at de enkelte øktene var ferdige, forsøkte jeg å skrive ut feltnotatene og fylle på med detaljer så raskt som mulig på PC. Dette viste seg å være en nærmest uoverkommelig oppgave, særlig etter lange vakter på kveld og nattestid. Da var behovet for å hvile hodet for stort, og behovet for og kravet om å delta i mitt eget familieliv var for påtrengende. Jeg måtte derfor relativt raskt skifte strategi. For det første begynte jeg å føre «regnskap» med hvem jeg hadde gått med, tidspunkt, og det jeg hadde oppfattet som de viktigste hendelsene underveis, i et Excel-ark med en gang jeg kom hjem, slik at jeg senere raskt kunne finne frem papirnotatene mine. I tillegg begynte jeg å skrive utfyllende notater underveis i feltøktene. Når kirurgen gikk for å spise, avtalte jeg etter hvert heller å møtes på et gitt tidspunkt og sted, eller at jeg kunne ringe ham eller henne for å møtes, slik at jeg kunne finne meg et sted for å skrive ut notatene. UniSyks venteplasser for pasienter rundt omkring på sykehuset var ett av flere velegnede steder for dette. Operasjonsstuen ble også etter hvert et sted hvor jeg brukte tiden vel så mye til å skrive ut notater fra det jeg hadde observert tidligere, som jeg observert det som foregikk her og nå. Jeg tok meg altså noen «mikropauser» fra feltøktene, uten å forlate feltet. I tillegg tok jeg meg «fri» etter noen dagers observasjon for å skrive notatene ut på PC-en. Ikke alt som ble skrevet ned i notatboken min, endte opp i de elektroniske dokumentene mine.

2.7 Dokumenter og andre data

I tillegg til at jeg har observert og samtalt med sykehusets aktører, har jeg også hatt tilgang til andre typer data. Allerede fra første dag fikk jeg brukertilgang til UniSyks elektroniske prosedyre- og rutinemanual. Her lå alt fra korte kliniske prosedyrer for hvordan sekretærer skulle fylle ut diverse skjemaer, hvordan forordne medikamenter i UniSyks elektroniske pasientjournalssystemer, til stillingsbeskrivelser for avdelingsledere. Det var også en lang rekke prosedyrebeskrivelser knyttet til hvordan pasienter skulle overflyttes mellom avdelinger, og til hvem som hadde ansvar for dette, beslutningsmyndigheter ved store katastrofer og fordelinger av blant annet ressurser på operasjonsavdelingene. Også hvordan eksempelvis henvisninger og operasjonsmeldinger skulle fylles ut og sendes videre, var

beskrevet i denne elektroniske prosedyre- og rutinemanualen. I løpet av feltarbeidet mitt brukte jeg en del tid på å forsøke å få oversikt over relevante dokumenter som lå der. Det fikk jeg aldri, men de mange retningslinjene og dokumentene som jeg fant der, har inngått i materialet mitt, delvis som bakgrunnsdata, men først og fremst som utgangspunkt for spørsmål til de fotfulgte kirurgene.

Av de dokumentene jeg benytter mye av i denne avhandlingen, er avdelingens tjeneste- og arbeidsplaner for kirurgene som arbeidet der. Store deler av kapittel 5 og deler av kapittel 7 analyserer disse to viktige styrings- og planleggingsverktøyene for temporal og stedlig koordinering av kirurgenes arbeidshverdag (og fritid). Begge dokumentene fikk jeg tilgang til gjennom det elektroniske turnusplanleggingssystemet som UniSyk benyttet, som jeg fikk utdelt brukertilgang til.

Jeg fikk også tildelt tilgang til all e-postkorrespondanse som ble sendt ut på avdelingens felles e-postliste gjennom egen e-postadresse ved UniSyk. Her kom det meldinger og påminnelser fra avdelingsledelsen og møteinnkallinger til avdelingsmøter. Referater fra avdelingsmøter fikk jeg også til denne e-postkontoen. En del utveksling av meningsytringer, informasjon og punkter til diskusjon fra kirurgene selv ble også delt på denne e-postlisten. I tillegg ble en rekke andre formelle dokumenter, som utkast til konsekvensutredninger av organisasjonsendringer fra sykehusets ledelse og avdelingens tilsvarende på disse også distribuert her av avdelingsledelsen. Utover dette har jeg også benyttet meg av og innhentet dokumenter og informasjon fra åpne kilder på internett, styredokumenter og årsberetninger fra sykehuset. Jeg har også lest tilsynsrapporter fra fylkeslegen som har ligget på dennes nettsted. Også dette har inngått i de analysene jeg har gjort. Ikke alt fremkommer i avhandlingen.

2.8 Forskningsetiske vurderinger

Lesing av tidligere norske sosiologers og antropologers erfaringer fra norske sykehus kan tyde på at det har vært en uproblematisk og uformell prosess for disse å skaffe seg inngang til feltet. Sørhaugs (1982) studie fra psykiatriske sykehus baserer seg på et feltarbeid, hvor eneste formelle tillatelse han trengte, var avdelingsoverlegens godkjenning. Albums (1996) beskrivelse av hvordan han fikk tilgang til tre sykehusavdelinger for å studere pasientfellesskap, gir det samme inntrykket. Slik er det ikke lenger, noe som blant andre Øye og Bjelland (2012) har beskrevet, og som jeg har erfart.

2.8.1 *Formelle godkjenninger*

For å kunne gjennomføre feltarbeidet mitt blant kirurger var jeg nødt til å forholde meg aktivt til flere forskjellige godkjennings- og tilrådingsinstanser. Disse godkjenningene var nødvendige, men på ingen måte tilstrekkelige betingelser for å få tilgang til feltet. Jeg har allerede beskrevet hvordan jeg fikk avdelingslederens aksept. Studien har vært vurdert av Norsk samfunnsfaglig datatjeneste (NSD) og blitt tilrådet av dem. Jeg sendte også en fremleggingsvurdering til Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) før jeg begynte. REK vurderte at studien kunne gjennomføres uten godkjenning fra dem, da studien ikke hadde som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom. Sykehusets personvernombud ga også sin tilråding av studien, under visse forutsetninger, blant annet at deltagerne ble anonymisert og en taushetserklæring ble signert. Taushetserklæring ble signert før oppstart. Både NSD og sykehusets personvernombud forutsatte informert samtykke fra deltagerne. Tilrådingen fra NSD og sykehusets personvern er vedlagt.

2.8.2 *Informert samtykke*

Selv om det er forskjellige oppfatninger av hva det innebærer at forskning er etisk forsvarlig, er det noen grunnprinsipper innenfor forskningen som de fleste er enige om uavhengig av land, disiplin eller forskningstradisjoner (Silverman, 2010). Blant annet er det bred enighet om prinsippene om at deltagelse skal være basert på frivillighet, og at beslutningen om å delta er basert på informasjon om potensielle fordeler og ulemper ved deltagelse. Informert samtykke innebærer således at de som studeres, får vite hva prosjektets formål er, og hvilke ulemper og fordeler det (potensielt) fører med seg å være deltager, slik at de på selvstendig grunnlag kan vurdere hvorvidt de ønsker å delta eller ikke (Beauchamp, 2010; Fangen, 2004; Silverman, 2010). Det informerte samtykket baserer seg derfor på en oppfatning om at det faktisk går an å vurdere potensielle fordeler og ulemper, samt hvilke belastninger deltagerne kan bli utsatt for. Men som påpekt av blant andre Atkinson (2009) er det svært mange aspekter ved samfunnsvitenskapelig forskning, og spesielt etnografiske studier, som en ikke kan informere om på forhånd, rett og slett fordi det ikke er mulig å vite om dem på forhånd.

Som jeg har påpekt tidligere, er målet for deltagende observasjon å «opparbeide så intim kunnskap som mulig om det miljøet, den kulturen eller organisasjonen som skal studeres» (Fangen, 2004:101). Deltagende observasjon kjennetegnes derfor også av uforutsigbarhet fordi sosialt liv er uforutsigbart og komplekst. Med dette følger det at forskeren i liten grad

kan forutsi hvilke situasjoner som vil oppstå, og hvem han vil møte, eller hvilke problemstillinger som vil dukke opp. Dette gjør også at det vanskelig lar seg gjøre å informere menneskene en møter, om alle sider av forskningen. Ideen om at forskeren kan gi all den nødvendige informasjonen som gjør at et samtykke er reelt informert, er derfor i seg selv en umulighet (Atkinson, 2009). Likevel er dette et prinsipp som det er stor enighet om at bør etterstrebes. Og det gjelder ikke minst i menneskebehandling organisasjoner som sykehus.

Forventningen om at den eller dem som skal observeres, beskrives, analyseres og presenteres, skal ha avgitt et samtykke til at de vil delta eller la seg inkludere i studien, har sammenheng med at forskeren skal respektere deres «integritet, frihet og medbestemmelse» (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora [NESH], 2006:11). I all forskning skal forskeren vurdere hvorvidt studien kan forvolde den andre skade eller urimelig belastning, samt vurdere hvorvidt risikoen ved å være utsatt for forskning er så vidt stor at forskningen ikke er etisk forsvarlig (NESH, 2006). Deltagende observasjon innenfor sykehus byr således på problemer som ikke alltid (eller kanskje heller sjelden) kan løses gjennom og innenfor rigide på forhånd fastsatte regimer (Atkinson, 2009; Bosk, 2008; Bosk & De Vries, 2004). For hvem er det som inngår i utvalget, og hvem må dermed avgi sitt samtykke for deltagelse? Det er som sagt ikke enkelt å avgjøre dette, blant annet fordi det ofte vil være uklart hvem som er gjenstand for forskningen. Dermed må man legge til grunn andre vurderinger i tillegg.

Jeg mener en mulig tilnærming til problemstillingen vil være å vurdere hvorvidt forskerens tilstedeværelse eller innsikt i andre menneskers liv vil utgjøre en *belastning* for personene, og hvorvidt det vil være *integritetskrenkende* overfor de menneskene det er snakk om. I så fall vil spørsmålet både være knyttet til hvorvidt mennesket det gjelder, oppholder seg fysisk sammen med forskeren eller ikke, og om hvorvidt forskeren benytter seg av den informasjonen som tilkommer ham.

Når jeg ikke benytter meg av informasjon om pasienter, kan det vanskelig sies at min kunnskap om dem vil utgjøre noen belastning. Og i hvert fall ikke dersom pasienten er uvitende om dette. På den annen side kan man vurdere det slik at all informasjon knyttet til helse og sykdom i seg selv er av en slik art at det vil være integritetskrenkende om forskeren får kjennskap til dette uten at pasienten har gitt sitt samtykke. I så tilfelle vil det være avgjørende at samtykke blir gitt uavhengig av om pasienten er gjenstand for forskning eller

ikke. Pinkard (1982) ser ut til å være av den oppfatning at det ikke finnes noen gyldige begrunnelser for å trenge inn i menneskers privatliv uten samtykke.

[T]here is a right to privacy, even if vaguely defined and subject to challenges in some ways. Social scientists have no right to invade our privacy; they have no right to override our rights. And, on the view presented here, there can be no alternative utilitarian or knowledge-based justification for overriding the right to privacy... (Pinkard, 1982)

Jeg har ikke kommet til den samme konklusjonen. Jeg er av den oppfatning av at det er tilstrekkelig gode grunner til ikke å innhente samtykke fra pasienter, så lenge de ikke utsettes for belastning og det ikke er de som er gjenstand for forskningsinteressen.

I mitt prosjekt ser det i utgangspunktet ganske enkelt ut å peke på hvem samtykke måtte innhentes fra. I og med at jeg fulgte en enkelt kirurg gjennom dennes arbeidsdag, er det rimelig opplagt at han heller hun måtte gi samtykke til det. Om jeg gjorde det over en dag eller en time, er uvesentlig – det er kirurgen jeg til enhver tid fulgte, jeg skulle ha samtykke fra. Deltagerne, eller utvalget, som er mitt primære mål for studiet, er således enkle å identifisere. Men som Murphy og Dingwall (2007) skriver: «The population is often highly transient and it is not always obvious who should be classed as research participants.»

I løpet av en dag på jobb møtte den enkelte kirurg en lang rekke andre ansatte, for ikke å glemme pasienter og pårørende. De møtte sykepleiere gjennom dagen på forskjellige sengeposter; noen i korte øyeblikk, andre over lengre tid. Og de møttes ikke nødvendigvis to og to. Som feltnotatet mitt fra operasjonsstuen viser, var det eksempelvis minst ti personer til stede i løpet av operasjonen. Hva gjør man da? Spørsmålet er igjen hvorvidt man trenger å innhente samtykke fra alle en møter, og hvilke vurderinger en legger til grunn for å avgjøre dette? Eksempelvis er det ikke nødvendigvis slik at en skal legge like mye vekt på å innhente samtykke fra de sykehusansatte som fra pasientene, spesielt om disse ikke er sentrale i studien.

I et regime hvor alle skal ha avgitt sitt samtykke, fremstår dette som en situasjon hvor deltagende observasjon som metode ikke kan la seg gjennomføre, siden det vil være umulig å forutsi hvem man vil møte i hvilke settinger. Samtidig vil det kunne ha potensielle alvorlige konsekvenser for muligheten for forskning dersom denne formen for forskning ikke lar seg gjennomføre fordi en ikke har samtykke fra alle. Som Murphy og Dingwall (2007) påpeker, har etnografiske studier av sykehus hatt en nøkkelrolle «in creating a more efficient, more

effective, more equitable and more human health care systems, particularly in illuminating the organizational and interactional processes through health care is delivered». Dersom en ikke kan benytte seg av denne metoden fordi man skal ta hensyn til offentlig ansatte profesjonsutøvere, er det langt mer betenkelig enn det å ikke klare å innhente samtykke fra alle.

Dette spørsmålet er derfor også direkte knyttet til det regimet som foreligger nå, hvor det kan se ut som hensynet til de ansatte i hvert fall i noen tilfeller likestilles eller vurderes på samme måte som hensynet til pasientene, noe som fremstår som et helt urimelig utgangspunkt. Etter mitt syn bør ikke offentlig ansatte profesjonsutøvere ha den privilegerte status at de ikke omfattes av samfunnsvitenskapelig forskning basert på deltagende observasjon, noe som vil være resultatet av et regime hvor alle skal gi sitt aktive samtykke. Man står her i fare for å komme inn i en formalistisk form for etikk, som egentlig ikke svarer på reelle forskningsetiske problemstillinger.

Når det gjelder den rent praktiske siden av det å innhente samtykker, er det allerede skrevet ganske mye. Én ting er at forskeren vil måtte bruke uendelig mye tid på det, og dermed ikke ha tid for å undersøke det en i utgangspunktet ønsket. I tillegg er det som Bosk (2008) skriver:

An overly scrupulous approach to informed consent would create disruptions of social life, would be intrusive, would heighten self-consciousness of actors to a high degree, and would be so socially bizarre that it would make fieldwork impossible to complete. (Bosk, 2008:155)

Resultatet av en slik tilnærming vil ikke bare ødelegge for forskernes muligheter, men også bety, i rammen av et sykehus, at arbeidet vil bli forstyrret, noe som i seg selv kan utgjøre en belastning, både for ansatte og ikke minst for pasienter. Det kan også diskuteres hvorvidt det er rimelig at enhver ansatt ved sykehuset som forskeren møter på sin vei i sykehusets mange rom og ganger, skal gi sitt samtykke til å bli observert, når de kun er helt perifere med hensyn til hva som er forskerens opprinnelige utvalg av informanter, «tema» eller «felt». Det kan også argumenteres for at sykehusansatte i utgangspunktet, fordi de har sentrale roller i helsetjenesten, bør akseptere å bli observert, fordi det er av allmenn interesse å undersøke deres forståelsesrammer, organisering av arbeid og holdninger til og adferd overfor pasienter.

Et viktigere element i denne vurderingen må være hvorvidt det utgjør en belastning for *pasienten* at forskeren er til stede i situasjoner hvor pasienten selv er til stede. Hvordan dette faktisk kan vurderes, er igjen avhengig av situasjonen. Samtidig er det slik at de etiske sidene ved det å få innsyn i pasientenes aller mest intime helsemessige detaljer og private liv i liten

grad trekkes frem som problematisk i presentasjonen av forskningsresultatet, spesielt i studier av profesjonell samhandling. Problemstillinger knyttet til forskernes vurderinger *underveis* i forskningsprosessen har en tendens til å bli overfladisk behandlet i presentasjonen av forskningsresultatene (Bloomer, Cross, Endacott, O'Connor & Moss, 2012).

I langt de fleste bidrag som bygger på deltagende observasjon i sykehus, nevnes ofte kun at nødvendig godkjenning foreligger fra etiske komiteer og andre instanser. Sjelden ligger det en beskrivelse av hvilke betingelser dette er gitt under, eller hvordan forskeren i praksis håndterer de formelle kravene som stilles. Som en konsekvens av dette blir temaet ikke løftet tilstrekkelig opp når en diskuterer samtykkeproblematikk og spørsmålet om utvalg, hvor særlig spørsmålet om «tredjepart» nærmest blir glemt. Det følger nærmest naturlig i alle studier av leger og sykepleiere at det foreligger en tredjepart – enten dette er pasienter eller kolleger fra samme eller andre avdelinger. Disse problemstillingene har hatt innvirkning på både hvor og hvordan jeg har gjennomført feltarbeidet. Jeg mener derfor at det er nødvendig å være eksplisitt på hvordan den praktiske gjennomføringen av hensynet til tredjepart blir gjort. Dette dreier seg om åpenhet om forskningsprosessen og dermed også om muligheten for kollegial kontroll av andre forskere omkring forskningens etiske forsvarlighet. Jeg skal derfor tydeliggjøre hvordan jeg har forholdt meg til informasjonsformidling og innhenting av samtykke underveis i feltarbeidets møter med menneskene på sykehuset.

I tillegg til at alle legene som jobbet på gastrokirurgisk avdeling fikk tilsendt forskningsskissen min, var det hengt opp et kort informasjonsskriv om prosjektet og meg på oppslagstavlen på avdelingens møte- og lunsjrom. Tilsvarende informasjonsskriv ble lagt i deres personlige posthylle. Som jeg allerede har redegjort for, ga alle legene jeg fulgte gjennom arbeidsdager, sitt uttrykte, informerte samtykke til at jeg kunne følge dem. De ble forelagt et informasjonsskriv, de mottok hele forskningsskissen min, og de ble spurt muntlig av meg. Avdelingens poliklinikk og sengeposter samt de avdelingene som gastrokirurgisk avdeling samarbeidet tettest med, fikk tilsendt samme korte informasjonsskriv. Denne utsendelsen var det avdelingslederen som sto for. Hvilke avdelinger dette var, vet jeg ikke, og jeg forsøkte heller ikke å finne ut av det.

I situasjoner hvor det var andre ansatte enn bare kirurger fra gastrokirurgisk avdeling til stede, tilstrebet jeg å presentere meg som forsker, for å tilkjenne at jeg ikke var der som helsepersonell. En vanlig formulering jeg benyttet meg av, var: «Hei. Peter Hougaard. Jeg er

sosiolog.⁷ Jeg forsker på kirurgenes arbeid. Er det greit om jeg er her og observerer?» Etter en stund visste svært mange av sengepostenes pleiere og leger fra andre avdelinger hvem jeg var. For noen ble jeg kjent som «sykehussosiologen», en tittel en av legene presenterte meg som når vi sammen møtte ansatte. Jeg forsøkte da å presisere litt tydeligere at jeg ikke var ansatt ved sykehuset. Det er ingen tvil om at det var mange ansatte som i løpet av tiden jeg var der, ikke fikk med seg hvem jeg var, selv om vi møttes flere ganger. Fra mitt ståsted, som redegjort for over, mener jeg at det ikke utgjør et problem at jeg refererer til slike situasjoner.

Overfor pasientene stiller det seg noe annerledes. Dette kommer av at kontekstene for møtene med dem varierte stort. Ved alle polikliniske konsultasjoner hvor jeg var til stede, ble pasientene informert om at jeg var der som observatør, og de ble spurt om det var greit. Uten unntak var det det. I en del situasjoner, som når det var planlagt underlivsundersøkelser, avsto jeg fra å være til stede av hensyn til pasientene. Min tilstedeværelse ville opplagt kunne oppleves som belastende.

På visitter og tilsyn på sengeposter og akuttmottak hvor pasientene var våkne og i stand til å kommunisere, ble jeg, med noen få unntak, introdusert av legen jeg fulgte, og pasienten ble forespurt om det var greit om jeg var med. Måten jeg ble introdusert på, varierte dog noe. Noen ganger ble jeg introdusert av kirurgen som «en kollega som forsker på meg, er det greit at han er her?». Andre ganger som en som «undersøkte hvordan livet på sykehuset er». Med pårørende til stede ble også disse spurt om det var greit at jeg var der. I situasjoner hvor pasienter ikke var våkne eller ikke kunne kommunisere av en eller annen grunn, var jeg også til stede. Jeg skrev også feltnoter fra disse settingene, og jeg bruker disse i utstrakt grad gjennom avhandlingen. Jeg forsøkte ikke å innhente noen form for samtykke i etterkant, selv når dette i prinsippet ville vært praktisk mulig. Det er liten grunn til å tro at pasientene ville oppleve det som noen form for belastning, selv om de i etterkant skulle få greie på at jeg hadde vært der.

Jeg gjorde ingen forsøk på å skjerme meg fra informasjon om pasientene, og jeg forsøkte heller ikke å informere pasienter som jeg ikke møtte, om at jeg fikk tilgang til denne

⁷ Sosiolog er jeg vel strengt tatt ikke, men å presentere meg som en som tar en doktorgrad i profesjonsstudier, viste seg å fungere dårlig. Folk hadde ikke grunnlag for å vite hva det innebærer. *Sosiolog* derimot har svært mange leger, sykepleiere og andre en viss forståelse for hva er. Jeg måtte noen ganger presisere at jeg ikke var *sosionom*.

informasjonen. Jeg oppsøkte derimot ikke pasientinformasjon, og jeg hadde ikke tilgang til journalsystemet.

Forholdene jeg har gjort rede for nå, handler først og fremst om hvordan jeg har forholdt meg til menneskene jeg samhandlet med, mens feltarbeidet pågikk. Men vel så viktig i de vurderingene som gjøres vedrørende forskningsetisk forsvarlighet, er hvordan det jeg har observert og tatt del i, blir fremstilt. Jeg tenker først og fremst på forhold omkring anonymitet og konfidensialitet.

2.8.3 *Konfidensialitet*

Jeg har søkt å anonymisere menneskene jeg har fulgt gjennom feltarbeidet, på flere måter. For å sikre både ekstern og intern konfidensialitet (Tolich, 2004) har jeg tatt flere grep. UniSyk er selvfølgelig ikke sykehusets navn. I beskrivelser av sykehuset har jeg forsøkt utelatt detaljer som gjør det lett identifiserbart. Etasjene til sengeposter og avdelinger er endret på. I beskrivelsen av UniSyks formelle organisering har jeg gjort endringer på noen navn og organisatorisk tilknytning. Antallet ansatte er ikke nøyaktig, ei heller har jeg oppgitt nøyaktige tall for innleggelser og antall senger på sengepostene.

Alle navn på menneskene som omhandles i avhandlingen, er pseudonymer. Noen situasjoner er endret på med hensyn til tidspunkt på døgnet, antall mennesker involvert, pasienters kjønn, alder og oppgitte medisinske problemstillinger.

Det at jeg har fulgt såpass mange mennesker i så mange forskjellige situasjoner, kombinert med de endringene jeg har gjort i beskrivelsene av dem, gjør meg rimelig trygg på at det ikke vil være fare for at enkeltpersoner vil gjenkjennes av mennesker som ikke har tatt del i handlingsforløpene og beslutningene jeg skriver om.

Det er likevel en mulighet for at mennesker som er godt kjent med norske sykehus, vil kunne identifisere sykehuset og avdelingen jeg har vært på. Jeg tror ikke at det i seg selv vil utgjøre en belastning for de ansatte. Jeg har forsøkt å sikre at enkeltansatte ikke lar seg identifisere av andre. For de ansatte som var til stede, kan det selvfølgelig være slik at de vil kunne kjenne seg igjen i beskrivelsene av de konkrete situasjonene som nevnes. Noe annet ville egentlig være leit.

2.9 Analysene

Arbeidet frem til sluttproduktet – avhandlingen – har på ingen måte vært en lineær prosess. Både utarbeidelsen av studien, gjennomføringen av feltarbeidet og arbeidet med analyser og det tekstlige produktet har fremstått som det Cato Wadels (1991) kaller en runddans mellom teori/hypotese, metode og data. Jeg skal likevel gjøre et forsøk på å beskrive analysenes forløp på veien til produktet jeg presenterer.

Som nevnt er jeg utdannet barnesykepleier med forholdsvis lang fartstid fra sykehusverdenen, og min masteroppgave var basert på et feltarbeid blant sykepleiere og kirurger på en sengepost for barn. Jeg var altså godt kjent med deler av den verdenen jeg skulle forske på. Ideen og de innledende spørsmålene til denne studien ble utviklet på bakgrunn av nettopp disse erfaringene. Min forforståelse var dermed preget av solid sykepleiefaglig erfaring kombinert med en nærmest naiv og barnlig undring over hvor folk, og da særlig kirurger, egentlig befinner seg, og hvordan de styrer egen arbeidsdag. Feltarbeidet jeg gjennomførte, og analysene jeg gjorde, forsøkte å svare på denne undringen jeg satt inne med.

Men denne undringen var også knyttet opp mot relativt god kjennskap til teoretiske begreper fra medisinsk og profesjonssosiologiske teorier og studier. Med dette fulgte også en rekke sensitiviserende begreper (Blumer, 1931, 1954) som har preget hva jeg har sett etter, og hvilke analyser jeg har gjort. Anselm Strauss er kanskje først og fremst kjent for sin utvikling av *grounded theory* (Corbin & Strauss, 2008; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1994), men det er hans nærstudier av organiseringen av medisinsk arbeid jeg har funnet spesielt inspirerende. Særlig boken *Social Organization of Medical Work* (Strauss et al., 1997) har gitt meg et begrepsapparat jeg oppfattet (og oppfatter) som fruktbart både som analytiske perspektiver og som «knagger» til å henge mine observasjoner fra sykehuset på underveis i feltarbeidet. Innsiktene fra denne boken om den sosiale organiseringen av sykehusarbeid, sammenkjedingsarbeid, arbeidsforløp og typer arbeid har vært særlig viktige som slike sensitiviserende begreper. Min lesing av etnografiske arbeider fra sykehusverdenen av en rekke forfattere⁸ før jeg kom til UniSyk, har også gitt meg innsikter og perspektiver som jeg har kunnet hekte og utvikle feltarbeidet og analysene på.

⁸ Særlig Zerubavels *Patterns of Time in Hospital Life* (1979), Bosks *Forgive and Remember* (2003), Joan Cassels *Expected Miracles – Surgeons at Work* (1991), danske Sidsel Vinges *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse* (2003) og Nina Olsvolds *Ansvar og yrkesrolle: om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus* (2010) har betydd mye for utviklingen av de analytiske perspektivene jeg har anlagt. Størst innflytelse har likevel Strauss et al. *The Social Organization of Medical Work* (1997) hatt.

Da feltarbeidet var avsluttet, begynte jeg tidlig å gjøre en tematisk analyse av dataene, i tråd med Braun og Clarkes (2006) anbefalinger. Dette innbefattet flere gjennomlesninger av alle feltnotater for å bli kjent med dem. Jeg noterte fortløpende ned ideer og temaer jeg identifiserte. Disse ble så mer systematisert gjennom foreløpige koder. Deretter så jeg etter gjentagende temaer i datamaterialet. Etter denne mer åpne tematiske analysen foretok jeg flere gjennomlesninger av alt materialet i den hensikt å identifisere mønstre og hendelser knyttet til de konkrete teoretiske interessene og perspektivene jeg hadde lagt til grunn for feltarbeidet. Da dette så var gjort, sammenholdt jeg de temaene jeg hadde identifisert, med hverandre.

Som en begynnelse på de systematiske analysene jeg har gjort i etterkant av feltarbeidet, fungerte denne strategien godt, og etter hvert gjentok jeg mye av arbeidet på nytt, etter hvert som skriveprosessene førte med seg nye spørsmål. Første fase av analyseprosessen, det Braun og Clarke (2006) kaller «familiarisering», opplevde jeg derfor etter hvert som «refamiliarisering», med nye kodinger og temaer, fordi skriveprosessen nærmest har tvunget frem nye analyser og reanalyser av datamaterialet jeg har brukt. Det er således først når kapitlene har tatt form, at jeg har kunnet fortelle noe om hva jeg har sett, og hva jeg konkluderer med.

I dette ligger det altså en erkjennelse av at jeg ikke klarer å rekapitulere og presentere en steg-for-steg-prosess for hvordan jeg har kommet frem til det jeg fremover skal presentere som funn. Dag Album (1996) skriver mot slutten av sin bok *Nære fremmede* om hvordan analysen og boka ble til:

La meg først si noe om den praktiske siden ved analysen. Jeg leste mine notater grundig kort tid etter feltarbeidene. Jeg skrev stikkord i marginen om hva de handlet om. Siden la jeg notatene vekk, og jeg har bare tatt dem fram innimellom for å hente sitater. Jeg har ikke studert notatene underveis. Boka er skrevet ut fra det jeg hadde i hodet. Vanskelighetene med å analysere bestod i å finne linjer som ordnet stoffet, ikke huske enkelthendelser. (Album, 1996:248)

Mitt analysearbeid har nok befunnet seg et sted mellom Albums analysearbeid (trolig har jeg hatt mindre i hodet) og en stringent og konsekvent fremgangsmåte liknende Braun og Clarkes tematiske analyser over seks faser. Analysene har altså foregått som «en runddans mellom teori, metode og data» (Wadel, 1991:129), i samspill og i dialog med feltet og menneskene jeg gjorde undersøkelser i, mine teoretiske perspektiver og forforståelser og gjennom en langvarig skriveprosess der jeg har søkt å finne og vise mønstre og sammenhenger som synes relevante for studiens tema og problematikk.

3 Perspektiver anlagt og frembrakt – teoretiske referanserammer og sentrale begreper

I de to foregående kapitlene har jeg beskrevet bakgrunnen for min inngang inn i feltet og gjennomføringen av denne studien. Jeg har også søkt å redegjøre for prosessene som har ledet frem til mine påstander og konklusjoner som jeg presenterer utover i avhandlingen. Underveis har jeg referert til litteratur som sosiologen Anselm Strauss selv har skrevet, samt litteratur som har benyttet og videreutviklet noen av hans sentrale teoretiske og metodologiske perspektiver, innsikter og begrepsapparat.

Jeg har likevel ikke vært eksplisitt på hvilke metodologiske og teoretiske perspektiver jeg har anlagt i arbeidet med studien, annet enn å slå fast at jeg har ønsket å studere kirurgers *profesjonelle autonomi*, forstått som noe som *må gjøres eller utrettes innenfor ulike kontekster i samhandling* med andre aktører. Jeg har også hevdet at skal en kunne gi gode svar på de spørsmålene jeg har stilt knyttet til legers *hverdagsarbeid*, må en studere dette *in situ* – altså *der samhandlingen skjer*. Denne innstillingen til hvordan jeg kunne få svar både på min undring over hvor leger befinner seg, og på hvordan og på hvilke måter legers autonomi formes og utformes av forskjellige arbeidskontekster, er preget av Strauss' insistering på at både generell sosiologisk og substansiell teoriutvikling må være forankret eller grunnfestet i empirisk forskningsvirksomhet. Strauss og Corbin (1994) skriver i innledningen i *Grounded Theory Methodology – An Overview*:

Grounded theory is a *general methodology* for developing theory that is grounded in data systematically gathered and analyzed. Theory evolves during actual research, and it does this through continuous interplay between analysis and data collection. A central feature of this analytic approach is “a general method of [constant] comparative analysis” (Glaser & Strauss, 1967, p. vii); hence the approach is often referred to as the *constant comparative method* [...] Since its introduction 25 years ago, a number of guidelines and procedures have evolved through the research experience of its users; these are designed to enhance the effectiveness of this methodology *in* research. The suggested guidelines and procedures allow much latitude for ingenuity and are an aid to creativity [...]

In this methodology, theory may be *generated* initially from the data, or, if existing (grounded) theories seem appropriate to the area of investigation, then these may be *elaborated* and modified as incoming data are meticulously played against them. [...] Researchers can also usefully carry into current studies any theory based on their *previous research*, providing it seems relevant to these - but again the matching of theory must be rigorously carried out. (Strauss & Corbin, 1994:273)

Teori kan dermed frembringes både ut fra data en selv har samlet inn, og andre empirisk forankrede teorier. Dette kan så utvikles og modifiseres videre i møte med nye data. Jeg har benyttet empirisk forankrede (teoretiske) begreper fra Strauss' arbeider om den sosiale organiseringen av og forhandlinger om medisinsk arbeid i forskjellig kontekster og benyttet disse som sensitiviserende begreper i både feltarbeidet og i analysene. Tilsvarende har jeg gjort med profesjonsteoretiske bidrag om arbeidsdeling, autonomi og skjønn. I utgangspunktet har jeg brukt disse begrepene slik Bowen (2006) foreslår at sensitiviserende begreper kan benyttes:

Sensitizing concepts can be tested, improved, and refined (Blumer, 1954). However, researchers taking the grounded theory path do not necessarily seek to test, improve, or refine such a concept. They might use sensitizing concepts simply to lay the foundation for the analysis of research data. (Bowen, 2006)

I lys av metodekapitlets presentasjon av feltarbeidet og av analyseprosessene ser en at min inngang til og gjennomføring av studien har mange likhetstrekk med det Strauss og Corbin og Bowen skisserer opp. Samtidig må jeg understreke at jeg ikke har «forpliktet» meg underveis i arbeidet til en rendyrket grounded theory, verken i dens opprinnelige form utarbeidet av Glaser og Strauss (Glaser & Strauss, 1967, 1968) eller etterfølgende videreutviklinger (Se eksempelvis Charmaz, 2008; Corbin & Strauss, 2008; Glaser, 2002; Strauss & Corbin, 1994). Jeg har heller ikke, som jeg med tydelighet viste i forrige kapittel, lojalt fulgt én spesiell grounded theory-basert oppskrift på hvordan koding i analyseprosessen skal gjennomføres. Slik sett har jeg vært pragmatisk og metodologisk utro.

Det jeg derimot hele tiden har forsøkt, er å utvikle et koherent og sammenhengende *empirisk* fundert begrepsapparat som bidrar til å skape meningsfulle sammenhenger mellom data, analyser og teori. De analytiske kategoriene og begrepene som løftes frem i de etterfølgende kapitlene, er således utviklet med utgangspunkt i empirien, men i samspill med og til dels i opposisjon til tidligere teoretiske innsikter. Det er det teoretiske rammeverket og begrepsapparatet som har vokst ut av denne runddansen mellom data og teori (Wadel, 1991), samt de viktigste underliggende metodologiske antagelsene jeg har hatt i dette arbeidet, jeg nå skal fremlegge.

3.1 Sykehus som fremforhandlede ordener

En sentral tanke i Strauss' arbeider er at normer og regler ikke er ferdig gitte når samhandlende møtes. Strauss hevdet at normer og regler heller bør ses på som resultater av overenskomster av kortere eller lengre varighet, basert på kontinuerlige forhandlinger mellom handlende aktører (Strauss, 1978). Viktige elementer fra *The Negotiated Order*-perspektivet, som det etter hvert er blitt kalt, finner man igjen i mye av Strauss' senere arbeider og i mye forskningslitteratur knyttet til interprofesjonell arbeidsorganisering og samhandling (Se eksempelvis Allen, 1997, 2015; Strauss et al., 1997; Strauss, Schatzman, Ehrlich, Bucher & Sabshin, 1963; R. Svensson, 1996; Underland & Tjora, 2016).

Det var i Strauss et al. (1963) *The Hospital and its Negotiated Order* at perspektivet først ble presentert. I et større etnografisk arbeid fra to psykiatriske sykehus i USA observerte forfatterne at blant måter arbeid ble fordelt på mellom profesjonelle grupper, varierte stort mellom ellers like avdelinger, og at dette ikke skyldtes sykehusenes forskjeller i de formelle reglene. De mente derimot at forskjellene oppsto fordi aktørene måtte inngå i forhandlinger om blant annet arbeidsdelingen. Studien ble gjennomført under en periode med store endringer og konflikter rundt behandlingsideologier innenfor psykiatrien, og begrepet *the negotiated order* var ment som en konseptualisering av de bevegelsene (*the ordered flux*) en så innenfor sykehusets virke, og de endringene av blant annet de konkrete arbeidsoppgavene som yrkesgruppene hadde. Strauss et al. (1963) anerkjente de stabile trekkene ved en organisasjon, men hevdet at man i tidligere studier av organisasjoner hadde overdrevet de mer formelle og stabile trekkene av disse, på bekostning av vektleggingen av interne prosesser og endringer. Men disse trekkene, som regler, organisasjonens mål, arbeidsdeling og hierarkier, ideologier og aktørenes karrierer, ble ansett som en organisatorisk bakgrunn som aktørene samhandlet innenfor i det daglige, i deres forsøk på å få gjort arbeidet. Siden det i alle organisasjoner vil være tilknyttet uklarheter og usikkerhet om blant annet arbeidsmåter og mål, må aktørene komme frem til en løsning som gjør at arbeidet kan bli gjort. For Strauss et al. (1963) er det gjennom forhandlinger at organisatoriske strukturer fungerer, og gjennom dem kan en forstå både organisasjonsstabilitet og endring:

With an eye on practicality, one might maintain that no one knows what the hospital "is" on any given day unless he has a comprehensive grasp of what combinations of rules and policies, along with agreements, understandings, pacts, contracts, and other working arrangements, currently obtains. In any pragmatic sense, this is the hospital at the moment: this is its social order.

That reconstituting of social order, we would hazard, can be fruitfully conceived in terms of a *complex relationship between the daily negotiative process and a periodic appraisal process*. The former not only allows the daily work get done; it also reacts back upon the more formalized – and permanent – rules and policies. (Strauss et al., 1963:165)

I boken *Negotiations* utdyper Strauss (1978) dette perspektivet videre og hevder at all sosial orden til en viss grad er fremforhandlede ordener. Den sosiale orden er et resultat av tidligere og pågående forhandlinger mellom aktører, hevder han. Mønstrene i denne ordenen kontinueres eller endres, og er i mer eller mindre grad utslag av forhandlinger. I det ligger det ikke at alt kan forhandles om, ei heller at alt kontinuerlig forhandles om. Derimot hevdes det at forhandlinger mellom aktører er en nødvendighet for at enhver sosial orden eller struktur skal kunne fungere. Dette forhandlingsperspektivet fremhever dermed på den ene side hvordan forhandlinger som samhandlingsprosesser bidrar til å konstituere sosial orden, og på den annen side hvordan sosial orden former samhandlingsprosesser (Maines, 1982).

Organisasjoner, som sykehus, må derfor ut fra denne posisjonen forstås som å være fylt opp med aktivt, handlende aktører som inngår i vedvarende og daglige forhandlinger om hvordan en kan få gjort eller utrettet noe,⁹ hva slags rolle de skal ha i møte med hverandre, og dermed også i møte med den aktivitet som gjøres i organisasjonen (R. Svensson, 1996).

Samtidig er forhandlinger, slik Strauss et al. (1997) fremstiller det, også arbeid som må gjøres:

Seen or at least glimpsed throughout this book, as part of the texture of getting work done, is the phenomenon of negotiation. Negotiations enters into how work is defined, as well as how to do it, how much of it to do, who is to do it, how to evaluate it, how and when to reassess it and so on. [...] Whether intraorganizational or interorganizational, negotiations can of course, be coercive in nature, as well as happily cooperative. They almost always will occur in connection with the persuasion and manipulation of situations, persons, or resources. Negotiations are linked even with displays or actual use of force. No matter – negotiation is a necessary cement of organizational action. [...] we shall not discuss it further except to emphasize that to negotiate *is* work. (Strauss et al., 1997:267)

I *Negotiations* (1978) gir Strauss en beskrivelse (mer enn en definisjon) av hva han forstår forhandlingers formål er: «In this book, negotiation generally will stand for one of the possible means of “getting things accomplished” when parties need to deal with each other to get those things done» (Strauss, 1978:2). Som flere forfattere har påpekt, er det vanskelig å benytte Strauss' forhandlingsbegrep i analyser av samhandlingen som skjer, fordi

⁹ Hvordan «få gjort eller utrettet noe» er min ufullkomne oversettelse av «to get things accomplished».

forhandlinger slik Strauss' definerer begrepet, er vanskelig å skille fra all annen sosial samhandling: Definisjonen er for åpen, fordi forhandlingene og resultatene av disse kan være implisitte og ubevisste, slik at *alt* kan forstås som forhandlinger. Samtidig er definisjonen for snever fordi Strauss ser på forhandlinger som en av flere mulige måter å få ting utrettet på (Allen, 1997; Evertsson & Nyman, 2011; Johansson, 1997). Det betyr likevel ikke at en må forkaste den overordnede ideen om at mennesker sammen må finne ut av – forhandle om – hvordan de skal samhandle. Det betyr heller ikke at en trenger å forkaste ideen om at resultatene av samhandlingen vil kunne variere betydelig ut fra aktørens forskjeller i (forhandlings-)posisjon og (forhandlings-)konteksten den foregår innenfor.

Abbott (1988) bygger på et slikt fremforhandlet orden-perspektiv når han skriver at arbeidsplassjurisdiksjoner (den reelle, praktiske arbeidsdeling mellom profesjoner innenfor arbeidsorganisasjoner) skiller seg fra de formelle reglene som foreligger, og forståelsen av disse i det offentlige rom:

To be sure, the organizational division of labor may be formalized in job descriptions that recognize professional boundaries, but these have rather vague relation to reality. In most settings, actual divisions of labor are established, through negotiations and custom, that embody situation-specific rules of professional jurisdiction. (Abbott, 1988:65)

Som Abbott fremhever, er profesjonelle grenser og arbeidsdeling lokalt fremforhandlet og kontekstavhengig. Denne koblingen mellom negotiated order-perspektivet og Abbots forståelse av profesjonell arbeidsdeling gjennom jurisdiksjoner har senere blitt utviklet videre av den britiske sykepleierforskeren Davina Allen. Hun har i flere arbeider tatt utgangspunkt i Strauss' fremforhandlede orden-perspektiv, men «løst opp» rammene for bruken av det (Allen, 1997, 2001, 2015; Allen & Hughes, 2002). Målet for hennes studier, flere basert på feltarbeid på sykehus, er å plassere sykepleieryrkets posisjon innenfor helsevesenets arbeidsdeling, hvor arbeidsoppgaver og muligheten til å styre eget arbeid har vært sentralt. Samtidig søker hun å forstå «the intricate detail of the social production of nursing work on hospital wards and other locales» (Allen, 2001:42). Allen skisserer opp hva hun kaller en ikke-essensialistisk forståelse av sykepleie, gjennom å kombinere hovedelementene fra Strauss' fremforhandlede orden med Abbots (1988) systemteoretiske perspektiv på profesjoners kamp om jurisdiksjon over arbeid. Allen holder fast ved den grunnleggende antagelsen i negotiated order-perspektivet, hvor den sosiale virkeligheten er et produkt av aktørers meningsfulle handlinger. Samtidig, på bakgrunn av dette perspektivets manglende klarhet i eller definisjon av hva forhandlinger er, forstår hun den sosiale orden som noe som

blir «gjort» eller «oppnådd», heller enn noe som blir fremforhandlet (Allen, 2001:40). Forhandlinger er da bare *en* av flere måter som endringer eller beslutninger kan skje på. Hvordan den sosiale orden på sykehuset oppnås, er påvirket av de strukturelle og kontekstuelle betingelsene arbeidet blir gjort innenfor, i tråd med negotiated order-perspektivet. Men for Allen er sykepleiernes jurisdiksjon, eller profesjonelle grenser, i liten grad noe som er fremforhandlet, men heller «a practical accomplishment and that, to a considerable extent, its form is shaped by the arenas it is ‘done’» (Allen, 2001:174). Allens bruk av perspektivet ligger tett opp til måten jeg forstår kirurgenes forsøk på «å gjøre» eller «oppnå» autonomi innenfor sykehusets flerfoldige *lokale* kontekster på. På samme vis som Allen forstår jurisdiksjon (i Abbotts forstand), som noe som må gjøres og oppnås, forstår jeg autonomi som noe som må gjøres eller oppnås. Jeg utdyper min bruk av profesjonell autonomi om litt (i kap. 3.3.).

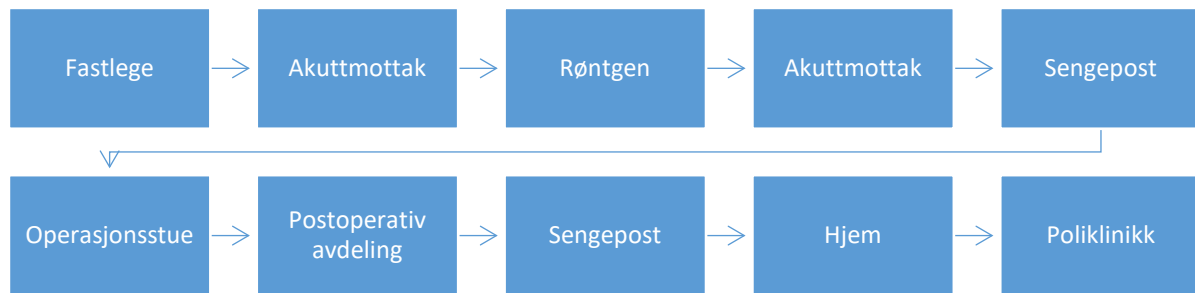
3.2 Forløp og sammenkjeding

Det er særlig to sensitiviserende begreper hentet fra *The Social Organization of Medical Work* som har vært sentrale for mitt arbeid: *trajectories* og *articulation*. Jeg benytter meg av de norske ordene *forløp* og *sammenkjeding*. I det at jeg har brukt begrepene sensitiviserende, ligger det at jeg benytter dem med et noe annet meningsinnhold enn de opprinnelig er brukt i. I det følgende skal jeg gjøre rede for min bruk av disse begrepene. Jeg begynner med en mer tradisjonell forståelse av forløp, i form av pasientforløp. Fra dette utgangspunktet redegjør jeg deretter for *sammenkjeding*, før jeg avslutter med en presisering av min forståelse og bruk av *arbeidsforløp*.

Helsevesenet er opptatt av *pasientforløp*, forstått som den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møter med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).¹⁰ Helsedirektoratet (2017) definerer eksempelvis helhetlige pasientforløp slik: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode». Dette omfatter også de interne pasientforløpene i de enkelte institusjonelle kontekstene. Eksempelvis inne på et sykehus. Slike kronologiske kjeder av hendelser som utgjør pasientens møter med *ulike deler* av helsetjenesten, kan skrives ut i form av et flytskjema.

¹⁰ I engelskspråklig litteratur brukes vanligvis *patient pathways* som begrep for denne typen pasientforløp som beskrives her.

Figur 1 Et pasientforløp



Figuren over viser et enkelt og ukomplisert pasientforløp gjennom et sett av formelle *organisatoriske* enheter, hvor hver enhet har et sett av mer eller mindre definerte arbeidsoppgaver. Figuren gir en tynn beskrivelse av forløpet, og arbeidet som inngår i forløpets bokser, forblir sorte. Likevel, med en lekmanns kjennskap til hvordan sykehus fungerer, kan vi helt overordnet se for oss hva som gjøres med pasienten. Akuttmottaket tar imot pasienten og vurderer dennes tilstand. Blodprøver tas og sendes for analyser. Når akuttmottaket vil ha et røntgenbilde, gjøres det med hjelp fra radiologer og radiografer på røntgenavdelingen. Pasienten sendes så tilbake til akuttmottaket for å avvente svar. Deretter flyttes pasienten til sengeposten for en periode før pasienten igjen forflyttes til operasjon, så postoperativ avdeling for å våkne fra narkosen, så tilbake til en sengepost igjen. Det er ikke gitt at det er den samme som han kom fra. Om alt går som det skal, sendes så pasienten hjem, for å få time på poliklinikken dager eller uker etter utskrivelse.

Et slikt forenklet, men typisk, pasientforløp forteller oss to ting. For det første at koordineringen av pasientens forløp skjer gjennom både temporal og stedlig koordinering mellom flere organisatoriske enheter. Om operasjonsavdelingen ikke får vite at pasienten skal opereres, blir ikke pasienten operert. Om pasienten ikke meldes utskrevet til poliklinikken, skjer det ingen innkalling når han er hjemme. Dette dreier seg dermed om koordinering på tvers av både tid og sted. Det andre en slik beskrivelse forteller oss, er at så lenge en bare fokuserer på pasientens forløp gjennom organisatoriske enheter, glir det praktiske arbeidet som skal til for at forløpet «skal skje», ut av syne (Allen, 2015). Det vi likevel ser gjennom et slikt kirurgisk pasientforløp, er at sykehusets arbeid fordeles utover mange avdelinger, mennesker, gjøremål og tider. Arbeid og mennesker er temporalt og stedlig distribuert.

En av de innsiktene som blir vektlagt spesielt i *The Social Organization of Medical Work* (Strauss et al., 1997), og som senere blir videreutviklet av flere andre forskere, er nettopp at

pasientens forløp fra etappe til etappe *ikke* skjer av seg selv (se f.eks. Allen, 2002, 2015; Bardram, 2000; Bardram & Bossen, 2005a, 2005b). Derimot må forløp kontinuerlig og aktivt arbeides med, gjennom planlegging, håndtering og forming av hvert enkelt av pasientforløpene. Formulert i tråd med Strauss' begrepsapparat oppstår ikke pasientforløp passivt gjennom flytskjemaenes «sorte bokser», men gjennom aktørers aktive *artikuleringsarbeid* (Bardram & Bossen, 2005a; Strauss et al., 1997). Suchman (1996) beskriver artikuleringsarbeid slik:

“Articulation work” names the continuous efforts required in order to bring together discontinuous elements—of organizations, of professional practices, of technologies—into working configurations. (Suchman, 1996:407)

Artikuleringsarbeid kommer i det daglige oftest til uttrykk gjennom (verbal, ikke-verbal, skriftlig og muntlig) kommunikasjon mellom aktørene som er involvert i å strømlinjeforme arbeidsoppgavene som skal utføres rundt de enkelte pasienter (Bardram & Bossen, 2005a; Melby, 2007). I Strauss' arbeider er artikuleringsarbeidet i sterk grad knyttet til de temporale aspektene ved arbeid og kommunikasjonen som trengs mellom aktører for å forme forløpene i ønsket retning (Corbin & Strauss, 1993). Bardram og Bossen (2005a, 2005b) videreutviklet dette begrepsapparatet, ikke bare til å knytte det til temporal koordinering og kommunikasjon, men også til stedlig koordinering, gjennom hva de kaller mobilitetsarbeid:

As a minimum, mobility work is the spatial aspect of articulation work, but it can be argued that it is a complementary concept. Just as articulation work is achieved through, but not identical to, communication, so mobility work is achieved through, but not identical to, movement. In articulation work, communication is done to achieve an agreement as to who does what, where and when, whereas mobility work is done to achieve the right configuration of people, resources, knowledge and place at a certain point of time. (Bardram & Bossen, 2005a)

Fordi artikuleringsarbeid i seg selv kan være svært tidkrevende arbeid (se f.eks. Allen, 2002; Bardram, 2000; Corbin & Strauss, 1993), legges det mye arbeid inn for å redusere mengden artikulasjonsarbeid som skal til for å få flyt i arbeidet (og dermed også pasientforløpene). Det utvikles derfor strategier og systemer som forsøker å legge til rette for at riktige personer (både ansatte og pasienter) er til stede på det riktige stedet på det riktige tidspunktet; det utvikles standarder for hvem som skal være hvor og når, og hva slags kategorier av arbeid som skal gjøres der. Strauss et al. (1997) kaller dette *Standard Operating Procedures (SOP)*.

På samme måte som rutiner skapes og SOP utvikles for å minimere mengden av artikuleringsarbeid, utvikles det standardiserte løsninger for å sikre den riktige

konfigurasjonen av mennesker og andre ressurser for å redusere mobilitetsarbeidet. Bardram og Bossen (2005a) kaller slike standardiserte, arbeidsminimerende løsninger *Standard Operation Configurations (SOC)*:

[W]e propose the concept of Standard Operation Configuration (SOC) as a spatial setup fostering easy cooperation because of common knowledge and agreement as to use and navigation. [...] SOCs can be large-scale as, for example, the way hospitals are planned, or small-scale as, for example, the way in which surgical instruments are lined up on a table in an operating theatre. (Bardram & Bossen, 2005a:138)

Det Bardram og Bossen her tilfører vår forståelse av den koordineringsaktiviteten som skjer i organisasjoner, er at arbeid innenfor komplekse organisasjoner ikke kun går ut på å kommunisere og fordele arbeid mellom aktørene og planlegge dette temporalt (artikuleringsarbeid). Koordineringsaktiviteten dreier seg også om fysisk forflytning av både mennesker og ting (mobilitetsarbeid) for å få på plass de riktige menneskene og andre ressurser som er nødvendige for å få gjort det som må gjøres.

Disse standardiserte prosedyrene og konfigurasjonene knytter seg til etablerte standarder og kategorier: Hvilke kategorier av arbeid krever hvilken kategori av arbeidstager, og i hvilken rekkefølge skal dette gjøres? Eksempelvis skilles det på UniSyks akuttmottak mellom kirurgiske og medisinske pasienter. De tas imot av forskjellige leger ut fra hva pasientene er meldt inn som. Er det mistanke om et hjerteinfarkt, er det en medisiner som møter pasienten i akuttmottaket. Er det mistanke om blindtarmsbetennelse, er det en kirurg pasienten møter. Er det meldt inn en pasient som har vært involvert i en alvorlig trafikkulykke, møtes pasienten av *traumeteamet*, bestående av en lang rekke forskjellige kategorier av helsepersonell (deriblant kirurger).

Som nevnt innledningsvis har artikulerings- og mobilitetsarbeid vært sentrale begreper i utarbeidelsen av denne avhandlingen. Men i stedet for å benytte begrepene *artikulerings-* og *mobilitetsarbeid* omtaler jeg det samlede arbeidet av disse to formene for arbeid som *sammenkjedingsarbeid*.

Sammenkjedingsarbeid, slik jeg bruker det, er således et forsøk på å fange opp både artikuleringsarbeidet (kommunikasjon, temporal koordinering og arbeidsfordeling) og mobilitetsarbeidet (stedlig koordinering). Min bruk av sammenkjeding henger også nært sammen med en lesing av ordet artikulering som favner mer enn kun det å artikulere eller formulere noe tydelig, som er vår vanlige forståelse av ordet. *Articulation* – på norsk

artikulering og artikulasjon – betyr i medisinsk terminologi *ledd* eller å *stå* i *leddforbindelse med* (Kirkeby & Scavenius, 1989; NOAB, 2017). Jeg bruker det i betydningen av at man kjeder sammen forskjellige ledd av handlinger og hendelser slik at «noe henger sammen».

Ut av dette sammenkjedingsarbeidet oppstår forskjellige *trajectories* (Glaser & Strauss, 1968; Strauss et al., 1997; Wiener, Strauss, Fagerhaugh & Suczek, 1979) eller *forløp*. Men jeg tenker ikke her på pasientforløp slik jeg innledningsvis gjorde rede for, men mer i tråd med *trajectory* slik det ble utviklet av Glaser og Strauss (1968) og videreutviklet blant annet i Strauss et al. (1997), hvor de skriver:

[Illness t]rajectory is a term coined by the authors to refer not only to the physiological unfolding of a patient's disease but to the total *organization of work* done over that course, plus the *impact* on those involved with that work and its organization. (Strauss et al., 1997:8)

Illness trajectory, som på norsk har blitt oversatt til blant annet sykdomstrajektorier (R. Svensson, Olsvold & Anderssen, 1998:20) og pasientkarriere (Melby, 2007:14), er altså et forsøk på å fange bredden og kompleksiteten i både pasientens og helsepersonellets (og andre aktørers) arbeid rundt det å henholdsvis være syk og det å behandle den syke. For helsepersonell er det sentrale målet å kontrollere disse sykdomstrajektoriene. Men fordi det er så mange uforutsette og uforutsigbare omstendigheter i og rundt slike sykdomstrajektorier, er det beste helsepersonellet kan håpe på, ofte bare å håndtere, forme og erfare disse. Artikuleringsarbeid eller, i mitt begrepsapparat, sammenkjedingsarbeid er en av de typene arbeid som altså inngår i det å *forme, håndtere* og *erfare* slike forløp.

Jeg begynte dette delkapitlet med en beskrivelse av pasientforløp i en tradisjonell forståelse som vi finner igjen blant annet i helsetjenestenes planer. Men mens helsevesenet er opptatt av å planlegge og gjennomføre *pasientforløp*, forstått som den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møter med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten gjennom sorte bokser, og Strauss et al. (1997) var opptatt av arbeidet som aktørene måtte gjøre for å forme sykdomstrajektorier, er min interesse og fokus rettet mot noe annet.

Jeg er opptatt av det sammenkjedingsarbeidet som gjøres for å forme og håndtere *egne arbeidsforløp*, og *hvilket mulighetsrom kirurgene har til å gjøre dette*. Dette er jeg opptatt av fordi jeg mener at å undersøke deres mulighetsrom for å forme dette arbeidsforløpet gir en god innfallsvinkel til å analysere profesjonell autonomi.

3.3 Profesjonell autonomi

I dette delkapitlet presenterer jeg den forståelsen av profesjonell autonomi jeg benytter i analysene av kirurgers hverdagsarbeid innenfor de institusjonelle rammene, eller forhandlingskontekstene, sykehuset utgjør. Perspektivet jeg anlegger, trekker veksler på Strauss' arbeider om fremforhandlede ordener, arbeidsforløp og sammenkjedingsarbeid og på forskjellige profesjonsteoretiske forståelser av profesjonell autonomi. De profesjonsteoretiske bidragene har alle til felles at profesjonsutøveres mulighetsrom for å fatte beslutninger selvstendig vektlegges som et sentralt kjennetegn på autonomi. Kombinasjonen av Strauss' begreper om forløp og sammenkjeding og profesjonsteoretiske forståelser av profesjonell autonomi er sentrale for min undersøkelse av kirurgers autonomi og hvordan denne er koblet til organiseringen av deres arbeid. Som det vil fremkomme videre, utvikles og anlegges det her en forståelse av begrepet profesjonell autonomi som lar seg benytte i analyser av hverdagsarbeid slik det utspiller seg *in situ*, hvor jeg skiller mellom to analytisk differensierbare typer av beslutninger.

3.3.1 Kollektiv og individuell autonomi

Det skilles gjerne mellom autonomi for profesjonen, forstått som en gruppe personer med en bestemt utdanning, som er gitt retten til å utføre visse arbeidsoppgaver innenfor et gitt arbeidsfelt eller virksomhetsområde (Abbott, 1988; Molander & Terum, 2008), og den individuelle profesjonsutøveren. Profesjonell autonomi¹¹ er således knyttet både til profesjonen som *kollektiv aktør* og profesjonens *individuelle medlemmer*. Vi kan derfor snakke om profesjonell autonomi på to sammenvevde, men analytisk differensierbare nivåer; på den ene side profesjonens kollektive autonomi og på den annen side profesjonsutøvernes individuelle autonomi (Engel, 1969; Haave, 2012, 2014).

Idealtypisk innbefatter profesjonell autonomi på kollektivt nivå både kontroll over adgang til arbeidsoppgavene (ekstern kontroll) og kontroll over utførelsen av arbeidsoppgavene (intern kontroll). Freidson (1988:71) hevder at profesjoners fremste kjennetegn er «legitimate, organized autonomy – that a profession is distinct from other occupations in that it has been given the right to control its own work».

¹¹ Jeg knytter det som følger, i overveiende grad til legeprofesjonen og dens medlemmer, som er denne avhandlingens hovedaktører.

At profesjonen har fått retten til å ha kontroll over eget arbeid, har sin årsak i at myndighetene har latt seg overbevise om at profesjonen vil bruke sin spesialiserte og formaliserte kunnskap til å tjene samfunnet og dets klienter, og at myndighetene ved å gi profesjonen denne autonomien har vist sin tiltro til at profesjonen vil kontrollere og disiplinere yrkesutøvere som ikke lever opp til profesjonens egne faglige og moralske standarder (Abbott, 1988; Freidson, 1970, 1988). Det forutsettes altså at profesjonsutøvere kontrollerer og kontrolleres av sine kolleger innenfor profesjonen og av den profesjonelle sammenslutningen (eksempelvis Legeforeningen). Den enkelte profesjonsutøvers individuelle autonomi tildeles dermed på grunnlag av vedkommendes medlemskap i en profesjonell sammenslutning (Grimen, 2008) og er basert på, lagt til rette for og vedlikeholdt av og gjennom profesjonsfelleskapet (Freidson, 1988:24). Dette gir ifølge Freidson «Professional people [...] the special privilege of freedom from control of outsiders» (Freidson, 1988:137). I denne avhandlingen undersøker jeg altså hvor stor kontroll kirurger har over egne arbeidsoppgaver, og hvordan organiseringen av arbeidet virker inn på mulighetene for kontroll av egne arbeidsoppgaver. Jeg er også interessert i hvilke muligheter denne organiseringen gir for intern kontroll, altså av kollegers kontroll av hverandres arbeid.

En videre drøfting om profesjonell autonomi på kollektivt nivå ligger utenfor avhandlingens tematikk, men det er verdt å nevne allerede her at Gloria V. Engel (1969) i sitt arbeid med legers autonomi i artikkelen *The Effect of Bureaucracy on the Professional Autonomy of the Physician* definerte disse to nivåene av autonomi slik:

On the group level autonomy is defined as the control an occupational group possesses over its decisions and activities in the community it functions, or its freedom to direct the activities of the profession. Autonomy on the individual level is defined as the professional's self control over both his decisions and his work activities within a particular work setting, or his freedom to deal with his client. (Engel, 1969:31)

Engel skiller her ikke bare mellom autonomi på de to nivåene, men som vi kommer tilbake til, peker hun også på viktige aspekter av hva som kjennetegner individuell autonomi: egen kontroll (styring) av egne beslutninger og arbeidsaktiviteter (-gjøremål) *der dette arbeidet måtte finne sted*. Dette fokuset på stedlig organisering, og betydningen av dette for de profesjonelles autonomi, er noe jeg tar med meg fra Engel og vil videreutvikle i denne avhandlingen.

3.3.2 Hva er profesjonell autonomi på individnivå?

Men før vi ser nærmere på betydningen av stedlig organisering for autonomi, må vi gå nærmere inn på de profesjonsteoretiske diskusjonene om hva profesjonell autonomi på individnivå er. Det foreligger ingen enighet om hvilke elementer som bør inngå i definisjonen av autonomi på individuelt nivå (Mastekaasa, 2011; Rønningstad, 2017). To ulike måter å forstå individuell autonomi på er enten autonomi som en holdning eller opplevelse, eller som yrkesmessig adferd (Mastekaasa, 2011).

Hall (1968:93) definerer eksempelvis autonomi som «the feeling that the practitioner ought to be able to make his own decisions without external pressures from his clients, those who are not members of his profession, or from his employing organization». Autonomi er ifølge denne forståelsen en opplevd tilstand. Det dreier seg om hvorvidt profesjonsutøveren selv *opplever* å være fri fra andres kontroll. En lang rekke spørreundersøkelser omkring profesjonelles autonomi legger en slik forståelse til grunn. Brante et al. (2015) måler eksempelvis arbeidsautonomi i sin sammenliknende studie av profesjoner i Sverige ved å be respondentene score utsagnene:

- a) jeg kan bestemme selv over arbeidsplanen min,
- b) jeg bestemmer selv over egen arbeidstakt,
- c) jeg kan selv bestemme når jeg tar pause, og
- d) jeg kan selv gjøre forandringer i tidsplanleggingen om jeg blir avbrutt i arbeidet mitt.
(Brante et al., 2015:183-184, min oversettelse)

Disse spørsmålene peker alle mot en forståelse av autonomi som en opplevd følelse av hvorvidt den enkelte står fritt til å styre sin egen hverdag. Av de 17 profesjonene denne undersøkelsen ble sendt ut til, var leger blant de fire profesjonene som scoret lavest på spørsmålene. Legene scoret også lavere enn sykepleierne, en yrkesgruppe som det i stor grad er enighet om har begrenset autonomi og er underlagt legens autoritet (Allen, 2015; Freidson, 2001; Porter, 1991; Snelgrove & Hughes, 2008; Walby & Greenwell, 1994). Tatt i betraktning at leger ofte fremstilles som den idealtypiske profesjonsutøveren, er dette interessant, fordi det peker i retning av at profesjonsutøvernes høyere posisjon innenfor et profesjonsfelt *ikke nødvendigvis* er ensbetydende med en større *opplevelse* av autonomi. En over tjue år gammel norsk studie av legers opplevelse av kontroll over egen arbeidssituasjon fant da også at leger «opplever på viktige punkter klart mindre jobbautonomi enn nordmenn

flest» (Gjerberg et al., 1996). Samme studie fant for øvrig også at kirurger opplever mindre autonomi enn sine kolleger i andre spesialiteter, og det foreslås at dette skyldes at kirurger har en strammere arbeidsplan, må forholde seg til flere yrkesgrupper, og at sykehusenes tillagende krav om effektivisering dermed særlig påvirker kirurgene.

Funck (2012) skiller mellom tre dimensjoner av *individuell autonomi*: økonomisk, politisk og klinisk.¹² Graden av frihet innenfor hver av disse tre dimensjonene kan (i prinsippet) utvikle seg uavhengig av hverandre. Dermed kan profesjonsutøverne ha stor grad av autonomi i den ene dimensjonen og lite i de andre (Funck, 2012). *Økonomisk* autonomi avspeiler den enkelte leges mulighet til selv å kunne vurdere verdien av eget arbeid, og dermed ha kontroll over avlønning, volum og sammensetning av de tjenestene som skal tilbys. *Politisk* autonomi knyttes til evne og mulighet til å bestemme når, hvor og under hvilke betingelser tjenester skal tilbys. Både økonomisk og politisk autonomi fremstår som mindre relevante dimensjoner knyttet til individuell autonomi for offentlig ansatte sykehusleger. Kirurgenes lønninger er regulert av tariffavtaler, og det er heller ikke den enkelte lege som bestemmer tilgjengeligheten for tjenestene (Evensen, 1996; Haave, 2011). Derimot er klinisk autonomi tettere opp til det fenomenet jeg er opptatt av i denne avhandlingen. *Klinisk* autonomi forstås av Funck (2012) som muligheten («the ability») til selv å ta beslutninger om behandling av pasienter og vurdere kvaliteten på den medisinske behandlingen som gis, uten begrensninger fra utenforliggende aktører. Klinisk autonomi handler således om den aktiviteten som (i denne avhandlingens kontekst) foregår på sykehuset hvor legene må ta *beslutninger* knyttet til *pasientbehandling*, og minner således om det Farough (1996) omtaler som *klinisk frihet ved sengekanten*:

Clinical freedom at the bedside means that the physicians are able to control all levels of patient care – diagnosis, orders for tests and procedures, admission to hospital and discharge from hospital – with little direct interference. (Farough, 1996:28)

Slik jeg vurderer det begrepsmessige innholdet av klinisk autonomi, her representert ved Funck og Farough, tar de ikke i tilstrekkelig grad inn over seg at beslutningene legene fatter, gjøres innenfor komplekse organisasjoner og arbeidssituasjoner, som gjør at de ikke bare er

¹² Funck henviser til Schultz og Harrison (1986) når hun differensierer mellom disse tre dimensjonene av autonomi. Elston (1991/2002) benytter seg også av denne inndelingen. Inndelinger av forskjellige dimensjoner eller aspekter av profesjonell autonomi finner vi hos en rekke andre forfattere. Se eksempelvis Freidson (2001), Horner (2000), Rønningstad (2017) og Evetts (2002, 2011).

relatert til enkeltpasienters medisinske situasjon. De tar heller ikke i tilstrekkelig grad høyde for at profesjonell autonomi også handler om å forsøke å sammenkjede – styre – sitt eget arbeidsforløp i det daglige. Det som da «faller mellom stolene» langs disse dimensjonene, er i hvilken grad legene kan *styre eget arbeid* innenfor og *mellom* forhandlingskontekster hvor det er mer enn bare medisinskfaglige beslutninger som må fattes, men hvor styringen av dette arbeidet har konsekvenser for de medisinskfaglige beslutningene. Min oppfatning er dermed at begrepet klinisk autonomi er for grovmasket eller unyansert i sammenheng med undersøkelser av legers *arbeid*, særlig på sykehus.

Svensson (2008:140) hevder at «autonomi avspeiles først og fremst i det å selv styre arbeidet». Slik jeg ser det, må individuell profesjonell autonomi «gjøres» eller «utrettes». Jeg knytter derfor fenomenet individuell profesjonell autonomi i overveiende grad til observerbare sosiale handlinger som skjer i møte med de institusjonelle rammene som sykehuset utgjør, og andre (handlende) aktører. Jeg bygger dermed videre på, men går også et skritt lenger enn de perspektivene jeg nettopp har diskutert, i forståelsen av sammenhengen mellom «gjøringen» av hverdagsarbeidet på sykehuset, organiseringen av dette og profesjonell autonomi. Spørsmålet er da hvordan det å «gjøre autonomi», det å selv styre arbeidet, kan observeres og analyseres, og hvilket begrepsapparat som kan muliggjøre dette. Basert på den etnografiske studien jeg gjort, og videreutviklingen av perspektivene over, er mitt forslag for å kunne fremheve nyansene jeg etterlyser, å skille mellom to typer beslutninger, som begge kan sies å være kliniske (de skjer i tilknytning til arbeidet på sykehuset), men som er noe mer finmasket enn eksempelvis Funcks (2012) begrepsapparat.

3.4 Kunnskapsbaserte og logistikkbaserte beslutninger

Autonomi for den enkelte lege dreier seg i Engels (1969) definisjon om *selv* å kunne *fatte beslutninger* og *bestemme hvilket arbeid* som en skal gjøre innenfor en gitt arbeidskontekst. Hennes spesifisering er i viktig, når jeg nå introduserer den forståelsen av profesjonell autonomi som jeg benytter i analysene av kirurgenes muligheter til å styre eget hverdagsarbeid gjennom *kunnskaps- og logistikkbaserte beslutninger* (Derber & Schwartz, 1991; Lin, 2014).

Begrepsparet kunnskapsbaserte og logistikkbaserte beslutninger er tidligere benyttet av Kathrine Y. Lin (2014) i hennes studie av legers opplevde autonomi i forskjellige

arbeidssettinger i USA. Det er dette skillet jeg har benyttet og utviklet i møte med avhandlingens empiri og i mine analyser av kirurgenes autonomi.

3.4.1 *Kunnskapsbaserte beslutninger*

Kunnskapsbaserte beslutninger er knyttet til den spesialiserte kunnskapen ervervet gjennom lengre studier og profesjonell praksis (Derber & Schwartz, 1991; Lin, 2014). I tråd med Lin forstår jeg kunnskapsbaserte beslutningene som de beslutninger som kirurgene fatter, hvor den spesialiserte (medisinskkirurgiske) kunnskapen har spilt en sentral rolle i resonnementet som ligger til grunn for beslutningen. I kirurgenes profesjonelle virksomhet vil dette konkret være svarene på spørsmålene av typen «Hvilken tilstand står jeg overfor?», «Hva kan eller bør gjøres med denne tilstanden?», og «Når bør dette gjøres?». Hvilke diagnostiske prosedyrer som bør utføres, hvilken type behandling (om noen) som bør igangsettes, og når bør den eventuelt igangsettes, er altså beslutninger som faller inn under denne typen beslutninger.

For kirurger vil det å vurdere hvorvidt en bestemt pasient *bør* opereres, etter at de har gjennomført hva de anser som nødvendige og tilstrekkelige diagnostiske undersøkelser, være et typisk eksempel på en slik kunnskapsbasert beslutning. Tilsvarende er beslutninger knyttet til *når* pasienter *medisinskfaglig* bør opereres, beslutninger av denne art.

Isolert og idealtypisk vil en kunnskapsbasert beslutning gjort helt autonomt ikke involvere andre enn personen som tar denne, verken under selve resonneringsprosessen eller under gjennomføringen av beslutningen, annet enn at andre aktører bistår i gjennomføringen av det som besluttes.

Mitt begrep om kunnskapsbaserte beslutninger har likheter med begrepet *klinisk relevante beslutninger* slik det er presentert og redegjort for i Ofstad (2015) og Ofstad et al. (Ofstad, Frich, Schei, Frankel & Gulbrandsen, 2014). En klinisk relevant beslutning defineres slik:

A verbal statement committing to a particular course of clinically relevant action and/or statement concerning the patient's health that carries meaning and weight because it is stated by a medical expert. (Ofstad et al., 2014:219)

Senere i samme artikkel legger de til «as they appear to the patient» (Ofstad et al., 2014:219). Klinisk relevante beslutninger forstås dermed som beslutninger som den ansvarlige lege uttrykker verbalt i tilknytning til et pasientmøte, som forplikter til en eksplisitt *klinisk handling* slik det fremstår fra pasientens (og observatørens) perspektiv.

Jeg forstår kunnskapsbaserte beslutninger på tilsvarende vis; de er *klinisk relevante*, de *forplikter til handling* (som også inkluderer å avvise/avstå fra handling), og de er observerbare, dog ikke nødvendigvis for pasienten. I min forståelse av kunnskapsbaserte beslutninger inkluderer jeg i tillegg handlinger som ikke nødvendigvis er verbalt uttrykt. Eksempelvis vil kirurgens beslutning om å endre medikamentet ikke være avhengig av om pasienten får vite om det. Det holder at kirurgen endrer forordningen skriftlig uten pasientens kjennskap.

3.4.2 *Logistikkbaserte beslutninger*

Oppsummert forstår jeg altså *kunnskapsbaserte* beslutninger som en relativt snever størrelse, hvor det kun er medisinskfaglige, skjønsmessige vurderinger som ligger til grunn for beslutningene. Kunnskapsbaserte beslutninger kan således sies å foregå i et kognitivt rom, «inne i hodet», uavhengig av de faktiske organisatoriske betingelsene som foreligger for beslutningen. De logistikkbaserte beslutningene derimot kjennetegnes nettopp av at det er beslutninger som inngår i den praktiske sammenkjedingen av arbeidet som aktørene gjør innenfor de konkrete organisatoriske kontekstene.

Logistikkbaserte beslutninger, slik Lin (2014) introduserer og forstår begrepet, er knyttet opp mot tidsbruk og arbeidsdeling i legenes arbeid, vedlikehold av arbeidsorganisasjonen, investeringer i materiell og ansettelse. Om denne formen for beslutninger og dens betydning for profesjonell autonomi skriver Lin:

This is a crucial component of professional autonomy as it allows professional workers to control the structure in which they do their work. Larger organizations require greater administrative regulation in order to operate (Madison & Konrad, 1988) and thus practitioners working in larger organizations may need to cede more control on logistic-based decisions over to administrators. (Lin, 2014)

For Lin handler dette først og fremst om hvordan leger i det daglige arbeidet kan påvirke de strukturelle betingelsene av arbeidet som gjøres i organisasjonen de tilhører. Hennes forståelse avviker derfor også fra en mer allmenn forståelse av begrepet logistikk; planlegging og administrasjon av varestrømmen gjennom en bedrift (Persson & Virum, 1995), eller pasientflyt og -forløp gjennom et sykehus.

Jeg anlegger en forståelse av begrepet logistikkbaserte beslutninger som ligger nærmere en slik allmenn forståelse av logistikk, og som tar inn over seg innsikter fra Strauss' begrep om forløp. Mens Lin bruker logistikkbaserte beslutninger som en måte å vurdere på i hvilken grad

den enkelte lege kan påvirke strukturen som rammer inn arbeidet, benytter jeg begrepet om *i hvilken grad den enkelte lege kan fatte beslutninger knyttet til det å styre eget arbeidsforløp (og pasientforløp) gjennom sykehuset innenfor de foreliggende strukturer eller forhandlingskontekster som legen til enhver tid befinner seg innenfor.*

Kirurgenes beslutninger om hvor de på et gitt tidspunkt i arbeidsdagen skal oppholde seg, hva de skal gjøre der, hvilke pasienter de selv skal oppsøke, tidspunktet for når radiologiske undersøkelser skal gjennomføres, og hvilken rekkefølge pasienter skal opereres i, er eksempler på slike logistikkbaserte beslutninger. Logistikkbaserte beslutninger handler dermed både om kirurgenes muligheter til å forme eget arbeidsforløp innenfor sykehusets rammer og kirurgenes muligheter til å styre disse, men også om beslutninger knyttet direkte til kontroll og styring av pasientforløp (Strauss et al., 1997; Wiener et al., 1979).

Logistikkbaserte beslutninger er dermed også et uttrykk for legenes muligheter til å påvirke arbeidets rytme, dets tempo, koordinering og synkronisering med andres arbeid, og styre aktivitetens temporale lengde og rekkefølge av hendelser (Fine, 1990). Logistikkbaserte beslutninger er derfor knyttet til kirurgens temporale autonomi (Lyman & Scott, 1970) og arbeidsforløp.

3.4.3 *Handlingsrommet for beslutninger er en måte å observere autonomi på*

Grensene for de to formene/typene beslutninger er ikke helt klare, men er likevel en tilnærming som jeg mener kan bidra til å forstå og analysere betingelser og utøvelse av profesjonell autonomi i komplekse organisasjoner, som sykehus. Denne forståelsen av de to beslutningstypene logistikk- og kunnskapsbaserte beslutninger likner, men er ikke identisk med Grimen og Molanders skille mellom skjønn i strukturell og epistemisk forstand.

Molander (2013) skriver:

Utøvelsen av skjønn hevdes ofte å være kjernen i profesjonelt arbeid (se f.eks. Freidson 2001). Profesjoner anvender generell kunnskap, nedfelt i regler av typen «hvis x, så y», på enkelttilfeller, og de er autorisert til å gjøre det. Generelle regler bestemmer imidlertid ikke utvetydig hva som bør gjøres i enkelttilfeller. Denne ubestemtheten skaper et rom for egne vurderinger og beslutninger. «Rom for» viser til handlingsalternativer som står åpne for en aktør, mens «vurderinger og beslutninger» viser til den kognitive aktiviteten som utføres av aktøren som foretar vurderinger og beslutninger, det vil si resonnerer. Dette skillet kan vi betegne som et skille mellom skjønn i strukturell forstand («rom») og i epistemisk forstand («resonnering» under betingelser av ubestemthet). (Molander, 2013:45)

Legers arbeid kjennetegnes nettopp av denne typen av skjønnsutøvelse, hvor legene vurderer og beslutter uten entydige regler, og innenfor et rom av normativt tillatte handlingsalternativer. Men disse beslutningene må på sykehus også ha et rom for å la seg praktisk gjennomføre. Derfor handler det strukturelle rommet i denne avhandlingens sammenheng vel så mye om hva som konkret og praktisk *er mulig* innenfor sykehusets organisatoriske og resursmessige rammebetingelser. Legen må ha også ha et rom til å kunne komme både i en fysisk og en sosial posisjon hvor det er mulig å ta kunnskapsbaserte beslutninger (skjønn i epistemisk forstand) og få *gjennomført* beslutningene til den tiden de selv mener det bør gjøres.

De logistikkbaserte beslutningene hviler ofte på de kunnskapsbaserte vurderingene og beslutningene. At pasienten «bør opereres nå», baserer seg (som oftest) på den medisinske kunnskapsbasen til kirurgen. Samtidig følger det ikke innenfor sykehusets betingelser at kirurgens vurdering av at pasienten «bør opereres nå», nødvendigvis betyr at dette lar seg igangsette umiddelbart. Når en operasjon *faktisk* kan igangsettes, hviler på kirurgens beslutningsmyndighet over andre enheters arbeid. Fordi så godt som alle beslutninger kirurger gjør, knytter seg an til andre aktørers handlinger (leger, sykepleiere, pasienter osv.), handler dermed logistikkbaserte beslutninger også om i *hvilken grad den enkelte kirurg kan mobilisere omkringliggende ressurser*, både for å få gjort eget arbeid og for å få igangsatt andres arbeid. Beslutninger av denne typen handler derfor også om kirurgens *autoritet* innenfor organisasjonen og overfor organisasjonenes andre aktører i den daglige samhandlingen som finner sted der (Farough, 1996:6; Willis, 1988, 2006).

Mulighetsrommet for å ta beslutninger vil kunne variere mellom de to formene samtidig som de er gjensidig påvirkbare. I lys av den stadig økende spesialiseringen og fragmenteringen av medisin som fag (Album, 2013) og (fortsatt) økende organisatorisk kompleksitet på sykehus er det grunn til å tro at dimensjonen som går langs logistikkbaserte beslutninger, bør få større oppmerksomhet. Spørsmål om hvem som bestemmer tidsbruk, prioriteringer av både pasienter og av operasjonskapasitet, trenger nettopp inn i denne delen av autonomien til kirurgene. Jeg vil derfor løfte spesielt de logistikkbaserte beslutningene opp som et sentralt tema gjennom hele avhandlingen. Dette gjør jeg blant annet ved å gjøre et dypdykk i hvordan kirurgenes tid er organisert over uker og måneder (i kap. 5.2), hvordan arbeidsoppgaver fordeles av sykehusets ledelse (i kap. 7), og hvordan kirurgene forsøker å styre egen

arbeidshverdag gjennom logistikkbaserte beslutninger i forskjellige posisjoner rundt om i sykehuset (i kap. 8, 9, 10 og 12).

Profesjonell autonomi må gjøres eller utrettes (Dingwall, 2008) i møter med andre aktører, og avspeiles i muligheten til selv å ta beslutninger og styre eget arbeid (Mastekaasa, 2011; L. G. Svensson, 2008:140). Ved bruk av begrepsparet kunnskaps- og logistikkbaserte beslutninger er det mulig å analysere i hvor stor grad det er mulig å «gjøre» autonomi.

3.5 Noen konsekvenser av de valgte perspektivene og teoretiske referanserammene for avhandlingens innretning og fokus

De metodologiske og teoretiske valgene gjort underveis i dette arbeidet, som jeg nå har gjort rede for, har naturligvis konsekvenser for hva som løftes frem i avhandlingen. Men de har også noen viktige konsekvenser for hva som ikke får plass her. I de avsluttende avsnittene av dette kapitlet skal jeg kort si noe om dette forholdet.

Jeg har hevdet at det å følge og analysere kirurgenes arbeidsforløp kan si noe om deres profesjonelle autonomi. Samtidig avdekker et vedvarende blikk på arbeidsforløp også fenomener som *kontinuitet* og *diskontinuitet* i andre typer og former for forløp. Det foreligger komplekse sammenhenger mellom sykehusets temporale og stedlige organisering av arbeid, profesjonelle hierarkier, informasjons- og beslutningsforløp og forløpsbrudd. Dette er forhold som analyseres og drøftes gjennom hele avhandlingen – fordi det har stor betydning for kirurgenes autonomi.

Studier av kirurgers evne og vilje til å utøve kollegial profesjonsintern kontroll av hverandres adferd og beslutninger har som nevnt i kapittel 1 en lang og god tradisjon. Jeg viste blant annet til Freidson (1975, 1988), Bosk (2003) og Katz (1999), som har skrevet utfyllende og godt om dette. Distinksjonen mellom tekniske og moralske feiltrinn, som Bosk (2003) løfter frem, er eksempler på kategorier som kom meg i hu underveis i feltarbeidet. Tilsvarende var det episoder hvor jeg selv tenkte at måter pasienter ble samtalt med på, i det minste grenset til uetisk, og utvilsomt fremsto som uhøflig. Heller ikke dette gis mye direkte oppmerksomhet. Men gjennom avhandlingen belyser jeg sentrale sider ved *betingelsene* for slik profesjonell kollegial kontroll, både i det daglige arbeidet og over tid. Jeg skriver altså ikke om feil – men om de daglige kontrollmekanismenes organisatoriske forutsetninger.

I *The Social Meaning of Surgery* skriver Nicholas J. Fox (1991):

The operating theatre is one of the most inaccessible “back-spaces” of the modern hospital, often signposted in code further to reduce the possibility of the casual unwelcomed visitor. But it is also the centre of the surgical enterprise, and it must therefore also be the centre of this ethnography of surgery. For both these reasons [...], I begin the ethnography in this chapter with a detailed background to life in the operating theater. (Fox, 1991:14)

Jeg har understreket at jeg er opptatt av autonomi i kirurgenes hverdagsarbeid, og at det i den forbindelse er viktig å studere alle de arbeidskontekster de befinner seg i. I lys av det jeg har skrevet om behovet for å studere kirurgers bevegelser, arbeidsforløp, rundt i *hele* sykehuset, ville det kanskje vært naturlig å analysere alle de kontekster kirurgene beveger seg innenfor, like inngående. Det gjør jeg ikke. Jeg har gjennom feltarbeidet fotfulgt kirurgene gjennom hele arbeidsdager og over relativt lang tid. Jeg har fulgt dem gjennom arbeidsøkter på sengeposter, kontor, på poliklinikker og på operasjonsstuer. Likevel vil jeg i liten grad fokusere på hva som skjer mens kirurgene er på operasjonsstuene og gjør «håndens arbeid». Faktisk er feltnotatet fra operasjonsstuen presentert i metodekapitlets 2.4.3, det eneste som er hentet derfra. Pearl Katz (1999) innleder sitt kapittel om ritualene på operasjonsstuen med disse ordene:

The activity that was of central importance to all of the surgeons at the Meadowbrook University Hospital was operating in the operating room. Each surgeon unequivocally stated that he preferred the drama, tension, and the spotlight on his skills that performing in the operating theater afforded, regardless of his style, specialty, or full-time or part-time status. (Katz, 1999:179)

Om kirurgene jeg fulgte, var blitt bedt om å kommentere Katz' vurdering, ville de fleste nok sagt seg enig. De oppfatter seg som *kirurger* og introduserer seg som kirurger, selv når de knapt har begynt sin spesialistutdanning. Aktiviteten som utspiller seg på operasjonsstuen, er hva kirurgene selv oppfatter som kjernen i deres arbeid. Det er på operasjonsstuen de ønsker å være, og det er *kirurgi* de ønsker å bruke mest mulig av tiden sin til. Dette ga de uttrykk for i mange sammenhenger, og det er noe jeg kommer tilbake til i senere kapitler. Så hvorfor er da ikke *operasjonsstuen* og *kirurgi* i denne avhandlingens sentrum?

Kirurgers autonomi og autoritet på operasjonsstuen er godt dokumentert og beskrevet, og jeg refererte til flere av dem i kapittel 1. Derimot er *veien* til operasjonsstuen i liten grad beskrevet i litteraturen. Dette er en stor del av kirurgers arbeid, og den er underbelyst i litteraturen, kanskje på grunn av det mer trivielle preget i forholdet til operasjonsstuens drama? Denne veien er, som jeg vil vise, broket og full av hindringer og vanskeligheter. Jeg

retter altså blikket mot det arbeidet som kirurgene må legge ned på veien til operasjonsstuen, og det som skjer etterpå. Dermed svarer jeg også på ambisjonen om å se på kirurgenes muligheter til å styre eget arbeid.

4 UniSyk, avdelingen og stillingshierarkiet

I dette kapitlet blir universitetssykehuset UniSyks og gastrokirurgisk avdelings formelle organisering presentert. Det kirurgiske stillingshierarkiet, inkludert korte «stillingsbeskrivelser» og antallet leger som tilbringer sin arbeidstid her, presenteres også. I tillegg nevnes avdelingens andre ansatte, før kapitlet avsluttes med en kort redegjørelse om hvordan den heterogene pasientgruppen øhjelpspasienter kommer inn på sykehuset.

4.1 Universitetssykehuset UniSyk

Universitetssykehuset UniSyk, hvor jeg har tilbrakt mine timer som deltagende observatør, er blant de store i norsk sammenheng. Sykehuset, med sine mange hundre sengeplasser og flere tusen ansatte, dekker både lokalsykehus- og områdefunksjoner i alle aldersgrupper innenfor somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og rus. Det dekker derfor så godt som alle områder innenfor spesialisthelsetjenesten i Norge. Som sykehus må det derfor karakteriseres som komplett, i den forstand at det tar seg av pasienter i alle aldersgrupper med både de vanligste og mer sjeldne, akutte og kroniske lidelser. Mange av pasientene kommer til sykehuset akutt, noe også sykehusets aktiviteter i stor grad er preget av.¹³ Ansatte jeg snakket med i løpet av feltarbeidet, omtalte gjerne sykehuset som et akuttsykehus. «Vi er hovedsakelig et akuttsykehus», «her er det alltid en strøm av uplanlagte innleggelser» og tilsvarende utsagn møtte jeg på overalt i sykehusets korridorer og rom. Utsagnene ble støttet i sykehusets årsrapport, som anga at langt over halvparten av alle innleggelser til døgnbehandling var øyeblikkelig hjelp-pasienter – pasienter som ikke står på sykehusets ventelister.

Som formell organisatorisk enhet er UniSyk et sett av hierarkisk ordnede bokser. Dette settet av bokser har igjen et sett av beskrevne funksjoner. Hver boks representerer en organisatorisk enhet som skal løse et spesielt sett av stort sett definerte oppgaver innenfor sykehusets hele. Funksjonene som hver av boksene har, ivaretas av en eller flere stillinger. Stillingene er igjen besatt av mennesker med forskjellig bakgrunn. Men boksene er kun en abstrahering av måten arbeidet organiseres på. Et arbeid som skjer gjennom menneskelig handling, fordelt utover flere fysiske lokalisasjoner. Det er derfor nødvendig å beskrive den formelle organiseringen

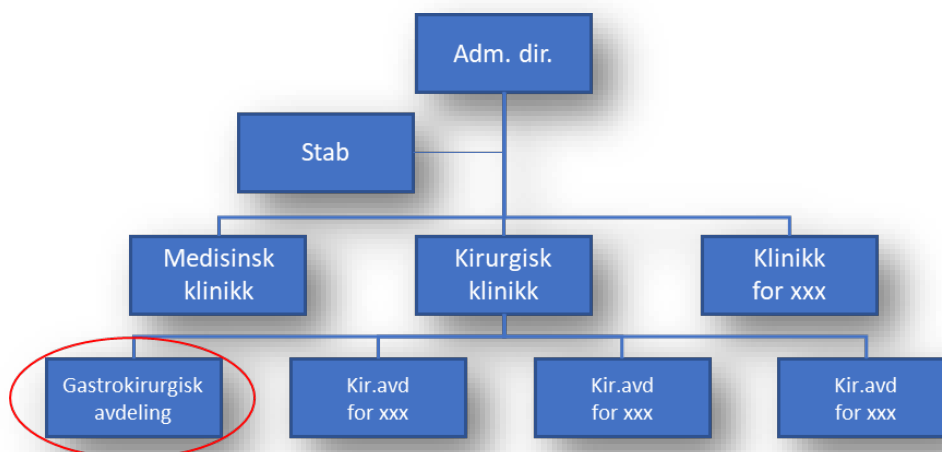
¹³ Hvordan dette kommer til uttrykk i det daglige arbeidet, vil jeg benytte mye tid på å beskrive i de senere kapitlene. Jeg lar leseren derfor bli avspist med denne korte og ufullstendige beskrivelsen for nå.

av UniSyk gjennom et organisasjonskart, siden mange av aktivitetene som legene (og andre sykehusansatte) gjør, er knyttet til denne formelle strukturen. Men dette kartet viser ikke til fysiske, geografisk avgrensede rom, men til ledelsesstrukturen ved sykehuset og svarer på spørsmålet: Hvem rapporterer til hvem innenfor profesjonsbyråkratiet (Mintzberg, 1983)?

Som mange andre sykehus i Norge er UniSyk spredt på flere geografiske steder. Hovedvekten (men langt fra alt) av den somatiske virksomheten skjer på et relativt nytt og moderne sykehusområde. Det er på dette geografiske samlede «hovedsykehuset» hvor legen jeg har fulgt, har det meste av sitt arbeid og sin arbeidsplass.

UniSyks formelle organisering følger en vanlig struktur (Kjekshus & Bernstrøm, 2013; Kjekshus & Harsvik, 2007; Nylenna, 2014: kap. 5), hvor sykehusets avdelinger er organisert i klinikker. Klinikkene er satt sammen av tilgrensende medisinske spesialiteter eller støttefunksjoner. De fleste kirurgiske spesialiteter ligger inn under Kirurgisk klinikk, mens de fleste medisinske ligger inn under Medisinsk klinikk. Kirurgisk og Medisinsk klinikk er de klart største når det gjelder antall avdelinger og antall ansatte, men er altså ikke de eneste klinikkene. Klinikkene er ledet av klinikkledere, som i de fleste tilfeller er utdannede leger. Overordnet og skjematisk ser sykehusets formelle organisering slik ut¹⁴:

Figur 2 Organisasjonskart – Unisyk



¹⁴ Beskrivelsen her med tanke på navn og antall klinikker, avdelinger og ansatte fremstår som noe uklar. Dette er gjort med overlegg i et forsøk på å bevare sykehuset anonymitet.

4.2 Gastrokirurgisk avdeling

Av UniSyks organisasjonskart ser vi altså at gastrokirurgisk avdeling ligger under Kirurgisk klinikk. En vanlig assosiasjon til ordet sykehusavdeling er én sykehuskorridor med en lang rekke dører til inn til pasientrom. Innenfor dørene ligger en eller flere (som oftest flere) pasienter. I tillegg vil de fleste se for seg at avdelingen har et vaktrom for sykepleierne, et oppholdsrom for pasientene og gjerne et undersøkelsesrom, i tillegg til ett eller flere legekontor. Denne assosiasjonen passer i og for seg fortsatt for de stedene der pasientene oppholder seg når de er innlagt på sykehus, om de da ikke ligger på operasjonsbordet eller i MR-maskinen, eller når de gjennomgår andre prosedyrer og undersøkelser. Men det er ingen god beskrivelse av hva et sykehus' *avdeling* som organisatorisk enhet er. Gastrokirurgisk avdeling kan, som UniSyk som helhet, likevel presenteres i form av et organisasjonskart (Figur 3 nedenfor).

Gastrokirurgisk avdeling er ledet av avdelingslederen, som rapporterer til klinikkdirektøren. Stillingen som avdelingsleder er profesjonsnøytral, i den forstand at det formelt sett ikke trenger å være en lege som innehar den. Det var likevel en relativt vanlig, men ikke enerådende, oppfatning blant legene ved avdelingen at de burde ledes av en gastrokirurg. Det ble de også i den tiden jeg var der. Avdelingen er seksjonert opp i fem deler. To av seksjonene er ordinære sengeposter, én er poliklinikk, og én er seksjon for kontortjenester. Den siste er seksjon for legetjenester. La meg derfor kort presentere seksjonene og tilhørende stillingskategorier.

Figur 3 Organisasjonskart – gastrokirurgisk avdeling



4.3 Legetjenesten

Legetjenesten er, som navnet tilsier, seksjonen hvor de fleste av legene tilknyttet gastrokirurgisk avdeling er ansatt. Jeg skriver flesteparten, fordi det, som det vil komme frem i denne fremstillingen, er en relativt stor andel av legene som formelt ikke er ansatt ved gastrokirurgisk avdeling. De er ansatt i andre avdelinger med andre ledere. Jeg skriver også *leger* og ikke kirurger, fordi selv om alle legene presenterte seg i det daglige som «kirurger» eller vanligere som «jeg kommer fra kirurgen», er svært mange av legene *ikke* ferdigutdannede kirurger. De er «leger i spesialisering». Figur 4 (under) er en forenklet oversikt over dette kirurgiske stillingshierarkiet.

Figur 4 Det kirurgiske stillingshierarkiet

Stilling	Antall
Overlege (spesialist i gastrokirurgi)	18
Lege i spesialisering (LIS) – B-gren Gastrokirurgi (B-grenist)	9
Lege i spesialisering (LIS) – Generell kirurgi (rotasjonslege) – i sekundærvaktsjiktet	Ca. 20
Lege i spesialisering (LIS) – Generell kirurgi (rotasjonslege) – i primærvaktsjiktet	
Turnuslege	?
Postlege	2

Det er flere vaktjenester på sykehuset knyttet til dette stillingshierarkiet. De forskjellige vaktordningene vil bli beskrevet inngående i de senere kapitlene, men allerede her vil jeg si at hvilken stillingskategori legene innehar, type vakt og hvilke arbeidsoppgaver som følger med, henger tett sammen. Det har også konsekvenser for hvilke problemstillinger den enkelte lege møter, og hvordan hverdagen på jobb ser ut.

4.3.1 Overlegene

Gastrokirurgisk avdeling har 18 overlegestillinger som alle er besatt med godkjente spesialister i gastroenterologisk kirurgi. Av disse 18 overlegestillingene var fire universitetsstillinger (professorater og amanuensisstillinger), med varierende stillingsstørrelse

i klinisk virksomhet. Overlegene var alle menn. Hovedvekten av overlegene var i femtiårsalderen, men med spredning fra noe under førti til nærmere sytti. Følgelig var det relativt stor spredning i graden av erfaring også blant overlegene. Noen av de eldre overlegene gikk ikke vakter, men jobbet i utgangspunktet kun på dagtid i ukedagene.

4.3.2 *Lege i spesialisering B-gren gastrokirurgi – «B-grenistene»*

UniSyks gastrokirurgiske avdeling er godkjent som utdanningsinstitusjon i gastroenterologisk kirurgi og har ni stillinger for *leger i spesialistutdanning – gastroenterologisk kirurgi* (LIS B-gren gastrokirurgi). *B-grenistene*, som disse legene blir kalt på avdelingen (og i avhandlingen), er altså på vei til å bli spesialister i gastrokirurgi. De har alle flere års erfaring som leger innenfor kirurgi. Flere av legene er ferdig utdannede spesialister innenfor generell kirurgi.¹⁵ Jeg ble fortalt at ingen ble ansatt i disse stillingene uten at de hadde minst tre års erfaring i kirurgi. B-grenistene er i aldersspennet midten av trettiårene til midten av førtiårene. I motsetning til overlegestillingene, er flere av B-grenistene kvinner. B-grenistene inngår alle i den kirurgiske vaktordningen på sykehuset. De har tilstedevakt både dager, netter, helger og helligdager. Mens jeg gjennomførte mitt feltarbeid, var dette midlertidige fireårige utdanningsstillinger.

4.3.3 *Lege i spesialisering i generell kirurgi – «rotasjonslegene»*

Rotasjonslegene er ansatt som leger i spesialisering i *generell kirurgi*. De er ansatt i midlertidige utdanningsstillinger, på veien mot å bli utdannet og bli godkjent som spesialister i generell kirurgi. De er en stor gruppe med leger knyttet til gastrokirurgisk avdelings daglige arbeid på sengeposter, poliklinikk og andre steder, men organisatorisk tilhører de en annen del av Kirurgisk klinikk.

Rotasjonslegene er ansatt i Kirurgisk klinikk, med en koordinerende overlege som nærmeste overordnede. Totalt er det rundt 20 slike stillinger ved UniSyks kirurgiske avdelinger. Til enhver tid var det åtte av dem som hadde arbeidsoppgaver, eller arbeidstjeneste, ved gastrokirurgisk avdeling. Så allerede her ser vi at organisasjonskartet over gastrokirurgisk

¹⁵ For å bli godkjent spesialist i gastrokirurgi må man være godkjent spesialist i generell kirurgi, men man kan til en viss grad utdanne seg til begge deler parallelt. Spesialistutdanningens struktur og forløp ble endret ved forskrift i 2016, og fullt ut implementert i 2019 (Helse og omsorgsdepartementet, 2019). Beskrivelsene fra UniSyk avviker derfor noe fra slik det er nå.

avdeling ikke gir et godt bilde av menneskene som jobber der, eller deres organisatoriske tilknytning.

Rotasjonslegene roterer (derav navnet) rundt mellom gastrokirurgisk avdeling og tre andre bløtkirurgiske avdelinger¹⁶ to ganger i året etter en oppsatt plan. Men av dette følger det ikke at den enkelte lege må rotere hvert halvår. I løpet av de fem månedene jeg var der, skjedde det ellers en rekke endringer av stillingsplasseringer, også utenom rotasjonsdatoen. Omtrent halvparten av rotasjonslegenes arbeidstid var knyttet til vaktarbeid, og da i tilknytning til sykehusets akuttmottak. I de resterende delene av arbeidstiden er arbeidet knyttet til avdelingsarbeid ved en av de fire avdelingene.

Blant denne gruppen av rotasjonsleger foreligger det en videre todeling av stillinger, som hovedsakelig er basert på kirurgisk erfaring. Ut fra lengden på erfaring innenfor kirurgi ble de delt opp i to lag eller *sjikt*. Primærvakt- og sekundærvaktsjiktene er begrepene som brukes om disse. *Primærvaktene* har ikke nødvendigvis noen erfaring med kirurgi når de begynner å jobbe i den kirurgiske virksomheten, annet enn den de har fra turnustjenesten. Legene i primærvaktsjiktet er derfor vanligvis de minst erfarne opererende legene på jobb, gjerne med mellom ingen og tre års erfaring fra kirurgiske avdelinger. *Sekundærvaktene* hadde vanligvis mellom to og fire års erfaring, men også det varierte en del.

Alle rotasjonslegene, uavhengig av erfaring og sjikt, har omtrent halvparten av sin arbeidstid knyttet til vaktarbeid. Men de har, som jeg kommer tilbake til i senere kapitler, forskjellige funksjoner og roller mens de er på vakt.

Aldersmessig er rotasjonslegene de yngste av de ferdig utdannede legene. De fleste er i alderen omkring slutten av tjuårene til midten av trettiårene. Flertallet av rotasjonslegene er menn, men det er også flere kvinnelige leger i denne gruppen.

4.3.4 *Postlegene – utdannede leger uten turnustjeneste*

På hver av sengepostene arbeider det to ferdig utdannende leger som ikke har gjennomført turnustjeneste. De arbeider som *postleger*. Jeg ble fortalt at stillingene var opprettet som et økonomisk rimelig forsøk på å lette arbeidsbelastningen for de andre legene ved avdelingen. I motsetning til alle andre av avdelingens leger har disse to kun én arbeidsposisjon – visitt.

¹⁶ Bløtkirurgiske spesialiteter innbefatter blant annet grenspesialitetene gastroenterologisk, urologisk, kar/thorax og barnekirurgi. Andre kirurgiske spesialiteter er plastikk-kirurgi, nevrokirurgi, øre-nese-hals og ortopedi.

Hver dag fra mandag til fredag klokken 07.30 til 16.00 tar de seg av arbeidsoppgaver knyttet til den daglige visittgangen av rundt regnet halvparten av pasientene som ligger på sengeposten. De deltar, som alle andre, i avdelingens fellesmøter og undervisningen som blir gjennomført i etterkant av disse. Resten av arbeidsdagen er knyttet opp til sengepostarbeid. Postlegene er de av legene som tilbringer den største andelen av sin arbeidstid med sengepostpasientene og sykepleierne der. De er også de av legene som i størst grad er bundet til et fysisk avgrenset rom, nemlig sengeposten.

4.3.5 Turnuslegene

UniSyk er en utdanningsinstitusjon for turnusleger, og det var i løpet av tiden jeg var ved sykehuset, hva jeg opplevde som en jevn strøm av nye turnuslegeansikter. UniSyk har til enhver tid flere titalls turnusleger tilknyttet forskjellige avdelinger, som er her for å gjennomføre den obligatoriske turnustjenesten de trenger for å kunne jobbe som lege etter ferdige medisinstudier. Turnuslegene jeg møtte, hadde turnustjenestetid i kirurgi og ortopedi i fire måneder, hvorav mellom to og fire uker var på en kirurgisk avdeling. Noen av turnuslegene er på gastrokirurgisk avdeling. Men mesteparten av tiden bruker turnuslegene på akuttmottaket, hvor de arbeider med mottak av både kirurgiske og ortopediske pasienter. Det er alltid turnusleger på akuttmottaket, og de har mye å gjøre. Som det står i sykehusets omtale av sin egen turnustjeneste i kirurgi og ortopedi: «Mange pasienter, stor arbeidsbelastning med mye vaktarbeid.»

4.4 Sengepostene og poliklinikken

Sengepostene og poliklinikken ledes av seksjonssykepleiere, som rapporterer til avdelingslederen. Det er kun i disse tre seksjonene det er sammenfall mellom organisasjonskart, konkrete og klart avgrensede rom og ansatte. Pleiepersonellet ved gastrokirurgisk avdeling er alle organisert og lokalisert innenfor disse seksjonene, og nærmest alt av deres arbeid foregår innenfor disse fysiske rammene (hhv. den enkelte sengepost eller poliklinikken). Ved hver av sengepostene er det rundt 35 sykepleiere og helsefagarbeidere som har sin arbeidsplass. På poliklinikken jobber det fem sykepleiere.

4.5 Kontortjenesten

De ansatte ved seksjonen for kontortjenester (såkalt merkantilt personell) er fordelt utover på poliklinikken og sengepostene. De sitter i skrankene eller på skriverom, og blant annet

registrer de nyankomne pasienter, skriver dikterte journaler og ordner med papirhenvisninger. De fleste er helsesekretærer.

Det er for øvrig forunderlig hvor lite jeg har fått innblikk i hva det merkantile personalet jobber med, og hvordan de jobber. Jeg kan på ingen måte beskrive deres arbeid, annet enn å si at det forventes at de skal ordne utskrivningspapirer, fakse resepter og ta imot en og annen beskjed fra legene. De fremstår i retrospektiv som de mest usynlige av alle på sykehuset, med unntak av de ansatte som jobbet i sykehusets kjeller – sengerederne, lageransatte, teknikere og sikkert mange andre. Ansatte ved sykehusets sentrale administrasjon tilhører også denne siste usynlige kategorien av mennesker som får sykehuset til å gå rundt.

4.6 Avsluttende kommentarer

I dette kapitlet har jeg presentert UniSyk som formell organisasjon og stillingshierarkiet som de kirurgene jeg har fotfulgt, inngår i. Det er mange flere dimensjoner ved denne organisasjonen som ikke er kommentert. Jeg har blant annet ikke sagt noe om hvordan andre avdelinger er organisert, eller hvordan gastrokirurgisk avdeling rent formelt inngikk i samarbeid med disse andre avdelingene. Det skal jeg heller ikke gjøre, annet enn å peke på noe som kanskje fremstår som merkelig når jeg har beskrevet gastrokirurgisk avdeling: det fullstendige fraværet av operasjonsstuer eller oppvåkingsrom i gastrokirurgisk avdelings organisasjonsbokser. Årsaken til dette fraværet er at det er *operasjonsavdelingen* som «eier» stuen, og *anestesiavdelingen* som «eier» oppvåkingsrommene. Dette faktum har betydning for avdelingens muligheter til å styre aktiviteten der. Forhandlingene som går på tvers av avdelingene om fordelingen av denne typen ressurser, er ikke et tema for denne avhandlingen. Men noen av resultatene fra disse forhandlingene kan vi antydningvis se flere steder underveis i analysene av kirurgenes arbeid på «veien til operasjonsstuen».

Innledningsvis skrev jeg at UniSyk ble omtalt karakterisert som «hovedsakelig et akuttsykehus», og at langt over halvparten av pasientene var øyeblikkelig hjelp-pasienter. Noen kommentarer om hva dette betyr for sykehuset som helhet, er nødvendig. Øyeblikkelig hjelp-pasienter benyttes altså som begrep for de pasientene som ikke har stått på venteliste for innleggelse eller konsultasjon. Øhjelpspasienter, som de kalles av sykehusets ansatte, kommer til sykehuset på forskjellige måter. Mange har oppsøkt legevakt eller fastlege først. Fastlegen ringer så og ber sykehuset ta dem inn for vurdering med én gang. Andre øhjelpspasienter kommer direkte med ambulanse. Andre igjen har tidligere vært i kontakt med sykehuset for

behandling eller utredning, men opplever plutselig forverring av tilstanden. Det gjør at noen pasienter tar direkte kontakt med sykehuset. Den siste gruppen øhjelpspasienter er de pasientene sykehuset selv ber komme inn så snart som mulig. Vanligvis har dette årsak i at legene har fått diagnostiske opplysninger fra tidligere undersøkelser, som nå fordrer rask igangsetting av diagnostiske og behandlingsmessige tiltak. Øhjelpspasienter roter til en orden sykehuset tilstreber å opprettholde. De gir logistiske utfordringer og (om man nå kan kalle det en gruppe) bringer med seg enda et lag med uforutsigbarhet og usikkerhet inn på sykehuset.

Dette kapitlet har hovedsakelig tatt for seg hvordan sykehuset er organisert for å løse de oppgaver det har som pasientbehandlende institusjon. Neste kapittel er også knyttet til bokser, koordinering og arbeidsdeling. Men da løftes helt sentrale aspekter av avdelingens temporale koordinering av kirurgene frem, en koordinering som både er forankret i sykehusets formelle organisering og stillingsstruktur og i en kategorisering av forskjellige typer legearbeid.

5 Kategorisering og temporal koordinering i en arbeidsdelt organisasjon

Every organized human activity – from making of pots to the placing of a man on the moon – gives rise to two fundamental and opposing requirements: the *division of labor* into various tasks to be performed, and the coordination of these tasks to accomplish the activity. (Mintzberg, 1983:2)

Koordineringen og fordelingen av oppgavene er spesielt krevende i menneskebeholdende, profesjonelle byråkratier hvor arbeid og arbeidsoppgaver strekker seg over varierende tid og geografiske avstander (Mintzberg, 1983:189-213; Strauss et al., 1997). Arbeidsdeling krever *både* temporal og stedlig (romlig) koordinering som må *planlegges* (Bardram, 2000).

Koordinering av aktiviteter som skal skje i fremtiden, krever planlegging for å sikre at de riktige menneskene er på de riktige stedene til riktig tid:

In general, temporal coordination becomes more and more indispensable with the expansion of everyday spatial mobility, and the problematic multiplicity of social cycles deriving from the growing division of labor. (Zerubavel, 1976:73)

Dette gir i seg selv en spenning når de ansattes tilstedeværelse (og fravær) må styres og koordineres, samtidig som autonomi verdsettes høyt av ansatte og kvalitet og effektivitet etterstrebes av arbeidsgiver og klienter.

Behovet for koordinering som følge av utstrakt arbeidsdeling er på ingen måte forbeholdt kun sykehus. Men kirurgene jeg fulgte, inngår og handler innenfor en spesielt kompleks organisasjon kjennetegnet av utstrakt horisontal og vertikal arbeidsdeling. Horisontalt mellom avdelinger, profesjoner og deres yrkesutøvere. Vertikalt innenfor intra- og interprofesjonelle hierarkier. Planlegging og koordinering forutsetter en klar fordeling om hva det skal planlegges for (Bardram & Bossen, 2005a; Strauss et al., 1963). For et sykehus som helhet, og for dets enkelte avdelinger, handler dette blant annet om hvilke typer og former av arbeid som skal gjøres, når og hvor det skal gjøres. Og ikke minst *av hvem*. Det skjer altså *kategorisering* og *standardisering* av arbeidet, som gjør det mulig å plassere arbeidet inn i rutiner, planer og planleggingsverktøy.

5.1 Arbeidets hovedkategorier

Kirurgers hverdagsarbeid blir kategorisert på forskjellige måter, avhengig av hva formålet er. Legers konkrete gjøremål, i Strauss' begrepsapparat «tasks», kan plasseres inn i mer overordnede kategorier som direkte eller indirekte pasientrelatert arbeid, administrativt arbeid, journalarbeid, møt arbeid (Rosta & Aasland, 2016). Røhme og Kjekshus (2001) bruker klinisk virksomhet, egen kompetanseutvikling, undervisning og opplæring av andre, administrasjon og ledelse og, til sist, diverse som kategoriseringer av sykehuslegers arbeid i deres studier av fordeling av arbeidstid. Men alle disse forskjellige gjøremålene som sykehuslegene befatter seg med, er bakt inn i to overordnede hovedkategorier av arbeid: *dagarbeid og vaktarbeid* (Vinge, 2003, 2004).

Denne kategoriseringen av arbeid ligger til grunn for svært mye av styringen og planleggingen av kirurgenes arbeid. Jeg begynner derfor dette kapitlet med å redegjøre for disse to helt sentrale og grunnleggende kategoriene. Deretter analyserer jeg tjenesteplanene til UniSyks gastrokirurgiske avdeling, som er avdelingens system for å sikre temporal koordinering av avdelingens kirurger gjennom døgnet, ukene og året. Kapitlet anskueliggjør hvordan sykehusets kompleksitet og behov for kontinuitet (Krogstad et al., 2002; Olsvold, 2010; Vinge, 2004) legger premisser for hverdagsarbeidets arbeidspraksiser.

Skillet mellom dagarbeid og vaktarbeid knyttes oftest opp til arbeidets plassering i løpet av døgnet. Når leger (og sykepleiere og andre turnusarbeidere) sier «jeg skal på vakt», mener de gjerne at de skal jobbe på kvelds- eller nattestid. Vaktarbeid i dagligtale, også blant de sykehusansatte, forstås dermed ofte synonymt med kvelds- og nattarbeid. Dette gjenfinnes også i legenes tariffavtaler gjennom formuleringer som «Partene er enige om at leger i sykehus er dagarbeidere med vakttjeneste» (Spekter & Legeforeningen, 2014) og i detaljerte beskrivelser om hvilke tidspunkter som er å anse som ordinært dagarbeid, og hva som er vaktarbeid. Yngre legers forening (2012) beskriver vaktarbeid slik: «Vaktarbeid knytter seg til sykehusenes ansvar for å dekke behovet for arbeid på kvelder, netter og i helger, der hvor diagnostikk og behandling ikke forsvarlig kan utsettes til ordinær arbeidsdag.» Spørsmålet om hvordan vaktarbeid, forstått som arbeid på kvelds- og nattestid, skal organiseres og

utarbeides, er derfor også helt sentralt i forhandlinger mellom Legeforeningen og arbeidsgiverorganisasjonene og sykehusene.¹⁷

Analytisk må vi derfor også skille mellom *vakttid* og *vaktarbeid*. Vakttid knytter seg til den temporale koordineringen av arbeidet som skal gjøres. Vakt-arbeid knytter seg til hvilken type arbeid, eller hvilke problemstillinger, som skal gjøres eller løses. Dette skillet mellom hovedkategoriene handler i hverdagsarbeidet på sykehus i mindre grad om *når* på døgnet arbeidet skjer, men først og fremst om skillet mellom det *akutte vaktarbeidet* og det *ikke-akutte, planlagte dagarbeidet* (Olsvold, 2010; Vinge, 2003, 2004). Hvorvidt den enkelte lege den enkelte dag skal beskjeftige seg med *dag-* eller *vaktarbeid*, er avhengig av hvilken *arbeidsposisjon* vedkommende blir tildelt eller får fremforhandlet gjennom tjeneste- og arbeidsplaner. Kategoriene dagarbeid og vaktarbeid handler derfor ikke kun om tidspunktet for *når* legenes arbeid foregår, men vel så mye om hvilken *rolle* eller *arbeidsposisjon* kirurgene har i sykehusets og avdelingens virksomhet den enkelte arbeidsøkt.

5.1.1 *Dagarbeid*

Dagarbeidets arbeidsposisjoner kjennetegnes først og fremst av at arbeidet har en klar begynnelse og slutt. For kirurgene jeg fulgte, betød det arbeidstid fra 07.30 til 16.30. Innenfor disse ni timene var den enkelte lege satt opp i en arbeidsposisjon med et sett tilførende funksjoner eller «dagsoppgaver» innenfor avdelingens virksomhet. Det var en lang rekke slike «dagsoppgaver», med tilhørende arbeidsposisjoner hver dag, og disse var fordelt (på papiret)¹⁸ mellom de forskjellige legene (i arbeidsplanen). Arbeidsposisjonen og tilhørende oppgaver var som regel knyttet opp mot et geografisk avgrenset rom, så som å gå legevisitt på *sengepostene* (være visitør eller visittlege), være på *operasjonsstue* (være operatør) eller ta imot pasienter på *poliklinikken*.

Oppgavene knyttet til dagarbeidets arbeidsposisjoner var også tidsavgrenset i den forstand at når dagarbeidet var avsluttet, så skulle det i utgangspunktet ikke være nødvendig for andre leger å «ta over» oppgavene umiddelbart. Det skjer ingen overlevering av «stafettpippen», eller overdragelse av arbeidsoppgavene. Et typisk eksempel på dagarbeid er arbeidet som gjøres på poliklinikkene. På poliklinikkene er all aktivitet planlagt innenfor et gitt

¹⁷ Norgeshistoriens lengste legestreik gjennomført i 2016 hadde som omdreiningspunkt nettopp spørsmålet om på hvilke måter og av hvem planlegging av vaktarbeid på kvelds- og nattestid skulle organiseres.

¹⁸ Jeg skriver på papiret, men både tjenesteplanene og arbeidsplanene var å finne i et dataprogram beregnet for turnus- og tjenesteplanlegging.

tidsintervall. Et visst antall pasienter er planlagt til å komme på gitte tidspunkter fra klokken 08.30, gjerne med 15 minutters intervaller. Alle pasientene skal være tilsett av kirurgen før poliklinikken stenger klokken 15.30. Og når kirurgen har hatt alle pasientene inne til samtale og undersøkelse, og bestemt hva som skal gjøres med disse, så er «jobben gjort», og poliklinikken stenger. Det er ingen som tar over poliklinikkarbeidet for kvelden og natten.

Dagkirurgi, hvor pasienter opereres og reiser hjem samme dag, er et annet eksempel. Et visst antall pasienter er planlagt operert i løpet av dagen. Når disse er ferdig operert (og papirarbeidet er gjort), er også arbeidet for kirurgen ferdig. Det settes ikke plutselig opp en ekstra dagkirurgisk pasient på operasjonslisten når dagens liste er tom. Arbeidet er avsluttet for dagen, og operasjonsstuen stenger. Det er heller ingen ny kirurg som tar over ansvaret for dagkirurgien før den åpner neste dag, hvor en ny liste med pasienter er planlagt operert (vanligvis ikke av den samme kirurgen). Dagarbeid kan således beskrives som både planlagt og tidsmessig avgrenset.¹⁹

5.1.2 Vaktarbeid

Vaktarbeid derimot kjennetegnes av at det er arbeid rettet mot problemstillinger som er uforutsigbare hva gjelder både tidspunkt og omfang. For i motsetning til mye av dagarbeidet er vaktarbeid rettet mot det *akutt oppståtte og det uplanlagte*. Arbeidsoppgavene kan oppstå når som helst på døgnet. Vaktarbeidets oppgaver er (i utgangspunktet) situasjoner som krever om ikke umiddelbar så i hvert fall relativt rask håndtering. Noen vanlige eksempler på dette er pasienter involvert i trafikkulykker, blindtarmsbetennelser eller diffuse smerter i magen, og pasienter som har begynt å få infeksjoner i operasjonssår. Det kan også være pasienter som allerede er innlagt på sykehuset, men hvor tilstanden endrer seg. Igjen kan det være symptomer på infeksjoner, økende smerter, operasjonssår som sprekker opp i sømmene, eller kvalme og oppkast. Dette er bare noen eksempler på problemstillinger som en vet med rimelig sikkerhet vil kunne presentere seg, men som ikke er mulige å planlegge konkret og detaljert inn i lister og skjemaer. Vaktarbeid er derfor hva Vinge (2003) kaller uregjerlig arbeid. Det kan ikke planlegges for i detalj.

¹⁹ Jeg gir disse to eksemplene her, men kommer tilbake til dagarbeidsoppgaver og tilhørende arbeidsposisjoner litt senere når jeg beskriver arbeidsplanens fordeling av konkrete leger i kapittel 7.

For turnuslegene og rotasjonslegene, legene i de nedre delene av legehierarkiet ved UniSyk, handlet dette i overveiende grad om pasienter som kom inn til akuttmottaket, såkalte øyeblikkelig hjelp-pasienter. For overlegene og B-grenistene handlet det i større grad om akutte oppståtte problemstillinger hos pasienter som allerede var innlagt. Vaktarbeid som kategori er dermed ikke ensidig orientert mot nyankomne pasienter, men mer mot nyankomne «problemer», uavhengig av hvor på sykehuset de oppstår.

I motsetning til dagarbeidets planlagte arbeid er det i vaktarbeidet sjelden ferdig oppsatte, planlagte og tidfestede lister som forteller kirurgene hvem de skal ta seg av. Det er på et vis uorganisert i all sin organisering. Det betyr ikke at det ikke finnes lister med pasienter som kirurgene må forholde seg til. Vakthavende kirurg har kontinuerlig operasjonslister, tilsynslistene og lister over øyeblikkelig hjelp-pasienter på mottak og sengeposter som skal eller bør tilses av dem. Forskjellen ligger i at disse ikke er planlagt ett eller flere døgn på forhånd. De oppstår i løpet av timer, noen ganger minutter. Det er heller ikke et fast antall pasienter som skal tilses eller opereres. Antallet varierer, og det samme gjør problemstillingene som dukker opp. I tillegg kan listene endres og omprioriteres på kort varsel, både av kirurgene selv og andre. Listene er foranderlige og uforutsigbare, og blir heller aldri fulle. Kun u håndterbart lange.

I tillegg til å være uregjerlig er vaktarbeid *døgnkontinuerlig*. Med *døgnkontinuerlig* menes ikke her at det nødvendigvis er den samme legen som innehar arbeidsposisjonen som vakthavende gjennom et helt døgn, men at arbeidsposisjonen og tilhørende arbeidsoppgaver er «dekket» til enhver tid, hva Zerubavel (1979) kaller «continuous coverage». Én lege etterfølger en annen i et system som gjør at det alltid finnes en konkret person som har ansvaret for de oppgavene som defineres som vaktarbeid, og med det ansvaret følger også vakttelefonen, som aldri slås av. Han eller hun har arbeidsposisjonen som *vakthavende*.

Oppsummert handler således vaktarbeid om å håndtere temporalt *uforutsigbare* hendelser i tilknytning til et varierende antall pasienter, hvor det ofte *ikke* foreligger noen konkret plan for hva som skal skje med den enkelte pasient (i motsetning til pasienter som planlegges innlagt).²⁰ Vaktarbeid er *døgnkontinuerlig*, fordi en ikke vet *når* behovet for legen vil oppstå.

²⁰ Men det foreligger samtidig en lang rekke retningslinjer, regler og rutiner som beskriver hvordan pasienters forløp i utgangspunktet skal formes og håndteres. Dette er alle eksempler på det Strauss et. al. (1997) kaller Standard Operating Procedures (jf. kap. 3.2).

5.2 Tjenesteplanene – temporal koordinering på papiret

Om det ikke hadde vært behov for *forutsigbar tilgang* til legenes kompetanse gjennom ukens alle timer, ville det ikke vært behov for døgnkontinuerlig vaktarbeid. Men fordi det foreligger et slikt behov, og siden en ikke vet *når* denne legekompentansen oppstår, er det nødvendig at *alle* timer gjennom døgnet dekkes opp av leger.

Siden samme person (les lege) ikke kan være kontinuerlig tilgjengelig døgnet rundt gjennom uker og måneder, må vaktarbeidet fordeles mellom flere leger i et system som dekker dette behovet. Det må altså foreligge et system for *planlegging* av arbeidsdeling og koordinering av legene, slik at sykehuset har forutsigbar tilgang til legers kompetanse i den hensikt å kunne løse temporalt uforutsigbare problemstillinger av varierende kompleksitet og antall,²¹ spredt utover sykehusets geografi. Sykehusenes og avdelingenes system for å sikre kontinuerlig påkrevd dekning av legenes kompetanse finnes i *tjenesteplanene* og *arbeidsplanene*. Disse planene inngår som en viktig bestanddel i hva Vinge (2003) kaller det medisinske arbeidets infrastruktur, og speiler legearbeidets hovedkategorier av arbeid, avdelingens overordnede temporale organisering og koordinering og de formelle og nedskrevne intraprofesjonelle hierarkiene.

Formålet med det som følger, er å plassere tjeneste- og arbeidsplanene som infrastrukturere dokumenter og deres innvirkning på legenes autonomi gjennom måten de plasserer kirurgene på både geografisk og temporalt inn i en kompleks arbeidshverdag. Beskrivelsene og analysene av dem er derfor også en første inngang inn i kirurgenes og avdelingens tempografi, preget som den er av forskjellige organisatoriske rytmer, (u)takt, kontinuitet og diskontinuitet.

Tjenesteplaner og de mer detaljerte *arbeidsplanene* er to svært viktige styrings- og planleggingsverktøy for temporal og stedlig koordinering av kirurgenes arbeidsdelte hverdag. Tjenesteplanenes viktigste funksjon er å sikre en kontinuerlig, døgnbemannet kirurgisk tjeneste på sykehuset gjennom *temporal* koordinering av legeressursene. Tjenesteplanene plasserer alle legenes navn inn i bokser i et skjema. Dette både forteller og pålegger den enkelte om når de skal på jobb, og når de har fri. Når tjenesteplanene foreligger ferdig

²¹ Hva «den nødvendige kompetansen» vurderes til å være, foreligger det ingen enighet om, verken på UniSyk eller mellom helsemyndigheter, Legeforeningen eller de mange interessegruppene som er engasjert i helse- og sykehuspolitikk. De pågående diskusjonene om akuttsykehusfunksjoner og lokalisering i Norge er et illustrerende eksempel.

utformet og presentert for de ansatte legene, er de et resultat av tidligere forhandlinger og prosesser som har foregått over lang tid og på flere nivåer.²² De oppstår ikke i et kontekstfelt vakuum, men er formet og påvirket av en rekke eksterne og sykehusinterne forhold.

Tjenesteplanene er, eller skal i det minste være, utarbeidet etter de forholdsvis detaljerte bestemmelsene om arbeidstider som er angitt blant annet i arbeidsmiljøloven og gjeldende tariffavtaler. De er også nær knyttet til sykehusets overordnede organisering, av de enkelte klinikker og avdelinger, og deres økonomiske handlingsrom. Det er eksempelvis svært kostbart for sykehusene å ha kirurger til stede når tariffavtalens bestemmelser om vakt-*tid* slår inn. I tillegg er de konkrete tjenesteplanene vanligvis utarbeidet av en av de legene som selv inngår i tjenesteplanene, og de lokale tillitsvalgte fra Legeforeningen i samarbeid, forhandlinger eller i konflikt med sykehus og avdelingsledelsen. Tjenesteplanene er derfor ikke uforanderlige eller hugget i stein. Men endringer som gjøres i de konkrete tjenesteplanene, oppstår *ikke* på kort varsel eller uten forhandlinger. Det gjør tjenesteplanene til en stabil og forutsigbar struktur som ligger virksomt i bakgrunnen av sykehusets daglige sosiale organisering av arbeid (Zerubavel, 1976, 1979).

Arbeidsplanene på sin side bygger videre på den temporale koordineringen fra tjenesteplanen, men står også for en *stedlig* koordinering som rammer inn arbeidet. Arbeidsplanene angir *hvor* og *hva* legene har av arbeidsoppgaver, og da særlig knyttet til *dagarbeidet*. Til sammen utgjør tjeneste- og arbeidsplanene noe kirurgene må forholde seg til som lønnsmottagere, de gir avdelingen hva Zerubavel (1979) omtaler som en sosiotemporal struktur, og de gir rammene for hva deres roller som leger skal inneholde av oppgaver gjennom de enkelte arbeidsdager og -måneder. Tjeneste- og arbeidsplanene er således tekstlige produkter som er virksomme i arbeidshverdagen og inngår i hva Dorothy Smith omtaler som tekstlig medierte *ruling relations*:

That extraordinary yet complex of relations that are textually mediated, that connect us across space and time and organize our everyday lives – the corporations, government bureaucracies, academic and professional discourses, mass media, and the complex relations that interconnect them. (Smith, 2005:10)

Tjeneste- og arbeidsplanene produserer og sikrer på den ene side *kontinuitet* i form av vedvarende tilgang til kirurgisk kompetanse. På den annen side produseres *diskontinuitet* gjennom fragmentering og segmentering av visse sider av kirurgenes arbeid og

²² Om norske legers forhold til tjenesteplaner, arbeidstider og tariffavtaler, se Haave (2012, 2014).

arbeidsoppgaver og i betingelsene for de sosiale relasjonene som kirurgene inngår i. Tjeneste- og arbeidsplanene setter således observerbare avtrykk i hverdagsarbeidet og utgjør en viktig del av handlingsrommet kirurgene har for å styre og kontrollere eget arbeid, noe jeg kommer tilbake til i de senere kapitlene om kirurgenes arbeidspraksiser.

Tjenesteplanene fungerer som en syklisk, gjentakende plan. De gir forutsigbarhet både for avdelingen og den enkelte lege. For avdelingen er dette et ønsket resultat som er planlagt og utarbeidet gjennom forhandlinger. For den enkelte lege er det et resultat av andres forhandlinger og arbeid. Tjenesteplanen er således et styringsverktøy og en administrativ ordning som skal sikre kontinuerlig og forsvarlig medisinsk virksomhet, gjennom allokering av tilgjengelige legeressurser. Tjenesteplanene inngår som en viktig bestanddel i hva Vinge (2003) kaller det medisinske arbeidets infrastruktur, og speiler legearbeidets før nevnte hovedkategorier av arbeid – dagarbeid og vaktarbeid – og avdelingens overordnede temporale organisering.

I presentasjonen videre forholder jeg meg til tjenesteplanene som ferdige produkter i form av standardiserte skjemaer, slik de forelegges legene som arbeider ved UniSyks gastrokirurgiske avdeling. For personene, hvis navn plasseres inn i skjemaets bokser, fremstår tjenesteplanene som rigide, strukturerende rammeverk for deres eget arbeid. Tjenesteplanene angir når de skal på jobb, hva slags kategori arbeid de er tiltenkt (dag- eller vaktarbeid), og når de har fri. I det daglige arbeidet stilles det ingen spørsmål om tjenesteplanenes utforming eller funksjon. Som arbeidstagere i en organisasjon må de til vanlig innrette seg og planlegge ikke bare arbeidet innenfor sykehuset, men også livet utenfor etter tjenesteplanene.

Jeg har beskrevet tjenesteplanene som et overordnet temporalt koordinerende styringsverktøy. De er i virkeligheten svært detaljerte. Derfor skal jeg nå vise hvordan tjenesteplanene ser ut for kirurgene jeg fotfulgte. Deretter peker jeg på noen sentrale *faktiske* og *praktiske* konsekvenser som utformingen av tjenesteplanene hadde for kirurgenes arbeidsforløp over uker og måneder, og dermed betingelsene de hadde for utøvelse og styring av sitt eget arbeid over tid.

5.2.1 Tjenesteplanens grunnelementer – arbeidsøkter og stillinger

Alle stillingskategoriene (overlege, B-gren osv.) ved gastrokirurgisk avdeling hadde egne tjenesteplaner. De var alle bygd opp over samme lest. Tjenesteplanen fordeler *arbeidsøkter*

mellom samme type stillinger. En arbeidsøkt i tjenesteplanen er alltid strengt tidsavgrenset, med nøyaktig angivelse av start og slutt.

Alle typer arbeidsøkter hadde sin egen kode i tjenesteplanen. Hver av kodene har en spesiell betydning og angir en planlagt type arbeidsøkt, eller hva Zerubavel (1976) omtaler som en *hendelse*. Hendelsene er planlagt til å skje innenfor et gitt tidsrom (av varierende lengde), på en gitt *ukedag* i en bestemt *uke* (frikoblet fra kalenderuke) for en bestemt *stilling*. Hendelsene det her er snakk om, dreier seg ikke om planlagte pasientmøter eller behandling, men en kategori arbeid som skal gjøres av innehaveren av en angitt stilling i planen.

Hver av disse hendelsene, altså hva jeg omtaler som arbeidsøkter, er en underkategori av hovedkategoriene dagarbeid og vaktarbeid, men med varierende plassering innenfor døgnet og med varierende lengde. Gjennom disse kodene som puttes inn i tjenesteplanen, koordineres alle arbeidsøktene av begge hovedkategorier av arbeid ved avdelingen mellom forskjellige stillingsinnehavere.

Figur 5 (under) er et utsnitt av en slik plan, som her gjelder B-grenistene. Bare en av de ni etterfølgende uker vises, og kun hovedkategoriene av arbeidsøkter fremkommer (se Vedlegg 1 for en full plan).

Figur 5 B-grenistenes tjenesteplan – uke 1

Lege (navn)	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Smedstad	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri
P. Hansen	Vakt dag	Vakt dag	Vakt dag	Vakt dag	Vakt dag	Fri	Fri
Kawahr	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri	Fri
F. Hansen	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri
Østberg	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Dag	Fri	Fri
Bråten	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri
Andresen	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Døgnvakt	Kort dag etter vakt
Jørgensen	Dag	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Fri	Fri
VAKANT	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Døgnvakt

Tjenesteplanen er således komplett sett i forhold til den «verden» den skal beskrive og planlegge for – vi finner alle leger av en bestemt kategori (her B-grenistene), alle døgnets timer, alle kategorier av arbeid (her forenklet) og alle legenes arbeidsforløp. Tjenesteplanens kategorier uttrykt i form av koder er også gjensidig utelukkende – det er her umulig å ha både fri og vaktarbeid samtidig, eller vaktarbeid og dagarbeid samtidig. Tjenesteplanen har slik sett egenskapene til et idealtypisk klassifiseringssystem, hvor verden segmenteres temporalt, og hvor mennesker og hendelser plasseres inn i bokser (Bowker & Star, 2000b:10).

I tjenesteplanens venstre kolonne finner vi navnet til den enkelte lege. Men selv om navnet er oppgitt, er dette for tjenesteplanens formål uviktig, fordi tjenesteplanens koordinering og arbeidsdeling skjer uavhengig av individer. Det organiserende prinsippet er standardisering av menneskene som skal inngå i tjenesteplanens bokser for å sikre kontinuitet, og da særlig i vaktarbeidet. Zerubavel (1979) formulerer det slik:

The major solution to the problem of maintaining continuous coverage is the impersonalization of coverage through the institutionalization of functionally equivalent – and thus, interchangeable – categories of social actors. (Zerubavel, 1979:43)

Mennesker i samme stillingskategori behandles som funksjonelt ekvivalente, hvor sykehuset som byråkratisk organisasjon forutsetter at utbyttingen av personer ikke har betydning for tjenesteproduksjonen. Det kunne like godt stått *Stilling 1, 2, 3 ... osv.* En B-grenist er en B-grenist.

Derfor finner man også «kirurgen» VAKANT i navnekolonnen. En av de ni B-greniststillingene ved avdelingen var ikke besatt. Stillingen var ledig, vakant, og ventet på at en kvalifisert lege ble ansatt, slik at han eller hun kunne plasseres inn i rubrikken, for deretter å inngå i arbeidet *i et på forhånd bestemt arbeidsforløp*, på lik linje med alle de andre i samme stillingskategori. Profesjonelle byråkratier standardiserer produksjonen av varer og tjenester gjennom å ansette mennesker med en gitt utdanning og formell kompetanse, og de planlegger virksomheten ut fra at de ansatte er likeverdige i utøvelsen av oppgavene de settes til (Mintzberg, 1983). VAKANT er et tilfelle av dette.

Det er altså det døgnkontinuerlige vaktarbeidet som setter premisene for den temporale koordineringen i tjenesteplanene. I figuren som viser én uke fra tjenesteplanen for B-grenistene (Figur 5), har jeg derfor markert vaktarbeidets bokser med mørk grå, for å tydeliggjøre hvordan vaktarbeidet for B-grenistene var fordelt i løpet av en uke.

At vaktarbeidet fordeles mellom flere, og at avdelingen og sykehuset organiserer tidfestede møter, gir i seg selv en type rytme i avdelingen som forplanter seg utover i sykehusets organisasjon. Samtidig er det verdt å bemerke at rytmen som settes, endres gjennom uken, ved at vaktarbeidets temporale inndeling ikke er likt fordelt på uke- og helgedager. At B-grenistenes vaktdøgn i ukedagene deles mellom to, mens de i helgene kun er én, bidrar til en endret døgnstruktur og temporal struktur mellom uke- og helgedager. Som jeg kommer tilbake til senere, skaper dette et til dels forskjellig behov for overføring av informasjon mellom de forskjellige menneskene som «tar over» vaktarbeidet, noe som normalt gjøres gjennom avdelingenes morgenmøter og vaktmøter når én vakthavende tar over stafettspinnen for en annen.

Fordelingen av arbeidsøkter i løpet av uken reflekterer også et annet og mer generelt fenomen ved sykehusets organisering av arbeid, nemlig den åpenbare forskjellen mellom ukedager og natt- og helgearbeid hvor alt *arbeid* som planlegges gjort, kategoriseres som *vaktarbeid*. Det settes ikke opp planlagte, elektive operasjoner disse dagene, og det er heller ingen poliklinikker som holder åpent. En av kirurgene jeg fulgte, omtalte denne reduserte aktiviteten som at «sykehuset går på sparebluss». Bemanningen settes til et minimum hver kveld, og hver helg, og alt arbeid som gjøres av kirurgene ved disse tidspunktene, kategoriseres i planene som vaktarbeid. Som følge av dette er det også færre mennesker å fordele arbeidsoppgaver på og færre den enkelte kirurg kan diskutere problemstillinger med. Det er også færre kirurger som kan føre profesjonell kontroll av sine kollegers utførelse av arbeid mens det pågår.

5.2.2 *Arbeidsforløp og sykluser*

Alle tjenesteplaner går over et visst antall uker, og hver uke har et ukenummer. For B-grenistene er det ni uker. Det er en dermed hva en kaller en nidelt tjenesteplan,²³ og den gjentas hver niende uke i en (på papiret) uavbrutt syklus. På samme måte som kalenderårets første måned kommer etter forrige kalenderårs siste, kommer tjenesteplanens uke 1 etter uke 9. Antall uker tjenesteplanen strekker seg over, bestemmes ut fra antallet stillinger knyttet til tjenesteplanen – her ni stillinger og dermed ni uker.

Tjenesteplanen gjentar seg ikke bare hver niende uke, men også internt hver uke ved at rekkefølgen på de enkelte arbeidsøktene (dagarbeid og vaktarbeid) er lik mellom stillingene.

²³ Om det hadde vært ti vaktgående stillinger, ville tjenesteplanen strukket seg over ti uker (tidelt), noe som gjaldt overlegenes tjenesteplan.

Eneste forskjellen er at stillingenes arbeidsforløp er forskjøvet i tid i forhold til hverandre. Mens Smedstad har friuke i tjenesteplanens uke 1, har Jørgensen friuke i uke 2, og Andresen i uke 3 osv. Dette gir en syklisk rytme og forutsigbarhet i arbeidsforløpene til de enkelte kirurgene. B-grenistene vet at etter «friuken» så kommer det en uke med vaktarbeid på dagtid, og at det er slik for alle B-grenistene. Alle har samme antall timer, samme antall vakter og den samme rekkefølgen av vaktene. Ingen er planlagt med flere enn én lørdagsvakt og heller ikke færre. Stillingenes sykliske arbeidsforløp over uker og måneder er standardiserte. Dermed blir også vaktbelastningen for B-grenistene planlagt likt og (matematisk) rettfærdig fordelt.²⁴ Og det foreligger derfor en vedvarende tilgang på funksjonelt ekvivalente kirurgressurser.

Det er ikke bare arbeidsforløpene som blir identiske. Det skjer også en standardisering av tilgangen på arbeidskraft ved at samme antall B-grenister er planlagt tilstedeværende hver enkelt ukedag. Alle tjenesteplanens mandager har like mange planlagt tilstedeværende, på samme måte som alle lørdager er likt bemannet mellom ukene. For å tydeliggjøre dette har jeg satt opp planens ni torsdager ved siden av hverandre i Figur 6, som viser at det alltid er en stilling som har fri, fem som har dagarbeid, og to som har vaktarbeid (en på dag og en på natt).

Men om samme antall kirurger er planlagt til stede, er et annet resultat av en rullerende tjenesteplan med identiske, men forskutte arbeidsforløp *at konstellasjonen av B-grenister endres for hver dag*. Legg merke til at i tjenesteplanens ni uker er det *ingen* torsdager med den samme kombinasjonen av kirurger planlagt. Slik er det hver eneste dag i løpet av en uke også. Ved at en sikrer det døgnkontinuerlige vaktarbeidet, reduseres muligheten for at legene i samme stillingskategori får arbeide sammen.

Tjenesteplanens sikring av kontinuerlig dekning av døgnet produserer dermed også hva en kan kalle en relasjonell diskontinuitet mellom disse legene. Det har igjen konsekvenser for hvilke betingelser kirurgene har til å opparbeide kjennskap til hverandres vurderinger, prioriteringer og ferdigheter. Graden av relasjonell kontinuitet og diskontinuitet har altså konsekvenser for muligheten til å føre profesjonell kollegial kontroll med hverandre.

²⁴ Det finnes også andre måter å løse dette på. Ved en langt mindre kirurgisk avdeling på et annet sykehus jeg kjenner, har overlegene fordelt mandag til torsdag fast (én har alltid mandag, en annen tirsdag osv.), mens helgene fordeles etter ukenummer på samme måte som ved UniSyk.

Figur 6 Torsdager i tjenesteplan for B-grenistene

Lege (navn)	Tors uke 1	Tors uke 2	Tors uke 3	Tors uke 4	Tors uke 5	Tors uke 6	Tors uke 7	Tors uke 8	Tors uke 9
Smedstad	Fri	Vakt dag	Dag	Dag	Dag	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Vakt kveld/natt
P. Hansen	Vakt dag	Dag	Dag	Dag	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Fri
VAKANT	Dag	Dag	Dag	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Fri	Vakt dag
Kahwahr	Dag	Dag	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Fri	Vakt dag	Dag
F. Hansen	Dag	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Fri	Vakt dag	Dag	Dag
Østberg	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Fri	Vakt dag	Dag	Dag	Dag
Bråten	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Fri	Vakt dag	Dag	Dag	Dag	Kort dag etter vakt
Andresen	Dag	Vakt kveld/natt	Fri	Vakt dag	Dag	Dag	Dag	Kort dag etter vakt	Dag
Jørgensen	Vakt kveld/natt	Fri	Vakt dag	Dag	Dag	Dag	Kort dag etter vakt	Dag	Dag

5.2.3 (Dis-)kontinuitet på tvers av stillingskategoriernes tjenesteplaner

Alle stillingskategoriene ved avdelingen hadde hver sin tjenesteplan, utformet med de samme grunnelementene. Dagarbeidets arbeidstider var forholdsvis like mellom tjenesteplanene, hvor de fleste av arbeidsøktene på dagtid begynte 07.30 og varte til 16.30. Alle de fem tjenesteplanene var sykliske, og alle skilte mellom dagarbeid og vaktarbeid på samme måte.

Derimot var arbeidsforløpene som tjenesteplanene produserte for de ulike *stillingskategoriene*, forskjellige. Blant annet skilte *arbeidsøktenes rekkefølge* seg fra hverandre. Den største forskjellen mellom tjenesteplanene var likevel knyttet til vaktarbeidet, og da særlig ulikheter i disse øktenes temporale lengde og rytme, rekkefølge og grad av *personkontinuitet*.

For det første var overlegenes vaktarbeid basert på døgnvakter. Når de hadde vakt i ukedagene, varte vakten fra 07.30 til 07.30 neste morgen. I helgene hadde samme overlege kontinuerlig vakt fra fredag klokken 07.30 til mandag morgen klokken 07.30. Til sammenlikning varte B-grenistenes helgevakter ikke mer enn ett døgn. Rotasjonslegene hadde aldri døgnvakter. Alle B-grenister og rotasjonsleger oppholdt seg alltid på sykehuset mens de

hadde vakt. De hadde *tilstedevakter*. Overlegene derimot kunne dra hjem etter klokken 21.00 for å være tilgjengelig på telefonen, dersom det ikke foregikk noe spesielt de måtte ta hånd om. De hadde *hjemmevakt* i deler av vekten. Som en av rotasjonslegene formulerte det en travel natt: «Privilegiet det er å sove i egen seng, er forbeholdt overlegene.»

Overlegene hadde, til forskjell fra de andre stillingskategoriene, ordinært dagarbeid etter en arbeidsøkt med vaktarbeid. Når perioden som vakthavende i ukedagene var avsluttet om morgenen (vanligvis etter at de hadde vært hjemme om natten), hadde overlegene en helt vanlig arbeidsdag frem til klokken 16.30. Vakthavende overlege var dermed pålagt å være tilgjengelig og formelt sett i arbeid fra 07.30 til 16.30 neste dag, altså 33 timer i strekk. Alle andre stillingskategorier hadde arbeidstid til 10.00 (såkalt kortdag etter vakt), for så å ha fri minst til neste dag.

Forskjellene på den temporale organiseringen av vaktarbeidet mellom de forskjellige stillingskategoriene har betydning for hvordan *person*-kontinuitet i arbeidet sikres. Blant overlegene forekommer *færre* personbytter knyttet til vaktarbeidet i løpet av en uke enn blant de andre. Arbeidsposisjonen *vakthavende overlege* har i løpet av en uke kun fem bytter av overleger. For arbeidsposisjonen *vakthavende B-grenist* skjer byttene 12 ganger, dog har (som vist i Figur 5) samme B-grenist arbeidsposisjonen på dagtid i fem etterfølgende ukedager (mandag til fredag). For arbeidsposisjonene *primær-* og *sekundærvaktene* skjer det personbytter 14 ganger i løpet av en uke for hver av dem.

Vi kan også konkludere med at i den grad det er personkontinuitet *i vaktarbeidet*, er det overlegene som i størst grad står for dette de enkelte døgn i hverdagene og gjennom helgen. Om vi ser på dagtid i ukedagene, er det B-grenistene som står for kontinuitet i arbeidet, fordi det var den samme B-grenisten som hadde vakt på dagtid mandag til fredag (jf. Figur 5). Blant rotasjonslegene fremstår personkontinuitet som helt underordnet.

Behovet for antall overleveringsmøter eller andre former for informasjonsoverføring i vaktarbeidet var derfor svært høyt for noen av arbeidsposisjonene, og da særlig for de lenger nede i stillingshierarkiet. Det igjen har konsekvenser for hvor mye av den daglige arbeidstiden som ble brukt til informasjonsinnhenting. Jo mindre kontinuitet, jo større behov for innhenting og overlevering av informasjon fra og til andre om hva som er gjort, og hva som må gjøres.

I Figur 6 viste jeg at konstellasjonen av mennesker innenfor samme stillingskategori (eksemplifisert ved B-grenistenes tjenesteplan) i liten grad tilbrakte tid *sammen* gjennom ukene, noe som potensielt fører til relasjonell diskontinuitet. Tilsvarende konsekvens kommer enda tydeligere til uttrykk når en sammenstiller tjenesteplanene på tvers av stillingskategorier. For mens tjenesteplanene for B-grenistene og for rotasjonslegene er nidelte, er overlegenes tidelt (går over tiukerssykluser). De forløper dermed i «utakt». Det medfører at hva noen av kirurgene selv kalte «helgeteamene», ikke hadde en fast overlege som medlem i teamet. Siden alle andre enn overlegen gikk nidelte tjenesteplaner, hadde de også helgevaktene sine sammen hver gang på papiret. Så mens det for de underordnede kirurgene i det minste var faste «helgekolleger», siden de alle gikk i nidelt tjenesteplan, var dette ikke tilfellet med hensyn til overlegene, da de ikke hadde samme rytme med tanke på når de hadde helgevakt. I Figur 7 sammenstilles tjenesteplanene til en B-grenist og en overlege, hvor dette kommer til syne.

Figur 7 Sammenstilling av arbeidsforløp over ti uker

Lege (navn)	Uke 1							Uke 2						
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
B-gren Smedstad	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Vakt dag	Vakt dag	Vakt dag	Vakt dag	Vakt dag	Fri	Fri
Overlege Oppegård	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri
Lege (navn)	Uke 3							Uke 4						
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
B-gren Smedstad	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Døgnvakt	Kort dag etter vakt	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri	Fri
Overlege Oppegård	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri	Dag	Dag	Fri	Dag	Dag	Visitivakt	Visitivakt
Lege (navn)	Uke 5							Uke 6						
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
B-gren Smedstad	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri	Dag	Dag	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Dag	Fri	Fri
Overlege Oppegård	Dag	Dag	Dag	Døgnvakt	Dag	Fri	Fri	Dag	Dag	Døgnvakt	Dag	Dag	Fri	Fri
Lege (navn)	Uke 7							Uke 8						
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
B-gren Smedstad	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Døgnvakt	Kort dag etter vakt
Overlege Oppegård	Dag	Døgnvakt	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri	Døgnvakt	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri	Fri
Lege (navn)	Uke 9							Uke 10 (for Smedstad uke 1)						
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
B-gren Smedstad	Dag	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Vakt kveld/natt	Kort dag etter vakt	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri
Overlege Oppegård	Fri	Dag	Dag	Dag	Døgnvakt	Døgnvakt	Døgnvakt	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag	Fri	Fri

Noen av de underordnede legene oppga i samtale med meg at denne utakten gjorde deres eget arbeid mer utfordrende. De begrunnet det med at det ble vanskeligere å vite hvordan

overlegene ville at samarbeidet mellom dem skulle organiseres, og hva de underordnede selv skulle eller kunne gjøre, om de ikke først forhørte seg med vakthavende overlege. Samtidig, som vi skal se i senere kapitler, observerte jeg en tendens blant noen underordnede leger til å være tilbakeholdne med å kontakte overlegene. Noe av grunnen kan kanskje være «utakten» mellom tjenesteplanene, som bidrar til den relasjonelle diskontinuiteten på tvers av stillingskategoriene jeg har beskrevet her.

Overleger jeg pratet med, uttalte på den annen side at denne manglende koordineringen på tvers av stillingskategorier ikke var problem, fordi de mente at overlegene visste hvordan arbeidet var organisert i avdelingen, og klarte å holde god oversikt over det som foregikk, og ferdighetsnivået til de underordnede. En overlege formulerte det slik i en samtale med meg:

Dette er et problem som er ikke-eksisterende. Vi [overlegene og de underordnede legene] kjenner hverandre så godt. Vi møtes jo hele tiden, jobber sammen om pasienter på sengepostene og på operasjon. At vi er forskjellige, er jo én ting. Og at vi gjør ting på forskjellige måte, er jo en annen. Men at vi ikke bruker tid sammen i helgene, eller i vakttid ... Nei, det er ikke noe problem.

[Feltnotat]

Fra denne overlegenes ståsted var relasjonell diskontinuitet, produsert av tjenesteplanenes struktur, altså ikke et problem. Overlegen poengterer at de jobber sammen om pasienter på sengepostene og på operasjon. Men som jeg vil komme tilbake til og vise i senere kapitler, er tiden de underordnede tilbringer med overlegene, nokså begrenset, og arbeidsoppgavenes fordeling, spesielt i vaktarbeidet, gjør ofte at de oppholder seg på forskjellige steder på sykehuset.

Om noen av overlegene selv ikke oppfattet de omskiftelige konstellasjonene av overleger og underordnede leger som problematisk, virket det likevel som om det hadde konsekvenser for hvordan arbeidet ble fordelt, hvordan beslutninger ble tatt, og hvor trygge de enkelte underordnede legene var på de beslutningene de skulle ta, og når det var «innafor» å ta kontakt med overleger. Jeg kommer tilbake til dette i kapitlene som tar for seg kunnskapsbaserte beslutninger (særlig kap. 11 og 12).

Det var samtidig liten tvil om at avdelingslederen og de mest erfarne overlegene mente at det var viktig for utviklingen av avdelingens effektivitet, pasientsikkerhet og for de enkelte underordnede legenes utdanning at det forelå personkontinuitet mellom overleger, B-grenister og rotasjonsleger. Gjentatte ganger gjennom feltarbeidet ble det kommentert fra

avdelingslederen og de mest erfarne overlegene at avdelingen slet med å sikre at de underordnede legene fikk den nødvendige oppfølgingen av overlegene i tilknytning til spesialistutdanningen. Temaet ble tatt opp i en lang rekke fora, blant annet som kommentarer under morgenmøter, avdelingsmøter, lunsjer og i mer uformelle samtaler med andre og med meg. En av grunnene til at personkontinuitet blant legene var vanskelig å få til ifølge disse legene, var nettopp manglende temporal koordinering; tjenesteplanene var ikke koordinert mellom de forskjellige stillingskategoriene. Dette gjorde at det ble vanskelig å etablere «mester–svenn»-relasjoner med planlagte og koordinerte læringssituasjoner.

Erfaringsoverføring ved operasjonsbordet ble oppgitt å være preget av tilfeldigheter med forskjellige konstellasjoner av operatører og få muligheter til å føre systematisk kontroll over ferdighetene og utviklingen til de yngre legene. For avdelingsledelsen handlet dette dermed ikke bare om temporal koordinering på vakttid, men vel så mye om vaktarbeidets konsekvenser for dagarbeidets organisering, gjennom dens oppstyking av arbeidsukenes dagarbeid, hvor utdanning og veiledning i hovedsak var tenkt gjennomført. Samtidig er det verdt å bemerke at diskontinuiteten i arbeidet og (potensielt) i de sosiale relasjonene mellom kirurgene jeg peker på her, også handler om grad av (dis-)kontinuitet i pasientbehandlingen. Når kirurgene i liten grad er koordinert i form av sammenfallende arbeidstider seg imellom, medfører dette også at kontinuitet hva gjelder informasjon om og oppfølging av pasienter, blir brutt opp. Dette er noe som igjen har stor betydning for hvordan kirurgenes arbeid dager lar seg styre, og trolig også for kvaliteten på behandlingen pasientene får.

Jeg kommer tilbake til hvordan møtepunkter og arbeidsforløp kjedes sammen (Strauss et al., 1997), senere i avhandlingen. Nå er det nok å påpeke at kirurgene ikke bare er satt inn i de temporalt koordinerende verktøyene som tjenesteplaner er. De er også, ut fra hvilken posisjon de er i det kirurgiske stillingshierarkiet, plassert for å arbeide på *visse steder*. Jeg vil i senere kapitler vise på hvilke måter det skjer gjennom avdelingens *arbeidsplaner* og forhandlingene rundt disse i morgenmøtet (kap. 7). Denne stedlige koordineringen av arbeid skjer kontinuerlig i løpet av hverdagens arbeid.

5.3 Avsluttende kommentarer

I *The Ethnography of Infrastructure* kommer Susan Leigh Star (1999) med en oppfordring om å studere det kjedelige:

This article is in a way a call to study boring things. Many aspects of infrastructure are singularly unexciting. They appear as lists of numbers and technical specifications, or as

hidden mechanisms subtending those processes more familiar to social scientists. It takes some digging to unearth the dramas inherent in system design creating, to restore narrative to what appears to be dead lists. (Star, 1999:377)

I dette kapitlet har jeg fulgt denne oppfordringen. Tjenesteplaner fremstår ikke i første omgang som dokumenter som kan kaste lys over problemstillinger knyttet til legers autonomi. Men som vist i dette kapitlet har disse styringsdokumentene betydelig innvirkning på betingelsene for kirurgens arbeid. Dette samsvarer med de funn Vinge presenterer fra danske sykehus (Vikkelsø & Vinge, 2004b; Vinge, 2003, 2004).

Som jeg påpekte i analysene av tjenesteplanene, oppstår det i arbeidet for å sikre kontinuitet av vaktarbeidet diskontinuitet knyttet til de relasjonelle sidene av arbeidet. Diskontinuiteten, bruddene, oppstår både i vaktarbeidet og i dagarbeidet. Overleger og andre leger blir arbeidende i temporal *utakt*. Det gjør at muligheten for å etablere felles arbeidsmåter vanskeliggjøres, både på dagtid og på vakttid. Tendensen til relasjonell diskontinuitet, som følger av avdelingens organisering av vaktarbeid, forsterkes ytterligere når arbeidet som utføres, skjer over flere geografiske steder innenfor sykehusets organisatoriske rammer. Den helt nødvendige temporale koordineringen som må utføres for å holde sykehusets døgnkontinuerlige drift i gang, skaper altså diskontinuitet. Diskontinuiteten forsterkes av de romlige forholdene og utstrakt arbeidsdeling. Jeg kommer tilbake til hvordan avdelingens arbeid fordeles i sykehusets geografi, i senere kapitler.

Men tjenesteplanene er ikke bare viktig for kirurgene hvis navn settes inn. Til tross for at legene er avhengige av at sykehusorganisasjonen stiller dens ressurser til disposisjon for at de skal kunne utøve sitt fag (Andreassen, 2017), er det grunner til å hevde at det er leger og legebehandling som er den primære begrunnelsen for sykehusene (Berg, 1987; Freidson, 1988). Det er vanskelig å se for seg hvordan moderne sykehus ville sett ut uten legene.

Som jeg har pekt på tidligere, er det godt dokumentert at sykehusene i stor grad, kanskje i hovedsak, blir organisert etter legenes behov for støtteapparat både i form av teknologi, infrastruktur og personell. Klinikker og avdelinger organiseres etter medisinske spesialiteter (som ved UniSyk), og den daglige driften til sykehusets andre aktører organiseres rundt de legelige aktivitetene, og dermed også etter tilgjengeligheten til leger. Reguleringen av legens tilstedeværelse og fravær virker inn på store deler av sykehusets virksomhet. Den temporale koordineringen som tjenesteplanen foretar, er derfor viktig.

På den annen side, ved å analysere kun de infrastrukturerte dokumentene slik jeg har gjort her, står en i fare for å fortsette å behandle arbeidet og arbeidsdelingen mellom legene som svarte bokser. Vi vet når de er på jobb, og at arbeidet er delt opp i forskjellige kategorier, hver med tilførende oppgaver. Men ved kun å se på tjenesteplanene er det ikke mulig å si hva kirurgenes arbeid faktisk består av, annet enn at det gjøres mye som ikke er «håndens arbeid»; hvordan gråsoner i arbeidsdelingen avklares, hvordan de forholder seg til hverandre, til pasienter eller hvilke problemstillinger de møter og håndterer gjennom hverdagsarbeidet. Dette er temaer jeg skal se nærmere på i de neste kapitlene.

6 Kunnskapsbaserte beslutninger og kollegial kontroll i morgenmøtet

Morgenmøtet er et av de mest tradisjonsrike, *faste* møtene innenfor det legelige arbeidet på sykehus (Acharya, 2016; Hill & Tyson, 1997). Jeg har tidligere slått fast at sykehuset er en døgnkontinuerlig virksomhet. Det er også en virksomhet hvor arbeidet foregår på forskjellige måter, med forskjellige konstellasjoner av mennesker med forskjellige formål for å møtes. Noen av disse møtene er planlagt inn, som en del infrastrukturen på sykehusene.

Morgenmøtet er et av disse. Vinge (2003) peker derfor på slike legemøter som en helt sentral dimensjon i det medisinske arbeidets infrastruktur. Begrunnelsen er nettopp at de er faste.

Som faste, til dels sementerte, tidfestede aktiviteter deler morgenmøtet opp arbeidsdøgnet i temporale enheter som gir retning for hva som skjer hvor, av og med hvem (Vinge, 2003:155; Zerubavel, 1979). Møtene, og spesielt morgenmøtene, er derfor noe alle ved sykehusavdelingene må innrette seg etter. De strukturerer dagen, det sosiale samspillet og det legelige arbeidet som finner sted gjennom døgnet.

Morgenmøtet ved gastrokirurgisk avdeling begynner hver morgen klokken 07.30 fra mandag til fredag. Det er et institusjonalisert og ritualisert (Bosk 1980; Måseide, 1983:183) møtepunkt for hele kollegiet av leger knyttet til avdelingen. Av alle de planlagte møter og aktiviteter som foregår på gastrokirurgisk avdeling, er det nettopp morgenmøtet som er det mest stabile, både med tanke på tidspunkt og måten det blir gjennomført på. Morgenmøtet er også det eneste faste møtepunktet hvor tilnærmet alle leger knyttet til avdelingen er forventet å møte på.

Morgenmøtet har flere funksjoner. Noen av disse er knyttet til organiseringen av avdelingens og sykehusets planlegging, artikulasjons- og mobilitetsarbeid (Bardram & Bossen, 2005a; Strauss et al., 1997). Men morgenmøtet er også et møtepunkt hvor legene kan fremvise sin faglige dyktighet, evne til samarbeid (Apker & Eggly, 2004) og autoritet (Bosk 1980) i møte med sine kolleger. Kirurgenes arbeidsdag på gastrokirurgisk avdeling knytter seg alltid opp mot morgenmøtet, men inngangen inn og rollen en har der, er ikke like mellom kirurgene. De varierer ut fra stilling, avdelingstilknytning og dagens tildelte oppgaver.

Morgenmøtet hadde en lang rekke programposter som foregikk i en bestemt rekkefølge. En rekkefølge som grovt sett kan deles i to. Den første delen av morgenmøtet omhandler først og

fremst beslutninger av det jeg tidligere har omtalt som kunnskapsbaserte beslutninger. Beslutninger knyttet direkte til pasientbehandling. Den andre delen av morgenmøtet befattet seg først og fremst med temaer knyttet til logistikkbaserte beslutninger.

Dette første av to kapitler om morgenmøtet beskriver og analyserer hvordan morgenmøtene ved gastrokirurgen på UniSyk utspilte seg, og da særlig knyttet til kunnskapsbaserte beslutninger. Gjennom dette kan man begynne å ane konturene av kirurgenes måter å samhandle på og deres varierende mulighetsrom for å delta i beslutningsprosesser.

6.1 «Da får vi sette i gang»

Morgenmøtet foregår i fjerde etasje, et par etasjer unna og i en annen del av bygget enn sengepostene. På døren inn til rommet står det et romnummer, men ellers er det lite som forteller hva som ligger bak døren. Alle dører er like i denne korridoren, som går på tvers gjennom hele sykehusets lengde, kun avbrutt av branndører som åpnes ved hjelp av en stor bryter festet på veggen en sengelengde foran.

Når man kommer inn, er det ved første blick lite som forteller at man har kommet inn i et rom hvor pasienter daglig diskuteres og diagnostiseres og behandling planlegges (men hvor pasientene aldri setter sin fot). Døren fra korridoren ligger i hjørnet av rommet, som er omtrent 12 meter langt og 5–6 meter bredt. Døren åpnes innover og går akkurat klar av stolene som står fritt inntil kortveggen, hvor det henger en enkel informasjonstavle. På tavlen er forskjellige oppslag hengt opp – en (ofte gammel) arbeidsplanutskrift, telefonlister og invitasjoner til kongresser (og julebord). Her henger et halvt års tid også et informasjonsskriv om mitt prosjekt. Rommet er innredet med et stort langt bord i midten, med plass til syv, åtte stoler på hver av sidene og to stoler på den ene enden. På langveggen ut mot korridoren, til venstre for døren, ser man først posthyller for overlegene og kontorpersonalet, videre er det en kjøkkenbenk med vask, oppvaskmaskin og skap med kopper og glass. Det er et lite kjøleskap under benken, som noen av legene setter maten sin inn i. Ved siden av denne står kopimaskinen, og innerst i hjørnet assistentlegenes posthyller. På den andre langveggen er det en lang rekke vinduer med utsikt mot andre deler av sykehuset. Her står også seks eller syv stoler. Trengt inn i ytterhjørnet mellom en dør som går inn til avdelingens åpne kontorlandskap, finner man et avrundet arbeidsbord med en PC og to skjermer. PC-en er koblet til de to projektorene som henger fra taket over langbordet. Det er fra disse at røntgenbildene fremstilles på et lerret på kortveggen lengst nede i rommet under

morgenmøtets gang, styrt og beskrevet av legen som kommer fra radiologisk avdeling hver morgen.

Det er altså et relativt stort rom. Men fra mandag til fredag klokken 07.30 virker det lite når avdelingens leger kommer inn. Noen minutter før møtet starter, begynner legene å komme inn døren. For de fleste av legene som etter hvert innfinner seg her, markerer morgenmøtet begynnelsen på arbeidsdagen. For noen er det en (forhåpentlig) siste etappe av en lang og ofte krevende arbeidsøkt. Noen forsøker å våkne, andre forsøker å holde seg våkne. I minuttene forut for møtestart settes kaffe på bordet. Den er vanligvis traktet av avtroppende primærvakt eller B-grenvakt, men også overleger kan finne på å sette på denne om de har ankommet tidlig. Bordet vil vanligvis også bli raskt tørket over, og matrester og lapper som har blitt liggende over natten, ryddes bort. Sammen med pappkoppene legges det en bunke utskrifter av døgnets nyankomne pasienter. Utskriften er hentet fra skranken i akuttmottaket noen etasjer unna av primærvakten, som ankommer et par minutter før møtet begynner. Antallet utskrifter er sjelden nok til at alle får, til mange av legenes ergrelse. «Jeg har bedt dem kjøre ut flere mange ganger. Men det klarer de altså ikke», eller «For få, igjen!» hørtes titt og ofte. Noen ganger ble det kopiert opp flere fra maskinen som står i rommet, men langt fra alltid. Ikke sjelden sitter noen av legene og ser hverandre over skulderen for å se hva som er kommet av pasienter.

Etter hvert som legene kommer inn og forsyner seg med en utskrift av døgnets nye pasienter og kaffe, øker lydnivået betraktelig. Det samtales på tvers av bordet og rommet om alt fra små hendelser på hjemmefronten til dagens nyheter fra sykehuset eller verden. Innimellom hører man et par av legene diskutere pasienter som skal opereres, som har blitt innlagt, eller spørsmål om hvorvidt en kollega kan bytte en vakt eller dekke opp for en arbeidsoppgave en periode i løpet av dagen. Stemningen er vanligvis god og lett, med spredt latter, smil og «small talk», men også trøtte ansikter og til dels lange gjesp. Innimellom kan man se papirlapper med beskjeder bli overlevert, blant annet til radiologen. Radiologen er der hver morgen for å gå gjennom funn fra de radiologiske undersøkelsene som er gjort siste døgn. Lappene han får, er personnumre til andre pasienter, som kirurgene gjerne vil ha sett på en gang til.

Morgenmøtet er det samlende møtepunktet for legene ved avdelingen, og det var en klar forventning om at alle skulle møte opp her. Men som beskrivelsen av morgenmøtet etter hvert vil vise, er det ikke alle som har en aktiv rolle. Mange er bare der, nærmest som tilskuere,

mens noen har en spesifisert, men mindre synlig rolle i møtets gang. Spesielt første del av møtet var en arena hvor avtroppende primærvakt hadde hovedrollen og avdelingslederen var ordstyrer.

6.2 Faste plasser og observerbare hierarkier

Når klokken har slått 07.30, ebber samtalene raskt ut, mens projektorens bilder kommer opp på skjermene som henger på kortveggen, og avdelingslederen fanger kirurgenes oppmerksomhet. «Da er klokken slagen», «skal vi begynne gjennomgangen?» eller «da får vi sette i gang». I løpet av noen korte øyeblikk finner alle sine plasser. Sine plasser, skriver jeg, men med det mener jeg ikke at legene har egne stoler. Det har de ikke. Men morgenmøtet er som nevnt et gjennomritualisert møte.

Hvor de forskjellige legene sitter, speiler det interne profesjonshierarkiet ved avdelingen. Sammenfallet av posisjon i avdelingen og plassering i rommet var påfallende. Tyngdepunktet av faglig og formell autoritet lå i morgenmøtet ved midten av bordet, for deretter å minke jo lenger ut man kom fra sentrum. Avdelingslederen satt, nærmest uten unntak, på midten av venstre langside av bordet, og det var herfra han styrte dagsordenen, ga sine kommentarer og intervenerte når det en gang iblant ble for mye uorden i taleordenen. Ved å sitte her hadde han mulighet til å få blikkontakt med de fleste av de tilstedeværende, både med dem som satt rundt bordet, og dem som satt langs vindusrekken.

Oftest satt de mest erfarne overlegene på samme side av bordet som avdelingslederen. De to eldste, som begge tidligere hadde vært avdelingsoverleger, satt de gangene de var på møtet, henholdsvis ved siden av og rett overfor avdelingslederen. De andre overlegene var fordelt utover bordets langsider. Innimellom satt det også en og annen B-grenist ved langsiden, men sjelden var det plass til de minst erfarne, rotasjonslegene. Unntak var avtroppende primærvakt. Hun eller han hadde fast plass på bordenden lengst bort fra projektorlerretet. De andre legene spredte seg utover i rommet. Noen ved vindusrekken, andre langs kortveggen lengst unna lerretet. De dagene hvor det var flest leger til stede, var det så fullt at noen av rotasjonslegene ble stående i døråpningen inn til rommet ved siden av. Det ble også en og annen overlege dersom han kom for sent til oppstarten av møtet, noe som ikke helt sjelden skjedde uten at det ble kommentert av noen. Nesten daglig var det en eller flere av kirurgene som kom sent inn døren, slik at de ikke rakk begynnelsen av møtet. Dette ble ikke kommentert i det daglige, men avdelingslederen oppsummerte det slik i et referat fra et av

avdelingsmøtene, for temaet var ineffektiv tidsbruk: «Vi er fulltallige først rundt 07.45.» Turnuskandidatene og medisinerstudentene, som for øvrig aldri kom for sent, benket seg til på vindusraden nærmest projektorlerretet. De av dem som satt nærmest, kom da så nær lerretet at det var vanskelig for dem å se hva som ble vist der. På det meste telte jeg 30 kirurger, turnusleger og medisinerstudenter på ett morgenmøte.

Som denne beskrivelsen peker i retning av, ligger det i den fysiske plasseringen av kirurgene i rommet under morgenmøte en speiling av det interne profesjonshierarkiet. Jo nærmere sentrum av bordet, jo høyere var en plassert i dette. Markeringen av status, og hvem som er «insider/outsider» gjennom romlig plassering, er ikke nødvendigvis noe legene forholder seg bevisst til, men det er likevel et gjennomgående trekk ved mye av samhandlingen som finner sted rundt omkring på sykehuset. I noen sammenhenger er den romlige plasseringen funksjonelt fornuftig og praktisk begrunnet. Kirurgen som opererer, må nødvendigvis stå nærmest pasienten. Andre ganger er det tradisjon, en tatt for gitt sosial omgangsform, som kan sementere sosiale relasjoner, bekrefte profesjonelle og organisatoriske hierarkier (Andrews, 2003; Bosk 1980). Med det hevder jeg ikke at plasseringen i det fysiske rommet alltid kan forstås som tegn på hierarkier og sosiale posisjoner innenfor sykehuset. Det foreligger en rekke praktiske grunner for dem. Men det kan være vanskelig å skille dette fra hverandre. Det er et ofte sammenfall mellom rommelig posisjon/plassering og sosial posisjon.

Denne rangordningen ser ikke ut til å være et særphenomen ved gastrokirurgisk avdelings morgenmøter. Hierarkisk basert plassering blant legene i morgenmøter er beskrevet tidligere. Melbys (2007) beskrivelser fra en nevrologisk avdeling i Norge viser slående likheter:

Deltagerne plasserer seg fast, hierarkisk rundt bordet, med visittoverlegen ved kortenden og eventuelle andre overleger ved siden av ham, mens assistentlegene setter seg på langsiden nedover bordet. Studenter, inkludert oss selv, setter seg lengst unna visittoverlegen. (Melby, 2007:107)

Marte M. Reigstad (2017) opplevde morgenmøter fra hennes tid under spesialisering ved Ullevål sykehus slik:

Det virker som alle gleder seg til dagens etappe. Som lege i spesialisering er det også en del forventninger om hvordan jeg skal oppføre meg. Det aller viktigste at jeg er rask og presis når jeg rapporterer fra nattens arbeid og, kanskje aller mest, at jeg ikke setter meg lengst frem. Den delen av rommet er nemlig for overlegene.

Tilsvarende fra Risørs (2012) beskrivelser fra morgenmøter ved danske sykehus:

The room is dominated by an oval or rectangular table. As the doctors arrive, each take a seat at the table, the young doctors (mostly women) at one end, the senior doctors (mostly men) at the other, with other doctors finding positions in between. Young male doctors may take a seat among the seniors, whereas senior female doctors sometimes sit with interns. Medical students usually sit at the back, a little removed from the table, or take vacant seats at the intern's end of the table. (2012:124)

Risør gjør her et poeng ut av kjønnsdimensjonen han observerte i plasseringene rundt bordet. Tilsvarende observerte ikke jeg. De kvinnelige rotasjonslegene og B-grenistene hadde satt seg sammen med de mannlige. Hvorvidt kvinnelige overleger ville plassert seg på samme måte som de mannlige overlegene jeg observerte, vet jeg ikke. Det var ingen kvinnelige overleger ved denne avdelingen.

Ofte er det i bruddene på det rutinemessige at rutinene i seg selv kommer frem. Et illustrerende eksempel på rigiditeten hva gjelder plassering rundt i rommet under morgenmøtet, fant sted idet en ny primærvakt skulle avgi sin første pasientgjennomgang på morgenmøtet etter sin første nattvakt.

Avtroppende primærvakt kommer inn like før morgenmøtet skal til å begynne. Det er flere ledige stoler rundt i rommet, men han setter seg ved et hjørne av bordet nærmest lerretet, i motsatt ende av der de vanligvis satt. Når avdelingslederen skal sette i gang møtet, titter han mot det andre hjørnet, hvor flere av de yngre legene fra primærvaktsjiktet sittet, og sier: «Ja, da er det bare å begynne.» Når så den nye primærvakten begynner fra andre siden av bordet, snur avdelingslederen seg raskt, med et overrasket uttrykk i ansiktet, og sier: «Åh! Er det du som har hatt vakt? Du får bare begynne.»

[Feltnotat]

Jeg registrerte at neste gang denne legen skulle avgi rapport, satt han på den vanlige plassen på «riktig» side av bordet.

Det var ikke bare leger som var på morgenmøtene. Som nevnt var det en gang iblant medisinerstudenter til stede. Også assisterende avdelingsleder, som hadde sykepleiefaglig bakgrunn, var ofte innom. Hun kom da gjerne en stund etter at møtet hadde blitt satt i gang, stilte seg langs oppvaskbenken med en kopp kaffe i hånden. Her ble hun stående og lytte til samtalene som ble ført av legene, men hun deltok svært sjelden. Ikke ved noen anledning som jeg registrerte, hadde hun innspill omkring pasientbehandling. De gangene hun sa noe i den første delen av møtet, refereringen av pasienter, gjaldt det pasientbelegget på sengepostene eller hvordan listene på poliklinikken så ut denne dagen. Hun fungerte de gangene som et

bindeledd mellom den pleiende delen av avdelingen – sengepostene og poliklinikken og legenes arbeid. Etter at pasientene var referert, var hun oftere involvert i samtalene som foregikk rundt bordet. For, som vi skal se, morgenmøtet ble ikke bare brukt til å referere pasienter. Møtet var også et forum for utveksling av informasjon om andre forhold enn den kirurgisk-medisinske virksomheten. En sjelden gang var det også andre som overvar hele eller deler av morgenmøtet. Et par ganger i uken kom gjerne en eller to av seksjonslederne fra sengepostene. De bidro i svært liten grad til samtalene som foregikk, der de gjerne sto i et hjørne av rommet. Morgenmøtet var kirurgenes arena, med ett unntak.

Radiologen, som hver dag kom inn på morgenmøtet og beskrev resultatene av de radiologiske undersøkelsene, ble sittende utenfor i et hjørne, nærmest gjemt bak de to store skjermene som sto ved arbeidsbordet. Han kom utenfra, og ble på mange måter sittende utenfor. Men han var samtidig den fra utsiden som fikk mest oppmerksomhet og taletid i gjennomgangen av pasientene. For i motsetning til turnuslegene og medisinerstudentene var han en viktig del av ritualet som foregikk der, og han bidro jevnlig med sin kompetanse inn i pasientgjennomgangen, en av de tre viktigste postene under morgenmøtet.

6.3 Pasientgjennomgangens forløp

Når legene hadde funnet sine plasser og radiologen hadde gjort klart projektoren, begynte den avtroppende primærvakten å gjøre rede for det siste døgns ankomne pasienter. I løpet av de 46 morgenmøtene som jeg overvar, var det sjelden avvik fra hvordan dette ble gjort. Uten mer enn avdelingslederens markering av at møtet var satt, begynte avtroppende primærvakt med sin kortfattede presentasjon av pasientene han hadde hatt med å gjøre i løpet av vekten, men også av de pasientene som hadde kommet inn før hans vakt begynte klokken 15.30.

Avtroppende primærvakt har en utskrift av det siste døgnets pasienter foran seg. Denne utskriften, som (mange av) de andre tilstedeværende legene også hadde, inneholdt vanligvis svært lite informasjon om pasientene. Hver pasient hadde sin egen linje, hvor avdelingstilhørighet, hvor pasienten fysisk lå (post), navn, fødselsdag, dato og klokkeslett for og årsak til innleggelsen var notert.

Figur 88 (under) er et utsnitt fra en slik liste, hvor det vanligvis sto 20–40 navn. Om det var færre enn ti, ble dette behørig kommentert.

Figur 8 Pasientliste²⁵

Nye pasienter					
Avdeling	Post	Navn	Fødselsdato	Dato/kl. innleggelse	Innleggelsesårsak
GAST.KIR	1	Arnesen, Arne	11.11.1940	11.11.2014 20:30	Observasjon etter operasjon
GAST.KIR	2	Børresen, Børre	12.12.1964	11.11.2014 11:31	Magesmerter
GAST.KIR	1	Celinas, Celine	13.01.1976	12.11.2014 00:00	Kjent cancer pancreas
URO	4	Davidson, David	18.05.1937	11.11.2014 23:59	Nyrestein?

Det er ikke mye informasjon som oppgis i en slik liste. Men listen fungerte både som en huskeliste for avtroppende og som en oversikt over nye pasienter for dem som kom på jobb. Listene ga derfor også en pekepinn på hvilke utfordringer legene hadde hatt og ville få. Listen gjorde også at radiologen lett kunne finne frem eventuelle radiologiske beskrivelser og bilder samtidig som presentasjonen foregikk. Den fungerte dermed som en form for dreiebok, og skapte enda et element knyttet til ritualets forutsigbarhet. Ikke minst fordi legene som regel fulgte rekkefølgen som sto oppgitt på listen.

Utover denne utskriften av nyankomne pasienter, som hos primærvakten gjerne var full av håndskrevne notater om de viktigste funnene fra de kliniske undersøkelsene, laboratoriesvarene og røntgenundersøkelsene, hadde de avtroppende vakthavende gjerne også en egen notisbok, i tillegg til flere andre papirlapper de hadde brukt gjennom vekten. Disse papirbaserte notatene var et viktig verktøy for alle legene der. Det var gjennom disse lett tilgjengelige «noteringssystemene» at kirurgene klarte å holde oversikt over alle de pasienter og telefoner de hadde fått i løpet av vekten.²⁶ Men dette var ikke lapper som vanligvis ble gitt videre. De var personlige huskelapper, benyttet for å sikre seg selv mot forglemmelser.

²⁵ Navn, fødselsdatoer og tidspunkt for innleggelse er fiktive. Innholdet i kolonnen «Innleggelsesårsak» er reelle hentet fra forskjellige lister.

²⁶ Avdelingen anerkjente at legene hadde behov for slike systemer for «huskelapper». Et resultat av dette var blant annet at avdelingens sekretær ga meg en ny notatblokk første dagen på feltarbeidet. Da hun ga den til meg, en liten rød og svart notisbok som passet inn i sidelommen på frakken, sa hun at «du kan få en notatblokk av meg her. Alle trenger en sånn en her på sykehuset. Og bare si fra om du trenger flere».

Selve refereringen hadde samme kortfattede form uavhengig av person og fulgte den samme oppskriften eller oppbygningen som er beskrevet fra en lang rekke andre studier (se eksempelvis Anspach, 1988; Atkinson, 1995, 1997; Måseide, 2011; Risør, 2012).

Sykehistoriene til den enkelte pasient utformes som et narrativ, og opplysningene som gis, er som regel uttrykt gjennom en konkret medisinsk terminologi. Relativt enkle pasientcaser ble referert svært kort, som følgende feltnotat er ett eksempel på:

Avtroppende primærvakt: «Johansen, Mari. Kvinne, født 1964. Tidligere pankreatitt 2013, livmorhalskreft – 2014, operativt behandlet. Oppgir å ha angst. Mistenkt alkohol- og benzodiazepinavhengighet. Skilt, bor alene. Uføretrygdet. Innkommer med mistanke om alkoholutløst pankreatitt. Blodprøvene taler i den retning. Ultralyd tatt ved innkommst ...»

Avtroppende stopper midtveis i setningen, og gir radiologen anledning til å gjenfortelle hva de har funnet i sine beskrivelser av ultralydbildene. Bildene av ultralydbildene er slått opp på den ene av de to lerretene, og mens han beskriver dem, bruker han pekeren og viser til forsamlingen hva som er hva. Etter at beskrivelsen av disse er gjort, avslutter han med «så bildene bekrefter vel mistanken om pankreatitt».

Når konklusjonen fra radiologen er formidlet, avslutter primærvakten presentasjonene ved å fortelle hvilke tiltak som er gjort: «Blodprøver og ultralyd tatt ved innkommst bekrefter dette. Får smertestillende. Oppstart av intravenøs væske og antibiotika.»

[Feltnotat]

Dersom ingen hadde noen kommentarer, spørsmål eller synspunkter om de resultatene og vurderingene som ble presentert, begynte avtroppende rett på neste pasient på listen på samme kortfattede måte. Denne formen for turtaking som legene utviste underveis i presentasjonene, var gjennomgående. Jeg ble i begynnelsen ofte overrasket over hvor sømløst denne vekslingen mellom kirurgenes presentasjon av pasientnarrativ og radiologens beskrivelse av de radiologiske undersøkelsene foregikk. Svært ofte virket det som om radiologen bare fortsatte på kirurgens setning, med marginale forsinkelser. Under følger et eksempel på en slik sømløs beskrivelse:

Primærvakt: [...] Det ble derfor tatt en CT ...

Radiolog: Her er tumoren blitt tydelig større. Her er CT-bildet tatt klokken åtte. Ved siden tatt for to uker siden. [Mens han scroller gjennom snittene på CT-bildene] Den strekker seg fra [...]

[Feltnotat]

Dette var godt innarbeidet i ritualet, og var ikke avhengig av at det var den samme konstellasjonen av leger som satt der. På samme måte som det var forskjellige primærvakter,

var det også forskjellige radiologer som kom til morgenmøtet. I løpet av en uke kunne det være fire forskjellige radiologer som satt bakerst i rommet og beskrev bildene. Men denne utbyttingen av personer gjorde tilsynelatende ingen ting for morgenmøtets gang. Rollene de forskjellige personene hadde, var standardiserte, og det var få variasjoner når det gjaldt form, innhold eller bruk av tid.

Men ved noen anledninger var det slik at refererende kirurg glemte seg, ved å «plumpe ut» med resultatene fra de radiologiske undersøkelsene. Da kunne man overhøre syrlige og korrigerende kommentarer som «kanskje vi skulle la radiologen få si selv hva de fant», eller «nå tror jeg radiologen har noe å si». Det var som regel en overlege som kom med denne typen kommentarer, men også B-grenister kunne komme med slike utsagn. Etter at kommentarene falt, snudde den refererende kirurgen seg gjerne mot radiologen, mumlet en form for unnskyldning, og lot være å si noe før radiologen enten bekreftet funnet med et kort «ja, det stemmer. Her fant vi...», eller begynte på en fyldigere beskrivelse av bildene (med bruk av pekeren på skjermen).

Ved én anledning ble det etter at en av de minst erfarne primærvaktene begynte å lese opp fra en CT-beskrivelse, sagt av en overlege: «Det er jo ikke noen vits i å ha radiologen her, dersom han ikke får komme til.» Primærvakten nærmest krympet, snudde seg rundt mot radiologen umiddelbart, rødflammet i ansiktet, og sa «beklager». Radiologen begynte da rett på sin beskrivelse. Det var liten tvil om at denne sanksjoneringen ble oppfattet.

Denne institusjonaliserte turtakingen og sanksjoneringen av kirurger som ikke overholdt reglene om informasjonens profesjonelle eierskap som jeg observerte, har også Per Måseide (2006) vist forekommer ved andre sykehus. Primærvaktens referering var altså, som ved andre sykehus, bundet i form og innhold, og det tok ikke lang tid før nye primærvakter hadde innordnet seg dette ritualet. Det var også kun gjennom å følge skriptet som lå til grunn for gjennomføringen av pasientgjennomgangen, at det lot seg gjøre å bli ferdig innenfor den tiden som var satt av til dette formålet.

6.3.1 «Kanskje vi kan fatte oss i korthet»

Tiden avsatt til morgenmøtet var knapp, sammenliknet med det de skulle komme seg gjennom. Som et resultat av det ble det sjelden brukt mer enn to minutter på hver pasient. De gangene primærvakten brukte lengre tid enn noen av overlegene mente var nødvendig, ble dette ofte kommentert. Avdelingslederen eller andre overleger kunne da komme med korte

innspill som «ja, jeg tror det var bra», «Kanskje vi kan fatte oss i korthet» og «ja, nå tror jeg tiden løper fra oss». Forventningen om hvor lang tid som skulle brukes på refereringen av nyinnlagte pasienter, var ikke bare en uformell norm ved morgenmøtet som ble relativt strengt håndhevet. Den fremkom også i skriftlige dokumenter. I avdelingsrutinen for vaktrapportering sto det avslutningsvis «Møtet skal avsluttes senest kl. 08:00 for å sikre tid til undervisning/møter». Og i informasjonsskrivet alle nyankomne rotasjonsleger fikk, var det en noe mer utførlig beskrivelse:

Pasienter som ble referert ved møte på ettermiddagen, dagen før bør refereres svært kortfattet neste morgen om ikke spesielt syke pasienter eller interessante kasus å lære av. [...]

Primærvakt bør legge frem det som primærvakten har rede på, for læringseffekten sin skyld. [...] Rapporten må være konsis og rask – så får en heller gi mer rom for faglig diskusjon rundt spesielt lærerike tilfeller.

[Fra informasjonsmateriell gitt til nye rotasjonsleger. Understreking fra dokumentet]

Det var svært sjelden at det ble brukt mer enn tretti minutter på refereringen av nyankomne pasienter. Selv når mer enn tjue pasienter ble referert, mange av dem relativt kompliserte og hvor det var mange radiologiske undersøkelser som ble demonstrert, var refereringen ferdig få minutter over tiden.

Primærvakten kommer inn med listene og legger dem på bordet. Avdelingslederen tar et eksemplar, ser på arket en stund og sier med et bekymret uttrykk i ansiktet: «Er dette bare gastro?» Primærvakten svarer: «Faktisk er brorparten det», hvorpå avdelingslederen tar et dypt innpust og et etterfølgende høylytt sukk. Primærvakten sier: «Det har vært Texas på mottak i natt.» [...]

Når refereringen av 21 pasienter er ferdig, er klokken 08.02.

[Feltnotat]

I et annet morgenmøte hadde verken de avtroppende primær- eller B-grenvaktene ankommet da klokken var blitt halv åtte. Overlegene hadde derfor begynt å referere pasientene som lå på intensivavdelingen, noe de vanligvis ikke gjorde før *etter* primærvaktenes pasientgjennomgang.

Primærvakten kom inn døren klokken kvart på åtte, svett og med rødsprengte øyne, med operasjonsklær og grønn operasjonslue på. En av overlegene kommenterer «omsider kommer du». Tydelig stresset setter primærvakten seg ned og starter med å si: «Jeg skal prøve å fatte meg i korthet, men dette kommer nok til å bære preg av et virkelig stort pasienttrykk i mottak siste døgn.»

[Feltnotat]

Men selv denne gangen var refereringen ferdig klokken ti over åtte. Denne formen for referering av pasienter inviterer ikke til inngående diskusjoner om de valgene som er blitt tatt. Målet fremstår mer som å fremskaffe tilstrekkelig informasjon for at legene kunne skaffe seg en rimelig oversikt over hvilke problemstillinger de ville møte på i løpet av arbeidsdagen, og hvilke konklusjoner, dog ofte midlertidige, som var blitt gjort av dem som hadde vært til stede og hadde sett pasientene. Det skjedde at arbeidsoppgaver de vakthavende ikke hadde rukket å begynne på eller gjort seg ferdig med, ble nevnt av primærvakten. Beskjeder av denne art ble likevel oftere gitt fra avtroppende direkte til påtroppende i for- eller etterkant av morgenmøtet. Flere av de underordnede legene uttrykte til meg at de gjerne skulle hatt noe mer informasjon enn de fikk her, for å ha et bedre beslutningsgrunnlag i møte med pasientene og for å kunne planlegge og arbeide mer effektivt.

Noen ganger ble det likevel brukt lengre tid på å presentere enkelte pasienter. Unntakene fra de meget korte presentasjonene av pasienter oppsto når en overlege tok ordet fordi han mente det var gitt en utilstrekkelig referering, i betydningen manglende nødvendig klinisk informasjon som begrunnelser for tiltakene som var iverksatt. Tilsvarende ble også beslutninger om å avvente undersøkelser og vurderinger av prøvesvar kritisk kommentert. Overlegen som kommenterte, ba da eksplisitt om at han ville ha en grundigere diskusjon eller drøfting av de vurderingene som hadde blitt gjort, og de beslutningene som var tatt.

Det var altså overlegene som påpekte at funn (eller manglende funn) som var blitt referert, kunne tyde på andre diagnoser og problemstillinger enn det vaktteamet hadde kommet frem til. Formen dette ble avlevert i, varierte, fra det som fremsto som relativt konstruktive tilbakemeldinger, til undrende og (hva jeg oppfattet som) velmenende spørsmål, til spørsmål som i større grad fremsto som åpenlys kritikk av de valgene som var blitt gjort. Under følger et tilfelle hvor primærvakten gjør rede for hva som er gjort med en pasient, men der han ikke har full oversikt over beslutningene som ble tatt.

Primærvakten redegjør for hva de har gjort med en pasient med fjorten dagers sykehistorie. De mistenkte en betent og sprukket blindtarm og begynte å operere ham. «Vi forsøkte å gjøre det laparoskopisk, men vi måtte konvertere til åpent. Det viste seg å være ganske vanskelig. De er ikke ferdig enda.» Avdelingslederen spør: «Hva var bakgrunnen for at dere gikk løs på den med en så lang historie?». Primærvakten svarer: «Det kan jeg ikke gjøre rede for.» En annen overlege skyter da inn: «Vi pleier ikke å ta de med så lang sykehistorie.» Det blir stille et lite sekund, før primærvakten begynner med neste pasient.

Litt senere kommer avtroppende B-gren til morgenmøtet direkte fra operasjonsavdelingen. Avdelingslederen lurer på hvordan det gikk med pasienten, hvorpå B-grenisten svarer at de

fikk ut blindtarmen, men det hadde vært svært vanskelig. «Den var helt råttten.» Avdelingslederen spør om pasienten var peritonittisk²⁷ før operasjon, men dette kan ikke denne svare på. B-grenisten svarer: «Jeg ble jo tilkalt først etter hvert, så jeg kan ikke si noe om det.»

Avdelingslederen: «Nei, det skjønner jeg, men dette er vel en pasient som bør diskuteres med teamet i etterkant.»

[Feltnotat]

Siden det vanligvis var sekundærvakten eller B-grenisten som hadde gjennomført de operative inngrepene, var det som regel en av de som måtte redegjøre for disse til morgenmøtets deltagere. Oftest ble derfor ordet overlatt til avtroppende B-grenist når inngrepene skulle gjøres rede for og resultatene av disse skulle presenteres, noe feltnotatet over også viste. I overlegens korte kommentar, «vi pleier ikke å ta de med så lang sykehistorie», og avdelingslederens kommentar om at beslutningstagerne burde diskutere valgene som var gjort, «i etterkant», ligger det ganske tydelige signaler om at beslutningene som var fattet, ikke ble vurdert til å være gode. Det ble dermed gitt en ganske tydelig tilbakemelding fra de mer erfarne kirurgene, som jeg oppfattet som kritikk. Feltnotatet viser således hvordan morgenmøtet tidvis fungerte som kollegial kontroll av kirurgenes virke.

I informasjonsskrivet som ble gitt til avdelingens nye rotasjonsleger, sto det altså skrevet: «Rapporten må være konsis og rask – så får en heller gi mer rom for faglig diskusjon rundt spesielt lærerike tilfeller.» Med tjue, tretti nye pasienter inn sykehusdøren daglig skulle en tro at de yngre legene med jevne mellomrom fant pasientcaser som kunne være interessante å ta opp for diskusjon. Dette var noe som sjelden fant sted. I all hovedsak ble handlingsvalgene som var gjort, akseptert, og det var relativt sjelden at pasienter som var innlagt og overført til en av sengepostene, ble diskutert i detalj. I liten grad ble det altså stilt spørsmål ved de vurderingene som vaktteamet hadde gjort det siste døgnet i morgenmøtet. Selv om det i skrivet til rotasjonslegene ble understreket at vanskelige eller særlig interessante caser kunne/skulle tas opp på morgenmøtet, var det en klar oppfatning blant de fleste jeg snakket med, at det ikke var tid eller særlig aksept for slike diskusjoner. Og når diskusjonene først oppsto, var det først og fremst overlegene som initierte dem.

Uavhengig av formen for spørsmål eller diskusjon som ble løftet frem, var det gjennomgående slik at morgenmøtets format ikke la til rette for de grundige faglige

²⁷ Peritonittisk er en medisinsk term for tegn på bukhinnebetennelse, en potensielt meget alvorlig tilstand.

diskusjonene, og de ble nesten alltid avbrutt ved at avdelingslederen (eller hans stedfortreder) gjorde det klart at de måtte komme videre i møtet. For etter refereringen fra primærvakten sto det flere punkter på agendaen før møtet var over. Blant annet skulle også pasienter som lå på de postoperative avdelingene og intensivavdelingen, redegjøres for, men da av overlegene.

6.3.2 *Overlegens referering av pasienter og vanskelige tilfeller*

Når primærvakten hadde kommet seg gjennom hele listen av pasienter, var det tid for overlegens referering av de pasientene han hadde ansvar for oppfølgingen av. Det var som regel gjort unna på noen veldig få minutter. Først og fremst skyldtes det at overlegene hadde langt færre pasienter å referere, vanligvis kun de pasientene som lå på intensivavdelingen eller postoperative avdelinger. Nedenfor følger to eksempler på slike refereringer, hvor hele refereringen er gjengitt i notatene.

«På intensiv hadde vi ingen. På postoperativ hadde vi en som var anti-reflux-stentet. Gått fint. Skal til sengepost i dag.»

[Feltnotat]

«Vi har hatt fem på intensiv. Jeg har sett på tre av dem. [Oppgir diagnosene] Det går fint med dem. En pasient er flyttet til sengeposten. [Oppgir navn på pasienten]. Jeg vet ikke hvorfor.»

[Feltnotat]

Refereringen fra overlegen var som feltnotatene over viser, ofte uhyre kortfattede, selv om mange av disse pasientene fremsto, når kirurgene snakket om dem i andre sammenhenger, langt sykere enn mange av pasientene de underordnede legene hadde presentert. Likevel ble altså presentasjonene av disse pasientene gjennomført på hva en kan synes er en mer lemfeldig eller overfladisk måte. Meget sjelden ble eksempelvis blodprøveresultater referert, og radiologiske undersøkelser ble sjeldnere presentert av radiologene underveis i morgenmøtet. Refereringen strakk seg vanligvis kun til hvorfor pasienten ligger eller lå på den aktuelle avdelingen, hvorvidt pasienten fortsatt lå på respirator, og når det var aktuelt, om eller når pasienten skulle overflyttes til sengepost. I tillegg var det langt fra alltid at operasjonsdatoen ble husket av overlegen. Noen ganger ble det bare referert til at «pasienten ble operert forrige uke for [diagnose]». Når jeg gikk sammen med vakthavende overlege, viste det seg også ved to forskjellige anledninger at avtroppende overlege hadde glemt å referere en pasient. Dette ble oppdaget først da den nye vakthavende overlegen fysisk var kommet til disse avdelingene for å se til de pasientene som faktisk var nevnt i morgenmøtet.

Nå skal det samtidig sies at pasienter som ligger på postoperativ- og intensivavdelinger, aldri blir «glemt av systemet». De ligger på avdelinger med sykepleiere som alltid er på plass, og hvor intensiv- og anestesileger jevnlig er inne. Ingen pasienter utenfor operasjonsstuene er bedre overvåket enn disse pasientene. Det betyr også at om en kirurg skulle la være å møte opp for å se til pasientene som ligger der, så blir de nesten garantert ringt opp av enten legene eller sykepleierne på disse avdelingene. Slik sett har overlegens til tider varierende oppmerksomhet rundt disse pasientene nok ikke så stor betydning for pasientbehandlingen. På den annen side vil kirurgen som blir ringt til av disse avdelingene, måtte stå om ikke annet sosialt til ansvar for sine kollegers unnlatelser. Denne typen forglemmelser tas ikke lett på av sykepleierne, noe jeg kommer tilbake til i kapittel 8.

Om refereringene av «overlegenes pasienter» som regel var korte, var det samtidig her de mest kritiske kommentarene og mest intense meningsutvekslingene fant sted. Feltnotatet som følger, er et eksempel på en slik diskusjon. En pasient hadde havnet på intensivavdelingen i løpet av natten, og to av overlegene var uenige om hva som burde vært gjort. Dette avstedkommer en opphetet diskusjon mellom disse to, med forsøk på innspill fra flere andre overleger.

Inge Reitan, som går av som vakthavende overlege, presenterer pasientene fra PO og intensivsen. Han forteller også om en av pasientene som ble operert i løpet av natten, med ham selv som hovedoperatør. Pasientene hadde gjennomgått en standard brokkoperasjon, en såkalt TEP, tidligere på dagen av overlege Andersen. Reitan beskriver at det i beskrivelsen fra den opprinnelige operasjonen på dagtid sto at det hadde vært en ukomplisert operasjon. I løpet av dagen, forteller Reitan, hadde pasienten fått et betydelig Hb-fall fra 17 til 10. I etterkant, ved totiden på natten, hadde det blitt gjort en CT-angiografi av intervensjonsradiolog for å finne blødningsfokus. Fordi pasienten hadde hatt så stort Hb-fall og radiologen hadde ment at det var en arteriell blødning og et ca. 20 cm stort hematom som strakk seg opp mot lever og ned til overkanten av lyskebåndet, fant Reitan at det var indikasjon på å reoperere pasienten. Radiologen som var til stede, beskrev underveis i Reitans gjenfortelling av forløpet inngående CT-bildene som var tatt. Han viste hvilken arterie man mistenkte var årsaken til blødningen. Reitan forteller så at reoperasjonen var blitt gjort åpent av ham selv og B-grenisten som andreoperatør. De hadde ikke klart å lokalisere blødningsfokuset, og besluttet derfor å legge 4–5 kompresser i en plastpose inne i pasientens buk, og deretter la de på ekstern kompresjon utenpå for å se om det stoppet blødningen.

I etterkant av Reitans beskrivelse av hva de hadde gjort, spør Andersen hvorfor de ikke hadde gått inn i lysken for å ligere [knytte av] den mistenkte arterien. Det utviklet seg da raskt en opphetet diskusjon mellom Andersen og Reitan om hva som burde vært gjort, hva de burde ha sett på bildene, og hva slags metode som i dette tilfellet ville være riktig. Andersen var svært kritisk til hvordan Reitan hadde løst dette. Også avtroppende B-grenist deltok i denne diskusjonen, som ble ført med høyt stemmевolum, selv om de satt like i nærheten av hverandre. De snakker i munnen på hverandre og avbryter hverandres resonnement. Under

diskusjonen hadde en av de eldre overlegene sammen med avdelingslederen forsøkt å få svar på noen spørsmål underveis om både det som var gjort på dagtid, og det som var gjort under den andre operasjonen: «Hva var indikasjonen?», «Hva så radiologen?», «Fikk dere evakuert hele hematomet?». Spørsmålene druknet i diskusjonen Reitan og Andersen var involvert i.

Siden det etter hvert er helt tydelig at de verken er eller blir enige om hva som var eller hadde vært riktig fremgangsmåte, bryter avdelingslederen med en høy og markert stemme inn og avslutter den ved å si til Andersen, som hadde operert pasienten i første omgang: «Du får vel heller gå og se til pasienten.»

Andersen svarer: «Det skal jeg gjøre med en gang!» Når han reiser seg opp fra stolen, fortsetter han med å si: «Kan jeg få be om at dere ringer meg når slike ting skjer med pasientene mine. Det gjør meg ingen ting om jeg får en telefon på natten når det er slike ting.» Han virker opprørt og bekymret for hvordan det går med pasienten. På vei ut av rommet uttaler han: «Jeg skjønner ikke at jeg skal ha vært borti arteriene.»

[Feltnotat]

Men selv i slike situasjoner, hvor faglige uenigheter kom tydelig til uttrykk, var det sjelden at det ble tydelig konkludert i en bestemt retning. Det var eksempelvis sjelden at de som ble underlagt kritikk, erkjente at de hadde gjort feilvurderinger, og det var nesten like sjelden at diskusjonen ble avsluttet med noen klare konklusjoner. Både episoden hvor avdelingslederen i forbindelse med primærvaktens referering av en vanskelig blindtarmsoperasjon uttalte at pasienten «bør diskuteres i etterkant i teamet», og dette siste feltnotatet, hvor Andersen blir bedt om å se til pasienten etter at han selv kritiserte Reitan, er eksempler på det. Det var fremmet uenighet og kritikk. Problemstillingene ble diskutert, men konklusjonene ble overlatt til en senere anledning.

De fleste refereringer var dermed gjort unna på kort tid, uten diskusjoner i etterkant. Også overlegenes referering fremsto derfor først og fremst som orienteringssaker. Likevel var det noen anledninger hvor overleger eller B-grenister ytret et ønske om å diskutere andre pasienter enn dem som hadde kommet inn i løpet av siste døgn. Dette var gjerne pasienter som lå inne på sengepostene, men hvor det hadde vist seg vanskelig å komme frem til hva legene skulle gjøre med dem. I tillegg til de diskusjonene som oppsto under overlegenes referering av vaktarbeidets pasienter, var det rundt disse pasientene at temperaturen kunne bli høyest og diskusjonen minst oversiktlig. Et utdrag fra feltnotatene jeg skrev like etter et morgenmøte hvor en av overlegene ønsket en diskusjon rundt en pasient demonstrerer, dette.

Mens CT-bildene finnes frem, oppstår det flere diskusjoner om både pasientens tidligere og nåværende situasjon, diagnoser (både kjente og mulige), behandlingsalternativer, og disse diskusjonene pågår på kryss og tvers over bordet, uten at jeg kan skjønne at noen får med seg

alt sammen. Jeg hører B-grenist Østberg si at man må koloskopere, overlege Finstad, som sier at man må legge ut en bøylestomi, og at «dette er kanskje en Hirschsprung selv om det er uhyre sjelden», overlege Florin snakker med Seierstedt, Jørgensen med Reitan, overlege Falk skyter inn at pasienten var inne for et halvt år siden. B-grenist Falk rekker opp hånden når gamle CT-bilder kommer opp, og radiologen prøver å si noe om tarmen. Det er i det hele tatt en kaotisk samtale som pågår, og jeg blir sittende og tenke «hvilken nytte har dette for noen?». Det var påfallende stille de to gangene professorene ytret noe. Avdelingslederen sa knapt noe, og legene fra primærsjiktet ingen ting. Jeg klarer rett og slett ikke å beskrive diskusjonene nærmere, og jeg hørte ikke at det ble konkludert eller oppsummert på noe vis. [...] Diskusjonen så vel egentlig ut til å være en «kast-ut- et-eller-annet-mer-eller-mindre-velbegrunnet-så-får-vi-se-hva-som-kommer-ut-av det-diskusjon».

[Feltnotat]

At det var under og i etterkant av overlegenes referering at de største diskusjonene under morgenmøtet fant sted, kan nok tilskrives at dette var pasientene med de mest kompliserte tilstandene og som hadde vært, eller skulle gjennom, de mest teknisk krevende eller omfattende operasjonene. Det var også rundt disse pasientene hvor usikkerheten for hva som var «det riktige valget», var størst. Kanskje også som en konsekvens av pasientenes kompleksitet, ble det sjelden noen enighet omkring disse pasientene under morgenmøtet når diskusjonene først oppsto, slik som forrige feltnotat med all tydelighet viser. Diskusjonene omkring denne typen pasienter og beslutninger endte ofte i formuleringer som «vi får gå og se på pasienten» eller «vi får avvente til vi har fått svar på prøvene». Beslutningene ble altså gjerne utsatt og forflyttet til mindre fora andre steder på sykehuset.

Morgenmøtets tidsrammer ga dermed ikke rom for denne typen diskusjoner. Det førte til at diskusjoners konklusjoner og medfølgende beslutninger nærmest ble forutsatt tatt andre steder, i andre fora eller når anledningen bød seg. Samtidig opplevde og uttalte kirurgene at i mange tilfeller fantes det ikke noen slike arenaer for å diskutere pasienter og beslutninger på.

Ved en anledning, etter et av de andre ukentlige møtene ved avdelingen, ble tre av kirurgene stående og snakke sammen om hvor vanskelig det var å få til en diskusjon om de faglig krevende og vanskelige pasientcasene, særlig når det ikke var pasienter med kreft. Møtet de hadde vært på, var et ukentlig, tverrdisiplinært beslutningsmøte, hvor kreftleger, patologer, sykepleiere og kirurger fra forskjellige avdelinger møttes for å diskutere behandlingsopplegg rundt enkeltpasienter med kreft. Møtet de akkurat hadde deltatt på, hadde tatt nærmere dobbelt så lang tid som det som var satt av. Det var for øvrig ikke uvanlig. Selv om kirurgene som sto sammen og snakket, var enige om at behovet for diskusjonene som hadde oppstått på

dette møtet, var reelt, mente de også at mange av problemstillingene burde vært diskutert i et annet forum. I den forbindelse uttalte en av overlegene:

«Mange av pasientene som ble tatt opp i dag, burde strengt talt vært diskutert i et annet forum.»

En av de andre overlegene svarer:

«Men vi har jo ingen andre fora. Og morgenmøtene får vi ikke bruke, fordi radiologen ikke vil. Og ikke har vi tid.»

[Feltnotat]

At «radiologen ikke vil», handlet ikke så mye om manglende vilje, men at radiologene, som jeg hørte flere ganger i løpet av morgenmøtene, opplevde at de ikke hadde den nødvendige kompetansen til å kunne gi gode nok fortolkninger av de bildene kirurgene ville se på. På samme måte som overlegene ved gastrokirurgisk avdeling hadde områder som de var eksperter på, var også radiologene eksperter på visse områder. Dette var det forståelse for også blant kirurgene. At det ikke var tid, skyldtes at morgenmøtet var rammet inn av andre aktiviteter, noe de også var både innforstått og enig i. Men like fullt lå det en tydelig frustrasjon i denne opplevelsen av å ikke ha et egnet forum for å diskutere pasienter. At morgenmøtet ikke kunne brukes til slike diskusjoner, var altså oppfattet som uaktuelt av denne overlegen. I forlengelsen av overlegens ordveksling uttalte den siste av legene som var der: «Vi burde også ha et møte hver uke eller annenhver uke hvor vi diskuterer de vanskelige ikke-onkologiske pasientene. Som det er nå, må vi jo gjøre det alene.»

Mine analyser i senere kapitler støtter delvis opp under den oppfatningen som blir uttrykt her. Hvor, når og av hvem beslutningene blir fattet, og hvordan det skjer, når det ikke skjer under morgenmøte, blir inngående behandlet i senere kapitler. Jeg skal likevel ikke helt slippe taket på temaet ennå, fordi det dukket opp jevnlig også under det neste av morgenmøtets gjenværende to programposter – gjennomgangen av dagens planlagte operasjoner. Men da med klare forbindelseslinjer til kirurgenes oppfatninger om deres muligheter til å ta selvstendige beslutninger knyttet til hvorvidt pasienter som hadde kommet planlagt til sykehuset for å opereres, skulle «snus» eller ikke.

6.4 Om «å snu pasienter», handlingsrom og gjennomføringslojalitet

Etter at vaktrapporten var avgitt, var neste punkt en kort gjennomgang av det planlagte operasjonsprogrammet²⁸ og deretter dagens arbeidsplaner.

Under morgenmøtet gled refereringen av planlagte operasjoner og gjennomgangen av arbeidsplanen ofte over i hverandre. Tjenesteplanene er en administrativ ordning som skal sikre kontinuerlig og forsvarlig medisinsk virksomhet, gjennom allokering av legeressurser. Arbeidsplanen er en mer detaljert tildeling av arbeidsoppgaver; legen vet ved å se på arbeidsplanen hvilken arbeidsposisjon han eller hun vil ha når de kommer på jobb. Mens tjenesteplaner er statiske (i utgangspunktet gjentas den samme tjenesteplanen etter et visst antall uker), er arbeidsplanen mer dynamisk; den endres nærmest daglig, avhengig av blant annet sykefravær og endrede behov. Gastrokirurgisk avdeling disponerte på hverdagene stort sett to operasjonsstuer til elektiv (planlagt) kirurgi. Hver av disse stueene hadde i avdelingens arbeidsplan egne arbeidsposisjoner. Hvem som var operatør, varierte fra dag til dag ut fra hvilke pasienter som var planlagt operert, og hvem som var på jobb. Avdelingen måtte ha «mannskap» på operasjonsstueene som «matchet» det som skulle gjøres der.

Selv om disse to punktene i agendaen gled over i hverandre, av grunner som jeg nettopp gjorde rede for, forholder jeg meg til dette som to separate temaer.

Alle pasienter som var planlagt operert på gastrokirurgisk avdelings operasjonsprogram, ble kort redegjort for.²⁹ Presentasjonen av de planlagte inngrepene ble gjort svært raskt av en overlege eller B-grenist som skulle operere på den respektive operasjonsstuen. De begynte umiddelbart etter at avdelingslederen markerte at de hadde kommes så langt i agendaen, gjennom ytringer som «ja, da var det dagens operasjoner» eller liknende.

²⁸ Operasjonsprogrammet er en liste over de pasientene som står oppført til operasjon den enkelte dag. Sykehuset har flere slike programmer, uformet som prioriterte lister. Avdelingene har ventelister over pasienter som venter på operasjon i et lengre perspektiv (dager, uker, måneder), samme dag (en for hver operasjonsstue). I tillegg er det flere øyeblikkelig hjelp-operasjonslister som først og fremst er knyttet opp mot de pasientene som trenger akuttoperasjoner – øhjelpsprogrammet. Dette er operasjonslistene som de vakthavende kirurgene forholder seg til.

²⁹ Avdelingen disponerte de fleste ukedager to operasjonsstuer for større inngrep og én til dagkirurgi. Avdelingen hadde ikke egne operasjonsstuer som de organisatorisk eide. Operasjonsstueene lå alle under operasjonsavdelingen, og var således kun disponert av gastrokirurgisk avdeling. Renholdere, operasjonssykepleiere og anestesipersonell var ikke organisatorisk underlagt gastrokirurgisk avdeling.

Stort sett ble bare pasientens navn og hva pasienten skulle opereres for nevnt. Var det ventet vanskeligheter under operasjonene, ble disse gjerne påpekt. Da ble gjerne også radiologiske undersøkelser vist på projektoren og kort diskutert i plenum. Alternative operasjonsteknikker kunne bli foreslått av noen av de tilstedeværende (men da stort sett fra overlegene). Men diskusjonene var gjennomgående svært korte.

Ved noen tilfeller ble det stilt spørsmål om hvorvidt pasienten i det hele tatt var egnet for operasjon, eller om det faktisk forelå en indikasjon for operasjon. Dette kunne generere noe lengre diskusjoner. Men også disse diskusjonene ble gjerne stoppet av avdelingslederen, på samme måte som det ble gjort i forbindelse med pasientgjennomgangene. Og på tilsvarende vis ble eventuelle revurderinger og nye beslutninger forflyttet til andre fora, ved at operasjonstidspunktet for den aktuelle pasienten ble flyttet til senere samme dag, noe som gjorde at operatøren eller operatørene kunne gå ned for å gjøre en ny vurdering.

Sjelden ble pasienter strøket fra operasjonsprogrammet etter slike innsigelser. Flere av overlegene mente det burde skje oftere, og at det var nødvendig at alle kirurgene var klar over det ansvaret. En av overlegene sendte ut en e-post til alle legene ved avdelingen med dette som tema:

Vil bare minne om at operatør har ansvar for å snakke med pasienten og sette seg inn i journal og indikasjon for inngrepet – samt overprøve om indikasjon er fornuftig. Indikasjonsstilling – uansett hvem som har søkt pasienten – skal overprøves av operatør. Morgenmøte er også forum til å diskutere hvis ting er uavklart.

[Felles e-post fra overlege]

Som vi ser i e-posten, var det således en klart uttrykt forventning om at alle kirurgene, uavhengig av stillingskategori, måtte ta stilling til om operasjonen kunne forsvares. Det ble også tydelig formidlet at *morgenmøtet* var et sted hvor dette kunne diskuteres. Morgenmøtet var dermed ment å inngå i den kollegiale kontrollen av de medisinske beslutningsprosessene og skulle fungere som en av flere kontroller av den kirurgiske virksomheten.³⁰ Mine observasjoner tyder på at det i liten grad skjedde i dette møtet. Det var en oppfatning som en

³⁰ Det var flere slike kontroller pasientene skulle gjennom før de ble lagt på operasjonsbordet. 1) På poliklinikken eller ved innleggelse hvor pasienten ble meldt inn til operasjon (første lege), overlegen som prioriterte og satt opp operasjonsventelister og datoer, 2) Nytt journalopptak ved innleggelse (vanligvis turnuslege), 3) Anestesilegens planlegging av anestesi og opptak av anestesijournal (oftest uten å møte pasienten), 4) Operatørens vurdering av indikasjon på operasjonsdagen, 5) morgenmøtet, 6) Anestesilegens eller -sykepleiers vurdering av pasienten før innledning av narkosen, 7) Operatørens vurdering når pasienten «ligger på bordet». Listen er trolig ikke fullstendig.

del av kirurgene også delte. Neste feltnotat beskriver en samtale som foregikk i forbindelse med et komplikasjonsmøte³¹ hvor avdelingen gikk gjennom en anonymisert pasienthistorie hvor det hadde oppstått komplikasjoner etter behandling. Formålet med dette månedlige møtet var å «lære av de feilene vi gjør», som avdelingslederen formulerte det.

Helt avslutningsvis på komplikasjonsmøtet sier avdelingslederen, etter diskusjonen om hvorvidt operatørene burde ha ettergått og revurdert indikasjonene for operasjon i de vurderingene som ble gjort på poliklinikken: «Vi må ha en kultur her på avdelingen som gir rom for uenighet, også når det gjelder operasjonspasienter. Vi må kunne snu pasientene, selv om de har kommet så langt som til operasjonsdagen [...] Det er et individuelt ansvar som påligger alle kirurgene å vurdere om det er operasjonsindikasjon eller ei.»

En av de erfarne overlegene skyter inn at det ikke bare gjelder operasjoner, men alle beslutninger som tas. Og han fortsetter: «Så er det ikke så lett for juniorene å overprøve de vurderingene som blir gjort av storkanonene.»

Til det svarer avdelingslederen: «Dette må det være rom for.»

En av B-grenistene sier da: «Det er virkelig ikke enkelt for oss å snu pasientene når de har kommet hit og noen av overlegene eller andre svært erfarne har sagt at det er indikasjon [for operasjon].»

Avdelingslederen gjentar det han sa tidligere, men legger til: «Vi har nok handlingsrom til å stryke pasientene [fra operasjonsprogrammet], gjøre en ny vurdering, og eventuelt sette opp en ny dato. Det har vi rom til, og det må vi også gjøre noen ganger.»

[Feltnotat]

I denne samtalen tas det opp temaer som alle er relevante for spørsmålet om kirurgens muligheter til å ta selvstendige beslutninger. I samtalen fremkommer det veldig tydelig at det foreligger et beslutningshierarki som kommer til uttrykk gjennom det å være villig til å «snu» pasientene eller ikke. For det første er det helt tydelig at det fra ledelsens ståsted er helt nødvendig at kirurgene gjør selvstendige beslutninger knyttet til operasjoner. Måten avdelingslederen uttrykker på at «vi må ha en kultur her for uenighet», kan også tyde på at han opplever at dette ikke nødvendigvis er slik. Det jeg har presentert så langt i tilknytning til morgenmøtene og graden av de underordnede legenes deltagelse i diskusjonene som foregikk ved morgenmøtet, kan vel kanskje tyde på at det ikke forelå en type kultur for uenighet som avdelingslederen etterlyser her. Jeg overvar ingen innsigelser fra rotasjonslegene, mens kun

³¹ Komplikasjonsmøter ble gjennomført en gang i måneden rett i etterkant av morgenmøtet. En av B-grenistene fant frem et pasientforløp hvor komplikasjoner hadde oppstått og var registrert i systemet. Denne presenterte da viktige momenter/hendelser i dette forløpet, hvilke og hvor komplikasjonene hadde oppstått, hvordan det ble forsøkt løst og utfallet. Både pasient og involvert personell var anonymisert i presentasjonen.

ved et lite antall anledninger spurte B-grenister hvorvidt det forelå gode nok indikasjoner for det planlagte inngrepet. Det var altså begrenset med stemmer som gjorde seg gjeldende i disse møtene, og gjennomgående var det altså de mer erfarne kirurgenes stemmer som da meldte seg. Om ikke annet så tyder dette på at de underordnede kirurgene opplever det som krevende å si imot kirurgene som er lenger opp i hierarkiet, eller som overlegen sa: «Så er det ikke så lett for juniorene å overprøve de vurderingene som blir gjort av storkanonene.» At det er vanskelig å overprøve andre kirurgers beslutninger, og da spesielt overordnedes, er godt dokumentert i tidligere amerikansk litteratur. Bosk (2003) skriver følgende om dette fenomenet:

[N]o matter how much they disagree with an attending's decision, no matter how much they grumble among themselves, subordinates defer to decisions with no more than polite questioning. The decision to operate is an apparently unchallengeable element in an attending's professional autonomy:

I just make it a point not to disagree with attendings for two reasons. First, I'm not as smart as they are. And second, the ultimate responsibility is theirs; and if they think that something should be done, I'll do it (intern). (Bosk, 2003:48)

De underordnede legene jeg fulgte på UniSyk, fremsto ikke like underdanige som en kan få inntrykk av at Bosks «intern» (turnuslege) var. I andre kontekster enn morgenmøtet inngikk de underordnede legene, inkludert turnuslegene, i diskusjoner hvor de argumenterte tydelig for hva de oppfattet som gode handlingsvalg i behandlingen av pasientene. De kunne også stille kritiske spørsmål, uten å pakke dem inn i høflighetsfraser, til de beslutningene de overordnede tok. Like fullt var det altså slik at i de møter hvor det var flere overleger til stede, som i morgenmøtet, var de underordnede, og da særlig rotasjonslegene, i liten grad delaktige.

Når vi samtidig har sett hvor vanskelig det var å få gjennomslag og å få landet en beslutning gjennom de til dels opphetede og konfliktfylte diskusjonene som oppsto i morgenmøtene når overlegene var uenig med hverandre, er det ikke vanskelig å forstå at særlig rotasjonslegene lar være å kritisere eller «overprøve» andre kirurgers beslutninger her, inkludert det «å snu» pasienter rett før de skal opereres. Et tydeligere signal om at en mener en annens beslutning er gal, kan vanskelig gis. Når avdelingslederen oppfatter at han må være eksplisitt på at avdelingen må ha en kultur som gir rom for uenighet, gir det således støtte til de observasjonene jeg gjorde i morgenmøtet, at det var lite som tydet på at denne kulturen faktisk var til stede i morgenmøtet.

På samme tid ser vi at selv når de underordnede kirurgene oppfattet at det var grunner til å «snu» pasientene, ble dette ikke gjort. De underordnede kirurgene altså var ikke nødvendigvis enig i at det forelå grunner til å operere pasientene, men fordi de oppfattet det som nødvendig å være lojale mot overlegenes beslutninger, endret de ikke på beslutningen om å operere. At de underordnede legene hadde vansker med å «snu pasientene», kan dermed forstås som et uttrykk for at det forelå en sterk norm om å være lojale mot og gjennomføre de handlinger som følger av de kunnskapsbaserte beslutningene overlegene hadde tatt. Denne lojaliteten kan således forstås som en form for *gjennomføringslojalitet basert på profesjonelle hierarkier*.

Oftere enn at pasienter ble strøket grunnet *uenighet* om indikasjon eller pasienters egnethet, ble de strøket fra operasjonsprogrammet fordi avdelingens operatører eller avdelingslederen ikke trodde de ville rekke å gjennomføre hele operasjonsprogrammet før operasjonspersonellets ordinære arbeidsdag var over. Etter ordinær arbeidstid gikk sykehuset «på sparebluss», som det ble kommentert av en av legene. Det var et kraftig redusert antall operasjonsstuer og -team tilgjengelig. På kveldstid var det kun øyeblikkelig hjelp-operasjoner som skulle gjennomføres, og det var derfor også nødvendig at de planlagte operasjonene var avsluttet før den ordinære arbeidsdagen var over. Dette ble påpekt jevnlig av både avdelingslederen og ikke minst sykepleierne som arbeidet på operasjonsavdelingen, og det virket som om kirurgene forsøkte å «holde seg innenfor tiden». Det var således oftere organisatoriske og logistisk betingede begrunnelser for strykninger i operasjonsprogrammet enn medisinskfaglige.

Det er derfor også interessant at avdelingslederen påpekte at «Vi har nok handlingsrom til å stryke pasientene [fra operasjonsprogrammet], gjøre en ny vurdering, og eventuelt sette opp en ny dato. Det har vi rom til, og det må vi også gjøre noen ganger». For i dette ligger det også en antydning om at handlingsrommet til kirurgene til å fatte selvstendige kunnskapsbaserte beslutninger kan komme i konflikt med deres *oppfatning* om hvilke begrensninger de organisatoriske betingelsene gir for beslutningene. Avdelingslederens presisering av handlingsrom her kan derfor forstås som en påminnelse om at det er de kunnskapsbaserte beslutningene som skal tillegges mest vekt, selv når avdelingens ventelister er lange og strykninger av operasjoner vil kunne skape utfordringer i avdelingens arbeid for å komme à jour. Den enkelte kirurgs skjønnsmessige vurderinger, les individuelle faglige autonomi, skal stå så sterkt, så sterkt at den skal gi rom for «overprøving» av andres kunnskapsbaserte beslutninger og organisasjonens behov for effektivitet. Men som vi har sett

så langt, er det lite som tyder på at morgenmøtet var stedet hvor kirurgene fikk utøve denne autonomien. Konsekvensen av de underordnedes oppfatninger om de organisatoriske betingelsene for beslutninger kombinert med normen for gjennomføringslojalitet er blant annet at pasienter som ikke nødvendigvis skulle vært operert, blir operert. Spissformulert betyr det at det *intraprofesjonelle hierarkiet blir fagets fiende*.

6.5 Så hvorfor ha morgenmøtet?

Til nå har jeg pekt på at det var langt mellom hver gang kunnskapsbaserte beslutninger ble fattet, og enda færre ganger ble de omgjort eller overprøvd i morgenmøtet. Beslutninger ble referert, ikke fattet. Det var, som jeg har vist, unntak fra dette, men de var det langt imellom. Det så ut til at det kun var de største feiltrinnene som ble adressert, påtalt og drøftet. Som jeg har påpekt, ble diskusjonene gjerne avbrutt før det ble konkludert.

At møtet var innrammet av en lang rekke andre gjøremål som kirurgene skulle gå til etter at morgenmøtet var unnagjort, var en grunn til dette. Det var svært viktig at tidsrammen for gjennomføringen av møtet ble overholdt. Det var derfor verken i primærvaktens referering av døgnets ankomne pasienter, overlegenes presentasjon av innlagte pasienter på intensiv- og postoperativavdelingen eller gjennomgangen av dagens operasjoner rom for dyptgående faglige funderinger og læring. Uenigheter måtte løses, og mulig konsensus måtte dannes andre steder. Morgenmøtet fungerte derfor i liten grad som kollegial profesjonell kontroll i det daglige.

Blant kirurgene selv var det delte meninger om hvor godt og hvor viktig morgenmøtet egentlig var. For en del av legene ble morgenmøtet oppfattet som en tidstyv. Spesielt var det blant de minst erfarne legene noen som ikke skjønnte hvorfor de måtte møte der, når de hadde arbeidsoppgaver der de ikke var avhengige av å vite noe om de innlagte pasientene. De opplevde at møtene i liten grad hjalp dem i det videre arbeidet. Dette gjaldt blant arbeidsposisjonene knyttet til poliklinikken, dagkirurgisk virksomhet og dager som var satt av til administrasjon og faglig fordypning. Når det i tillegg i liten grad var tid og rom for faglige diskusjoner, fremsto morgenmøtet for disse som enda mindre hensiktsmessig.

Deres oppfatning om morgenmøtet som lite relevant og viktig for det arbeidet som skulle gjøres utover dagen, kunne jeg til dels observere gjennom at legene kunne sitte med mobiltelefoner i hendene, at de ikke snudde seg i retning av verken den som snakket, eller de radiologiske bildene som var på lerretet. En gang iblant var det også flere av legene, og da

spesielt overlegene, som snakket med hverandre om helt andre ting enn det som ble diskutert på møtet. En annen observasjon som støtter opp om dette, var hvor ofte leger kom for sent. Som nevnt innledningsvis i kapitlet skjedde det nærmest daglig at leger kom nokså lenge etter at møtet var begynt, noe altså avdelingslederen ved en anledning skriftlig oppsummerte som «Vi er fulltallige først rundt 07.45». En oppsummering som stemmer godt med mine observasjoner.

På den annen side var det slik at mine observasjoner av for sent-komming, uoppmerksomhet og manglende deltagelse i morgenmøtene i liten grad samsvarte med hva noen av de mer erfarne overlegene og B-grenistene svarte når de ble spurt om hva de selv mente om morgenmøtet. Disse understreket at morgenmøtet var viktig av flere grunner, dog ikke nødvendigvis direkte nyttig i tilknytning til det arbeidet de skulle gjøre samme dag. De understreket viktigheten av at de yngre rotasjonslegene, medisinerstudentene og turnuslegene lærte mye, i form av både organisatorisk kunnskap og kjennskap, og innsikt i hvordan man behandlet et bredt og sammensatt sett av pasienter, og om diagnoser og behandlingsoalternativer. Den meget erfarne overlegen Fink formulerte det slik, sittende foran meg, mens han strakk opp tre fingre:

En – Morgenmøtet er en mulighet for kontinuitet. To – Det er en læringsarena for yngre leger. Og tre – Morgenmøtet er en arena for diskusjoner om riktig behandling og generell erfaringsutveksling. For avdelingen lønner det seg i stort. Det gjør at jeg ikke trenger å *lese* alle journalene hver gang jeg får en telefon når jeg har vakt. Jeg har hørt om dem.

[Feltnotat]

Fink var ikke den eneste av overlegene som løftet frem disse punktene. Det ble også trukket frem av flere i andre sammenhenger. Noen måneder etter at jeg hadde begynt feltarbeidet mitt ved avdelingen, ble det innkalt til møte for alle legene på avdelingen, et møte ledelsen kalte «dialogmøte», hvor avdelingslederen gjorde rede for hvilke utfordringer ledelsen mente de sto overfor. Et av hovedtemaene i dette møtet var «fremtidig organisering». Avdelingslederen la frem sitt utgangspunkt som gikk ut på at de måtte organisere seg annerledes i det daglige for å kunne utnytte ressursene bedre og være mer effektive i pasientbehandlingen.

Avdelingslederen foreslo at morgenmøtets tidsramme, struktur og møtepunkter skulle endres. Forslaget gikk ut på at kirurgene fortsatt skulle møtes for hva jeg oppfattet som koordineringsmøter, hvor en gjennomgang av dagens arbeidsplan skulle gjennomføres. Etter dette skulle de som ikke skulle ha vakt, gå til sine respektive arbeidsposisjoner. Refereringen og gjennomgangen av døgnetts nyankomne pasienter skulle ikke gjøres av avtroppende

primærvakt, men av avtroppende B-grenist. Overlegens referering av pasienter på intensivavdelingen og postoperativ var tenkt i samme møte, men *kun* de som skulle ha vakt, skulle være til stede i denne pasientgjennomgangen. Det ville kunne frigi flere leger tidligere til andre arbeidsoppgaver, var argumentet. I tillegg skulle møter som nå lå i forlengelsen av morgenmøtet, flyttes til andre tidspunkter, blant annet til lunsjtid, for å sikre bedre pasient- og arbeidsflyt i andre deler av avdelingens virksomhet. Den umiddelbare reaksjonen fra overlegene var at morgenmøtet *ikke* burde endres. Overlege Teigen, en av de mest erfarne overlegene, uttrykte dette slik:

Det er adskillig læringspotensial i rapporten. Noen ting er det viktig å holde fast ved. Og morgenrapporten er en av disse. I tillegg er det den eneste måten å holde oversikten på over hva kollegene driver med. Det er nok fragmentering i denne avdelingen fra før.

[Feltnotat]

Dette ble støttet av flere av de tilstedeværende overlegene. Etter hvert som temaet om morgenmøter og fremtidig organisering av avdelingens rutiner knyttet til visitter, poliklinikkarbeid og morgen- og undervisningsmøter ble diskutert, var det tydelig at endringer i hvordan morgenmøtet skulle gjennomføres, møtte sterk motstand, også fra B-grenistene. Derimot var det ingen av de tilstedeværende rotasjonslegene som sa noe. Denne tilnærmet unisone motstanden fra overlegene mot å endre på morgenmøtet resulterte i at avdelingslederen en måned senere etter et oppfølgingsmøte skriver en e-post til alle legene hvor det står: «Etter eksplisitt ønske fra legegruppen gjøres initialt ingen endring i morgenmøterutiner ved avdelingen.»

Både Fink og Teigen, som fikk unison støtte i dialogmøtet, trekker frem forhold knyttet til kontinuitet. I min samtale med Fink la han spesielt vekt på at når han var på morgenmøtene, fikk han et innblikk i pasientene som hadde kommet inn, noe som var tidsbesparende ved at han slapp å lese journalene for hver pasient, siden han kjente til dem fra tidligere gjennom morgenmøtet. Men det var ikke bare tidsbesparende, det var også en måte å sikre kontinuitet på. Da jeg spurte ham om hva han la i at det sikret kontinuitet, la han først og fremst vekt på at informasjon ble videreformidlet videre fra vaktteamet til dem som skulle se pasienten senere, men han kunne ikke spesifisere det nærmere enn at «det er viktig at man vet hva de har gjort med pasientene, og hva som er planlagt videre». At dette er tilfellet, stemmer godt også med mine observasjoner. Men samtidig var det slik at journalnotatene skrevet av de forrige vakthavende inneholdt denne informasjonen. Kontinuiteten Fink sikret til, var oftest sikret gjennom journalen. I tillegg fremstår en slik form for kontinuitet som relativt «tynn»,

gitt den korte tiden som ble brukt på hver av pasientene. Men for Fink var morgenmøtet et rasjonelt og viktig møtepunkt, og han var altså ikke alene om å ha den oppfatningen.

Teigen var også opptatt av kontinuitet, men la tilsynelatende noe annet i det også. Han hevdet at morgenmøtet var «eneste måten å holde oversikten på over hva kollegene driver med. Det er nok fragmentering i denne avdelingen fra før». Morgenmøtet og møtene i forlengelsen av disse fungerte etter hans syn som et sted hvor man helt konkret får innsikt i hva kollegene er involvert i av forskningsprosjekter og teknikker, prosedyrer og rutiner de enkelte legene benytter. Morgenmøtet, ut fra dette perspektivet, bidrar til å sikre hva jeg tidligere har omtalt som relasjonell kontinuitet mellom avdelingens kirurger. Og gjennom det kan man derfor, med Teigens ord, også «holde oversikten», noe som igjen kan forstås som at morgenmøtet er et møtested for profesjonell, kollegial kontroll (L. G. Svensson & Karlsson, 2008).

6.6 Avsluttende kommentarer

Jeg har nå beskrevet hvordan morgenmøtets første del ble gjennomført, hvilke temaer og beslutninger som var sentrale, og de forskjellige legenes roller i disse. Jeg pekte på at refereringene av pasientene ofte var korte, og at det var lite tid for diskusjoner om dem. I de tilfellene det forekom diskusjoner, var det først og fremst diskusjoner løftet frem og ført av overlegene. Det kan derfor synes som om morgenmøtet ikke var et godt forum for faglige diskusjoner og kunnskapsbaserte beslutninger om enkeltpasienter, og dermed heller ikke for læring. Det var heller ikke et sted hvor de mindre erfarne kirurgenes stemmer gjorde seg særlig til kjenne.

Gjennom dette har jeg demonstrert hvordan møtets rammebetingelser gir føringer for presentasjonen av pasienter som har kommet inn på avdelingen. Men jeg har også vist hvordan det kirurgiske hierarkiet kommer til syne gjennom kirurgenes plassering i rommet, og hvilket sjikt av hierarkiet som dominerer samtalen knyttet til diskusjoner og de kunnskapsbaserte beslutningene som tross alt tas der. I tillegg har jeg vist hvor vanskelig det kunne være for kirurgene, og da særlig de underordnede kirurgene, å endre på andre kirurgers beslutninger. Jeg har altså gjennom analysene her vist at det foreligger en norm for gjennomføringslojalitet. Jeg har også demonstrert at svært mange beslutninger ble skjøvet på, i den forstand at beslutninger ble utsatt til andre møtesteder. I analysene har jeg antydnet tre grunner til at morgenmøtet først og fremst fremstår som et sted for rapportering og

beslutningsforskyvning (selv om det fantes unntak, som jeg også har vist), og ikke som et sted for kollegial beslutningstaking og kontroll.

For det første var morgenmøtet i liten grad et egnet sted for disse diskusjonene fordi møtet var strengt regulert tidsmessig, rammet inn av starten på arbeidsdagen og et tett program av aktiviteter rett i etterkant. Dette ga lite tid til å løfte diskusjoner om den enkelte pasient. Logistiske hensyn tilsa at det var helt nødvendig å gjøre dette fort ferdig. Nærmest all aktivitet på avdelingen er involvert og forsøkt integrert med andre aktiviteter og andre av sykehusets avdelinger og ressurser. Dette gjorde det derfor høyst nødvendig å ha effektive og tidsbesparende møter.

For det andre, og dette kommer jeg tilbake til senere når jeg behandler vaktarbeidet som blir gjort, så var beslutningene ofte allerede drøftet i samråd med andre kolleger i vaktteamet. Drøftingene var på mange måter gjort tidligere i beslutningsforløpene. Spesielt gjaldt dette de beslutningene som var tatt i tilknytning til kirurgiske inngrep, men det gjaldt også beslutninger tatt knyttet til diagnostikk (utredninger) og innleggelser.

For det tredje skyldes det måten kirurgenes arbeidsforløp. Kirurgenes arbeidet ved avdelingen var slik at når pasientene var innlagt på en sengepost, ville legevisittene se på pasientene og vurdere resultatene. De beslutningene som var tatt, ville ofte, om ikke alltid, bli vurdert på nytt av et nytt sett med kirurger. Det var altså ikke i morgenmøtene at revurderinger som krevde mer dyptgående diskusjoner og vurderinger, ble gjort. Disse var tenkt gjennomført i mindre fora andre steder på sykehuset.

I sin behandling av mekanismer for ansvarliggjøring av profesjonelt skjønn trekker Molander (2013:47-48) et viktig skille mellom hva han kaller «accountability», og rapportering. «Accountability» er en prosess hvor en blir stilt til ansvar for hva en gjør eller har gjort, gjennom at handlingene en har gjort, begrunnes. «Accountability» fordrer reaksjoner ved dårlig oppførsel, for uten slike er det bare snakk om rapportering», skriver Molander (2013:48). Rapportering derimot, fortsetter Molander, «[...] impliserer ikke nødvendigvis en argumentativ begrunnelse av vurderinger, beslutninger eller handlinger. Rapporter kan være rent deskriptive». I lys av mine analyser er det nærliggende å hevde at morgenmøtet i liten grad var en arena for ansvarliggjøring og profesjonell kollegial kontroll. Det var et forum først og fremst for rapportering. Mine analyser av morgenmøtet har dermed vist at det forelå

en systematisk beslutningsforskyvning til andre arenaer innenfor avdelingens arbeidsorganisering. Kollegial kontroll ser dermed ut til å måtte utføres på andre arenaer.

Samtidig ble det etterspurt både bedre og flere fora nettopp for diskusjoner. Spørsmålet blir da hvorvidt kirurgene med utgangspunkt i hverdagsarbeidets betingelser har mulighet til (eller ønske om) å gjennomføre disse møtene. Er det mulig å navigere arbeidsforløpene på en slik måte at kirurgene får til å møtes?

7 Styring og koordinering i morgenmøtet

Jeg har vist hvor viktig det var for avdelingsledelsen og kirurgene selv å komme raskt i gang med arbeidet så snart morgenmøtets rapportering var unnagjort. Som en av kirurgene sa det, «så handler morgenmøtet først og fremst om å komme ut av startblokk raskt. Og helst i riktig retning». Men før de kunne komme i gang, måtte det sikres koordinering, sammenkjeding og justeringer av arbeidet som skulle gjøres. Det skjedde i morgenmøtets andre del.

Morgenmøtet var helt uunnværlig for avdelingens og kirurgenes forsøk på sammenkjeding og koordinering av en vertikal, horisontal og geografisk arbeidsdelt organisasjon. Sentralt i dette var *arbeidsplanen*, som jeg tidligere nevnte i forbindelse med analysene av avdelingens tjenesteplaner (kap. 5.2.). Jeg begynner derfor med en utfyllende beskrivelse av arbeidsplanen. Med en beskrivelse av det infrastrukturende verktøyet *arbeidsplanen* i bakhånd tar jeg dernest for meg de jevnlige forhandlingene som foregikk rundt innplasseringer i arbeidsposisjoner. I gjennomføringene av forhandlingene knyttet til disse ses konturene av ytterligere lag av hierarkiske relasjoner og et internt prestisjehierarki (Album, 2013) knyttet til arbeidsposisjonene.

7.1 Arbeidsplanen– stedlighet i planene

Om klassifikasjonssystemer skriver Bowker og Star (2000b:325): «As classification systems get ever more deeply embedded into working infrastructures, they risk getting black boxed and hence made both potent and invisible.» De forblir oftest usynlige, transparente og tatt for gitt så lenge de fungerer og brukes i det daglige. Infrastrukturende teknologiers virkemåte og betydning må oppdages og læres å kjenne (Bowker & Star, 2000a). Arbeidsplanene er en slik infrastrukturende teknologi.

Det var først i mitt møte med arbeidsplanen at arbeidsposisjoner fremsto som sentralt i organiseringen av kirurgenes arbeidsdager. Min forbløffelse over mengden av arbeidsposisjoner som avdelingen hadde definert og nedtegnet, var stor. For selv om jeg i mitt tidligere arbeid som sykepleier hadde forholdt meg til både vakthavende og visittgående leger, var mangfoldet av arbeidsposisjoner her langt større enn det jeg hadde erfaring med, et mangfold jeg heller ikke har registrert har blitt spesielt nøye underlagt et granskende blikk i studier av leger og legeorganisering. Heller ikke de underliggende grunnene til denne formen

for organisering hadde fremstått som sentrale for mitt eget praktiske arbeid på sykehusene jeg arbeidet ved, eller i litteraturen jeg hadde forholdt meg til. Denne manglende oppmerksomheten indikerer at arbeidsplanenes betydning for legers arbeid og autonomi vanligvis forblir i bakgrunnen og oppfattes som en trivialitet i det daglige arbeidet som ikke trenger å bli sett nærmere på. De er på ingen måte trivialiteter, og måten dette organiseres på, har vidtrekkende konsekvenser for både kirurgene selv og for andre aktører i sykehuset.

Den temporale koordineringen som skjer gjennom tjenesteplanen (jf. kap. 5.2), er *ikke* tilstrekkelig for å sikre avdelingens behov for koordinering og sammenkjedning av det arbeidet som foregår distribuert ut i et stort antall forskjellige steder, til forskjellige tider, ved sykehuset. Til det er tjenesteplanene for grovkornet. *Arbeidsplanen* er derfor, i tillegg til å være et verktøy som gir fleksibilitet i den temporale koordineringen, et verktøy som sikrer stedlig sammenkjedning og koordinering. Om tjenesteplanene i all hovedsak skiller mellom akutt vaktarbeid og ikke-akutt dagarbeid, med det formål å sikre døgnkontinuerlig dekning av kirurgisk kompetanse, så opererer arbeidsplanen med et langt finere sett av kategorier som til sammen utgjør «alt» det arbeidet som skal gjøres.

Mens tjenesteplanene er statiske og det samme arbeidsforløpet gjentas etter et visst antall uker, så er arbeidsplanen dynamisk; den endres nærmest daglig, avhengig av blant annet sykdomsfravær og endrede behov. Og om tjenesteplanene foreligger som en relativt fast og rigid struktur, ferdig forhandlet og vanskelig å endre, er arbeidsplanene under konstant endring og underlagt daglige forhandlinger mellom ledelsen og alle nivåer av legehierarkiet. Men i likhet med tjenesteplanen er det også i arbeidsplanen ikke mulig (på papiret) å plassere samme kirurg i flere kategorier på samme tid. Kirurgen kan i skjemaet okkupere kun én arbeidsposisjon om gangen.

Arbeidsplanen var lett tilgjengelig for legene på sykehusets datamaskiner. Legene brukte dem aktivt som et dokument som fortalte dem hvor og hva de skulle arbeide med. Gjennom arbeidsplanen ble arbeidsdagens innhold styrt. Men fordi omstendigheter endrer seg, leger blir syke, har ferier, drar på kurs og slutter, og noen pasienter krever konkrete kirurgers spisskompetanse, utsettes beslutningene om plassering i arbeidsposisjoner for gjentatte spørsmål og krav om begrunnelser fra både ledelsen og kirurgene.

Forhandlingene rundt arbeidsplanen og dens arbeidsposisjoner utspilte seg svært ofte under avdelingens morgenmøter. Måten dette utspilte seg på, kommer jeg tilbake til om litt. Jeg skal

først vise hvordan arbeidsplanen reflekterer det mangfoldet av arbeid og arbeidsposisjoner som fantes ved avdelingen, og den stedlige koordineringen av kirurgene som skjer gjennom arbeidsplanen. I Figur 9 presenterer jeg én konkret arbeidsplan for én uke. Arbeidsplanen er hentet fra avdelingens elektroniske tjeneste- og arbeidsplans verktøy. Arbeidsposisjonene knyttet til vaktarbeidet er fjernet for en enklere fremstilling.

Figur 9 Arbeidsplanen

Dagarbeid							
Arbeidsposisjon	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Visitt sengepost 1	Lassen Billingstad	Lassen Billingstad Oppegård	Lassen Andersen Ali	Lassen Oppegård	Lassen Oppegård		
Visitt sengepost 2	Smedstad Fossen Florin	Smedstad Fossen Engstrøm	Smedstad Fossen Florin	Smedstad Fossen Florin	Smedstad Fossen Florin		
Operasjonsstue 1	Bråten Reitan	Florin Bråten Seierstedt Ali	Oppegård Reitan Teigen Østberg	Kawahr Bråten Teigen	Andersen Bråten Løvet Willander		
Operasjonsstue 2	F. Hansen Løvet	F. Hansen Vanderlecht Sandefjord		Engstrøm Østberg			
Dagkirurgi inne	Engstrøm		Ahmed	Løvet	Bråten		
Dagkirurgi ute	Andersen		Vanderlecht Sandefjord	Andersen Dale	Gundersen		
Poliklinikk 1	Vanderlecht	Østberg Ahmed	Løvet Fjørtoft	Vanderlecht	Reitan		
Poliklinikk 2		Løvet					
Poliklinikk 3	Dale	Gundersen	Gundersen	Fjørtoft			
Poliklinikk 4	Ahmed	Teigen Reitan	Bråten Seierstedt	Ahmed Ali	F. Hansen Engstrøm		
Poliklinikk 5				P. Hansen			
Øhjelpspoliklinikk	Sandefjord	Fjørtoft	P. Hansen	Willander	Dale		
Mottakspoliklinikk	Skulstad	Skulstad	Skulstad	Skulstad	Skulstad		
Administrasjonsdag	Oppegård Kawahr	Kawahr		Seierstedt	Vanderlecht Fjørtoft		
Universitetstid	Gundersen			Gundersen Billingstad	Billingstad Kawahr		
Liberio	Andresen						

Arbeidsplanen er delt opp i ukens syv dager. Langs den venstre vertikale kolonnen listes alle avdelingens arbeidsposisjoner opp. Hver arbeidsposisjon representerer en funksjon som består av et sett av arbeidsoppgaver i avdelingens daglige drift. På samme måte som tjenesteplanene

dekker hele døgnet, dekker arbeidsplanene alle arbeidsposisjonene. Og på samme måte som organisasjonskartene forsøker å beskrive organisasjonens fulle virksomhet, beskriver arbeidsplanen i stikkordsform *hele avdelingens virksomhet*.

Arbeidsplanen har 16 forskjellige arbeidsposisjoner for dagarbeid. Det er til dels store forskjeller mellom dem. Forskjellene er knyttet til arbeidsposisjonenes geografiske plassering, hvilke konkrete oppgaver som skal utføres, hvorvidt arbeidet skjer sammen med andre kirurger, og rammene for pasientmøtene som oppstår mens de innehar disse posisjonene. Eksempelvis er det fem arbeidsposisjoner av poliklinikk, i tillegg kommer øhjelps- og mottakspoliklinikkene. Én av arbeidsposisjonene fikk kun pasienter med kreft, én hadde pasienter med problemstillinger knyttet til øvre del av fordøyelsessystemet, og en annen hadde pasienter med et spesielt sett av problemkompleksitet. De enkelte poliklinikkposisjonene hadde dermed pasienter med forskjellige diagnoser og dermed også forskjellige prosedyrer og pasientmøter knyttet til seg. Noen prosedyrer ble kun gjort ved én av arbeidsposisjonene fordi det var spesielt tilpasset utstyr der, på samme måte som større kirurgiske inngrep kun kan gjøres på operasjonsstuene.

Det å være plassert i én arbeidsposisjon heller enn i en annen hadde dermed konsekvenser for hva legene skulle gjøre når de var på jobb, hvor de befant seg, og også for om det var fastsatte og listeførte oppgaver som skulle gjøres. Ytterpunktene i så henseende var arbeidsposisjonene poliklinikk og libero. På poliklinikken var legene «låst» til et lite rom med lister over pasienter som skulle tilses før dagen var omme, mens arbeidsposisjonen som libero var diffust avgrenset til å «avlaste der det trengs», som det ble sagt på et morgenmøte.

Noen arbeidsposisjoner, slik som *operasjonsstue* og *visitt sengepost*, hadde flere av legenes navn oppgitt i samme boks. Det var flere grunner til det. På operasjonsstuene trengs det ofte flere kirurger for å kunne gjennomføre inngrepene. Det er også gjennom å operere sammen med overlegene at legene i spesialisering får opplæring i nye prosedyrer. På operasjonsstuene betyr flere navn i «boksen» som regel at kirurgene er fysisk sammen og arbeider på og med de samme pasientene. Noen ganger skyldtes det også at kirurgene «byttet på» å være der. Noen pasienter var ansett til å måtte opereres av spesifikke overleger på grunn av deres særegne spisskompetanse og pasientenes tilstand.

På arbeidsposisjonene *visitt sengepost* betyr det ofte at legene ikke er fysisk sammen, men kun i nærheten av hverandre. Selv når tre navn var satt opp til å ha arbeidsposisjonen som

visittgående leger på den enkelte sengeposten, jobbet de vanligvis nokså isolert fra hverandre, fordi de delte sengepostens pasienter mellom seg, etter sengepostenes tun-inndelte arkitektur. Noen ganger var det også satt opp flere navn på poliklinikkene. Det betød som oftest at det var en av rotasjonslegene som skulle få være med en mer erfaren kirurg i opplærings- og undervisningsøyemed.

Siden arbeidsposisjonene i hovedsak er knyttet til et geografisk sted (unntakene i dagarbeidets posisjoner er *libero* og *administrasjonstid*), gir arbeidsplanene også et uttrykk for arbeidets stedlige spredning. Kirurgene distribueres rundt på sykehuset, med til dels store avstander mellom seg. Poliklinikkene ligger i én etasje. Sengepostene, som i tillegg er delt opp i små tun, ligger i en annen. Akuttmottaket og operasjonsstuene er nesten så langt unna det går å komme fra sengepostene, i hver sine etasjer. Én av de dagkirurgiske operasjonsstuene er en times biltur unna i en annen kommune. Resultatet av denne geografiske distribusjonen av kirurger er at de ofte blir jobbende isolert og til dels langt fra hverandre. Konsekvensene av dette er viktige når jeg i de neste kapitlene retter søkelyset mot kirurgenes muligheter til å ta beslutninger.

I sin avhandling om organisering og reorganisering av medisinsk arbeid på sykehus peker Vinge (2003:67) på at arbeidsskjemaet, som tilsvarer UniSyks arbeidsplaner, er artefakter «som så at sige produserer arbeidsdeling i praksis – ikke mellom individer men mellom positioner, der bemannes på en ny måte hver dag». Vinge, som så på vaktarbeidets organisering på tvers av avdelinger under omorganiseringen av sykehus i Danmark, gjorde samme observasjon som jeg, nemlig at arbeidsposisjoner bemannes av nye mennesker og i nye konstellasjoner hver dag. På UniSyks gastrokirurgiske avdeling ser vi at dette ikke kun gjelder for vaktarbeidets del, men også for avdelingens drift som helhet. Som jeg påpekte i behandlingen av tjenesteplanene, oppstår det i arbeidet for å sikre kontinuitet av vaktarbeidet diskontinuitet knyttet til de relasjonelle sidene ved arbeidet både i vaktarbeidet og i dagarbeidet. Overleger og andre leger blir arbeidende i temporal utakt. Det gjør at mulighet for å etablere felles arbeidsmåter vanskeliggjøres, både på dagtid og på vakttid. Tendensen til relasjonell diskontinuitet som følger av avdelingens organisering av vaktarbeid, forsterkes ytterligere når arbeidet som gjøres, skjer på flere geografiske steder, både innenfor og utenfor sykehusets vegger. Når temporal koordinering, som nødvendigvis må gjøres for å holde sykehusets drift i gang gjennom døgnet, skaper diskontinuitet, forsterker de romlige forholdene disse tendensene. Selv om den temporale koordineringen som er synliggjort i

tjeneste- og arbeidsplanene, isolert sett kan gi inntrykk av at legene fortsatt vil kunne arbeide sammen fordi de er på sykehuset samtidig, så kompliseres bildet når vi trekker inn de romlige forholdene ved arbeidet. Når kirurgene også flyter rundt mellom forskjellige arbeidsposisjoner i løpet av uken, med forskjellige konstellasjoner av mennesker, forsterkes kompleksiteten og dermed konsekvensene ytterligere.

Se eksempelvis hvilke posisjoner overlege Vanderlecht hadde i løpet av arbeidsuken jeg presenterte i Figur 9: mandag – poliklinikk 1, tirsdag – operasjonsstue 2, onsdag – dagkirurgi ute, torsdag – poliklinikk 1, fredag – administrasjonsdag. Hver av de forskjellige posisjonene befinner seg på forskjellige deler av sykehuset og inneholder forskjellige oppgaver og konstellasjoner av mennesker.

Plasseringen av den enkelte kirurg i arbeidsplanen, og dermed også stedlig i sykehusets arkitektur, har konsekvenser for deres muligheter til å styre eget arbeidsforløp og egne arbeidsoppgaver, hvilke sosiale møter som oppstår, og mulighetene for å oppleve arbeidet som utfordrende og givende. I et lengre tidsperspektiv har det også konsekvenser for hva kirurgene får av erfaring, antall operative inngrep de får på listene sine, og hvilke relasjoner de kan få med andre ansatte på sykehuset. Arbeidsplanen og hva som står i den, er derfor ikke bare viktig for at avdelingen skal få «gjort det som må gjøres», men også for kirurgenes muligheter til å utvikle kompetanse og til å styre eget arbeid og arbeidsforløp. Og i siste instans også deres karrierer.

7.2 «Hull» i arbeidsplanen og arbeidsposisjonenes prestisje

Om det ikke hadde vært for uforutsette endringer av bemanningen, ville arbeidsplanen speilet og integrert alle tjenesteplanene perfekt. Men i motsetning til i tjenesteplanene, hvor alle bokser var fylt opp, var det i arbeidsplanene vanlig forekommende at det sto bokser tomme. Slike «huller» i arbeidsplanene hadde flere årsaker.

I helgene står alle dagarbeidets posisjoner tomme. Det gjør de av den enkle grunn at avdelingen ikke har arbeid kategorisert som dagarbeid disse dagene. Alt arbeid i helgene er vaktarbeid. Noen arbeidsposisjoner skulle bare bemannes noen dager i uken. Avdelingen hadde eksempelvis ikke operasjonstid på operasjonsstuene eller de dagkirurgiske enhetene alle dager. For en del av hullene var årsaken altså at arbeidsposisjonen enkelte dager ikke trengtes (eller fantes).

En viktigere årsak til at det ble tomme felt, eller reelle huller, i arbeidsplanen var manglende tilgang til kirurger som kunne puttes inn boksene. Leger tar ferier, drar på kurs og konferanser og har permisjoner. Som en følge av dette ble det noen ganger for få leger til å fylle posisjonene, noe som selvfølgelig er mer problematisk for avdelingens virksomhet. Men så lenge slikt fravær var planlagt, kunne avdelingsledelsen planlegge for dette og løse det enten ved å få noen av legene til å ta en ekstra arbeidsøkt eller, mer vanlig, flere uker i forkant omdisponere legene slik at konsekvensene for driften ikke ble for store. Slike planlagte omdisponeringer ble i liten grad synliggjort eller diskutert blant legene ved avdelingen, fordi de sjelden registrerte at det hadde blitt gjort. Endringene ble gjort i forkant og i flere omganger over en periode på flere uker. De var ikke «sporbare» i den forstand at den enkelte lege kunne finne en oversikt over endringene som var gjort. Om planlagt fravær derimot *ikke* var tatt høyde for når den aktuelle dagen kom, var dette høyst synlig og merkbart i avdelingens morgenmøte, og det genererte spenninger og til dels uttrykt misnøye.

Siste del av morgenmøtet var forbeholdt planlegging av avdelingens arbeid samme dag eller de nærmeste dagene. Arbeidsplanen og arbeidsposisjonene var svært viktige elementer i avdelingens koordinerings- og sammenkjedingsarbeid. I denne sekvensen tok avdelingslederen ordet, og sekvensen var vanligvis raskt unnagjort fordi arbeidsposisjonene til de forskjellige legene i hovedsak var fastsatt. De gikk ikke rutinemessig gjennom arbeidsplanen posisjon for posisjon. Alle legene hadde tilgang til arbeidsplanen, og det var forventet at de visste hva som var deres oppgave når de kom på jobb. Det var kun der det var behov for justeringer, at de enkelte arbeidsposisjonene ble kommentert. Og da oftest fordi det var oppstått et hull i planen, grunnet sykdom eller andre uforutsette forhold. Noen huller var *viktigere* å fylle enn andre. Noen var *enkle* å fylle, og noen huller var tilsvarende *vanskeligere* å fylle enn andre. Forhandlingene som foregikk i morgenmøtet om arbeidsposisjonene, avdekker at det forelå en rangering både av organisatorisk viktighet og av attraktivitet eller prestisje knyttet til disse posisjonene.

Ett hull i arbeidsplanen som både var viktig og enkelt å fylle, var arbeidsposisjoner på operasjonsstuen. Vanligvis ble det påpekt allerede ved gjennomgangen av operasjonspasientene om det manglet en operatør. Når dette var tilfellet, registrerte jeg *aldri* at det var et problem å fylle den eller de posisjonene, i det minste så lenge det var snakk om en underordnet lege. Det var stor interesse, og til dels konkurranse, blant de underordnede legene

for å få slippe til på operasjonsstuen. Når det var et hull på operasjonsstuen, så meldte det umiddelbart seg alltid en eller flere.

Avdelingslederen sitter med arbeidsplanen foran seg på morgenmøtet: «[B-grenist] Jørgensen har ringt og sagt at hun er syk. Hvordan løser vi dette?» [B-grenist] Johansen rekker opp fingeren forsiktig: «Jeg har administrasjonsdag, så jeg tar gjerne operasjon.» «Bra, da sier vi det sånn», svarer avdelingslederen.

[Feltnotat]

Det var i første omgang avdelingslederen som vurderte hvem det var hensiktsmessig å flytte sett i forhold til resten av avdelingens arbeidsplan. Dersom en av legene som meldte seg, hadde administrasjonsdag, ble denne som regel gitt plassen på operasjonsstuen. Men også leger som egentlig skulle gå visitt på sengeposten, fikk komme til, selv når det da ble en visittgående for lite på sengepostene.

Ingen av de underordnede ble flyttet fra arbeidsposisjoner på poliklinikkene for å operere. Det ble derimot gjort med overleger, når avdelingslederen mente det trengtes «mer erfaring» enn den de underordnede kunne bidra med. Om så var, ble noen av de underordnede legene flyttet fra andre oppgaver til overlegens poliklinikk. Det igjen kunne føre til at andre ble flyttet.

Noen posisjoner ble derimot nærmest aldri fylt opp om de sto tomme, og leger ble ofte flyttet fra dem til andre posisjoner. Dette var tydeligst knyttet til det å ta imot pasienter for planlagt innskriving (såkalt mottakspoliklinikk), øhjelpspoliklinikk og libero. Dette var arbeidsposisjoner utformet slik at de skulle ta seg av forskjellige former for avlastende legearbeid, men hvor konsekvensene av å ikke fylle dem ikke virket direkte inn på avdelingens «produksjon» av medisinskkirurgiske tjenester. I verste fall skapte de små, men overkommelige forsinkelser.³²

Ut fra hva legene meldte seg frivillig til, og reaksjonene fra dem som ufrivillig ble flyttet på, avtegnet det seg derfor et mønster knyttet til de forskjellige arbeidsposisjonens grad av *attraktivitet* eller *prestisje*. I dette mønsteret tronet operasjonsdag øverst, deretter poliklinikkarbeid. Visittarbeid så ut til å generere minst entusiasme blant legene. Dette ble

³² Mottaks- og øhjelpspoliklinikkene avlastet legene som gikk visitt, fra å ta imot og skrive inn nye pasienter, mens libero som tidligere nevnt, avlastet der det måtte trenges. Konsekvensen av å ikke ha leger til disse posisjonene ble først og fremst kjent på av pasientene, som måtte vente lenger, og sykepleierne, som fikk venterommene fylt opp.

tydelig uttrykt av kirurgene, ved at de beskrev det å inneha denne arbeidsposisjonen som å være «visittslave».

Et annet hierarki kan tegnes opp knyttet til arbeidsposisjonenes organisatoriske *viktighet*, sett fra avdelingens (og sykehusets) ståsted. Huller på operasjonsstuen og alle posisjoner som vakthavende lege ble alltid fylt opp. Poliklinikkhuller ble nesten alltid fylt opp, mens visittgang kunne mangle noen leger, men helst ikke mer enn ett hull per sengepost. Fordypningsdager og administrasjonsdager hadde i dette hierarkiet marginal betydning, og legen som var satt opp her, kunne når som helst bli flyttet på. Her følger et utdrag fra feltnotatene som viser hvordan slike omrokeringer ble gjennomført.

Overlegen som leder morgenmøtet i avdelingslederens fravær, takker for gjennomgangen. «Det er manko på folk i dag», fortsetter han. Flere er syke. Han begynner å liste opp hva som mangler av folk: to operatører til dagkirurgen, en lege til mottakspoliklinikken og en til øhjelpspoliklinikken. En overlege og en rotasjonslege melder seg til dagkirurgi. «Fint.» Han spør om det er noen som har mulighet til å ta noen av oppgavene på poliklinikken. Han ser seg rundt. Det blir helt stille i lokalet. To overleger sier stille at de har oppgaver de må gjøre. Det blir stille igjen. Den erfarne B-grenisten som står ved kaffetrakteren med en kopp i hånden, blir tydelig irritert etter hvert. «Nå må vi slutte med denne stolleken! Det må være mulig for avdelingen å vite at folk ikke er på jobb. Og folk må kunne flytte på seg litt! Jeg kan ta poliklinikken.» Han skal ifølge arbeidsplanen være på gastrolab. «Hvor mange er det som har fordypnings- eller administrasjonsdag? Det må gå an å være fleksibel. Vi er så mange mennesker her, så dette kan umulig være et problem å ordne», fortsetter han.

Det er fortsatt helt stille i rommet, før en annen B-grenist sier: «Jeg har administrasjonsdag, men jeg kan ta gastrolab. Men da vil jeg ha tilbake administrasjonsdagen. Jeg mistet de forrige jeg hadde også. Så kreves det at vi skal være ferdig med journalnotater og epikriser, men vi får ikke tid. Men det er greit, jeg kan bli flyttet på i dag.» Overlegen som leder møtet, sier da: «Det er bra.» Pekende på en av de unge turnuslegene som sitter langs veggen. «Så kan du ta mottakspol.» «Ok», svarer den unge turnuslegen.

[Feltnotat]

Det er kjent at det er forskjeller i prestisje knyttet til både medisinske spesialiteter og sykdommer. Med henvisning til egne og andres (bl.a. Perrow, 1961) undersøkelser av slike prestisjehierarkier gjør Album (2013) et poeng ut av at med prestisje følger prioritering:

Et hovedpoeng er at den ulike prestisjen som uformelt tildeles den ene eller andre aktiviteten i en organisasjon, betyr noe for fordelingen av prestisjen mellom organisasjonens enheter og i neste ledd for hvor utbredt aktivitetene blir i det hele. Her følger altså prioriteringen prestisjen (Album, 2013:123)

Det ser ut til at det foreligger et slikt underliggende prestisjehierarki knyttet til kirurgenes arbeidsposisjoner også. En rangering som kommer til syne i morgenmøtets forhandlinger om arbeidsposisjoner, og som vi skal se i senere kapitler, har virkning på kirurgenes omgang med andre sykehusansatte og pasienter når de forsøker å kjede sammen og styre *egne* arbeidsforløp.

7.3 «Rundebordskonferansen»

For de fleste arbeidsposisjoner var det å fylle hullene en beslutning som avdelingslederen tok etter å ha sett på arbeidsplanen. Selv om det kunne bli diskusjoner om arbeidsposisjonene, var det i de fleste tilfeller avdelingslederen som hadde det siste ordet. Men når det gjaldt huller blant *vaktposisjoner* som skulle besettes av overleger, såkalte tertiærvakter, stilte det seg annerledes. Fremgangsmåten som avdelingslederen benyttet for å fylle disse vaktene, hadde en helt særegen form, som skilte seg tydelig fra det som ellers var vanlig.

Det er bare overleger som kan gå tertiærvakter, og disse vaktene må derfor dekkes opp av en av avdelingens overleger. Tertiærvakten er øverste ledd på vaktkjeden, som strekker seg fra de med minst erfaring og kompetanse til de med mest erfaring og kompetanse.³³ På veggen i møterommet hang det som regel en liste over ledige tertiærvakter fordi det var sykdom blant legene, en eller flere overleger skulle på kurs eller konferanser, eller det var høytidsdager eller ferietid. På denne listen førte de av overlegene som ønsket eller anså seg «som kallet», seg opp. Vanligvis løste problemer med ledige vakter seg gjennom at en av overlegene skrev seg opp på denne listen god tid i forkant. Men når det på kort varsel oppsto ledige overlegevakter, eller når ingen meldte seg til de varslede hullene, måtte dette løses. Ved flere anledninger overvar jeg det avdelingslederen selv kalte «rundebordskonferanse».

Etter pasientgjennomgangen gikk avdelingslederen gjennom de neste dagers arbeidsplaner for å se om det var «huller» i overlegevaktene. Om så var tilfellet, opplyste han hvilke vakter som var ledige, før han spurte om det var noen som ville ta vaktene. Det ble nesten alltid umiddelbart stille i rommet. De underordnede legene ble sittende og titte ned på pasientlistene sine, mobiltelefonen eller bare stirre tomt ut i luften. De var ikke aktuelle for å ta vaktene til overlegene. Overlegene, avdelingslederens adressater, tittet gjerne ned i bordet, eller rundt på

³³ Som gjennomgangen av den formelle organiseringen viste, er UniSyks vaktordninger knyttet både mot generell akuttkirurgisk vaktvirksomhet (primær- og sekundærvakt) og kirurgiske spesialiteter, hvorav gastrokirurgi er en. Vakthierarkiet starter nederst med turnuskandidater i akuttmottaket, primærvakt (generell kirurgi), sekundærvakt (generell kirurgi) og øverst tertiærvakt (de enkelte spesialiteter). B-grenvakt kommer i en mellomposisjon mellom sekundær- og tertiærvakt. Dette vaktssystemet utdypes i kapittel 8.2.

de andre overlegene. Det virket som om alle ventet på at noen andre skulle melde seg. For egen del følte jeg meg brydd av stillheten. Noen ganger meldte det seg en overlege ganske raskt, avdelingslederen sa «takkt», stemningen lettet umiddelbart, og de gikk videre til eventuelt andre punkter på dagsordenen.

Dersom ingen av overlegene meldte seg, varslet avdelingslederen at det var behov for rundebordskonferanse. Rundebordskonferansene artet seg slik: Etter at avdelingslederen konstaterte at ingen meldte seg til vekten eller vaktene, meddelte han at «da får vi ta en rundebordskonferanse». Med alle legene til stede, både overleger og underordnede, begynte han å spørre overlegene én etter én. En typisk formulering var: «Hans, kan du ta vekten?» Overlegen som ble spurt, måtte da svare for seg. Om han svarte «nei, det kan jeg ikke», ble neste overlege rundt bordet spurt. Avdelingslederen ba aldri om begrunnelse for at overlegen sa nei, men nesten alltid fulgte det en. De vanligste begrunnelsene var at de skulle ha vakt dagen etter, at de skulle på konferanse, eller at de hadde avtaler av annen art. Sjelden ble det bare svart «nei». Og slik fortsatte avdelingslederen frem til at enten en sa ja, eller til hele runden var unnagjort.

Om vekten gjaldt samme dag, var det alltid en av overlegene som etter hvert svarte ja. Om det derimot var en eller flere dager frem i tid, kunne det være at ingen av overlegene sa seg villig. I de tilfellene beordret ikke avdelingslederen noen til å ta vaktene, men meldte i stedet at det ville gjennomføres rundebordskonferanser hver dag frem til vaktene var fylt. Noe han også gjorde. Ved neste morgenmøte gjentok han at det var vakter som måtte fylles, og at ingen hadde meldt seg. Så begynte han å spørre hver enkelt overlege igjen. Ved én anledning var det ingen som hadde meldt seg før den aktuelle dagen var kommet, selv etter flere rundebordskonferanser. Da avdelingsoverlegen sa at han skulle sette i gang med en ny rundebordskonferanse, ble det igjen stille, før en av overlegene svært motvillig meldte seg «til tjeneste», som han formulerte det. På denne måten ble det tvunget frem en løsning, uten at han formelt hadde beordret noen.

Hvordan ble denne måten å løse problemet med «huller» i arbeidsplanen på oppfattet av overlegene? Flere av overlegene beskrev rundebordskonferansene som tvungen frivillighet, slik at avdelingslederen skulle «få slippe å beordre noen». Rundebordskonferansene ble således oppfattet som en måte å presse frem en løsning på hvor en overlege motvillig meldte seg frivillig til å ta en eller flere vakter. Ut over at svarene til overlegene gjerne var korte, og at stillheten i rommet kunne tyde på at det var ubehagelig, var det ingen umiddelbare

reaksjoner fra overlegenes side. Ingen av overlegene protesterte åpenlyst mot denne formen for press.

Derimot var det ved en anledning en av B-grenistene som reagerte. Hun reagerte ikke på *hvordan* ledige overlegevakter ble fylt, men om *når*, nærmere bestemt *hvor sent*, de ble det. Dette skjedde i forbindelse med at en av overlegene var blitt skadet noen uker i forveien. Han var ikke i stand til å operere og kunne dermed heller ikke gå vakter. Det er mot slutten av gjennomgangen av arbeidsplanen en mandag morgen at følgende utspiller seg:

Avdelingslederen: «Som vi sa på torsdag og fredag, så har vi en ledig tertiærvakt i dag. Er det noen som kan ta telefonen i dag?» Igjen blir det helt stille. Avdelingslederen fortsetter: «Dette er opprinnelig Gunnar [Oppegård] sin vakt.»

B-grenist Jørgensen rekker opp hånden og sier: «Fra B-grenens side ...» Hun strekker seg fremover med rak rygg. «Dette er tredje gang på en uke at tertiærvakten ikke er fordelt. Og det kan ikke være sånn at den som har telefonen, sitter på poliklinikken eller i visitt!»
Avdelingslederen: «Ja, men på korttidsfraværet må det nesten bli sånn.»

Jørgensen: «Men Gunnar har gått med gips i tre uker! Da må det gå an å planlegge bedre enn dette!» Før avdelingslederen sier mer, sier overlege Andersen: «Jeg kan ta vekten. Men jeg har visitt først.» «Bra», sier da avdelingslederen, og avslutter med dette samtalen ved å si: «Vi får begynne med internundervisningen» som Andersen, som nettopp har sagt han kan ta vekten, skal ha.

[Feltnotat]

Ut over at kritikken som ble ytret, viste at B-grenisten var misfornøyd med når tertiærvaktene ble fylt, ble det også understreket at overleger på vakt ikke kunne ha andre oppgaver samtidig. Vakthavende overlege måtte være tilgjengelig. Som sitert over: «Og det kan ikke være sånn at den som har telefonen, sitter på poliklinikken eller i visitt.» Oppfatningen om at overlegen som til enhver tid hadde vakt, ikke skulle være opptatt med andre oppgaver, ble delt av flere jeg snakket med, også blant overleger. Man gjenfant også forventningen nedskrevet i et dokument som alle rotasjonsleger fikk tilsendt fra deres nærmeste leder, som beskrev rutiner for arbeidsfordeling på vakt: «Verken B-grenist eller overlege skal ha andre oppgaver når de har vakt [...]» Avgjørelsen som ble tatt når en meldte seg til vakt, men som «har visitt først», brøt således med denne forventningen. Avgjørelsen var derfor ikke bare en administrativ og pragmatisk beslutning knyttet til den daglige driften av avdelingen. Den markerte samtidig avdelingslederens autoritet, nærmest under dekke av å være en kollegial og frivillighetsbasert prosess som førte til at en av overlegene meldte seg.

7.4 «Hull» blant primær- og sekundærvaktene

Rundebordskonferansene var noe som var forbeholdt spørsmål om overlegevakter.³⁴ Når det var manko på vakthavende primær- eller sekundærvakt, ble dette ordnet på annet vis, utenom morgenmøtene. Var det planlagt fravær, som ved konferanser, oppsto ikke problemene med «huller» på samme måte for LIS-legene. Dette skyldtes blant annet at det var utarbeidet en detaljert rutine for hvordan disse legene skulle søke om permisjoner, hvem som skulle motta søknaden, og ansvaret for å fylle hullene.³⁵ Jeg opplevde derfor ikke i løpet av den tiden jeg var der, at denne typen fravær utgjorde et problem for avdelingens drift.

Men heller ikke uplanlagt fravær blant primær- og sekundærvaktene ble vanligvis tatt opp på morgenmøtene på samme vis. Dersom det oppsto sykdom på dagtid, ble en av de tilstedeværende legene fra samme vaktsjikt fortalt at de skulle ta vekten. Siden det stort sett var minst en av disse legene som hadde administrasjons-, fag- eller fordypningsdag eller var såkalt libero på dagtid, hadde det i liten grad konsekvenser for hvor lenge disse legene måtte tilbringe på sykehuset. Huller eller plutselig oppståtte vakante vakter blant rotasjonslegene (primær- og sekundærvakter) på dagtid utgjorde derfor i liten grad et problem for legen selv eller for ledelsen, selv om leger som fikk fratatt sine administrasjonsdager, gjerne poengterte at dette førte til at de ble enda mer hengende etter på journalskriving og signering av prøvesvar og epikriser (som avdelingen blir målt på som en del av kvalitetsarbeidet).

Derimot utgjorde det et større problem dersom det oppsto forfall blant de vakthavende på ettermiddagen, særlig siden vaktene strakk seg til neste morgen. Når denne typen huller oppsto, måtte man finne en løsning på det. Mens avdelingen motvillig kunne stryke hele poliklinikklistene på grunn av sykdom eller fravær (noe de gjorde ved flere anledninger), så måtte alle «boksene» vært fylt opp på kvelds- og nattestid. Det var ingen ekstraressurs som kunne reallokeres til vaktjeneste. Det måtte altså komme inn en som i utgangspunktet hadde fri. Men mens denne typen fravær stort sett ble ordnet på morgenmøtet for overlegene, ble problemer knyttet til rotasjonslegenes vaktarbeid håndtert av andre enn avdelingslederen.

³⁴ Avdelingslederen gjennomførte også en rundebordskonferanse for å få nytt verneombud for overlegene. Nåværende overlege ønsket ikke å fortsette i den rollen. Her var det ingen som meldte seg. Nåværende verneombud uttalte at det ikke var mye arbeid, men han «har nok som det er». I tillegg sa han at det ikke ble satt av eller gitt tid til å gjøre noe i denne rollen: «Så da vil jeg ikke mer.» Avdelingslederen på sin side la vekt på at han «selvfølgelig vil prøve å legge til rette for å gi tid til denne oppgaven. Og verneombud må vi ha». Så vidt jeg vet, var det ingen som meldte seg som verneombud i løpet av feltarbeidet mitt, og ingen ble heller utpekt, noe arbeidsgivere er pålagt å gjøre av arbeidsmiljøloven.

³⁵ Tilsvarende rutiner fant jeg ikke for overlegene i UniSyks prosedyrer, selv om de sannsynligvis var arkivert et eller annet sted.

Som nevnt ble det ikke tatt opp i noen felles fora som jeg var til stede i, og det var ikke et tema i morgenmøtet, annet enn når det ble opplyst at en av rotasjonslegene hadde meldt forfall, og at en annen hadde vekten i stedet. Hvordan man hadde skaffet denne vekten, ble altså ikke sagt noe om overfor alle andre.

Dette henger sammen med at rotasjonslegenes tilknytning til avdelingen var ulik for B-grenistene og overlegene. De inngikk i *sykehusets* felles vaktordning og var i rotasjon mellom avdelingene. De var midlertidig knyttet til gastrokirurgisk avdeling og på samme tid underlagt en annen sjef. I tillegg var det kun halvparten (8 av 16) av rotasjonslegene som til enhver tid hadde avdelingstjenesten på gastrokirurgisk avdeling, mens resten var på andre avdelinger. Dette gjør at gastrokirurgisk avdelings morgenmøte *ikke* var et felles møtested for rotasjonslegene. Og siden tjenesteplanene for rotasjonslegene er avdelingsoverskridende, og nærmest løsrevet fra gastrokirurgisk avdelings tjenesteplaner for B-gren og overleger, betød det også at avdelingslederen hadde liten innflytelse eller oppmerksomhet overfor dette segmentet av leger.

Men da jeg spurte LIS-legene om hvordan det hadde seg at de var på vakt igjen, når jeg visste de egentlig skulle ha fri, svarte de gjerne at noen hadde ringt dem. Hvem denne «noen» var, kunne variere fra listeføreren,³⁶ som hadde delegert ansvar for tjenesteplanen, til legen som var den avtroppende vekten (spesielt gjaldt dette i helgene). Jeg har ingen systematisk oversikt over hvor ofte det var fravær som medførte vakansvakter for noen av legesjiktene, men de fleste av dem jeg snakket med, opplevde at de ble ringt til relativt ofte, og at de kunne synes det iblant ble vel mye vaktarbeid. Dette gjaldt spesielt de av de yngre legene, både kvinner og menn, som hadde familier med små barn, som sa at dette gjorde det ytterligere vanskelig å få hjemmesituasjonen til å gå i hop. Jeg har ikke data som gjør at jeg kan si noe sikkert om kirurgenes opplevelser eller ønsker knyttet til arbeidstid som sådan, og kan derfor heller ikke si noe om hvorvidt dem jeg fulgte, ønsket å jobbe mindre eller mer enn det de gjorde. Det som er sikkert, er at behovet for å endre på arbeidsplanene til de underordnede oppsto jevnlig, og at dette selvfølgelig hadde konsekvenser for, om ikke annet, muligheten til å planlegge både fritid og arbeid.

³⁶ Listeføreren var en av kollegene fra samme LIS-sjiktet som hadde fått tildelt det administrative og operative ansvaret for tjenesteplanen.

7.5 Avsluttende kommentarer

Siste del av møtet var først og fremst knyttet til organiseringen av avdelingens arbeid og formidling av informasjon til kollegiet der. Møtet fremsto således som et viktig koordinasjonsmøte; et sted hvor ledelsen sikret at arbeidsposisjoner nødvendige for at det daglige arbeidet skulle kunne gjøres, var dekket opp av en konkret person. Det var avdelingslederen som så til at dette ble gjort, og at nødvendige justeringer ble gjennomført (men oppsettet av arbeidsplanene var utført av andre). Som jeg viste, ble det benyttet forskjellige fremgangsmåter her. Endringer av arbeidsposisjoner og medfølgende oppgaver knyttet til de underordnede legene var først og fremst basert på den autoriteten som følger stillingen som sjef. Når tertiærvakter (overlegevakter) var ledige, ble dette ikke løst gjennom beordring eller eksplisitte pålegg. I stedet så det ut som avdelingslederen tilslørte sin rolle som sjef gjennom å dra nytte av en kombinasjon av (overlege-)kollegiets solidaritet overfor hverandre og det sosiale ubehaget det medførte å si nei i påsyn av alle avdelingens leger.

I tillegg til morgenmøtet var det, som jeg kommer tilbake til i senere kapitler, en lang rekke andre faste møter. Noen av disse skjedde daglig, andre ukentlig eller månedlig. Men ingen av disse fungerte som et samlingspunkt for alle legene som var på jobb ved gastrokirurgisk avdeling. Morgenmøtet står således i en særstilling. Det er et sentralt og viktig møtepunkt for legene ved avdelingen. Som en sosial arena for arbeidsdeling, koordinering og ledelse ved avdelingen er det ingen andre jevnlig møter som betyr like mye. Likevel er morgenmøtet bare starten på arbeidet som skal gjøres ved avdelingen. Etter dette møtet begynner kirurgene å forflytte seg utover i sykehusets korridorer og rom, spredt over mange etasjer, inngår i nye sosiale relasjoner på tvers av sykehusets organisatoriske og profesjonelle grenser. Dette skjer hver dag, hele tiden, til alle døgnets tider.

I de neste kapitlene begynner jeg å tegne opp hvordan legenes arbeidsdager fortøner seg etter at morgenmøtets deltagere har brutt opp og gått hver til sitt. For noen innebærer det å gå ned til poliklinikken, hvor pasientene vanligvis har 15 tilmålte minutter. Noen går til sengepostene for å se til pasientene som er der, mens atter andre begynner med vaktarbeid. Som det vil fremgå av fremstillingen videre, er det relativt store forskjeller mellom de forskjellige typene arbeid som legene skal gjøre. Ikke minst er det ulikheter i hvor autonome kirurgene er i betydningen «the degree to which the job provides substantial freedom, independence, and discretion to the individual in scheduling the work and determining the procedures to be used in carrying it out» (Mastekaasa, 2011).

8 Systematisk variasjon i vaktarbeidets arbeidsbetingelser

Kirurgene jeg fulgte, er arbeidstagere i en stor og kompleks arbeidsorganisasjon. Kirurgenes arbeidsforløp gjennom år, måneder, uker og dager reguleres av tjenesteplaner og arbeidsplaner. Gjennom plassering i stillingshierarkiet, tildeling av arbeidsposisjoner i arbeidsplaner og stadige endringer av disse i morgenmøtet bestemmes også hvilken kategori legearbeid kirurgene skal gjøre de enkelte dager, og dermed også deres daglige, formelle arbeidsplassjurisdiksjon (Abbott, 1988). I denne forstand er kirurgenes individuelle autonomi begrenset.

De neste to kapitlenes omdreiningspunkt er kirurgenes muligheter til å styre eget arbeidsforløp *mens de er på vakt*. Formålet med kapitlene er således å analysere hvilket mulighetsrom vaktarbeidet gir den enkelte kirurg til å kontrollere og styre sin egen arbeidsdag gjennom hva jeg kaller logistikkbaserte beslutninger.

Formålet med dette første kapitlet er først å beskrive de formelle betingelsene som de vakthavende kirurgene opererer innenfor. Deretter gir jeg en beskrivelse av variasjon og stabilitet knyttet til døgnet, hvor de forskjellige sjiktene av kirurger oppholder seg, og arbeidets art. Beskrivelsene av den formelle arbeidsdelingen som foreligger, variasjon og stabilitet gir en overordnet innføring i kirurgenes arbeidsforløp og det praktiske arbeidets betingelser. Etter disse overordnede beskrivelsene avslutter jeg kapitlet med et dypdykk i en B-grenists arbeidsøkt som vakthavende kirurg. Gjennom casen fremkommer de kontekstuelle betingelsene og arbeidsoppgavenes stedlig distribuerte karakter og hvordan disse bidrar til å forme kirurgenes arbeidsdager.

8.1 Stabilitet og variasjon i vaktarbeidet

Det foreligger en underliggende stabilitet i kirurgenes arbeidsforløp og oppgaver. For det første bidrar den planlagte temporale organiseringen av sykehuset til dette. Tjenesteplanenes rigiditet, med faste vekslingsstidspunkter mellom kirurgenes vakter og faste møtetidspunkter bidrar i så måte vesentlig til at arbeidsforløpene for vakthavende kirurger innenfor samme stillingskategori sjelden avviker til det ugjenkjennelige.

For det andre arbeider kirurgene i en organisasjon som gjennom mange år har utviklet arbeidsmåter, prosedyrer, rutiner, standard operative prosedyrer (Strauss et al., 1997) og konfigurasjoner (Bardram & Bossen, 2005a) for å kunne planlegge for å forme hvordan pasient- og arbeidsforløp bør, skal og kan utfolde seg. Alle disse er nær knyttet til sykehusets arkitektur og romlige utforming (Larsen, 2005). Både de formelle spesifiseringene og de mer uformelt innarbeidede arbeidsmåtene, som begge inngår i Standard Operating Procedures (Strauss, 1985) og Configurations (Bardram & Bossen, 2005a), gjør det mulig for kirurgene og annet helsepersonell å ha en forholdsvis klar forventning om hvordan vaktarbeidets forløp vil bli seende ut. Men det gir dem også en formening om hvilke muligheter de har til å påvirke forløpene, gjennom konkrete beslutninger knyttet til både pasientbehandling og prioriteringer mellom forskjellige arbeidsoppgaver. UniSyks formelle arbeidsposisjoner i vaktarbeidet, og tilhørende retningslinjer og rutiner, er viktige infrastrukturere dokumenter (Star, 1999) i det som i *The Negotiated Order*-perspektivets begrepsapparat kalles arbeidets forhandlingskontekst (Strauss et al., 1963; R. Svensson, 1996). Det gjør at selv om omfang, rekkefølge og tidspunkter for de enkelte arbeidsoppgavene ikke er identiske fra dag til dag, kan vi fortsatt snakke om typiske forløp for kirurgene, selv med de alltid uforutsigbare forholdene knyttet til pasientbehandlings «hvem, hva og hvor». Samtidig er forløpene nær forbundet med kirurgenes plassering i det kirurgiske hierarkiet, arbeidsoppgavenes stedlige distribusjon og sykehusets varierende temporale rytme, stabilitet og variasjon, som vi skal se nærmere på nå.

8.2 Vaktarbeidets formelle arbeidsdeling

Kirurgene inngikk i en organisasjon hvor arbeidsformer og arbeidsdeling var *på forhånd konstituert* gjennom mange års organisasjonshistorie, tradisjoner og fremforhandlede ordninger. Jeg vil i de etterfølgende kapitlene analysere hvordan dette kom til uttrykk i det daglige arbeidet som vakthavende kirurger, men la meg innledningsvis se nærmere på den *formelle* spesifiseringen av vaktarbeidet.

Det kirurgiske vaktteamet består gjennom døgnet av turnusleger, primærvakt, sekundærvakt, en B-grenist fra gastrokirurgisk avdeling og en B-grenist fra en av de andre bløtdelskirurgiske avdelingene. Disse utgjør vaktarbeidets arbeidsposisjoner og sammen med avdelingenes overlegevakter (tertiærvakter), den kontinuerlige akuttkirurgiske beredskapen i den bløtdelskirurgiske virksomheten ved UniSyk. Foruten disse fra det kirurgiske vaktteamet er

det et helt sett av andre vakthavende leger fra andre deler av sykehuset – medisinere, gynekologer, anestesileger med flere, som ikke er med her.³⁷

Kontinuiteten i vaktarbeidet sikres ved at det har arbeidsposisjoner som alltid er bemannet gjennom døgnet, 365 dager i året. Dette innebærer at det må gjennomføres overleveringer av arbeidsposisjonen en eller flere ganger i døgnet. Figuren nedenfor viser hvordan døgnet er delt opp mellom de forskjellige sjiktene av vakthavende, og hvor mange det til enhver tid er som deler på dette arbeidet.

Figur 10 Vaktteamet og vaktskifter på hverdager

	Start	Slutt	00:00	00:30	01:00	01:30	02:00	02:30	03:00	03:30	04:00	04:30	05:00	05:30	06:00	06:30	07:00	07:30	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	00:00
Turnuslege Dag	07:30	16:00	TORGERSEN																																																
Turnuslege Midtvakt	12:00	19:00	BENDIKSEN																																																
Turnuslege Natt 1	16:00	08:00	NGYEN												FREDRIKSEN																																				
Turnuslege Natt 2	16:00	08:00	PEDERSEN												LARSEN																																				
Primærsvakt Dag	07:30	16:30	FJØRTOFT																																																
Primærsvakt Natt	15:30	09:00	SANDEFJORD												WILLANDER																																				
Sekundærsvakt Dag	07:30	16:30	HEDSTRØM																																																
Sekundærsvakt Natt	15:30	09:00	VESTERSTUEN												AHMED																																				
B-gren Gastro Dag	07:30	16:30	SMEDSTAD																																																
B-gren Gastro Natt	15:30	09:00	P. HANSEN												ANDRESEN																																				
Overlege Gastrokir.	07:30	07:30	VANDERLECHT (HJEMMEVAKT)												SEIERSTEDT (TIL STEDE)																		SEIERSTEDT (HJEMMEVAKT)																		
B-gren Uro/Kar	07:30	21:00	KNUTSEN																																																

Det som ikke fremkommer av denne sammenstillingen, er at legene ikke nødvendigvis oppholder seg på samme sted. Kirurgene er periodevis *samtidige*, men oppholder seg ikke nødvendigvis *sammen*. På dagtid møter de ikke opp samme sted, men starter spredt utover i

³⁷ Jeg har ingen detaljkunnskap om hvordan de andre klinikkens vaktordninger er organisert, men hva som er klart, er at det var tilsvarende vaktordninger (pyramider) ved de andre klinikkene også.

sykehuset. Påtroppende turnuslege begynner eksempelvis dagen med oppmøte på *akuttmottaket* for å få rapport fra de to avtroppende turnuslegene. Påtroppende primærvakt, B-grenist gastro og den vakthavende gastrokirurgiske overlegen begynner dagen sammen med avtroppende primærvakt på gastrokirurgisk morgenmøte. Samtidig avslutter avtroppende sekundærvakt sin arbeidsøkt sammen med B-grenistene fra de andre kirurgiske avdelingene ved sin moderavdeling. Når deres respektive morgenmøter er ferdige, er den første av to faste programpostene for de påtroppende vakthavende legene i de nederste sjiktene av hierarkiet *vaktmøtet* på akuttmottaket, mens den andre og siste faste programposten ikke skjer før mot slutten av vekten. Først på dette andre møtet møtes de dagvakthavende og kveldsvakthavende legene, og da kanskje også de vakthavende overlegene, for å presentere og gjennomgå pasienter som må følges opp, samt overlevere vakttelefonen.

Liggende i bakgrunnen av det arbeidet som ble gjort av legene, forelå det skriftlige rutiner og beskrivelser av hva som var forventet med tanke på arbeidsdelingen mellom de forskjellige sjiktene av vakthavende leger, avdelinger, tverrprofesjonelle team (som operasjonsteam) og forskjellige sykehus. Ansvars- og arbeidsfordelingen mellom forskjellige leger og andre yrkesgrupper var beskrevet i en lang rekke forskjellige prosedyrer og retningslinjer tilgjengelige på sykehusets intranett med titler som «Arbeidsfordeling på vakttid», «Prioriteringsansvarlig på vakttid Operasjon», «Operasjonsteam – Øhjelp operasjon – Arbeids- og ansvarsfordeling» og «Overflytting av pasienter til UniSyk». Bak disse prosedyrenavnene befant det seg tidvis svært nøyaktige beskrivelser av hvem som skulle gjøre hva innenfor nærmere spesifiserte områder av sykehuset.

Prosedyrer og retningslinjer av denne typen er således sykehusets formelle angivelser av aktørenes arbeidsplassjurisdiksjon innenfor virksomheten (Abbott, 1988). De er formelle angivelser av profesjoners jurisdiksjon, men også jurisdiksjon mellom legeprofesjonens spesialiteter (for eksempel anesthesi og kirurgi), sågar også innenfor vaktarbeidets forskjellige sjikt. I Figur 11 (neste side) har jeg fremstilt de formelle dokumentenes beskrivelser av ansvars- og oppgavefordeling mellom de forskjellige sjiktene av vakthavende kirurger.

Figur 11 Arbeidsoppgaver etter posisjon i vaktpyramiden

Arbeidsoppgaver for vaktsjiktene					
	Turnuslege	Primærvakt	Sekundærvakt	B-gren (gastrokirurgi)	Tertiærvakt - Overlege (gastrokirurgi)
Akuttmottaket	Mottak av kirurgiske og ortopediske pasienter	Mottak av kirurgiske pasienter	Mottak av kirurgiske pasienter	Teamleder for det kirurgiske mottaksarbeidet fra klokken 15. (Før dette B-grenist fra annen bløtdelskirurgisk avdeling)	
		Konfereringspartner for turnuslegene	Konfereringspartner for turnusleger og primærvaktene	Konfereringspartner for primær- og sekundærvakt (og turnusleger)	Konfereringspartner for de underordnede (først og fremst for B-grenisten)
			Traumeleder	Arbeidsforsterkning på mottak	
Operasjonsstuer		Operatør for enklere inngrep (generell kirurgi)	Operatør (generell kirurgi)	Operatør (generell og gastrokirurgi)	Operatør (gastrokirurgi)
			Ansvarlig for prioritering i kirurgisk operasjonsliste		
Sengeposter/ andre avdelinger				Ansvarlig for gastrokirurgiske sengeposter (etter klokken 21)	Ansvarlig for gastrokirurgiske sengeposter (frem til klokken 21)
			Ansvarlig for generellkirurgiske tilsyn	Ansvarlig for gastrokirurgiske tilsyn andre poster (etter klokken 21)	Ansvarlig for gastrokirurgiske tilsyn på andre sengeposter

Utover de anvisningene som prosedyrene beskrev for hvordan ansvars- og arbeidsdelingen skulle være, fikk alle nyansatte LIS-leger i generell kirurgi (primær- og sekundærvaktene) et velkomstskriv som samlet og i korthet beskrev disse prosedyrene og retningslinjene. Dette sikret at alle nyansatte ble kjent med hvordan arbeidsdelingen var forventet mellom de forskjellige sjiktene av kirurger på vakt, og hvor de ville finne disse prosedyrene på intranettet, dersom behovet oppsto. I dette velkomstskrevet, som også inneholdt beskrivelser

av hvordan permisjoner skulle søkes og vaktbytter gjennomføres, sto det om arbeidsdeling i vaktarbeidet blant annet:

I hovedsak har primærvaktene hovedarbeidssted i akuttmottaket og er ansvarlige for mottak og journalskriving på kirurgiske akuttpasienter. Sekundærvaktene skal også delta i dette arbeidet, men har i tillegg ansvar for prioritering av øyeblikkelig hjelpoperasjonsprogram samt telefoner og tilsynsforespørsler på nattetid.

[Fra velkomstskrivet]

Under overskriften «Rutiner for arbeidsdeling på vakt» noe senere i samme skriv sto det å lese:

At overlegene er aktive og til stede i vaktteamet og har oversikt på postene i form av kveldsvisitt og opprydding av tilsynslistene, er viktig [...] Verken B-grenist eller overlege skal ha andre oppdrag når de har vakt [...] En B-grenist skal på dag- og kveldstid være leder for det kirurgiske mottaksarbeidet og ha base i mottaket. Funksjonen ruller på omgang på alle B-grenistene. [...] Vedkommende skal fungere som pådriver, konsulent, leder og arbeidsforsterkning for primær- og sekundærvaktene i mottaket.

[Fra velkomstskrivet]

Langt på vei er dette, skrevet av rotasjonslegenes sjef, beskrivelser om vaktarbeidet som passer godt med de observasjonene jeg gjorde av arbeidet blant de vakthavende kirurgene. Men det var ikke alltid samsvar mellom rutinebeskrivelsene og den enkelte leges forståelse av denne arbeidsdelingen underveis i arbeidet.

Det vil i all profesjonsutøvelse være rom og behov for skjønnsutøvelse (Molander & Grimen, 2010). At formaliserte rutiner og regler ikke klarer å dekke alle mulige oppståtte problemstillinger og situasjoner, er et faktum som også ledelsen ved sykehuset og avdelingen forholdt seg til, også når det gjaldt spørsmål om ansvars- og oppgavefordelingen mellom de forskjellige sjiktene i det daglige arbeidet. I velkomstskrivet som jeg allerede har vist til, var det å lese følgende kommentar fra lederen omkring fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar mellom de forskjellige sjiktene av vakthierarkiet:

Jeg håper en ikke trenger detaljerte instruksjoner for alle mulige situasjoner på vaktene: det må brukes skjønn, og teamet burde kunne lage avtaler seg imellom for å fordele både oppgaver og goder på et rimelig vis i løpet av vekten.

[Fra velkomstskrivet]

Det forelå som vi ser, her en forventning om at vaktteamet skulle fordele arbeidet på en måte som tilgodeså alle i vaktteamet. Det vil nødvendigvis oppstå situasjoner hvor retningslinjene

ikke vil dekke situasjonene, noe som vi så over også kirurgenes ledere kommuniserte, og som kirurgene selv var åpne om. Neste kapittel tar for seg og analyserer hvordan jeg observerte at dette ble gjort i vaktarbeidets samhandling med kirurgenes kolleger på gastrokirurgisk avdeling gjennom logistikkbaserte beslutninger. Men først skal jeg nå peke på noen viktige kjennetegn ved vaktarbeidets arbeidsforløp, stabilitet og variasjon.

8.3 Stedlig stabilitet og variasjon

Arbeidsforløpene mellom de forskjellige sjiktene av vakthavende kirurger og turnusleger skilte seg fra hverandre med hensyn til hvor de befant seg i løpet av vaktene. B-grenistene var den kategorien av kirurger ved avdelingen som hadde arbeid fordelt over flest geografiske steder mens de hadde vakt. Mer enn de andre underordnede kirurgene var de involvert i og hadde oppgaver på forskjellige intra- og interprofesjonelle samhandlingsarenaer noe som gjorde at de hadde hyppig kontakt med alle nivåer innenfor avdelingens stillingshierarki. De hadde også et ansvar som strakk seg på tvers av organisatoriske grenser.

Særlig det å være vakthavende B-grenist innebærer ansvars- og arbeidsoppgaver som strekker seg over store deler av sykehuset, både organisatorisk og stedlig/geografisk. B-grenistene var «øverste ansvarlige teamleder i mottak», og de skulle være «pådriver, konsulent, leder og arbeidsforsterkning for primær- og sekundærvaktene» [Fra velkomstskrivet]. I samarbeid med overlegene, var de også ansvarlige for gastrokirurgiske tilsyn på andre avdelinger, visittgang på sykehusets observasjonsavdeling, operatører og kontaktpunkt for sykepleierne på de gastrokirurgiske sengepostene og for «uteliggerne» som lå rundt på sykehusets andre avdelinger på nattestid. Disse flerfoldige oppgavene medførte at særlig vakthavende B-grenist var i hyppig og noen ganger vedvarende bevegelse mellom steder, mennesker og arbeidsoppgaver.

For primærvaktene derimot var akuttmottaket *hovedarbeidsstedet*. Mesteparten av tiden ble brukt her, opptatt med å undersøke og vurdere pasientene som kom inn. Hvor mye den enkelte primærvakten fikk operere på sine vakter, var avhengig av den enkeltes kompetanse og erfaring, antallet pasienter som var inne på akuttmottaket, og hvorvidt de andre kirurgene lenger oppe i hierarkiet «lot dem få slippe til», som en lege formulerte det, eller i hvilken grad sekundærvaktene og B-grenistene la «til rette for at primærvakt kan bistå på operasjon», som prosedyren *Arbeidsdeling på vakt* formulerte det. De gjennomførte i tillegg også tilsyn på sengeposter, men dette forekom mer sporadisk enn for B-grenistene og sekundærvaktene.

Også for sekundærvaktene var akuttmottaket en viktig arena for arbeidet og hadde, i samarbeid med primærvaktene, hovedansvaret for at pasientene ble vurdert og journalskrevet. Likevel var de mindre på akuttmottaket. Dette skyldtes at de i langt større grad var involvert i de kirurgiske inngrepene som ble gjort i vakttiden og tilsyn på sengeposter, dog i noe mindre grad enn B-grenistene. De brukte likevel forholdsvis mye tid i akuttmottaket.

For turnuslegene var akuttmottaket mer eller mindre det eneste stedet de oppholdt seg på. Så lenge turnuslegene hadde vakt, var de geografiske arbeidsområdene tre steder innenfor akuttmottaket; vaktbasen, pasientrommene og korridorene som lå mellom basen og pasientrommene. Turnuslegene var dermed stedbundne til akuttmottaket og inngikk i færre sosiale og faglige arenaer, noe som også hadde konsekvenser for deres mulighet til å styre og kontrollere eget arbeid, noe jeg kommer tilbake til i kapittel 10.

Vakthavende overlege, tertiærvakten, som hadde døgnvakter, beveget seg også rundt på sykehusets sengeposter for å gå på tilsyn og benyttet mye tid på å operere pasienter. I motsetning til de andre kirurgene i vaktpyramiden var overlegene så godt som aldri på akuttmottaket. De dro også vanligvis hjem på natten og fungerte da som bakvakter og var tilgjengelige på telefon.

Hvor kirurgene og turnuslegene hadde arbeidsoppgaver, var dermed i store trekk som de formelle spesifiseringene tilsa at de skulle være. Som et resultat av ordningene rundt arbeidsdeling forelå det derfor en stabil variasjon i arbeidsoppgaver og bevegelser mellom de forskjellige sjiktene av kirurger. Det kirurgiske hierarkiet var i varierende grad forankret i sykehusets geografi.

8.4 Temporal stabilitet og variasjon

Akuttmottaket holder alltid åpnet, og det kommer pasienter inn hele døgnet. Men om morgenen var det gjerne færre pasienter enn på ettermiddagen og kvelden. Grunnene til dette, og ifølge kirurgene selv, hovedgrunnen, er at pasienters vei inn til akuttmottaket hovedsakelig er gjennom legevakt eller fastlege, som på forhånd konsulterer per telefon med kirurgene på sykehuset. Det tar derfor noe tid før pasientene ankommer til sykehuset. Den temporale organiseringen av legetjenestene utenfor sykehuset, med stengte fastlegekontor nattestid, gjorde de fleste morgener på akuttmottaket «pasientfattig», som en av turnuslegene formulerte det. Dette ble reflektert ved at det om morgenen var kun én turnuslege på vakt. Denne fluktueringen av arbeid gjennom døgnet var stabil. Men selv med færre pasienter på

morgenen visste vaktteamet at det ville komme flere etter hvert. Det var derfor viktig å «ta unna pasientene» mens det fortsatt var forholdsvis rolig. Det var derfor viktig, med kirurgenes egne ord, «å være à jour», «ikke bare legge bena på bordet når det er stille», og «forsøke å gjøre seg ferdig med det vi kan». Kirurgene understreket i mange sammenhenger overfor turnuslegene at de måtte «følge med på listen» og «passe på at pasientene blir ekspedert».

Det var også forskjeller mellom arbeidsforløpene på dag-, kvelds- og nattestid, selv om kirurgenes forflytninger mellom steder og organisatoriske enheter ikke skilte seg nevneverdig avhengig av døgnet. Den stadige vekslingen mellom sengeposter, operasjoner og andre lokalisasjoner fortsatte gjennom døgnet. Samtidig var kveldene ofte arbeidsintensive, særlig for B-grenistene. En årsak til dette var at de gastrokirurgiske B-grenistene på kveldstid i større grad var involvert i akuttmottakets arbeid, noe som gjorde at B-grenistene ikke var forskånet fra akuttmottakets pasientpågang og derav påfølgende aktivitetsnivå. Som «pådriver, konsulent, leder og arbeidsforsterkning for primær- og sekundærvaktene i mottaket» kunne de i perioder være mye på akuttmottaket, og derfor bidro også antallet pasienter som kom inn på akuttmottaket, og deres tilstand til arbeidsmengdene for B-grenistene. Når pasientlistene ble lange, operasjonslistene fulle, turnuslegene snakket om at de hadde mye å gjøre, og primær- og sekundærvaktene ba om hjelp til å vurdere pasienter eller gjennomføre operasjoner, virket dette inn på B-grenistenes arbeidsforløp på flere måter. Spørsmål knyttet til pasientlogistikk og medisinske vurderinger ble flere. Antallet praktiske arbeidsoppgaver økte, og ikke minst økte antallet avbrytelser.

Det foreligger likevel ingen direkte korrelasjon mellom antall pasienter på akuttmottaket og antall oppgaver og arbeidsmengde for kirurgene, fordi arbeidsoppgavene var spredt utover i UniSyk. Selv når det var stille for deler av vaktteamet, kunne derfor spesielt B-grenistenes og sekundærvaktens arbeidsøkter være fylt opp av arbeid. Det forekom eksempelvis jevnlig at det var overkommelige arbeidsmengder på akuttmottaket, mens det var fullt på sengepostenes rom og korridorer med medfølgende arbeidsmengder for sykepleiere og leger. Det kunne altså være stille på akuttmottaket samtidig som det var hektisk aktivitet på sengepostene. På samme måte kunne det være lite å gjøre på sengeposter og akuttmottak, mens øyeblikkelig hjelp-programmet kunne være fylt opp, og dermed låse kirurgene til denne aktiviteten over mesteparten av arbeidsøkten.

Aktivitetsnivået på sengepostene og de inneliggende pasientenes tilstand kunne også forplante seg videre over i vaktarbeidet, uavhengig av tid på døgnet. De inneliggende pasientenes

medisinske tilstand kunne ha store konsekvenser for arbeidsforløpene og -mengdene for B-grenistene, selv på dagtid når det var leger på sengepostene, men også på kvelds- og nattestid. Per Hansens arbeidsforløp, som jeg straks skal beskrive inngående, er et tilfelle av en slik dag, hvor aktivitetsnivået på akuttmottaket, ifølge sekundærvakten, «var helt greit», og hvor arbeidet forløp uten vansker, og hvor visittleger arbeidet på sengepostene. Likevel var det en jevn strøm av henvendelser fra og arbeid på sengepostene, som Hansen måtte ta seg av, deriblant en rekke oppgaver knyttet til de tre pasientene som ble vurdert operert. Så selv om pasienter hadde vært inneliggende lenge og de visittgående legene hadde gjort det som skulle gjøres, ble en del av arbeidet på sengepostene forstått og definert som vaktarbeid, også på dagtid. Vaktarbeid som kategori handler, som jeg påpekte i kap. 5.1, om nyankomne problemer, uavhengig av hvor de oppstår. Og når nyankomne problemer oppstår og i tillegg innbefatter øyeblikkelig hjelp-kirurgi, tilfaller dette vaktarbeidets arbeidsposisjoner.

Men det var ikke bare denne typen akutte problemstillinger som B-grenisten måtte håndtere på sengepostene. Når visittlegene og etter hvert tertiærvakten hadde gått for dagen, ble sengepostens henvendelser kanalisert til B-grenisten. Til tider, med det store antallet telefoniske henvendelser fra sykepleierne på sengepostene, kunne det virke som om det ikke hadde vært visittgående kirurger på sengepostene på dagtid eller overleger til stede på ettermiddagen. Oppgaver som ellers skulle være utført av «visittslavene». Legemidler var ikke forordnet. Prøvesvar ikke sett på. Rekvisisjoner ikke skrevet. Og pasientsamtaler ikke gjennomført, fordi dagarbeidets arbeidsposisjoner ikke hadde ferdigstilt eller helt glemt det. I tillegg kunne pasienter trenge nye vurderinger som en planlagt oppfølging fra dagtid, eksempelvis når pasienter var tenkt utskrevet, men trengte en siste vurdering, eller fordi pasienters tilstand skulle følges opp for å avdekke eventuelle endringer. Dette var oftere endringer hos pasienter som ikke var akutte og krevde umiddelbare tiltak, men som likevel avkrevde tid og oppmerksomhet fra kirurgene i løpet av vekten.

I tillegg til arbeid som skyldtes pasienters endrede tilstander, fikk kirurgene også forespørsler av mer administrativ art: skrive ut resepter på pasienter som skulle reise hjem, fylle ut rekvisisjoner for undersøkelser, godkjenne muntlig at pasienter kunne få taxi ved utskrivelse, og skrive sykemeldinger. Dette kunne ofte kreve oppmerksomhet og arbeid på sen kveldstid og nattestid. En god del av arbeidet utført av de vakthavende kirurgene på kveldstid kunne derfor se til forveksling ut som forefallende eller oppryddingsarbeid, hvorav mye skulle ha vært ryddet av veien av dagarbeidets posisjoner.

8.5 Case: En dag som vakthavende B-grenist

Jeg presenterer i det følgende et case, hvor vi følger B-grenist Hansen gjennom en dag som vakthavende. Casen er en kortfattet gjengivelse av arbeidsforløpet fra én vakt. Formålet med denne presentasjonen av en hel arbeidsøkt er å gjøre et dypdykk i hvordan det er for UniSyks kirurger å ha vakt, *hvilke* arbeidsoppgaver de har i løpet av dagen, *hvordan* arbeidsoppgavene oppstår og formidles, *hvor* oppgavene befinner seg og utføres, og *hvilke konstellasjoner* av aktører arbeidsoppgavene utføres av. Gjennom casen fremkommer de kontekstuelle betingelsene og arbeidsoppgavenes stedlig distribuerte karakter og hvordan de bestemmer kirurgenes arbeidsdager. På samme tid kommer noen av kirurgenes muligheter til å påvirke dette til syne.³⁸ B-grenist Hansens arbeidsøkt begynner som alle vanlige arbeidsdager med morgenmøtets referering av pasienter og planlegging av dagens arbeidsposisjoner.

07:30 Gastrokirurgisk avdelings møterom

Morgenmøte. Avtroppende primærvakt presenterer: Tre pasienter operert i løpet av natten, to pasienter meldt til operasjon, en gastroskopi venter, 14 nye pasienter, to ligger på observasjonsavdelingen. Avtroppende tertiærvakt har ingen pasienter å referere fra intensivavdelingen. Påtroppende tertiærvakt har ikke møtt opp enda. Avtroppende B-grenist gir Hansen vakttelefonen.

08:05 Gastrokirurgisk avdelings møterom

Internundervisning begynner. Hansen blir ringt til etter ca. 10 minutter.

08:15 Sengepost 3

Hansen gjennomfører tilsyn av dement, ikke-kontaktbar eldre pasient på sengepost 3 sammen med B-grenist Ali, som er visittgående lege med ansvar for «uteliggere» på andre sengeposter i dag. Hansen hadde dagvakt i går også og kjenner pasienten fra tidligere. Etter at vi har sett på pasienten sammen, ringer Hansen tertiærvakt og informerer om funnene. Pasienten er septisk (er blodforgiftet), trolig på grunn av tarmperforasjon (lekkasje fra tarm inn i bukhule). De avtaler at Hansen skal ha samtale med pårørende for å diskutere operasjon og kartlegge pasientstatus.

08:20 Kontor på sengepost 3

Hansen leter etter ledig rom for å ringe pårørende. Hansen finner et kontor hvor to sykepleiere sitter. Disse går ut når han spør om det er mulig å ta en telefonsamtale med pårørende. Hansen ringer pårørende og gir beskjed om pasientens tilstand og at legene her vil diskutere hvorvidt

³⁸ I utformingen av casen har jeg ønsket å rendyrke hendelsene og bevegelsene. Så i motsetning til måten jeg presenterer feltnotater på ellers i avhandlingen, har jeg her «redigert» meg selv ut. Min rolle som observatør var i løpet av denne dagen lik som ellers; hengende etter, spørrende og i samtale med Hansen.

de skal operere pasienten eller ei. Hansen understreker at pasienten er i en alvorlig situasjon. Samtalen tar ca. 5 minutter.

Etter samtalen går han ut og ber to sykepleiere han møter i korridoren, om å finne prøveutstyr for å ta en blodgass [blodprøve fra en pulsåre i armen]. Den ene sykepleieren vet ikke hvor det ligger, eller hvordan det ser ut. Den andre sykepleieren blir med Hansen i skapene for å lete utstyret frem. Når utstyret er funnet, går Hansen ut til pasienten alene for å ta blodgassen selv. Sykepleierne på denne sengeposten tar ikke prøver fra pulsårene, selv om de gjør det på flere andre sengeposter. Sykepleieren blir ikke med inn. Hansen tar blodgassen, går ut i korridoren og finner sykepleieren igjen. Han ber henne sende blodgassen med en gang. Sykepleieren tar den imot og sier hun skal sende prøven til laboratoriet for analyse.

08:40 Gastrokirurgisk avdelings kontorlandskap

Går til gastrokirurgisk avdelings kontorlandskap for å diskutere pasienten med vakthavende tertiærvakt, overlege Vidar Løvet. Løvet forteller Hansen: «Jeg har vaktcallingen. [Avdelingslederen] Torbjørn sa til meg at han skulle ringe [overlege] Gunnar, som har satt seg selv opp i dag [for å ha vakt], men han er jo faen meg ikke her! Og jeg har ikke hørt noe enda.» Løvet fremstår som svært lite fornøyd med å ha fått vakttelefonen for tertiærvakten, siden han opprinnelig var satt opp på administrasjonsdag.

Hansen og Løvet diskuterer pasienten, ser på prøveresultater og tidligere journalnotater. De kommer ikke frem til noen endelig konklusjon om hva de skal gjøre.

09:00 Sengepost 2

Hansen går og snakker med pasient som ble operert i går for tykktarmskreft av ham og to kirurger til. Undersøker magen og ser på drenene som ligger i sårhulen.

09:10

Hansen går og setter seg på sykepleiernes tun-base. Hansen ringer sekundærvakten for å finne ut av hvordan øyeblikkelig hjelp-programmet ser ut. Sekundærvakten står og opererer, og har ikke oversikt om hvorvidt det har kommet noen flere på operasjonsprogrammet.

Hansen ringer flere telefoner, blant annet til operasjonsavdelingens koordinator, primærvakten og B-grenisten fra karkirurgen, før han har fått klart svar på hvem som skal operere hvilke av pasientene, og rekkefølgen som er planlagt.

09:30 Observasjonsavdelingen – vaktrommet

Hansen går videre til observasjonsavdelingen tilknyttet akuttavdelingen. Det skal ligge to pasienter her. Han går inn til sykepleiernes vaktrom og spør om hvordan det går med en pasient som kom inn i natt med magesmerter. Sykepleieren som har ansvaret for pasienten i dag, er opptatt på annet rom, men de to sykepleierne som er her, sier de tror «det går greit» med henne. De skal gi beskjed til sykepleieren som har henne, om at han er her. Hansen går inn til pasienten.

09:45 Observasjonsavdelingen – pasientrom

Den første av pasientene Hansen ser på, er gravid og har magesmerter. Sykepleieren kommer inn underveis mens Hansen undersøker pasienten. Hansen forordner insulin til pasienten på grunnlag av prøvesvar. Han gir beskjed muntlig til sykepleieren og sier han skal notere det i journalen. Han sier også at han skal rekvirere gynekologisk tilsyn og ultralyd av galleveiene. Pasienten har i tillegg endokrinologisk sykdom, og Hansen ønsker samtale med endokrinolog for å diskutere medisinformordninger.

Mens Hansen og sykepleier snakker ved siden av pasienten, ringes Hansen av en ambulanse som ønsker å konferere om en pasient de har i bilen. Tre minutter senere er samtalen ferdig. Pasienten som ambulansen ringte om, skal tas imot av vaktlaget på akuttmottaket. Det er ikke nødvendig med fullt traumemottak av pasienten.

10:03

Sykepleieren har stått og snakket med pasienten i mellomtiden.

Sykepleier snur seg og sier til Hansen: «Du vet, de [pasientene] skal ikke ligge her mer enn 24 timer. Hun skal jo ikke hjem, så da må hun flyttes et sted. Er det gastrokirurgisk sengepost som er avdelingen som skal ta henne?».

Hansen: «Tror vel egentlig dette er medisin. Jeg får høre med noen der.»

Hansen og sykepleieren blir enige om at Hansen skal ringe endokrinolog for å overføre pasienten dit, og at endokrinologene skal ta seg av forordninger og eventuelle endringer av medisiner.

10:05 Observasjonsavdelingen – vaktrommet

Går til vaktrommet. Hansen ringer endokrinologisk tertiærvakt og beskriver problemstillingen. Hansen sier at han syntes dette er en pasient som bør følges av dem. Når samtale avsluttes, er de blitt enige om at pasienten skal overflyttes medisinsk sengepost, men at Hansen skal bestille gynekologisk tilsyn før pasienten flyttes.

10:07

Hansen ringer vakthavende lege på gynekologisk avdeling. Beskriver pasienten for denne: «Lurte bare på om dere kunne ta et tilsyn før hun overflyttes medisin.» Gynekologen sier tydeligvis at de skal gjøre det snart.

Hansen skriver journalnotat før han går inn til pasienten og forteller henne hva planen er, og at hun blir her til gyn har sett på henne, før hun overflyttes til medisin. Går tilbake igjen og skriver rekvisisjon til en ultralydundersøkelse. Hansen leser så journalnotat på den andre pasienten som ligger her.

10:20 Observasjonsavdelingen – pasientrom

Hansen går inn til pasienten han nettopp har lest journalen til. Undersøker pasienten raskt og snakker med henne. Forteller henne at han mistenker gallesten, og at hun skal overflyttes gastrokirurgisk sengepost «ganske snart».

10:25 Observasjonsavdelingen – vaktrommet

Skriver notat om pasient på vaktrommet.

10:40 Sengepost 3

Har gått tilbake til sengepost 3 (uro) for å se på annen «uteligger». Økende infeksjonsprøver. Hansen vurderer operasjon grunnet mistanke om kolitt. Hansen sier til sykepleier: «Jeg vil nok at [overlege] Løvet skal se på pasienten før vi setter henne opp på operasjon.» Han ringer Løvet og refererer nye prøvesvar og kliniske funn. Hansen sier til Løvet: «Tror vi bør operere. Men kan ikke du ta en titt du også. [...] Så snakkes vi.»

10:55 Operasjonsstue

Hansen skifter til grønne operasjonsklær. Går inn til operasjonsstue for å se på pågående fasciotomi «second look», dvs. at pasienten er operert tidligere og opereres på nytt av vakthavende B-grenist fra karkirurgisk avdeling, for å se hvordan det ser ut nå. Utveksler noen ord om operasjonspasienten og hva de har gjort til nå.

11:02

Hansen får en telefon: Sekundærvakten ber ham komme til barnemottak for å se på en baby. Går umiddelbart. Skifter til hvitt.

11:10 Barnemottak

Tilsyn på baby med foreldre til stede. Møter primærvakten der. Spørsmål om ondartet svulst (kreft) av en type de selv aldri har sett før. Kirurgene snakker kort med foreldrene mens de er inne på rommet, om at de er usikre på hva dette er. Hansen ber primærvakten ringe en annen kirurgisk avdeling for å høre hva de syntes de skal gjøres med pasienten. Hansen tror det blir overflytting av pasienten til annet sykehus i løpet av dagen.

11:20

Hansen får telefon fra gastrolab. Kvinnen han tilså klokken 10:40 på sengepost 3, er klar for koloskopi, noe tertiærvakt Løvet ville ha gjennomført for å vite hvordan tarmen ser ut før en eventuell operasjon. Hansen skal gjøre denne.

11:30 Gastrolab

Begynner å koloskopere kvinnen med kolitt som ligger på uro med økende CRP (se klokken 10:40 og 11:20). En sykepleier er med og assisterer. Prosedyren går greit, men Hansen ber sykepleieren ringe overlege Løvet for å høre om «han kan stikke innom». Overlegen kommer

raskt. Pasienten vurderes av overlege Løvet, etter at han har sett pasientens tarm på skjermen, «til å trenge operasjon så snart som mulig».

11:40

Operasjonsstuen ringer Hansen for å si at pasient som skal til gastroskopi (på øyeblikkelig hjelp-programmet), er klar. Pasient ble satt opp til dette i går, men har ventet til nå.

11:45

Koloskopien er ferdig. Pasienten trilles ut av rommet av sykepleier. Hansen får telefon. Gjelder pasient som ikke har mottatt dato for innleggelse. Hansen slår opp på PC-en for å sjekke det, men finner ikke ut av det. Gir beskjed om at han skal undersøke det, og at pasienten vil få «melding om noen dager». Skriver så journalnotat på koloskopien som han nå gjorde seg ferdig med, og melder opp samme pasient elektronisk til operasjon på øyeblikkelig hjelp-programmet.

11:50

Ringer sekundærvakten mens han melder pasienten på operasjon. Informerer om funn av kolitt, at operasjonen haster og må prioriteres først.

12:00 Operasjonsstuen

Kommet til operasjonsstuen for å gjennomføre gastroskopi som han ble ringt etter klokken 11:40.

13:00

Ferdig med gastroskopen. Utover to operasjonssykepleiere og anestesisykepleier var ingen andre til stede. På vei ut takker Hansen sykepleierne for hjelpen.

13:10 Gastrokirurgisk avdelings kontorlandskap

Hansen har gått til kontorlandskap. Begynner å spise matpakken. Primærvakten ringer. De avtaler å møtes på postoperativavdelingen for å se på pasient. Tar med seg brødskiven, spiser ferdig på vei bort.

13:20 Postoperativavdelingen/CT-laboratoriet

Møter primærvakten for å se på pasient på postoperativavdelingen med tarmkreft med metastaser, som nå har påvist fri luft i buken på CT, noe som fordrer til raskt inngrep. Kjenner raskt på pasientens mage, tar så og går til CT-demonstrasjonsrommet for å få sett på bildene. Bildene er ikke overført enda. Radiologen foreslår de går til CT-laben. Hansen og primærvakten òg går dit. Banker på og går inn. Sier de ønsker å se på resultatene av bildene. Sekundærvakten har tydeligvis vært her allerede, for radiologen sier «det sa jeg jo nettopp til sekundærvakten».

Hansen: «Å, da så. Men kan vi ikke få se bildene?» Radiologen som sitter ved siden av, har bildene oppe og sitter og skriver beskrivelsen, og viser dem hva han har sett. Dette tar ett minutt. Hansen takker for hjelpen.

På vei mot PO møter de tilfeldigvis sekundærvakten. Hansen, primær- og sekundærvakten er enige om at de må operere pasienten. De tre vakthavende går hver til sitt.

13:50 kontormiljøet

Hansen går til kontormiljøet, hvor han møter B-grenist Ali. Snakker om pasientene som skal opereres. Hansen uttrykker tvil om han syntes det er riktig å operere eldre pasient med demens som ligger på sengepost 3. Ali mener hun må opereres uansett. «Ingen bør dø av sepsis.» Blir sittende videre med B-grenist Ali og diskutere pasientene som Hansen har hatt med å gjøre.

Telefon fra sekundærvakt. Informerer om at pasienten Hansen har koloskopert, er neste som skal opereres på øyeblikkelig hjelp-stue nr. 1 (skal opereres av Hansen og sekundærvakt), og at pasient på postoperativ med fri luft er neste på øyeblikkelig hjelp-stue nr. 2 (B-gren kar og overlege Løvet tar denne).

Hansen skriver journalnotater på pasienter og gjør seg ferdig med noen gamle epikriser.

14:45 Operasjonsstue 1

Hansen begynner operasjon av iskemisk kolitt sammen med sekundærvakt. De andre medlemmene av operasjonsteamet er to operasjonssykepleiere og en anestesisykepleier som er der hele tiden. En operasjonssykepleier går ut og inn og henter forskjellig utstyr som trengs underveis. En anestesilege kommer innom med ujevne mellomrom og spør anestesisykepleieren hvordan det går.

15:15

Vakten til operasjonssykepleierne er over, og to nye kommer og tar over. Kirurgene fortsetter å operere.

16:30

Påtroppende sekundær og B-grenist kommer inn i operasjonsklær. En operasjonssykepleier hjelper dem med steril påkledning. Etter å ha blitt orientert om hva Hansen og sekundærvakten har funnet, gjort og tenkt om hva som skal gjøres videre, tar de nyankomne kirurgene over operasjonen.

16.55 garderoben

Hansen går til garderoben og skifter for å gå hjem.

8.6 Avsluttende kommentarer

Som en inngang til å diskutere kirurgenes muligheter til å ta logistikkbaserte beslutninger i vaktarbeidet har jeg i konstruksjonen av casen, basert på en enkelt arbeidsdag, særlig vektlagt Hansens bevegelser gjennom forskjellige samhandlingsarenaer gjennom arbeidsforløpet, hvilke konstellasjoner av mennesker som forekommer, og hvem som stiller krav til kirurgens arbeid. Arbeidsforløpet illustrerer hvordan situasjoner og behov oppstår på kort varsel. Det tydeliggjør også hvordan vaktarbeidet fører kirurgene gjennom sykehusets organisatoriske enheter og samhandlingsarenaer, hvordan vekslingen mellom forskjellige arbeidssteder skjer, og at de organisatoriske betingelsene arbeidet foregår innenfor, har konsekvenser for mulighetsrommet til å styre arbeidsforløp og ta beslutninger. Casen gir videre innblikk i vaktarbeidets tempo og rytme, og hvordan kirurgenes arbeidshverdag preges av uforutsette og uplanlagte hendelser. Gjennom Hansens møter med sykehusets andre aktører får vi også korte glimt inn i hvordan kommunikasjon og samhandling foregår mellom de forskjellige vaksjiktene, mellom leger fra forskjellige avdelinger, mellom kirurgene og sykepleierne og kirurgens samhandling med pasientene de er satt til å behandle og ta vare på. De er kortvarige og målrettede, innrammet av andre arbeidsoppgaver som krever kirurgens tid og oppmerksomhet. Således illustrerer casen et typisk arbeidsforløp for en vakthavende B-grenist, slik jeg observerte det gjennom feltarbeidet mitt.

De utfordringene eller problemene som Hansen og resten av aktørene sto overfor, var dagligdagse. At kirurgene blir tilkalt for å se på pasienter som har tilstander man ikke har sett tidligere, som babyen med spørsmål om ondartet svulst, innebærer ingen dramatikk (for andre enn foreldrene) og skjer med jevne mellomrom. Tilsvarende skjer det med jevne mellomrom at kirurgene må ringe til pårørende om pasienters alvorlige tilstander, at pasienter blir dårligere eller ambulanser ringer inn. Og som vi så i kapitlet om morgenmøtet, var det også vanlig at huller i tjenesteplanen oppstår og må løses gjennom at en flytter kirurgene fra én arbeidsposisjon til en annen, slik tilfellet var for overlege Løvet. Dagen beskrevet over var således ingen ekstraordinær dag.

Casen med B-grenist Hansen demonstrer at arbeidsforløpet til kirurgene blir formet av en rekke uforutsette og uplanlagte hendelser. Av pasientkontaktene Hansen hadde i løpet av dagen, var det kun tilsynene på observasjonsavdelingens to pasienter, samt pasienten han hadde operert dagen før, han på forhånd med sikkerhet når dagen begynte, visste han skulle se til. I tillegg visste han at han i løpet av dagen ville bli tilkalt fra operasjonsavdelingen for å

gjennomføre en gastroskopi besluttet av forrige døgns vaktlag, dog uten kjennskap til eller kontroll og styring over *når* det skulle skje. Noen oppgaver lå og ventet, mange oppsto underveis spredt utover både tid og rom.

Vaktarbeid som kategori av legearbeid handler om å håndtere uforutsigbare hendelser i tilknytning til et varierende antall pasienter. Ofte foreligger det ingen ferdig plan for verken den enkelte pasient eller for arbeidsforløpene til legene. I tillegg blir planer ofte forstyrret av sykdommers uforutsette utvikling, tekniske problemer og menneskelig svikt (Strauss et al., 1997). De enkelte dagers arbeidsforløp kan derfor variere betydelig, nettopp fordi arbeidet som skal gjøres, varierer og er utenfor vakthavendes styring. Det er et uregjerlig arbeid (Vinge, 2003). Hvordan kirurgene jeg fulgte forsøkte å sikre seg et mulighetsrom for å styre eget arbeidsforløp, under de betingelser jeg har beskrevet her, er neste kapitels tema.

9 Logistikkbaserte beslutninger i vaktarbeidet

I *Never Enough Time* behandler Yoels og Clair (1994) hvordan underordnede leger på et sykehus i USA forsøker å styre egen tid, og hvordan de etter hvert som de får mer erfaring, også lærer seg hvordan de best kan styre denne tiden. De skriver i denne sammenhengen:

The ultimate way in which residents responded to the issue of scarce time with regard to patients could be seen in their efforts to make themselves scarce. Part of learning the ropes as a resident involved knowing when and when not to be somewhere. (Yoels & Clair, 1994:203)

Disse legene lærte seg i løpet av kort tid at for å kunne håndtere knapphet på egen tid så måtte de selv holde seg borte – fordufte – fra pasientene. Det gjorde også kirurgene jeg fulgte. De gjorde forsøk på, og til dels klarte, å justere kravene som ble stilt til deres arbeid og oppmerksomhet, gjennom bevisst bruk av tilstedeværelse og fravær fra forskjellige samhandlingsarenaer. Fordi forskjellige steder rundt omkring var bebodd av forskjellige aktører, sengeposter med sykepleiere og pasienter, vaktbasen på akuttmottaket med andre kirurger og kontorlandskapet på kvelds- og nattestid uten noen, ble de også eksponert for forskjellige mengder og typer arbeidsoppgaver ut fra hvor de befant seg, og når de befant seg der.

Logistikkbaserte beslutninger handler om å fatte beslutninger knyttet til det å styre eget arbeidsforløp gjennom sykehuset innenfor de foreliggende strukturer eller forhandlingskontekster der legen til enhver tid befinner seg. Vi skal nå se på mulighetene for, omfanget av og formene for kirurgenes logistikkbaserte beslutninger i konkret arbeidspraksis. Det er altså gjennom denne typen beslutninger at kirurgene kan forsøke å sikre seg eget arbeidsforløp og handlingsrom.

I behandlingen av kirurgenes logistikkbaserte beslutninger videre tar jeg følgende analytiske utgangspunkt: Når kirurgene får forespørsler fra andre om å ta stilling til eller gjøre «noe», så fremmer aktørene, ut fra eget ståsted og perspektiv innenfor organisasjonen, et *legitimt krav* på kirurgenes arbeid og oppmerksomhet. Alle henvendelser kirurgene får mens de er på jobb, må dermed i utgangspunktet ses på som *legitime krav* om kirurgens arbeid. Som en følge av et krav *må* kirurgen derfor ta stilling til kravet og *fatte en beslutning* om hvorvidt de kan og/eller skal ta hensyn til kravet. Fordi det å *ikke* ta hensyn til krav som stilles dem, *er en beslutning i seg selv*, kan ikke kirurgene unngå å ta en beslutning. Kirurgene arbeider under hva en kan

karakterisere som beslutningstvang, men ikke nødvendigvis handlingstvang. De kan beslutte å ikke handle. I hvilken grad og på hvilke måter kirurgene må ta hensyn til kravene som stilles, er således en måte å analysere kirurgenes autonomi på.

I dette kapitlet ser jeg altså hovedsakelig på krav andre stiller til kirurgene, hvor logistikkbaserte beslutninger er sentrale for eventuelt å imøtekomme disse. Men kirurgene kan også fremme krav overfor andre aktører. Hvorvidt kravene kirurgene stiller, møtes og etterleves, reflekterer på kirurgens autoritet over andre. Hvorvidt kirurgene selv eller andre aktører oppfatter forespørsler og henvendelser som krav, er i denne forbindelse ikke viktig for analysene.

Hver av de metodene jeg behandler i det følgende, inngår i kirurgenes arsenal av verktøy for å sikre seg kontroll over eget arbeid. De er konkrete uttrykk for kirurgenes muligheter til å ta logistikkbaserte beslutninger. Noen metoder er avhengige av forhandlinger mellom andre aktører i forsøk på å komme frem til løsninger som fungerer for de involverte partene, og som får «ting gjort eller gjennomført» (Strauss, 1978). Disse er gjerne transparente og skjer i åpen dialog. Andre baserer seg på de formelle spesifiseringene som sykehuset har anlagt. Andre igjen baserer seg på ikke-formaliserte, mer tradisjonsforankrede samhandlings- og arbeidsdelingsordninger (Olsvold, 2010; Reeves et al., 2009). I tillegg, og dette er i større grad forbeholdt B-grenistene og overlegene, kan kirurgene benytte seg av metoder og ta beslutninger som gjøres i randsonen av andre aktørers blikk og kontroll. Grunnlaget for metodene og beslutningene kan være en sammenblanding av de forskjellige faktorene jeg her skisserer. Jeg gjør likevel et forsøk på skille dem analytisk fra hverandre, for å kunne gi et tydelig bilde av hvordan kirurgene kunne både fremme og møte krav om arbeid for å sikre kontroll over eget arbeidsforløp.

For de vakthavende kirurgene var det i hovedsak tre distinkte grupper av aktører i sykehuset de måtte forholde seg til, og som krevde deres arbeidskraft: leger (hovedsakelig fra eget vaktteam), pasienter og sykepleiere. Overfor hver av disse gruppene forsøkte kirurgene å innfinne seg strategisk i nærheten av dem eller holde avstand til dem, for slik å sikre sin egen tid. For kirurgene handlet det ikke bare om å skjerme seg fra pasienter, som Yoels og Clair (1994) legger vekt på, men også fra ansatte på sykehuset. Forsøkene på å regulere tilstedeværelse og fravær overfor disse gruppene er temaet jeg løfter frem her. Disse forsøkene reflekterer også kirurgenes relasjon til andre viktige aktører på sykehuset.

9.1 Regulering av samvær med kirurgkolleger

De underordnede kirurgene hadde som regel ingen grunn til *ikke* å tilbringe tid sammen. Fordi de hadde gjensidig interesse av å møtes for å diskutere både pasienter og fordeling av arbeid, oppsøkte de hverandre aktivt. Kirurgisk vaktbase på akuttmottaket var det naturlige møtepunktet. Men de avtalte også å møtes for å spise. Tid tilbrakt sammen var dermed i de fleste tilfeller betraktet som noe positivt.

9.1.1 *Arbeidsdeling gjennom samtaler – ikke forhandlinger*

Kommunikasjon er en forutsetning for at arbeidet som sykehusets ansatte er satt til å gjøre, lar seg gjennomføre (Bardram & Bossen, 2005a). *Samtalen* var den viktigste metoden kirurgene hadde for å sikre kontroll over arbeidsforløpet. Selv om det fantes lister med ankomne pasienter, tilsynsanmodninger fra andre avdelinger og operasjonsprogrammer som fungerte som elektroniske kommunikasjonsverktøy, var samtalen den mest brukte kommunikasjonsformen i kirurgenes forsøk på å for å komme frem til avtaler om hvem som skulle gjøre hva, hvor og når. Denne observasjonen er verken overraskende eller interessant i seg selv.

Derimot er *hvordan* disse samtalene fortonte seg, og *hvilke konkrete konsekvenser* disse samtalene hadde for den enkelte kirurgs mulighet til å ta logistikkbaserte beslutninger, interessant og viktig, fordi samtalene gir et innblikk inn i hvilken grad den enkelte kirurg måtte tilkjempe og forhandle seg frem til et handlingsrom, eller om kirurgene *ga* hverandre handlingsrom. Hvordan samtalene fortoner seg, forteller også noe om samhandlingens atmosfære; om den er preget av former som understøtter samarbeid, som kan føre til større kontroll over eget arbeid, eller forsterker betydningen av den hierarkiske stillingsstrukturen og fremmer relasjoner mellom kirurgene som bygger på makt og autoritet (Akre et al., 1997). Dette vil i så fall trekke i retning av mindre kontroll. Flere studier har funnet at kommunikasjonen mellom kirurger ofte er preget av konflikter og sinne, ofte forårsaket av stort arbeidspress og konflikter knyttet til fordeling av arbeid og ansvar (Skjørshammer, 2001, 2003). Støttende og god kommunikasjon mellom leger kan også være vanskelig å oppnå når det foreligger en opplevelse av konkurranse mellom legene, og når arbeidet oppleves som stressende (Akre et al., 1997). Samtidig har studier vist at sosial støtte og god kommunikasjon kan støtte opp under beslutningsprosesser og øke opplevelsen av autonomi i arbeidet (Heijstra, Rafnsdóttir & Jónsdóttir, 2011).

Her vil jeg først konsentrere meg om samtalene som foregikk mellom vaktteamets kirurger som fortsatt var under spesialisering, det vil si B-grenistene, primær- og sekundærvaktene. Som tidligere beskrevet var overlegens involvering i arbeidet som foregikk på *akuttmottaket*, svært begrenset, og overlegene var i liten grad involvert i de beslutningene som inngikk i dette arbeidet. Overlegens rolle i de logistikk- og kunnskapsbaserte beslutningene i andre kontekster kommer jeg tilbake til senere.

I samtalene som foregikk på morgenmøtene, var det forholdsvis enkelt å identifisere de enkelte kirurgenes plassering i legehierarkiet ut fra hvor de satt rundt bordet, hvor mye taletid de hadde, og hva de snakket om. Slik var det ikke i samtalene som foregikk på akuttmottaket når B-grenister og rotasjonsleger møttes. Her fremsto de som samtaler mellom likestilte og jevnbyrdige kolleger. I mine første feltøkter med vakthavende kirurger var det derfor ikke mulig (for meg) å skjønne at det forelå en formell spesifisering av arbeidsoppgaver mellom B-grenistene, primær- og sekundærvaktene, eller hvem som var innehaver av hvilken posisjon. Eller rettere: Det var for meg ikke mulig å trekke slutninger om hvilke oppgaver som i utgangspunktet skulle utføres av hvem, eller hvilken posisjon de hadde der. Inntrykket var at det synlige hierarkiet jeg hadde observert på morgenmøtene og i mine første observasjonsøkter med en overlege på sengepostene, forsvant når jeg befant meg blant de vakthavende kirurgene på akuttmottaket. Måten de snakket med hverandre på, hvordan arbeidsoppgaver ble fordelt mellom dem, og hvordan de diskuterte beslutninger omkring prioritering av oppgaver, ga i begynnelsen få, om noen, indikasjoner på hvor i hierarkiet den enkelte lege befant seg. Først da jeg så et mønster i hvem som spurte hvem om å bli med og se på pasienter og gjøre vurderinger av dem, kunne jeg etter hvert skjelle mellom primær- og sekundærvakter og B-grenister.

Etter hvert ble det altså klart for meg, etter å ha lett gjennom UniSyks foreliggende prosedyrer og retningslinjer, at det forelå skrevne og uskrevne retningslinjer for arbeidsdelingen innenfor vaktteamet (se kap. 8.2.). Men mellom kirurgene ble de formelle spesifiseringene av arbeidsfordelingen sjelden tatt opp, selv om kirurgene var kjent med og forholdt seg til dem. Fordeling av arbeidsoppgaver mellom B-grenistene og rotasjonslegene i vakttid baserte seg derfor i liten grad på autoritetsrelasjoner mellom sjiktene, selv om de formelle spesifiseringene av arbeidsoppgaver som lå til grunn, ga klare retningslinjer. Kun ved noen unntak overhørte jeg at de fordelte arbeidsoppgavene med referanse til hva som var nedskrevet i UniSyks og avdelingens dokumenter. Feltnotatet som følger under, hvor en

sekundærvakt forteller primærvakten hva som er hovedoppgavene i arbeidsposisjonen som primærvakt, er ett av få tilfeller av det. Primærvakten hadde begynt på UniSyk noen uker før og hadde hatt flere vakter på akuttmottaket. Foranledningen til samtalene er at en pasient hadde ligget i akuttmottaket flere timer i påvente av en CT. Sekundærvakten hører om pasientens manglende gjennomførte CT mens han er på akuttmottaket. Han har tidligere sett pasienten, og det var han som besluttet at CT-undersøkelsen skulle tas. Til primærvakten sier sekundærvakten:

Som primærvakt er hovedjobben egentlig å få ting til å gli og å passe på logistikken. Det gjelder også CT-er. Har det tatt lang tid, så må du ringe og høre og passe på hva som har skjedd. Det skjer glipper hele tiden, og det er jobben til primærvakten å passe på.

[Feltnotat]

Denne tydelig formulerte forventningen fra sekundærvakten av hva primærvakters oppgaver knyttet til oppfølging av pasientene hadde som umiddelbar konsekvens at primærvakten ringte radiologisk avdeling for å høre «hvorfør drøyer det med CT-en vi bestilte?» (svaret fra radiologen var at pasienten på ventelisten). Sekundærvaktens instruksjoner om hvilket ansvar som var tillagt primærvakten, var en av de få gangene jeg overhørte slike henvisninger til de formelle spesifiseringene.

Da jeg en kveld spurte en B-grenist om hun kjente til alle retningslinjene som omhandlet fordeling av ansvar og arbeid som forelå i UniSyks elektroniske dokumenter, svarte hun først at det fantes skriftlige beskrivelser av arbeidsoppgavene for de enkelte sjiktene. Da jeg så spurte om hun visste hva som sto der, og om hun trodde de andre av kirurgene var kjent med dem, svarte hun at «alle nok er kjent med dem. Men i virkeligheten er det jo masse gråsoner og endringer hele tiden og overalt». Dette svaret liknet mye på hva andre leger svarte. De visste at retningslinjene forelå, hvor de kunne finne dem, og de trodde kollegene deres kjente til dem også. Samtidig var de enige i at arbeidet og fordelingen av dette var full av gråsoner som gjorde at de hele tiden måtte justere på hvem som gjorde hva, avhengig av hva slags problemstillinger de sto overfor, den enkelte kirurgs kompetanse og vaktteamets arbeidsmengder.

Når kirurgene oppfatter at de formelle spesifiseringene er fulle av gråsoner, er det grunn til å tro at aktørene må gå inn i en rekke eksplisitte forhandlinger om arbeidsfordelingen i løpet av en vakt. Men selv om det å fordele arbeidet mellom vaktlagets medlemmer var en aktivitet som foregikk kontinuerlig gjennom samtaler, er det vanskelig å forstå denne fordelingen av

arbeidsoppgaver som forhandlinger, i det minste i måten de snakket sammen og forløpende fordelte oppgavene seg imellom på. I vaktarbeidet virket det sjelden som om det forelå uenigheter eller spenninger mellom de enkelte kirurgene hva gjaldt deres interesser og ønsker om hvem som skulle gjøre hva.

Johansson (1997:9-15) påpeker når han kritiserer Anselm Strauss' manglende klarhet i hva en forhandling innebærer; skal en kalle noe forhandlinger, må partene ha en oppfatning om at det foreligger uenighet eller spenning mellom deres interesser. Blant de vakthavende som hadde arbeidsoppgaver på akuttmottaket, var det langt mellom hver gang det var nødvendig med eksplisitte *forhandlinger* om arbeidsfordeling, selv om arbeidsfordeling mellom kirurgene ble tematisert så godt som hver gang de møttes. Når to eller flere av de vakthavende kirurgene møttes, ble det snakket om hvilke oppgaver den enkelte var i gang med, eller hadde planer om å gjøre. Ut fra beskrivelsene av deres egne arbeidsmengder fordelte og koordinerte kirurgene arbeidsoppgaver smidig, ofte med en uttrykt velvilje overfor hverandre. De fleste samtalenes som dreide seg om justeringer av arbeidsfordeling, foregikk i vennlig, imøtekommende og rolige former. Mitt klare inntrykk var at mellom kirurgene forelå det en grunnleggende velvilje hva gjaldt å fordele arbeidsoppgaver mellom hverandre på en måte som ikke bare sikret at arbeidet ble gjort, men også at de tilstrebet en noenlunde jevn fordeling av arbeidsbyrden. Jeg observerte eksempelvis sjelden at primærvaktene var travelt opptatt med undersøkelser og journalskriving på akuttmottaket, mens sekundærvaktene unnlot å involvere seg i disse oppgavene, selv når dette kunne vært mulig å gjøre (jeg kommer tilbake til mulighetene for å unndra seg arbeid senere). Derimot opplevde jeg ofte at de tilbød hverandre hjelp til å ta unna oppgaver som lå og ventet. Kirurgene fremsto for meg, når de oppholdt seg sammen og møttes, som kollegiale i betydning at de tok på seg arbeidsoppgaver når de hadde anledning, selv når den formelle arbeidsdelingen tilsa at de ikke nødvendigvis måtte det. Beslutningene om arbeidsdeling som ble fattet gjennom samtalenes, var også kollegiale i betydningen at de ble tatt i fellesskap etter at hver av dem hadde motivert sin mening (L. G. Svensson, 2011).

At samarbeidet og samtalenes mellom de underordnede legene i vaktteamet i all hovedsak fremsto som konfliktfrie i det daglige, betyr likevel ikke at det ikke oppsto gnisninger mellom enkeltkirurger, eller at alle kirurgene oppfattet samarbeidsklimaet uproblematisk og uten friksjon. I samtaler jeg hadde alene med enkelte kirurger, kom det frem at noe av det jeg syntes så ut som relativt velfungerende samarbeid, opplevde de selv som lite solidarisk og

støttende. En av kirurgene beskrev eksempelvis arbeidsmiljøet på avdelingen som helhet som «syre» og «et sted hvor ingen støtter hverandre. Vi blir jobbende solo. Ingen støtte, ingen oppbakking». En av de mer erfarne primærvaktene hadde opplevd at hun måtte ta seg av arbeidsoppgaver på vakt som hun ikke var kompetent til, og hun hadde savnet støtte underveis. Særlig en episode hvor hun ikke hadde fått gehør for å flytte en eldre, men ikke alvorlig syk pasient fra akuttmottaket til en av sengepostene, beskrev hun som preget av «alenegang», hvor de andre i vaktteamet «ikke lyttet til hva jeg mente var riktig å gjøre». Da jeg fulgte opp med å spørre om hun opplevde at de andre ikke brydde seg, modererte hun seg noe ved å si at hun etter hvert fikk støtte av B-grenisten i at pasienten kunne legges inn, «men jeg måtte jo be om det, da!». En tredje kirurg lo høylytt som første svar da jeg spurte om han ønsket å fortsette å jobbe på UniSyks gastrokirurgiske avdeling etter hvert som han ble ferdig med spesialisering i generell kirurgi. Han oppga denne begrunnelsen: «Her snakker vi ikke sammen. Vi bare gjør oppgavene som vi blir satt til. Jeg gleder meg noe jævlig til å komme videre til de andre avdelingene, hvor de jobber sammen!» Som disse utsagnene viser, opplevde noen av kirurgene på vakt arbeidet og kommunikasjonen langt mer vanskelig enn det de ga uttrykk for overfor hverandre.

Men selv om det var kirurger som opplevde at kommunikasjon, arbeidsdeling og «atmosfæren» rundt disse forholdene var problematiske og vanskelige, så var det andre som var langt mer positive. Feltnotatet som følger, gjengir en av de minst erfarne legenes opplevelse av både arbeidet han settes til som primærvakt, og støtten som forelå blant kirurgene.

Ca. 14:30 UniSyks korridorer på vei mot akuttmottaket

På vei fra postoperativ avdeling, hvor han har sett til en av operasjonspasientene sine, spør jeg om hvordan han opplever det å jobbe på sykehuset, med mange vakter og lange dager. Han svarer:

«Det er morsomt å jobbe her. Her er alle ressursene tilgjengelig. All kompetansen som trengs, og det er bare å spørre noen om det er noe en ikke vet. Det å jobbe med syke pasienter, og spesielt det at også de sykeste pasientene havner her, gjør jobben meningsfylt. Og det skjer mye her. Ikke bare mange pasienter og mye å gjøre, begge deler er fint, men også at det skjer mye forskning og utvikling. Noen av kirurgene her er *virkelige spesialister*, og det er fint å være i nærheten av slik kompetanse.»

Han fortsatte:

«I tillegg får jeg operere mye. Jeg får være hovedoperatør, og de andre mer erfarne kirurgene slipper meg til. Og siden det er så mange unge leger her, så er det også «en drive» jeg ikke

kjenner fra [tidligere arbeidssted] eller fra der jeg hadde turnustjeneste. Folk vil noe, og de jobber hardt for å oppnå resultater. For seg selv, men ikke minst for pasientene. De er frempå. Og jobber hardt.»

[Feltnotat]

Ut over at arbeidet var meningsfylt, og at det var moro å jobbe på sykehuset, noe arbeidet kan være uavhengig av samarbeidsklimaet med kollegene, så sier primærvakten her også en del om hvordan han opplever det å arbeide sammen med de andre. Vi ser at han opplever at kunnskapen deles, «det er bare å spørre noe om det er noe en ikke vet», og at han får slippe til på operasjoner, noe som altså ikke er noe som kan tas for gitt. Samtidig: Både det at kirurgene er unge, med «en drive», og at de jobber hardt for å oppnå resultater for en selv, kunne vært fremstilt av primærvakten som at arbeidet var preget av konkurranse mellom kirurgene, noe som ville gjort det vanskeligere å ha innflytelse på fordelingen av arbeidsoppgavene hans. Han opplevde det ikke slik, men derimot at samarbeidet fungerte godt.

En av de mest brukte konflikthåndteringsmetodene blant leger er å unngå å snakke om at det foreligger en konflikt eller alvorlig uenighet, fordi konflikter med andre leger, og spesielt overordnede, blant annet kan skade deres karrieremuligheter (Brooks & Bosk, 2012, 2013; Skjørshammer, 2001; Skjørshammer & Hofoss, 1999; Stevens, 2013). Dette kan også ha vært tilfellet på UniSyk. Noen av kirurgene opplevde, som det går frem av sitatene mine over, at samarbeidet ikke var godt. Men at noen av kirurgene opplevde det slik, var altså ikke observerbart i måten de forholdt seg til hverandre på i fordelingen av arbeidsoppgaver.

9.1.2 *Fordeling av goder*

Fleksibilitet og velvillighet i fordelingen av arbeidsoppgaver mellom kirurgene fremsto som et gjennomgående samhandlingsmønster, uttrykt blant annet i hvordan kirurgene samtalte, og måten de kom frem til dette på. Fleksibilitet var samtidig også noe ledelsen ønsket og formidlet at vaktteamet skulle utøve. Det forelå en nedfelt forventning om at vaktteamet skulle fordele arbeidet på en måte som tilgodeså alle i vaktteamet. I velkomstskrivet til de nye rotasjonslegene, var følgende kommentar fra lederen å lese omkring fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar mellom de forskjellige sjiktene av vakthierarkiet:

Jeg håper en ikke trenger detaljerte instruksjoner for alle mulige situasjoner på vaktene: det må brukes skjønn og teamet burde kunne lage avtaler seg imellom for å fordele både oppgaver og goder på et rimelig vis i løpet av vaktene.

[Fra velkomstskrivet]

En av de oppgavene som var ansett som et gode, var å få tilbringe arbeidstiden som operatør, altså å utøve kirurgi, noe vi så primærvakten over la vekt på som en av flere grunner til at han trivdes på UniSyk. På samme måte som det å bli flyttet fra nærmest hvilken som helst av dagarbeidets arbeidsposisjoner til operasjonsdag var ansett som en bonus for de underordnede kirurgene (jf. kap. 7.2), var muligheten for tilgang på operasjonstid på vakttid ansett som attraktivt. Det var eksempelvis langt mer attraktivt å operere enn å være på akuttmottaket for å ta imot pasienter, noe primærvaktene altså i stor grad var satt til å gjøre. Likevel var det ikke nødvendig for primærvaktene å argumentere eller å inngå i eksplisitte forhandlinger for å slippe til på operasjonsstuene. De andre kirurgene i vaktteamet spurte ofte primærvaktene om de ønsket å operere, også når de selv hadde kapasitet til å gjøre det.

Forhandlinger om operasjonstid var derfor ikke nødvendige, siden primærvaktene ofte ble tilbudt det av sekundærvaktene og B-grenistene. Feltnotatet under, som kommer fra en av de ofte forekommende hektiske dagene, illustrerer denne velviljen. Primærvakten, som her blir tilbudt operasjonstid, har vært assistent på flere av samme type operasjon, og gjennomført én som hovedoperatør, med en mer erfaren kirurg stående sammen med ham. Å få gjennomføre flere slike operasjoner står dermed «høyt på lista av ønsker», som han sa til meg noen dager før. Her får han for første gang tilbud om å være hovedoperatør *uten* overordnet til stede.

23:10 Vaktbasen

Sekundærvakt: «Når de ringer fra operasjon om appendicitten, da kan vi godt gjøre det sånn at du tar med deg [turnuslegen], så starter dere alene. Så kommer jeg, uansett, når som helst, om du vil det. Så slipper du å ha meg som forklarer alle detaljene.»

Primærvakt: «Det er helt greit for meg. Altså at jeg begynner ...»

Sekundærvakt: «Ja, så er jeg like rundt hjørnet om det er den minste ting. Uansett.»

Primærvakt: «Ja, det er helt greit.»

[Feltnotat]

«Vaktkirurgi får du plenty av!», sa en B-grenist til meg i en samtale om fordeling av operasjonstid, da hun kommenterte hvor vanskelig det var å få tilgang på *planlagte* operasjoner av mer kompleks art, men hvor enkelt det var å få kirurgitid på vakt. At sekundærvakten over uttaler «da kan vi godt gjøre det sånn at ...», kan ut fra denne uttalelsen dermed også tolkes som en form for delegering av oppgaver til primærvakten, for slik selv å slippe å stå og foreta en av de vanligst forekommende operasjonene. Jeg oppfattet det ikke

slik, men heller som et tilbud om et gode. Grunnen er at mitt klare inntrykk var at kirurgene mer enn noe annet ville operere, noe som også kom til uttrykk under morgenmøtene, når det var ledige arbeidsposisjoner på operasjonsstuene. Som en kirurg sa til meg: «Kirurger liker å operere, vet du.»

Den gjensidige fleksible holdningen kirurgene hadde til hvem som skulle ta hvilke arbeidsoppgaver på vakt, inkludert kirurgisk virksomhet, hadde som effekt at de alle kunne benytte og utnytte tiden på en slik måte at de i perioder kunne få ordnet arbeidsoppgaver som ikke nødvendigvis var knyttet til vaktarbeidet som sådant, men som de like fullt gjerne ville gjøre. Velfungerende teamarbeid fremmer ikke bare effektivitet og god kvalitet i et komplekst arbeid (Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein, 2010; Zwarenstein & Reeves, 2002), men understøtter også den enkelte kirurgs mulighet til å kontrollere eget arbeidsforløp, noe neste feltnotat også illustrerer.

20:10 Gastrokirurgisk avdelings kontorlandskap

B-grenist Mona Johnsen har sittet og skrevet i pasientjournaler og sett på diverse prøvesvar en halv times tid. «Du kan sikkert gå opp til operasjon for å se på Aleksander [Sandefjord] og Kristian [Vesterstuen]», sier hun til meg. De skal gjøre en blindtarmsoperasjon. I utgangspunktet var det planlagt at Johnsen skulle være andreoperatør på Sandefjords første som hovedoperatør. Johnsen hadde gitt Sandefjord en detaljert gjennomgang av prosedyren før på kvelden. Men siden Vesterstuen var blitt ferdig med en annen operasjon på en annen operasjonsstue, hadde han sagt at han kunne stå sammen med Sandefjord.

Mona Johnsen sier så til meg: «Nå skal jeg bare sitte og DIPSe litt [skrive og lese i det elektroniske journalsystemet DIPS]. 10 færre dokumenter er 10 færre dokumenter, vet du. Jeg forsøker å utnytte tiden best mulig. Så følger jeg med på hva som skjer. Jeg vet jo at Aleksander og Kristian er på operasjonsstuen, og at turnuslegene står alene der nede. Så jeg følger litt ekstra med. De vet jo at de kan ringe meg. De kjenner meg veldig godt fra jeg var sekundærvakt.»

[Feltnotat]

Den fleksibiliteten kirurgene på vakt utviste overfor hverandre i fordelingen av arbeidsoppgaver, skapte mulighetsrom for å styre eget arbeidsforløp. Kirurger som trenger å få operert for å kunne skrive inngrepene opp på listen av gjennomførte prosedyrer for etter hvert å bli godkjent som spesialist, får det, samtidig som tid til andre gjøremål frigis for de andre. Dette forholdet fremstår som tydelig i notatet over.

Zerubavel skriver at solidaritet mellom mennesker gjerne utvikler seg når mennesker bebor eller oppholder seg i den samme organisasjonen på samme tid. Han formulerte det slik:

«Copresence is a major factor in the formation of social solidarity, especially in organizations that operate around the clock» (Zerubavel, 1979:82). I sykehuset han gjorde sitt arbeid i, var tjenesteplanene for mottakspersonell for det meste satt sammen av faste grupper, som var på jobb de samme helgene og de samme nettene. Han kaller dem «contemporaries» (1979:82) – *samtidige*.

Blant de *samtidige* dannet det seg en sosial solidaritet. Han observerte blant annet at sykepleiere som jobbet som faste nattevakter, hadde en tendens til å ikke identifisere seg med samme yrkesgruppe, men med de andre som arbeidet på samme tid: «As an extreme example of social solidarity among «contemporaries» which is so strong as to even outweigh loyalty to one's own professional group» (Zerubavel, 1979:82). Denne temporale samhörigheten og samtidigheten i organisasjonen skapte et bånd mellom dem, som krysset profesjonelle grenser. Ut fra dette kunne en tenke seg at når tjenesteplaner og arbeidsplaner selv innenfor samme profesjon er i utakt, og *samtidighet* over tid blir mangelvare (jf. kap. 5.2), så kan en kanskje forvente at *samhörighet* eller *solidaritet* mellom mennesker vanskeliggjøres. Det kan rett og slett bli vanskelig å bli kjent med hverandre, noe som har et potensial til å vanskeliggjøre fleksible og tillitsfulle relasjoner også innenfor små grupper av eksempelvis kirurger. På tross av de flyktige vaktteamene, tjenesteplanenes produksjon av organisatorisk kontinuitet og relasjonell diskontinuitet har jeg her vist at kirurgene i nedre del av hierarkiet i liten grad lente seg på dette hierarkiet, men fordelte goder og byrder solidarisk.

9.1.3 *Overlegenes fravær*

Over har jeg beskrevet hvordan samtaler mellom kirurgene som fortsatt var under spesialisering, forholdt seg til hverandre. De møttes jevnlig på akuttmottaket, fordelte arbeidet jevnt og avhjalp hverandre når det var mye på akuttmottaket. Måten dette skjedde på, var gjennom samtaler. Som jeg innledet med, så var det mitt første inntrykk at det synlige hierarkiet jeg hadde observert på morgenmøtene, forsvant når jeg befant meg blant de vakthavende kirurgene på akuttmottaket. En grunn til dette kan ha vært overlegens påfallende fravær fra akuttmottaket.

I avdelingens møter og arbeidet på sengepostene, poliklinikkene og operasjonsstuene var overlegenes tilstedeværelse tydelig. De oppholdt seg på de samme stedene, de så til de samme pasientene. Overlegene var sentrale og synlige aktører i det arbeidet som ble gjort på alle disse stedene. Selv om både sykepleiere og underordnede leger på sengepostene ofte klaget over at overlegene kunne være fysisk fraværende og til dels utilgjengelige, noe mine økter

med overlegene til en viss grad også viser, var overlegene i det minste innom. De deltok relativt ofte i møter på sengepostene for å diskutere pasienter, så til de pasientene som lå på postene, og de var svært til stede og sentrale på operasjonsstuene.

Akuttmottaket var derimot et område av sykehuset som mer eller mindre var unntatt overlegens tilstedeværelse og direkte supervisjon. I løpet av feltarbeidet mitt var det kun ved én anledning jeg så en av de gastrokirurgiske overlegene der. Det skjedde da jeg fulgte en av overlegene på vakt, som hadde jobbet ved UniSyk i flere år. Han ble ringt av vakthavende B-grenist på dagtid, som ønsket å få hans vurdering av en kreftpasient som hadde kommet inn på sykehuset akutt. På vei mot mottaket fra legenes kontormiljø viste det seg at overlegen ikke kunne veien dit – jeg måtte vise veien. Jeg skal ikke påstå at denne manglende kjennskapen til hvor mottaket lå, var vanlig blant overlegene. Men at denne ene overlegen ikke visste hvor det var, viser, om ikke annet, i hvor liten grad overlegene var eksponert for den aktiviteten som foregikk der, annet gjennom hva de underordnede legene fortalte. Det er altså mulig å være overlege på gastrokirurgisk avdeling uten å vite hvor mer enn halvparten av avdelingens pasienter kommer inn.

Fraværet av overleger på akuttmottaket ble svært sjelden kommentert spontant, eller nevnt som et problem overfor meg når jeg spurte de underordnede legene direkte. En av primærvaktene fortalte meg at han aldri følte seg alene i mottak. Grunnen var at «det er alltid noen å spørre». Om ikke sekundærvakten eller B-grenisten var der, ville de normalt komme i løpet av en time eller to, fortsatte han. Og om det virkelig hastet, ble telefonen alltid besvart, uavhengig av hvor og i hvilke situasjoner de andre kirurgene befant seg i. For turnusleger og primærvakten var det derfor sjelden det var overlegen som var den naturlige å kontakte. At det var slik, var ikke bare en følge av den fysiske avstanden de hadde overfor overlegene mens de var på akuttmottaket. Med vaktordningens struktur, med flere hierarkisk ordnede sjikt av leger, med økende ansvar på grunnlag av erfaring og formell kompetanse, var kommunikasjonslinjene «oppover» i hierarkiet både rutinisert og internalisert. Avvik fra dette skjedde sjelden.

Det faktum at overlegenes fravær svært sjelden kom opp som et tema blant legene ved akuttmottaket, fremstår likevel for meg som overraskende. Overraskende, fordi det er nærliggende å tro at det er ved usikkerhet knyttet til diagnostisering og behandling og behovet for raske avklaringer (og ekspedering) av pasienter på akuttmottaket at overlegenes kompetanse og beslutningsmyndighet ville være mest etterspurt. Slik var det ikke.

Overlegenes manglende tilstedeværelse ble med noen veldig få unntak kommentert, og da sjelden med overlegene til stede eller direkte knyttet til akuttmottakets arbeid som sådant. Kommentarene ble som oftest utsagt ved overlegens manglende oppmøte på vaktmøte i overgangen mellom dag- og kveldsvakt, som foregikk klokken 16.00 like i nærheten av kontorlandskapet hvor overlegen fra gastrokirurgen holdt til. I dette vaktmøtet møttes både de avtroppende og de påtroppende LIS-legene for å gå gjennom pasientene som vaktteamet hadde hatt med å gjøre, og for å avklare prioriteringer av operasjoner og andre problemstillinger. Dette var et møte hvor det i rutinebeskrivelsene var beskrevet at overlegene som hadde vakt, skulle være der. Under følger et eksempel på hvordan de underordnede legene kunne kommentere overlegens fravær.

16:00 Vaktskifte

Til stede er avtroppende og påtroppende primærvakt, sekundærvakt og B-grenist gastro og B-gren fra urologisk avdeling. Ingen av overlegene fra de bløtdelskirurgiske avdelingene er på møtet. Avtroppende sekundærvakt titter seg rundt og ser på klokken. Mens han demonstrativt lener seg tilbake i stolen med armene i kors, sier han: «Så overlegen gidder ikke å komme? Er det ikke interessant?» Det ser ikke ut til at han er overrasket over overlegens fravær. Den avtroppende sekundærvakten svarer kort: «Jørgen står med en illeus [og opererer på operasjonsstuen].»

[Feltnotat]

Ved en anledning, også dette på vaktmøtet mellom dag og kveld, kom en av overlegene inn døren til møterommet fem–ti minutter etter at de andre hadde satt seg ned. Da overlegen kom inn, uttalte B-grenisten fra gastrokirurgisk avdeling høyt og tydelig: «Nei, men er det ikke selveste overlegen som kommer innom!» Overlegen svarte mens han satte seg ned: «Jo selvfølgelig. Skal man ikke det da?» B-grenisten lo kort, høyt og nærmest hånlig som svar.

Den kollegiale kontrollen fra overlegenes side knyttet til tilfellene som foregår på akuttmottaket, skjer dermed ikke gjennom «bed-side» supervisjon eller oppsyn, men først og fremst i etterkant av de beslutningene som blir tatt der; beslutninger som tas av de lavere sjiktene av vaktteamet. Innsikten overlegene har i hva som skjer på akuttmottaket, skjer dermed primært gjennom de muntlige rapportene på morgenmøtene, eller gjennom oppdateringer og eventuelle konfereringer som de underordnede selv aktivt tar initiativ til. Dette gjelder ikke bare pasienter som etter de første undersøkelsene enten sendes hjem eller legges inn på sengepost for utredning og behandling, men også mange av pasientene som etter hvert blir operert i løpet av vakttiden. For mens de elektive pasientene raskt gjennomgås på

morgenmøtet (og det er en overlege som prioriterer hvilke pasienter som skal opereres på det elektive programmet), er størsteparten av beslutningene i vakttiden om operasjoner tatt av de nedre sjiktene av vaktlaget. I løpet av et pasientløp gjennom sykehuset fra akuttmottaket, via diverse undersøkelser og vurderinger av legene der, til at pasienten skrives ut (levende eller død) etter en operasjon, er det vanligvis først ved operasjonstidspunktet, eller like i forkant, at tertiærvakten dukker opp. Jeg skal komme tilbake til dette senere i kapittel 11. For nå holder det å peke på at overlegene selv da de var på vakt, ikke befant seg på akuttmottaket.

Overlegene var bokstavelig talt bakvakter, langt unna pasientenes «hovedinngang». Det var verken forventet at overlegene deltok i det kontinuerlige vaktarbeidet på akuttmottaket, eller at de deltok i de mindre kompliserte kirurgiske inngrepene som foregikk. Overlegene var dermed skjernet for en del av arbeidet som kan sies å ha lavere status og prestisje knyttet til seg (Album, 2013; E. C. Hughes, 1984).

9.1.4 *Kort oppsummering*

Måten kirurgene fordelte arbeidsoppgaver i vaktarbeidet på, var preget av en generell atmosfære av kollegialitet og solidaritet, selv når arbeidsmengdene var store. Tidligere studier har funnet at legers, og særlig kirurgers, arbeid på sykehus kan være preget av konkurranse, manglende kollegial støtte og mobbing (Brooks & Bosk, 2013; Rosenstein & O'Daniel, 2006; Rosta & Aasland, 2018), at dette kan ha konsekvenser for både pasientbehandlingskvaliteten (Rosenstein & O'Daniel, 2006), legenes muligheter for læring (Akre et al., 1997) og tilfredshet i arbeidet. I vaktarbeidet jeg observerte, derimot, var samhandlingen mellom kirurgene både støttende, gjensidig respektfull og fleksibel. Fordelingen av arbeidsoppgaver og justeringer underveis mellom kirurgene i vaktlaget foregikk derfor for det meste uten synlige eller hørbare gnisninger eller konflikter mens de oppholdt seg sammen. Det betyr likevel ikke at kirurgene alltid var like fornøyd med hvilke oppgaver de hadde, og hvordan arbeidet ble løst av deres kolleger eller andre, men dette ble i liten grad luftet overfor andre under arbeidets gang, og svært sjelden i form av åpenlys kritikk eller konflikt. Overlegenes fravær fra akuttmottakets arbeid var dog et påfallende trekk ved arbeidsdelingen mellom kirurgene.

9.2 **Regulering av samvær med pasientene**

Antallet pasienter som de vakthavende kirurgene må forholde seg til, er vesentlig for i hvor stor grad kirurgene kan styre eget arbeidsforløp. Om de klarer å holde pasientantallet nede, skaper det færre arbeidsoppgaver. Tilsvarende, om de kan regulere tiden benyttet sammen

med pasienter, gir dette mer tid til andre oppgaver. Dette gjelder uavhengig av hvilken posisjon kirurgene innehar i hierarkiet, eller hvorvidt de er involvert i vakt- eller dagarbeid, men det er særlig viktig i vaktarbeidet når problemstillinger er spredt utover i sykehuset, og når det foreligger en konstant risiko for samtidskonflikter. Jeg nå skal se på muligheten for kirurgene til å styre disse to forholdene.

9.2.1 *Avvise pasienter*

Kirurgene var i en posisjon hvor de kunne forsøke å begrense antallet pasienter som kom inn på sykehuset, enten ved å inngå i forhandlinger med de henvisende legene utenfor sykehuset, eller bruke de formelle kriteriene og avtalene som helseforetaket var underlagt, og avtaler det hadde inngått med andre sykehus.

Fordi telefoniske henvendelser ble sluset til B-grenistene store deler av døgnet, var B-grenistene i en posisjon hvor de potensielt kunne forsøke å begrense inntaket av pasienter før de kom seg inn på akuttmottaket. De var portvakter for sykehuset når det gjaldt akutte, kirurgiske innleggelser, og hadde i prinsippet i noen grad mulighet til å regulere antallet pasienter som slapp inn. Jeg skriver i prinsippet, fordi muligheten til å avvise pasienter i praksis var svært begrenset. Pasientene ble så godt som alltid meldt i forkant av ankomst til sykehuset, enten av ambulansetjenesten eller av fast- eller legevaktslege. Men før de ble meldt til akuttmottakets sykepleiere, hadde de eksterne legene konsultert og diskutert pasientene med en av de vakthavende kirurgene. Det var i denne samtalen mellom legene at pasienter kunne forsøkes avvist.

Pasienter meldt av ambulansetjenesten var i utgangspunktet ikke mulige å avvise.³⁹ Akuttmottaket er en del av spesialisthelsetjenesten i Norge, og det forutsettes til vanlig at pasientene først vurderes og så henvises videre av legevakt eller fastlege når det er øyeblikkelig hjelp. I disse prosessene vil pasientene bli vurdert av henvisende lege om hvorvidt det er en kirurgisk, medisinsk eller annen problemstilling. Denne legen, enten dette nå er fastlegen eller en legevaktlege, ringer så sykehusets sentralbord og angir hvem han ønsker å snakke med (for eksempel vakthavende kirurg). Han settes så over til vakthavende, ved UniSyk vanligvis B-grenisten. Henvisende lege konsulterer med kirurgen om pasienten

³⁹ Det finnes en begrunnelse til som kan benyttes overfor både leger og ambulansetjenesten for å avvise pasienter, og som jeg observerte benyttet én gang ved UniSyk, og som jeg har erfart selv som sykepleier flere ganger. Begrunnelsen er at «pasienten er hjemmeboende utenfor opptaksområdet til sykehuset». Denne begrunnelsen for å avvise pasienter har så marginal betydning for det daglige arbeidet ved UniSyk at jeg lar være å si noe mer om det her.

og ber om at pasienten kan komme til sykehuset. Når henvisende lege ba om at pasienten skulle få komme til akuttmottaket, lot kirurgene vanligvis pasienten komme inn. Den viktigste grunnen var usikkerheten som var knyttet til de medisinskfaglige vurderingene og muligheten til å gjøre dette på forsvarlig vis via telefonen uten at en hadde sett pasienten. Nedenfor følger et eksempel fra en slik telefon og en begrunnelse fra Hansen knyttet til hvor vanskelig det var å avvise pasienter når leger utenfra ringte inn. Pasienten det ble ringt om, hadde kommet til sin fastlege samme dag som han hadde fått akutte, men diffuse magesmerter. Fastlegen ringte inn for å få pasienten innlagt på UniSyk for videre undersøkelser.

På vei ned til akuttmottaket, hvor det daglige møtet for det bløtdelskirurgiske vaktteamet skjer, får Hansen en telefon fra en fastlege som ønsker å legge inn en pasient. Mens vi går i korridorene i retning akuttmottaket, presenterer fastlegen pasienten for Hansen. Hansen har noen oppfølgingsspørsmål. Før vi har kommet til heisen som tar oss ned til akuttmottaket, sier Hansen til legen: «Om du mener han bør tilses av oss i dag, så får du melde ham til akuttmottaket.»

De avslutter samtalen, og Hansen snur seg mot meg og sier: «Det er vanskelig å vurdere pasienter over telefonen. Det er tross alt en lege som har vurdert ham, og funnet ut at han eller henne bør ses på av oss. Så det er ganske sjelden at jeg avviser dem. Men hemoroider som ikke blør ... Dem ber jeg legen henvise som vanlig. Og det er noen fastleger som ikke alltid gjør gode vurderinger. Men sånn er det bare.» Pasienten vil dukke opp på akuttmottakets lister om en time eller to.

[Feltnotat]

Forklaringen på at det var vanskelig å avvise pasienter, delte også andre kirurger jeg snakket med. Legene anså det som krevende, om ikke umulig, å vurdere pasientene over telefonen. Den kunnskapsbaserte beslutningen om hvorvidt pasienten i det hele tatt trengte å komme til sykehuset, hvilte på et for usikkert fundament, selv når henvisningsgrunnen de henvisende legene i utgangspunktet hadde, ble ansett av kirurgene som «tynt» eller «unødvendig». Dette gjorde at de fleste telefonhenvendelser hvor leger utenfra mente det var nødvendig med en vurdering av sykehuset, førte med seg en innleggelse på akuttmottaket, som regel samme dag. Å avvise pasienter som andre leger ringte om, var derfor en mulighet som sjelden ble benyttet både på grunn av vanskelighetene med å vurdere pasienter på avstand, og fordi de måtte «ha tillit til de vurderingene våre kolleger der ute gjør», som en annen B-grenist sa det.

Samtidig var det slik at B-grenistenes avvisning av pasientene vanligvis kun hadde en mer indirekte effekt på egen arbeidsmengde. Å ta imot pasienter på akuttmottaket var en arbeidsoppgave for legene lenger ned i hierarkiet. Så lenge det ikke ble for mye å gjøre for de andre i vaktteamet, hadde således ikke antallet pasienter som «kom inn døren», noen direkte

effekt på arbeidsmengdene for B-grenistene. Det var først når arbeidsmengdene ble for store, eller pasientene var medisinskfaglig vanskelige å vurdere, at B-grenisten måtte bruke tid og krefter nede på akuttmottaket. Pasientene som B-grenisten kunne avvise, var derfor gjerne pasienter som de i utgangspunktet ofte ikke ville ha noe med å gjøre, altså pasienter som ikke hadde alvorlige tilstander. Insentivene for å avvise pasientene for å redusere egen arbeidsmengde var derfor begrenset. Likevel er det grunn til å tro at B-grenistene ønsket å begrense den totale arbeidsmengden for vaktteamet som helhet, ikke minst fordi det forelå en oppfatning blant kirurgene om at man skulle ta et kollektivt ansvar for arbeidet som måtte gjøres. Dette gjaldt både i tilknytning til det ikke-akutte dagarbeidet og det akutte vaktarbeidet. Det forelå en observerbar velvilje overfor hverandre hva gjaldt å avhjelpe, støtte og bistå hverandre når arbeidsmengdene var store (eller når problemene de sto overfor, var kompliserte). Når det var mye å gjøre på akuttmottaket, hadde derfor B-grenistene interesse av og ønske om å begrense inntaket av nye pasienter, om ikke annet for å sikre at hans/hennes kolleger fikk bedre arbeidsforhold. Men som en måte å regulere den totale arbeidsmengden for vaktteamet på var likevel muligheten for og effekten av å avvise pasientene med henvisning til pasientenes tilstand før de ankom til sykehuset svært begrenset.

På grunn av vedvarende kapasitetsproblemer over måneder og år hadde UniSyk inngått avtaler med andre sykehus om å ta imot pasienter for å avlaste UniSyk. Ordningen skulle benyttes når fastleger og legevakter ringte inn når både pasientens problemstilling og tilstand, samt bostedsadresse, tilsa at det kunne være en potensiell pasient å avvise. Om kirurgen husket det. Men det virket ikke som om det ble gjort i stor (nok) utstrekning; avdelingsledelsen sendte ut påminnelser om ordningen til kirurgene ved avdelingen flere ganger i løpet av perioden da jeg var på UniSyk:

Minner vaktlagene om dette:

Pasienter fra [spesifiserte deler av] UniSyks opptaksområde med akutte gastro-/generellkirurgiske problemstillinger skal ikke til UniSyk, men til [navn på annet sykehus]. Dette er viktig å informere om allerede ved konsultasjon fra primærhelsetjenesten. Prosedyren limes inn under, unntakene er selvfølgelig (i tillegg til det som er listet) pasienter som av medisinske grunner bør innlegges her. Eks.: komplikasjoner til tidligere behandling her, forverrelse av kjente problemstillinger som er behandlet her, kreftpasienter.

[E-post til alle kirurgene fra avdelingsleder]

Også i flere morgenmøter når kirurgene og avdelingens sengeposter var presset, ble dette løftet frem og minnet om. Som e-posten over antyder, ble ikke denne avtalefestede ordningen,

som hadde kommet i stand fra UniSyks ledelse, benyttet fullt ut. Men det var ikke bare gjennom bruk av denne avtalen man kunne forhindre at pasienter fikk komme til UniSyk.

Det var ikke bare fra primærhelsetjenesten B-grenistene fikk henvendelser om innleggelser. Også andre sykehus meldte pasienter over til UniSyk. Men disse overflyttingene var som regel avtalt på forhånd mellom overførende sykehus og avdelingenes overleger på vakt, og skjedde oftest på dagtid, når pasientene kunne sluses raskt over til dagarbeidets arbeidsposisjoner. Slike overflyttinger utgjorde heller ingen stor andel av pasientene og hadde til vanlig liten betydning for arbeidsmengdene til kirurgene på vakt, siden pasientene i utgangspunktet var vurdert til å være stabile for overføring.

Samlet sett var det vanskelig for kirurgene å holde antallet pasienter som vaktteamet skulle håndtere, nede. Pasientinntaket var vanskelig å regulere og innebar et fåtall av pasienter. Regulering av pasientinntak som en måte å redusere arbeidsmengdene på i vaktarbeidet var derfor minimal og utenfor kirurgenes egenkontroll.

9.2.2 *Samtaler og samvær med pasienter*

Å korte ned tiden brukt på samtaler med pasientene var derimot en utstrakt metode for å styre eget arbeidsforløp. I samtaler med pasienter gjøres dette effektivt ved å ta i bruk metoder for å sikre at samtaler med pasientene i størst mulig grad dreier seg om hva legene oppfatter som medisinsk relevant knyttet til pasientenes tilstander. Legene gjorde dette ved å kontrollere temaene som det ble spurt om, de kunne unnlate å følge opp eller svare på spørsmål pasientene stilte, og de kunne avbryte pasientene mens de snakket, alle teknikker som er kjent gjennom tidligere studier av samtaler mellom pasienter og leger (se f.eks. Bliesener & Siegrist, 1981; Måseide, 1987; Strong, 1979).

Kirurgene hadde opparbeidet seg en lang rekke av disse teknikkene, og alle benyttet dem jevnlig når de var på vakt, uavhengig av erfaring eller posisjon. Spesielt synlig var dette når pasientene lå på akuttmottaket og var tatt imot av turnuslegene, som allerede hadde innhentet informasjon om tidligere sykdommer og aktuelle problemstillinger, ordnet at blodprøver var bestilt, og kartlagt pasientens sosiale bakgrunn. Kirurgene hadde derfor allerede fått informasjon om pasientene. Basert på dette hadde de gjerne gjort seg opp en mening om hvilke spørsmål som var viktige å få svar på, før pasientmøtet fant sted. Når de så gikk inn til pasientene, var de meget fokusert i spørsmålene de stilte. Feltnotatet som følger, beskriver et slikt tilfelle, hvor kirurgen har fått beskjed om at pasienten han skal inn til, har en abscess

(byll) i lysken, har feber og er i redusert allmenntilstand, men ikke vurdert til å være alvorlig syk (men noe en kan bli). Turnuslegen har fortalt at henvisende fastlege mener pasienten må opereres, og turnuslegen er enig i den vurderingen. Men før så kan skje, må en kirurg vurdere det også. Feltnotatet beskriver dette møtet.

Klokken 20.05 – Akuttmottaket

B-grenist Jørgensen banker på døren til pasientrommet og går inn sammen med turnuslegen som har tatt imot pasienten.

Jørgensen: «Hei, jeg skal bare se på låret ditt litt, jeg.»

Pasient: «Ja, det er greit det.»

Jørgensen tar på seg hansker mens turnuslegen tar bort teppet som ligger over pasientens lyske og lår. Jørgensen ser på abscessen, kjenner på den rundt kantene, og spør om det gjør vondt.

Det gjør det. Pasienten beskriver hvor vondt det er, og hvor smertene ligger. Etter omtrent ett minutt, uten ordveksling, sier Jørgensen «Greit», legger teppet tilbake over pasienten og sier så «Vi kommer tilbake». Hun tar av seg hanskene på vei ut døren, og turnuslegen følger etter.

[Feltnotat]

Som man ser, er det ingen innledende presentasjon i møte mellom kirurgen og pasienten. Pasienten hadde trolig fått beskjed av turnuslegen om at en kirurg ville komme og se abscessen, og gikk dermed også ut fra at det var en kirurg som kom inn sammen med turnuslegen. Det ble i løpet av samhandlingen bare stilt to spørsmål, hvorav ingen av dem åpnet opp for at pasienten skulle komme med annen informasjon enn den kirurgen etterlyste. Samhandlingen ble brått avsluttet av kirurgen ved at han sa «greit». I dette tilfellet var diagnosen rimelig avklart, og det var således meget begrenset med informasjon som kirurgen søkte. Denne måten å kontrollere samtalene på (om man kan kalle det en samtale) observerte jeg i mange sammenhenger. Jeg oppfattet det som ren rutine fra kirurgenes side å forsøke å korte ned på tiden brukt på samtaler, ikke bare på vakt, men også når de var på poliklinikkene, gikk visitt eller hadde tilsyn ved andre avdelinger. Måseide (1987) hevder ut fra sine analyser av samtalene mellom leger og pasienter at strategiene legene benyttet seg av, ikke var et resultat av den enkelte leges genuine og bevisste valg om å styre samtalene. I stedet, hevder han, bør legenes måte å styre samtalene på anses som en rutinisert form for styring av samhandlingen:

A common feature of these strategies was that they did not result from the individual physician's particular and genuine strategical thought. In fact, they hardly thought very explicitly about interactional strategies. Instead of talking about strategies, it may be more adequate to talk about "routinized forms of management". (Måseide, 1987:139)

Vinge skriver på den annen side om hvordan en av legene hun fulgte, forklarte hvordan travelhet i vaktarbeidet hadde virkning på måten han snakket med pasientene på:

[Legen] forklarede meg, at han begynner å stille lukkede spørsmål i stedet for åpne, når han har det travlt. Ikke noe med «Hvad synes du egentlig, der er galt?», men i stedet: «Er smerten i brystet stikkende, knugende eller brændende?» eller ja/nej-spørsmål. Han forklarede videre, at han ikke brød sig om de lukkede spørsmål, han brukte, når det brændede på: «Det er forsvarligt nok, men det er ikke så fedt, og det giver heller ikke patienten den samme oplevelse af, at 'han har hørt, hvad jeg fejler'.» (Vinge, 2003:138)

Mine observasjoner peker i samme retning. Kirurgene styrte samtalerne for å kunne ta en rask beslutning om hva de skulle gjøre med pasientene. Når kirurgene har vakt og arbeidsmengdene er store, er kirurgene svært opptatt av å være effektive i bruken av tiden, og de var utvilsomt bevisste på å styre samtalerne slik at de ikke brukte mer tid enn nødvendig, selv om de muligens ikke var bevisste på hvilke strategier de til enhver tid skulle ta i bruk. Dette var en rutinisert form for samhandling.

Pasientene har ikke mulighet (eller anledning) til å ta kontakt med kirurgene direkte, annet enn når de møtte kirurgene tilfeldig i gangene. Dette skjedde oftest når pasientene lå langs korridorene på sengepostene og akuttmottaket og kirurgene hadde andre oppgaver som de skulle ordne der. Da kunne legene bli «fanget av pasienter», som en B-grenist beskrev det, mens de gikk forbi dem eller møtte dem i korridoren. Noen ganger kunne utålmodige pasienter «henge på hjørnet» ett stykke unna og vente på en anledning til å ta kontakt når legene beveget eller oppholdt seg i korridorene.

Om arbeidsmengdene til kirurgene da var store, som de gjerne var, signaliserte kirurgene ofte tydelig at samtalen initiert av pasienten ville bli svært kort, ved å plassere seg fysisk et stykke unna pasienten, gjerne med siden til, som om de var på vei videre (noe de jo gjerne var). I tillegg benyttet de seg av de retoriske grepene som de til vanlig hadde overfor pasientene (jf. det jeg har skrevet over om å kutte samtaletiden med pasientene). En sjelden gang kunne kirurgene også blankt avvise pasientenes forsøk på å få i gang en samtale ved å si «jeg har ikke tid til å snakke nå», eller at de ville komme tilbake etter hvert «dersom det er viktig», før de gikk videre. Eksempelvis fant følgende episode mellom vakthavende B-grenist og en klar, orientert voksen pasient sted utenfor inngangen til operasjonsstuen. B-grenisten kommer ut fra operasjonsavdelingen og er på vei til akuttmottaket. Pasienten lå i sengen klar for å bli trillet inn for å legges i narkose for en operasjon. Ved siden av sto operasjonssykepleieren klar for å kjøre sengen videre inn. B-grenisten hadde i løpet av kvelden snakket med pasienten to ganger på sengeposten, og hver av disse samtaler tok rundt fem minutter. Siste samtale hadde blitt gjennomført etter at sykepleiere hadde ringt og meddelt at pasienten hadde

spørsmål før han skulle opereres. Nå møtes kirurgen og pasienten tilfeldig i korridoren foran operasjonsavdelingen.

Pasient: «Hei! Du, jeg lurte på noe. Er du sikker på at dette er nødvendig?»

B-grenist: «Ja, dette har vi snakket om flere ganger. Jeg er sikker på at du trenger å opereres nå.»

Pasient: «Ja, men hvordan ...» [B-grenisten avbryter med lett bankende håndflate mot sengekanten.]

B-grenist: «Dette må vi få gjort. Vi har snakket om det. Jeg må løpe videre. Vi snakkes etter operasjonen.»

B-grenisten går umiddelbart videre. Et stykke unna pasienten sier kirurgen til meg: «Noen ganger så må man bare skjære igjennom. Vi har ikke tid til å snakke med pasientene hele tiden. Det rekker vi ikke. Jeg har brukt mye tid på ham allerede. Vi har et langt operasjonsprogram. Da kan vi ikke drive og snakke. Vi må få gjort det vi må få gjort.»

[Feltnotat]

Episoden illustrerer hvordan kirurgene kunne avbryte og avvise pasientene når de forsøkte å initiere en samtale, og hvordan kirurgene benyttet muligheten til å forflytte seg bort fra samhandlingsarenaen. I tillegg ser vi hvordan kirurgene hadde et bevisst forhold til det å bruke sin egen tid, og hvordan «det å skjære igjennom» og kutte ned på samtaletiden var nødvendig for å «få gjort det vi må få gjort».

Som vakthavende kirurg med en lang rekke oppgaver rundt på sykehuset var det også muligheter for å si at de måtte gå og operere eller innfinne seg et annet sted. Pasientene var som oftest i en posisjon hvor de verken hadde grunn til å tvile på dette, rakk å protestere til kirurgen eller kontrollere hvorvidt forklaringen stemte. Kirurgenes forklaringer stemte som regel, men ikke alltid. Samtidig er det grunn til å tro, på bakgrunn av observasjoner jeg gjorde ved visittgangen på sengepostene ved UniSyk, som jeg kommer tilbake til i senere kapitler, og fra tidligere arbeid som sykepleier, at noen av pasientene som opplevde denne formen for avvisning, uttrykte både frustrasjon, irritasjon og sinne overfor både pårørende og sykepleiere. Men disse klagene kom ikke til uttrykk direkte overfor kirurgene mens de var på vakt, og var for alle praktiske formål ikke nødvendige for kirurgene å forholde seg til umiddelbart. Ikke minst fordi de vakthavende kirurgene ikke nødvendigvis så pasientene igjen på grunn av tjeneste- og arbeidsplanenes produksjon av diskontinuitet (jf. tidligere kapitler). På dagtid, når de samme kirurgene gikk visitt på de samme sengepostene, stilte det seg noe annerledes, fordi de som visitører i større grad var låst stedlig og temporalt i nærheten av pasientene, noe som

gjorde at det ikke var like enkelt å unngå direkte og uplanlagt kontakt med pasientene, eller sykepleiernes tilbakemeldinger om pasientenes opplevelser og situasjon.

Denne formen for kommunikasjon har lenge vært kritisert. Pasienters opplevelser av altfor korte samtaler og ufølsom og/eller uhøflig fremferd er blant de vanligste klagene fra pasienter og pårørende. Jeg er selv av den oppfatning at kritikken som reises av pasienter og pårørende i mange tilfeller fra deres perspektiv, er berettiget. Det er grunn til å være både kritisk til og bekymret over at helsevesenets representanter ikke åpner for samtaler med pasienter og pårørende som fanger opp mer enn det kirurgen selv mener er relevant. Ikke minst fordi denne formen for lukkede lege–pasient-samtaler i seg selv utgjør en risiko for å gå glipp av viktig medisinsk informasjon som har betydning for kvaliteten og utfallet av behandlingen pasientene gis (Ong, de Haes, Hoos & Lammes, 1995).

Samtidig er arbeidsmengdene som kirurgene jeg fulgte, måtte forholde seg til, noen ganger så store at det ikke er mulig å tilfredsstille alle de krav som stilles dem fra pasienter, pårørende, annet helsepersonell, ledelse og myndigheter. Å kutte ned på tiden brukt på pasientsamtaler er således en lett tilgjengelig og ofte enkel strategi for til en viss grad å kunne (be-)holde styringen over eget arbeidsforløp og dermed frigjøre tid til andre pasienter eller oppgaver. Mer enn noe annet skyldes dette de rammene kirurgene arbeidet innenfor. Ved UniSyk var både tid og kirurgens kompetanse knappe ressurser, og det å forsøke å redusere tiden brukt på samtaler var en av de strategiene kirurgene benyttet seg av for å prioritere mellom oppgaver, for å sikre seg kontroll over eget arbeidsforløp og for å «få gjort det vi må få gjort».

9.3 Regulering av samvær med sykepleierne

En tilgrensende strategi til å holde samtaletiden nede dreide seg om å regulere nærvær og fravær overfor sykehusets andre aktører og de krav disse stilte til kirurgenes arbeid, og dermed regulere de andres muligheter for å i det hele tatt få stilt krav til kirurgene om deres arbeid.

Å holde avstand til pasientene var en forholdsvis enkel oppgave. Pasientene de vakthavende kirurgene hadde med å gjøre, var ofte plassert inne på forskjellige rom rundt omkring på sykehuset bak lukkede dører. Når pasientene lå på sengepostene, ble deres krav om kirurgens arbeid primært formidlet gjennom sykepleierne. Om pasientene lå på akuttmottaket, ble de ofte formidlet via turnuslegene. På vakt har kirurgene således en buffer eller et mellomledd

mellom seg og pasientene. Krav om arbeid fra pasientene skjer gjennom andre ansatte på sykehuset, ikke direkte fra dem. Det betyr at så lenge kirurgene ikke gikk inn til pasientene, ble de følgelig heller ikke kontaktet av pasientene. Som vakthavende kirurg er det således ikke først og fremst pasienten *som pasient* som fremmer krav om dennes arbeid, men pasientens *tilstand*, fortolket og formidlet gjennom andre helsearbeideres, og da særlig sykepleieres, kontakt med de vakthavende.

Det å kunne regulere samvær og fravær til sykepleierne hadde derfor betydning for kirurgenes mulighet til å styre eget arbeidsforløp på flere måter. Jeg fulgte ikke sykepleiere i løpet av mitt feltarbeid, men jeg snakket med mange av dem, på mange avdelinger, og jeg observerte samhandlingen de hadde med kirurgene. Mange sykepleiere uttalte at kirurgene ikke tilbrakte tilstrekkelig tid sammen med dem. De opplevde at dette gjorde det vanskelig å få gjort arbeidet, og at det gikk utover pasientene. Dette fortalte sykepleierne til kirurgene med ujevne mellomrom.

Jeg har ikke tilstrekkelig grunnlag for å kunne si noe sikkert om hvordan sykepleierne opplevde samarbeidet med kirurgene, eller hvilke følger kirurgenes konstante bevegelse, og dermed avstand, til sykepleierne hadde. Men et lengre sitat fra Nina Olsvolds (2010) avhandling om den sosiale organiseringen av ansvar på norske sykehus løfter tydelig frem hvordan legens avstand og manglende tilstedeværelse kan virke inn på arbeidet til sykepleierne, kirurgenes viktigste samarbeidspartnere utenfor legekollegiet (Gotlib Conn, Kenaszchuk, Dainty, Zwarenstein & Reeves, 2014). Olsvolds observasjoner, gjort fra sykepleiernes ståsted, nær pasientene og med fraværende leger gir et innblikk i hvilke konsekvenser kirurgenes fravær potensielt hadde for sykepleierne. Mine samtaler med sykepleierne, og observasjoner nær kirurgene, speilet i stor grad det Olsvold fremhever her. Uthevingene i teksten er mine.

Siden **leger er lite til stede** i postene utover den perioden på morgenen når de går visitt til pasientene, vil sykepleiere, som er organisert nær pasientene, oftest være de som fanger opp endringer i pasientens tilstand som krever endringer i den oppsatte behandlingsplanen, og/eller et legetilsyn. Videre vil **sykepleiere være opptatt av å gi seg selv handlingsrom** overfor pasientene gjennom dagen, hvilket betyr at de må sikre seg de nødvendige autorisasjoner i form av underskrifter på forskjellige skjemaer som gir dem myndighet til å handle. Sykepleiere er med andre ord nødt til å få legene til å gjøre de tingene de (sykepleierne) ikke har den nødvendige myndighet til å gjøre selv, sånn at de kan få utført sin del av jobben. Det gjelder derfor å få **benyttet legene maksimalt** når de er i posten; til å skrive opp eller justere smertestillende, antibiotika, intravenøs væske eller annen behandling, til å informere pasienter og deres pårørende, til å rekvirere undersøkelser, transport, overflytting og til å fylle ut

papirer, som for eksempel sykemeldinger og resepter ved utskrivelse av pasienter. Mye av **legenes arbeid er derfor initiert av sykepleiere**. Det vil si at den opprinnelige modellen med legen som bestiller og sykepleieren som utfører, like ofte arter seg sånn at sykepleiere både bestiller og utfører. Denne situasjonen er en **vanlig kilde til konflikt** mellom sykepleiere og leger.

Fra legenes ståsted kan telefoner fra sykepleiere i sengepostene med forespørsel om ordinasjoner og underskrifter fortone seg som **masete**, og uselvstendig. (Olsvold, 2010:221-222)

Olsvold peker her på *at legene er lite til stede*, noe som gjør at sykepleierne, for å skaffe *handlingsrom* for eget arbeid, *benytter seg av legene maksimalt* når de er til stede. Det er sykepleiere som *initierer mye* av legenes arbeid, ofte *ved å ringe*, noe som *oppfattes som mas* av legene. La meg forsøke å se på disse observasjonene ut fra kirurgenes ståsted som arbeidstagere som forsøker å kontrollere sitt eget arbeid i et krysspress fra forskjellige aktører spredt rundt på sykehuset.

9.3.1 *Fravær fører til grensetilslørende arbeid*

Gjennom geografisk avstand ble antallet oppgaver færre for kirurgene fordi i deres fravær tok sykepleiere ansvar for oppgaver som kirurgene ellers ville utført. Videre ble kirurgenes arbeid mer effektivt når de først kom ned. Samtidig var det da muligheter for at de ble bedt om å gjøre en lang rekke oppgaver som kirurgene selv mente de *ikke* trengte å utføre, men som de endte opp med å gjøre fordi sykepleierne ba dem om det. Men så lenge sykepleierne kunne gå ut fra at kirurgene etter hvert ville komme, samlet sykepleierne opp spørsmål, beskjeder og andre forespørsler til da.

I sykepleiernes arbeidspraksiser rundt om på UniSyk var det innarbeidet en uformell arbeidsdeling, som for kirurgene jeg fulgte, utgjorde en ressurs som de kunne utnytte i sitt arbeid for å styre sitt eget arbeid. Gjennom å *styre tilstedeværelse og å sikre avstand til* sykepleierne kunne kirurgene regulere antallet arbeidsoppgaver, dels fordi sykepleierne selv forsøkte å skaffe seg handlingsrom, dels fordi de i kirurgenes fravær nærmest ble tvunget til å utføre oppgaver som i utgangspunktet lå innenfor kirurgenes ansvarsoppgaver.

En rekke studier har vist at sykepleiere, i legenes fravær, tar ansvar for oppgaver som legene gjør når de er fysisk til stede (Allen, 2002; Annandale et al., 1999). Slikt grensetilslørende arbeid (Allen, 1997) gjøres av sykepleiere både av hensyn til pasientenes ve og vel, sykepleierens behov for effektivitet i sitt eget arbeid, for å få avdelingene til å fungere og for å avhjelpe legene. At medisiner gis uten legers forordninger, intravenøse væsker henges opp og

informasjon om pasienters tilstander gis til pårørende, er eksempler på aktiviteter og arbeidsoppgaver som sykepleiere gjennomfører ved legers fravær (Allen, 1997, 2001; Hougaard, 2012; Olsvold, 2010). Det betyr likevel ikke at sykepleiere ikke ønsker eller mener at det egentlig er legene som bør gjøre dette arbeidet. Først og fremst handler det om at sykepleiere tar på seg disse oppgavene fordi de oppfatter at legene ikke er tilstrekkelig til stede, slik at arbeidsoppgaver blir stående ugjort, med konsekvenser både for flyten i deres eget arbeid og for pasientene. Allen (1997) skriver:

Nurses, however, had not simply incorporated this work into their everyday practice; rather, they undertook informal work when the doctor was unavailable. When doctors were physically present on the ward, nursing staff adhered to hospital policy and asked the doctor to carry out these tasks. (Allen, 1997:511)

Olsvold belyser dette området av samhandlingen mellom leger og sykepleiere inngående i sin avhandling, hvor hun peker på at sykepleierens nærhet til pasientene setter dem i en situasjon som gjør dem «sårbar for manipulering» (Olsvold, 2010:221), fordi legene overlater til sykepleierne oppgaver de ikke er kvalifisert for eller ikke har juridisk dekning til å utføre. Disse grensetilslørende arbeidspraksisene, eller hva Olsvold (2010:263) kaller fleksible arbeids- og ansvarspraksiser, var også å finne på UniSyk. Når kirurgene brukte lang tid på å komme eller var utilgjengelige, gjennomførte sykepleiere tiltak som ellers kirurgene gjorde når de var til stede. At sykepleierne gjorde dette, var godt kjent og til dels forventet blant kirurgene. Jeg overvar eksempelvis at en av B-grenistene ble tydelig irritert da en sykepleier ikke hadde hengt opp intravenøs væske, selv uten at det var forordnet. Og jeg observerte at kirurger ble overrasket når sykepleiere ikke ga smertestillende, selv når det ikke var forordnet.

Kirurgene gikk ofte ut fra at sykepleierne ville ta på seg oppgaver som formelt sett var kirurgens ansvar. I feltnotatet nedfor ser vi hvordan en av B-grenistene ber sykepleieren skrive inn medikamenter han forordner, samtidig som sykepleieren selv påtar seg å finne ut av hva slags type medikament er. Foranledningen for situasjonen er at sengeposten har fått en pasient overflyttet fra et annet sykehus på dagtid. Sykepleieren forteller at pasienten er operert for noen dager siden, at han fremstår som stabil, og at det ikke er skrevet noe i medfølgende papirer om at det skulle være behov for spesielle undersøkelser eller andre tiltak. Men, sier sykepleieren, det er ikke tatt opp inkomstjournal etter ankomst til UniSyk, noe som formelt skal gjøres.

Sykepleieren: «Jeg har forsøkt å få tertiærvakten til å komme før i dag. Han sa han skulle komme. Men han kom ikke. Inkomstjournal er ikke tatt opp. Gjør du det?»

Smedstad svarer: «Vi får vente til i morgen med det. Vi har noen dårlige pasienter, så vi kan ikke ta innkomst nå. Det får de ordne i morgen.» Sykepleieren aksepterer dette, men sier så at pasienten har en del smerter, og vil at Smedstad skal forordne noe som pasienten kan få, hvorpå Smedstad sier: «Vi får sette han på Oxycontin 10 milligram. Skriver du det inn [i medisinformordningene]?» Sykepleieren sier hun skal gjøre det, før hun fortsetter med å si at det er en annen medisin som står oppgitt i epikrisen. Hun vet ikke hva det er, «men jeg kan sjekke det opp selv». «Ja, det er fint. Du får bare ringe til meg om du ikke finner ut av det», sier Smedstad, før han går videre til pasienten han skal se på lenger borte i korridoren.

[Feltnotat]

Den uformelle arbeidsdelingen, hvor sykepleierne i feltnotatet selv tok på seg oppgaven å finne ut av medikamentet, fremstår som lite betydningsfull når en tenker på alt det arbeidet som kirurgene inngikk i og hadde. Men siden dette var noe som foregikk hele tiden rundt om på hele sykehuset, ga alle de små oppgavene som ble gjort av sykepleierne, totalt sett langt færre oppgaver for kirurgene.

9.3.2 *Nærvær genererer flere krav om arbeid*

De vakthavende kirurgene oppholdt seg på sengepostene *kun* når de hadde konkrete arbeidsoppgaver der. De var således lite til stede. Den vanligste årsaken til at kirurgene oppholdt seg på sengepostene mens de var på vakt, var tilsyn av pasienter. Som Olsvold (2010) peker på, er det ofte sykepleiere som fanger opp pasienters endrede tilstand og ber legen komme på tilsyn. Dette var også tilfellet for kirurgene jeg fulgte, noe også casen med B-grenist Hansen som jeg innledet kapitlet med, viste. Når kirurgene hadde gjort seg ferdig med tilsynet de var bedt om å gjøre, initiert av en sykepleier, gikk de ofte raskt om ikke umiddelbart fra sengeposten. Eksempelvis ble journalnotater som regel skrevet av kirurgene på steder der de var mer skjermet: vaktbasen på akuttmottaket eller i kirurgenes kontorlandskap. Fordi sykepleierne på UniSyk, på samme måte som Olsvolds sykepleiere, prøvde å «å få benyttet legene maksimalt», var det viktig for kirurgene jeg fulgte, å komme seg videre. Om de ikke gjorde det, ville antallet krav om arbeid øke, fordi sykepleierne hadde flere spørsmål og oppgaver som de ønsket at kirurgen skulle ta seg av.

Feltnotatet som følger, viser nettopp hvordan det å være til stede kan medføre merarbeid av denne typen for kirurgene, og dette var et av svært mange tilfeller hvor jeg observerte at sykepleieren benyttet «legene maksimalt».

20:40 Gastrokirurgisk sengepost

Jørgensen går ut fra pasientrommet etter å ha skylt et operasjonssår det har gått betennelse i, og går mot heisen som ligger et stykke unna. Sykepleieren som assisterte, blir igjen på rommet for å legge på nye bandasjer. Mens hun er på vei ut av dørene fra sengepostens korridorer, kommer en annen sykepleier nærmest løpende ut av døren fra sengeposten og sier høyt: «Der er du!» Jørgensen stopper opp. Sykepleieren sier hun trenger en signatur på et papir, og at hun har et spørsmål om Fragmin [en blodfortynnende medisin] til en pasient som ble operert tidligere i dag av andre fra gastrokirurgen. Hun hadde fått beskjed fra postoperativavdelingens sykepleiere om at pasienten ikke skulle få fragmin, men hun syntes det var rart.

Jørgensen sier hun ikke kjenner pasienten, så hun blir derfor med sykepleieren tilbake til sengeposten, setter seg ned ved en av PC-ene og finner frem pasientens journal. Hun leser raskt operasjonsbeskrivelsen og innleggelsesskrivet. «Ut fra hva jeg kan se, skal hun ha fragmin», sier hun. Sykepleieren sier da: «Jeg syntes det var litt rart, det var derfor jeg ville spørre.»

Jørgensen angir dosen som skal gis, og avslutter med å si: «Kan ikke du skrive det inn i systemet?» Sykepleieren svarer: «Kan ikke du like godt gjøre det? Det skal jo helst skrives inn av legen som forordner det.» Jørgensen virker lett oppgitt av at hun må skrive det inn. «Greit nok, jeg skal gjøre det. Men gir du det nå?» Sykepleieren sier hun «skal gi det snart», før hun går videre. Jørgensen blir sittende igjen foran PC-en og skriver forordningen inn. Hun snur seg mot meg og sier: «Nå kan jeg vel like godt skrive notatet med en gang, når jeg først er logget inn.»

Etter å ha blitt sittende i fem minutter kommer det en tredje sykepleier bort og sier at det er en tredje pasient som har tatt røntgen av lungene «fordi man trodde hun kanskje hadde en pneumoni. Skal du se innom henne?».

«Ja, nå er jeg jo her», sier Jørgensen, reiser seg opp og går inn til pasienten rett etterpå sammen med sykepleieren. Sykepleieren står ved siden av, mens hun snakker med pasienten før hun lytter for å høre på lungene med stetoskopet. Hun går deretter ut igjen sammen med sykepleieren. Hun sier til sykepleieren at «det er mulig at det er en pneumoni i oppseiling. Vi får se hva bildene viser», setter seg igjen foran PC-en og vurderer røntgenbildene som er tatt. Sykepleieren går av sted, mens Jørgensen ser på bildene. Etter ca. fem minutter kommer sykepleieren tilbake, og Jørgensen gir beskjed om at det nå er forordnet antibiotikabehandling, at det er skrevet inn, og at hun har skrevet et notat inn i journalen.

Når sykepleieren har gått, ringer telefonen. Det er en sykepleier fra postoperativ avdeling som ringer for å få forordnet mer smertestillende til en pasient. Jørgensen sier hun skal komme opp, men at de kan gi pasienten mer smertestillende. Hun avslutter med å si at hun hadde tenkt å komme opp for å skylle pasientens operasjonssår snart, «så det passer bra at han får litt ekstra uansett». Det er nå en halv time siden hun var på vei ut fra sengeposten.

[Feltnotat]

Feltnotatet er hentet fra en av mange slike situasjoner jeg observerte. Når kirurgene først var nede på sengeposten for å utføre en oppgave, fulgte det svært ofte flere forespørsler. Fra

sykepleiernes ståsted var det både praktisk og tidsbesparende å benytte kirurgens tilstedeværelse for å få avklart ting, uavhengig av om det hastet eller ei. Det ga sykepleierne det nødvendige handlingsrom. Forespørslene som sykepleierne stilte til kirurgene, kan vanskelig forstås som uvesentlige eller irrelevante, verken for sykepleierne, pasientene eller kirurgene. Men for kirurgene betød det at det ble stilt flere krav om oppgaver som de måtte forsøke å kjede sammen og få tid til. Kirurgene unngikk derfor å være på sengepostene mer enn nødvendig.

I feltnotatet hvor det var kommet en ny pasient som det ikke var tatt opp journal på, avviste Smedstad sykepleierens spørsmål og sa at det var noe noen andre fikk gjøre neste dag. Det var likevel sjelden av sykepleieres krav om arbeid ble direkte avvist. Som vi så i forrige feltnotat, avviste ikke Jørgensen sykepleierens forespørsel, men gikk derimot tilbake og utførte de oppgavene hun ble spurt om. Det var et mer typisk tilfelle av hvordan sykepleiernes forespørsler ble mottatt. Spesielt var det sjelden at kirurgene direkte avviste sykepleiernes forespørsler når de først var på sengepostene og møtte sykepleiere som hadde spørsmål. Det skyldes både at dette var oppgaver som helt klart falt innenfor kirurgenes arbeid: forordne medisiner, (her: fragmin) og diagnostisere sykdom (her: lungebetennelse). Det var altså oppgaver som de derfor på et eller annet tidspunkt uansett måtte gjøre. Men samtidig visste kirurgene at om de ikke relativt raskt gjennomførte oppgavene de ble spurt om, så ville de med stor sannsynlighet bli avbrutt senere fordi sykepleierne ville ringe dem opp. Så på den ene side handlet det om å bli ferdig med oppgaver, og på den annen side unngå å bli avbrutt senere. Det var forholdsvis sjelden at de kunne unngå å ta seg av de oppgavene som de ble bedt om å ta seg av.

Det forelå også en forventning fra sykepleierne om at når kirurgene først var der, skulle de ta stilling til spørsmålene sykepleierne hadde. Når sykepleierne spurte «skal du se innom henne?», var det vanskelig for de vakthavende å si noe annet enn ja, eller som Jørgensen utalte: «Ja, nå er jeg jo her.» Grunnen til at det var vanskelig for kirurgene å si nei i slike sammenhenger, var ikke bare at oppgaven de ble bedt om, falt innenfor deres arbeidsområde, men at det også kunne ha konsekvenser for hvordan samarbeidet med sykepleierne artet seg, dersom de avslo forespørslene. For dette handler ikke om at sykepleiere har noen formell myndighet over kirurgene, men derimot om at både kirurgene og sykepleierne er gjensidig avhengige av at samarbeidet (for det meste) fungerer godt, skal de kunne arbeide effektivt.

Stein (1967) hevder i den nå klassiske artikkelen *The Doctor-Nurse Game* at samhandlingen mellom sykepleiere og leger er å forstå som et spill, hvor formålet er at legene skal få informasjon og råd fra sykepleiere uten at det kan skje åpenlyst. Om det gjøres riktig, får sykepleieren et rykte på seg for å være dyktig, uten å være påtrengende. Sykepleieren får dermed også et større handlingsrom. Om rådene fra sykepleieren blir for tydelige, oppfattes det som at de trækker på legens tær, noe som straffes med fiendtlig adferd og dårlig rykte, mens legens selvbilde som «allvitende og allmektig», ifølge Stein, blir truet. Blir spillet gjennomført dårlig av legen, det vil si at han ikke tar imot de subtile rådene sykepleieren gir, har det en klar kostnadsside for legen; sykepleiernes fleksibilitet blir lavere, regelbundethet blir større, telefonene blir flere, og arbeidsbelastningen for legene øker. Spilles spillet godt, tjener legen på det:

He can be confident that his nursing staff will smooth the path for getting his work done. His charts will be organized and waiting for him when he arrives, the ruffled feathers of patients and relatives will have been smoothed down, his pet routines will be happily followed, and he will be helped in a thousand and one other ways. (Stein, 1967)

Stein skrev dette for seksti år siden. Mye har endret seg med tanke på hvordan samhandlingen mellom yrkesgruppene foregår. Studier tyder på at sykepleierne har opparbeidet seg en sterkere identitet som autonome profesjonsutøvere, stiller tydeligere krav til legene, kommer oftere med klare anbefalinger også omkring medisinskfaglige spørsmål, og maktforholdet mellom profesjonene har dermed blitt mer balansert (Stein, Watts & Howell, 1990; R. Svensson, 1996). På den annen side skriver Olsvold (2010) på grunnlag av sitt feltarbeid fra norske sykehus at hennes undersøkelser

ikke [gir] grunnlag for en slik optimisme. Slik jeg observerte møtene mellom sykepleiere og leger, er det riktignok ikke lenger vanlig å spille spillet i den «rene» formen beskrevet av Stein i artikkelen fra 1967, men møtene dem imellom, spesielt i tilfeller der mer enn en lege deltar, er bare unntaksvis preget av å være åpne diskusjonsfora, der alle kan bringe sine oppfatninger og kunnskaper til torvs. (Olsvold, 2010:188)

Mine observasjoner viser også at det finnes få fora som legger til rette for åpne diskusjoner mellom sykepleiere og leger. Men jeg oppfattet ikke samhandlingen som preget av et spill, hvor sykepleiere ikke kunne ta initiativ, gi råd eller forsøke å overtale kirurgene til å ta andre beslutninger enn dem de opprinnelig hadde tenkt, når de først møttes. Jeg oppfattet heller ikke deres forsøk på å påvirke kirurgenes beslutninger vanligvis til å ha negative konsekvenser for relasjonene de hadde, eller at kirurgene fremsto som uhøflige. At kirurgene sjelden avviste sykepleiernes forespørsel, handlet nettopp om å sikre gode samarbeidsrelasjoner. Kirurgene

var opptatt av å inngå i om ikke vennskapelige relasjoner så i det minste vennlige relasjoner, fordi kirurgene visste godt at de var avhengige av sykepleiernes informasjon, forslag og arbeid. Så oftere enn å ikke ville ta på seg de oppgavene sykepleierne ba dem om, forsøkte kirurgene når de var nede sammen med sykepleierne, å si at de ikke hadde tid umiddelbart, men at de skulle komme tilbake når de fikk tid.

Sykepleierne aksepterte vanligvis at kirurgene ikke kunne bli værende. Men de spurte eksplisitt om når kirurgene ville komme tilbake, og forsøkte på den måten å forplikte kirurgene. Kirurgene ga overraskende nok ofte tidsangivelser for når de ville komme. Jeg skriver overraskende nok, fordi kirurgene svært ofte ikke overholdt de tidene de sa de ville komme. Kirurgenes manglende oppmøte til angitte tider var et konstant irritasjonsmoment for sykepleierne. Konsekvensene av dette på samhandlingen behandles i det følgende.

9.3.3 *Avstandens (sosiale) kostnader*

Kirurgenes forsøk på å kontrollere antall oppgaver de måtte ta seg av, gjennom å regulere tilstedeværelse og samvær med sykepleierne hadde en kostnadsside. Jeg skal peke på tre meget observerbare utslag, som alle henger intimt sammen. Det første er at sykepleierne kunne bli irriterte og åpenbart sinte på kirurgenes for manglende tilstedeværelse. Det andre var at antallet telefoner til kirurgene ble høyt på grunn av avstanden. Det tredje observerbare utslaget var at telefonen ble benyttet på en måte som gjorde at territoriale grenser, spesielt på akuttmottaket, ble forsterket.

Samtidig som sykepleierne som regel aksepterte at kirurgenes beslutning om å måtte gå fra sengepostene, for så å komme tilbake senere, så overvar jeg med jevne mellomrom situasjoner hvor sykepleierne fremsto som irriterte og frustrerte over at kirurgene ikke hadde kommet når de sa de skulle komme, eller at det tok lang tid før de kom. Et meget tydelig tilfelle av at sykepleierne til tider fremsto og uttrykte i meget klare ordelag sin irritasjon over dette, overvar jeg en kveld med en B-grenist, Mona Johnsen, på intensivavdelingen. Kirurgen jeg fulgte, hadde i løpet av vekten vært operatør ved flere operasjoner, hatt tilsyn på «uteliggere» som ikke tertiærvakten hadde kommet på som avtalt, og var på vei til å ha en samtale med pårørende til en meget alvorlig syk pasient. Hun hadde sagt til sykepleieren som ringte fra intensivavdelingen, at hun skulle komme, men at hun måtte sette seg og lese journalen før hun kom for å prate med de pårørende. Når vi kommer opp, sier hun til meg at hun trenger en kopp kaffe, og at vi får sette oss inn på et legekantor på intensivavdelingen.

Pasientene ligger, og sykepleierne arbeider på andre siden av korridoren for legekantoret.

Pasientens pårørende venter på et samtalerom like bortenfor.

21:10 Legekantoret på intensivavdelingen

Etter å ha hentet en kopp kaffe blir B-grenisten og jeg sittende med døren åpen på legekantoret og snakker om hvordan hun opplever samarbeidet med sykepleierne. Etter noen minutter kommer en sykepleier i førtiårene og stiller seg i døren. Med et matbrett i den ene hånden og en pose med væske til intravenøs bruk i den andre utbryter hun med høy stemme:

«Jeg har sinnssykt mye å gjøre! To *drittdårlige* pasienter! Og de du sa du skulle snakke med, sitter og venter på deg for å høre hvordan det går med moren deres. Du sa du skulle lese journalen, men sitter her og prater i stedet for å gjøre det jeg ber deg om! Det er *jævlig* svakt!»

Johnsen prøver å si noe tilbake, men da har sykepleieren allerede gått vekk.

[Feltnotat]

Sykepleieren her, tydelig oppbrakt over at Johnsen «sitter her og prater» mens hun selv er fullt opptatt med «drittdårlige pasienter», la på ingen måte skjul på sin frustrasjon. Jeg overvar slike episoder på flere av UniSyks enheter, både sengeposter og intensivavdelingen og postoperative avdelinger. Det var tydelig at kirurgenes manglende tilstedeværelse genererte en underliggende og vedvarende frustrasjon blant flere sykepleiere ved flere steder. Nå var det ikke alltid at denne frustrasjonen ble uttrykt i så tydelige ordelag som sykepleierne over gjorde, men det var likevel en oppfatning blant flere sykepleiere jeg snakket med, at kirurgene ikke var der tilstrekkelig ofte og lenge, og at det skyldtes deres manglende ønske om å være det. Ved en anledning slo en frustrert sykepleier ironisk fast til meg, himlende med øynene for å understreke hva hun mente: «Kirurgene er alltid opptatt et annet sted.» Hennes utsagn lot meg ikke være i tvil om hva hun la i det; kirurgene sluntret unna og gjorde de tingene de hadde mer lyst til. Fra sykepleiernes ståsted fremstår denne kritikken som rimelig. Fra kirurgenes posisjon som urimelig, all den tid de opplever å være under et konstant press, med arbeidsoppgaver på mange arenaer. Men kirurgene forsvant ikke fra arbeidet knyttet til pasientene som sådant, men de holdt avstand til sengepostens kontinuerlige arbeid, for å «få arbeidsro og mulighet til å tenke», som en kirurg sa til meg da han gikk fra en av sengepostene. Men avstanden kirurgene forsøkte å sikre seg, hadde som resultat flere telefoner.

Spesielt det å «ha vakttelefonen» førte med seg et betydelig antall telefonsamtaler og dermed også avbrytelser. En sekundærvakt omtalte seg selv ved en anledning som «å være bærer av vakttelefonen», som om det å ha denne var som å være en bærer av en sykdom, hvor eneste

behandlingen var å «smitte» en annen – og gi lidelsen, altså vakttelefonen, over til en annen. Antallet telefonsamtaler fra sykepleierne var stor uavhengig av hvor i vakthierarkiet kirurgen befant seg. Primærvaktene fikk mange fordi de ofte hadde et stort antall pasienter på forskjellige stadier av mottaksforløpet. Det var mye som skjedde samtidig, og hver av pasientene hadde egne sykepleiere som alle ringte når prøvesvar forelå, når pasienter hadde ankommet, hadde fått rom, skulle overflyttes til andre avdelinger, eller når pasientene eller sykepleieren selv hadde spørsmål om hva som var planlagt videre. B-grenistene og overlegene fikk telefoner fordi de hadde pasienter og arbeidsoppgaver fordelt på mange enheter. Og fra kirurgenes ståsted virket det som ingen enheter koordinerte internt, noe som gjorde at en telefonsamtale sjelden gjaldt mer enn ett spørsmål, og flere sykepleiere fra samme enhet kunne ringe rett etter hverandre. Alle kirurgene opplevde å bli avbrutt jevnlig i det de arbeidet med. Siden telefonen var med dem hele tiden, og de skulle besvares, var det heller ingen måte å beskytte seg fra dem på.

De spenningene og noen ganger åpne konfliktene som oppsto mellom kirurgene og sykepleierne på grunn av manglende tilstedeværelse og bruk av telefonen, er ikke unike for UniSyk. Fernando et al. (2016) fant de samme konfliktlinjene mellom sykepleiere og leger i spesialisering i kirurgi ved to kanadiske sykehus i en etnografisk studie; en studie som hadde sin bakgrunn i overlegenes opplevelse av at callingsystemet ble benyttet på en upassende⁴⁰ måte av sykepleierne. Sitatet fra Olsvold (2010) jeg innledet dette kapitlet med om at legene opplevde det som mas når sykepleierne ringte (kap. 9.3), er enda et tilfelle av konflikter mellom sykepleiere og kirurger som skyldes geografisk avstand og lite tilstedeværelse, og stemmer også godt overens med hva jeg observerte. I 1994 skriver Walby og Greenwell at en av de fremste konfliktårsakene mellom sykepleiere og leger var personsøkeren (*the bleep*), opprinnelig et verktøy som ble innført for å underlette kommunikasjon mellom sykehusets arbeidere. De skriver om dette:

What the bleep has done is to transfer a significant part of the frustration of working from different locations from the nurse to the doctor. Before the introduction of bleeps nurses spent much valuable time trying to locate the doctor. Now nurses can get a message to the doctor relatively easily, and the doctor has to find a phone to ring back in response to a bleep. The frustration for the doctor has increased massively. For the nurse the irritation is in waiting for the doctor to respond. (Walby & Greenwell, 1994:111)

⁴⁰ «The impetus for this study was recurring concerns among attending surgeons about the quality of communication between surgical trainees and surgical ward nurses, and specifically, *the improper use* of paging communication on the surgical wards» (Fernando et al., 2016) [Kursiveringen er min].

Behovet for personsøkeren skyldtes den foreliggende avstanden som fantes mellom disse to gruppene fordi de oppholder seg på forskjellige steder. Men innføringen av personsøkeren førte til en ny type konflikt, eller i det minste et irritasjonsmoment som hadde konsekvenser for arbeidspraksisen og forholdet mellom disse to yrkesgruppene. For sykepleiernes del endret dette deres arbeidspraksis fordi de nå relativt enkelt kunne få tak i legene. Sykepleierne kunne dermed kunne spare tid gjennom å slippe å vente på at legen kommer, eller å måtte lete dem opp gjennom å ringe rundt på sykehusets avdelinger. For legenes del medførte dette at de ble mer tilgjengelige. Legene ble dermed også utsatt for flere forstyrrelser og avbrudd, og muligheten for å avskjerme seg fra sykehusets støy ble redusert; «The frustration for the doctor has increased massively» (Walby & Greenwell, 1994:111).

Nå er Greenwell og Walbys beskrivelser tjuefem år gamle, og personsøkerens piping var på UniSyk byttet ut telefonenes ringelyd. Alle leger hadde sin egen i tillegg til vakttelefonen som ble overlevert ved vaktskiftene. For legenes del gjorde det at de ikke hadde mulighet til å vente med å besvare disse – telefonen ga lyd fra seg helt til den ble besvart. Som en følge av dette ble legene avbrutt uavhengig av hvor de var, og hva de gjorde, og om hvorvidt de tok den eller ei. Det var ingen tvil om at kirurgene anså telefonen som et vedvarende irritasjonsmoment, og at de ofte opplevde ringingen som mas. Feltnotatet som følger, er ett eksempel på hvordan kirurgene kommenterte seg imellom hva de opplevde som mas fra sykepleierne.

02:45 Vaktbasen

Vakthavende er i telefonen. Mot slutten av samtalen sier han helt rolig: «Ja, nå står det i journalen hva som allerede er bestemt. Jeg skjønner at dere vil at jeg skal endre på dette, men siden det er bestemt av Moen, så tror jeg ikke jeg kan endre på det. Men jeg skal komme opp en tur om ikke så lenge.»

Etter at kirurgen har lagt på røret, utbryter han høylytt til turnuslegen som er der: «Åhhh! De ringer fra sengeposten ti ganger og maser om at jeg må gjøre noe med en pasient! Men jeg kan jo ikke gjøre noe når overlegen har vært der før på natta og skrevet i notatet at man ikke skal gjøre noe mer nå. Så hva skal jeg gjøre, da? Overlegen har skrevet at jeg ikke skal gjøre noe! Jeg får vel gå og se på pasienten.»

[Feltnotat]

Her ser vi hvordan kirurgene i møter med hverandre kunne si hva de mente om telefonene de fikk. I dette tilfellet dreide det seg om at sykepleiere ville at kirurgen skulle gjøre om på en kunnskapsbasert beslutning som allerede var gjort, og hadde da ringt flere ganger tidligere

(jeg mistenker at det reelle antallet var lavere enn ti). Kirurgen var tydelig irritert over hva sykepleierne ville at han skulle gjøre, men også at de «maser» om det. Men dette kom ikke til uttrykk overfor sykepleierne på samme måte som overfor turnuslegen. Når kirurgene og sykepleierne først møttes, var ikke sykepleierens «masing» et tema.

Ut over at telefonene var et irritasjonsmoment, hadde bruken også en annen kostnadsside knyttet til det sosiale samspillet ved sykehuset. Gjennom feltarbeidet overhørte jeg ingen telefonsamtaler mellom sykepleiere og kirurger som ga rom for mer uformelle samtaler, som kunne gjøre at leger og sykepleiere ble kjent med hverandre. I motsetning til ansikt til ansikt-møter mellom legene og sykepleierne, som en gang iblant førte til samtaler som omhandlet andre forhold enn pasienter og forhold rundt disse, ble samtalene i telefonene gjennomgående gjennomført rett på sak. De var svært formålsrettede. Det typiske var at sykepleieren ringte, legen presenterte seg «Hansen, primærvakt», sykepleieren presenterte en problemstilling som legen besvarte, og stilte noen oppfølgings spørsmål. Deretter ble samtalen avsluttet, gjerne med sykepleierens «tak» og legens «den er grei».

Bruken av telefoner på denne måten reduserer dermed også muligheten for at leger og sykepleiere blir kjent med hverandre og dermed også kan utvikle og forholde seg til hverandre på en mer fleksibel og tillitsfull måte (Lewin & Reeves, 2011:67). I den grad det foreligger hva Olsvold (2010:172-218) beskriver som sosial distanse mellom leger og sykepleiere, ble denne om ikke forsterket, så i det minste opprettholdt ved omfanget av bruk av telefonen som kommunikasjonsverktøy.

Nå var det ikke bare sykepleierne som ringte legene, selv når det var korte avstander. Også legene gjorde det når de ønsket noe fra sykepleierne, noe dette feltnotatet illustrerer:

05:15 Akuttmottaket

Primærvakt Aleksander Sandefjord står inne på et av akuttmottakets pasientrom og har undersøkt en pasient med sterke smerter på begge sider av magen. Sykepleieren har nettopp gått ut. Sandefjord tar opp telefonen og ringer sykepleieren. Etter noen få ring svarer hun.

«Hei, jeg er hos [pasientens navn]. Jeg lurte på om du kunne ta en blodgass her [kort pause]. Takk skal du ha.» Tre minutter etterpå ringer han igjen til samme sykepleier. «Hei, det er Aleksander igjen. Jeg lurte på om du kan ta en EKG også» [kort pause]. Takk.»

30 sekunder etter kommer sykepleieren med et EKG-apparat, Sandefjord sier «så fint», mens sykepleieren begynner å gjøre klart for EKG-en. Etter noen få sekunder spør Sandefjord om det pleier å være et stetoskop inne på rommet. «Nei», svarer sykepleieren. «Jeg går og finner

ett, jeg», sier Sandefjord og går ut. Etter noen minutter kommer han inn til pasienten igjen, men da har sykepleieren gått. Utskriften av EKG-en ligger på bordet.

[Feltnotat]

Det at telefonen i så stor grad ble benyttet som en helt sentral kommunikasjonsmåte, uavhengig av den faktiske geografiske avstanden – kirurgisk vaktbasebase lå kun ti meter unna sykepleierens base, og midt i akuttmottaket – hadde relasjonelle og samhandlingsmessige konsekvenser. Bruken av telefonen gjorde at de territoriale grensene mellom kirurger og andre ble mer synlige. Selv om det sjelden var tomt for kirurger på akuttmottakets vaktbase og døren stort sett alltid var åpen, var det bemerkelsesverdig hvor få ganger det kom sykepleiere inn for å spørre eller gi informasjon. De gangene sykepleierne oppsøkte legene i basen, ble de så godt som alltid stående tittende forsiktig inn i rommet, før de forsøkte å få legenes oppmerksomhet gjennom å tiltale dem (vanligvis med etternavn).

K1 23.10 Vaktbasen

To turnusleger sitter inne på vaktbasen sammen med primærvakten Aleksander Sandefjord, i telefonen med anestesilegen melder en pasient til operasjon. Turnuslegene sitter og diskuterer hvordan de skal fordele pasientene seg imellom. En sykepleier fra akuttmottaket stikker hodet inn i rommet og ser seg rundt. Hun venter til turnuslegene slutter å snakke, og spør meg som sitter nærmest: «Er det noen som heter Aleksander Sandefjord her?» Jeg og en av turnuslegene peker på ham. «Åhh, han er opptatt», sier hun. Så går hun.

[Feltnotat]

Jeg kan ikke erindre at jeg noen gang så en sykepleier sittende inne i basen. Det kunne se ut som om det lå en oppfatning blant sykepleierne av at vaktbasen var et sted der de ikke skulle forstyrre legene. Vaktbasen var derfor i motsetning til alle de andre rommene på akuttmottaket nærmest fritt for sykepleiere. Tilsvarende var det svært sjelden at kirurgene gikk og oppsøkte sykepleierne; de ringte heller. Dette gjorde at kirurger og sykepleiere i liten grad tilbrakte tid sammen, og i liten grad ble kjent med hverandre på tvers av profesjonelle grenser.

Fordi kirurger og sykepleiere oppholder seg på forskjellige steder, er på den ene side telefonen et helt uunnværlig verktøy for å kjede sammen kirurgenes eget arbeid med resten av sykehusets aktører, og for å kjede sammen pasientforløp. På den annen side skaper telefonen avbrytelser og støy i arbeidet og har konsekvenser for hvordan kirurgene samhandler med de andre menneskene på sykehuset.

9.4 Avsluttende kommentarer

Allen og Lyne (1997) peker på at vaktarbeidet gjør at leger prøver å organisere sitt arbeid systematisk, samtidig som de må prioritere ut fra pasientenes tilstand.

During the on-call period, doctors tried to organize their work systematically so that they were not expending unnecessary 'leg-work' moving between the wards. At the same time, however, they had to attend to patients in order of clinical priority. (Allen & Lyne, 1997)

I dette kapitlet har jeg demonstrert og konkretisert hvordan kirurgene gjør dette arbeidet gjennom logistikkbaserte beslutninger. Jeg har også vist at disse mønstrene av beslutninger har tydelige konsekvenser for kirurgenes relasjon til hverandre og de andre aktørene rundt dem, og noen av de utfordringene det skaper for kirurgene selv, sykepleierne og pasientene.

I forlengelsen av analysene, særlig i tilknytning til hvordan kirurgene forholdt seg til pasientene, er det nærliggende å trekke den konklusjon at når kirurgen forsøker å opprettholde sin autonomi, vil den enkelte pasient som ønsker og har behov for å snakke med en lege, komme tapende ut. Pasientens behov vil kunne bli udekket. Det er isolert sett riktig. Det er derfor gode grunner til å stille spørsmål ved om kirurgenes praksis er adekvat og tillitvekkende. På den annen side er det også slik at dersom kirurgen ikke kan eller ikke har anledning til å styre eget arbeidsforløp, vil pasientene i flertall raskt bli skadelidende. Derfor er det viktig å holde det som et åpent tolkningsalternativ at kirurgenes forsøk på å styre egne arbeidsforløp ikke først og fremst handler om å beskytte seg selv fra arbeid *per se*. Det kan vel så mye forstås som at kirurgene forsøker å navigere seg gjennom en kompleks organisasjon, slik at de kommer i posisjoner hvor de faktisk kan ta kunnskapsbaserte beslutninger knyttet til pasientene. Kirurgens adferd kan dermed forstås som forsøk på å sikre at det arbeidet de gjør (i det minste fra deres perspektiv), holder godt nok medisinskfaglig nivå.

10 Turnusleger og beslutninger – stedlig bundet og kontrollert

Turnuslegene som arbeidet på akuttmottaket, er nederst i legehierarkiet, under stadig oppsyn og kontroll, men har også tilgang til veiledning og supervisjon. De er i tillegg stedlig bundet til akuttmottaket. Det gjør at arbeidet deres er synlig for både overordnede leger og sykepleiere. Her skal jeg analysere hvilket rom slike betingelser gir til å fatte logistikkbaserte beslutninger. Gjennom analysene vil også betydningen av temporal samtidighet og stedlig nærhet for profesjonell kollegial kontroll synliggjøres.

10.1 Betingelser for beslutninger

Jeg har tidligere redegjort for hvordan arbeidsdelingen mellom sjiktene av vakthavende leger var spesifisert i de formelle prosedyredokumentene, og hvordan disse danner de formelle betingelsene for det arbeidet som skal gjøres i tilknytning til vaktarbeidet (i kap. 8.2).

Prosedyrene og retningslinjene beskriver også de ressursene i form av leger som skal ta seg av de pasientene som kommer inn i akuttmottaket. Turnuslegene var en viktig ressurs i dette arbeidet, på grunn av deres kontinuerlige tilstedeværelse på akuttmottaket. Det var turnuslegene som tilbrakte mest tid på akuttmottaket først og fremst for å ta opp innkomstjournalen og de innledende undersøkelsene for de nyankomne pasientene.

Disse for det meste unge menneskene i slutten av tjuårene har i sin rotasjon mellom forskjellige deler av vårt helsevesen noen måneder i kirurgisk og ortopedisk tjeneste. Ved UniSyk besto størstedelen av denne rotasjonen av å gå vakter på akuttmottaket. For som det sto på UniSyks omtale av turnustjeneste i kirurgi og ortopedi: «Mange pasienter, stor arbeidsbelastning med mye vaktarbeid». Hovedvekten av både pasientkontakt og vaktarbeid fikk turnuslegene på akuttmottaket. Som leger nederst i hierarkiet hadde turnuslegene derfor en meget begrenset «area of operations», og de beveget seg svært sjelden bort fra akuttmottaket. Turnusleger på vakt var mottaksarbeidere.

Turnuslegene hadde ingen mulighet til å påvirke pasientstrømmen inn på avdelingen, siden det var B-grenisten og sekundærvakten som fikk telefonhenvendelser utenfra vedrørende nye potensielle pasienter fra fastleger og legevakter. Turnuslegene måtte derfor forholde seg til det antallet pasienter som til enhver tid kom inn gjennom akuttmottakets dører, uten noen form

for innflytelse over antallet. De hadde dermed heller ingen innflytelse over medfølgende arbeidsmengde.

Arbeidsmengden var, som for resten av vaktlaget, ofte stor. Leger og sykepleiere jeg snakket med, mente at normaltilstanden på akuttmottaket var fulle pasientrom. Derfor hadde akuttmottaket opprettet faste sengeplasser i korridorene nærmest overalt hvor det var fysisk plass til en seng. I utgangspunktet var disse tenkt som «buffersenger» om det ved spesielle og begrensede perioder skulle vise seg at akuttmottaket ikke hadde nok regulære sengeplasser. Men buffersengene var svært ofte i bruk. Unntakene var blitt normalen, ble det fortalt. For pasientene betød det store antallet pasienter at det ofte var lang ventetid. Mange ble tildelt sengeplasser uten skjerming fra forbipasserende. For legene og sykepleierne betød det at det var pasienter i hver krok av avdelingen. Så godt som alltid var det pasienter som ventet på å flytte inn når andre pasienter ble flyttet ut. Dette igjen betød at det forelå et konstant behov for å få pasienter videre gjennom akuttmottaket – uavhengig av pasientens reelle medisinske situasjon og hastegrad. Akuttmottaket var således helt avhengig av at arbeidet ble gjort raskt og effektivt av alle de som hadde sitt arbeidssted der, inkludert turnuslegene. Under følger et feltnotat som gir et innblikk i hvordan kirurgene formidlet til turnuslegene at det forelå et behov for effektivitet.

02:10 vaktbasen

Med en gang sekundærvakten kommer inn døren til vaktbasen, spør primærvakt Aleksander Sandefjord om hva de skal gjøre med en kvinnelig pasient med gallestessmerter som har ligget inne på akuttmottaket i flere timer. Pasienten har vært tilsett flere ganger av turnuslege og av Sandefjord. Sekundærvakten sier de får ta ultralyd av mage og galleveier i morgen, men starte med antibiotika nå.

«Takk skal du ha», sier Sandefjord. Sekundærvakten sier hun må komme seg til barneavdelingen, og går ut. Sandefjord snur seg mot turnuslegen som sitter foran PC-en:

Sandefjord: «Hørte du det?»

Turnuslege: «Hæ? Nei jeg gjorde ikke det.»

Sandefjord: «Pasienten med gallestein. Du må sette henne på tazocin [antibiotika] og rekvirere ultralyd. Hun har ligget her siden klokken 21, så hun må prioriteres.»

Turnuslege: «Ja, jeg har bare så mye å gjøre nå. Hva var det hun het?»

Sandefjord: «Hun het Hansen. Jeg skjønner du har mye å gjøre, men vi må få henne ut herfra, altså.»

Turnuslege: «Jeg skal ta meg av det, jeg må bare gjøre meg ferdig med dette.»

Sandefjord: «Det er fint.»

De fortsetter så med å skrive på journalnotatene, og Aleksander Sandefjord leser seg opp på noen av de pasientene som står på listen over ankomne og ventende pasienter. Han sier til seg selv (virker det som): «Det kommer en brannskade i ansiktet. Den skal jeg ta.»

[Feltnotat]

På de fleste vakter hvor jeg tilbrakte tid på akuttmottaket, var turnuslegen fullt opptatt med arbeid, enten inne hos pasientene eller på vaktbasen. Deres arbeid på akuttmottaket var preget av et stort antall pasienter, høyt arbeidstempo og en stadig sjonglering mellom pasienter og arbeidsoppgaver knyttet til disse. Det var derfor sjelden jeg observerte turnuslegene sitte på vaktbasen uten å være i arbeid. Når de ikke var inne hos pasienter, satt de som regel og vurderte resultater fra prøver, studerte røntgenbilder, var i telefonen med andre leger, skrev journaler eller rekvirerte nye undersøkelser inne på vaktbasen. Om de ikke gjorde noe av dette, skyldtes det gjerne at de konsulterte med en av kirurgene om pasienter de hadde med å gjøre, eller diskuterte pasienter med hverandre. Turnuslegene var så lenge de var på jobb på akuttmottaket, beskjeftiget med arbeidsoppgaver.

Turnuslegene uttrykte i samtaler med hverandre og med meg at de opplevde at arbeidsmengden de var satt til å håndtere, var stor. Seg imellom kommenterte de ofte hvor mange pasienter som var meldt, lå og ventet på få tatt opp journal, og hvordan de selv «lå an i løypa». Mitt inntrykk av deres samtaler og kommentarer inne på vaktbasen var at de opplevde høyt arbeidspress, men at de vanligvis ikke opplevde at det var uoverkommelige arbeidsmengder de hadde med å gjøre. Da jeg spurte en av turnuslegene på tomannshånd hvordan hun opplevde turnustjenesten på akuttmottaket, svarte hun følgende:

Jeg syntes det alltid er jævlig mye å gjøre her når jeg er på vakt. Sykehuset her er ikke stort nok for pasientmengden. Og akuttmottaket svømmer over av pasienter. Jeg synes jeg jobber som et svin mye av tiden. Men det er jo kun for en kort periode jeg skal være her, så jeg holder ut. Men det er mye, altså. Mye arbeid. Men også veldig spennende. Jeg lærer masse.

[Feltnotat]

Opplevelsen av at det var mye å gjøre, syntes å være delt også av de andre turnuslegene. Til tross for at det var høyt arbeidspress kombinert med mange vakter, uttrykte alle jeg samtalte med, at de syntes det var både spennende og lærerikt å være på akuttmottaket, og at de trivdes. En viktig grunn til at de opplevde det slik, ser ut til å være at arbeidsmiljøet blant de

legene som oppholdt seg her, ble oppfattet som godt og imøtekommande. Som nevnt ble så godt som alle spørsmål turnuslegen stilte kirurgene, møtt med konstruktive svar, velvilje og en vennlig tone. Denne omgangsformen så ut til å bety mye for at turnuslegene skulle kunne håndtere arbeidet. Det å kunne spørre de mer erfarne kirurgene gir raskere beslutningsprosesser og frigir dermed også tid.

Likevel var det gjentatte episoder hvor turnuslegene syntes å oppleve at arbeidsmengden og tempoet som ble avkrevd dem, var for høyt til at de kunne ta unna pasientene på akuttmottaket. De fikk for mye å gjøre. Som et resultat kunne tiden før pasientene ble tilsett, bli lang, og pasienter kom ikke videre i systemet. Akuttmottaket fikk ikke pasientene «ut herfra». Når det først oppsto forsinkelser, genererte dette igjen enda flere arbeidsoppgaver, ikke bare for turnuslegene, men også for kirurgene i vaktteamet og sykepleierne: Pasienter ble utålmodige. Korridorene ble fylt opp. Stressnivået økte. I noen tilfeller ble både pasienter og legeoppgaver glemt. Slike situasjoner ble av sekundærvakten Vesterstuen formulert som at «oppgavene pakker seg oppover». Dette førte igjen til at det ble enda flere avbrytelser fra sykepleiere mens de holdt på med én oppgave, noe som igjen medførte at de brukte enda lengre tid for å bli ferdige med den enkelte oppgave.

Mitt inntrykk var altså at det jevnlig skjedde at turnuslegene hadde svært mye å gjøre, samtidig som de hadde begrensede muligheter til å påvirke den totale arbeidsmengden. Dette skyldtes først og fremst deres manglende mulighet til å begrense pasientinntaket til akuttmottaket. Når arbeidsmengden ble for stor til at turnuslegene selv opplevde å håndtere den, var det likevel, som vi nå skal se, flere måter de kunne forsøke å håndtere dette på, med varierende hyppighet og hell.

10.2 Når det blir for mye

Den mest brukte strategien for turnuslegene var å spørre den eller de andre tilstedeværende turnuslegene om hjelp. Det foregikk en justering av arbeidsfordelingen mellom turnuslegene hele tiden. Det var turnuslegene selv som fordelte de innkomne pasientene seg imellom, uten innblanding fra verken primærvakten eller noen andre. Dette gjorde at turnuslegene kunne sikre en relativt jevn fordeling av arbeid mellom dem til vanlig. Turnuslegene spurte hverandre derfor jevnlig om «har du mulighet til å ta buken som kommer», «har du mye å gjøre nå» og tilsvarende. Når den som ble spurt, hadde mulighet til å ta oppgaver fra den andre, var inntrykket mitt at de gjorde det. Turnuslegene jeg spurte, bekreftet også dette

inntrykket. Men samtidig var det slik at når den ene turnuslegen hadde mye å gjøre, så hadde som regel den andre det også. Det var derfor forholdsvis lite rom å spille på når arbeidsmengdene ble for store.

Turnuslegene kunne også spørre en av de vakthavende kirurgene. Når turnuslegene spurte, hadde de alltid mange pasienter som lå og ventet, ofte med medisinsk kompliserte eller uklare tilstander, og gjerne vurdert av sykepleierne i triage⁴¹ til å trenge tilsyn relativt raskt. Når turnuslegene opplevde å ikke ha kontroll, registrerte jeg aldri at turnuslegene ringte kirurgene for eksplisitt å be om hjelp. Sjelden ble det spurt direkte om hjelp for å få gjort unna dette arbeidet, og når de en sjelden gang gjorde det, var kirurgen alltid sammen med dem. Det var altså noe turnuslegene kun vurderte å gjøre i ansikt til ansikt-situasjoner med kirurgene. De gangene de spurte, virket det som turnuslegene i utgangspunktet kviet seg for å gjøre det, noe feltnotatet nedenfor gir et innblikk i.

05:12 Vaktbasen

Turnuslegen Marte sitter på vaktbasen sammen med turnuslege Kristian og meg når hun utbryter: «Å herregud, det var mange på listen!» Jeg spør om hvilken liste hun snakker om. «Det er listen over pasienter jeg har tatt imot i løpet av vekten.» Jeg titter på listen, som viser rundt 20 navn. Da jeg spør om hun har skrevet innkomst på alle, svarer hun: «Nei, så langt har jeg ikke kommet. Så jeg blir sittende lenge etter vekten, tror jeg. Det er flere som venter [på mottak av henne eller Kristian]. Jeg har for mye å gjøre.» Kristian skyter inn: «Det er vel å si det forsiktig.»

Etter en stund kommer primærvakt Sandefjord og sekundærvakten inn. De spør om turnuslegene har oversikten. Kristian svarer at de har oversikt, men at det er pasienter som venter på å dem. «Det tar litt tid før vi rekker over, tror jeg.» Sekundærvakten ber dem si fra om det er noe de trenger hjelp til. Marte svarer: «Nei, jeg tror det går greit, altså.» Men etter noen sekunder fortsetter hun: «Ehh... Eller ... Har en av dere muligheten til å se på en mann uti korridoren? Sykepleierne sier han begynner å bli utålmodig. Jeg rekker det ikke på en god stund. Så om en av dere kan se på ham?» «Det kan jeg vel gjøre. Hvem er det?» svarer sekundærvakten.

[Feltnotat]

Som vi ser av feltnotatet, var første reaksjon på kirurgens tilbud om hjelp å si at de klarte seg, selv når turnuslegene rett før hadde konstatert seg imellom at det var for mye arbeid for at de skulle klare å gjøre seg ferdig med alt før vekten var over. Det tok noen sekunder før Marte

⁴¹ Triage er i legevakt- og akuttmedisin et begrep oftest knyttet til sortering og prioritering av pasienter etter medisinsk hastegrad, oftest utført av sykepleiere. Ved UniSyk var dette også en betegnelse på det fysiske rommet disse vurderingene ble gjort i, og på arbeidsposisjonen sykepleierne hadde når dette var arbeidet de var satt til. Se eksempelvis Johannessen (2017; 2016).

motvillig spurte om en av kirurgene kunne se på den ene pasienten. Så selv når kirurgene spurte, syntes det som at turnuslegene ønsket å unngå å be om hjelp. Det virket som det satt enda lenger inne å spørre om hjelp uten at kirurgene hadde tilbudt det først.

Oftere enn aktivt å spørre om hjelp ventet de til en de vakthavende kirurgene spurte om turnuslegene «hadde kontroll», et mye brukt uttrykk på vaktbasen. Som vi har sett fra tidligere feltnotater, svarte turnuslegene som regel «jeg tror det» eller liknende. I stedet kunne turnuslegene mer indirekte fortelle at de hadde behov for hjelp. Dette kunne gjøres ved å si at pasienter hadde ligget lenge, at listene var lange, eller at de hadde mange pasienter som skulle tas imot. Hadde samtalen i feltnotatet over blitt avsluttet *før* Marte spurte direkte om hjelp, hadde dette vært en mer typisk måte som turnuslegene signaliserte behovet for hjelp på. Men det var nettopp gjennom turnuslegenes beskrivelser av at ting ville ta tid, at det var mange pasienter, og at de hadde mye å gjøre, at de formidlet et ønske om hjelp. Den vanligste responsen fra de vakthavende kirurgene illustreres også i det ovenstående feltnotatet. Når Kristian svarer «Det tar litt tid før vi rekker over», ber sekundærvakten dem om å si fra om det er noe de trenger hjelp til. Når kirurgene mente å ha anledning, var de på tilbudssiden. Samtidig så det ut som turnuslegene for det meste ønsket å håndtere mest mulig selv. Neste feltnotat er fra en av mange slike samtaler jeg overvar.

20:35 Vaktbasen

B-grenist Tom Smedstad og en av turnuslegene sitter inne på vaktbasen. Turnuslegene har hatt veldig mye å gjøre hele kvelden. De har kommet raskt inn døren, satt seg ned foran PC-en, og hektisk skrevet notater på pasienter, gjentatte ganger spurt Smedstad og primærvakten: «Kan jeg konferere». Begge turnuslegene fremstår for meg som stresset der de fyker ut og inn av vaktbasen med legefrakken flyvende bak dem. Turnuslegen har fått en lang rekke telefoner fra sykepleiere med spørsmål. Turnuslegene svarer kort på dem. «Ja, det skal han ha», «Jeg har ordnet med røntgen», «Det er fint, jeg skal se på prøvene».

Smedstad spør en av turnuslegene: «Skal jeg ta meg av noe for deg?»

Turnuslegen: «Nei, jeg må bare prøve å få oversikt over det jeg gjør.» Han begynner å orientere Smedstad om disse pasientene. Det gjelder en pasient med mistanke om tarmslyng som er tidligere «slankeoperert». Turnuslegen har tatt opp journal, og sekundærvakten har sett på pasienten. Sekundærvakten har vurdert det til at pasienten mest sannsynlig skal opereres, men at pasienten må utredes mer. Turnuslegen forsøker å gjøre alt klart, blant annet med å bestille blodprøver og radiologiske undersøkelser.

Den andre pasienten han holder på med, er en pasient med magesmerter. Han har symptomer på gulsott, og blodprøver er tatt. Det er sannsynlig at pasienten har en bukspyttkjertelbetennelse.

Smedstad: «Pass på infeksjonsstatus videre på ham. Blir det innleggelse?»

Turnuslegen: «Ja, han kom direkte på døren. Han er opioidkrevende. Og ikterisk [gul hud og øyne].»

Smedstad: «Hehe! [Latter] Ja da blir han inneliggende. Si fra om jeg skal hjelpe deg med noe.»

Turnuslegen: «Jeg gjør det, vet du.» Han snur seg mot PC-en og sjekker blodprøvesvar på pasientene.

[Feltnotat]

Jeg vil minne om at det jeg ser på her, primært *ikke* dreier seg om hjelp knyttet til kunnskapsbaserte, medisinskfaglige vurderinger av pasienter, men om hjelp til «å ta unna arbeidet» og dermed redusere antall arbeidsoppgaver. Det å be om at kirurgene skulle vurdere pasienter og ta kunnskapsbaserte beslutninger, var noe turnuslegene både var pålagt å gjøre og gjorde mer eller mindre hele tiden, oftest ved å spørre «kan jeg konsultere?». Og selv om det å konsultere gjerne medførte en avklaring med hensyn til vurderingen turnuslegen hadde gjort, og dermed også sparte turnuslegen for tid som ellers måtte blitt brukt til å forsøke å finne ut av dette selv, så genererte konsultering vanligvis ikke færre oppgaver for turnuslegene, men flere.

For å redusere sin egen arbeidsmengde kunne turnuslegene også prøve å få sykepleierne til å gjøre arbeidsoppgaver for dem. Det lyktes de forholdsvis ofte med. De fikk sykepleiere til å stille pasienter oppfølgingsspørsmål, ringe radiologisk avdeling for å høre når undersøkelser var planlagt, kontakte medisiner for tilsyn, ringe andre sykehus og leger om tidligere journaler, sykehjem om hvilke medisiner pasienten sto på, fremskaffe spesielt utstyr som ikke var på pasientrommene, samt en lang rekke andre praktiske gjøremål. Men effekten av å spørre sykepleierne om å utføre oppgaver de vanligvis selv gjorde, var ofte begrenset med tanke på tiden turnuslegene sparte. For selv om sykepleierne ofte svarte positivt på forespørselene, var de fleste oppgaver noe turnuslegene ikke kunne delegere eller sette bort; skrive journaler, fylle ut elektroniske rekvisisjoner og (selvfølgelig) gjøre selve undersøkelsene var blant disse. Dette var gjøremål som turnuslegene ble sittende igjen med (om ikke kirurgene ville eller kunne ta seg av dem).

I boken *Street-Level Bureaucracy* skriver Lipsky (2010) at bakkebyråkrater ofte har grunner til å bruke mer tid på arbeidsoppgaver enn det som er praktisk mulig, for slik skape seg en bufferkapasitet for når det kommer ikke-forventede arbeidsoppgaver.

Workers recognize that any sign that they are not working to full capacity will be greeted with additional assignments, as there are always additional assignments to be made. Thus there is no incentive to complete an inspection or an interview quickly, because the time liberated by efficiency will be reassigned to conduct another inspection or interview. (Lipsky, 2010:126)

Dette var en innsikt minst en av turnuslegene hadde fått mens han arbeidet på akuttmottaket, og det representerer en siste måte å håndtere arbeidsmengdene på; å jobbe saktere enn det de egentlig hadde kapasitet, mulighet og ferdigheter til. Turnuslegen som fortalte meg dette, hadde avdelingstjeneste på gastrokirurgen, noen uker etter å ha vært på ortopedisk avdeling og akuttmottaket. Han var derfor en «erfaren» turnuslege på akuttmottaket. Mens vi sitter oppe på kontorlandskapet, forteller han meg:

For oss turnuslegene lønner det seg ikke å være effektiv og jobbe raskt, for da øker bare antall oppgaver på. De [vakhavende kirurgene] sier bare «hvorfor har du ikke gjort det og det og det». Så da blir det bare mer arbeid. Man må bare arbeide sånn *passé* effektivt.

[Feltnotat]

Han fortalte altså at en måte for ham å håndtere for store arbeidsmengder på var å redusere hastigheten på det arbeidet han gjorde, slik at han ikke fikk tildelt flere oppgaver som gjorde arbeidet på akuttmottaket mer krevende. Da jeg spurte om han ofte så seg nødt til å bruke denne strategien, fortalte han at han ikke gjorde det jevnlig, men «det skjer». Jeg observerte ikke selv praksisen turnuslegen her fortalte om. Om andre turnusleger forsøkte å håndtere arbeidsmengden sin slik, vet jeg ikke. Men de kontekstuelle betingelsene for å kunne ta i bruk denne metoden for å «skaffe seg et pusterom» var, som jeg skal peke på nedenfor, klart til stede.

10.3 Betingelser for kollegial kontroll

For det første er arbeidet til turnuslegene kjennetegnet av variasjon med tanke på de pasientene som kommer inn. Noen pasienter vil det kunne ta lang tid å snakke med, undersøke og lese eventuelle tidligere journalnotat for, andre kort tid. Noen pasienters problemstillinger er kompliserte, andre enkle, noen trenger behandling umiddelbart, andre ikke. Det er altså stor variasjon i hva den enkelte pasient krever av tid. For at de overordnede skal kunne kontrollere dette aspektet av arbeidet til turnuslegene, kreves det at de har tilstrekkelig innsikt i de enkelte pasientcasene for å kunne gjøre seg opp en mening om arbeidstakten og effektiviteten til turnuslegene. I akuttmottakets kontekst var dette selvfølgelig krevende, fordi turnuslegene som regel tok seg av de første og innledende fasene av pasientundersøkelsene før de konsulterte med en av de vakhavende kirurgene. Men det var

også krevende fordi kirurgene ikke nødvendigvis selv var der for å vurdere pasienten. Det var derfor vanskelig å vurdere hvor lang tid turnuslegene burde bruke på hver enkelt pasient.

For det andre er turnuslegene nettopp turnusleger. Det at en bruker mer tid fordi en er uerfaren og i en læringssituasjon, er både ventet og legitimt i seg selv (Kivle, 2008; Risør, 2012). Dette gjør at kirurgene (og sykepleiere), må akseptere at «ting tar tid med meg», som turnuslege Marte uttalte. Ingen hevdet eller ga uttrykk for at turnuslegene burde ha erfaring med alle typer pasienter som akuttmottaket (eller UniSyk som helhet) tok imot. Dersom turnuslegene faktisk benyttet seg av denne strategien, ville det langt på vei kunne gjøres under dekke av uerfarenhet.

For det tredje var kirurgenes muligheter til å opparbeide kjennskap til den enkeltes turnusleges kompetanse, kapasitet og arbeidsmåter redusert av lite ansikt til ansikt-samhandling *over tid*. Som jeg har påpekt flere steder underveis, er de enkelte legene temporalt i utakt som et resultat av tjenesteplanenes struktur, noe som gjør at de forholdsvis sjelden okkuperer samme «time slot». I tillegg, de gangene de er på sykehuset samtidig, vil de ofte være geografisk spredt grunnet sykehusets arkitektur og arbeidsposisjonenes fordeling rundt i denne. Kirurgenes manglende samtidighet og geografiske spredning fører til redusert mulighet til å vurdere turnuslegens kapasitet. Dette igjen fører til at turnuslegens overordnede, som på akuttmottaket de facto var alle kirurgene, har reduserte muligheter til effektivt å kunne vurdere hvorvidt turnuslegen arbeider så godt han eller hun kan, eller bare «sånn passe effektivt», som turnuslegen sa det. Temporal utakt og manglende samvær med kirurgene over tid kan derfor gi turnuslegene anledning til å påvirke arbeidsforløpet, først og fremst eget arbeidstempo, og dermed også redusere antallet oppgaver som de blir stilt krav til om å utføre. Vi ser med dette at kirurgenes manglende mulighet for effektiv kontroll av turnuslegene bidrar til å øke turnuslegens handlingsrom knyttet til deres logistikkbaserte beslutninger.

Pasientenes varierende kompleksitet og behov, turnuslegenes uerfarenhet og begrenset samtidighet og geografisk spredning blant legene gir således turnuslegene en mulighet for å styre sitt eget arbeidstempo og, som følge av det, styre antallet arbeidsoppgaver. Det var som sagt kun én turnuslege som ga uttrykk for at det å «jobbe passe effektivt» var en metode som de kunne bruke, og jeg har på ingen måte inntrykk av at det var en utbredt praksis blant turnuslegene. Jeg hadde derimot et generelt inntrykk av at turnuslegene strakk seg svært langt for å bli ferdig med oppgavene, så effektivt og kyndig som mulig, i overensstemmelse med hva også andre undersøkelser blant mindre erfarne leger tyder på (Finlay, Mutran, Zeitler &

Randall, 1990; Yoels & Clair, 1994). Derimot observerte jeg ofte at turnuslegene satt lagt utover oppsatt arbeidstid for å ferdigstille journaler og annet arbeid. Dette kan vanskelig forstås på annen måte enn at turnuslegene ikke rekker over det arbeidet de er satt til å gjøre, innenfor oppsatt arbeidstid, men samvittighetsfullt forsøker «å komme i mål».

Det var samtidig betingelser ved turnuslegenes arbeid som reduserte muligheten til å benytte seg av denne strategien for å styre arbeidet; turnuslegene inngår i et kooperativt arbeid med leger, sykepleiere og andre. Gjennom arbeidet om felles pasienter får de andre innsikt i det konkrete arbeidet som turnuslegene gjør, inklusive tempoet de har. Dersom det går for sakte, inngår turnuslegene i et sett av relasjoner som potensielt kan oppdage sendrektighet og sanksjonere turnuslegen. Både kirurger og sykepleiere har erfaringsbasert forståelse av hva som kan forventes av turnuslegenes «produktivitet». For kirurgenes del handler dette om både egne erfaringer som turnuslege og erfaringer med andre turnusleger. Tilsvarende har sykepleierne som arbeider i akuttmottaket, erfaring med andre turnusleger. Dette i seg selv gjør at dersom turnuslegene ofte «sluntrer unna», er det en mulighet til å oppdage sendrektighet.

Turnuslegens stedbundethet til akuttmottaket er også en begrensende faktor. Selv med manglende samvær og samtidighet over uker med de samme kirurgene er de tross alt sammen med en gruppe mennesker over hele vakter på samme geografisk begrensede område. Disse utøver alle former for vurderinger av turnuslegens virke på akuttmottaket. Sykepleierne jeg snakket med på akuttmottaket, kom eksempelvis uoppfordret med vurderinger av om kirurger og turnusleger var hyggelige, vanskelige, effektive eller flinke. Det er ingen grunn til å tro at de ikke også snakket sammen med hverandre, noe som til slutt, dersom vurderingene var tilstrekkelig entydige i retning av inkompetanse eller latskap, trolig ville komme turnuslegenes veiledere og ledere for øre. Og de ville trolig sanksjonert turnuslegene gjennom verbale tilbakemeldinger eller gjennom formelle kanaler. Jeg observerte eller hørte ikke om at så hadde skjedd. Det er likevel grunn til å tro at de sosiale og stedlige rammene for turnuslegenes arbeid begrenser deres mulighet til å arbeide sakte (for slik å redusere arbeidsmengden). Og siden turnuslegene ikke har andre arbeidssteder, har de heller ingen mulighet til fysisk å forflytte seg bort eller beskytte seg fra de arbeidsoppgavene som befinner seg der, eller de andre aktørenes vurderinger.

Under de organisatoriske betingelsene jeg har redegjort for, som gir rom for redusert arbeidstempo og derav -mengde, er det naturlig å stille seg spørsmålet om hvorfor

turnuslegene ikke rett og slett *unnlot* å gjøre oppgaver for å redusere arbeidet de sto overfor. Med manglende mulighet for kontroll fra de overordnede hva gjaldt tempo og effektivitet, skulle en tro at det også ville foreligge manglende kontroll over hvilke oppgaver som faktisk ble utført, noe som i så fall ville gi rom for å unnlate å utføre oppgaver. I løpet av feltarbeidet mitt var det ikke mulig for meg å se spor av «unnasluntring», og det var trolig derfor heller ikke et utbredt fenomen.

At arbeid som ikke var gjort av turnuslegene, kunne oppdages av kirurgene, observerte jeg ved at det på vaktbasen hang ett hvitt håndskrevet A4-ark. Arket var hengt opp av en av sekundærvaktene. Overskriften på arket var «Manglende rektaleksplorasjoner». Nedenfor var turnuslegens navn ført opp. Ved siden av noen av disse navnene var det ført opp hvor mange ganger det var oppdaget av kirurgene at den enkelte turnuslege hadde unnlatt å gjennomføre rektaleksplorasjoner av egne pasienter. Under der igjen sto det: «Ved fem utelatte eksplorasjoner tilfaller *alle* rektaleksplorasjoner denne, frem til annen turnuslege har glemt fem.» «Straffen» turnuslegene ble forespeilet for å unnlate eller glemme å rektaleksplorere pasienter, var altså å måtte gjøre det på alle pasientene hvor dette trengtes undersøkt. Det var mange.

Jeg både oppfattet og fikk bekreftet at det hele var ment som en spøk, men en spøk som ga innsikt i hvordan kontrollen av turnuslegene utføres av deres overordnede. De manglende eksplorasjonene ble gjerne avdekket ved at det ikke var dokumentert i journalen.

Eksplorasjoner måtte dokumenteres i journalen, i form av beskrivelser av hvilke undersøkelser som var gjort, og av medisinsk relevante funn. Siden så godt som alle beslutninger av kunnskapsbasert art og beslutninger om pasientforløp måtte forelegges kirurgene for godkjenning, gjennom konsultering, kunne kirurgene også avdekke denne unnlatsen ved å spørre eksplisitt om det var foretatt. Begge måtene fungerte som kontroll av arbeidet til turnuslegene. I tillegg ble pasientene tilsett og undersøkt minst en gang av en av kirurgene mens de var på akuttmottaket. Gjennom disse kontrollmekanismene av turnuslegenes arbeid var det mulig å avdekke om turnuslegene «sluntret unna». Turnuslegene var underlagt samme metoder for kontroll når det gjaldt andre arbeidsoppgaver også. Turnuslegene var dermed underlagt et tilsynelatende godt fungerende system av kollegial kontroll fra de overordnede.

10.4 Avsluttende kommentarer

Turnuslegene er stedlig låst gjennom den formelle spesifiseringen av deres arbeidsplassjurisdiksjon (Abbott, 1988:65) som *mottaksarbeidere*. De har heller ingen påvirkning på akuttmottaket pasientinntak og har svært begrensede muligheter til å regulere arbeidstempo og mengde, eller til å unngå arbeidsoppgaver. Turnuslegens handlingsrom knyttet til logistikkbaserte beslutninger er dermed svært begrenset. Det skyldes selvfølgelig i stor grad at de er de mest uerfarne legene.

Men det analysene også viser, er at det at de oppholder seg på samme sted og på samme tid er viktig både for den profesjonelle kollegiale kontrollen de er underlagt, og for den veiledning og hjelp de får av hverandre og av de overordnede. *Samtidig samvær* med hverandre øker ikke bare muligheten for å fordele og delegere arbeidsoppgaver, men muliggjør også kollegial kontroll og bidrar til å kvalitetssikre både logistikk- og kunnskapsbaserte beslutninger. Dette forholdet vil kunne gjelde uavhengig av plassering i det kirurgiske stillingshierarkiet.

11 Kunnskapsbaserte beslutninger i vaktarbeidet

I dette kapitlet vendes igjen blikket mot de vakthavende kirurgene. Nå er det de *kunnskapsbaserte* beslutningene som kommer i forgrunnen, mens styring av eget arbeidsforløp og muligheter for å igangsette andres arbeid kommer i bakgrunnen.

Dette kapitlet utdyper først et aspekt av de kunnskapsbaserte beslutningene som så langt ikke er eksplisitt tematisert: at kirurgenes beslutninger både er stedlig og temporalt distribuert. Deretter presenterer jeg en case som tydeliggjør kunnskapsbaserte *beslutningsforløp*. Med dette som et innledende bakteppe ser jeg på i hvilken grad stillingshierarkiet har betydning for hvilke beslutninger kirurgene *oppfatter* at de kan ta (kap. 11.3). Deretter følger en analyse av betydningen av hva jeg omtaler som *normen om gjennomføringslojalitet* for kirurgenes profesjonelle autonomi (kap. 11.4, 11.5 og 11.6).

11.1 Kunnskapsbaserte beslutningers temporalt og stedlig distribuerte karakter

I kapittel 3.4 beskrev jeg kunnskapsbaserte beslutninger som de beslutninger som kirurgene fatter, hvor den spesialiserte (medisinskkirurgiske) kunnskapen har spilt en sentral rolle i resonnementet som beslutningen er et resultat av. Videre beskrev jeg kunnskapsbaserte beslutninger som *klinisk relevante*, at de *forplikter til handling* (som også inkluderer å avvise/avstå fra handling), og at de er observerbare.

Beslutningene kan sies å være svarene på spørsmål om hvilke diagnostiske prosedyrer som bør gjøres, hvilken type behandling (om noen) som bør igangsettes, og når den eventuelt bør igangsettes. Det er videre ikke nødvendig at kunnskapsbasert beslutning involverer andre enn personen som tar denne, verken under selve resonneringsprosessen eller i beslutningsøyeblikket. I prinsippet kan derfor kunnskapsbaserte beslutninger fattes uavhengig av de faktiske organisatoriske betingelsene som foreligger for beslutningen. Likevel skjer det i realiteten sjelden, om noen gang, at kunnskapsbaserte beslutninger fattes avsondret fra andre aktørers handlinger (Atkinson, 1997; Måseide, 2006, 2011; Rapley, 2008).

Det er også slik at alle beslutninger som fattes, fattes på et tidspunkt. Ofstad et al. (2015; 2014; 2016; 2018) analyserte 372 videoopptak av lege-pasient-møter på et norsk universitetssykehus. De så blant annet på *når* klinisk relevante beslutninger ble fattet. I deres

analyser fant de tre temporale kategorier av slike beslutninger (Ofstad, 2015:77): (1) *Her-og-nå* beslutninger, som er beslutninger som ble tatt i selve møtet mellom pasient og lege, (2) beslutninger som var *på-forhåndtatte*, altså før lege og pasient møttes, og (3) *betingede beslutninger*. Denne siste kategorien var beslutninger som *foreskriver fremtidige handlinger* dersom visse betingelser ble innfridd.

På bakgrunn av analyser de samme videoopptakene fant Ofstad et al. (2018) at i forbindelse med legevisitter på sengepostene var nærmere 40 % av alle beslutninger tatt i forkant av pasientmøtet, og nesten halvparten ble tatt underveis i pasientmøtene. På akuttmottaket ble nær 1 av 10 beslutninger tatt før pasientmøtet, mer enn 80 % ble kategorisert som tatt her-og-nå, mens resterende (9,7 %) var betingede beslutninger. Forfatterne peker på at muligheten for pasienter til å delta i beslutningene (eller hva jeg vil hevde ofte er beslutningsforløp) vanskeliggjøres både av den temporale og stedlige diskontinuiteten som foreligger på sykehus, fordi pasienten ofte ikke er til stede når beslutninger tas, men også fordi slike beslutninger presenteres som informasjon til pasientene:

We found that patients are the focus of a large number of clinical decisions and that almost without exception, these decisions are conveyed as factual information and not for topics for deliberation. From an observer's perspective, physicians seem to deal with diagnostic and therapeutic decisions as if they are the same thing: solving problems and making decisions in a paternalistic, but polite manner. (Ofstad et al., 2014:119)

Ofstad og medforfatteres formål med studiene var blant annet å bringe frem deskriptiv kunnskap om når og hvordan kliniske beslutninger tas og formidles i møter med pasienter. De ønsket dermed å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for å forstå hvordan dialogen mellom leger og pasienter påvirker beslutninger omkring diagnostiske prosedyrer og behandling. Jeg derimot er interessert i kirurgers autonomi og beslutninger, ikke i pasientautonomi og *shared decision making* (Charles, Gafni & Whelan, 1997). Men når pasienters mulighet til å delta i beslutninger om behandling (les: autonomi) vanskeliggjøres fordi beslutningene fattes andre steder og på andre tidspunkter enn hos pasienten, som Ofstad et al. (2014, 2016) diskuterer på grunnlag av sine analyser, kan dette skape de samme utfordringene for kirurgene i deres forsøk på å sikre sin autonomi, fordi beslutninger om hva som skal gjøres med og på pasienten, kan være tatt av andre, på andre steder og på andre tidspunkter enn når kirurgen selv er til stede (se også Rapley, 2008).

Paul Atkinson (1995) beskriver og analyserer hvordan medisinske beslutninger tas i organisatorisk komplekse settinger hvor det å ta beslutninger ofte er en kollektiv aktivitet,

som strekker seg over tid og sted. Atkinson fanger dermed opp et annet element som Ofstad ikke tar opp:

Consequently, medical decision-making may involve not just more than one doctor, it may also bring into play more than one medical specialty, members of which contribute different views of expertise and different organizational interests. The inner dialogue of single-handed decision-making, therefore, is by no means the whole story. [...]

In many contexts, however, the timing of 'decisions' may be much more diffuse, or protracted, or cyclical in character. Just as the decision-making process may be dispersed through the division of labour, so different segments of medical work may bring to bear different tempos, schedules, routines and deadlines. [...] The time of and for 'decisions' and 'deciding', then, is complex and multiple in the modern clinical setting. Models [of decision-making activity] that incorporate only a single practitioner operating in a restricted time-frame do little to capture the complexity and diversity of the modern clinic. (Atkinson, 1995:52)

Som tidligere kapitler har vist, inngår kirurgene i komplekse arbeidsforløp, hvor de i varierende grad er igangsettere av arbeidet som gjøres. I de foregående kapitlene beskrev og analyserte jeg de vakthavende kirurgers bevegelser, og betydningen av å kunne ta beslutninger knyttet til hvilke arbeidsoppgaver de gjorde, hvor, hva og når de skulle gjøre dem. Viktigheten av å kunne styre eget arbeidsforløp er særlig stor fordi kirurgene må navigere slik at de kommer i en situasjon/kontekst hvor de kan ta kunnskapsbaserte beslutninger knyttet til pasientene. På samme måte som det kunne være vanskelig, om ikke umulig, å vurdere pasienter som fastlegene ringte om «på avstand» (jf. kap. 9.2.1), kunne det være tilsvarende vanskelig å vurdere pasienter inne på sykehuset på avstand. Behovet for å se pasienten er stor, uavhengig av hvorvidt pasienten er inneliggende eller ikke. Viktigheten av å kunne befinne seg samme sted som pasienten er derfor stor også innenfor sykehusets fysiske vegger. Det er ingen prinsipiell eller praktisk forskjell på dette. Muligheten til å forflytte seg fra ett sted til et annet er derfor viktig også for de kunnskapsbaserte beslutningene.

Likevel er ikke det ensbetydende med at kirurgene er avhengige av å være sammen med pasienten når beslutninger blir tatt. Mange beslutninger, uavhengig av om de skjer på akuttmottak eller sengeposter, tas på avstand i en eller annen forstand (Ofstad et al., 2014). Tilsvarende var det blant kirurgene jeg fulgte. Mange beslutninger ble tatt andre steder enn i fysisk nærhet til pasientene.

Som casen med B-grenist Per Hansen (i kap. 8.5) er ett eksempel på, var kirurgenes arbeidsforløp preget av forflytninger mellom lokale kontekster, som sengeposter, operasjonsstuer, akuttmottak osv. Forflytningen mellom de forskjellige kontekstene skyldtes

ofte, om ikke alltid, at kirurgene måtte være til stede et visst sted for å kunne ta beslutninger. Atkinson, som jeg siterte over, beskriver og analyserer først og fremst hvordan medisinsk kunnskap produseres og reproduseres gjennom diskursive praksiser mellom hematologer og andre på et amerikansk sykehus. Han understreker betydningen av konstellasjoner av mennesker, organisatorisk kompleksitet og temporalitet i beslutningsprosessene i denne produksjonen av kunnskap gjennom prat.

Mitt formål er ikke å analysere kunnskapsproduksjonen som foregår blant kirurgene, men å analysere på hvilke måter den temporale, stedlige og sosiale kompleksiteten har betydning for kirurgenes mulighet til å ta kunnskapsbaserte beslutninger. Jeg søker derfor å tegne opp de kunnskapsbaserte *beslutningsforløpene* og betydningen av sted og konstellasjoner av mennesker i dette forløpet. Jeg tar utgangspunkt i noe B-grenist Smedstad fortalte meg mens han ventet på å bli «tilkalt til operasjonsstuen», og som reflekterer hva jeg oppfatter som en vanlig måte kirurger forstår på betydningen av beslutninger og viktigheten av å være i stand til og å vite hvordan en tar beslutninger, og på hvilket grunnlag dette ofte må gjøres.

20:30 Akuttmottakets vaktbase

«Kirurger må lære seg å ta beslutninger alene, og på usikkert grunnlag. Vi må være litt risikovillige, og ta beslutninger på usikkert grunnlag. [...] Medisinere bruker alltid så lang tid på å bestemme seg. Vi kirurger, vi bare gjør det. Vi må bestemme oss raskt for hvordan vi skal angripe de problemene som oppstår underveis i operasjonene. Ofte også i akuttmottaket eller på postene. Mye handler om å treffe de riktige valgene tidlig. Men vi er ikke så gode på å vente.»

[Feltnotat]

Smedstads utsagn resonnerer svært godt med hva sosiologen Cassell (1987) hevder er nødvendig for å være en dyktig kirurg:

I have argued that the surgeons value decisiveness, control, and certitude, that these characteristics are selected for in surgical training programs and reinforced during training. I have also argued that these characteristics are adaptive, that a person who is insufficiently decisive, certain and in control is likely to be a poor surgeon. (1987:242)

Andre som har forsket på kirurger, har også kommet frem til noen av de samme konklusjonene av hva som nå gjerne kalles «Den kirurgiske personlighet» (Brooks & Bosk, 2013; Katz, 1999; Stevens, 2013).

Smedstads utsagn kom mens vi satt og ventet på akuttmottakets vaktbase i påvente av at operasjonsavdelingen skulle ringe og si at han kunne komme opp for å operere en pasient.

Smedstad og jeg snakket om hvordan han tenkte forskjellen var mellom måten medisinere og kirurger arbeidet på. Men det slo meg underveis i samtalen den tydelige kontrasten mellom det han fortalte meg om de «riktige valgene tidlig» og særlig «beslutninger alene», og hvordan beslutningen om å operere den ventende pasienten hadde blitt tatt. La meg derfor kort rekapitulere hvordan jeg oppfattet at beslutningen om operasjon kom i stand; verken raskt, alene, dog med usikkerhet liggende i grunn. Gjennom rekapituleringen ser vi et typisk *kunnskapsbasert beslutningsforløp* (men også et typisk *pasientforløp*) fra tidspunktet da pasienten kom til fastlegen, frem til han lå på operasjonsbordet på UniSyk.

11.2 Case: Et kunnskapsbasert beslutningsforløp

Ca. klokken 09–20.30 UniSyk – et beslutningsforløp

Pasienten hadde ankommet til UniSyks akuttmottak ca. klokken ni med magesmerter, via sin fastlege, som hadde konferert med en av de vakthavende kirurgene på UniSyk. Pasienten var blitt tatt imot først av sykepleiere på akuttmottaket. De hadde vurdert pasienten til å ha behov for å bli tilsett av lege i løpet av kort tid. Sykepleierne tok derfor raskt kontakt med turnuslege om pasienten, i tråd med akuttmottakets retningslinjer. Turnuslegen prioriterte å se på denne pasienten. Etter fem minutter hadde turnuslegen kommet til akuttmottaket og gjort en første vurdering. Turnuslegen hadde så konferert med sekundærvakten. Sekundærvakten kom etter kort tid og undersøkte pasienten selv, før han besluttet at det var behov for en CT av magen.

Mellom at beslutningen om CT ble gjort, og da bildene faktisk ble tatt, hadde nye vakthavende kirurger kommet på jobb. De nye vakthavende kirurgene fikk referert pasienten på vaktmøtet av avtroppende sekundærvakt.⁴² Pasienten hadde i mellomtiden også blitt flyttet fra akuttmottaket til en av sengepostene, hvor nye sykepleiere hadde tatt seg av pasienten. Her ble etter hvert pasienten sett på av den nye sekundærvakten, fordi sykepleieren ga beskjed om at pasienten fremsto som mer smertepreget og generelt dårligere. Sekundærvakten hadde sagt de måtte vente på at CT-bildene var tatt, før de besluttet hva de skulle gjøre, men de forordnet mer smertestillende og intravenøs væske.

Da CT-bildene var tatt, ble de først sett på av radiolog, som ringte sekundærvakten og formidlet funnene muntlig. Sekundærvakten ringte deretter B-grenist Smedstad, som tok kontakt med vakthavende overlege fordi han også ønsket hans vurdering. De tre kirurgene møttes på radiologenes demonstrasjonsrom, hvor de diskuterte og overveide mulige årsaker til funnene som CT-bildene ga dem. To tilstedeværende radiologer deltok også i denne diskusjonen.

På grunnlag av hva de tidligere kirurgene hadde rapportert i vaktmøtet, det de selv hadde funnet gjennom de kliniske undersøkelsene, og nå foreliggende blodprøve og CT-svar, besluttet kirurgene at operasjon var nødvendig. Sekundærvakten omprioriterte (i samråd med

⁴² Jeg fikk først høre om pasienten ved vaktskiftet, da de avtroppende vakthavende refererte pasientene til påtroppende. Overlegene var ikke til stede på dette møtet.

Smedstad) operasjonslisten, slik at pasienten skulle prioriteres foran to andre pasienter som også ventet på operasjon.

Tre timer etter at Smedstad, vakthavende overlege, sekundærvakten og to radiologer sammen konkluderte at pasienten måtte opereres, fortalte Smedstad meg at «kirurger må lære seg å ta beslutninger alene», «være litt risikovillige», «og bestemme oss raskt» underveis i operasjoner, på sengeposter og akuttmottaket, «vi bare gjør det» på «usikkert grunnlag». To timer etter dette igjen ble Smedstad tilkalt til operasjonsstuen.

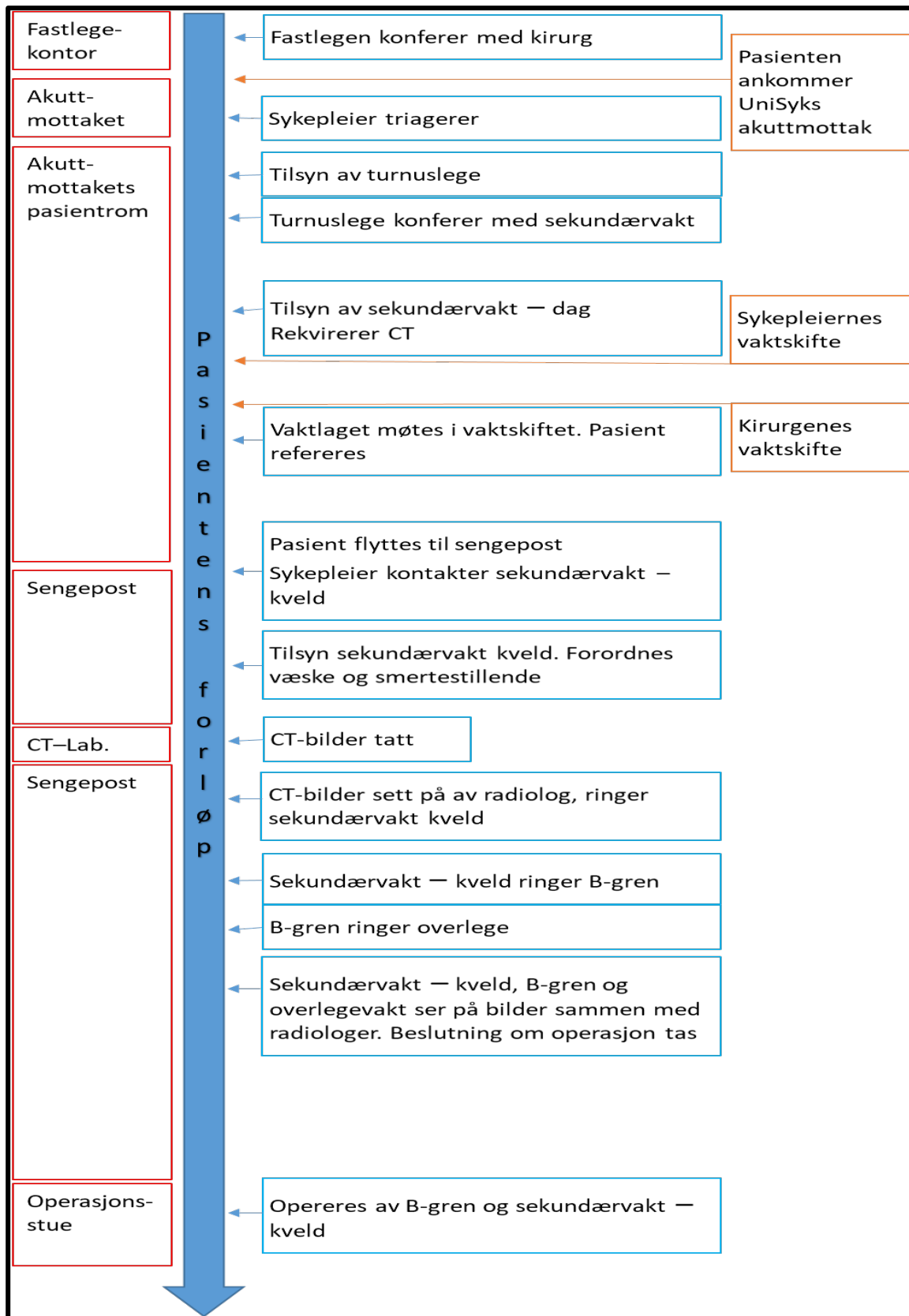
[Feltnotat]

Kontrasten mellom Smedstads utsagn og hva jeg hadde observert, var stor. Som det fremkommer av min oppsummering, var det mange som hadde vært involvert i prosessen i forkant av beslutningen av operasjonen: fastlege, turnuslege, to sekundærvakter, en overlege, en B-grenist (Smedstad) og to radiologer, i tillegg til et ukjent antall sykepleiere. En anestesilege gjorde også en vurdering før pasienten ble lagt i narkose. Beslutningen om operasjon ble ikke tatt av én kirurg alene, men av flere aktører.

Behandlings- og beslutningsansvaret ble derfor også bestemt av sykehusets temporale organisering, gjennom byttet av vakthavende kirurger i løpet av pasient- og beslutningsforløpet. Også sykepleierne ble «byttet ut» i løpet av pasientforløpet, både i forbindelse med forflytning mellom sykehusets avdelinger og ved at det ble gjennomført et vaktskifte blant sykepleierne.

Beslutningen om operasjon var dermed ikke en enkeltstående beslutning som ble tatt i temporal isolasjon, men en del av en kjede av beslutninger som ble tatt over en periode på nærmere tolv timer. Beslutningene som ledet opp til den (foreløpige) endelige beslutningen om operasjon, var også stedlig distribuert. Noen beslutninger ble tatt på akuttmottaket, andre på sengeposten (i nærheten av pasienten) og røntgenavdelingens legekontor (demonstrasjonsrommet). Når pasienten til slutt ankom til operasjonsstuen, fortsatte denne rekken av beslutninger og beslutningstagere, blant annet gjennom både kirurgenes og anestesiteamets beslutninger underveis i operasjonen. Vi snakker dermed her om kunnskapsbaserte beslutningsforløp, mer enn én beslutning, illustrert i Figur 12 (neste side).

Figur 12 Pasient- og beslutningsforløp



11.3 Kunnskapsbaserte beslutninger og betydningen av hierarkiet

Som vist tidligere foreligger det en hierarkisering av beslutningsmyndighet blant kirurgene. Samtidig påligger det den enkelte kirurg å ta de nødvendige beslutningene når situasjonen tilsier det. Når «situasjonen» ble oppfattet av kirurgene som at det var kritisk viktig å ta en beslutning umiddelbart, ga dette den enkelte kirurg større handlingsrom. Om det var snakk om akutte situasjoner som trengte umiddelbare tiltak for å stabilisere eller «redde» situasjonen, var det en forventning om at beslutninger skulle tas uavhengig av hvor i hierarkiet den aktuelle kirurgen var. En av overlegene begrunnet det slik:

Når det haster, altså virkelig haster, kan du nærmest ta hvilken som helst beslutning uten å konsultere. Når det virkelig haster, altså. Men det må jo være forsvarlig, da, og du må kunne begrunne beslutningen. Du vil kunne stå ganske trygt om det er sånn.

[Feltnotat]

Det å ta beslutninger når en sto oppe i situasjoner som var alvorlige og livstruende, var slik sett ansett som ikke bare greit, men forventet. Og som vi så over i sitatet, var det å ta beslutninger raskt også noe kirurgene holdt oppe som et kjennetegn ved det å arbeide som kirurg: «Kirurger må lære seg å ta beslutninger alene, og på usikkert grunnlag.» Oppfordringene om å lære seg å ta beslutninger og benytte muligheten til å gjøre det ble tydelig formidlet til turnuslegene fra de mer erfarne legene, her eksemplifisert av hva en sekundærvakt fortalte en turnuslege om å ta i bruk frihetsrommet:

«Du må bruke det frihetsrommet du har. Om det er noen undersøkelser som du mener er smart, så gjør du det. Tror du det er lurt med røntgen thorax, bestiller du det. Samme med ultralyd eller røntgen oversikt abdomen. Du trenger ikke godkjenning [av en annen lege]. Og så kan du legge inn ventrikkelsonde om du synes det er lurt. Det kan du ha som ryggmargsrefleks.»

[Feltnotat]

Samtidig som kirurgene jeg diskuterte dette med, var enig i at leger, og da spesielt kirurger, måtte kunne ta beslutninger på egen hånd, var det ikke alltid like klart hvilke beslutninger som de forskjellige kategoriene av kirurger kunne ta når det *ikke* hastet. Det forelå ganske ulike oppfatninger om hva som var innenfor deres mandat. Dette var spesielt tydelig når kirurgene måtte ta stilling til ikke å gjenopplive eller ikke sette i gang intensivbehandling dersom det oppsto hjerte- eller respirasjonsstans hos pasienter, og hvor resultatet av en slik

beslutning ville være at pasienten dør. Dette er beslutninger som ofte i den kliniske hverdagen blir omtalt som *HLR minus* (Skårdal & Førde, 2018).⁴³

Beslutninger om ikke å starte gjenoppliving eller intensivering av den medisinske behandlingen av alvorlig syke pasienter var noe som kirurgene, og da spesielt B-grenistene og sekundærvaktene, jevnlig måtte ta stiling til når de hadde vakt. Samtidig observerte jeg at kirurgene var usikre på, og til dels uenig i, hvem som faktisk kunne ta beslutninger av denne alvorlige typen. B-grenist Smedstad var en av kirurgene jeg observerte mens han tok beslutninger om HLR minus. Han var av den oppfatning at slike beslutninger klart lå innenfor hans kompetanseområde, noe følgende feltnotat viser. Smedstad har sett til en eldre, meget syk kvinne operert tidligere på dagen. Pasienten ligger nå inne på den postoperative avdelingen for nøye overvåking, Tilstanden er stabil, men alvorlig:

På vei ut fra avdelingen gir Smedstad beskjed til sykepleieren om at han kommer til å skrive en HLR minus på pasienten: «Jeg tror ikke at hun vil tjene på at vi starter opp med gjenoppliving.»

Sykepleieren svarer kun: «Ok, men du skriver det i journalen?»

Smedstad: «Ja. Men jeg snakker med datteren først. Så hun er orientert.»

Han går ut til et rom litt nede i gangen, hvor datteren sitter. Han spør: «Er det datteren til Hansen?» Smedstad går frem og håndhilser: «Tom, lege på gastrokirurgisk avdeling. Jeg vil gjerne snakke litt med deg om moren din.» Han setter seg ned i den ledige stolen, samtidig som han introduserer meg.

«Din mor er alvorlig syk. Som du vet, så ble hun operert for en hull i tarmen i dag. Selve operasjonen gikk bra.» Han beskriver hva de har gjort, at det er lagt ut tarm, men at de ikke vet hvordan det vil gå. «Hun er jo en eldre dame. Og jeg tror ikke hun vil tjene noe på at vi gjør alt vi kan dersom det oppstår store problemer nå.» Han forklarer at dersom hun får hjertestans, så ønsker ikke Smedstad at man skal begynne med hjerte-lunge-redning. Og han ønsker heller ikke å begynne med respiratorbehandling dersom hun får alvorlige problemer med å puste av egen kraft.

«Vi tror jo hun kommer til å stå over denne, men om det viser seg at det oppstår store alvorlige problemer, tenker jeg at det beste vil være å la henne dø. Jeg vet ikke hva du tenker om dette? Har hun sagt noe om hva hun selv vil? Har hun snakket med deg om det?»

Datteren, som nå sitter med tårer i øynene, forteller at moren hennes har gitt uttrykk for at hun ikke vet om hun vil leve lenger i tidligere samtaler med sine barn. Datteren sier de er innforstått med at moren er «veldig, veldig syk». Smedstad sitter og lytter mens datteren

⁴³Helsedirektoratet har utgitt en nasjonal veileder, *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling* (2013), som tar opp viktige aspekter ved slike beslutninger. Det medisinskfaglige grunnlaget for slike beslutninger, juridiske og etiske vurderinger tar jeg ikke opp her.

snakker. Han avbryter ikke. Datteren sier underveis: «Jeg synes dette er veldig trist. Men vi er jo innforstått med at hun er gammel. Og hun har slitt lenge.»

Smedstad: «Nå får vi se hvordan dette går. Og vi kommer til å passe godt på henne. Vi håper det ikke blir noen problemer. Men jeg syntes det var viktig å fortelle dere det, og høre hva dere mente. Jeg kommer til å se innom igjen senere i kveld. Og om det er noe du vil prate med meg om, så si fra til sykepleierne, så kan jeg komme opp igjen.» Smedstad reiser seg opp, «Da snakkes vi».

På utsiden går han til anestesilegenes kontor, hvor vakthavende anestesioverlege sitter. Smedstad forteller at han har snakket med pasientens datter, og at hun er informert om at det ikke vil bli satt i gang gjenoppliving eller intensivering av behandlingen. Anestesioverlegen svarer: «Så da skal vi ikke intubere pasienten? Det høres fornuftig ut. Skriver du i journalen nå?» Smedstad svarer han skal notere i journalen at han har snakket med datteren, og at han har besluttet HLR minus.

[Feltnotat]

Måten Smedstad her tar HLR minus-beslutningen på, viser at han selv ikke er i tvil om at han kan ta denne beslutningen, en beslutning som selvfølgelig har store konsekvenser dersom pasienten blir dårligere. Smedstad har ikke behov for å konsultere med andre kirurger eller leger, men gir beskjed til anestesilegen om at beslutningen er tatt. Feltnotatet viser også at beslutningen om HLR minus ble tatt før han snakket med anestesilegen, ved at han ga beskjed til sykepleieren om det på vei ut av rommet. Sykepleierens «OK, men skriver du det ned i journalen?» indikerer videre at hun ikke setter spørsmålsteget ved at B-grenisten tar slike beslutninger.

Jeg observerte Smedstad ved flere anledninger ta beslutninger om dette, og han utviste alltid en trygghet i at dette lå innenfor hans legitime beslutningsområde. Tydeligst og mest spissformulert kom dette frem på natten når han kom ned til akuttmottakets vaktbase. Turnuslege og primær- og sekundærvakt hadde fått inn en alvorlig syk pasient, og diskuterte hvorvidt det var aktuelt å journalføre en HLR minus.

Sekundærvakten forklarer at pasienten har kreftsykdom som det tidligere er besluttet ikke skal gjøres noe operativt med. Nå har hun kommet inn med en pågående blødning. Smedstad lurer på om det er avklart om de skal starte gjenoppliving: «Vi bør tenke på hva vi skal gjøre dersom det blir forverring av tilstanden.»

«Dette er ikke noe vi tar stilling til», sier primærvakten og peker på seg selv og sekundærvakten, før han fortsetter: «Det må noen av de gamle gjøre.»

«Jeg er vel gammel nok til det», svarer Smedstad, noe de andre sier seg lattermildt enig i. Etter en meget rask oppsummering av pasientenes sykehistorie, nåværende tilstand, sosiale forhold og de tiltakene som er tenkt i med hensyn til blødningen, avrunder primærvakten ved å si

«HLR minus bør være uaktuelt». «Da var jo det avklart, da», sier Smedstad

[Feltnotat]

For primær- og sekundærvaktene fremsto det klart at de ikke kunne ta slike beslutninger, mens det ikke er tvil om at Smedstad mente at dette var noe han kunne gjøre. Episoden på vaktbasen viser dermed tydelig at det kirurgiske stillingshierarkiet gjør seg gjeldende i de kunnskapsbaserte beslutningsprosessene. Det var likevel ikke alle B-grenistene som var av samme oppfatning som Smedstad om hvilken beslutningsmyndighet de hadde.

B-grenist Hansen hadde omtrent like lang fartstid som kirurg som B-grenist Smedstad, og begge nøt tydelig respekt for sine ferdigheter og kunnskaper som kirurger blant overleger og andre LIS-leger. I en periode på fem etterfølgende dager fulgte jeg Hansen som vakthavende B-grenist. Hver dag i løpet av denne perioden gikk han visitt på den samme pasienten på en av sengepostene. Pasienten var en eldre, dement kvinne med alvorlig kreft med spredning. Pasienten hadde blitt akutt operert og blitt fulgt opp av Hansen siden hun ble lagt inn på hans første vakt denne uken. Allerede den første dagen jeg fulgte Hansen, hadde han nevnt at han syntes det var gode grunner til å journalføre HLR minus på pasienten. Han forsøkte å ta dette opp med de visittgående overlegene underveis i et morgenmøte, men fikk ikke noen uttalt støtte på at dette var en riktig beslutning. Men jeg hørte heller ingen som motsatte seg en slik beslutning. B-grenist Hansen uttrykte i samtale med meg sin frustrasjon over kollegenes manglende vilje til å ta et klart standpunkt knyttet til denne beslutningen. Sykepleierne på avdelingen stilte gjentatte ganger Hansen spørsmål om hvorvidt det ikke ville være riktig «å sette henne på HLR minus». De fremsto som å ha en klarere oppfatning om hva de mente ville være den riktige beslutningen. Hansen fremholdt i flere av samtalene med sykepleiere, andre B-grenister og overleger at han mente de burde avstå fra å behandle pasienten dersom situasjonen skulle forverre seg. Likevel var dette en beslutning som han ikke selv opplevde å kunne ta. Hansen journalførte derfor ikke noen slik beslutning. I samtale med meg om hvorfor det var så vanskelig for ham å ta denne konkrete beslutningen, svarte han:

Dette er en alvorlig beslutning. Men jeg *vet* egentlig hva som er riktig her. Vi *kan ikke* begynne med gjenoppliving av henne eller starte å legge henne på respirator. Hadde jeg vært overlege, hadde jeg kanskje hatt mer guts til å si nei til videre behandling.

[Feltnotat]

Min forståelse av Hansens vanskeligheter med å beslutte dette på egen hånd var at han opplevde en usikkerhet rundt i hvilken grad det ville være legitimt for ham *som B-grenist* å ta

denne beslutningen fordi han ikke var overlege. Som vi så over, stilte dette seg annerledes for Smedstad, som i situasjonen fra akuttmottaket anså seg selv som «gammel nok» til å kunne ta slike beslutninger. Tilsvarende forskjeller mellom hvordan de enkelte kirurgene vurderte dette, fant jeg også mellom de andre B-grenistene. Samtidig overvar jeg også en av sekundærvaktene fatte og journalføre HLR minus på en pasient inneliggende på en sengepost, uten forutgående konsultering med en overlege. Dette i motsetning til sekundærvakten i forrige eksempel, som ikke anså seg for å være «blant de gamle». Det var altså forskjellige oppfatninger om viktigheten av å være overlege knyttet til noen beslutninger.

Også blant overlegene forelå det forskjellige oppfatninger om hvem som kunne ta beslutninger av denne typen. To av overlegene understreket i samtale med meg at det var viktig at alle kirurgene var i stand til, og *villig* til, å ta slike beslutninger. Begge understreket samtidig at det var viktig å diskutere det med kollegiet før beslutningen ble tatt. Videre anså de det som naturlig at overlegene ble involvert i diskusjonene og avveiningene knyttet til HLR, også på vakttid. En av de mest erfarne overlegene uttalte at det å beslutte HLR minus eller ikke å igangsette intensivbehandling burde gjøres av en overlege: «Det å ta denne typen avgjørelser. Nei, da bør man vel være overlege.» Hvem som kan ta denne typen beslutninger, handler derfor i mindre grad om hva som er riktig beslutning, men mer om hvordan de vurderte sin egen beslutningsmyndighet. Det var ulike oppfatninger om denne beslutningsmyndigheten, mellom kirurgene, selv med tilnærmet lik formell kompetanse og fartstid som kirurg.

Den enkelte kirurgs rom for å ta kunnskapsbaserte beslutninger, her eksemplifisert av beslutninger om HLR minus, er altså ikke å anse som en gitt størrelse. Vi kan kanskje tilskrive dette forskjellige personlighetstrekk eller «styles of surgeons» (Katz, 1999:65; Stevens, 2013), men vel så mye kan det forstås som at beslutningsmyndighet er en vurderings- og forhandlingssak som utfolder seg i et intrikat samspill mellom formelle regler, strukturelle og temporale forhold og enkeltaktører.

11.4 Kunnskapsbaserte beslutninger og gjennomføringslojalitet

Når en kunnskapsbasert beslutning først var tatt, var det en observerbar forventning om at kirurgene som «tok over stafettpinnen», forholdt seg lojalt til denne beslutningen. Det forelå hva jeg kaller en norm om gjennomføringslojalitet.

Segmenterte beslutningsforløp med flere etterfølgende beslutningstagere, som resultat av organisert temporal diskontinuitet, kan under visse forutsetninger føre til bedre kollegial kontroll av de kunnskapsbaserte beslutningene som tas. Dette forutsetter dog at den eller de andre legene som får innsyn i disse beslutningene, og eventuelt skal handle ut fra dem, er villige til å endre på disse. Som vi så i kapitlene fra morgenmøtet, var dette noe mange syntes var vanskelig. Blant annet fordi de da måtte endre på beslutninger som var tatt av mer erfarne kirurger. Dette var da også en erkjennelse som flere av legene og avdelingslederen hadde og formidlet både til hverandre og meg, men som det stadig var vanskelig å gjøre noe med. Det var eksempelvis forholdsvis sjelden at underordnede leger på vakt endret på beslutninger som var tatt av overleger, dersom det ikke hadde skjedd dramatiske endringer i pasienters tilstand som skulle tilsi at planer som var lagt, ikke ville fungere.

Ledelsen anførte på morgenmøter at det var viktig at operatørene gjorde selvstendige vurderinger av operasjonsindikasjon for pasienter som skulle opereres planlagt. Det ble også understreket av ledelsen og de mest erfarne kirurgene på avdelingen at dette også gjaldt i det kontinuerlige vaktarbeidet. Samtidig var det i vaktarbeidet en observerbar forventning blant de vaktgående kirurgene om at en skulle forholde seg lojalt til tidligere beslutninger tatt tidligere av kirurgene som hadde gått for dagen eller ikke var til stede.

Underveis i vaktarbeidet var det oftere sykepleierne enn pasientene som etterspurte endringer av tidligere fattede beslutninger. For eksempel kunne det være spørsmål om hvorvidt pasienten skulle skrives ut eller ikke. Når sykepleierne spurte kirurger om ikke pasientene *egentlig* var utskrivningsklare, svarte ofte den vakthavende kirurgen at han eller hun ikke ville endre på beslutningene som var tatt, selv når han eller hun kunne si seg enig i at pasienten egentlig burde være klar til utskriving. Tilsvarende gjaldt ordinerer av medisiner til enkeltpasienter. Var forordningen først gjort av en annen lege, var det ikke ofte at den etterfølgende legen ville endre på denne, selv om han heller hun var enig om at det ville kunne være fornuftig.

Ved flere anledninger overvar jeg samtaler mellom kirurger og sykepleiere hvor kirurgen som gikk visitt eller ble tilkalt for å se på en pasient, sa seg enig i at endringer av medikamenter kunne være på sin plass, men hvor de likevel unnlot å gjøre disse endringene. Begrunnelsene varierte, men det var ikke uvanlig at de refererte til at legen som i første omgang hadde forordnet, eller latt være å forordne, medikamentet «sikkert hadde en plan», eller «hadde en grunn til» at det var forordnet som det var. Den som ble spurt om å gjøre endringer, ga

dermed uttrykk for at det kunne være forhold som ingen andre enn den opprinnelige beslutningstageren hadde innsikt i. Sykepleieres forespørsler av denne typen resulterte således sjelden i endringer. Legenes lojalitet overfor hverandres beslutninger så ut til å være viktig, selv når kirurgene selv ga uttrykk for at de mente det var gode grunner til å gjøre endringer.

Et tydelig eksempel på dette observerte jeg i forbindelse med en pasient som avdelingen hadde hatt inneliggende over flere perioder. I løpet av feltarbeidet mitt var han innlagt minst fire ganger. Hver gang lå han inne mellom fire dager og en uke. Jeg ble fortalt at slike innleggelseser hadde foregått over minst ett år. Pasienten hadde en lidelse som i perioder på noen dager kunne være svært smertefull. Ingen av legene tvilte på det. Ingen tvilte heller på at pasienten hadde behov for morfin og liknende smertestillende midler når smertene oppsto.

Overlege Engstrøm, som hadde gått visitt på sengeposten da pasienten denne gangen ble lagt inn, tvilte ikke på at pasienten hadde smerter, men han var samtidig av den oppfatning at hyppigheten av innleggelsene og behovet for opioider ikke «var helt vanlig». Engstrøm lurte på om pasienten «ikke er litt vel glad i morfin», og antydte med det at behovet for mengdene av morfin som pasienten ba om, kunne skyldes om ikke en begynnende avhengighet så i hvert fall et ønske om rus. Derfor forordnet han morfinpreparater med et maksimalt antall doser i døgnet som var lavere enn det pasientens tidligere forbruk eller behov (alt etter som man ser det) hadde vært de siste døgnene. Videre ga Engstrøm muntlig beskjed til sykepleierne om at dette måtte overholdes, og at andre leger ikke måtte endre på doseringen. Sykepleieren som fikk denne beskjeden, uttrykte at hun trodde det ville være for lite smertestillende, og at det ville «bli mye styr ut av dette». Hun trodde pasienten ville protestere høylytt mot at han ikke ville få mer enn det som var skrevet ned. Engstrøm endret likevel ikke forordningen – «Vi får se hvordan det går. Men dette får holde.»

Neste dag var Engstrøm ikke til stede, og det var derfor overlege Oppegård som satt sammen med en annen sykepleier og gikk gjennom pasientene på visitt. Sykepleieren forteller da at pasienten hadde sovet svært lite, at han hadde bedt om få morfin utover det som var forordnet, men at dette var blitt avslått av både vakthavende B-grenist og overlege, med begrunnelsen at Engstrøm forrige dag hadde sagt at pasienten ikke skulle ha mer.

Sykepleieren forklarte Oppegård at pasienten utover natten i tillegg til å fremstå som smertepreget hadde blitt svært sint på sykepleierne fordi han ikke opplevde å få nok smertestillende. Det ble likevel ikke gitt mer enn det som opprinnelig var satt opp av

Engstrøm. Igjen spør sykepleieren Oppegård om pasienten kan få mer smertestillende. Oppegård svarer ham: «Det kan jo være at vi bør øke dosene, eller endre på regimet. Men vi får høre med Engstrøm først.» Det ble ingen endring i løpet av visitten, selv etter at de hadde snakket med pasienten. Pasienten sa selv at smertene var «ille», og at han ikke skjønnte hvorfor han ikke kunne få mer. Oppegård svarte pasienten at «Vi får se an utover dagen», og antydte med det at det kunne være at han kunne få mer om smertene ikke ble bedre.

I etterkant av denne samtalen viste det seg at Engstrøm, som i første omgang hadde ordinert det som ble vurdert til å være for lite smertestillende, ikke var tilgjengelig. Følgelig fikk heller ikke de to overlegene snakket sammen. Mot slutten av dagen kontaktet sykepleieren Oppegård igjen og ba om å få gi pasienten mer. Igjen avslo han dette. «Nei, jeg tror vi får forholde oss til det som ble bestemt i går, om det ikke skulle skje noen dramatiske endringer», var svaret han ga.

Som vi ser av dette beslutningsforløpet, som i andre forløp jeg observerte, forelå det en lojalitet overfor hverandres kunnskapsbaserte beslutninger, selv når det kunne skape vanskelige situasjoner for pasienter og sykepleiere. I dette konkrete tilfellet uttrykte også Oppegård at endringer etter hans syn kanskje burde gjøres, men han besluttet likevel ingen endring. Dette illustrerer med tydelighet at beslutninger tatt av andre innskrenker eller «binder» de etterfølgende beslutningstagernes handlingsrom. Selv når den kliniske tilstanden rapporteres til å endre seg. Spørsmålet er da hvorfor kirurgene ikke gjør de endringene de selv mener er riktige?

I dette tilfellet var det en likestilt overlege som ikke ønsket å gjøre om på ordineringsen av smertestillende. Det var altså ikke slik at det forelå et under- og overordnet forhold mellom dem. Begge var erfarne gastrokirurger med omtrent like lang erfaring. Og det var heller ikke slik at de ellers i løpet av feltarbeidet mitt fremsto som å ha forskjellig faglig tyngde i de diskusjonene jeg overvar. De var så langt jeg kunne se, likestilte organisatorisk, faglig og sosialt i avdelingen. Det var altså lite sannsynlig at det var en slik uformell sosial rangordning som gjorde at beslutningen forble uendret.

Slik jeg oppfattet det, var det heller ingen andre åpenbare grunner til at endringer ikke ble gjort. Den mest nærliggende grunnen er, slik jeg vurderer det, at det i det daglige arbeidet foreligger en oppfatning blant kirurgene om at de skal være lojale mot hverandre, og at dette er en «default» innstilling som kirurgene hadde. En slik kulturelt betinget lojalitet er også

beskrevet av andre studier. Det skulle eksempelvis grove feilvurderinger og -behandlinger til før legene Freidson (1975) og Bosk (2003) studerte, meldte fra.

Denne «default»-innstillingen om lojalitet gjaldt på den andre siden ikke nødvendigvis *omtalen* av beslutningene som ble gitt blant avdelingens kirurger. I mindre grupper av kirurger overvar jeg flere tilfeller hvor kirurgene kritiserte sine kollegers beslutninger, selv når de selv hadde bistått i gjennomføringen av disse beslutningene. Også overfor andre leger og sykepleiere kunne kirurgene være åpenlyst kritiske og uttrykke seg i tydelige ordelag om at de var uenige i vurderingen, og likevel ikke endre på beslutningen. Så selv når kirurgene var uenig i beslutningene som var tatt, lot de beslutningene bestå uforandret. Slik sett handlet denne lojaliteten om hva en kan kalle «gjennomføringslojalitet», mer enn «vurderingslojalitet». Sagt på en annen måte avkreves det ingen lojalitet i de konkrete medisinske vurderingene av hva den enkelte kirurg mener *bør* gjøres, men det avkreves lojalitet med hensyn til at *beslutninger* som er tatt, *skal gjennomføres*.

11.5 Når normen om gjennomføringslojalitet oppfattes som brutt

Jeg observerte svært få konflikter og uoverensstemmelser mellom kirurgene i vaktarbeidet. Det var mye som tydet på at det var konfliktdempende at vaktlagets arbeidsdeling kom i stand gjennom samtaler, at det var en jevnlig utveksling av informasjon mellom og konsultering med de vakthavende, og at det forelå en norm om gjennomføringslojalitet. Samtidig var det nettopp når en kirurg oppfattet at gjennomføringslojaliteten var brutt av en eller flere kirurger, at de mest konfliktfylte episodene oppsto.

Et meget tydelig eksempel på dette observerte jeg da den svært erfarne gastrokirurgiske overlegen Erlend Falk på vakt *ikke* gjennomførte en gastrokirurgisk operasjon som overlege Nordbø fra en annen kirurgisk spesialitet mente han hadde besluttet skulle gjennomføres.

Pasienten var kritisk syk, operert noen få dager før og fått fjernet store deler av tykktarmen. Pasienten var formelt innlagt på Nordbøs avdeling. Nå var tynntarmen til pasienten ikke-fungerende, pasienten var i løpet av siste døgn blitt tiltagende dårlig og lå nå på intensivavdelingen. Ved nitiden på morgenen ble det gjennomført en visitt hos pasienten. Til stede var overlegene Falk og Reitan fra gastrokirurgisk avdeling, anesthesi- og intensivleger, og overlege Nordbø fra pasientens «moderavdeling». I løpet av diskusjonene som foregikk underveis i visitten, ble forskjellige alternativer vurdert, men Nordbø mente at det beste

alternativet var å operere pasienten så raskt som mulig for å kunne se hvordan det så ut i buken, og om det var noe å gjøre. Han formidlet dette tydelig før han måtte forlate visitten før den var ferdig. Det viser seg i etterkant at han mener at beslutningen om at operasjonen skulle gjennomføres, ble endelig tatt under dette møtet.

Falk og de andre tilstedeværende legene derimot fortsatte diskusjonene om handlingsalternativer. Falk ønsket CT-angiografi av magen, en radiologisk undersøkelse som kan kartlegge blodforsyningen til pasientens tarm, før han skulle operere. Falk rekvirerte dette. Etter kort tid ble pasienten kjørt til radiologisk avdeling for disse undersøkelsene. Undersøkelsene viste at pasientens gjenværende tarm nærmest ikke hadde blodforsyning, og radiologene forsøkte der å «stente» (blokke ut) noen av blodårene for å bedre sirkulasjonen til tarmen. Dette hadde ikke lyktes.

Det er gått fem timer fra visitten ble avsluttet, til pasienten er ferdig med de radiologiske undersøkelsene og forsøkene på utblokking av blodårene. Falk, som nå står sammen med en av B-grenistene, møter Nordbø på intensivavdelingen igjen. Falk blir spurt om pasientens tilstand, og Falk beskriver funnene fra den radiologiske undersøkelsen. Det er først nå Nordbø oppfatter at pasienten ikke er operert. Nordbø fremstår som rolig og behersket, men er noe anstrengt i stemmen når han forstår på Falk at dette ikke er gjort.

Nordbø: «Jeg visste ikke at dere hadde forsøkt å stente pasienten. Jeg visste ikke engang at det i det hele tatt var bestilt angio på ham! Jeg blir skikkelig provosert over at radiologene har hengt over pasienten i fem timer og utsatt nødvendig behandling. De har ikke noe med å prøve dette! Jeg er mektig provosert over at dere setter i gang med dette, når jeg har bestemt at pasienten må åpnes for at vi får sett [hvordan det ser ut i buken].»

Falk starter med å si: «Det var ikke meningen å gjøre ting feil.» Han beklager at han ikke ringte for å informere. Så fortsetter han med å gi en begrunnelse for de valgene han har tatt i tilknytning til denne pasienten. Nordbø er stille mens Falk forklarer seg.

Når Falk synes ferdig, uttaler Nordbø: «Det er viktig for meg å si at jeg er helt uenig i de vurderingene dere har gjort. Det er helt uforståelig at dere ikke hørte med meg før dere begynte med andre intervensjoner på denne pasienten. Dette var en pasient jeg hadde ansvaret for, og når jeg har bedt om at gastrokirurgene skulle laparotomere [åpne buken på] denne pasienten, så hadde ikke dere noe med å sette i gang andre ting i korridorene uten at jeg får greie på det.»

Falk begynner igjen å forklare hva han hadde tenkt, før Nordbø sier: «Jeg er helt uenig i håndteringen. Jeg vil skrive et notat i journalen hvor jeg skriver at jeg er uenig i behandlingen, og at jeg anser at pasienten er tatt over av gastrokirurgisk avdeling. Jeg forventer at dere skriver et overflytningsnotat og epikrisen, og samtaler med pasientens pårørende. For det har ikke jeg tenkt til!»

Nordbø går i retning av døren, når Falk rolig sier: «Jeg tar alt ansvar for alle handlinger og feil som er gjort. Du kan gå og vaske dine hender rene.»

Nordbø svarer sint tilbake: «Dette har ingen ting med å vaske mine hender rene, men at jeg er uenig i de valgene dere har tatt. Jeg håper pasienten kommer godt ut av det.»

[Feltnotat]

Som vi har sett, kan kunnskapsbaserte avgjørelser i vaktarbeid være avkoblet fra de etterfølgende skrittene i pasientbehandlingen, fordi kirurgen har gått av vakt, hjem etter dagarbeid, eller er opptatt med andre arbeidsoppgaver, slik tilfellet med Nordbø viser. Gjennomføringslojaliteten fører til at kirurgene kan være rimelig sikre på at beslutninger knyttet til behandlingsplaner overholdes av etterfølgende beslutningstager.

11.6 Gjennomføringslojalitetens legitime unntak

Det er et viktig og gjennomgående unntak fra gjennomføringslojaliteten beskrevet over. Unntaket er knyttet til beslutninger om rekkefølgen på pasienter som skulle opereres som øyeblikkelig hjelp-programmet. Rekkefølgen på operasjonspasienter er det observerbare utfallet av prioriteringer og vurderinger gjort fortløpende av vaktteamet.

Rekkefølgen på operasjonspasientene ble svært ofte endret på i løpet av et døgn. Dette var kunnskapsbaserte beslutninger som ble gjort av sekundærvaktene i samarbeid med vakthavende B-grenist. I det kontinuerlige vaktarbeidet var mitt inntrykk at denne typen kunnskapsbaserte beslutninger var underlagt en kontinuerlig og vedvarende revurdering, som ofte medførte endringer. Ingen beslutning om prioritering var sikker før pasienten var liggende på operasjonsbordet, med kirurgene til stede. Dette gjaldt uavhengig av hvem som i første omgang hadde besluttet at pasientene skulle opereres.

I prioriteringene av hvem som skulle opereres først, var det det til enhver tid tilstedeværende vaktteamets medisinske vurderinger som avgjorde hvem som «først blir lagt på bordet». Jeg observerte gjentatte ganger at pasienter som overleger på dagtid hadde satt opp på øhjelpsprogrammet, og hvor beslutningstager hadde insistert på at det var viktig at pasienten ble operert, ble skjøvet på til neste dag fordi vaktteamet besluttet noe annet. Jeg observerte også flere ganger at vaktteamet strøk pasienter fra operasjonsprogrammet, selv når disse var satt opp av overleger. De fleste tilfellene av dette gjaldt sårrevisjoner eller prosedyrer som inngikk i en utredning (eksempelvis gastro- og endoskopier). Men også større kirurgiske inngrep ble strøket fra programmet. Begrunnelsene fra vaktteamets side varierte. Oftest var det kombinasjonen av programmets omfang og vaktteamets oppfatning om den reelle

hastegraden som var begrunnelsen for strykningene. Ved ett tilfelle jeg observerte, var begrunnelsen fra en av de erfarne B-grenistene at det var en for komplisert prosedyre å gjøre på nattestid: «Om dette går skeis, må vi ha infrastrukturen og kompetansen på plass. Det har vi ikke klokken tre på natten. Da er det bedre å vente.» En begrunnelse for å avvente operasjon på pasienter var også at det ble gjort «bedre kirurgi på dagtid enn på nattestid. Vi prøver å ikke operere mellom klokken to og fem om vi ikke må».

I de vurderingene som vaktteamet gjorde, var det «øyeblikksbildet» til vaktteamet som var førende for prioriteringene som ble gjort. Det betyr ikke at vaktteamet ikke tok med i betraktningen at «noen» hadde vurdert den enkelte pasienten til å måtte prioriteres. Det gjorde de helt tydelig. Men i motsetning til tilfeller av det slaget jeg viste over knyttet til smertebehandling, hvor det forelå en klar og uttrykt gjennomføringslojalitet til beslutningene, ble det ikke bare gjort en selvstendig vurdering av hver enkelt pasient, men denne vurderingen ble i større grad fulgt opp av en selvstendig og ny beslutning. I disse prioriteringene forelå det altså i større grad en faglig autonomi enn det det kunne synes som det gjorde knyttet til andre beslutninger.

Hva er det som gjør at det forelå mindre gjennomføringslojalitet knyttet til denne spesielle kunnskapsbaserte beslutningen, sammenliknet eksempelvis med smertebehandling?

En viktig grunn til at prioriteringer på operasjonslisten var mindre preget av gjennomføringslojalitet, er knyttet til at vaktteamet er de eneste som er organisatorisk, temporalt og stedlig posisjonert/plassert til å kunne vurdere et stort antall stedlig distribuerte pasienters behov *opp mot hverandre*. Denne posisjonen gjør dem både medisinskfaglig, organisatorisk, juridisk og moralsk ansvarlige for å gjøre selvstendige vurderinger knyttet til disse prioriteringene. De til enhver tid tilstedeværende kirurgene er således *forpliktet* til å endre prioriteringene om de vurderer det nødvendig. Det enkle, men svært alvorlige utgangspunktet er at om vaktteamet *ikke* prioriterer og gjør endringer, så vil konsekvensene helt sikkert være medisinskfaglig uforvarlige. Pasienter vil dø. Dette i seg selv gir denne typen endringer av prioriteringer legitimitet.

Samtidig har de vakthavende kirurgene, og da særlig sekundærvakten og B-grenisten, oversikt over de tilgjengelige ressursene på operasjonsavdelingen og tilgrensende enheter. Deres posisjon som *sammenkjedingsagenter* for sitt eget og delvis for vaktteamets arbeid i en *temporalt segmentert og stedlig distribuert og fragmentert organisasjon* gjør at de arbeider

uten kontinuerlig kontroll og overoppsyn av andre. Kontrollen av arbeidet som gjøres, foregår stort sett kun i etterkant, og først og fremst dersom det oppstår observerbare komplikasjoner som forholdsvis enkelt kan knyttes direkte til de beslutningene som er tatt. Så lenge komplikasjonene ikke oppstår, legger de organisatoriske forholdene rundt vaktarbeidet til rette for å gjennomføre omprioriteringer uavhengig av andres tidligere beslutninger. Endringene oppdages ikke. Når kunnskapsbaserte beslutninger endres og det er kort temporal og stedlig avstand mellom beslutningstagerne derimot, vil det øke faren for at brudd på normen om gjennomføringslojalitet fanges opp og konflikter oppstår. Tilfellet med overlegene Falk og Nordbø er et eksempel på det.

11.7 Avsluttende kommentarer

Analysene av kirurgenes muligheter til å ta logistikkbaserte beslutninger i vaktarbeidet viste *at det ofte ikke er den enkelte kirurg som er igangsetter av det arbeidet som gjøres.*

Beslutninger som blir tatt *nå*, inngår i en kjede av andre beslutninger og hendelser; tidligere beslutninger om hva som skal gjøres *når*, er ofte (men ikke alltid) basert på kunnskapsbaserte beslutninger tatt tidligere; hendelser som fordrer et sett av beslutninger av kunnskapsbasert og logistikkbasert art som må ta hensyn til andres beslutninger. Disse tidligere beslutningene har konsekvenser for kirurgens mulighetsrom for å ta egne beslutninger *nå* og *senere*, som igjen har konsekvenser for etterfølgende, men også samtidige/parallele ledd i denne og også andre kjeder. Det er derfor mulig at rekken av forskjellige beslutninger i stedet for å bli beskrevet som beslutningskjeder bedre kan beskrives som beslutningskaskader. En beslutning har følger for mange deler av helheten. En beslutning, eksempelvis at én pasient skal prioriteres fremfor en annen, har konsekvenser for pasientene som blir nedprioritert, andre kirurger, en lang rekke sykepleiere osv. Ringvirkningene av eller dønningene fra en beslutning når utover i systemet, dog uten at aktørene lengst ute kjenner til hvilken beslutning eller hendelse/situasjon som startet det.

Siden vakthavende kirurger relativt sjelden møter de samme pasientene igjen neste dag grunnet den temporale og stedlige organiseringen av avdelingen, inngår dermed kirurgens beslutning kun som en del av en lang rekke andre beslutninger. Det er derfor også vanskelig for den enkelte kirurg å sikre at hans eller hennes tanker om hva som skal skje videre, faktisk blir gjort i samsvar med de planene han eller hun hadde lagt. Den temporale segmenteringen i beslutningsforløpene er dermed også potensielt en begrensende faktor for kirurgenes autonomi; kirurgens avgjørelser kan endres av andre ved en senere anledning uten at de

konfererer med hverandre først. Det at ens egne beslutninger svært ofte *i prinsippet* kan gjøres om på av andre, kan være en grunn til at de selv avstår fra å endre på andres beslutninger. Ved å vedlikeholde en kultur innenfor det kirurgiske miljøet hvor det skal mye til for å endre andres beslutninger, sikrer man samtidig at egne beslutninger gjennomføres.

Om denne analysen medfører riktighet, er det også grunn til å tro at gjennomføringslojalitet ikke bare bidrar til å redusere mulighetene for faglige og personlige konflikter mellom kirurgene, men også må forstås som et aspekt av den enkelte kirurgs forsøk på å sikre seg at ens egne beslutninger blir gjennomført. Gjennomføringslojalitet kan derfor også forstås som et forsøk på å sikre egen profesjonell autonomi.

12 Visittarbeidet – samtidighet, avstand og kollektiv alenegang

Dagarbeitets arbeidsposisjoner kjennetegnes av at de har en klar begynnelse og slutt.

Dagarbeidsøkten begynner på morgenmøtet klokken 07.30 og er planlagt avsluttet klokken 16.30. Som ved alle andre arbeidsposisjoner skal i utgangspunktet en enkelt lege besette kun én slik arbeidsposisjon om gangen (jf. kap. 7.1). I motsetning til i vaktarbeidet er hovedregelen i dagarbeidet at det ikke foretas en umiddelbar overdragelse av arbeidsoppgavene. Så fremt det ikke tilkommer spesielle hendelser, skal det ikke være nødvendig for andre leger å ta over oppgavene samme dag. «Stafettpinne» fra dagarbeidets posisjoner legges ned, frem til noen kommer og plukker den opp neste dag.

I presentasjonen av arbeidsplanene i kapittel 7.1 viste jeg en arbeidsplan for en uke som inneholdt alle arbeidsposisjonene ved gastrokirurgisk avdeling. I arbeidsplanen var det plassert inn en rekke navn som skulle inneha de forskjellige posisjonene og dermed dekke det sett av arbeidsoppgaver som fulgte med. Hver arbeidsposisjon anga ikke bare type arbeid, men i de fleste tilfeller hvilken geografisk del av sykehuset en skulle befinne seg på. De fleste arbeidsposisjonene er knyttet til et geografisk avgrenset rom eller område, være på *operasjonsstue*, ta imot pasienter på *poliklinikken* eller å gå *visitt på sengepost*. Siden arbeidsposisjonene er distribuert rundt på forskjellige deler av sykehuset, med til dels forskjellig innretning og forskjellige arbeidsoppgaver, gir dette også varierende muligheter for samtidig tilstedeværelse med kolleger, og dermed også for kollegiale beslutningsprosesser. Dermed bestemmer *arbeidsposisjonen* den enkelte kirurgs virkeområde både geografisk, temporalt og sosialt. Arbeidsposisjonen angir med andre ord i hvilken forhandlingskontekst (Strauss et al., 1963) arbeidet til kirurgene foregår.

Dette kapitlets hovedanliggende er kirurgenes autonomi i et av dagarbeidets mest kjente og sentrale arbeidsposisjoner, posisjonen som *visittgående lege* på sengepost. Kapitlets analyser fungerer som kontraster til de mest sentrale funnene fra de foregående kapitlene, og da særlig fra kapitlene som har omhandlet vaktarbeidets betingelser og muligheter for beslutninger. Kontrastene som tegnes mellom arbeidsposisjonene *visittgående kirurger* og *vakhavende kirurger*, underbygger et av denne avhandlingens gjennomgående og sentrale poenger: I analyser og diskusjoner om kirurgers (og legers) autonomi må det spesifiseres hvilken

kontekst og hvilke dimensjoner av legers profesjonelle autonomi vi behandler. Muligheten til å styre og kontrollere eget – og andres – arbeid varierer fra kontekst til kontekst.

Først beskriver jeg kort visittarbeidets organisatoriske betingelser og oppgaver. Deretter analyserer jeg visittarbeidet med utgangspunkt i de underordnedes arbeidsdager, før jeg avslutningsvis skifter posisjon og ser nærmere på hvordan en kan forstå overlegens forhold til visittarbeidet som skal gjøres på avdelingen.

12.1 Visittarbeidets organisatoriske betingelser og oppgaver

Gastrokirurgisk avdeling hadde to sengeposter med 28 sengeplasser hver. Hver av disse sengepostene var igjen delt opp i fire deler eller tun, med syv til åtte sengeplasser. I tillegg kom korridorpasienter, som i mange og lange perioder kunne være plassert på hvert eneste ledige sted hvor en kunne plassere en seng og et skjermbrett. Pasientbelegget og antall korridorpasienter på sengepostene var så stort at under et møte i etterkant av et tilsynsbesøk av fylkeslegen uttalte denne at han ikke hadde sett tilsvarende «tettpakkede sengeposter» siden han hadde vært ute på sykehus i u-land. I tillegg hadde avdelingen så godt som alltid «uteliggere», pasienter som var tilhørende gastrokirurgisk avdeling som det ikke var plass til på avdelingens sengeposter, eller som av en eller annen grunn ikke var flyttet dit. Antallet pasienter kunne derfor på en vanlig ukedag være opp mot 80.

Disse pasientene skulle daglig tilses av kirurgene som var satt til å inneha arbeidsposisjonen som visittlege. Hver av de to sengepostene skulle i utgangspunktet ha tre visittgående leger, hvorav én skulle være en overlege. «Uteliggerne» skulle tilses av en av overlegene.

Arbeidsposisjonen som visittlege innebærer at legene har fått i oppgave å gå systematisk gjennom alle pasientene som ligger inne på avdelingens sengeposter, og «gå visitt» på dem. Helt konkret vil det i de fleste tilfeller bety at kirurgene skal sette seg inn i den enkelte pasient og fatte de nødvendige diagnostiske og behandlingsmessige tiltak, på bakgrunn av tilgjengelig informasjon og tidligere beslutninger. Bestilling av nye undersøkelser og forordning av medikamenter, innhenting av hjelp fra andre avdelinger og henvisning til operasjoner inngår i dette. Det forventes også at de visittgående legene følger opp nye svar og gjør nye vurderinger på bakgrunn av disse. Det innebærer også en forventning om at hver enkelt pasient tilses, snakkes med og kanskje underlegges grundigere undersøkelser.

Rekken av oppgaver som skal utføres av legene som er satt til visitt, fremsto som en serie oppgaver som skulle løses av et visitt-team, men hvor fordelingen av de konkrete oppgavene ikke var beskrevet eller formalisert. Samtidig ble det fra ledelsens side forutsatt at visitt-teamet skulle løse oppgavene som en kollektiv gruppe.

Jeg fant ingen skriftlige retningslinjer omkring gjennomføringen av visittene, men ledelsen, legene og sykepleierne fra sengepostene fremførte alle like fremstillinger av hvordan visittgangen skulle gjennomføres *i teorien*.

Det forelå samtidig en uttalt og klar forventning fra avdelingsledelsen, kirurgene som til enhver tid hadde vakt, og ikke minst sykepleiere på sengepostene om at arbeidsoppgaver og -planer knyttet til de inneliggende pasientene skulle være avklart før dagens økt var over. Dette inkluderer blant annet at visittgående lege dokumenterer de vurderinger som er gjort, skriver epikriser (utskrivningsnotater) og resepter og sykemeldinger.

Det var på sengeposten arbeidsoppgavene til visittgående leger hadde sitt utspring, og det var her det var forventet at både ledelsen og sengepostens sykepleiere oppholdt seg. For kirurgene som var tildelt arbeidsposisjonen som visittgående lege, lå det dermed svært sterke føringer fra ledelsens side på at kirurgen skulle befinne seg på sengeposten frem til arbeidsoppgavene var ferdigstilt. Motsatsen til den geografiske låsingen av de visittgående legene er arbeidsposisjonen som vakthavende B-grenist, som «flyter» rundt mellom forskjellige sosiale arenaer (jf. kap. 8.5). Arbeidsposisjonen som visittgående har dermed en innretning som gir kirurgene et mindre spillerom til å ta kontroll over sitt eget arbeid og arbeidsforløp.

Kirurgers mulighet til å ta logistikkbaserte beslutninger kommer blant annet til uttrykk gjennom deres mulighet til å påvirke arbeidets rytme og tempo og bestemme rekkefølgen av hendelser (jf. 3.4). Som det går frem av den korte beskrivelsen jeg har gjort av visittarbeidet, ser vi allerede her at dette begrenses betydelig bare ved at noen blir satt i arbeidsposisjonen som visittgående lege; de blir plassert inn i et relativt avgrenset geografisk område, det er klare forventninger om hvilke oppgaver som skal utføres, og det er også satt klare rammer for hvor mye tid som er satt av til det. Det var også innarbeidede rutiner for hvordan dette vanligvis skulle gjøres (men jeg fant altså ingen nedtegnede beskrivelser av disse).

Arbeidsforløpene for kirurgene som skulle gå visitt, var like fullt nokså forutsigbare. Dagene liknet på hverandre, selv om kirurger, sykepleiere, pasienter og diagnoser endret seg, og de kan forenklet beskrives som bestående av tre relativt forutsigbare «faser» eller «stadier», som

alle er beskrevet (om enn med andre begrepet enn previsitt) i andre studier fra sykehus rundt om i verden: previsitt – visitt – etterarbeid (Acharya, 2016; Kyte, Sjørnsen & Kleiven, 2019; O'Hare, 2008; RCP & RCN, 2012; Ågård, Engström, Sandén & Erling, 2017).

12.2 Previsitten

For avdelingslederen var previsitten møtet for de mer dyptgående og grundige diskusjonene og etterfølgende beslutninger knyttet til pasientbehandlingene, noe det altså ikke var tid for i morgenmøtet. Morgenmøtets format og strenge tidsbegrensning la ikke til rette for de grundige faglige diskusjonene, og det foregikk derfor en utstrakt grad av forskyvning av beslutninger til presumptivt bedre fora, så som previsitten. Previsitten kan derfor ses på som sengepostens svar på morgenmøtet, men hvor det er de allerede inneliggende pasientene som skal presenteres. Previsitten er således ment å dekke det erkjente og udekkede behovet for å ha kollegiale, og til en viss grad tverrfaglige, diskusjoner om avdelingens pasienter.

Etter at kirurgenes morgenmøter og undervisning var ferdig klokken halv ni, skulle de visittgående legene, avhengig av hvilken ukedag det var, enten møtes til previsitt (på mandag og fredag) eller gå ned til sengepostene for å møte sykepleierne for en gjennomgang av pasientene på hvert tun, før de «gikk visitt».

Ved gastrokirurgisk avdeling på UniSyk var det altså planlagt en større previsitt to ganger i uken (mandag og fredag). Denne større varianten av previsitten var tenkt å være et forum hvor kirurgene og sykepleierne fra sengeposten kunne samles for å skaffe seg oversikt over alle pasientene som var inneliggende på sengeposten, og for å diskutere, fatte beslutninger sammen om hva som skulle skje. Også overlegene og de underordnede kirurgene som var tilknyttet sengeposten, men som ikke nødvendigvis var satt inn i arbeidsplanene som visittlege disse dagene, skulle møte opp her. Også kirurger som skulle operere, var forventet å møte opp her, i påvente av at det var klart på operasjonssalene. I utgangspunktet skulle previsitten for hver enkelt sengepost samle omtrent en tredjedel av de kirurgene som skulle være på sykehuset. Også når det kun var kirurgene som skulle gå visitt, som møtte med sykepleierne, ble møtet kalt previsitt.

Uavhengig av om det var den større eller noe mindre varianten av previsitten som utspilte seg, var previsittene ikke like stramt begrenset med tanke på tidsbruk. Derfor presenterte både overleger og LIS-legene pasientene langt mer fyldig. Kirurgene brukte tid på å diskutere forskjellige behandlingsforslag, og det var gjennomgående både tid og rom for å stille

spørsmål fra alle kirurgene som var på plass. Det var derfor i previsitten ofte betydelig lengde på diskusjonene om enkelte pasienter. Diskusjonene omkring pasientbehandlingen og vurderingene av pasientene var også langt mer åpne og inkluderende under previsitten, sammenliknet med hva som foregikk i morgenmøtene, hvor de underordnede kirurgene hadde en ubetydelig rolle som bidragsyttere og det verken var tid eller rom for de dyptgående diskusjonene (jf. kap. 6).

Et uttalt formål for previsitten var at den skulle sikre kontinuitet i pasientbehandlingen ved at flest mulig av kirurgene skulle få tilegnet seg kunnskap om de enkelte pasientene, og dermed kunne sikre at pasientbehandlingene ble gjennomført etter planene som ble lagt. Dette er også beskrevet som formålet ved tilsvarende møter på andre sykehus i Norge (Hougaard, 2014; Kyte et al., 2019). En av B-grenistene forklarte på sin side formålet med previsitten slik til meg, med hva jeg oppfattet som i en noe ironisk tone, etter at tre av fire overleger og to av fire LIS-leger hadde forlatt previsitten etter 15 minutter: «Det skal visst være slik at overlegene skal være med [på previsitten] for at hele avdelingen skal være enige om hva man skal gjøre med pasientene.»

At overlegene skulle være med, og at previsitten ble gjennomført «for at hele avdelingen skal være enig», viser at beslutninger i pasientbehandlingen forsøkes gjennomført gjennom kollegiale og kollektive beslutninger basert på konsensus. Gjennom åpne diskusjoner ønsker de at de kunnskapsbaserte beslutningene går gjennom en kollegial kvalitetskontroll. Underland og Tjora (2016), som har studert tilsvarende møter på en gastrokirurgisk avdeling, beskriver formålet, men også utfallet av disse møtene i tråd med hva jeg har funnet:

Although the outcome may be difficult to foresee, broad participation in the discussion establishes a collectively based validity of any decision made. In our observation, it is evident that the chief surgeon [overlegen] often get the last word. However, the final word is grounded in the clinical team [...]. (Underland & Tjora, 2016)

Derfor var det også gode grunner til at beslutningene var å forstå som bindende for dem som skulle gå visitt de etterfølgende dagene. Det skulle mye til for at de ble endret underveis i gjennomføringen av visitten. Og om det ble gjort, ble det vanligvis gjort etter at en overlege var konsultert (om det ikke da var overlegen som selv gikk visitten). Beslutninger tatt i previsitten fremsto derfor som å ha en annen status enn beslutninger som ble tatt i andre mindre formaliserte fora. Det synes som Torsten Risør (2012) er inne på et tilsvarende fenomen i sin studie av turnusleger, «Why don't we take a look at the patient», når han

påpeker at beslutninger tatt i noen fora i større grad forblir uendret enn beslutninger tatt i andre.

Clinical decision-making took place in many different physical and social places and often involved more than one room. The different rooms were connected to each other in a hierarchical way, giving some rooms a higher status than others with regards to decisions-making. [...]

At the stationary wards (level 2), decisions made at level 1 often needed adjustments to account for a number of local and pragmatic conditions [...]

The conference room clearly had a high status with regard to clinical decision-making. If a problem had been discussed and an agreement reached about what to do, this would usually be what happened. Sometimes, doctors would make a note in the journal about what to do and add that this 'had been discussed at the conference'. (Risør, 2012:122-124)

Previsittenes beslutninger på UniSyks gastrokirurgiske avdeling har tilsvarende status som beslutningene tatt i «konferanserommet» fra Risørs studie. Previsitten var derfor et sted hvor de underordnede legene relativt enkelt kunne komme til orde i beslutningsprosessene omkring pasientbehandlingen. Previsitten var også en potensielt fruktbar læringsarena fordi kirurgene kunne ha grundige diskusjoner om pasientene. Begrunnelsen som overlege Fink med tre utstrakt fingre ga meg da jeg spurte hvorfor morgenmøtet var så viktig, passet slik jeg vurderer det, bedre som begrunnelse for previsitten, og jeg gjentar den her:

En – Morgenmøtet er en mulighet for kontinuitet. To – Det er en læringsarena for yngre leger. Og tre – Morgenmøtet er en arena for diskusjoner om riktig behandling og generell erfaringsutveksling. For avdelingen lønner det seg i stort. Det gjør at jeg ikke trenger å *lese* alle journalene hver gang jeg får en telefon når jeg har vakt. Jeg har hørt om dem.

[Feltnotat]

Previsitten fungerte bedre enn morgenmøtet til å sikre kontinuitet i informasjonsflyten, og muligheten for læring var bedre, blant annet fordi deltagerne hadde bedre tid til diskusjoner om behandling. Men på den annen side fikk beslutningene tatt i previsitten et preg av å være *tatt av overlegene*.

Jeg konkluderte i forrige kapittel at fordi det forelå en forventning om gjennomføringslojalitet i vaktarbeidet, ble kirurgenes handlingsrom til å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger redusert når de kom sent inn i beslutningskjeden/forløpet. Men jeg hevdet samtidig at det å sikre og opprettholde normen om gjennomføringslojalitet også kan forstås som en måte å sikre egne beslutninger på, og dermed sikres også den enkelte kirurgs autonomi (se kap. 11.7).

Når de samme kirurgene var satt til å gå visitt på pasientene, var gjennomføringslojaliteten enda tydeligere uttrykt. LIS-leger fortalte meg gjentatte ganger at de opplevde å være sterkere underlagt overlegens styring når de var visittgående leger, enn når de var på vakt. Årsaken så ut til å være at overlegene var til stede på previsitten.

Etter previsittmøtene forelå det med få unntak alltid en beslutning fra overlegene. Fordi overlegene var til stede i gjennomgangen av pasientene, var det derfor gjennomgående at etter enhver vurdering av pasientenes nødvendige undersøkelser og behandlingsopplegg videre var overlegene der og uttrykte sitt bifall til LIS-legenes forslag, eller gjorde det selv klart hva som skulle gjøres. Etter previsittmøtene forelå det derfor i praksis med få unntak en beslutning fra overlegene. Det kirurgiske hierarkiet fremsto derfor langt mer tilstedeværende og betydningsfullt i de beslutningene som ble tatt på previsittene, enn det som var tilfellet i vaktarbeidet. De kunnskaps- og logistikkbaserte beslutningene tatt ved previsitten var derfor bindende for de av legene som senere skulle gå visitt og faktisk gå og se pasientene på sengeposten. Og dette var det i overveiende grad underordnede leger som gjorde.

Beslutningene tatt i previsitten binder kirurgene mer enn beslutninger tatt i møtene i vaktarbeidet. Slik sett innskrenket previsitten spesielt de underordnedes mulighet til å fatte egne kunnskapsbaserte beslutninger. Mens jeg tolket kirurgenes gjennomføringslojalitet i vaktarbeidet som en metode for å sikre egen autonomi, fremstår den sterke gjennomføringslojaliteten som var til stede i arbeidsposisjonen som visittgående kirurg, *som lojalitet til et beslutningshierarki*.

12.2.1 *Nedprioritering av previsitten fører til redusert autonomi*

Beslutninger tatt i previsitten med overleger til stede binder de underordnede kirurgene. Viktigheten av at previsitten faktisk blir gjennomført med overlegenes tilstedeværelse, blir også viktigere. Samtidig gjør det at de underordnede i større grad blir avhengige av overlegenes beslutninger.

Previsitten ble både omtalt og fremstilt som en viktig arena for kollegiale beslutninger, sammenkjeding og arbeidsdeling. Likevel var det flere indikasjoner på at de ikke ble prioritert. Overleger dro eksempelvis videre til andre deler av sykehuset før previsitten var ferdig, for å utføre andre oppgaver. Det var ikke engang alltid møterom tilgjengelig previsittene. Et fra mitt ståsted komisk uttrykk for hvordan previsittene ikke ble prioritert, kom til uttrykk da jeg ved tre tilfeller opplevde at et helt følge av kirurger og sykepleiere

travet opp og ned trapper og korridorer rundt på sykehuset for å finne et egnet møterom. Ved det ene tilfellet endte det med at møtet ble gjennomført oppe i avdelingens kontormiljø, hvor morgenmøtet vanligvis ble holdt. Da ble det gjennomført med flere avbrytelser av andre leger som kom innom for å spørre om andre ting «siden vi først møtes». I feltnotatet under gjenforteller jeg et annet av disse tilfellene.

08:30 fredag morgen

Etter at morgenmøtet er avsluttet, blir overlege Oppegård stående sammen med to av LIS-legene. En ung turnuslege som er utlånt fra en annen avdeling, kommer bort og blir stående litt i utkanten av ringen. En av legene sier «vi får vel ta previsitt», og begynner å gå sammen med de andre legene ned trappen mot undervisningsrommet. Når vi kommer ned til undervisningsrommet noen etasjer under, står overlege Gundersen og har forelesning for medisinerstudenter. Oppegård, noe overrasket, beklager at han forstyrret, lukker døren, og vi går i retning av sengeposten. På veien bort møter vi tre sykepleiere. «Skal vi ikke være her nede [på previsitt]?» spør den ene. «Det er opptatt», svarer Oppegård med et oppgitt smil. De blir enige om å gå opp til møterommet, men når vi kommer opp, er det også opptatt. Tydelig oppgitt uttrykker Oppegård: «Ahh, vi får bruke buret nede ved posten!» «Så jævlig vanskelig dette skulle være, da», uttrykker en av LIS-legene lavt.

Følget går ned et par etasjer igjen, og vi setter oss inn i sekretærens glassbur, lett skjermet fra sengepostens inngangsparti. Det blir veldig trangt. To av sykepleierne blir sittende på gulvet, de tre legene sitter på hver sin stol, turnuslegen sitter på en liten krakk på hjul. En sykepleier og jeg blir stående i et hjørne av rommet. Previsitten kommer ikke i gang før ti minutter etter at det skulle begynt.

[Feltnotat]

Previsittmøtene ble altså ikke prioritert på samme måte som morgenmøtet. Tid opprinnelig satt av til å gjennomføre det som kunne fungere som et viktig møte for arbeidskoordinering, faglige diskusjoner, beslutningstaking og sikring av kontinuitet i pasientbehandlingen, ble i stedet brukt til å lete etter rom. Mens morgenmøtet ble gjennomført på alle ukedager uavhengig av omstendighetene, kunne previsittens grundige pasientgjennomgang, med tilhørende kollegiale diskusjoner og beslutninger, bli avlyst eller bare gjennomført svært raskt. Under følger et feltnotat hvor previsitten blir avlyst.

08:10 mandag

Overlege Gundersen, postlegen Lars Fossen og B-grenist Ali møttes i gangen etter morgenmøtet. Gundersen, som vanligvis går visitt på den andre sengeposten, er usikker på hvordan visittgangen vanligvis gjennomføres. Gundersen sier: «Jeg kjenner ikke rytmen her», og sikter til hvordan de pleier å organisere visittgangen. Ali svarer: «Vanligvis er det previsitt på mandagen, men [overlege] Frank [Finstad] har hatt vakt i helgen og har fri i dag. Så jeg vet ikke helt hvordan vi skal legge det opp i dag.»

Gundersen sier de får gå tilbake til møterommet og finne frem pasientlistene til barneavdelingen og urologisk sengepost på PC-en for å se om de har pasienter der som må tilses. Det viser seg at det ikke er «uteliggere» på urologisk sengepost, men to gastrokirurgiske pasienter på barneavdelingen. Gundersen sier han begynner med barna, før han fortsetter: «Så kommer jeg bort til dere på sengeposten etter det.» Han går med en gang av sted.

[Feltnotat]

Feltnotatet viser også et fenomen som var tydeligere i visittarbeidet enn i vaktarbeidet (jf. kap. 9.1.1); at fordelingen av arbeidsoppgaver i større grad var delegeringsbasert enn det var samtalebasert. Gundersen, som her tydelig uttrykker at han ikke er kjent med «rytmen» på sengeposten, beslutter uten noen form for *samtale eller forhandlinger* at han vil oppsøke barnepasientene først, uten at de først gjennomfører den vanlige previsitten. Denne logistikkbaserte beslutningen kan derfor forstås tatt på grunnlag av den formelle autoriteten som ligger i det å være overlege. Beslutningen om tilstedeværelse og koordinering av arbeidet oppsto her således gjennom en helt annen form for beslutningsprosess og kommunikasjon mellom kirurger på forskjellig nivåer innenfor det kirurgiske hierarkiet enn det jeg observerte i vaktarbeidet, hvor arbeidsdelingen foregikk gjennom samtaler og ikke delegering (jf. kap. 9.1.1). Maktforholdet mellom over- og underordnede kirurger ble dermed aktualisert på en helt annen måte i dagarbeidet enn i vaktarbeidet. Igjen fremstår måten beslutninger tas på, som basert på hierarki og i mindre grad basert på jevnbyrdighet.

Det overstående utdraget fra feltnotatene demonstrerer også et gjennomgående fenomen knyttet til diskontinuitetens konsekvenser. Kontinuitet i form av vedvarende døgntilgang til kirurgisk kompetanse produserer diskontinuitet i dagarbeidet. Selv når det på papiret (i arbeidsplanen) fremsto som om det var de samme kirurgene som skulle dekke arbeidsposisjonene som visittlege gjennom en uke som et team, forble det et «papirfenomen». Overlegen Frank Finstad, som skulle ha hatt oversikt over pasientene, og som dermed ville kunnet sikre kontinuitet i pasientbehandlingen, har «plutselig» fri denne mandagen grunnet en ekstravakt i helgen. Dette viser at i avveiningen mellom viktigheten av kontinuitet i vaktarbeidet og kontinuitet i dagarbeidet ble vaktarbeidet prioritert. Prioriteringen og avveiningen som skjer mellom dagarbeidets kontinuitet og vaktarbeidets kontinuitet, setter derfor følbare og observerbare avtrykk i hverdagsarbeidet, og berører viktige aspekter knyttet til det handlingsrommet som kirurgene har for å styre og kontrollere eget arbeid. Spesielt gjelder det for de underordnede kirurgene plassert i dagarbeidets posisjoner.

Jeg har allerede skrevet om hvorfor det ofte endte opp med færre leger på visitt på arbeidsplanene, og da særlig om hvordan «hull i arbeidsplanen» andre steder enn på

sengepostene ble løst ved at leger ble flyttet fra arbeidsposisjonen visitt til der det var manko på leger (se kap. 5 og 7). At det ofte var færre enn seks leger som endte opp med å fordele arbeidet som skulle gjøres på sengepostene, har sammenheng med behovet ledelsen har for å fylle opp andre arbeidsposisjoner. Når det ofte manglet leger til å gå visitt og previsittene bare delvis, eller ikke i det hele tatt, ble gjennomført, utfordret dette de gjenværende kirurgenes mulighet til å styre eget arbeid.

12.2.2 Når overlegene er fraværende, reduseres de underordnedes handlingsrom

Noen av overlegene forsøkte med hell aktivt å unndra seg tilstedeværelse på sengepostene. «Boksene» i planen var fylt opp med en overleges navn, men personen oppholdt seg i realiteten helt andre steder på sykehuset. Denne manglende kontinuiteten og reelle tilstedeværelsen fra noen av overlegenes side var en betydelig utfordring for de underordne kirurgenes muligheter til å sikre at en kunne ta egne, godt funderte kunnskapsbaserte beslutninger på tidseffektive måter. Fraværet av overlegene påvirket dermed direkte de underordnedes muligheter til å bestemme over eget arbeid. Dette kom tydelig til uttrykk i noe postlege Fossen sa til B-grenisten Ali i ordvekslingen som skjedde etter at Gundersen hadde gått. Umiddelbart etter at Gundersen forlot sengeposten i feltnotatet over, utspilte følgende ordveksling seg mellom Ali og Fossen:

Lars Fossen virker svært oppgitt når han går sammen med Ali ned til sengeposten: «Nå blir jeg gående alene, da. På to tun ... Jeg vet ikke helt om jeg har oversikten, altså! Ikke ble det noe previsitt, og ikke har jeg snakket med Frank.» Ali sier han snakket raskt med påtroppende overlegevakt før morgenmøtet, som igjen hadde snakket med Frank på telefonen. Ifølge påtroppende overlege «hadde det ikke vært noe spesielt å meddele». Ali sier han utover det heller ikke har kjennskap til hva som er bestemt i løpet av helgen.

[Feltnotat]

Særlig for postlegene og rotasjonslegene, var kombinasjonen av informasjonsmangel og fravær av en overlege med oversikt over pasientene noe som utfordret deres muligheter til å ta beslutninger.

Feltnotatet over viser også at utsiktene for manglende tilstedeværelse av overlege i kombinasjon med manglende previsitt skapte frustrasjon og usikkerhet i utøvelsen av arbeidet for postlegen Fossen. Dette skyldtes både at det ville ta lengre tid å skaffe seg oversikt over de planene som var lagt for pasientene, og at det ville ta tid før Fossen ville møte Gundersen igjen for å kunne konsultere med ham.

Feltnotatet demonstrerer at den organisatoriske og personalmessige kontinuiteten avdelingen forsøkte å legge til rette for gjennom tjeneste og arbeidsplaner, ofte ikke lot seg gjennomføre. En av grunnene til at personkontinuitet blant legene var vanskelig å få til, var manglende temporal koordinering; tjenesteplanene var ikke koordinert mellom de forskjellige stillingskategoriene (se. kap. 5.2). Dette medførte at kontinuitet også hva gjelder informasjon om og oppfølging av pasienter, ble brutt opp. Dermed økte behovet for overleveringsmøter eller andre former for egen informasjonsutveksling og -innhenting. Dette hadde igjen konsekvenser for hvor mye av den daglige arbeidstiden den enkelte kirurg selv kunne styre og kontrollere. Dagene ble ineffektive for kirurgene fordi de brukte så mye tid og innsats på å skaffe seg oversikt over pasientene de skulle fatte beslutninger om. Previsittene som var planlagt gjennomført på mandager og fredager, kompenserte noe for dette. Men når previsittene jevnlig ble avlyst eller ingen av kirurgene hadde tilstrekkelig oversikt over pasientene, som feltnotatene over er eksempler på, ble arbeidet for kirurgene på sengepostene dermed også langt mer tidkrevende og vanskeligere å styre. Mine funn resonnerer således godt med hva en av legene Kyte et al. (2019) intervjuet om previsitter, uttalte om å fatte beslutninger uten overlege til stede: «So, I think more decisions get made if a consultant is present ... yes.»

Kombinasjonen av manglende kontinuitet blant kirurgene og informasjonsutvekslingen dem imellom, manglende kontinuitet i lege–pasient-relasjonen som resultat av tjeneste- og arbeidsplanenes struktur og avdelingens prioriteringer knyttet til disse, medfører, som jeg har demonstrert, merarbeid og ineffektiv tidsbruk. Dette ble påpekt av flere av de underordnede kirurgene også. I flere tilfeller uttalte kirurger til meg at de opplevde at de ikke fikk gjort arbeidet sitt med den kvaliteten de mente var riktig. Fjørtoft, en av rotasjonslegene med et par års erfaring fra UniSyk, uttalte etter en relativt normal arbeidsøkt som visittlege på en av sengepostene:

Problemet her på dette sykehuset er ikke pasientbelegget som sådant, men størrelsen og antallet oppgaver som skal gjøres. Det gjør at vi bruker mye tid på å sette oss inn i pasientene. Også neste dag gjør vi noe helt annet. Det er nok ikke uforsvarlig det vi driver med, men det går nok utover kvaliteten. Det blir lettere sånn at ting glipper.

[Feltnotat]

Kompleksiteten som følger av organisatorisk diskontinuitet i dagarbeidet, tydelig forventning om gjennomføringslojalitet, overlegens fravær fra sengepostene, fysisk avstand til legekolleger og nedprioritering av previsitten, bidrar til de visittgående legenes opplevelse av

å levere lavere kvalitet på arbeidet enn de selv ønsker. At den profesjonelle selv kan bestemme den kvaliteten som gis klienten, er et sentralt og viktig kjennetegn ved profesjonell autonomi (Horner, 2000). Enhver begrensning av denne muligheten er i seg selv et tegn på redusert autonomi.

12.3 Visitten

Etter at kirurgene hadde gjennomført previsitten, gikk de av legene som var satt til å gå visitt, ned til tunet på den sengeposten de skulle gå visitt på. Der gjennomførte de vanligvis sammen med dagens visittsykepleier for hvert av tunene eller delene av sengeposten en ny gjennomgang av pasientene. Kirurgen forhørte seg med sykepleieren om hvorvidt noe spesielt hadde skjedd, om pasientens tilstand, om hvorvidt prøvesvar forelå, og om det var noe sykepleieren lurte på eller hadde behov for å avklare før de gikk og så til den enkelte pasient. Deretter begynte kirurgen og sykepleierne vanligvis «å gå visitt» – den fysiske forflytningen gjennom sengeposten hvor kirurgen møter pasientene ansikt til ansikt.

Denne fysiske forflytningen fra pasient til pasient gjennom de lange korridorene er kanskje den mest påfallende, institusjonaliserte og ritualiserte samhandlingen som skjer mellom leger og sykepleiere ved en sengepost (O'Hare, 2008), er beskrevet i en lang rekke studier tidligere og kan kort oppsummeres slik: Sykepleiere organiserer sin arbeidsdag med et vedvarende blikk på når det er planlagt at visitten skal gjennomføres, slik at nødvendig informasjon er innhentet for at beslutninger kan fattes av legen (Reeves, Nelson & Zwarenstein, 2008; Reeves et al., 2009). Visitten er oftest organisert etter hvilke behov legene har for å se pasientene, og hvor legen er den ledende karakteren i rollene som spilles ut ved sengekanten (Busby & Gilchrist, 1992; Löfberg & Krajewski, 2018; Olsvold, 2010). Det hierarkiske forholdet mellom sykepleiere og leger spilles også ofte ut i visitttrunden, hvor sykepleieren blir stående mer eller mindre passivt i bakgrunnen, mens legen samtaler og kanskje undersøker pasienten i noen få minutter, før de går til neste pasient (Fox, 1991; Liu, Manias & Gerdtz, 2013; Stein, 1967). Visitten er samtidig trolig det øyeblikket i løpet av dagen som de fleste pasienter venter mest på. Det er i møte med kirurgen at de får svar på om celleprøvene har avdekket alvorlig sykdom, om røntgenbildene viser spredning av kreften, om operasjonen var vellykket, om de kan reise hjem, eller om de må bli på sykehuset. Noen venter på svar på om de vil overleve eller dø av det som feiler dem.

Lite av det jeg observerte fra UniSyks visittunder, skiller seg fra det som tidligere er beskrevet om visittunden i andre studier, annet enn at ved UniSyks visitter var det svært sjelden flere enn én kirurg som gikk visittunden på hvert tun av sengeposten. Når det var to eller flere kirurger som gikk inn til enkeltpasienter, skyldtes det enten at de på previsitten hadde avtalt at de skulle «se på pasienten sammen», eller at den visittgående kirurgen hadde kontaktet en kollega for å høre om han kunne være med inn slik at de kunne gjøre en vurdering sammen. Kun unntaksvis gikk kirurgene sammen en hel runde på alle pasientene.

Etter at legen hadde gått sammen med sykepleierne til alle pasientene, var det som regel gått tre–fire timer, og det var tid for å fylle ut operasjonspapirer, skrive journaler, sykemeldinger, epikriser, undersøke prøvesvar som etter hvert var klare, og etterspørre prøvesvar som ikke var klare. Innimellom disse oppgavene kom det svært ofte forespørsler fra sykepleierne på sengeposten om hvorvidt legen kunne se til en pasient en gang til, eller at pasienten hadde spørsmål som han eller hun ikke hadde tenkt på eller husket da kirurgen var innom tidligere. Kirurgene lovet ofte å komme tilbake til pasientene når de hadde fått avklart forhold rundt diagnoser og behandling senere på dagen. Denne delen av arbeidsdagen var således i stor grad også preget av mange forskjellige oppgaver og ikke minst avbrudd og forstyrrelser.

12.3.1 *Begrensede muligheter for kontroll over eget arbeid*

For de underordnede visittgående legene var det svært vanskelig å unngå å bli stilt krav til om arbeid. Så lenge de oppholdt seg på sengeposten, var det (som for vakthavende kirurger) en kontinuerlig strøm av krav om deres arbeidskraft fremført av sykepleiere og pasienter. Overlegene delegerte samtidig arbeidsoppgaver til de underordnede legene, mens de selv nedprioriterte både previsittene og tilstedeværelsene på sengepostene. Alt dette gjorde at alle beslutninger som de underordnede legene var nødt til å ta (beslutningstvang), tok lengre tid og ofte ble opplevd å bli gjort på et svakere grunnlag.

Særlig i visittarbeidet var det en forventning om at arbeidet skulle være ferdig når arbeidsøkten var over, siden ingen i utgangspunktet skulle «ta over stafettpinnen». Som en konsekvens av dette står de visittgående kirurgene overfor et valg om enten å gå utover arbeidstiden, forsøke å få sykepleiere til å gjøre noen av oppgavene, bruke kortere tid på hver enkelt oppgave eller utsette eller velge å ikke utføre oppgavene. Alle alternativene har kostnader knyttet til seg.

Å gå utover arbeidstiden har konsekvenser for egen fritid, men det var noe som jeg ofte observerte blant de mindre erfarne legene. Spesielt postlegene satt og skrev i pasientjournaler lenge etter at arbeidstiden var over. At leger går utover planlagt arbeidstid, er det godt belegg for også ved mange andre norske sykehus (Hertzberg, Skirbekk, Tyssen, Aasland & Rø, 2016a). Kombinasjonen av høy arbeidsbelastning (som jeg har vist var et vanlig forekommende fenomen både i dagarbeidet og vaktarbeidet) og overtid kan føre til at kirurgene opplever arbeidet som belastende (Røvik et al., 2007).

Mulighetene for å få sykepleiere til å utføre oppgaver var der, men i begrenset omfang. Denne strategien har i tillegg et potensial til skape konflikter, fordi sykepleiere (og andre) vil kunne oppleve at kirurgene ikke tar ansvar (Reeves et al., 2008; Stein, 1967).

Det å bruke kortere tid på oppgaver, eksempelvis pasientmøter, eller ikke å utføre dem i det hele tatt, har betydning for kvaliteten på det arbeidet legene gjør, og dermed for behandlingen pasientene får. Dersom journalnotater ikke er skrevet eller pasienter ikke er fulgt opp, har det ikke bare konsekvenser for pasientene (som i bunn og grunn er det viktigste), men også for den etterfølgende kirurgen som skal plukke opp det fragmenterte beslutningsforløpet senere, og som derfor også oppdager at arbeidet ikke er gjort (og vil bruke lengre tid på å få gjort arbeidet selv). Å jobbe saktere enn det kirurgen i realiteten kan, slik en av turnuslegene på akuttmottaket mente var et alternativ (kap. 10.2), er derfor heller ikke et godt alternativ, nettopp fordi det som regel vil være en annen lege som vil måtte plukke opp igjen arbeidet. Det at arbeidsoppgaver ikke er utført, vil da bli synliggjort overfor kirurgens kolleger, et profesjonelt kollegium som til vanlig forventer at den enkelte har høy arbeidskapasitet og er lojal (Hertzberg et al., 2016a; Hertzberg, Skirbekk, Tyssen, Aasland & Rø, 2016b).

«Unnasluntreren» vil dermed potensielt møte sanksjoner fra legekollegiet for ineffektivt arbeid eller arbeid av dårlig kvalitet, selv i et kollegium som er preget av temporal utakt og begrenset med samtidighet.

12.3.2 *Konsekvensene av de underordnedes alenegang*

I kapittel 10 demonstrerte jeg hvordan turnuslegene på akuttmottaket forsøkte å håndtere periodene med stort arbeidspress. Jeg viste at et av de viktigste verktøyene turnuslegene hadde for å få kontroll over eget arbeid, var å konsultere med de andre turnuslegene. Det kunne de enkelt gjøre, siden de mye av tiden satt sammen på vaktbasen. Samtidig, siden de vakthavende kirurgene store deler av tiden var fysisk til stede, ble også disse svært ofte konsultert av turnuslegene. De møttes på vaktbasen med jevne mellomrom. Turnuslegene

konsulterte altså både horisontalt og vertikalt. For de underordnede legene som var satt til å gå visitt, var dette ikke like enkelt.

Selv når det var en kollega på samme sengepost, var det ikke gitt at de ville møtes tilfeldig i korridoren, fordi de ville befinne seg i pasientrom i forskjellige deler av sengeposten. Det medførte at de visittgående legene aktivt måtte oppsøke sine kolleger for å kunne diskutere problemstillinger som var oppstått. Hver gang de gjorde dette, tok det opp litt tid både fra dem selv og sykepleieren, og det ble forholdsvis sjelden gjort. Men når kirurgene møttes tilfeldig i korridoren, benyttet de derimot anledningen flittig, på lik linje med turnuslegene på akuttmottaket.

Uavhengig av stilling hadde kirurgene også muligheten til å ringe hverandre. Dette var også noe de gjorde. Men de var ofte noe avventende før de ringte, da det virket som de ville være sikre på at de *ikke* kunne løse problemet selv, selv om det ville ta noe tid. Andre ganger samlet de opp spørsmål til senere, ikke ulikt hvordan sykepleierne på sengepostene forholdt seg til de vakthavende kirurgene (se kap. 9.2). En konsekvens av den noe avventende innstillingen til å oppsøke eller ringe kolleger var at sykepleierne på sengeposten ble utålmodige av å måtte vente på visittlegenes avklaringer. Til kirurgenes store og uttrykte frustrasjon og irritasjon førte det igjen til flere forstyrrelser fra sykepleierne, som gjentatte ganger i løpet av dagen spurte om det var avklart. At de visittgående kirurgene ikke så seg i stand til å fatte beslutninger, hadde derfor også klare sosiale og relasjonelle kostnader mellom dem og sykepleierne. En av sykepleierne hvisket til meg mens vi sto sammen i påvente av at postlegen Foss skulle gjøre seg ferdig med en telefonsamtale med den fraværende visittgående overlegen:

Jeg kunne ønske at flere av dem [LIS-legene] hadde vett nok til å ringe overlegene når de lurte på noe. Jeg fatter ikke at vi [sykepleierne] skal vente så lenge, og måtte mase så mye, når alt de trenger å gjøre, er å ta en telefon. Jeg blir så lei.

[Feltnotat]

Fra sykepleiernes perspektiv fremstår manglende besluttsomhet muligens som sendrektigheten og som helt unødvendig, og disse forsinkede beslutningsprosessene har utvilsomt konsekvenser for deres muligheter til å få gjort unna sitt arbeid, noe jeg belyste i kapitlene om vaktarbeidet. Denne irritasjonen og frustrasjonen som blant annet reflekteres i det sykepleieren hvisket til meg, finner en også igjen i mange studier om arbeidsrelasjonen mellom sykepleiere og leger (se f.eks. Allen, 2001; Olsvold, 2010; Stein, 1967; Walby &

Greenwell, 1994). Men mine analyser viser at dette vel så mye er en konsekvens av den temporale organiseringen av arbeidet, manglende møtesteder for å diskutere pasienter i fellesskap, i kombinasjon med avdelingens og legekollegiets forventning om ferdigstilling av arbeidsoppgaver og gjennomføringslojalitet.

Det forhold at de visittgående legene i liten grad hadde jevnlig ansikt til ansikt-samtaler med sine legekolleger underveis i visittarbeidet, hadde altså konsekvenser for muligheten til å ta beslutninger og skapte til tider irritasjon blant de aktørene som kirurgene var nærmest tvunget til å oppholde seg med, samtidig som den geografiske avstanden mellom de visittgående legene hadde innvirkning på muligheten til å ha en fortløpende dialog om pasientene de skulle ta seg av; en dialog som i det minste i vaktarbeidet både øker effektiviteten og kvaliteten på beslutningene som skal tas, men som er vanskeliggjort i arbeidet som skjer på sengepostene.

I arbeidet som foregikk på *sengepostene*, ble overlegenes manglende tilstedeværelse ved visittgangen jevnlig kommentert, ikke bare av de underordnede legene, men også av sykepleiere og av avdelingslederen. Temaet ble eksempelvis løftet opp når avdelingslederen la frem et forslag om å endre på organiseringen av og tidspunktet for avdelingens rutiner tilknyttet morgenmøte og visittgang, hvor avdelingslederen uttalte at overlegen i for liten grad deltok i visitten, og at dette gjorde at det var «manglende kompetanse, supervisjon og veiledning i visittene». Fra sykepleiere hørte jeg flere ganger at overlegene ofte var opptatt andre steder, og en sykepleier sa til meg under en fredagslunsj på en av sengepostene at det eneste som kunne garantere dem å ha en overlege på plass til visitten, var om det ble servert kake til lunsj.

Over beskrev jeg hvordan overlege Gundersen forlot den gastrokirurgiske sengeposten for å se til «uteliggerne» på to andre sengeposter, noe som førte til frustrasjon hos postlege Fossen. Men det var ikke bare ved slike anledninger at de underordnede kirurgene ble frustrert. Flere av rotasjonslegene og B-grenistene opplevde og uttalte at *arbeidsposisjonen visitt* var ensbetydende med å måtte «ta overlegenes drittarbeid». Overlegene delegerte arbeidsoppgaver til de underordnede legene, mens de selv nedprioriterte både previsittene og tilstedeværelsene på sengepostene. At det særlig var overlegene som hadde mulighet, og til dels klarte, til å unndra seg posisjonen som «visittslave», gjorde også at det intraprofesjonelle hierarkiet, makt- og autoritetsrelasjonene mellom kirurgene, ble et mer fremtredende fenomen i sengepostens daglige arbeid enn det jeg fant i vaktarbeidet.

Feltnotatet som følger, gir et innblikk i de underordnedes opplevelse av å bli satt til å gjøre denne typen arbeid. Tilfellet er en av mange slike episoder jeg overvar hvor overlegen ga de underordnede beskjed om å utføre en oppgave som overlegene vanligvis selv tok seg av, og som de også fortalte meg at de selv skulle utføre.

Kristian Vesterstuen, som var blant de mest erfarne rotasjonslegene, og som i vaktarbeidet var plassert i sekundærvaktsjiktet, har gått vititt på to av sengetunene. Overlege Florin, som opprinnelig var satt opp som vitittør på en av dem, hadde vært opptatt med andre arbeidsoppgaver et annet sted. Det skulle han i utgangspunktet ikke være. Vesterstuen hadde derfor måttet «ta unna» langt flere vititter enn det som ellers var vanlig dersom overlegene også bidro i vititten. For Vesterstuen hadde hele dagen gått med til dette arbeidet. Han hadde i utgangspunktet ingen kunnskap om noen av pasientene, og hadde derfor brukt mye tid på å lese seg opp på pasientene og på å snakke med dem og deres pårørende. Lunsjen hadde han tatt nede på sengeposten mens han skrev journalnotater. Arbeidsøkten nærmer seg slutten, og han er på vei ut av glassburet, når en sykepleier kommer bort til ham og forteller at overlege Florin har gitt henne beskjed om at Vesterstuen skal skrive epikrisen til en pasient som Florin har operert. Florin har sett til pasienten tidligere på dagen og fortalt at han kan reise hjem.

Sykepleier sier til Vesterstuen: «Han sier du er vitittgående lege, og at du derfor skal skrive epikrisen.» Vesterstuen stopper opp, og mens han slenger seg ned i stolen igjen, nærmest roper han ut: «Faen i helvete!» Med hyttende armer og knyttede hender sier han høyt: «Nå er det like før mine karrierebegrensende egenskaper kommer frem til overflaten! Helvete heller! Det er nesten så jeg går opp til ham og ber ham dra til helvete!»

Sykepleieren blir stående litt uten å si noe, før hun snur seg og går til en pasient som står utenfor skranken og venter. Vesterstuen blir sittende i stolen, bøyer hodet ned, puster. Etter noen sekunder sier han vendt til meg: «En del av disse gamle overlegene gidder ikke å jobbe», før han fortsetter med å fortelle at «de gamle overlegene» begynner å bli utslitte fordi de opplever et stadig høyere pasientvolum og press. «Det har nok vært en betydelig slitasje blant dem. De orker snart ikke mer, tror jeg. Siden jeg kom hit, i hvert fall, har det vært de yngre legene, spesielt primær- og sekundærsjiktet, som har båret børen og holdt avdelingen og sengepostene gående. B-grenistene har fått operere mer, men dette har i 80 % av operasjonene gått på bekostning av primær- og sekundærvaktenes operasjoner. Vi blir gående her nede [på sengepostene].» Mens han snakker, finner han frem pasientens journal på PC-en, avslutter samtalen med meg og begynner å lese inn epikrisen til pasienten Florin hadde gitt beskjed om å skrive.

[Feltnotat]

Igjen ser vi at arbeidsfordelingen mellom kirurgene på forskjellige nivåer i det kirurgiske hierarkiet får en helt annen betydning i vitittarbeidet enn i vaktarbeidet. Overlegen Florin, som i utgangspunktet var tenkt å bidra i vitittarbeidet i arbeidsposisjonen som vitittgående overlege, holder seg unna sengepostens arbeid. Samtidig delegeres oppgaver til Vesterstuen,

formidlet gjennom sykepleieren. Og selv om Vesterstuen helt tydelig og hølytt oppfatter dette som svært provoserende, setter han seg ned igjen og skriver epikrisen på pasienten.

Når en legger til grunn at arbeidet som de underordnede visittgående legene skal utføre, i stor grad har opphav i og er bundet til sengeposten, forstår en at tilstedeværelse på sengeposten i seg selv utløser en rekke nye forespørsler/krav om arbeid fra sykepleiere, at oppgaver delegeres fra overlegene, og at dette skjer uten tilstrekkelige kollegiale strukturer for effektiv informasjonsoverføring og beslutningsprosesser, og at det foreligger klare forventninger om at arbeidsoppgavene skal være fullført før arbeidsøkten er over, er det ingen overraskelse at mange av de underordnede legene beskrev arbeidet som visittgående som «visittslave». Mer overraskende er det kanskje at mine analyser viser at overlegenes fravær fra det løpende *vaktarbeidet* legger til rette for, og oppleves som, *frigjørende* for de underordnede legene, mens fraværet av de samme overlegene i visittarbeidet skaper en opplevelse av manglende kontroll og styring for de samme menneskene.

12.4 Visittgående overlegers ansvarstaking fører til samtidskonflikter

Så langt i kapitlet har jeg i all hovedsak analysert de underordnede legene og deres muligheter for å styre arbeidet og ta avgjørelser når de er satt til å gå visitt. Fremstillingen har derfor en klar skjevhet, hvor overlegene kommer i et lite heldig lys som aktører som først og fremst er opptatt av å unngå visittarbeidet, delegere mindre interessante oppgaver, sikre egne interesser og beslutninger og bruke sin tid på det de selv anser som «viktigere» saker.

Slike fremstillinger av overleger er ikke ukjent fra tidligere litteratur. En lang rekke forskere har i årenes løp beskrevet overleger, og da kanskje særlig kirurger, som egoistiske mobbere (Stevens, 2013) med oppblåste ego (Cassell, 1991; Katz, 1999) som utgjør en fare for pasientene fordi deres profesjonelle adferd ødelegger for gode interprofesjonelle, teambaserte behandlings- og pleiebeslutninger (Coombs, 2003; Reeves et al., 2009; Rosenstein & O'Daniel, 2006). Også norske studier har funn som tyder på at overleger, og da særlig overleger innenfor kirurgi, har en tendens til å være oppfarende og ufine i omgang med underordnede leger, så vel som sykepleiere (Skjørshammer, 2001, 2003). Min fremstilling så langt kan med letthet plasseres inn i en slik tradisjon, men jeg vil likevel understreke at jeg verken oppfattet «det kirurgiske miljøet» eller overlegene som egoistiske, arrogante eller slemme. Derimot oppfattet jeg overlegene i overveiende grad som normalt høflige, omgjengelige og støttende både i samhandlingen med sine legekolleger på avdelingen, og i

møte med pasienter og andre av sykehusets beboere. For å balansere fremstillingen av overlegene skal jeg derfor nå skifte posisjon og perspektiv for å se på overlegenes rom for styring av eget arbeid, under hvilke rammebetingelser dette skjer, og jeg skal se på hvilke utfordringer jeg observerte, og på hvilke begrunnelser de selv løfter opp i forbindelse med dette arbeidet.

12.4.1 «Uteliggerne» skaper avstand

Det var overlegene som skulle gå visitt på «uteliggerne»; de gastrokirurgiske pasientene som lå på andre avdelingers sengeposter. Dette var noe også avdelingslederen minnet på flere ganger, slik som under morgenmøtet dette feltnotatet kommer fra:

Når pasientgjennomgangen er ferdig, minner avdelingslederen de tilstedeværende på at man må huske å gå visitt på barnepostene, og at dette må prioriteres. «De som har sengepost 2, har ansvaret for visitt på barn. Det har kommet en del klager fra sykepleierne på sengeposten om at det tar for lang tid før vi kommer for å gå visitt der.»

[Feltnotat]

Tilsvarende påminnelser kom også knyttet til de andre sengepostene som hadde de gastrokirurgiske «uteliggerne». Ut over at avdelingslederen jevnlig minnet om at de måtte ta seg av disse pasientene, var også sykepleierne på «uteliggerne» sengeposter snare med å ringe etter overlegene på morgenen for at de skulle komme på visitt. Både for å unngå for mange avbrytelser og for å gjennomføre de rutinene som var avtalt mellom gastrokirurgisk avdeling og andre avdelinger, prioriterte derfor overlegene ofte å gå raskt av gårde til disse sengepostene, og da altså gjerne før previsitten var gjennomført. Dermed opplevde de gjenværende underordnede kirurgene å bli overlatt til seg selv, slik postlegen Fossen opplevde det da han uttrykte «nå blir jeg gående alene, da» da overlege Gundersen gikk av gårde til barneavdelingen.

Av de som lå utenfor gastrokirurgiske sengepostene, var mitt inntrykk at det var pasienter som gjerne var relativt friske (men fortsatt så syke at de ble lagt inn på sykehus). Rent intuitivt skulle man tro at dette er pasienter som ikke er spesielt arbeidskrevende for kirurgene å ta seg av. Rent medisinskfaglig var de ofte heller ikke det – tiden kirurgene brukte fysisk sammen med disse pasientene, var gjerne relativt begrenset. Det tok ikke lang tid for overlegene å gjennomføre kliniske undersøkelser på pasienter som eksempelvis hadde blitt operert for en blindtarmsbetennelse. Men siden «friske» pasienter skrives ut raskt, genererer det relativt mye administrativt papirarbeid som helst skal gjøres umiddelbart, så sykepleierne

kan ordne hjemtransport. Kirurgene skulle skrive bekreftelser, sykemeldinger, resepter og utskrivningsnotater. Dette tar tid. Samtidig, siden sykepleierne i mindre grad var vant til prosedyrene rundt utskrivning av gastrokirurgiske pasienter, hadde de også gjerne flere spørsmål til legene enn det som var vanlig på de gastrokirurgiske sengepostene. Dette gjaldt også om pasientene skulle bli værende på sengeposten videre, eller flyttes ned til en gastrokirurgisk sengepost. Sykepleierne kjente ikke nødvendigvis rutinene rundt hvilke observasjoner som var nødvendige, eller hvordan de skulle bestille spesialiserte undersøkelser. Dette både forsinket arbeidet for overlegene og genererte flere spørsmål rettet til dem. På samme tid ville det være lite tidsmessig rasjonelt for overlegene å forlate «uteliggerne» sengeposter før arbeidet var gjort, både fordi sykepleiernes spørsmål da ville komme per telefon, og fordi overlegen ville måtte forflytte seg enda oftere fra sted til sted.

Til sammen gjorde disse faktorene at den totale tiden overlegene brukte på «uteliggerne», ofte var forholdsvis lengre enn «hjemme» på en gastrokirurgisk sengepost. Det igjen bidro til at overlegene i relativt lange strekk ikke oppholdt seg sammen med sine underordnede kolleger på de gastrokirurgiske sengepostene, og dermed var de også mindre tilgjengelig for å bidra med vurderinger sammen med dem.

12.4.2 Overlegenes eierskap i egne pasienter sikrer lege–pasient-kontinuitet, men produserer avstand til underordnede

En annen årsak til at overlegene forlot sengepostene, var at de ble tilkalt for å se på pasienter som de hadde operert selv på et tidligere tidspunkt, men som oppholdt seg på en annen sengepost eller avdeling eller hadde fått time hos en annen lege på poliklinikken. Det var en helt klar og uttalt forventning om at kirurgene skulle følge opp de pasientene de hadde operert, samtidig som viktigheten av å «kjenne pasienten» eller påpekingen at «det er din pasient», ofte ble understreket i de mer uformelle samtalene mellom kirurgene. Det var også tydelig at overlegene selv satte pris på å kunne følge opp pasienter de «hadde aksjer i». Samtidig var det vanskelig å se at avdelingen hadde administrative ordninger for å få denne kontinuiteten til. En av overlegene hevdet spissformulert at «det er et under» om han møtte den samme pasienten på poliklinikken etter en operasjon, eller at han fikk fulgt de samme pasientene over tid på kontroller. Det var også, som jeg har gjort rede for tidligere (jf. kap. 5.2), svært vanskelig å se at det var lagt til rette for kontinuitet i relasjonen mellom pasienter og kirurger gjennom tjeneste- og arbeidsplanene.

Jeg har vist at det forelå en forventning om gjennomføringslojalitet knyttet til de beslutningene som ble tatt. Tilsvarende var det en parallell forventning om oppfølgingsansvar blant overlegene; at overlegene skulle sikre at pasientene de hadde behandlet, ble fulgt opp av dem selv, og dermed også sikre kontinuitet i behandlingen. Vi så i kapitlet om vaktarbeid at gjennomføringslojaliteten hadde konsekvenser for hvordan beslutninger ikke ble endret uten at overlegen som hadde initiert behandlingen, hadde fått gjort en ny vurdering selv (jf. kap. 11.4). Men siden den temporale koordineringen gjennom tjeneste- og arbeidsplaner ikke legger til rette for denne typen kontinuitet og oppfølging, førte det til at overlegene ofte hadde behov for å oppsøke pasientene som lå utenfor sengepostene. Normen om gjennomføringslojalitet er således nær knyttet til oppfølgingsansvar, og dette trekker overlegene ut og bort fra den arbeidsposisjonen de er satt til å bemanne. Det gjaldt for så vidt ikke bare når overlegene skulle være visittleger, men det var en generell tendens uavhengig av hvilken arbeidsposisjon overlegen var satt i. Likevel var det så vidt jeg kan se, i visittarbeidet at konsekvensene for de andre legene og sykepleierne ble tydeligst. Trolig var det enklest for overlegen å forlate sengepostene underveis, fordi sengepostens arbeid er forholdsvis fritt for fastsatte klokkeslett og lister som de kan måles opp mot og konfronteres med av de andre aktørene, i motsetning til poliklinikkens lister med 15 minutter lange avtaler med navngitte pasienter og operasjonsstuens stramme program. Overlegene kunne derfor enklere bestemme selv, uten åpenbare forsinkelser som resultat, når de skulle forflytte seg til andre steder av sykehuset når de var på sengeposten. Samtidig ville det fortsatt være leger på sengeposten som kunne «ta unna» de fleste av de arbeidsoppgavene som lå på sengeposten.

Det jeg har forsøkt å vise her, er at overlegene var underlagt to motstridende hensyn; et krav om kontinuitet i pasientbehandlingen av «sine egne» pasienter på den ene side og tilstedeværelse på sengeposten de var plassert til å være visittlege på, på den annen side. I avveiningen som overlegene gjorde, var det som regel kontinuitet i tilknytning til deres egne pasienter som vant frem.

Således peker dette i retning av at overlegenes mulighet til å ta logistikkbaserte beslutninger som bryter med de formelle rutinene som avdelingen og sykehuset har bestemt for arbeidsoppgaver gjennom arbeidsplanene, er nær knyttet til deres behov for å ta kunnskapsbaserte beslutninger. Behovet for deres kompetanse knyttet til enkeltpasienter vurderes av dem selv til å [måtte] trumfe behovet for tilstedeværelse i den arbeidsposisjonen de er satt til. Jeg vil tro at dette i det minste oppleves som tilfredsstillende for overlegens

«egne» pasienter, når en vet at det gjerne er pasient–lege-kontinuitet som etterlyses av pasientene selv (Krogstad et al., 2002). Det er også grunner til å tro at pasient–lege-kontinuitet bidrar til bedre kvalitet og behandlingsforløp for de pasientene det gjelder, særlig om det er spesielt komplisert avansert kirurgi, da det er overlegen som har spisskompetansen. Men igjen: For de underordnede legene som blir værende igjen på sengepostene, utgjør dette et stadig gjentakende problem fordi deres mulighet til å ta gode avgjørelser blir redusert grunnet, som jeg siterte avdelingslederen på tidligere, «manglende kompetanse, supervisjon og veiledning i visittene». Da er det også nærliggende å tro at dette vil ha behandlingsmessige konsekvenser for pasientene som ligger på de gastrokirurgiske sengepostene, fordi de blir utsatt for beslutninger som ikke er diskutert i tilstrekkelig grad av de underordnede kirurgene og overlegene i fellesskap, samtidig som informasjonsforløpene ofte er preget av mangler.

Når de selv var visittgående leger på sengepostene, var de underordnede legene frustrerte over overlegenes manglende tilstedeværelse. Samtidig var det de samme underordnede legene som, mens de var i andre arbeidsposisjoner, ba overlegene forlate sengepostene overlegene egentlig skulle oppholde seg på. Det er jo noe paradoksalt over dette; de underordnede legenes ønske og behov for overlegenes veiledning og faglig kompetanse *utenfor* sengepostene, og overlegenes forsøk på å imøtekomme deres ønsker, bidro til de samme underordnedes vanskelige arbeidsposisjon når de selv var visittgående leger *på* sengepostene.⁴⁴

12.4.3 *Overleger ble satt til flere arbeidsposisjoner og kompenserte for andres fravær*

Det var ikke kun når de underordnede etterspurte overlegenes kompetanse, at overlegene ble stående i situasjoner med samtidskonflikter. I motsetning til de underordnede legene ble overlegene jevnlig satt til å dekke flere arbeidsposisjoner på samme tid. Tidligere i kapittel 7.3 har jeg beskrevet hvordan overleger på morgenmøtet kunne bli satt til å ta vakttelefonen mens de samtidig skulle gå visitt eller være på poliklinikken, og hvordan avdelingsledelsen ble kritisert av de underordnede legene fordi de fordelte oppgavene slik. Siden arbeidsposisjonene i stor grad var forbundet med forskjellige geografiske steder rundt på sykehuset, medførte dette at overlegenes perioder på sengepostene som visittlege med ujevne,

⁴⁴ Dette funnet er for øvrig også et eksempel på hvor viktig det er å følge de samme menneskene over tid og i forskjellige kontekster i studier innenfor større organisasjoner. Hadde jeg ikke fulgt kirurger fra forskjellige sjikt og i forskjellige roller (arbeidsposisjoner) ville denne observasjonen ikke vært mulig å gjøre.

men gjentatte, mellomrom ble brutt opp av andre gjøremål andre steder. Når overlegene da var satt til flere arbeidsposisjoner samtidig, var det visitten som ble nedprioritert.

For de underordnede kirurgene var det som sagt problematisk at overlegene ikke var til stede, fordi det førte til at de brukte lengre tid på å fatte de kunnskapsbaserte beslutningene. Men det handlet også om at det ble færre kirurger å fordele pasientene på, noe noen av overlegene i og for seg mente var uproblematisk, selv om de gjenværende underordnede kirurgene fikk flere pasienter og arbeidsoppgaver å utføre. Dette handlet om overlegenes forståelse av deres rolle på sengeposten og arbeidet underveis i visitten. For disse overlegene var sengeposten et sted hvor de underordnede kirurgene kunne skaffe seg viktig kunnskap og erfaring og lære seg å arbeide selvstendig, mens de selv var der for å «støtte dem i det arbeidet», som Finstad formulerte det. Overlege Gundersen formulerte det slik til meg:

De unge trenger å få jevnlig supervisjon og hjelp. Men jeg trenger ikke nødvendigvis å se alle pasientene på sengeposten. Jeg burde ikke trenge å bruke så mye tid på å gå rundt i gangene her. Men jeg må selvfølgelig vite hvordan det går med dem [de yngre legene], og vite hvordan de gjør jobben. Og være en de diskuterer problemstillinger med. Men å bruke *min* tid og gå *alene* for å se på pasienter, uten de [yngre legene] til stede... Nei, det tror jeg bestemt ikke er nødvendig.

[Feltnotat]

Dette var en oppfatning som Gundersen ikke var alene om. Og med denne innsikten kan overlegenes adferd, som i utgangspunktet kan se ut som unnvikelse fra ansvar, i realiteten vel så mye tolkes i retning av at overlegene er av den oppfatning at det de foretar seg, reelt sett er viktigere enn det de aktivt unndrar seg – som å gå visitt. Prioriteringen som de dermed foretar, er da ikke å forstå som et utslag av manglende solidaritet eller manglende interesse for å hjelpe de underordnede. Tvert imot. Denne aktive unndragelsen av visse typer arbeid kan vel så gjerne forstås som en aktiv, velbegrunnet handling hvor overlegene tar et systemansvar, ansvar for de underordnede legene og et ansvar for pasientene. Det bare synes ikke slik for de av sengepostens aktører som blir stående alene og vente på overlegen.

12.5 Avsluttende kommentarer

Det var langt fra alle av dagarbeidets arbeidsposisjoner som ble oppfattet som populære blant kirurgene. I kapittel 7 fant jeg at det avtegnet seg en rangering av *hvor attraktive* de enkelte dagarbeidets posisjoner var. Å få være på operasjonsstuen og operere elektive pasienter rangerte høyest. Det å gå visitt på sengepostene, å inneha arbeidsposisjonen som visittlege, så

ut til å være det minst attraktive både hos de underordnede kirurgene og hos overlegene. Betegnelsen «visittslave», som flere av kirurgene omtalte arbeidsposisjonen som, understreker posisjonens manglende attraktivitet og popularitet. Jeg mener å ha funnet at en av grunnene til den manglende attraktiviteten var at arbeidet på sengeposten utfordret både kirurgenes opplevelse og observerbare rom for å kunne ta både kunnskapsbaserte og logistikkbaserte beslutninger. Særlig de underordnede legene opplevde og hadde manglende kontroll over eget arbeid i denne arbeidsposisjonen.

I kapittel 7 pekte jeg på at arbeidsposisjonen visittlege fra avdelingsledelsens side så ut til å mindre viktig å fylle enn mange av de andre arbeidsposisjonene, og da i særdeleshet arbeidsposisjonene som vakthavende. Den observerbare tendensen til at avdelingen nedprioritere visittarbeidet i fordelingen av arbeidskraft, bidro til at posisjonen som visittgående lege var spesielt arbeidskrevende, og dette bidro også til at kirurgenes autonomi kom under betydelig press. Samtidig kom også betydningen av den hierarkiske plasseringen tydeligere frem, da forskjellen i mulighetsrommet for overleger og underordnede til å styre eget arbeid var betydelig.

Beslutningene som ble tatt, var innrammet av helt andre organisatoriske forhold enn i vaktarbeidet, fordi relasjonene i visittarbeidet i større grad er hierarkisk organisert, hvor arbeidsøktene oftere starter med kollegiale diskusjoner på tvers av stillingshierarkiet, men hvor overlegens beslutninger (eller stilltiende aksept) legger sterke føringer på beslutningene. Dette påvirker både mulighetsrommet for kunnskapsbaserte beslutninger og logistikkbaserte beslutninger for dem som senere går visitttrunden og møter pasientene. Men samtidig har jeg vist at de underordnedes opplevelse av at overlegene etterlot dem til seg selv, ikke kan forstås som ansvarsfraskrivelse, men heller som at overlegene forsøker å ta et systemansvar, samtidig som de kompenserer for UniSyks produksjon av brudd i pasient–lege-kontinuitet og informasjonsforløp.

Jeg har brukt forholdsvis mye plass på previsitten av to grunner: Previsitten ble løftet frem av både avdelingslederen og av kirurger fra alle stillingsnivåer som et viktig møtested for diskusjoner omkring behandlingsvalg, opplæring og supervisjon av LIS-legene og arbeidskoordinering på sengepostene. Previsittene var ment til å fungere som et forum for sammenkjedning av det totale arbeidet på sengepostene. Kunnskapsbaserte beslutninger skulle fattes, i samhandling og samarbeid med sykepleiere, samtidig som intraprofesjonell kontroll og styring blant kirurgene fant sted. Forhold som er direkte relevante for kirurgenes

muligheter til å styre eget arbeid. Den andre grunnen til at previsitten har fått oppmerksomhet i dette kapitlet, er at selv med en uttalt enighet om previsittens *viktighet* på tvers av kirurgenes stillingsnivå ble previsitten og de kollektive beslutningsprosessene som kunne finne sted der, likevel *nedprioritert*, med til dels store konsekvenser for særlig de underordnede kirurgenes mulighet til å styre eget arbeidsforløp og fatte de nødvendige beslutninger.

For de underordnede gjorde særlig avstanden til overlegene, men også sine sideordnede, at beslutninger de var satt til å fatte, ikke kunne fattes raskt og på tilstrekkelig grunnlag. Den geografiske avstanden (som noen ganger kun handler om en enkelt vegg eller etasje) har dermed konsekvenser for i hvor stor grad de kan styre eget arbeidsforløp. De underordnedes situasjon er dermed ikke alltid så ulik den posisjonen som sykepleiere blir beskrevet til å være i: avhengig av legers beslutninger. Denne avhengigheten av overlegenes beslutninger gjør at de underordnede legene havner i et krysspess mellom avdelingens forventning om kollegiale beslutninger og effektiv gjennomføring i visittarbeidet, overlegers forståelse av egen rolle i visittarbeidet og sengepostens sykepleiere og pasienters krav om oppmerksomhet og arbeid.

Mine funn peker på at de underordnede kirurgene har svært begrenset mulighet til å styre eget arbeidsforløp når de er plassert i arbeidsposisjonen visittgående lege. Dette fører til at kirurgene forsøker å styre den geografiske avstanden til sengepostene, fordi de gjennom dette også til en viss grad kan skjerme seg fra arbeidsoppgaver. Grunnen er at sengepostene er steder hvor særlig de underordnede kirurgenes rom til å styre eget arbeidsforløp er begrenset, siden det ofte er her arbeidsoppgavene oppstår, noe som gjør at det er vanskelig å unngå å måtte forholde seg til dem (se også. kap. 9.2 og 9.3). Fordi visittlegene er satt i en arbeidsposisjon hvor det forventes, både av avdelingens ledelse, kolleger og sykepleiere, at de er til stede, møter og undersøker pasientene, er det lite rom for å ikke ta på seg disse arbeidsoppgavene. Selv om det til en viss grad er rom for å prioritere oppgavers rekkefølge, må oppgavene utføres før arbeidsøkten er over. Således er de underordnede kirurgene stedlig låst til sengepostene frem til arbeidet er gjort, noe som gjør at deres rom for å ta logistikkbaserte beslutninger knyttet til eget arbeid er relativt begrenset.

På samme tid har kirurgene handlingsrom til å kunne styre deler av sykepleierens arbeid på sengeposten gjennom at de kan bestemme rekkefølgen på sine egne arbeidsoppgaver, og jeg har også vist (blant annet i kap. 9.3) at kirurgene kunne invitere og til dels pålegge sykepleierne det som gjerne omtales som grensetilslørende arbeid, altså at sykepleiere påtar seg arbeid som i utgangspunktet ikke faller innenfor deres profesjonelle mandat (Allen &

Lyne, 1997; Olsvold, 2010). At de er i en slik posisjon, styrker deres mulighet for å styre eget arbeidsforløp. Dette er selvfølgelig ikke ukjent fra tidligere studier av arbeidsdeling på sykehus. Faktisk er det vel heller slik at det nettopp er denne muligheten til å pålegge og kontrollere andre yrkesgruppers arbeidsoppgaver, og dermed avgrense egne, som har vært et av de sentrale tegnene på legeprofesjonens overordnede, eller dominerende, posisjon i helsefeltet (Freidson, 1970, 1988; Sweet & Norman, 1995; Walby & Greenwell, 1994). Mine funn skiller seg dermed ikke nevneverdig fra disse tidligere studiene.

På den annen side viser mine undersøkelser hvordan de underordnedes manglende kontroll over eget arbeidsforløp (gjennom de logistikkbaserte beslutningene) henger tett sammen med både den temporale koordineringen og organiseringen av kirurgenes arbeid over tid. Over har jeg vist en rekke av konsekvensene som den temporale organiseringen av kirurgenes arbeid hadde på arbeidet som foregikk på sengepostene. Blant disse var manglende lege-pasient-kontinuitet, brutte informasjonsforløp og beslutningskjeder, liten grad av samtidighet, og dermed også manglende mulighet for kollegiale beslutningsprosesser og -kontroll på tvers av stillingshierarkiet.

Jeg har altså demonstrert at de underordnedes avhengighet av nærhet til overlegene for å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger fører til at deres autonomi reduseres. Dels skyldtes det at overlegene av forskjellige grunner ble trukket ut av sengeposten, dels at overlegene forsøkte å holde avstand til sengeposten og dermed i praksis delegerte arbeidsoppgaver til de underordnede legene. Mellom kirurgene fra forskjellige sjikt i hierarkiet kunne det hele dermed fremstå som et spill om svarteper, hvor den som ble sittende igjen med sengepostens arbeidsoppgaver, tapte. Det var det som regel den underordnede som gjorde.

På arbeidsplanene kunne det se ut som om alle kirurgene som var satt der, var vurdert som funksjonelt ekvivalente. Det har jeg vist at de i realiteten ikke var. Overlegene hadde langt større rom for å kunne styre eget arbeidsforløp, fatte kunnskapsbaserte beslutninger og delegere arbeidsoppgaver til andre enn det de underordnede kunne. Det kirurgiske hierarkiets betydning var således svært tydelig i dette arbeidet. Samtidig vil det være for enkelt å hevde at det skyldtes overlegenes ønske om og evne til å sikre egne interesser, da overlegenes bruk av handlingsrommet de hadde, også kan forstås som forsøk på å ta et systemansvar, som innbefatter ansvar *både* for de underordnedes og pasientenes behov for deres kompetanse.

13 Sammenkjeding av funn

Denne studien ble gjennomført med en ambisjon om å undersøke hvilket mulighetsrom kirurger har til å styre eget hverdagsarbeid innenfor de sosiale og organisatoriske kontekstene som sykehuset utgjør. Jeg har forsøkt å svare på denne ambisjonen ved å analysere kirurgers individuelle autonomi, forstått som muligheten til (alene) å gjøre skjønnsmessige vurderinger, fatte beslutninger og få dem gjennomført.

Dette har jeg gjort ved å undersøke gjennom kirurgenes kunnskaps- og logistikkbaserte beslutninger. Dette er to analytisk (men ikke nødvendigvis empirisk sett) distinkte typer observerbare beslutninger som kirurgene fatter innenfor de organisatoriske rammene som sykehuset utgjør. Analysene av autonomi er gjort i tilknytning til tre sentrale aspekter ved sykehuset som organisatorisk ramme: (1) tid og organiseringen av denne (temporal koordinering), (2) betydningen som arbeidets stedlig distribuerte karakter har for autonomi, og (3) det profesjonelle hierarkiet som kirurgene er en del av. Med utgangspunkt i avhandlingens problemstillinger ønsker jeg i dette kapitlet å rekapitulere og kjede sammen hva fortellingen jeg har lagt frem om kirurgers hverdagsarbeid, har brakt til torgs. Dette gjør jeg gjennom å knytte forbindelseslinjer mellom sentrale funn, for slik å legge til rette for en bredere drøfting av sykehuskirurgers arbeidsorganisering, arbeidspraksiser og profesjonelle autonomi.

13.1 Arbeidsforløp brytes opp i mange temporale fragmenter og dette har betydning for kirurgers autonomi

Flere har skrevet om mangelen på kontinuitet på sykehus (Fugelli, 2011; Krogstad et al., 2002; Vinge, 2004). I denne avhandlingen har jeg forsøkt å gå lenger i å analysere hva som kjennetegner denne diskontinuiteten, hvordan den oppstår og hvordan den virker inn på kirurgenes muligheter til å fatte faglig gode beslutninger om sine pasienter. Jeg har løftet frem fire forskjellige former for diskontinuitet som oppstår på grunn av sykehusets temporale koordinering, som gjøres gjennom tjenesteplanene, samt kategoriseringen av kirurgenes arbeid gjennom arbeidsposisjoner. Bruddene oppstår i tilknytning til flere dimensjoner av kirurgenes arbeid og relasjoner: De oppstår (1) i tilknytning til kirurgenes egne arbeidsforløp over tid og innenfor de enkelte arbeidsøkter, (2) i relasjonene mellom kirurgene, (3) i

relasjonene mellom pasient og den enkelte kirurg, og i tilknytning til (4) informasjons- og beslutningsforløp. Den temporale koordineringens produksjon av brudd (diskontinuitet) har konsekvenser både for den enkelte kirurgs mulighet til å styre arbeidet sitt og for gruppen av kirurger som kollektiv til å samordne og kjede sammen hverandres arbeids- og beslutningsforløp. Dette igjen har følger for muligheten for kollektive beslutningsprosesser og kollegial kontroll av kirurgenes virksomhet. Samlet sett er dette alle viktige faktorer som påvirker kirurgenes autonomi. I siste instans har de konsekvenser for pasientene som behandles.

13.1.1 *Bruddene fører til oppstartskostnader som reduserer autonomi*

For den enkelte kirurg er en konsekvens av den temporale koordineringen at arbeidsforløpene svært ofte blir brutt opp i usammenhengende deler. Samtlige kirurger blir utsatt for disse bruddene, som har konsekvenser og kostnader knyttet til dimensjoner av kirurgens mulighet til å styre eget arbeid. Dette skyldes de stadige skiftene fra vaktarbeid til dagarbeid, to kategorier av arbeid som i liten grad er knyttet til hverandre (jf. kap. 5.1). I tillegg innehar de ofte ulike arbeidsposisjoner når de har dagarbeid (som gjort rede for i kap. 7.1). Bruddene i egne arbeidsforløp fører videre til brudd i relasjon til de enkelte pasientene, da det er forholdsvis sjelden at den enkelte legen følger den samme pasienten over tid. Derimot møter kirurgen ukjente pasienter hele tiden, uten at vedkommende nødvendigvis har hatt direkte kommunikasjon med eventuell foregående kirurg som (kanskje) kjenner pasienten. Informasjonsinnhenting som kirurgen dermed må gjøre, tar tid, reduserer effektiviteten og reduserer dermed mulighetsrommet for at han selv kan styre eget arbeid/arbeidsforløp.

Hvert eneste slikt forløpsbrudd i tilknytning til pasientene har potensial i seg til å føre til oppstartskostnader i form av behov for informasjonsinnhenting og resonnering i tilknytning til beslutningene som må fattes. Dette gjør at bruddene har reelle og praktiske følger for hvor *mye tid* kirurgen må bruke til å skaffe seg tilstrekkelig informasjon om de enkelte pasientenes tilstand i den hensikt å kunne gjøre godt funderte kunnskapsbaserte beslutninger knyttet til behandlingen av pasientene (se eksempelvis kap. 12.2). Det er i tillegg informasjon som selv i de elektroniske pasientjournalers tidsalder fortsatt i stor grad er personbundet og personavhengig, og som helsepersonell, inkludert kirurgene jeg fulgte, svært ofte forsøkte å skaffe til veie ansikt til ansikt med sine kolleger. Melby (2007) skriver innsiktsfullt om dette i forbindelse med en diskusjon om tverrprofesjonelle møter og bruken av dokumentasjon på en medisinsk sengepost:

Svært mye av kunnskapen som dannes [i møter], forlater møtene hovedsakelig i hodene på helsepersonellet. Så lenge de samme personene er på jobb, det ikke er vaktskifter og sykdom, fungerer dette brukbart. Et slikt system er naturligvis likevel et sårbart system. Helsepersonellet har behov for skriftlige og visuelle inskripsjoner av pasientene, der inskripsjonene eksisterer på tvers av tid og rom. Et godt grenseobjekt må også eksistere på tvers av tid og rom. (Melby, 2007:249)

Men journalene inneholdt ofte ikke tilstrekkelig med informasjon, mens ansikt til ansikt-kommunikasjon var, som jeg har vist, i lange perioder vanskelig å få til, særlig i dagarbeidet på sengepostene. Manglende oversikt fører til at tiden spises opp i forsøk på å kompensere for diskontinuitet i informasjonsflyt og beslutningsforløp. En indirekte kostnad ved å bruke tid til informasjonsinnhenting er at det binder legen både temporalt og stedlig, noe som igjen fører til redusert mulighet til å møte kolleger. Dette utgjør en ond sirkel som fører til redusert autonomi for kirurgene.

13.1.2 *Bruddene reduserer mulighetene for kollektive og kollegiale beslutningsprosesser*

Den kunnskapen som ligger til grunn for kliniske beslutninger i tilknytning til enkeltpasienter, handler ikke bare om å ha tilstrekkelig og oppdatert informasjon. Kliniske funn og svar fra prøver og undersøkelser må fortolkes før beslutninger tas om hva som skal gjøres, som i nær sagt all annen profesjonsutøvelse (Grimen & Molander, 2008). Flere studier viser at diagnoser og kliniske beslutninger vanligvis utvikles og fattes i kollaborative, sosiale prosesser (Atkinson, 1997; Cicourel, 1990; Måseide, 2006). Underland og Tjora skriver eksempelvis i sin studie *A collective clinical gaze: negotiating decisions in a surgical ward* (2016) at kirurger sjelden tar beslutninger alene, annet enn når ingen annen lege er tilgjengelig, som på nattevakter. Vanligvis gjøres dette i fysiske møter med forhandlinger om hvordan leger og sykepleiere forstår fenomenene de står overfor. Mine funn støtter forståelsen av beslutningsprosesser som sosiale hendelser i den forstand at mange av kirurgenes beslutninger ble tatt etter at de har snakket sammen ansikt til ansikt, og på grunnlag av andres forutgående beslutninger og fortolkninger formidlet både muntlig og skriftlig. Ikke minst har jeg vist at det foreligger et tydelig *ønske* om å diskutere kliniske beslutninger sammen med kolleger, både i forkant og i etterkant av beslutninger. Men mine analyser av diskontinuitetens konsekvenser nyanserer de kollaborative dimensjonene av beslutningsforløpene på to måter.

Jeg har vist at forutsetningene for å fatte beslutninger gjennom kollegiale diskusjoner i mange tilfeller var svært begrenset, også utenfor vakttid. Dette står i klar kontrast til hva Underland og Tjora (2016) påstår om at slike beslutninger sjelden gjøres alene. Faktisk var det langt

enklere for kirurgene å få konsultert, diskutert og forhandlet om disse vesentlige aspektene av deres profesjonelle virke i vaktarbeidet, heller enn i dagarbeidet. I vaktarbeidet foregikk det kontinuerlig prat og diskusjon både om arbeidsfordeling og kliniske beslutninger mellom de forskjellige vakthavende kirurgene, også når det var på sitt mest hektiske. I vaktarbeidet opplevde kirurgene sjelden at de var alene (jf. kap. 9 og 11). I dagarbeidet derimot, og da særlig i visittarbeidet, ble kirurgene ofte gående alene uten hva de selv oppfattet som enkel tilgang til sine kolleger, enten det nå var en sideordnet eller en overlege (jf. kap.12). De planlagte møtepunktene for hele kollegiet (morgenmøtet) var redusert til arenaer for arbeidsdeling og ikke diskusjoner om kunnskapsbaserte beslutninger knyttet til dagarbeidets pasienter. Previsittene ble svært ofte nedprioritert, og den stedlige distribusjonen av kirurgenes arbeidsposisjoner rundt om på sykehuset var så stor at kirurgene ofte ikke var sammen, selv når de var samtidige. Dette gjorde at svært mange beslutninger i realiteten ble tatt av en kirurg alene (jf. kap. 6, 7 og 12). Det igjen reduserer kirurgenes mulighet til å ta gode kunnskapsbaserte beslutninger kollektivt og effektivt. Konsekvensene av mangelen på muligheter for kollektive og kollegiale beslutninger for den enkelte kirurgs autonomi forsterkes av at bruddene også skaper oppstartskostnader knyttet til informasjonsinnhenting og representerer det jeg ovenfor omtalte som en ond sirkel.

Vi har også sett at bruddene i den enkelte kirurgs arbeidsforløp over dager ikke bare førte til at kirurgen trengte mer tid for å ta kunnskapsbaserte beslutninger, men i noen tilfeller ikke så seg i stand til å fatte noen beslutning i det hele tatt. Fragmenteringen av *andres* arbeidsforløp gjorde at kirurger heller ikke så seg i stand til å gjøre endringer i tidligere beslutninger når andre aktører ba om det, fordi de *på-forhåndtatte* beslutningenes begrunnelser ikke var kjente og den opprinnelige beslutningstageren ikke var tilgjengelig. Kirurger var dermed til tider ikke villige til å endre slike beslutninger. Den manglende oppjusteringen av smertestillende jeg beskrev (i kap. 11.4), er ett eksempel på dette. Nyanseringen jeg har brakt til torgs, ligger i at kollaborative beslutningsprosesser forutsetter temporal og stedlig koordinering av kirurgene og sammenkjeding av deres egne arbeidsforløp. Dette er noe som sjelden fremkommer som et viktig moment i studier av slike prosesser, siden de ofte fremstilles som noe som er naturlig forekommende. Det er de ofte ikke. Mine analyser viser at det måtte aktivt sammenkjedingsarbeid til av kirurgene selv i kombinasjon med tilrettelegging fra sykehuset for å få dette til. Tjenesteplanene er viktige i denne sammenhengen fordi det er gjennom disse planene at arbeidets forløp, og dermed også forutsetningene for kontinuitet over tid, produseres.

Det er et paradoks at kirurgene ofte verken ønsket eller så seg i stand til å fatte beslutninger alene, all den tid både sosiologisk litteratur og kirurgene selv fremstiller kirurger som spesielt beslutnings- og handlingsføre profesjonsutøvere (Bosk, 2003; Cassell, 1987, 1991; Katz, 1999). Dette er altså profesjonsutøvere, som med B-grenist Smedstads ord «må lære seg å ta beslutninger alene», «være litt risikovillige», «og bestemme [seg] raskt» på «usikkert grunnlag». Paradokset kan forstås som en tilpasning til de faktiske organisatoriske forholdene til kirurgene jeg fulgte, men også som en måte som kirurgene forsøkte å fremstille seg selv på. Det var så vidt jeg kan se, derimot ikke noe som spilte de normene for profesjonell adferd som utkrystalliserte seg i deres daglige arbeid, eller som kjennetegnet beslutningsforløpene. *Kirurgene etterlyste møteplasser for faglige diskusjoner om enkeltpasienter, og flere var tydelige på at de mente møteplassene som fantes, ikke var tilstrekkelig gode til det formålet.* At de underordnede kirurgene «samlet opp» spørsmål i stedet for å ringe overlegene mens de var visittleger, kan som vist forstås som en måte å vise hensyn til sine kolleger på. De vet selv hvor forstyrrende telefonsamtalene kunne være (jf. kap. 9.3.3), og viste hensyn ved å ikke ringe kolleger. Samtidig benyttet alle legene fra alle sjikt muligheten til å diskutere problemstillinger når muligheten først bød seg. *Dette viser at kirurgene anså slike kollektive beslutningsprosesser som viktige og nødvendige, selv om det i praksis kunne være svært vanskelig å få det til.*

Selv om det forelå et uttalt ønske om dette både fra kirurgene selv og fra ledelsen, har jeg vist at kirurgene ofte ikke klarte å samles for å diskutere beslutningene som skulle tas, innenfor rammene av den temporale organiseringen av sykehuset. De er arbeidstidsmessig (og stedlig) organisert på en måte som gjør det vanskelig å få til. Kirurgene *tvinges* derfor til å ta beslutninger alene fordi det er vanskelig å møtes, og da i tillegg ofte uten tilstrekkelig tilgjengelig informasjon. Det er grunn til å tro at kirurgenes uttrykte behov for å diskutere i fellesskap og for å komme frem til beslutninger sammen om pasienter skyldtes et ønske om å ta gode beslutninger, i tråd med hva som er ansett som faglig godt arbeid. Når dette ikke lar seg gjøre, representerer det en reduksjon av den enkelte kirurgens autonomi.

13.1.3 *Bruddene kunne vært en kilde til ansvarliggjøring og kontroll*

Molander (2013) skriver følgende om ulike måter å ansvarliggjøre aktører med skjønnsmyndighet på:

Av distinksjonen mellom skjønn i strukturell og epistemisk forstand følger det at det vil være to hovedmåter å gjøre det [ansvarliggjøre] på: ved strukturelle mekanismer som retter seg mot

rommet for skjønn, eller ved epistemiske mekanismer som retter seg mot den skjønnsmessige resonneringen. Hovedmålet med strukturelle mekanismer er å innskrenke rommet for skjønn eller å begrense hva personer med skjønnsmyndighet kan foreta seg, mens hovedmålet med epistemiske mekanismer er å forbedre kvaliteten på skjønnsvurderingene ved å forbedre resonneringsprosessene eller betingelsene for resonnering. (Molander, 2013:48)

Molander tegner deretter opp fem undergrupper eller former for ansvarliggjøring for hver av disse mekanismene. Jeg konsentrerer meg om oppdelende mekanismer, som tilhører de strukturelle mekanismene for ansvarliggjøring, og deliberative mekanismer, som tilhører de epistemiske mekanismene (Molander, 2013:48-53). Over pekte jeg på at kirurgene etterlyste og savnet arenaer for kollegiale diskusjoner og beslutninger. De savnet altså det Molander omtaler som deliberative mekanismer. Mangelen på denne muligheten for deliberasjon representerer en reduksjon av kirurgenes autonomi. Poenget i det som følger nå, er å vise hvordan brudd i arbeids- og beslutningsforløp kombinert med mangel på kollektive møteplasser for kollegiale beslutninger i utgangspunktet både kan styrke og svekke kirurgens autonomi på samme tid. Og at tilsvarende også gjelder for utøvelsen av kollegial kontroll.

Oppdelende mekanismer for å ansvarliggjøre aktører deler opp rommet for skjønn som «en person har på flere personer, slik at makten til den enkelte blir redusert» (Molander, 2013:49). Han bruker organiseringen av våpenbruk i politiet i Norge som eksempel. Politiet bærer normalt ikke våpen, men har det tilgjengelig i bilen. Politibetjenten kan melde om behov om bevæpning, men dette må godkjennes av politimesteren før våpenet tas frem og i bruk. Myndigheten fordeles mellom flere personer, noe som også innebærer at den enkelte politibetjents autonomi reduseres. Vi kan også forstå bevæpningsprosedyrene som et beslutningsforløp, hvor flere beslutninger tas, men hvor dette er fordelt mellom personer. Hver ny person i slike beslutningsforløp inngår således også i en kontroll av skjønnsutøvelsen. Anlegger vi et slik perspektiv, ser vi at beslutningsforløpene som kirurgene inngår i, på grunn av de temporale bruddene, har likhetstrekk med Molanders oppdelende mekanismer, dog ofte strukket ut over en noe lengre periode.⁴⁵

Bruddene som oppstår i kirurgenes arbeidsforløp, kan isolert sett og i prinsippet øke den enkelte kirurgs handlingsrom fordi det ofte også innebærer brudd i *beslutningsforløp* knyttet til pasienter. Når beslutninger tatt av kirurg A i etterkant blir omgjort av kirurg B, kan dette forstås som et uttrykk for kollegial kontroll. Kirurg B mener at beslutningen ikke er god nok,

⁴⁵ Jeg vet ikke hva slags tidshorisont bevæpning av politiet har, men ser for meg at det er en prosedyre som er relativt raskt gjennomført.

og gjør om på den. Beslutningsforløpet blir da å forstå som hva Molander (2013:49) kaller en «oppdelende mekanisme» for å begrense skjønnsmyndigheten til den enkelte skjønnsutøver. Kirurg As autonomi blir altså redusert, eller i det minste holdt i sjakk. Fordi kirurgene ofte, som jeg har vist, arbeider i utakt med hverandre i avbrutte arbeidsforløp, vil kirurg A i mange tilfeller ikke få høre om endringene som er gjort av kirurg B. Det igjen gjør at kirurg B mest sannsynlig ikke trenger å «stå til rette for» kirurg A i etterkant og dermed er forskånet for de sosiale kostnadene uenighet kan medføre. At kirurg As beslutning blir endret på, kan forstås som kollegial kontroll av kirurg A, på samme tid som det kan forstås som at det gir økt autonomi for kirurg B. Han står fritt til å gjøre som han vil, fordi han ikke oppdages. På den annen side vil kirurg A heller ikke få tilbakemelding på sine beslutninger, noe som gjør at han trolig vil ta samme type beslutning ved neste anledning også.

Vi har sett at noe som likner på en slik «oppdelende mekanisme», forekommer blant kirurgene når de møtes samlet. Diskusjonen vi så i morgenmøtet om å snu pasientene som kom til operasjon (kap. 6.4), hadde preg av å være en slik mekanisme. Men jeg oppfattet det ikke som en gjennomtenkt, organisert og strukturert beslutningsprosess fra avdelingens side. I stedet fremsto det som situasjoner som ga kolleger et tilfeldig «window of opportunity» for å gjennomføre kollegial kontroll. I fotnote 30 (s. 124) har jeg pekt på flere tidspunkter i et planlagt pasientforløp hvor beslutninger kan kontrolleres før pasienten ligger på operasjonsbordet og operasjonen er i gang. Det forekom at pasienter ble «satt på vent» av anestesilegen for en ny vurdering av pasientene, fordi de mente pasientene ikke var godt nok forberedt for anestesi (narkose). Det forekom også at det ble oppdaget nye medisinske tilstander eller andre forhold rundt pasientene som gjorde at nye vurderinger ble gjort. Men det var altså i liten grad slik at underordnede på eget initiativ «snudde pasientene». Dette vitner om at bruddene i beslutningsforløpene og i relasjonen mellom pasient og kirurg i liten grad i praksis fungerer som kollegial kontroll. Det kunne det ha gjort om de kollegiale møtestedene hadde hatt noe bedre tid for diskusjoner om kunnskapsbaserte beslutninger, hatt «større takhøyde», og om de underordnede i større grad så seg i stand til å overprøve andres beslutninger.

Samtidig er det også slik at dersom kirurgene konstant endret på hverandres beslutninger, ville det utgjøre et nullsumspill hvor deres beslutninger kun sto seg så lenge de selv var der. Kirurgene ville heller aldri kunne være sikker på at deres beslutninger ble gjennomført. På samme tid ville beslutningene trolig også vært av dårligere kvalitet siden

informasjonsforløpene er såpass fragmenterte som jeg har vist. Dermed ville flere beslutninger være tatt på et mindre solid grunnlag. I tillegg ville den kirurgiske virksomheten fremstått som helt vilkårlig for alle som oppholdt seg der. Sykehusets andre enheter og aktører, som sengepostenes sykepleier og røntgenavdelingens radiologer, ville hatt store problemer med å planlegge og gjennomføre de oppgavene de trenger å gjøre om ingen beslutning var endelig før de faktisk var gjennomført. Og for pasientene ville det fremstått som komplett vilkårlig og kaotisk dersom kirurgene, som i Per Fugellis (2011) ord ofte fremstår som «engangsleger», i tillegg hele tiden endret på beslutningene til sine kolleger.

Det er blant annet i lys av dette at betydningen av normen om gjennomføringslojalitet må forstås. Gjennomføringslojalitet sikrer den enkelte kirurgs autonomi, ved at de forholder seg lojalt til hverandres tidligere beslutninger. Gjennomføringslojaliteten blant kirurgene gjør det også enklere å planlegge og sammenkjede tilgrensende aktiviteter for andre aktører. Det er igjen viktig å understreke at for at en skal få gjort «noe som helst» i et komplekst og uoversiktlig organisatorisk sykehus med uregjerlig arbeid, må det foreligge en viss grad av tillit til at ens kolleger har gjort gode beslutninger, under de forutsetningene som foreligger. Jeg har pekt på at det svært ofte foreligger mangelfull informasjon om de enkelte pasienter, og om hvilke begrunnelser som ligger til grunn for de enkelte beslutningene. Dette, kombinert med mangelfulle strukturer for å møtes og oppstartskostnader knyttet til bruddene, gjorde noen ganger det tvingende nødvendig å gjennomføre de beslutningene foregående kirurg hadde bestemt skulle gjennomføres. Om ikke annet for at en selv skulle kunne kjede sammen eget arbeidsforløp på en måte som gjorde at en fikk gjort det som måtte gjøres.

Gjennomføringslojaliteten bidrar således til effektiv organisering av arbeidet for kirurgene som kollektiv og som enkeltkirurg. Gjennomføringslojaliteten kan derfor også forstås som et utslag av hva en kan kalle realitetsorientert pragmatisme i et organisatorisk landskap preget av samtidskonflikter, stedlig spredte arbeidsoppgaver, tvingende behov for prioriteringer og usikkerhet.

Jeg tenderer, selv med denne påpekingen av behov for tillit til hverandres beslutninger, effektivitet og pragmatisme, til å være skeptisk til at gjennomføringslojaliteten som jeg har påvist, nødvendigvis kommer pasientene til gode. Når gjennomføringslojalitet er grunnet i manglende oversikt over begrunnelsene for beslutninger knyttet til pasientbehandlingene og lojalitet til et beslutningshierarki uten forutgående kollegiale beslutningsprosesser, er *dette ikke nødvendigvis bra for pasientene*, noe som tydelig fremkom i tilfellet hvor ingen av

kirurgene var villig til å endre på smertebehandlingsregimet til pasienten beskrevet i kapittel 11.4. Dette blir spesielt problematisk når det samtidig ikke avkreves lojalitet i de konkrete medisinske vurderingene av hva den enkelte kirurg mener *bør* gjøres, men når det avkreves lojalitet med hensyn til at *beslutninger* som er tatt, *skal gjennomføres* selv uten forutgående kollegiale, deliberative beslutningsprosesser. Det er av disse grunnene at bruddene i organiseringen av kirurgenes arbeidsforløp produserer, i liten grad fungerer som en oppdelende mekanisme som regulerer skjønnsrommet for hva den enkelte kirurg kan foreta seg, noe bruddene i langt større grad kunne ha fungert som.

13.1.4 *Vanskeligheter med å få gjennomført kollegiale møtepunkter reduserer kontroll*

Bruddene i beslutningsforløpene jeg har pekt på, har et (utilsiktet) potensial til å fungere som kollegiale kontrollpunkter, liknende det Molander (2013) kaller oppdelende mekanismer. Men for at det skal fungere, må det foreligge en vilje blant de involverte i beslutningsforløpene til å endre på beslutninger, noe gjennomføringslojaliteten ikke bygger opp under. Det må også foreligge tilstrekkelig gode muligheter for informasjonsflyt. Dette forutsetter igjen møtepunkter med rom for kollegiale diskusjoner og beslutninger; altså arenaer hvor epistemiske mekanismer er på plass slik at kvaliteten på skjønnsvurderingene og beslutningene sikres (Molander, 2013:50-54). Et tilbakevendende tema i denne avhandlingen har vært mangelen på fungerende møtesteder for å ta kollegiale beslutninger, og da særlig knyttet til det som til tider ble omtalt som «slavearbeidet» som foregikk på sengepostene. Kirurgene ønsket å inngå i kollegiale beslutningsprosesser, men det var det ikke mulighetsrom for. At kirurgene ikke klarte å kjede sammen sine arbeidsforløp slik at de kunne være *samtidige og på samme sted*, reduserte muligheten for kollegiale beslutningsprosesser. Jeg har hevdet at dette representerer en de facto innskrenkning av den enkelte kirurgs autonomi.

Men dette kan også forstås dit hen at resultatet av kirurgenes sammenkjedings- og koordineringsvansker i det daglige arbeidet (som følger av sykehusets temporale koordinering) egentlig representerer et *økt mulighetsrom* for at de selv kan fatte beslutninger, fordi fravær av kollegiale beslutningsprosesser fører med seg fravær av kollegiale kontrollmekanismer. Molander (2013) skriver at kollegialitet er en måte å ta beslutninger på basert på deliberasjon mellom likeverdige parter. Formålet er å undersøke om handlinger er i samsvar med profesjonenes normer og etiske regler. Jeg forstår dette som også å inkludere

faglig vanskelige beslutninger, slike kirurgene jeg fulgte, opplevde å stå i med jevne mellomrom. I disse deliberative mekanismene ligger det helt klare aspekter av ansvarliggjøring og kontroll. Fravær av eller mangel på tilstrekkelige arenaer for deliberasjon representerer således også fravær av kontroll av hvorvidt de daglige beslutningene og handlingene kirurgene gjennomfører (eller planlegger å gjennomføre), er kvalitativt gode. Fraværet av kontroll må da følgelig forstås som større autonomi. Men det var lite som tydet på at dette var en form for autonomi som kirurgene selv ønsket.

13.1.5 *Brudd reduserer muligheten for kollegial kontroll over tid*

En følge av vanskeligheter med å organisere kollegiale beslutningsprosesser er vanskeligheter med å føre kollegial kontroll. Manglende kollegial kontroll er i utgangspunktet noe som øker den enkelte kirurgs autonomi. De kan gjøre mer slik som de selv vil. Samtidig er konsekvensene av fravær av kollegial kontroll potensielt store og alvorlige for både pasienter og kirurger, både på kort og lang sikt. Over har jeg i hovedsak diskutert bruddenes effekter på kort sikt: oppstartskostnader for den enkelte kirurg og redusert mulighet for kollektive og kollegiale beslutningsprosesser. Jeg har også vist at bruddene i prinsippet kan føre til økt kollegial kontroll av beslutninger som allerede er tatt, men at dette potensialet ikke er mulig å ta ut på grunn av en kombinasjon av brutte arbeidsforløp, manglede samtidig tilstedeværelse (på samme sted på samme tid) og nedprioritering av potensielle arenaer for kollegiale beslutninger og tilhørende kollegial kontroll. Jeg skal nå diskutere hvilke konsekvenser slike brudd kan ha på litt lengre sikt for den kollegiale kontrollen, for den enkelte kirurg, og for pasientene og samfunnet. For ordens skyld er det viktig å understreke at det som følger, her er et forsøk på å vurdere potensielle konsekvenser av det jeg har observert. Jeg har ikke grunnlag for å si noe sikkert om at konsekvensene faktisk oppstår.

Jeg har påvist at den temporale koordineringen og de stedlig distribuerte arbeidsoppgavene fører til at kirurgene i liten grad er på samme sted på samme tidspunkt. Særlig gjaldt dette kirurger på tvers av stillingshierarkiet, som i stor grad arbeider i utakt (jf. kap. 5.2.3). Dette produsere relasjonell diskontinuitet mellom kirurgene, noe som gjør det vanskelig for avdelingen å holde oversikt over den enkelte kirurgs profesjonsutøvelse. Kirurgene ser hverandre forholdsvis sjelden og jobber enda sjeldnere tett sammen. Kollegial kontroll av kirurgers beslutninger (og adferd) henger nøye sammen med samtidighet og nærhet (se eksempelvis Bosk, 2003:13).

Jeg har tidligere referert til hvordan det gjennom hele feltarbeidet ble kommentert fra avdelingslederen og de mest erfarne overlegene at avdelingen slet med å sikre at de underordnede legene fikk den nødvendige oppfølgingen av overlegene i tilknytning til spesialistutdanningen (se kap. 5.2.3). Temaet ble tatt opp i en lang rekke fora, blant annet som kommentarer under morgenmøter, avdelingsmøter, lunsjer og i mer uformelle samtaler med andre og med meg. I avhandlingen har jeg ikke satt søkelys på rammebetingelsene for kirurgenes læring som sådan, men en finner kommentarer og avsnitt som omhandler mulighet for (opp-)læring, supervisjon og erfaringsutveksling. Dette har altså ikke vært hovedformålet med den etnografiske undersøkelsen jeg har gjort blant kirurgene. Like fullt har det funnet sin plass i avhandlingens kapitler. La meg si noe om det her. Den temporale utakten som kirurger fra forskjellige sjikt av hierarkiet arbeider i, gjør betingelsene for veiledning og supervisjon av de underordnede over tid vanskeligere. En forutsetning for å kunne utøve god medisin (legevirksomhet) innenfor profesjonens rammer for yrkesutøvelse er at leger i utdanning får opplæring, støtte og veiledning mens de er i pasientrettet arbeid, og tid til fordypning (Hoff, Pohl & Bartfield, 2004). Store deler av utdanningsløpet for leger baserer seg nettopp på dette, hvor mester-svenn-læring ligger som et grunnfundament i hele utdanningsløpet fra de er turnusleger, til de er ferdige spesialister, og da særlig i klinisk virke (Akre, 2003; Gulbrandsen et al., 2020; Rodriguez-Paz et al., 2009). Det er først etter at de har lært det de trenger å lære, at de kan og får mulighet til å fungere som autonome profesjonsutøvere. Hva «de trenger», er dog en noe uklar størrelse. Det som er klart, er at dersom rammene for den nødvendige læringen ikke er til stede, har dette konsekvenser både for den aktuelle legen og for pasientene. På kort sikt, i hverdagens arbeid, vil manglende opplæring, oppfølging og veiledning føre til redusert kontroll over egen arbeidsdag. Blant annet, men ikke bare, fordi de bruker lengre tid på de enkelte arbeidsoppgavene. Forutsetningene for å kunne arbeide effektivt, styre arbeidsforløpene og ta de gode beslutningene forsvinner. På lang sikt er konsekvensene for legen vanskeligheter i den videre karrieren, for pasientene å bli behandlet av «dårlige» leger.

Jeg er derfor fristet til å hevde at konsekvensene av manglende temporal koordinering på tvers av stillingskategorier, kombinert med systematisk nedprioritering av deliberative møtepunkter på grunn av høyt arbeidspress, står i fare for å produsere mindre kompetente kirurger og redusert kvalitet på pasientbehandlingen.

13.2 Arbeidets stedlige distribuerte karakters betydning for kirurgers autonomi

Arbeidsoppgavene er stedlig distribuert, og avstanden til oppgavene varierer fra arbeidsposisjon til arbeidsposisjon. Arbeidsposisjonen kirurger tildeles, og hvor på sykehuset posisjonens arbeidsoppgaver befinner seg og oppstår, har betydning for kirurgenes autonomi.

Jeg har i denne avhandlingen gjort et analytisk skille mellom to hovedkategorier av arbeid – dagarbeid og vaktarbeid. Skillet er gjort på bakgrunn av tidligere studiers påpekning av viktige forskjeller mellom disse kategoriene av arbeid (Vinge, 2003). Dette er forskjeller som har vært å gjenfinne ved UniSyk, og som jeg har vist har betydning for arbeidsoppgaver og arbeidsforløp. Med utgangspunkt i dette skillet har jeg særlig lagt vekt på *arbeidsposisjonene* og deres betydning (fra forskjellige sjikt i hierarkiet) for muligheten til å styre eget arbeidsforløp og fatte beslutninger.

Analysene av arbeidsposisjonene har ledet frem til et av denne avhandlingens gjennomgående og sentrale poeng: I analyser og diskusjoner om kirurgers (og legers) autonomi må det spesifiseres i hvilken kontekst og hvilke dimensjoner av legers profesjonelle autonomi vi diskuterer. Muligheten til å styre og kontrollere eget – og andres – arbeid varierer som jeg har vist, fra kontekst til kontekst.

Hvilken eller hvilke arbeidsmessige kontekst(er) kirurgene må navigere sitt arbeid gjennom, er altså avhengig av hvilken arbeidsposisjon de havner i når arbeidsdagen er i gang. I kapittel 5 analyserte jeg tjenesteplanens styring av kirurgenes arbeidsforløp over dager, måneder og år. I kapittel 7 beskrev jeg hvordan justeringer av arbeidsplanen foregikk i morgenmøtet. I alle de etterfølgende kapitlene har jeg fulgt kirurgenes forsøk på å styre eget arbeidsforløp i disse arbeidsøktene og hvordan de har forsøkt å komme i posisjoner som gjør dem i stand til å ta kunnskapsbaserte beslutninger på et tilstrekkelig godt grunnlag. Uavhengig av hvilken arbeidsposisjon de har befunnet seg i, har de måttet forholde seg til fysiske avstander til kolleger, sykepleiere, pasienter, små og store organisatoriske enheter, og dermed også til arbeidsoppgaver.

Jeg skal i det følgende søke å oppsummere de viktigste innsiktene mine funn gir i relasjon til de stedlige/geografiske aspektene av kirurgenes arbeid og sammenhengen med kirurgers autonomi, forstått som mulighet til å styre eget arbeidsforløp og fatte kunnskapsbaserte beslutninger (og få dem gjennomført). Hvor stor eller liten avstanden er til de aktørene som

krever kirurgenes oppmerksomhet og arbeid, og til stedene der arbeidsoppgavene er og oppstår, er i denne sammenhengen svært betydningsfull.

13.2.1 *Avstanden til arbeidsoppgavene påvirker muligheten til å styre eget arbeidsforløp*

Jeg har vist at fysisk nærhet til pasienter og pårørende gjør at kirurgenes mulighet til å styre eget arbeidsforløp begrenses. Dette skyldes at det er vanskelig å unndra seg arbeidsoppgaver som de blir bedt om å utføre dersom de er i det samme rommet. I kapittel 9 viste jeg, slik også Olsvold (2010) har gjort tidligere, at kirurgers arbeid på sengepostene ofte er initiert av sykepleiere, og at ved å holde seg borte fra sengepostene kunne kirurgene lettere regulere antallet arbeidsoppgaver de måtte håndtere. På den annen side betød avstand til sengepostene at antallet avbrytelser økte, og at det også påløp sosiale kostnader for samarbeidet mellom sykepleiere og kirurger. I kapittel 12 poengterte jeg samtidig at når de underordnede kirurgene gikk visitt, men ikke så seg i stand til å ta beslutninger og heller ikke kontaktet overlegene, genererte dette irritasjon blant sykepleierne.

At nærhet til arbeidsoppgavenes opprinnelsessted potensielt reduserer autonomien til kirurgene, er likevel ikke hele historien. Én ting er at nærhet til andre viktige aktører som sykepleiere og pasienter genererer arbeidsoppgaver. Men samtidig er det også slik at på samme måte som det var vanskelig, om ikke umulig, å vurdere pasienter via telefon når fastleger ringte de vakthavende for å konsultere og kirurgene dermed ba pasientene komme inn på sykehuset (jf. 9.2.1), var det tilsvarende vanskelig å vurdere pasienter inne på sykehuset på avstand. Behovet for å se pasienten er derfor stort, uavhengig av om pasienten er inneliggende eller ikke. Viktigheten av å kunne befinne seg samme sted som pasienten er derfor stor også innenfor sykehusets fysiske vegger. Muligheten for kirurgene til å forflytte seg fra ett sted til et annet er derfor viktig også for de kunnskapsbaserte beslutningene.

For som jeg har pekt på i forbindelse med analysene av vaktarbeidet, utfordrer også arbeidsoppgaver som oppstår spredt rundt på sykehuset, kirurgenes muligheter for å styre arbeidet. Dette er utfordringer som gjør at kirurgene i enda større grad blir avhengige av ikke bare å kunne prioritere selvstendig, men også av å kunne inngå i samtaler om arbeidsdeling og beslutninger med sine kolleger. Dette leder meg over til hva jeg mener er et sentralt funn i denne studien, nemlig betydningen av nærhet og avstand til kolleger og mulighet for kollegiale diskusjoner i kirurgenes daglige arbeid.

13.2.2 *Avstand til kolleger reduserer kirurgenes autonomi*

Hadde det vært slik at kirurgene etterlyste færre møtepunkter for kollegiale diskusjoner og beslutninger, har jeg demonstrert at forutsetningene for en *opplevelse* av autonomi helt klart var til stede ved UniSyk, fordi det i mange situasjoner og over lang tid var mangel på kollegialt samvær. Visittlegene gikk ofte alene og vurderte pasientene uten forutgående grundige diskusjoner, og særlig B-grenistene og overlegene som hadde vakt, var i posisjoner hvor de kunne ta beslutninger uten å måtte diskutere med andre kirurger i vaktteamet. Men dette var altså ikke noe de etterstrebet. Kirurgene var tvert imot opptatt av og forsøkte i det daglige arbeidet å forankre beslutningene de skulle ta, i grundige diskusjoner med sine kolleger. Til kirurgenes klart uttalte frustrasjon var dette altså svært ofte ikke mulig å få til på grunn av store arbeidsmengder distribuert over hele sykehusets geografi.

Av dette kan en konkludere at avstanden til kolleger har betydning for kirurgenes mulighet til å fatte kunnskapsbaserte beslutninger. I motsetning til det man kanskje umiddelbart tenker seg, er det altså ikke slik at større avstand nødvendigvis genererer større frihet til å kunne fatte egne beslutninger. Jeg har demonstrert at kombinasjonen av geografisk distribuerte arbeidsposisjoner (selv med reelt sett korte avstander) og manglende anledning til å møtes svært ofte vil kunne begrense kirurgenes muligheter til å utøve sitt arbeid med pasienter etter hva de selv anser og oppfatter som av god nok kvalitet.

Jeg har også vist at jo mindre erfaring man har som kirurg, jo viktigere er nærhet eller hyppighet av samtidig tilstedeværelse med kolleger for at en skal kunne fatte disse beslutningene. Dette kommer særlig tydelig frem når vi sammenlikner tilgjengeligheten de underordnede legene (som tross alt var de samme menneskene) hadde i de to arbeidsposisjonene primærvakt og visittgående lege. I vaktarbeidet møttes vaktteamet jevnlig i vaktbasen på akuttmottaket, hvor de diskuterte og konsulterte med hverandre om pasientene, og beslutningene ble dermed også tatt sammen. På sengepostene ble de samme kirurgene i lange strekk gående alene, med langt færre møtepunkter hvor de sammen kunne konsultere med hverandre om hva som var fornuftige valg. De måtte dermed også i langt større grad ta beslutninger alene, selv når de ikke var komfortable med det.

Jeg har således gjennom avhandlingen vist at betydningen av *samtidig tilstedeværelse* er stor når kirurgene skal fatte kunnskapsbaserte beslutninger. Videre har jeg vist at kirurgene selv etterlyste flere fora for kollegiale møteplasser. Men jeg har også demonstrert at mulighetene for slike kollegiale beslutninger i det daglige kunne være svært vanskelige å få til, og at når

det ikke lot seg gjøre, representerer det en klar innskrenkning av kirurgenes autonomi. Det er derfor all grunn til å hevde at avstand til overordnede og kolleger ikke nødvendigvis gir mer autonomi. Tvert imot viser jeg at avstand kan innskrenke kirurgers autonomi, fordi betingelsene for å fatte kvalitativt gode kunnskapsbaserte beslutninger gjennom kollegiale beslutningsprosesser ikke er til stede.

13.3 Det profesjonelle hierarkiet er fortsatt til stede, virksomt og nødvendig

Så langt i mitt forsøk på å kjede sammen mine funn har jeg hovedsakelig konsentrert meg om konsekvensene av bruddene som er observerbare i kirurgenes arbeid, og hvilken betydning graden av avstand til arbeidsoppgaver og kolleger har for kirurgenes autonomi. Jeg har trukket inn relasjonen mellom de forskjellige posisjonene i det kirurgiske hierarkiet, men ikke drøftet den som et separat tema. Det skal jeg imidlertid gjøre nå.

Gjennom mitt feltarbeid observerte jeg leger fra alle nivåer av et fingradert kirurgisk hierarki: postleger, turnusleger, leger i spesialisering i kirurgi fra primær- og sekundærvaktsjiktene, B-grenister og overleger. Dette er seks nivåer som er formaliserte og baserer seg på dokumentert erfaring og kompetanse fra de enkelte kirurgene, slik det ofte ellers er i organisasjoner (Reeves et al., 2010:60). Som et resultat av mitt dypdykk i disse legenes arbeidsorganisasjon og -hverdag har jeg kunnet beskrive de forskjellige hierarkiske posisjonenes plassering i tjeneste- og arbeidsplaner og den formaliserte arbeidsdelingen som forelå i tilknytning til vaktarbeidet. Slike formaliserte planer og arbeidsbeskrivelser utgående fra den hierarkiske organiseringen av legene er helt nødvendige for at komplekse organisasjoner som UniSyk skal kunne fungere. Jeg har søkt å vise hvordan kirurgene har forholdt seg til denne formaliserte arbeidsdelingen i det daglige arbeidet. Gjennom analysene av mulighetsrommet for å fatte beslutninger av logistikkbasert og kunnskapsbasert type har jeg dermed også fått løftet opp noen problemstillinger knyttet til det intraprofesjonelle hierarkiet blant kirurgene som også må kommenteres her.

Over hevdet jeg at det å kunne ta beslutninger uten forutgående kollegiale, deliberative diskusjoner med over- og sideordnede kan forstås som å gi økt autonomi. Men jeg skrev også at dette ikke var en autonomi som kirurgene så ut til å ønske, fordi konsekvensen var at beslutningen ofte ble foretatt på mindre godt grunnlag.

Samtidig har jeg også hevdet at beslutninger tatt i previsittene ofte fremsto som beslutninger tatt av overlegene, og at spesielt disse beslutningene gjorde at de hierarkiske relasjonene fremsto som viktigere enn i vaktarbeidet. Jeg konkluderte også (i kap. 12) at fordi det også foreligger en sterk norm om gjennomføringslojalitet, ble særlig de underordnede kirurgenes rom for å ta kunnskapsbaserte beslutninger smalere. Kombinasjonen av beslutninger tatt av overlegene på previsittene og den foreliggende gjennomføringslojaliteten innskrenker de underordnedes autonomi.

Som en hovedregel kan man gå ut fra at overlegene er mer kunnskapsrike og erfarne enn sine underordnede når det gjelder den kirurgiske spesialiteten de har utdanning i. Om dette er tilfellet når overleger fatter beslutninger, kan en innskrenkning av de underordnedes autonomi knyttet til pasientbehandling vanskelig sies å være problematisk, gitt at beslutningene er basert på tilstrekkelig god kjennskap til pasienten det gjelder. I så fall vil denne innskrenkningen av autonomi bidra til økt kvalitet på pasientbehandlingen. Derimot er innskrenkningen av de underordnedes handlingsrom svært problematisk dersom beslutningene ikke er gjort på grunnlag av grundig kjennskap til pasienten. Tilsvarende er det problematisk om det oppstår situasjoner med behov for avklaringer og justeringer av behandlingsplaner, men om disse ikke blir gjennomført fordi de underordnede ikke snakker med overlegene tilstrekkelig ofte. Et velfungerende beslutningshierarki knyttet til vurderings- og beslutningsforløp forutsetter således et mulighetsrom for kommunikasjon mellom dem som beslutter, og dem som (re-)vurderer og gjennomfører. Mye tyder på at det ikke forelå i tilstrekkelig grad ved UniSyk. Kombinasjonen av hierarkiske beslutningsprosesser og manglende kollegiale møtesteder ser derfor ut til å være de gode beslutningers og fagets fiende.

Tilsvarende formulering hadde jeg også i kapittel 6.2, der jeg behandlet kirurgenes vanskeligheter med å «snu pasienter». Når den eneste grunnen til å unnlate å gjøre endringer på beslutninger er slik overlege Gundersen formulerte det, at «storkanonene» har fattet dem, gir det grunn til bekymring. Tilsvarende grunn til bekymring er det når de felles møteforaene som forekommer, slik som morgenmøtene, verken gir tid eller tilbyr en etablert kultur hvor det er rom for at de underordnedes stemmer kan bli hørt av deres overordnede. Det samme kan sies å gjelde visittarbeidets kollegiale beslutningsforum previsitten, selv om det der var lettere for de underordnede å komme til i diskusjonene.

Karikert kan morgenmøtet beskrives som avdelingens episenter for markering av hierarkiet, gjennom overlegenes dominerende «stemme» og beslutningsmyndighet og de underordnedes marginalisering. Vaktarbeidet som foregikk på akuttmottaket, kan på derimot brukes som et eksempel på hvordan arbeidsoppgaver kan fordeles mellom aktører som står i et hierarkisk forhold til hverandre, uten at hierarkiet fremstår som problematisk. I akuttmottaket fremsto makten som ligger i hierarkisk posisjon, først og fremst som et uttrykk for et reelt og legitimt kompetanshierarki. Kirurgene fra de tilstedeværende sjiktene konfererte med hverandre og fordelte arbeid solidarisk (jf. kap. 9.1). I de mange korte møtene legene hadde der, utfordret de hverandres resonnementer, de underviste, og de ga hverandre råd. Dette gjorde også at arbeidet som kirurgene i vaktlaget måtte gjøre, kunne skje effektivt, selv når det rant over av pasienter og kirurgene ikke hadde muligheter til å begrense arbeidsoppgavene som skulle utføres. Solidaritet på tvers av et hierarki fremmer således både mulighet til å styre eget arbeid og god kvalitet på beslutningene som tas. Men som dette også viser: Et velfungerende beslutningshierarki forutsetter møtepunkter som forekommer tilstrekkelig ofte, er av tilstrekkelig varighet, og som også lar de som er lenger nede i hierarkiet komme til orde.

At leger som er på vei til å bli kirurger, får redusert autonomi på bakgrunn av vel funderte og begrunnede beslutninger av ferdig utdannede kirurger høyere oppe i det profesjonelle hierarkiet, er ikke nødvendigvis problematisk, særlig om beslutningene er fremkommet i kollegiale, deliberative fora. Derimot er det problematisk når det i etterkant er vanskelig å få avklaringer eller å endre beslutningene når det oppstår behov for det på grunn av mangel på felles møteplasser.

Fremstillingen av samhandlingen og beslutningsprosessene på tvers av de forskjellige lagene i det kirurgiske hierarkiet kan leses og forstås som en kraftig kritikk av måten særlig overlegene forholder seg til mindre erfarne leger på. Det er derfor viktig å understreke at jeg ikke forsøker å «legge skylden» for manglende gode beslutningsprosesser på den enkelte overlege. Som mine analyser av overlegenes arbeid i forbindelse med arbeidsposisjonen som visittlege viste (i kap. 12.4), handler det observerbare fraværet av overlegene på sengepostene i liten grad om ansvarsfraskrivelse eller -unntakelse, men oftere om overlegens forsøk på å ta et systemansvar innenfor en kompleks og uregjerlig organisasjon, preget av stedlig distribuerte arbeidsoppgaver, flerfoldige pasient- og arbeidsforløp og samtidskonflikter. For å kunne ta dette ansvaret må de ha, eller ta, et rom for å prioritere hvor deres arbeidsinnsats skal benyttes, om det nå er på operasjonsstuene, hos «uteliggerne» eller på sengepostene.

Problemstillingene jeg tegner opp her, er på ingen måte nye i studier av arbeidsorganisering og beslutninger på sykehus. Men vekten har i overveiende grad vært knyttet til den interprofesjonelle relasjonen mellom leger og sykepleiere, hvor det har vært sykepleiere som har hatt vansker med å få sine innspill hørt og sine behov for beslutninger og avklaringer dekket (Allen, 1997; Coombs, 2003; Tang, Chan, Zhou & Liaw, 2013; Zwarenstein & Reeves, 2002). Jeg har i avhandlingen vist at tilsvarende konsekvenser også oppstår i det intraprofesjonelle hierarkiet blant kirurger.

13.4 Avsluttende kommentarer

I dette kapitlet har jeg forsøkt å kjede sammen de viktigste funnene fra avhandlingens analyser. Jeg har understreket de temporale bruddenes konsekvenser og betydningen av arbeidets stedlig distribuerte karakter. Jeg avsluttet med å peke kort på hierarkiets mer problematiske sider slik det var organisert og utspilte seg ved gastrokirurgisk avdeling ved UniSyk. I neste og siste kapittel skal jeg løfte blikket ut over denne historien jeg har forsøkt å fortelle.

14 Avsluttende bemerkninger

Med referanse til Vikkelsø og Vinge (2004) skrev jeg tidlig i avhandlingen at jeg skulle forsøke å åpne den sorte boksen inn til legers hverdagsarbeid. I de etterfølgende kapitlene i avhandlingen har jeg beskrevet viktige deler av det arbeidet kirurger gjør, og hvor de gjør det. De viktigste funnene fra analysene redegjorde jeg for og sammenkjedet i forrige kapittel. I dette siste kapitlet ønsker jeg å peke ut over de konkrete funnene jeg har presentert. Dette knytter seg blant annet til studiens beskrivelser av sykehusets kompleksitet og hvilke implikasjoner dette har for interprofesjonelt samarbeid og for arbeidet som foregår på sykehuset som helhet. I forlengelsen av dette peker jeg på noen innsikter avhandlingen har gitt som jeg mener er relevante, og som jeg mener bør tas med i betraktningen i utviklingen og utformingen av våre fremtidige sykehus.

14.1 Komplexitetens konsekvenser for sammenkjedning av sykehusets arbeid

Jeg har hevdet at mye av profesjons- og helsetjenesteforskningen ikke i tilstrekkelig grad har tatt høyde for, og inn over seg, de temporale og stedlige aspektene ved legers arbeidspraksiser. Jeg har også hevdet at den koblingen mellom den temporale og stedlige organiseringen av legers hverdagsarbeid og profesjonell autonomi som jeg har beskrevet i denne avhandlingen, har vært fraværende i de fleste studiene som har vært gjort tidligere. Min påstand har derfor vært at vår forståelse av legers sosiale interaksjoner, beslutninger, prioriteringer og grad av autonomi kunne ha behov for revisjon. Videre har jeg hevdet at det er viktig at sykehuslegers arbeid studeres «in situ», slik at tykke og detaljerte beskrivelser av deres arbeid kan danne grunnlag for analyser av betingelsene kirurger fatter sine beslutninger under.

Jeg har forsøkt å gjøre dette gjennom å følge arbeidsforløpene til kirurgene tett i det daglige arbeidet. Likevel er det ikke slik at jeg har beskrevet alle samhandlingsarenaer og konstallasjoner av mennesker. På sykehus pågår det et uendelig stort antall forløp *samtidig*. Noen strekker seg over år, andre over dager og uker, og andre igjen over kun noen få minutter, endog sekunder: pasienters forflytninger gjennom sykehusenes mange steder, pasienters sykdomsforløp og tusentalls av profesjonelle arbeidsforløp og beslutningsforløp. I få organisasjoner, om noen, legges det inn så mye innsats for å koordinere og kjede sammen menneskelige aktiviteter som på sykehus. Selv etter et omfattende feltarbeid innenfor UniSyk

har jeg observert og fulgt bare noen få av dem. Enda færre har fått plass i denne avhandlingen. Dette forteller oss noe om kompleksiteten som preger sykehusene og hvordan dette setter rammer for både kirurgers og andres profesjonsutøvelse.

I kapittel 8 brukte jeg casen med vakthavende B-grenist Hansen for å demonstrere hvordan et typisk arbeidsforløp fortonte seg for B-grenistene på vakt. På den måten demonstrerte jeg også hvordan arbeidsforløpene ble formet av en kombinasjon av forespørsler og krav fra andre aktører, være seg andre kirurger, sengepostenes sykepleiere, operasjonsavdelingen eller akuttmottaket, og tilfeldig oppståtte situasjoner og problemstillinger. Alle disse kravene om arbeid som Hansen ble konfrontert med og måtte ta stilling til, kan forstås som om de var uttrykk for andre aktørers forsøk på å koordinere og kjede sammen sine arbeidsoppgaver rundt pasienter og sykehusets aktiviteter. Men fordi kirurgen aldri egentlig vet når eller hvor disse kravene vil fremsettes, kan det hele, fra posisjonen som kirurg (og observatør), virke uorganisert og ukoordinert. Men slik er det likevel ikke. Som annen forskning viser, gjøres det et stort arbeid for å organisere og koordinere mennesker og forflytte utstyr i forkant av kontakten med kirurgen og dennes ankomst (Bardram, 2000; Bardram & Bossen, 2005a, 2005b; Strauss et al., 1997). Men mye av denne sammenkjedingen og organiseringen skjer utenfor synsvidden for kirurgene og som oftest også utenfor synsvidden til andre aktører innenfor de enkelte organisatoriske enhetene.

Arbeidsoppgavene som kirurgene må ta seg av, strekker seg over store deler av sykehuset, med forskjellige konstellasjoner av aktører i på enkelte arbeidsstedene. Hvert enkelt av disse geografisk avgrensede arbeidsstedene må koordinere sine aktiviteter langs to akser. Langs den ene aksene må de kjede sammen arbeidet internt hos seg selv. Det er langs denne aksene den kontinuerlige og mest omfattende koordineringsaktiviteten foregår. Den andre aksene er knyttet til koordinering av arbeidet mot andre enheter, som for eksempel koordineringen som de må gjøre med de vakthavende kirurgene. Dette kan også beskrives som samarbeid over profesjonelle og organisatoriske grenser. Denne siste aksene av koordinering kjennetegnes ofte av kontakt av kort varighet og kan synes tilfeldig både hva gjelder tidspunkt og omfang, særlig for den som ikke selv tar seg av koordineringen. Litteraturen som behandler denne sammenkjedingen av arbeidet som skjer på sykehus, har gjerne tatt utgangspunkt i hvem som gjør hva i tilknytning til *pasientforløp*, og ofte underforstått eller eksplisitt hevdet at i møte med *pasientene* er det nettopp *legen* som er beslutningstageren i viktige henseender. Walby og Greenwells (1994) beskrivelse er et eksempel på dette perspektivet:

Within hospitals, medicine determines many significant decisions. Doctors, particularly consultants, decide who will be admitted to hospital and when patients can be discharged. They make the diagnosis and they control treatment decisions. Nurses work within these parameters in deciding the appropriate care pattern for particular patients. (Walby & Greenwell, 1994:18)

Denne beskrivelsen er også ganske lik Strauss et al.s (1997) beskrivelse av artikuleringens nivåer, hvor de skriver at på et overordnet nivå i artikuleringens arbeid rundt de enkelte pasientforløp er det legen som har oversikten over hva som skal gjøres med pasientene: «the physician has the big picture» (Strauss et al., 1997:155), samtidig som det er sykepleierne som tar seg av den praktiske sammenkjedingen av de aktivitetene og arbeidsoppgavene som må til for å få planene gjennomført. I overensstemmelse med denne forståelsen har mange pekt på og konkludert med at sykepleiere fungerer som tilretteleggere av legearbeidet: De handler på vegne av leger innenfor hierarkisk strukturerte arbeidsorganisasjoner, uten at dette kommer til syne eller anerkjennes av sykehuset som organisasjon eller av legene som jobber der (se eksempelvis Allen, 2001, 2015; Chambliss, 1996; Freidson, 1988; Olsvold, 2010; Stein, 1967; Vike, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002). At sykepleiernes bidrag i pasientforløpene ofte fremstår som usynlig arbeid for både sykehuset som organisasjon og for legene, har blant annet gitt opphav til Allens (2015) bok *The invisible work of nurses*. Sykepleiernes rolle har derfor også blitt beskrevet som legenes hushjelp (Walby & Greenwell, 1994), men også som sykehusets organisatoriske lim (Allen & Lyne, 1997; Coombs, 2003:93).

Dette er beskrivelser som resonnerer godt med de analysene jeg har gjort av måten kirurgene utnyttet den stedlige avstanden de hadde til pasienter og sykepleiere på (jf. kap. 9.2 og 9.3). Vi så det samme også i casen jeg presenterte av arbeidsforløpet til B-grenist Per Hansen (kap. 8.5). Vi ser blant annet at han (bokstavelig talt) kom til dekket bord på operasjonsstuene, og at pasienters transport fra ett sted til et annet ble organisert og gjennomført av sykepleiere (etter at han har besluttet at så skulle skje). Alt dette koordineringsarbeidet var og forble usynlig for Hansen, noe også feltnotatene bærer preg av. Det er svært få spor av arbeidet som gjøres av andre aktører på sykehuset, annet enn når de punktvis søkte kontakt med Hansen. Dette viser at fordi kirurgene forflytter seg fra sted til sted, tenderer de dermed å se resultatene (eller manglende sådanne) av det arbeidet som allerede er gjort av andre. Derfor fremstår arbeidet som sykepleierne utfører tilsynelatende isolert og på avstand fra kirurgene. Det skjer i det minste utenfor kirurgenes synsvidde.

På tilsvarende måte, men i varierende grad, forholder de andre aktørene seg til kirurgene isolert og på avstand. De arbeider i lange strekk parallelt og isolert fra hverandre og vet i liten grad hva kirurgen foretar seg. På samme tid er enhetene avhengige av kirurgenes involvering og beslutninger i en rekke spørsmål for i det hele tatt å kunne vite hva som skal koordineres og organiseres, og til hvilket formål det skal gjøres. Måten arbeidet organiseres rundt på sykehuset forutsetter derfor nesten at det faktisk er tilfellet at legene har «the big picture» (Strauss et al., 1997:155) om hva som er tenkt medisinskfaglig med de enkelte pasientforløp. Men som jeg har vist, var det svært ofte at det ikke var tilfellet. Tvert imot så det i mange tilfeller ut som om *ingen* hadde denne oversikten, verken om de enkelte pasientene eller store deler av annen aktivitet som foregikk på sykehuset. Likevel, eller kanskje derfor, foreligger det altså en gjensidig avhengighet mellom kirurgene og de andre aktørene. Denne gjensidige avhengigheten mellom de forskjellige aktørene skaper en spenning som ligger i det å koordinere isolert fra og samtidig i avhengighet til hverandre. Hvert av enhetenes forsøk på å organisere og artikulere arbeidet foregår i stor grad isolert fra hverandre og uavhengig av størstedelen av sykehuset, inkludert de vakthavende kirurgene. Eksempelvis skjer arbeidet som foregår innenfor en sengepost ved gastrokirurgisk avdeling, helt uavhengig av hva som skjer på barneavdelingen eller akuttmottaket, annet enn når pasienter skal overflyttes fra det ene stedet til det andre og dermed kompliserer koordineringen som allerede er gjort internt ved sengeposten.

Konsekvensen av at koordinerings- og artikuleringarbeidet som sykehusets aktører gjør, skjer utenfor hverandres synsvidde, er følgende: Det finnes ingen enkelt aktør i sykehuset som har den fulle og hele oversikten over alt som skjer, eller som er ønsket eller planlagt å skje. Sykehuset er for komplisert, temporalt og romlig fragmentert og segmentert til at noen kan skaffe seg det. Dette utgjør dermed en klar utfordring for alle sykehusets enheter og aktører.

Men det utgjør derfor også en vedvarende utfordring for kirurgene selv, fordi de må forholde seg til en lang rekke enheter og deres respektive interne forsøk på sammenkjedning av mange parallelle pasient- og arbeidsforløp, uten at de har oversikt over hva som foregår innenfor hver enkelt enhet, eller hvor enhetene er i sine respektive arbeidsforløp. Samtidig er kirurgene selv avhengige av at deres egne beslutninger følges opp av de andre, også når kirurgene selv ikke er til stede. Det betyr at kirurgene er avhengige av at beslutningene de fatter, faktisk blir fulgt opp og gjennomført. Det betyr også det at denne gjennomføringen ofte blir utført uten at kirurgen har mulighet til å kontrollere at det er gjort, og hvordan det er gjort. Kirurgene er

således avhengige av andre aktørers lojalitet overfor deres beslutninger. Det er denne formen for lojalitet jeg har omtalt som gjennomføringslojalitet.

Det peker videre på at gjennomføringslojalitet ikke bare handler om forventningene som ligger til grunn for at kirurger skal følge sine kollegers beslutninger. Samme form for lojalitet knytter seg i enda større grad til eksempelvis sykepleiernes lojalitet til kirurgenes beslutninger. Men i sykepleier–lege-relasjonen er det ikke en lojalitet som skaper rom for autonomi, men en strengt institusjonell, til dels lovpålagt, lojalitet knyttet til et interprofesjonelt hierarki.

På samme tid som kirurgene ikke har oversikt over andre aktørers arbeid, er det heller *ingen andre enn de vakthavende selv* som har en tilnærmet samlet oversikt over de pågående eller nær forestående arbeidsoppgavene til kirurgene. Dette gjelder spesielt arbeidsposisjonene som vakthavende kirurger i de øvre sjiktene i hierarkiet, og som, som vi har sett, representerer en påfallende forskjell fra turnuslegers og sykepleieres situasjon rundt omkring på sykehuset. Mens operasjonsavdelingen har en sykepleier som forsøksvis koordinerer alt arbeidet som skal gjøres der (se eksempelvis Lillebo & Faxvaag, 2015), er det ingen andre enn kirurgene selv som har oversikt over alle arbeidsoppgaver og krav som rettes til dem. Det er ingen som har detaljoversikt, eller som kan skaffe seg denne over kirurgenes arbeid. Ingen får innsikt i alle telefonene, ingen har en full liste over arbeidet som skal gjøres, og ingen driver med konstant oppsyn og kontroll over dem. Det er faktisk heller ingen som forsøker å skaffe seg denne underveis i arbeidet som gjøres.⁴⁶ Kirurgene, og da spesielt B-grenistene og overlegene, må derfor fungere som sammenkjedingsagenter for eget arbeid; de må ta stilling til hvor de selv bør være, hva de bør gjøre, og når de bør gjøre det, samt hvordan dette puslespillet av krav om arbeid eller arbeidsoppgaver skal settes sammen. Samtidig har de behov for og er i en posisjon til å kunne igangsette andres arbeid, uten oversikt over deres arbeidssituasjon. Det gjør også at når kirurgene fremmer krav om eksempelvis sykepleiernes arbeid, kan kirurgene fremstå som lite hensyntagende, kravstore og kanskje også utidig, fordi tidspunktene forespørslene fremmes på ikke passer så godt med sykepleiernes forsøk på å forme egne arbeidsforløp, slik det er beskrevet i andre studier (Olsvold, 2010; Tang et al.,

⁴⁶ At ingen forsøker å skaffe oversikt over kirurgenes arbeid mens det gjøres, står i sterk kontrast til hvordan kirurgenes produktivitet forsøkes målt og kartlagt i etterkant, gjennom telling av antall operasjoner gjennom året, ventetider, antall gjennomførte poliklinikktimer avdelingen som helhet har hatt. Og overfor den enkelte lege i spesialisering i kirurgi føres det lister over hvilke operasjoner og prosedyrer han eller hun har utført, som et mål på kompetanse opparbeidet før godkjenning som spesialist.

2013). Dette kan gjøre arbeidet for sykepleiere og kirurger både faglig og sosialt mer krevende og konfliktfylt.

At det kunne være store forskjeller i arbeidsmengder mellom de forskjellige arbeidsstedene som kirurgene måtte forholde seg til, og som de måtte forsøke å kjede sammen til et fungerende arbeidsforløp på tvers av, utgjør en betydelig utfordring for den enkelte kirurg i arbeidet. Siden arbeidsmengdene på de enkelte arbeidsstedene kan fluktuere uavhengig av hverandre, oppstår det med ujevne mellomrom perioder med topper i betydningen mange oppgaver og arbeidsmengder på flere steder samtidig, noe som også synliggjør UniSyks segmentering og fragmentering. Det er under disse toppene at betydningen av å kunne styre hvilke oppgaver og i hvilken rekkefølge de skulle utføres, og ikke minst hvem de skulle utføres av, var størst.

Det er når arbeidsmengdene er størst, at kirurgenes mulighet for å styre eget arbeid og metodene de har til disposisjon kommer tydeligst frem. Men behovet for å kunne styre eget arbeid foreligger også når det er roligere. Utfordringene er således stabilt til stede og utgjør en underliggende problemstilling, ikke minst fordi hendelser kan oppstå uten forvarsler, og fordi kirurgene må ta hensyn til andre beslutninger tatt av andre kirurger. I avrundingen av kapitlet om kunnskapsbaserte beslutninger i vaktarbeidet hevdet jeg derfor også at mine analyser peker i retning av et mer generelt fenomen: at det ofte ikke er den enkelte kirurg som er igangsetter av det arbeidet som gjøres. Jeg forslo derfor at beslutningskaskader kanskje bedre beskriver konsekvensene av beslutninger når ingen aktører, heller ikke kirurgene, har oversikt andres arbeid rundt om på sykehuset. Her ligger et paradoks: I få organisasjoner, om noen, legges det så mye innsats ned for å koordinere og kjede sammen aktiviteter blant forskjellige aktører og aktiviteter som på sykehus. Samtidig er det få, om noen, muligheter for at andre enn kirurgene selv skal kunne ha oversikt over kirurgenes arbeid.

Det er kanskje nettopp denne manglende oversikten over de forskjellige aktørenes aktiviteter og arbeidsforløp som gjør at sykepleiere *opplever* at leger i liten grad viser hensyn til deres behov.

14.2 Kan robuste sykehus og fagmiljøer bli for komplekse?

Mine funn knyttet til hverdagsarbeidets kompleksitet og særlig til (dis-)kontinuitet og arbeidets (uregjerlige) betingelser er relevant for større deler av norske sykehus og helsetjenester og politikktutforming knyttet til disse. Ut over spørsmålet om hva det kan ha av

konsekvenser for kirurgers, andre legers og yrkesgruppers autonomi på sykehusene, er det særlig for to temaer at innsiktene fra mine undersøkelser kan være relevante. Begge temaene henger tett sammen med legers daglige arbeid i møte med sykehusets kompleksitet. Det ene temaet er hvorfor sykehusleger ser ut til å være stadig mindre effektive. Det andre temaet knytter seg til forskjellige aspekter av kontinuitet, eller mangel på sådan, på sykehus. Før jeg avrunder avhandlingen, vil jeg kommentere disse forholdene.

Aldri har det vært flere leger per pasient på norske sykehus, og flere undersøkelser har vist at sykehuslegene bruker en stadig mindre andel av sin tid i direkte kontakt med pasienter (Aasland & Rosta, 2011; Bratlid, 2018; Rosta & Aasland, 2016). Det har vært hevdet at en viktig grunn til denne tendensen er økt bruk av tid på «rapportering», som et resultat av det som gjerne omtales som New Public Management (Wyller, Gisvold & Hagen, 2013), og en samtidig reduksjon av merkantilt personell, eksempelvis helsesekretærer (Rosta & Aasland, 2016). Det er gode grunner til å tro at rapportering har betydning for hvor effektive legene kan være i pasientbehandlingen. Men mine funn tyder på at dette ikke forteller hele historien. Jeg har beskrevet noen andre potensielle årsaker til hva som gjerne omtales som «ineffektivitet i sykehusene».

En medvirkende årsak til at kirurger «trekkes dem bort» fra operasjonsstuene og pasientene (som gjerne omtales som et uttrykk for ineffektivitet), ser ut til å være diskontinuitet og fragmentering i kirurgenes arbeidsforløp, blant annet i visittarbeidet. Siden kirurgenes arbeidsforløp i så stor grad er preget av diskontinuitet, har det som konsekvens at også beslutningsforløp på sengepostene blir fragmentert. Kirurgene pådrar seg oppstartskostnader hver gang de skal ta beslutninger om pasienter de ikke kjenner. Oppstartskostnadene knytter seg ikke bare til at kirurgene ikke kjenner pasienters sykdomsforløp og planlagte behandlingsforløp, noe som tar tid å opparbeide seg. Men de må også, ut fra egen posisjon i det profesjonelle hierarkiet, vurdere hvorvidt de kan gjøre endringer på beslutninger som allerede er gjort. Jeg har vist at de ofte vurderer det som vanskelig. Den totale kostnaden i form av redusert effektivitet som dette har for sykehusene, har jeg ikke grunnlag for å si noe om. Men ut fra mine observasjoner kan den være betydelig, fordi ved hvert eneste brudd i arbeids- og beslutningsforløp påløper kostnadene for den enkelte lege i denne kjeden, men også for sykepleiere og andre profesjonsutøvere. Kanskje en mer bekymringsfull konsekvens, enn redusert effektivitet for profesjonsutøverne som disse bruddene kan føre med seg, er muligheten for redusert behandlingskvalitet og -utfall for pasientene.

Med hensyn til dette er også mine funn knyttet til sammenhengen mellom organisatorisk kompleksitet, rommet for (og de videre konsekvensene av) å kunne kjede sammen hverdagens arbeidsforløp og muligheten til å ta kunnskapsbaserte beslutninger relevante. Som jeg har vist, er det krevende for kirurgene å kjede sammen arbeidsforløpene når de er satt i arbeidsposisjoner med oppgaver som er distribuert over mange geografiske steder. Det tar tid og forflytte seg – og mye tyder på at behovet for å forflytte seg vil øke i tiden fremover.

I de siste tiårene har det i Norge vært gjennomført store reformer innenfor sykehussektoren. Mange av de største sykehusene har inngått i fusjonsprosesser. Noen av sykehusene har kun blitt fusjonert på «papiret», andre har også blitt samlokalisert. Oslo universitetssykehus HF (OUS) har vært den største og politisk mest betente av disse (Slagstad, 2012, 2020). Ved OUS har det foregått en prosess med en kombinasjon av fusjoner av tidligere sykehus (Ullevål sykehus, Aker sykehus og Rikshospitalet med underbruk), nedleggelse av deler av det (Aker sykehus), til nå å ha vedtatt nye nedleggelse (Ullevål sykehus) og bygging av nye sykehusbygg (inkludert på Aker sykehus-tomten og ved Rikshospitalet) (Helse Sør-Øst, 2018, 2019). Tilsvarende sammenslåinger og relokaliseringer av sykehus er også under oppseiling på Helgelandskysten, i Møre og Romsdal og rundt Mjøsa (Innlandet sykehus HF). Sammenslåingene av sykehus, både organisatorisk og fysisk, representerer former for sentralisering av sykehusene, med økende organisatorisk kompleksitet som følge. Begrunnelsene for mange av disse sammenslåingene av sykehus er at det er behov for kostnadsbesparelser (Ingebrigtsen, 2010) og for robuste fagmiljøer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Mine analyser fra UniSyk viser at organisatorisk kompleksitet skaper spenninger og utfordringer knyttet til flere aspekter av sykehusets og ansattes daglige virksomhet. Økt kompleksitet kan ytterligere øke disse spenningene.

Blant annet kan relasjonell kontinuitet mellom legene i en avdeling og på sykehuset som en helhet bli vanskeliggjort fordi antallet leger som skal både temporalt og stedlig koordineres øker. Dermed øker utfordringene knyttet til blant annet kollegial læring og kontroll, om ikke annet fordi de samme legene ikke nødvendigvis tilbringer tid sammen. Litt enklere formulert: Det faglige fellesskapet, som robuste fagmiljøer i fusjonerte sykehus skal gi, står i fare for å forsvinne fordi legene må bruke så mye tid på å koordinere og forflytte seg at de ikke har anledning til å konsultere sine fagfeller. Ved UniSyk var det mye som tydet på at dette allerede var situasjonen.

Også de allerede godt kjente kontinuitetsproblemerne rundt pasient–lege-relasjonen (Krogstad et al., 2002) står i fare for å øke i omfang. Lege–pasient-relasjonen kan bli tiltagende preget av «engangslegenes» tilstedeværelse (Fugelli, 2011). Selv om konsekvensene av manglende lege–pasient-kontinuitet kan kompenseres med gode journalsystemer, er det liten grunn til å tro at det vil kunne kompensere fullt ut for den manglende lege–pasient-kontinuiteten som etterlyses av pasientene selv, eller for informasjonskontinuiteten legene seg imellom eller mellom andre yrkesgrupper (Melby, 2007). Jeg har vist at morgenmøtene ikke hadde utfyllende informasjonsutveksling høyt på agendaen, og at previsittene ofte ble nedprioritert. Begge deler skyldtes i det minste delvis sykehusets komplekse arbeidsdeling, hvor kirurgene ble distribuert over flere steder ved sykehuset, vandrende i arbeidsforløp i utakt. Denne kompleksiteten blir trolig ikke mindre dersom sykehusene og deres avdelinger blir større og mer komplekse. Heller ikke om hver avdeling får flere pasienter som skal refereres på morgenmøter og vurderes på sengeposter og poliklinikker.

Tilsvarende utfordringer vil også tilkomme beslutningsforløpene kontinuitet dersom flere aktører blir involvert i forløpene. Med bakgrunn i mine funn knyttet til disse aspektene av sosial og organisatorisk kompleksitet er det grunn til å tro at en ytterligere sentralisering ikke bare vil gi økt organisatorisk kompleksitet, men også økt sosial kompleksitet. En kompleksitet som leger og andre helsearbeidere må orkestre sine dager gjennom. Jeg har vist at organisatorisk kompleksitet ofte fører til at kirurgenes mulighetsrom til å fatte egne beslutninger i overensstemmelse med *hva* de mener bør gjøres, og *når* det bør gjøres, blir redusert. På samme tid blir heller ikke kunnskapsbaserte beslutninger endret når de først er fattet av andre på grunn av gjennomføringslojalitetens styrke. Dette skjer på tross av at pasienters behov kan være erkjente. Det er ingen grunn til å tro at ytterligere redusert relasjonell kontinuitet mellom legene vil redusere antallet ganger normen om gjennomføringslojalitet vil komme i konflikt med pasientenes reelle behov. Til syvende og sist vil flere pasienter i det minste stå i fare for å erfare at leger (og annet helsepersonell) i større grad vil forholde seg enda strengere til normen om gjennomføringslojalitet, slik jeg har beskrevet det her fra UniSyk. Det vil ikke nødvendigvis komme pasientene til gode.

Spørsmålet jeg stilte i overskriften om sykehus og robuste fagmiljøer kan bli for komplekse, kan ikke besvares ut fra mine undersøkelser fra én gruppe kirurgers hverdagsarbeid og arbeidsorganisering på ett sykehus. Samtidig, siden norske helseforetak og sykehus har en relativt ensartet struktur (Kjekshus & Bernstrøm, 2013), siden leger i spesialistutdanning i

Norge har like nasjonale krav til utdanningsforløp, og siden legenes tjenesteplaner er utformet ut fra samme sentrale tariffavtale, er det grunn til å tro at tendensene vil kunne gjenfinnes også ved andre sykehus dersom kompleksiteten blir tilsvarende stor som ved UniSyk. Da er det også grunn til å tro at kirurgers handlingsrom til å kunne styre egne arbeidsforløp og dermed mulighetene til å komme i posisjon til å kunne ta de gode medisinskfaglige beslutningene kollegialt og kunne føre kollegial kontroll og veiledning underveis i arbeidet blir redusert. Videre er det gode grunner til å tro at det interprofesjonelle samarbeidet om pasientene blir fylt av flere problemer med hensyn til informasjonsflyt, arbeidsdeling og sammenkjedning av både arbeidsoppgaver og pasientforløp. Alt dette gjør at pasientene står i fare for å måtte betale regningen. Uansett kan det være viktig at også forholdene jeg har diskutert her, tas med i betraktning i diskusjoner om organisering og reorganisering av våre sykehus.

14.3 Avhandlingens bidrag

Ved å undersøke både rammene for kirurgenes profesjonelle virksomhet, ved hjelp av detaljerte analyser av tjenesteplanenes konsekvenser for hverdagsarbeidets informasjons-, beslutnings- og arbeidsforløp, har jeg i avhandlingen bidratt med ny empirisk basert kunnskap om kirurgers individuelle autonomi og kollegial kontroll på sykehus. I hvor stor grad den konkrete arbeidsorganiseringen har de samme konsekvensene for kollegial kontroll og beslutninger på andre sykehus, blant andre grupper av leger eller andre profesjoner, er et empirisk spørsmål som bør undersøkes videre. Med utgangspunkt i begreper om forløp (Glaser & Strauss, 1968) og artikuleringarbeid (Corbin & Strauss, 1993; Strauss et al., 1997) og Lins (2014) skille mellom logistikk- og kunnskapsbaserte beslutninger har jeg gjennom avhandlingen utviklet og benyttet et empirisk fundert, teoretisk-analytisk begrepsapparat som kan benyttes i andre slike undersøkelser og analyser.

Slik jeg vurderer det, er denne avhandlingens viktigste empiriske bidrag nyanserte og detaljerte beskrivelser og analyser av kirurgers arbeidsorganisering, arbeidspraksiser og profesjonelle autonomi slik det utspiller seg i det daglige arbeidet på sykehuset. Koblingen mellom tid, sted og legers profesjonelle autonomi som jeg har gjort i avhandlingen, har i liten grad vært belyst tidligere. Denne avhandlingen har demonstrert at handlingsrommet til å styre eget arbeidsforløp og til å fatte beslutninger i sterk grad formes av hvor på sykehuset arbeidet foregår. Avhandlingens vedvarende analytiske blikk på hvordan stedlige og temporale aspekter av arbeidet virker inn på handlingsrommet kirurger har for beslutninger, og hvilke

beslutninger de tar, har derfor gitt nye og viktige innsikter knyttet til de komplekse sammenhengene som finnes mellom disse aspektene av hverdagsarbeidet på sykehus.

Jeg har også vist at mulighetene for samtidig tilstedeværelse av både over- og underordnede kollegaer ofte er avgjørende for muligheten til å kunne fatte kunnskapsbaserte beslutninger. Avhandlingen har også avdekket at samtidig tilstedeværelse ofte ikke bare er nødvendig for kvalitativt gode beslutninger, men også at det er noe som kirurger selv ønsker. Kirurgene ønsket i liten grad å ta beslutninger uten forutgående diskusjoner med andre leger, selv om de ofte måtte gjøre nettopp det. Særlig gjaldt dette de underordnede kirurgene når de oppholdt seg på sengepostene, som etterlyste kollegiale deliberative møtepunkter. Avhandlingen nyanserer dermed bildet av kirurger som profesjonsutøvere som er særlig opptatt av fatte beslutninger fritt og alene (Cassell, 1991). Avhandlingen bidrar således også med kunnskap om «the culture of surgeons» (Katz, 1999) blant kirurger ved norske sykehus.

Avhandlingen har også bidratt med nyansert kunnskap knyttet til relasjonen mellom leger og sykepleiere. Inspirert av interessen og fokuset på betydningen av geografisk og sosial avstand i profesjonelle relasjoner på sykehus som foreligger i mange studier av sykepleier–lege-relasjonen, har jeg metodisk og analytisk posisjonert meg ved siden av kirurgene. Dermed har jeg også kunnet presentere nye innsikter om hvorfor og med hvilke begrunnelser kirurgene forsøker å holde avstand til blant annet sengepostenes arbeid. Med disse innsiktene, som i liten grad er tematisert tidligere fra legers posisjon, ser man samtidig at posisjonen til sykehusleger ikke alltid er så dramatisk forskjellig fra sykepleieres arbeidsbetingelser med tanke på muligheten til å styre sitt eget arbeid. I forlengelsen av dette er jeg også av den oppfatning at innsiktene hentet fra denne undersøkelsen, basert på feltarbeid, gir et forslag til forklaring på at leger rapporterer lavere grad av autonomi enn svært mange andre (Brante et al., 2015; Gjerberg et al., 1996).

14.4 Sluttord

Autonomi er en nødvendig forutsetning for å kunne utøve profesjonell virksomhet. Dette gjelder særlig i menneskebehandlernde organisasjoner preget av uforutsigbarhet og kompleksitet. Autonomi gjør at profesjonsutøvere, som kirurger, kan handle overfor og med sine klienter slik de selv mener det bør gjøres for å oppnå et så godt resultat som mulig. Mangel på autonomi gjør at profesjonsutøvere ikke vil være i stand til å gjøre overfor og med sine klienter det som er nødvendig å få utført. Men det er også nødvendig at

profesjonsutøverne ikke bare har autonomi knyttet til de rent medisinskfaglige sidene ved arbeidet, men også handlingsrom til å få tilstrekkelig nærhet til nødvendig informasjon og til kollegial støtte i de skjønsmessige vurderingene de må gjøre knyttet til pasientbehandlingen. Profesjonsutøvere har dermed behov for et handlingsrom for å styre arbeidsforløpene som er tilstrekkelig stort, blant annet for å få tilstrekkelig samtidig tilstedeværelse. Med tilstrekkelig stort rom for å styre sine arbeidsforløp legges ikke bare grunnlaget for gode arbeidsvilkår for kirurgene, gode medisinskfaglige beslutninger og kvalitativt bedre pasientbehandling og -forløp, men også grunnlaget for en mer robust profesjonell kollegial kontroll. Det betyr ikke at kirurger selv skal få bestemme arbeidsoppgaver og arbeidstider eller ha ubegrenset autoritet over andre deler av sykehuset eller dets arbeidstagere. Derimot bør slike hensyn tas med i betraktning på alle nivåer underveis i planleggingen for godt koordinerte og velfungerende sykehus.

Litteratur

- Aasland, O. G. & Rosta, J. (2011). Hvordan har overlegene det? *Overlegen*, 1(April), 47-55.
Hentet fra
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/a1b216dafc9e40e887d4b2e2511062cc/overlegen-1-2011-jubileumsnummer.pdf>
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Acharya, G. (2016). Morning meetings and ward rounds must be retained as the essential components of clinical service. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(3), 257-258. <https://doi.org/10.1111/aogs.12851>
- Ackroyd, S. (2013). Professions, professionals and the “new” government policies: A reflection on the last 30 years. I M. Noordegraaf & B. Steijn (Red.), *Professionals under pressure: The reconfiguration of professional work in changing public services* (s. 21-39). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Akre, V. (2003). *Learning medical practice* (Doktoravhandling). University of Oslo Oslo.
- Akre, V., Falkum, E., Hoftvedt, B. O. & Aasland, O. G. (1997). The communication atmosphere between physician colleagues: Competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. *Social Science & Medicine*, 44(4), 519-526.
[https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00178-5](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00178-5)
- Album, D. (1996). *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. Oslo: TANO.
- Album, D. (2013). Uformell prioritering i sykehus: nye subprofesjoners betydning. I A. Molander & J.-C. Smeby (Red.), *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Allen, D. (1997). The nursing medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520.
- Allen, D. (2001). *The changing shape of nursing practice: the role of nursing in the hospital division of labour*. London: Routledge.
- Allen, D. (2002). Time and space on the hospital ward: shaping the scope of nursing practice. I D. Hughes & D. Allen (Red.), *Nursing and the division of labour in healthcare*. Basingstoke: Palgrave.
- Allen, D. (2015). *The Invisible Work of Nurses : hospitals, organisations and healthcare*. New York: Routledge.
- Allen, D. & Hughes, D. (2002). Expanded nursing roles: different occupational perspectives. I D. Allen & D. Hughes (Red.), *Nursing and the Division of Labour in Healthcare* (s. 99-127). Basingstoke: Palgrave
- Allen, D. & Lyne, P. (1997). Nurses' flexible working practices: some ethnographic insights into clinical effectiveness. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1(3), 131-138.
[https://doi.org/10.1016/s1361-9004\(97\)80048-9](https://doi.org/10.1016/s1361-9004(97)80048-9)
- Andreassen, T. A. (2017). Profesjonsutøvelse i en organisatorisk kontekst. I S. Maursethagen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 140-152). Oslo: Universitetsforlaget.
- Andrews, G. J. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy*, 4(3), 231-248.
<https://doi.org/10.1046/j.1466-769X.2003.00140.x>
- Annandale, E., Clark, J. & Allen, E. (1999). Interprofessional working: an ethnographic case study of emergency health care. *Journal of interprofessional care*, 13(2), 139-150.

- Anspach, R. R. (1988). Notes on the Sociology of Medical Discourse: The Language of Case Presentation. *Journal of Health and Social Behavior*, 29(4), 357-375. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/2136869>
- Apker, J. & Eggly, S. (2004). Communicating professional identity in medical socialization: Considering the ideological discourse of morning report. *Qualitative Health Research*, 14(3), 411-429.
- Atkinson, P. (1995). *Medical talk and medical work*. London: Sage.
- Atkinson, P. (1997). *The Clinical Experience: the construction and reconstruction of medical reality* (2nd. utg.). Aldershot: Ashgate Publishing.
- Atkinson, P. (2009). Ethics and ethnography. *Twenty-First Century Society*, 4(1), 17-30. <https://doi.org/10.1080/17450140802648439>
- Bardram, J. E. (2000). Temporal Coordination –On Time and Coordination of Collaborative Activities at a Surgical Department. *Computer supported cooperative work (CSCW)*, 9(2), 157-187. <https://doi.org/10.1023/a:1008748724225>
- Bardram, J. E. & Bossen, C. (2005a). Mobility work: The spatial dimension of collaboration at a hospital. *Computer supported cooperative work (CSCW)*, 14(2), 131-160.
- Bardram, J. E. & Bossen, C. (2005b). *A web of coordinative artifacts: collaborative work at a hospital ward*. Innlegg presentert ved Proceedings of the 2005 international ACM SIGGROUP conference on Supporting group work, Sanibel Island, Florida, USA.
- Beauchamp, T. L. (2010). Autonomy and consent. I A. Wertheimer & F. G. Miller (Red.), *The ethics of consent: Theory and practice* (s. 55-78). Oxford: Oxford University Press. Hentet fra <http://search.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=315186&site=ehost-live>
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, O. (2008). The demise of the 'iatrocracy'. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 1(2), 117-119. <https://doi.org/10.1179/mmh.2008.1.2.117>
- Berg, O. (2011). Overlegen: En fortelling i tre avsnitt. *Overlegen*, 1(April), 5-15. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/a1b216dafc9e40e887d4b2e2511062cc/o-verlegen-1-2011-jubileumsnummer.pdf>
- Bliesener, T. & Siegrist, J. (1981). Greasing the wheels: Conflicts on the round and how they are managed. *Journal of Pragmatics*, 5(2), 181-204. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0378-2166\(81\)90005-9](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0378-2166(81)90005-9)
- Bloomer, M. J., Cross, W., Endacott, R., O'Connor, M. & Moss, C. (2012). Qualitative observation in a clinical setting: Challenges at end of life. *Nursing & Health Sciences*, 14(1), 25-31. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00653.x>
- Blumer, H. (1931). Science Without Concepts. *American journal of Sociology*, 36(4), 515-533. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/2767159>
- Blumer, H. (1954). What is wrong with social theory? *American Sociological Review*, 19(1), 3-10.
- Bosk, C. L. (1980). Occupational Rituals in Patient Management. *New England Journal of Medicine*, 303(2), 71-76. <https://doi.org/doi:10.1056/NEJM198007103030203>
- Bosk, C. L. (2003). *Forgive and remember: managing medical failure* (2. utg.). Chicago: University of Chicago Press.
- Bosk, C. L. (2008). *What would you do? Juggling bioethics and ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bosk, C. L. & De Vries, R. G. (2004). Bureaucracies of mass deception: Institutional review boards and the ethics of ethnographic research. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 595(1), 249-263.

- Bourgeault, I. L., Hirschhorn, K. & Sainsaulieu, I. (2011). Relations between professions and organizations: More fully considering the role of the client. *Professions and Professionalism*, 1(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7577/pp.v1i1.150>
- Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*, 5(3), 12-23.
- Bowker, G. C. & Star, S. L. (2000a). Invisible mediators of action: Classification and the ubiquity of standards. *Mind, Culture, and Activity*, 7(1-2), 147-163.
- Bowker, G. C. & Star, S. L. (2000b). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge: MIT press.
- Brante, T., Johnsson, E., Olofsson, G. & Svensson, L. G. (Red.). (2015). *Professionerna i kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner*. Stockholm: Liber.
- Bratlid, D. (2018). Legers tid til pasientarbeid og pasienters tid med legen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138, 113-118.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brooks, J. V. & Bosk, C. L. (2012). Remaking surgical socialization: Work hour restrictions, rites of passage, and occupational identity. *Social Science & Medicine*, 75(9), 1625-1632.
- Brooks, J. V. & Bosk, C. L. (2013). Bullying is a systems problem. *Social Science & Medicine*, 77, 11-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.003>
- Busby, A. & Gilchrist, B. (1992). The role of the nurse in the medical ward round. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 339-346.
- Byrkjeflot, H. & Neby, S. (2005). Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformeringen av sykehussektoren? I S. H. Opedal & I. M. Stigen (Red.), *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen* (s. 47-61). Bergen: Fagbokforlaget.
- Cassell, J. (1987). On control, certitude, and the “paranoia” of surgeons. *Culture, medicine and psychiatry*, 11(2), 229-249.
- Cassell, J. (1991). *Expected miracles: Surgeons at work*. Philadelphia: Temple University Press
- Chambliss, D. F. (1996). *Beyond caring: hospitals, nurses, and the social organization of ethics*. Chicago Ill.: University of Chicago Press.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692.
- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the Grounded Theory Method. I J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Red.), *Handbook of constructionist research* (s. 397-412). New York: The Guilford Press.
- Cicourel, A. V. (1990). The integration of distributed knowledge in collaborative medical diagnosis. I J. Galegher, R. E. Kraut & C. Egidio (Red.), *Intellectual teamwork : social and technological foundations of cooperative work*. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Coombs, M. (2003). Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(3), 125-135.
- Coombs, M. & Ersser, S. J. (2004). Medical hegemony in decision-making – a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 245-252. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02984.x>
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (1993). The Articulation of Work Through Interaction. *The Sociological Quarterly*, 34(1), 71-83. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1993.tb00131.x>

- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Coser, R. L. (1958). Authority and decision-making in a hospital: A comparative analysis. *American Sociological Review*, 23(1), 56-63.
- Coser, R. L. (1963). Alienation and the social structure: case analysis of a hospital. I E. Freidson (Red.), *The hospital in modern society* (s. 234). New York: The Free Press
- Derber, C. & Schwartz, W. A. (1991). New mandarins or new proletariat? Professional power at work. *Research in the Sociology of Organizations*, 8(1), 71-96.
- Dingwall, R. (1980). Ethics and Ethnography. *The Sociological Review*, 28(4), 871-891. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1980.tb00599.x>
- Dingwall, R. (2008). Accomplishing Profession. I R. Dingwall (Red.), *Essays on professions* (s. 11-29). Aldershot, England: Ashgate.
- Elston, M. A. (2002). The politics of professional power: medicine in a changing health service. I M. Bury, M. Calnan, J. Gabe & P. M. Bury (Red.), *The Sociology of the Health Service* (s. 58-90). London: Taylor and Francis. (Opprinnelig utgitt 1991)
- Engel, G. V. (1969). The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 30-41.
- Evensen, S. A. (1996). The changing Conditions for the Hospital Physician. I Ø. Larsen & B. O. Olsen (Red.), *The Shaping of a profession : physicians in Norway, past and present*. Canton, Mass: Science History Publications.
- Evertsson, L. & Nyman, C. (2011). Unpacking the concept of negotiation in research on couples and families. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(10), 70-76.
- Evetts, J. (2002). New directions in state and international professional occupations: discretionary decision-making and acquired regulation. *Work, Employment & Society*, 16(2), 341-353.
- Evetts, J. (2006). Introduction: Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes. *Current Sociology*, 54(4), 515-531. <https://doi.org/10.1177/0011392106065083>
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406-422.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Farough, D. (1996). *Professional autonomy and resistance: medical politics in British Columbia, 1964-1993* (Doktoravhandling). University of British Columbia, Vancouver.
- Fernando, O., Coburn, N. G., Nathens, A. B., Hallet, J., Ahmed, N. & Conn, L. G. (2016). Interprofessional communication between surgery trainees and nurses in the inpatient wards: Why time and space matter. *Journal of interprofessional care*, 30(5), 567-573. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1187589>
- Fine, G. A. (1990). Organizational Time: Temporal Demands and the Experience of Work in Restaurant Kitchens. *Social Forces*, 69(1), 95-114. <https://doi.org/10.2307/2579609>
- Finlay, W., Mutran, E. J., Zeitler, R. R. & Randall, C. S. (1990). Queues and care: how medical residents organize their work in a busy clinic. *Journal of Health and Social Behavior*, 292-305.
- Finn, R. (2008). The language of teamwork: reproducing professional divisions in the operating theatre. *Human Relations*, 61(1), 103-130.
- Fox, N. J. (1991). *The social meaning of surgery*. Milton Keynes: Open University Press.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York, N.Y.: Atherton Press.

- Freidson, E. (1975). *Doctoring together: a study of professional social control*. New York: Elsevier.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Fugelli, P. (2011, 3. feb.). Engangsleger. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/7w7o/engangsleger>
- Funck, E. (2012). Professional Archetype Change: The Effects of Restricted Professional Autonomy. *Professions & Professionalism*, 2(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.7577/pp.334>
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures* (bd. 5019) Basic books.
- Giddens, A. (2001). *Sociology* (4th edn). Cambridge: Polity.
- Gjerberg, E., Hofoss, D., Falkum, E. & Aasland, O. (1996). Legers kontroll over egen arbeidssituasjon - en myte? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 116(15), 1800-1804.
- Gjerberg, E. & Sorensen, B. A. (2006). Enhetlig ledelse-fortsatt en varm potet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(8), 1063-1066.
- Glaser, B. G. (2002). Constructivist grounded theory? *Forum qualitative sozialforschung*, 3(3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17169/fqs-3.3.825>
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. New York: Aldine Transaction.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1968). *Time for dying*. Chicago: Aldine.
- Gotlib Conn, L., Kenaszchuk, C., Dainty, K., Zwarenstein, M. & Reeves, S. (2014). Nurse-physician collaboration in general internal medicine: a synthesis of survey and ethnographic techniques. *Health and Interprofessional Practice*, 2(2), eP1057. <http://dx.doi.org/10.7772/2159-1253.1057>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 144-160). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, P., Hyldmo, I., Fossum, I. F., Seip, B., Øyen, L. A. & Owen, T. (2020). En effektiv og trygg vei til bedre spesialistutdanning i sykehus? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0639>
- Haave, P. (2011). *I medisins sentrum : Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Oslo: Unipub.
- Haave, P. (2012, 27.03.2012). *Profesjonsautonomi på norsk*. Innlegg presentert ved 20-års jubileet til Legeforeningens forskningsinstitutt. Abstract hentet fra <http://legeforeningen.no/Legeforeningens-forskningsinstitutt/Konferanserconferenses/Jubileumskonferanse-2012/>
- Haave, P. (2014). Legene - Profesjonsautonomien som oppfunnet og sammensatt tradisjon. I J. Messel & R. Slagstad (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 277-311). Oslo: Pax.
- Hall, R. H. (1968). Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Review*, 33(1), 92-104. <https://doi.org/10.2307/2092242>
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Heijstra, T. M., Rafnsdóttir, G. L. & Jónsdóttir, L. S. (2011). Autonomy and well-being among Nordic male and female hospital physicians. *Work*, 40, 437-443. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1255>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal veileder - Beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2017, 11.02.2019). *Nasjonal veileder - Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009) *Samhandlingsreformen : rett behandling – på rett sted – til rett tid [St.Mld. 47 (2008-2009)]*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 [Meld. St. 7 (2019-2020)]*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Spesialistforskriften med kommentarer – Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger [Rundskriv I-2/2019]*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/296adc05dbee4ae1a1e015cbea31701e/rundskriv-til-spesialistforskriften-28.06-2019---off-versjon---endelig.pdf>
- Helse Sør-Øst RHF (2018, 08.02.2018). *Utvikling av Oslo universitetssykehus*. Hentet 23.04.2020 fra <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/utvikling-av-oslo-universitetssykehus>
- Helse Sør-Øst RHF (2019, 31.01.2019). *Godkjent protokoll fra styremøte 31.01.2019*. Hentet 23.04.2020 fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2031.%20januar%202019.pdf>
- Hertzberg, T. K., Skirbekk, H., Tyssen, R., Aasland, O. G. & Rø, K. I. (2016a). Dagens sykehusleger - fremdeles alltid på vakt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 19(136), 1635–1639. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0067>
- Hertzberg, T. K., Skirbekk, H., Tyssen, R., Aasland, O. G. & Rø, K. I. (2016b). Den gode legen - sterk og utholdende. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(19), 1631-1634. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0066>
- Hill, R. F. & Tyson, E. P. (1997). The culture of morning report: Ethnography of a clinical teaching conference. *Southern Medical Journal*, 90(6), 594-600.
- Hoff, T. J., Pohl, H. & Bartfield, J. (2004). Creating a learning environment to produce competent residents: the roles of culture and context. *Academic Medicine*, 79(6), 532-539. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00007>
- Horner, J. S. (2000). Autonomy in the medical profession in the United Kingdom – an historical perspective. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(5), 409-423. <https://doi.org/10.1023/A:1009969205289>
- Hougaard, P. F. (2012). *Forhandlinger, beslutninger og innflytelse : en studie av sykepleiere og legers samhandling* (Masteroppgave). Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.
- Hougaard, P. F. (2014). Sykepleiere og legers samhandling på en sengepost for barn. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 1.
- Hughes, D. (1988). When nurse knows best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health & Illness*, 10(1), 1-22.
- Hughes, E. C. (1984). *The sociological eye : selected papers*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.
- Hutter, M. M., Kellogg, K. C., Ferguson, C. M., Abbott, W. M. & Warshaw, A. L. (2006). The impact of the 80-hour resident workweek on surgical residents and attending surgeons. *Annals of surgery*, 243(6), 864.
- Ingebrigtsen, T. (2010). Helseøkonomiske effekter av sykehussammenslåinger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (130), 940-942.

- Johannessen, L. E. (2017). Beyond guidelines: discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Sociology of Health & Illness*. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12578>
- Johannessen, L. E. F. (2016). How triage nurses use discretion: A literature review. *Professions and Professionalism*, 6(1). <https://doi.org/10.7577/pp.1446>
- Johansson, R. (1997). *Organisationer emellan : om förhandlingar, makt och handlingsutrymme*. Lund: Studentlitteratur.
- Katz, P. (1999). *The scalpels edge : the culture of surgeons*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kirkeby, W. A. & Scavenius, H. (1989). *Norsk-engelsk ordbok* (5. utg. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Kivle, B. M. T. (2008). Å lære og å praktisere i sykehus – turnuslegen som student og lege. *Sosiologisk tidsskrift*, 16(02), 107-126. Hentet fra http://www.idunn.no/st/2008/02/a_lere_og_a_praktisere_i_sykehus_-_turnuslegen_som_student_og_lege
- Kivle, B. M. T. (2009). *Fra student til yrkesutøver : turnuslegers erfaringer fra sykehuspraksis* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Oslo.
- Kjekshus, L. E. & Bernstrøm, V. (2013). *Helseforetakenes interne organisering og ledelse*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kjekshus, L. E. & Harsvik, T. (2007). Organisasjonsutvikling ved norske sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(3), 288.
- Krogstad, U., Hofoss, D. & Hjortdahl, P. (2002). Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *BMJ : British Medical Journal*, 324(7328), 36-38. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121942/>
- Kyte, L., Sjørusen, I. & Kleiven, O. T. (2019). The impact of pre-round meetings on quality of care: A qualitative study. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.429>
- Larsen, K. (2005). Hospitalsarkitektur og sosial arkitektur. I K. Larsen (Red.), *Arkitektur Krop Og Læring*. København: Hans Reitzel.
- Lewin, S. & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine*, 72(10), 1595-1602. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.037>
- Lillebo, B. & Faxvaag, A. (2015). Continuous interprofessional coordination in perioperative work: an exploratory study. *Journal of interprofessional care*, 29(2), 125-130. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.950724>
- Lin, K. Y. (2014). Physicians' perceptions of autonomy across practice types: Is autonomy in solo practice a myth? *Social Science & Medicine*, 100, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.033>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public service* (30th ann. Ed.). New York: Russell Sage Foundation.
- Liu, W., Manias, E. & Gerdtz, M. (2013). Medication communication during ward rounds on medical wards: Power relations and spatial practices. *Health*, 17(2), 113-134. <https://doi.org/10.1177/13634593124447257>
- Lyman, S. M. & Scott, M. B. (1970). *A Sociology of the Absurd*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Löfberg, O. & Krajewski, A. (2018). *The Round: An Observational Study of Ward 4 at Norrtälje Hospital* (Masteroppgave). KTH, Stockholm.
- Maines, D. R. (1982). In search of mesostructure: Studies in the negotiated order. *Urban life*, 11(3), 267-279.

- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L. & Pronovost, P. J. (2006). Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), 746-752.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017>
- Mastekaasa, A. (2011). How important is Autonomy to Professional Workers? *Professions and Professionalism*, 1(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7577/pp.v1i1.143>
- Melby, L. (2007). *Prat, penn og papir : en sosiologisk analyse av medisinsk informasjonsbruk i en mobil praksis* (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Trondheim.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Molander, A. (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: mekanismer for ansvarliggjøring. I A. Molander & J.-C. Smeby (Red.), *Profesjonsstudier II* (s. 44-54). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A. & Grimen, H. (2010). Understanding professional discretion. I L. G. Svensson & J. Evetts (Red.), *Sociology of professions : continental and Anglo-Saxon traditions* (s. 167-187). Göteborg: Daidalos.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier : en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moonesinghe, S., Lowery, J., Shahi, N., Millen, A. & Beard, J. (2011). Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. *BMJ*, 342, d1580. <https://doi.org/10.1136/bmj.d1580>
- Moseng, O. G. (2014). Sykepleierne : Profesjonaliseringsstrategier og konstruksjon av et fagfelt. I R. Slagstad & J. Messel (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 597-634). Oslo: Pax.
- Murphy, E. & Dingwall, R. (2007). Informed consent, anticipatory regulation and ethnographic practice. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2223-2234.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.008>
- Måseide, P. (1983). *Medisinsk sosiologi: noen sosiologiske perspektiv på sjukdom og behandling*. Oslo: Aschehoug.
- Måseide, P. (1987). *Interactional aspects of patient care: The social organization of medical adequacy in a hospital ward* (Doktoravhandling). University of Bergen, Bergen.
- Måseide, P. (1997). Feltarbeid i ekspertorganisasjonar : sjukehuset som arena for sosiologisk forskning. I E. Fossåskaret, O. T. Fuglestad & T. H. Aas (Red.), *Metodisk feltarbeid - Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseide, P. (2002). Røntgenbiletet og den medisinske tenkinga-ein sosiologisk analyse. I K. T. Elvebakken & P. Solvang (Red.), *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv* (s. 193-219). Bergen: Fagbokforlaget.
- Måseide, P. (2006). The deep play of medicine: Discursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving. *Communication & medicine*, 3(1), 43-54.
- Måseide, P. (2007). Discourses of collaborative medical work. *Text & Talk*, 27(5/6), 611-632.
<https://doi.org/10.1515/TEXT.2007.028>
- Måseide, P. (2011). Morality and expert systems: problem solving in medical team meetings. *Behaviour & Information Technology*, 30(4), 525-532.
<https://doi.org/10.1080/0144929X.2011.553748>
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.

- NOAB. (2017). Det norske akademis ordbok. I T. Guttu (Red.), *Det norske akademis ordbok*. Oslo: Akademiordboken AS. Hentet 24.01.2018 fra <https://naob.no/ordbok/artikulasjon>
- Nylenna, M. (2014). *Helsetjenesten i Norge: et overblikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- O'Hare, J. A. (2008). Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine*, 19(5), 309-313. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.09.016>
- Ofstad, E. H. (2015). *Medical decisions in 372 hospital encounters* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Ofstad, E. H., Frich, J. C., Schei, E., Frankel, R. M. & Gulbrandsen, P. (2014). Temporal characteristics of decisions in hospital encounters: A threshold for shared decision making? A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 97(2), 216-222. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.08.005>
- Ofstad, E. H., Frich, J. C., Schei, E., Frankel, R. M. & Gulbrandsen, P. (2016). What is a medical decision? A taxonomy based on physician statements in hospital encounters: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010098>
- Ofstad, E. H., Frich, J. C., Schei, E., Frankel, R. M., Šaltytė Benth, J. & Gulbrandsen, P. (2018). Clinical decisions presented to patients in hospital encounters: a cross-sectional study using a novel taxonomy. *BMJ Open*, 8(1). Hentet fra <http://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e018042.abstract>
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle: om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- Perrow, C. (1961). Organizational Prestige: Some Functions and Dysfunctions. *American journal of Sociology*, 335-341. <https://doi.org/10.1086/222899>
- Persson, G. & Virum, H. (1995). *Logistikk for konkurransekraft* (4. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Pinkard, T. (1982). Invasions of privacy in social science research. I T. L. Beauchamp, R. R. Faden, J. Wallace R Jay & W. LeRoy (Red.), *Ethical issues in social science research*. Baltimore The Johns Hopkins University Press.
- Porter, S. (1991). A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), 728-735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01731.x>
- Powdermaker, H. (1966). *Stranger and friend: The way of an anthropologist*. New York: W.W. Norton & Company.
- Rapley, T. (2008). Distributed decision making: the anatomy of decisions-in-action. *Sociology of Health & Illness*, 30(3), 429-444.
- RCP & RCN. (2012). *Ward Rounds in Medicine: Principles for Best Practice: a Joint Publication of the Royal College of Physicians and the Royal College of Nursing*. London: Royal College of Physicians (RCP) & Royal College of Nursing (RCN).
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Reeves, S., McMillan, S. E., Kachan, N., Paradis, E., Leslie, M. & Kitto, S. (2015). Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *Journal of interprofessional care*, 29(3), 230-237. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955914>
- Reeves, S., Nelson, S. & Zwarenstein, M. (2008). The doctor–nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1), 1-2.

- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C. & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of interprofessional care*, 23(6), 633-645.
- Reeves, S., Xyrichis, A. & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of interprofessional care*, 32(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Reigstad, M. M. (2017). Fra livet som forsker til en «ordentlig» jobb. Hentet 04.19.2019 fra <https://blogg.forskning.no/kvinnehelsebloggen/fra-livet-som-forsker-til-en-ordentlig-jobb/1097666>
- Reynolds, A. & Timmons, S. (2005). The doctor-nurse relationship in the operating theatre. *British Journal of Perioperative Nursing (United Kingdom)*, 15(3), 110-115.
- Risør, T. (2012). *Why don't we take a look at the patient?: an anthropological analysis of how doctors become doctors* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Rock, P. (2001). Symbolic interactionism and ethnography. I P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland & L. Lofland (Red.), *Handbook of ethnography* (s. 26-38). London: Sage.
- Rodriguez-Paz, J. M., Kennedy, M., Salas, E., Wu, A. W., Sexton, J. B., Hunt, E. A. & Pronovost, P. J. (2009). Beyond "see one, do one, teach one": toward a different training paradigm. *Quality and Safety in Health Care*, 18(1), 63-68. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023903>
- Rosenstein, A. H. & O'Daniel, M. (2006). Impact and Implications of Disruptive Behavior in the Perioperative Arena. *Journal of the American College of Surgeons*, 203(1), 96-105. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.027>
- Rosta, J. & Aasland, O. G. (2016). Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994 – 2014. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(16), 1355-1359.
- Rosta, J. & Aasland, O. G. (2018). Perceived bullying among Norwegian doctors in 1993, 2004 and 2014–2015: a study based on cross-sectional and repeated surveys. *BMJ Open*, 8(2), e018161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018161>
- Røhme, K. & Kjekshus, L. E. (2001). Når tiden telles - Sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(12), 1458-1463.
- Rønningstad, C. (2017). A Tale of Two Autonomies. 2017, 7(3). <https://doi.org/10.7577/pp.1836>
- Røvik, J. O., Tyssen, R., Hem, E., Gude, T., Ekeberg, Ø., Moum, T. & Vaglum, P. (2007). Job stress in young physicians with an emphasis on the work-home interface: a nine-year, nationwide and longitudinal study of its course and predictors. *Industrial health*, 45(5), 662-671.
- Schulz, R. & Harrison, S. (1986). Physician autonomy in the Federal Republic of Germany, great Britain and the United States. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1(5), 335-355.
- Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research: a practical handbook*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Skjørshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of interprofessional care*, 15(1), 7-18.
- Skjørshammer, M. (2003). Anger behaviour among professionals in a Norwegian hospital: antecedents and consequences for interprofessional cooperation. *Journal of interprofessional care*, 17(4), 377-388. <https://doi.org/10.1080/13561820310001608203>

- Skjørshammer, M. & Hofoss, D. (1999). Physician in Conflict: A Survey Study of Individual and Work-related Characteristics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(4), 211-216.
- Skårdal, I. & Førde, R. (2018). Vedtak om å avstå fra gjenoppliving i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(5).
- Slagstad, R. (2012). Helsefeltets strateger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(12), 1479.
- Slagstad, R. (2020). En reddende engel. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0178>
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. Maryland: Rowman Altamira.
- Snelgrove, S. & Hughes, D. (2008). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 661-667.
- Solheim, K. & Ingvaldsen, B. (1995). *Kirurgi og anestesi* Universitetsforlaget.
- Spehar, I. & Kjekshus, L. E. (2012). Medical Management in Norwegian Hospitals. *Professions and Professionalism*, 2(1).
<https://doi.org/https://doi.org/10.7577/pp.v2i1.178>
- Spekter & Legeforeningen. (2014). Overenskomstens del A2 mellom Spekter og Legeforeningen Hentet fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Spekter/spekter-10/overenskomstens-del-a2-mellom-spekter-og-legeforeningen/>
- Spesialistforskriften. (2016). Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
- Star, S. L. (1999). The ethnography of infrastructure. *American Behavioral Scientist*, 43(3), 377-391. <https://doi.org/10.1177/00027649921955326>
- Stein, L. I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6), 699.
- Stein, L. I., Watts, D. T. & Howell, T. (1990). The Doctor–Nurse Game Revisited. *New England Journal of Medicine*, 323(3), 546-549.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199002223220810>
- Stevens, S. (2013). Surgeons' professional identity and patient safety: Time for change. *Social Science & Medicine*, 77, 9-10.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.002>
- Strauss, A. L. (1978). *Negotiations : varieties, contexts, processes, and social order*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A. L. (1985). Work and the Division of Labor. *Sociological Quarterly*, 26(1), 1-19.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1994). Grounded theory methodology - An Overview. I N. K. Denzin & Y. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (s. 273-285). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.
- Strauss, A. L., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R. & Sabshin, M. (1963). The hospital and its negotiated order. I E. Freidson (Red.), *The hospital in modern society* (s. 147-169). London: Collier-MacMillan.
- Strong, P. M. (1979). *The ceremonial order of the clinic: parents, doctors, and medical bureaucracies*. London: Taylor & Francis.
- Suchman, L. (1996). H - Supporting Articulation Work. I R. Kling (Red.), *Computerization and Controversy (Second Edition)* (s. 407-423). Boston: Morgan Kaufmann.
- Svensson, L. G. (2008). Profesjon og organisasjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Svensson, L. G. (2011). Profession, organisation, kollegialitet och ansvar. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 18(4).
- Svensson, L. G. & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, R. (1996). The interplay between doctors and nurses—a negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 379-398.
- Svensson, R., Olsvold, N. & Anderssen, T. M. (1998). *Samfunn, medisin, sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Sweet, S. J. & Norman, I. J. (1995). The nurse doctor relationship: a selective literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 165-170.
- Sørhaug, T. (1982). *Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus : makt, gjensidighet og ansvar*. Oslo: Universitetet i Oslo, Inst.for sosialantropologi
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T. & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International nursing review*, 60(3), 291-302. <https://doi.org/10.1111/inr.12034>
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tolich, M. (2004). Internal Confidentiality: When Confidentiality Assurances Fail Relational Informants. *Qualitative Sociology*, 27(1), 101-106. <https://doi.org/10.1023/B:QUAS.0000015546.20441.4a>
- Underland, G. & Tjora, A. (2016). A collective clinical gaze: Negotiating decisions in a surgical ward. *Communication & medicine*, 13(1), 23-35.
- Vaglun, P. (2008). Obligatorisk bok om legeprofesjonen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128(16). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2008/08/anmeldelser/obligatorisk-bok-om-legeprofesjonen>
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (Red.). (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vikkelsø, S. & Vinge, S. (2004a). Forord. I S. Vikkelsø & S. Vinge (Red.), *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Vikkelsø, S. & Vinge, S. (Red.). (2004b). *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Vinge, S. (2003). *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse* (Doktoravhandling). Handelshøjskolen i København, København.
- Vinge, S. (2004). Kontinuitetens paradoks. I S. Vikkelsø & S. Vinge (Red.), *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Vinge, S. & Knudsen, M. (2003). Infrastruktur og reformer i sygehusvæsenet. I F. Borum (Red.), *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Walby, S. & Greenwell, J. (1994). *Medicine and nursing: professions in a changing health service* Sage Publications Limited.
- Wiener, C., Strauss, A. L., Fagerhaugh, S. & Suczek, B. (1979). Trajectories, biographies and the evolving medical technology scene: labor and delivery and the intensive care nursery. *Sociology of Health & Illness*, 1(3), 261-283.
- Willis, E. (1988). Doctoring in Australia: A View at the Bicentenary. *The Milbank Quarterly*, 66, 167-181. <https://doi.org/10.2307/3349921>
- Willis, E. (2006). Introduction: taking stock of medical dominance. *Health Sociology Review*, 15(5), 421-431. <https://doi.org/10.5172/hesr.2006.15.5.421>
- Wyller, W. B., Gisvold, S. E. & Hagen, E. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133:655 - 9.

- YLF. (2012). Hentet 01.12.2017 fra <http://legeforeningen.no/yf/Yngre-legers-forening/Dinerettigheter/arbeidstid/arbeidstid-for-leger1/>
- Yoels, W. C. & Clair, J. M. (1994). Never enough time: How medical residents manage a scarce resource. *Journal of contemporary ethnography*, 23(2), 185-213.
- Zerubavel, E. (1976). Timetables and scheduling: On the social organization of time. *Sociological Inquiry*, 46(2), 87-94.
- Zerubavel, E. (1979). *Patterns of time in hospital life : a sociological perspective*. Chicago.
- Zwarenstein, M. & Reeves, S. (2002). Working together but apart: Barriers and routes to nurse–physician collaboration. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 28(5), 242-247.
- Øye, C. & Bjelland, A. K. (2012). Deltagende observasjon i fare? - En vurdering av noen forskningsetiske retningslinjer og godkjenningprosedyrer. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 23(02).
- Ågård, A., Engström, I., Sandén, U. & Erling, V. (2017). Framtidens rond – ett personcentrerat och teambaserat möte med patienten: Den traditionella rondens går inte att försvara etiskt eller juridiskt. *Lakartidningen*, 114(42), 1767.

Vedlegg 3 Samtykkeskjema



Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

«Tid, rom og kirurgers profesjonelle autonomi»

Mitt navn er Peter Forde Hougaard. Jeg er for tiden doktorgradsstipendiat ved Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus, hvor jeg forsker på legers profesjonelle autonomi.

Det overordnede formålet med forskningsprosjektet er å studere kirurgers profesjonell autonomi. Jeg er spesielt opptatt av å undersøke hvordan sykehusets organisatoriske, fysiske og styringsmessige rammer virker på kirurgenes handlingsrom, skjønnsutøvelse og prioriteringer av eget arbeid, samt hvilke konsekvenser dette har for kirurgenes profesjonelle og sosiale relasjoner. En inngang til å undersøke dette er å benytte feltarbeid hvor jeg følger og observerer kirurgers bevegelser i og mellom sykehusets forskjellige arbeidsarenaer og lokalisasjoner.

Jeg planlegger å være ved avdelingen din i fem måneder for å følge ca. 10 av avdelingens kirurger. Dette innebærer blant annet at jeg følger en enkelt kirurgs arbeid gjennom en uke om gangen.

Dersom du sier deg villig til å delta i studien innebærer det at du lar meg følge deg i ditt arbeid, og at jeg får være sammen med deg både på dagtid og på vakttid (kveld/natt/helg) over en periode på minst en arbeidsuke. Mine observasjoner vil i liten grad fokusere på enkeltpersoner, men de organisatoriske og tidsmessige betingelsene og sosiale relasjonene som rammer inn arbeidet og de beslutninger som tas. Jeg vil også i noen grad spørre deg om begrunnelser for de arbeidsoppgaver og prioriteringer du gjør.

I tillegg ønsker jeg å gjennomføre intervjuer med kirurger som er knyttet til avdelingen, for å kunne få mer utfyllende informasjon om de ansattes refleksjoner og oppfatninger. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Deltagelse er frivillig og du kan når som helst trekke ditt samtykke. Alle opplysninger og observasjoner som jeg får tilgang til vil bli behandlet konfidensielt gjennom hele forskningsprosessen. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i avhandlingen eller senere artikler basert på data hentet fra denne studien. Datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes ved prosjektslutt 01.12.2017.

Dersom du har spørsmål om studien, ta kontakt med meg, Peter Forde Hougaard på tlf. 48 13 07 59.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S og [redacted] jeg har også undertegnet sykehusets taushetserklæring.

Med vennlig hilsen


Peter Hougaard
Ph.D.-stipendiat
Senter for profesjonsstudier
Høgskolen i Oslo og Akershus


Vedlegg 4 Tiltråding Personvernombudet ved UniSyk





PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Peter Forde Hougaard, Ph.D.-stipendiat, Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus

Kopi: 
Gastrokirurgisk avdeling


Fra: Personvernombudet 

Saksbehandler: 

Dato: 


Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 
Personvernnummer:

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet " Tid, rom og kirurgers profesjonelle autonomi"

Prosjektbeskrivelse:

Det overordnede forskningsspørsmålet er "How does the temporal-spatial ordering of medical work within hospitals affect surgeons' professional autonomy". Formålet med denne case-studien, basert på deltagende observasjon og intervjuer, er å studere hvordan den temporo-spatiale og sosiale organiseringen av kirurgers arbeid virker inn på deres profesjonelle autonomi. Gjennom å kartlegge gastrokirurgers bevegelser gjennom sykehuset og bruk av tid og dertil hørende arbeidsoppgaver, prioriteringer og samhandling vil studien gi ny kunnskap om hvordan sykehusenes fysiske, organisatoriske og styringsmessige betingelser virker på kirurgenes muligheter for kontroll over eget arbeid og skjønnsutøvelse i det daglige arbeidet. Studien er planlagt gjennomført ved Gastrokirurgisk . Ivalget/informantene rekrutteres blant kirurger ansatt ved denne avdelingen. Prosjektet er initiert fra Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) ved adm. dir.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig [REDACTED] har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Formålet med prosjektet å studere hvordan den daglige organiseringen av kirurgers arbeid virker inn på deres profesjonelle autonomi. Prosjektleder opplyser om at det ikke skal innhentes sensitive person/helse opplysninger og at opplysninger som skal registres er i henhold til den enkeltes arbeidshverdag. Opplysninger om pasienter skal ikke registreres. Prosjektleder er eksternt ansatt. **Det forutsettes derfor at prosjektleder og evn. andre eksterne prosjektmedarbeider signerer en taushetserklæring**, dette for å sikre at personvernet og integriteten til den enkelte pasient blir ivaretatt. Det er ikke nødvendig å innhente skriftlig samtykke fra den enkelte pasient. Det er likevel viktig at pasientene får muntlig informasjon om at det vil være en observator tilstede og dermed får muligheten til velge om de ønsker på bli observert eller ikke. Det er ikke nødvendig med unntak fra taushetsplikten da signering av taushetserklæringen ivaretar taushetsplikten prosjektleder må ivareta ovenfor pasientene og helsepersonell.
4. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
5. Data lagres som oppgitt i meldingen (vedlagt).
6. Kodeliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat nedlåst på adgangsbegrenset rom på HIOA.
7. Vedlagte samtykke benyttes.
8. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
9. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
10. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 1.7.2017 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet [REDACTED]

Vedlegg 5 Fremleggingsvurdering REK

Peter Forde Hougaard

From: post@helseforskning.etikkom.no
Sent: mandag 12. mai 2014 15:11
To: Peter Forde Hougaard
Subject: Sv: REK sør-øst 2014/766 Tid, rom og kirurgers profesjonelle autonomi

Vår ref.nr.: 2014/766 A

Det vises til forespørsel om fremleggingsvurdering for prosjektet "Tid, rom og kirurgers profesjonelle autonomi" mottatt 15.04.2014 (vår ref. 2014/766).

Henvendelsen er vurdert av leder i REK sør-øst A.

Prosjektet

I henvendelsen vises det til at det overordnede forskningsspørsmålet er: "*How does the temporal-spatial ordering of medical work within hospitals affect surgeons' professional autonomy*". Formålet med studien, basert på deltakende observasjon, er å studere hvordan den temporospatiale og sosiale organiseringen av kirurgers arbeid virker inn på kirurgenes profesjonelle autonomi. Gjennom å kartlegge deres bevegelser gjennom sykehuset og bruk av tid og dertil hørende arbeidsoppgaver, prioriteringer og samhandling, vil studien gi ny kunnskap om hvordan sykehusenes fysiske, organisatoriske og styringsmessige betingelser virker på kirurgenes muligheter for kontroll over eget arbeid og skjønnsutøvelse i det daglige arbeidet.

Utvalget vil bestå av kirurger ansatt ved en avdeling ved et universitetssykehus. De informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Data innhentes ved notater fra deltakende observasjon over en periode på ca. 5 måneder. Data innhentes også ved lydopptak/transkripsjoner av intervju med deltakerne underveis og/eller i etterkant av feltarbeidet. Det skal kun registreres personidentifiserende opplysninger om informanter som har samtykket til deltakelse. Det skal ikke registreres personidentifiserbare opplysninger om pasientene. Men ved å følge kirurgenes arbeid, vil forsker kunne få tilgang til taushetsbelagt informasjon om mange pasienter. I situasjoner der pasienten er samtykkekompetent innhentes samtykke fra pasient til at forsker er til stede. Personvernombudet/NSD har uttalt at det må avklares med REK om forsker trenger dispensasjon fra taushetsplikten for å kunne gjennomføre observasjon i situasjoner der pasienten ikke kan samtykke.

Vurdering

Etter REKs vurdering faller prosjektet slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Helseforskningsloven gjelder for *medisinsk og helsefaglig forskning* på norsk territorium eller når forskningen skjer i regi av en forskningsansvarlig som er etablert i Norge.

Medisinsk og helsefaglig forskning er forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å *frambringe ny kunnskap om helse og sykdom*, jf. helseforskningsloven §5 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter eller benytter helseopplysninger.

Prosjektet har etter REKs vurdering ikke som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er forskningsansvarlig institusjons ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern. I foreliggende tilfelle er prosjektet fremlagt for Personvernombudet /NSD.

REK sør-øst A har videre vurdert om det er behov for dispensasjon fra taushetsplikten i dette tilfellet, siden REK i visse tilfeller også har myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikten til annen type forskning enn medisinsk og

helsefaglig forskning. REK kan bestemme at helseopplysninger som er innsamlet i helse- og omsorgstjenesten kan eller skal gis fra helsepersonell til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder av taushetsplikt, jf. helseforskningsloven § 35.

I forhold til de ordninger som gir mulighet for fritak fra kravet om samtykke eller dispensasjon fra taushetsplikten, kommer den aktuelle studie i en noe spesiell stilling. Grunnen til dette er at formålet med studien ikke er å forske på helseopplysninger. Helseopplysninger om enkeltpersoner, i dette tilfelle pasienter på sykehus, er ikke en del av prosjektets opplegg. Det skal ikke samles inn og derfor ikke registreres identifiserbare helseopplysninger om pasientene. Ordningen med dispensasjon fra taushetsplikten er derfor ikke lett å tilpasse i en situasjon som denne.

Dispensasjon kan gis for bestemte opplysninger som skal brukes til et definert formål. Det er vanskelig å tenke seg hvordan en skal kunne gi dispensasjon fra taushetsplikten når helseopplysningene om pasientene verken skal registreres eller brukes.

REK sør-øst A tar derfor som utgangspunkt at det er institusjonens (i dette tilfellet universitetssykehusets) ansvar å beskytte pasientene mot misbruk av opplysninger om dem. Av helsepersonelloven § 16 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 kan en utlede institusjonens plikt til å overholde en forsvarlig organisering av sin virksomhet. REK sør-øst A er av den oppfatning at det må være institusjonens ansvar å avgjøre hvorvidt eksterne personer skal gis fysisk tilgang til institusjonen. Dermed er det også institusjonen som må vurdere de enkelte tilfeller og gi tillatelse til tilgang til institusjonen og fastsette vilkårene for dette. Det vil i en slik vurdering være naturlig å ta hensyn til formålet og at tiltaket kan gjennomføres på en forsvarlig måte. Forskning for å få mer kunnskap anses generelt som et godt formål innenfor helsetjenesten. Det må i tillegg vurderes om det aktuelle prosjektet tilfredsstillende faglige krav.

Når det gjelder forsvarlighet vil det være avgjørende om institusjonens ledelse etter egne vurderinger anser fremgangsmåten som tilfredsstillende. Etter komiteens vurdering er det for øvrig, hensett til personvernet, tilstrekkelig for gjennomføring av aktuelle studie at forsker (datainnsamler) undertegner en dekkende taushetserklæring.

Avsluttende bemerkninger

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Vivi Opdal

seniorrådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845526

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)
<http://helseforskning.etikkom.no>



Ph.d.-graden i profesjonsstudier

Avhandlinger som kandidat har godkjent for salg kan kjøpes gjennom OsloMets nettsider:
<https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien>

- Andreea I. Alecu (2020) *Linking social capital and interpersonal trust: Do birds of a feather flock together?*
- Runa Brandal Myklebust (2020) *Natural nurses, skilful sailors. Gender non-traditional choices of education in Norway*
- Erik Thorstensen (2020) *Responsible Assessments. Frameworks for a Value-Based Governance of Assistive Technologies*
- Karl Ingar Kittelsen Røberg (2019) *Returns to higher education in Norway*
- Aleksander Årnes Madsen (2019) *Interrupted careers. A study of social divisions in long-term sickness absence and work attrition*
- Tanja Askvik (2019) *Utdanning er utdanning? Underrepresenterte grupper i høyere utdanning og valg knytta til fagfelt*
- Erik Børve Rasmussen (2019) *Knowledge and ambiguity. How GPs manage tensions between systemic biomedical ideals and medically unexplained symptoms*
- Thea Bertnes Strømme (2019) *Educational decision-making. The Significance of Class and Context*
- Tatjana Zlatanovic (2018) *Nurse Teachers at the Interface of Emerging Challenges*
- Tanja H. Nordberg (2018) *Lederen som forvalter av familiepolitikken – mellom kjønnete normer og virksomhetenes målsettinger*
- Jim-Olav Fors (2018) *Students' commitment to social work: An investigation of contributors to, and consequences of, professional commitment*
- Torbjørn Gundersen (2018) *Values and the Role of Scientists in Policymaking*
- Eirik Christopher Gundersen (2018) *What We Owe to Our Children. Relationships and Obligations in Public Care*
- Lars E.F. Johannessen (2018) *Between standardisation and discretion. The priority setting of triage nurses*
- Heidi Moen Gjersøe (2017) *"Komplekse vurderinger i førstelinjen - en studie av arbeidsevnevurdering som aktiveringspolitisk virkemiddel"*
- Elisabeth Brodtkorb (2017) *Individualisering av tjenester i et aktiviseringsprogram. En studie av veilederfellesskapet i kvalifiseringsprogrammet.*
- Lise-Merete Alpers (2017) *Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter.*
- Kjersti Nesje (2017) *Opplevelsen av å passe til yrket. En studie av norske sykepleieres profesjonstilknytning.*
- Mari Lande With (2016): *Rekruttering til og avgang fra læreryrket 1975-2010*
- Andreas Eriksen (2016): *Taking Roles Seriously. On Professional Duty and Virtue*
- Silje Maria Tellmann (2016): *Experts in public policymaking: influential, yet constrained*
- Inger Oterholm (2015): *Organisasjonens betydning for sosialarbeideres vurderinger*

- Hanne Hagland (2015): *Å krysse fremfor å beskytte grenser. Om ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenters deltakelse og læring i tverrprofesjonell praksis*
- Tatanya Ducran Valland (2015): *Lojalitet og profesjonell standard. En studie av mellomledere i politiet.*
- Tone Dahl-Michelsen (2015): *Gender in physiotherapy education. A study of gender performance among physiotherapy students and changes in the significance of gender*
- Magne Lindholm (2015): *Journalistikkens autoritet. Yrkesideologi og autoritetsmarkering i norsk journalistikk 1954-2014*
- Ida Katrine Riksaasen Hatlevik (2014): *Meningsfulle sammenhenger. En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeider-utdanningene.*
- Mette Løvgren (2014): *Professional Boundaries. The Case of Childcare Workers in Norway*
- Gerd Sylvi Steinnes (2014): *Profesjonalitet under press? Ein studie av førskulelærarar si meistring av rolla i lys av kvalifiseringa til yrket og arbeidsdelinga med assistentane.*
- Sølvi Mausethagen (2013): *Reshaping teacher professionalism. An analysis of how teachers construct and negotiate professionalism under increasing accountability.*
- Marita Nordhaug (2013): *Which Patient's Keeper? Partiality and justice in nursing care*
- Ida Drange (2013): *A study of Labour Market Careers for Professionals of Ethnic Minority Origin*
- Joakim Caspersen (2013): *Professionalism among novice teachers. How they think, act and perceive knowledge.*
- Asgeir Falch-Eriksen (2012): *The Promise of Trust - An inquiry into the legal design of coercive decision-making in Norway.*
- Anita Røysum (2012): *Sosialt arbeid i nye kontekster. Om sosialarbeideres erfaringer med NAV-reformen.*
- Jonas Debasay (2012): *Omsorgens grenser. En studie av hjemmesykepleieres rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske minoritetspasienter.*
- Pål Nygaard (2012): *Profesjonalisering mellom Bildung og Engineering. En studie av de norske ingeniørens profesjonshistorie 1930-1970.*
- Hilde Karlsen (2012): *Not so unconventional after all: A quantitative study of men in care-oriented study programmes and professional occupations in Norway.*
- Louis Royce Botha (2011): *Incorporating indigenous knowledges into knowledge making: experiences from a South African context.*
- Jorunn Vindegg (2011): *Å forstå en familie: Fortellinger som kunnskapskilde i sosialarbeideres profesjonelle yrkesutøvelse.*
- André Vågan (2009): *Physicians in the making.*
- Bodil Tveit (2008): *Ny ungdom i gammelt yrke - en studie av sykepleierstudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning.*