



Master i Politikk og Samfunnsendring
PO 310S, Høgskolen i Bodø



*- En casestudie av motiver, ressurser og
prioriteringsdilemma innenfor kreftomsorgen -*

Forord

Presis kl 07.30 ble jeg møtt av en smilende sykepleier som henviste meg til venterommet for dagkirurgisk avdeling. Frokost-TV ble satt på - ”så det ikke ble så kjedelig å vente”. Etter en halvtime kom anestesilegen for å ta en prat. ”Jaha... så du er litt bekymret for narkosen? Ok... men det er ingen vits i å bekymre seg – da velger vi heller en spinalbedøvelse – om jeg skulle blitt operert selv, ville jeg valgt det.”

Fem minutter senere kom kirurgen, presenterte seg høflig, tok meg med inn på et rom, og merket av med tusj hvor snittet skulle lages. I operasjonsstue to sto et helt team klar. Kirurgen og en assisterende lege, anestesilegen og to anestesisykepleiere. Alle med klart definerte oppgaver. Kirurgen kommuniserte med korte setninger, gjerne bare ett ord eller endog bare en liten håndbevegelse. Selve operasjonen startet uten at jeg selv merket noe.

”Skal vi kjøre i slumremodus, med en god dose beroligende og litt panfløytemusikk på ørene?” Fra en lekmanns synspunkt kan det virke som om begge anestesisykepleierne utelukkende har rolle som trøste- og servicepersonell. Beroligende ord, stryk på kinnet, smil og munter dialog gjør at timen går fort.

”Enhver herlighet har sin besværlighet” svarer anestesisykepleieren litt unnvikende når jeg forsøker å finne ut hvor han likte seg best: Å jobbe på operasjonsstuen på det store sykehuset i Helseregion Øst eller her på et lite lokalsykehus i nord.

På overvåkingen sitter en pleier bak halvannen meter høye pleksiglassvegger. Lenge før bedøvelsen er gått ut av kroppen får jeg klar beskjed: ”Bare si i fra dersom du trenger noe. Vil du ringe til kona? Du kan bruke telefonen her. Gi beskjed om du får vondt – så skal du få mer smertestillende med en gang”. Operasjonen som hadde forårsaket så mange bekymringer i forkant var gjort. Alt gikk på skinner. Jeg var imponert, lettet og takknemlig over behandlingen jeg hadde fått. Mon tro hvorfor man ikke hører om dette når sykehusvesenet omtales i media?

* * * * *

Jeg har mange å takke for at denne oppgaven ble en realitet og ikke bare en drøm. Først vil jeg takke min veileder, Ole Johan Andersen ved Høgskolen i Bodø for utrettelig, tålmodig og

konkrete tilbakemeldinger underveis. Underveis har jeg forstått at du har gitt langt mer enn det man kan kreve!

Takk også til cand. polit. Villy Angelen for inspirasjon i en tidlig fase av arbeidet samt faglig og menneskelig støtte underveis. Nøkkelinformantene mine i oppkjøringen til prosjektet har også vært av uvurderlig hjelp: Asistentlege og tillitsvalgt dr. Jon-Helge Angelsen, avdelingsoverlege dr. Jan Norum og overlegen ved en gynekologisk avdeling ved et av våre lokalsykehus. Deres innspill har vært uvurderlige i forhold til å bli bedre kjent med et fagfelt og en verden som i utgangspunktet er ukjent for meg.

De på det aktuelle universitetssykehuset som i en hektisk hverdag stilte til intervju, og som også gav meg tilbakemeldinger underveis i arbeidet fortjener mer enn takk:

Avdelingsoverlege, sjefsstråleterapeut, stabskonsulent, oversykepleier og tillitsvalgt blant assistentlegene ved avdelingen. Takk også til Folkeuniversitetet Lofoten for permisjoner og fleksibel tilrettelegging underveis gjennom hele studietiden.

Til slutt vil jeg takke min kjære Eli. Reising i forbindelse med samlinger, veiledning og feltarbeid, eller lange kvelder med skriving og frustrasjoner har aldri vært brukt til å gi meg dårlig samvittighet. Som verdens naturligste ting stiller du alltid opp. Må Gud forby at jeg tar det som en selvfølge. Du gjorde dette mulig!

Innhold

1. Innledning	5
1.1 Om studien	5
1.2 Aktualisering og vinklinger	6
1.3 Hypotesen (...)	7
1.4 Problemstilling, presisering og avgrensning	7
1.5 Forholdet mellom hypotese og problemstilling	8
2. Teori og bakgrunn	9
2.1 Aktuelt som aldri før: Penger, pasienter (...)	10
2.2 Mer om bakgrunnen for problemstillingen og hypotesen (...)	14
2.3 Kreftavdelingen ved Universitetssykehuset	19
3. Metode	20
3.1 Arbeidet ved sykehusavdelingen – steg for steg	21
3.2 Valg av metode: Muligheter og begrensninger	25
4. Presentasjon og drøfting av data	38
4.1 Ressurser og knapphetsgoder	39
4.2 Prioriteres det riktig i dag?	43
4.3 Forholdet mellom økonomiske og medisinske hensyn	47
4.4 Hvem må lide ved ressursmangel?	51
4.5 Effekten av sykehusreformen på avdelingsnivå	55
4.6 Utopien	57
4.7 Oppsummering	58
5. Kilder	63
6. Intervjuguide	66

1. INNLEDNING

1.1 Om studien

For halvannet år siden ble jeg gjennom arbeidet med en hjemmeeksamen i kvalitativ metode, utfordret til å utforme en problemstilling for et samfunnsvitenskapelig forskningsprosjekt med intervju som opplagt metodevalg. Da interessen for organisasjonsstudier generelt og sykehus spesielt allerede var til stede, ble dette begynnelsen på det arbeidet jeg skulle komme til å gjøre ved kreftavdelingen ved et av landets universitetssykehus. Resultatet som her foreligger kan kanskje best beskrives som en casestudie i form av en organisasjonsstudie med vekt på prioriteringskriterier og prioriteringsdilemma.

Bak oppgaven lå en søken etter et reflektert fokus på alle de valg og avveininger som gjøres gjennom hektiske dager på en sykehusavdeling. Målet med studien ble da en forståelse av de prioriteringskriterier og dilemma som her finner sted. Data om dette finnes naturligvis ikke eksplisitt i skrifts form på hver avdeling. Rutiner og endog formelle prioriteringsforskrifter kan heller ikke forklare hele bildet av alle de hverdagslige, men langt fra betydningsløse avveininger som må gjøres i løpet av en vakt på en sykehusavdeling. Samtaler og intervju med helsepersonell i ledende stillinger ved avdelingen ble i denne studien en arena – ikke bare for å samle inn data, men også for å produsere data i form av refleksjon, ettertanke og fokus på de mange hverdagslige, men likefullt vanskelige valg.

Studien er delt inn i fire ulike deler. Innledningskapitlet tar i første rekke for seg problemstillingen for studien, samt min forforståelse i inngangen til dette arbeidet, presentert gjennom *hypotesen om de medisinske motivers forrang i møte mellom helsepersonell og pasient på sykehusavdelingen*.

Oppgaven bygger i større grad på empirisk analyse enn teoretisk drøfting. Del to er derfor et relativt kort teori- og bakgrunnskapittel. Dette blir da i stor grad å oppfatte som en kontekstuell ramme for oppgaven. Kapitlet forteller litt om sider ved organiseringen av sykehusene som i alle fall potensielt også kan ha betydning for de avveininger som tas på avdelingsnivå. Stikkord her er bl. a. sykehusreformen og DRG-stykkprisfinansiering. Kapitlet

inneholder deretter eksempler på artikler, faglitteratur og andre prosjekter som kan bidra til en forforståelse for problemstillingen eller som kan begrunne eller nyansere hypotesen.

Del tre forteller om hvilken metode jeg har benyttet i forsøket på å nærme meg problemstillingen. Jeg vil først beskrive det konkrete arbeidet ved den aktuelle avdelingen. Deretter vil jeg søke å reflektere over de muligheter og begrensninger som følger de metodologiske valg som er tatt underveis.

I del fire presenteres og drøftes data fra intervjuene ved kreftavdelingen under seks ulike overskrifter, som igjen gjenspeiler sentrale tema informantene ble forelagt eller selv brakte på banen.

I siste del av kapittel fire (4.7) vil jeg forsøke å sammenfatte de funn jeg gjorde ved kreftavdelingen i lys av oppgavens problemstilling.

1.2 Aktualisering og vinklinger

Det finnes ulike måter å nærme seg et tema som handler om møtet med ulike prioriteringsdilemma ved den enkelte sykehusavdeling. I tidsskriftet *Rom for faglighet – til pasientens beste* fra Den Norske Legeforening (heretter DNL), utgitt i 2005, konkluderes det som følger:

”I en samlet vurdering av prioriteringene i norsk helsetjeneste ser vi at mange andre hensyn enn de faglige kan bli tillagt stor vekt i fordelingen av ressurser. Dette truer muligheten for å drive god faglig virksomhet med pasienten i sentrum” (DNL, 2005 s 35)

Et slikt, relativt ukontroversielt og nærmest selvfølgelig, utsagn kan imidlertid også nyanseres: Er det sikkert at ressursfordelingen og eventuelt politiske, strukturelle og økonomiske spørsmål alltid gir seg utslag i et dårligere tilbud til den enkelte pasient, eller vil man konfronteres med disse utfordringene på et annet plan?

1.3 Hypotesen: De medisinske hensyns forrang i møtet mellom helsepersonell og pasient på sykehusavdelingene

Et prosjekt i regi av Rokkansenteret søkte å systematisere erfaringene fra Helse Vest om deres erfaringer med utarbeiding av faglige veiledere for praktisering av prioriteringsforskriften (Sveri 2006). Svarene som ble gitt der kan tyde på at ressursmangel ikke alltid like tydelig virker begrensende på det tilbudet som ytes den enkelte pasient.

Det virker i langt større grad som om man på avdelingene mer eller mindre har en ”koste hva det koste vil” holdning i møtet med pasienter med ulike medisinske behov. I det arbeidet jeg gjorde ved kreftavdelingen ved ett av universitetssykehusene i Norge, gikk min arbeidshypotese i retning av at det er en glidende overgang fra at medisinske vurderinger dominerer jo nærmere pasienten man er til at flere andre avveininger har en sterkere innvirkning jo lengre unna pasienten man er.

I praksis vil en slik hypotese kunne tilsi at pasienten på sykehusavdelingen i liten grad blir utsatt for prioriteringer som ikke dreier seg om mest mulig objektive medisinske kriterier. Man befinner seg her nærmest pasienten. De økonomiske, kapasitetsmessige og politisk overordnede utfordringer som man står overfor innen sykehusvesenet, vil man finne igjen nettopp der: På det politiske og strukturelle plan – ikke i behandlingen av den enkelte pasient.

1.4 Problemstilling, presisering og avgrensning

Med denne bakgrunn spør jeg her:

Hvilke typer motiver ligger bak de prioriteringene som gjøres på den utvalgte sykehusavdelingen?

Begrepet *prioriteringer* trenger i grunnen ingen spesiell forklaring her. Det dreier seg om å sette inn ressurser i forhold til en bestemt pasient eller pasientgruppe. Man kan tenke seg at tid, medisiner og medisinsk utstyr, areal og personell vil være blant de viktige ressurser. Ut fra tanken om at der alltid vil være et gap mellom den behandlingen i hvert enkelt tilfelle som er mulig rent medisinskteknisk og de ressursene som storsamfunnet vil og kan generere til formålet, vil den logiske slutning være at noen prioriteringer vil være av en slik art at de også går ut over andre pasientgrupper eller medisinske fagområder, eller eventuelt ut over hensynet

til de til en hver tid gitte økonomiske rammer. Dette er politikernes og helsepersonalets utgangspunkt når det gjelder prioriteringer: De må rangordne disposisjonene - de må velge.

Med begrepet *motiv* henviser jeg her til hva prioriteringene begrunnes ut fra. I utgangspunktet kan man tenke seg at det kan dreie seg om f. eks økonomiske-, medisinske-, eller sosiale faktorer. Det som ofte kan være tilfelle i en slik kvalitativ tilnærming, er at der også kan dukke opp nye kategorier underveis i arbeidet med innsamling og bearbeiding av data.

I presiseringen *typer motiver* må begrepet *typer* forstås som en avgrensende faktor. Jeg har altså ikke ambisjoner om, innenfor rammen av denne oppgaven, å kartlegge alle motiver, men snarere å se hvilke kategorier de motiver som faktisk avdekkes eventuelt kan sorteres under.

I formuleringen *den utvalgte sykehusavdelingen* ligger en annen avgrensning: Funnene som gjøres i det case jeg undersøker vil først og fremst gjelde for denne ene avdelingen, nemlig kreftavdelingen ved universitetssykehuset. Det dreier seg altså ikke om en type statistisk generalisering som svarer på spørsmålet om motiver bak prioriteringene på sykehusavdelinger generelt. Her kreves likevel en nyansering: Jeg mener fortsatt at funnene ikke er uten relevans i forhold til de prioriteringene som gjøres ved andre sykehusavdelinger (pkt. 4.2 tar for seg forholdet mellom funnene i mitt case og generalisering).

1.5 Forholdet mellom hypotese og problemstilling

Hypotesen om de medisinske hensyns forrang, som jeg benytter som utgangspunkt her, har en helt tydelig sammenheng med problemstillingen. Disse må derfor sees i klar sammenheng. Når jeg begrunner hypotesen (eksempelvis i del 2.2), svarer det også på deler av problemstillingen. Problemstillingen om hvilke motiver som ligger bak prioriteringene på den utvalgte sykehusavdelingen, er ment til å underbygge eller til å falsifisere hypotesen - helt eller delvis.

2. TEORI OG BAKGRUNN

Dette kapitlet tar i hovedsak for seg to punkter. Først skal jeg helt kort forsøke å gi en litt bredere kontekstuell ramme i forhold til sykehusvesenet i Norge. Sentralt her er sykehusreformen og overgangen til statlige helseforetak samt spørsmålet om i hvor stor grad sykehusene virkelig er blitt selvstendige enheter. Gjør overgangen til selvstendige resultatenheter at prioriteringsdilemmaene blir enda tydeligere – også på den enkelte sykehusavdeling? Har det relativt nye DRG stykkprissystemet noen betydning for motivene bak de prioriteringene som sykehusene og den enkelte sykehusavdelingen gjør? Andre del, og også hovedanliggende i kapittel 2, blir å gå litt nærmere inn på bakgrunnen for min hypotese om de medisinske hensyns forrang i møtet mellom medisinsk ekspertise og den enkelte pasient, samt nødvendige innvendinger mot denne.

2.1 Aktuelt som aldri før: Penger, pasienter, profesjonsstrid og prioriteringer i verdens rikeste land

2.1.1 Helsedebatt i verdens rikeste land

Det er på det rene at helsesektoren i den politiske debatten ofte framstår som umettelig i forhold til ressurser. Diskusjonen føres ofte med to helt ulike innfallsvinkler: For det første øker sykehusgjelden og innsparing og effektivisering synes som stadig mer relevante innenfor sektoren. For det andre hevdes det, gjerne fra den politiske posisjonen, at sykehusene og helseforetakene aldri har disponert over større budsjettmidler (St. prop. 1 2006-2007).

Begge deler er paradoksalt nok riktig. Med den større grad, både av lokalt ansvar og lokal frihet som kom som en følge av sykehusreformen, er det kanskje i tillegg mer naturlig enn unaturlig at man til stadighet konfronteres med ulike prioriteringsdilemma i helseregionene, på det enkelte sykehus og på den enkelte sykehusavdelingen.

En publikasjon fra Handelshøjskolens Forlag tar for seg den vanskelige omstillingsprosessen sykehusvesenet i Danmark og Sverige (Berntsen m. fl. 1999). Et innlegg av Preben Melander viser til det som kan betegnes som en profesjonsstrid mellom leger, sykepleiere og administrasjon, både på det økonomiske og organisatoriske plan (Melander 1999). Melander henviser til det han kaller ”organisatorisk skizofreni”. Her kommer det fram at de grunnleggende verdiene i de ulike medisinskfaglige verdener - samt den administrative verden er fundamentalt uforenelige (Melander 1999:278).

Andre vil vel likevel kanskje se behovet for å nyansere litt når det gjelder profesjonsstrid. Mange arbeider viser at profesjonsstriden finnes (Melander 1999, Den Norske Legeforening 1993 og 2003), men i denne sammenheng kan man også tenke på uenigheten som kan oppstå mellom fagmiljøer (leger og sykepleiere) og administrasjon, sykehusledelse, foretak og departement som mer substansiell.

Alt kan muligens ikke entydig sees i et principal-agent perspektivet. Uenighet har ofte utgangspunkt i kunnskap, etikk og nærhet til de ulike utfordringene (Sletnes 2006). Hypotesen min bygger altså i så måte på at helsepersonell, som står nærmest den enkelte pasient, vil foreta beslutninger og avveininger som først og fremst dreier seg om medisinske hensyn.

2.1.2 NPM-inspirerte reformer: Grobunn for tydeligere lokale prioriteringsdilemma?

De siste 10-15 årene har omorganiseringen innenfor statsforvaltningen blitt mer og mer omfattende (Denters/Rose 2005). Fellesnevneren for mange av disse New Public Management-reformene har bl. a. vært fristilling, mål- og resultatstyring (Lægreid/ Opedal/ Stigen 2005, Nordiske Organisasjonsstudier nr 2 2005). Sykehusreformen, som ble iverksatt 01.01.2002, er således den største og mest omfattende reformen innenfor statsforvaltningen.

Reformen innebar etablering av fem regionale helseforetak (RHF) med egne styrever, oppnevnt av Helsedepartementet. Helseministeren utgjør generalforsamlingen for alle foretakene. De fem RHF etablerte da 47 lokale helseforetak (LHF) med ca. 250 sykehus av forskjellig størrelse. Antallet LHF er i dag redusert til 30 (Gammelsæter/Torjesen 2005:77 i Nordiske Organisasjonsstudier nr 2 2005).

Bakgrunnen for reformen kan oppsummeres slik:

”Statens overtakelse av sykehusene kom i kjølvannet av innføringen av fritt sykehusvalg (loven om pasientrettigheter, 2000), og beslutningen om at enhetlig ledelse skulle innføres i sykehusene (loven om spesialhelsetjenesten 2001). Gjennom reformene skulle sykehusene få større ansvar og autonomi og en mer resultatansvarlig ledelse, og pasientene skulle få bedre informasjon som grunnlag for å velge sykehus. Reformene var uttrykk for ambisiøse forsøk på å gjøre ansvarlig myndighet mer desentralisert, skape bedre ledelse og skape større innsyn for pasientene”
(Gammelsæter/Torjesen 2005:77, Nordiske Organisasjonsstudier nr 2 2005).

I en annen artikkel i tidsskriftet Nordiske Organisasjonsstudier nr. 2 2005, beskrives bl. a. NPM-reformenes noe uavklarte forhold til balansen mellom styring og autonomi. Spørsmålet presenteres som særlig relevant i forhold til helseforetakene bl. a. med den begrunnelse at sykehusfeltet historisk sett har fått stor politisk oppmerksomhet. Sektoren beskrives som *politisert* (Lægreid/ Opedal/ Stigen I. 2005:30-31, Nordiske Organisasjonsstudier nr 2 2005).

Erfaringene etter sykehusreformen beskrives her som at den statlige styringen er noe sterkere enn det man kunne forvente, ut fra en NPM-basert tanke om autonome enheter med en mer tilbaketrukket, overordnet eierstyring.

Likevel nyanserer artikkelen sitt eget fokus i forhold til en sterk politisk styring:

”Dette må imidlertid avveies mot det faktum at foretaksmodellen også gir betydelig autonomi til helseforetakenes styrer og administrative ledelse. De fleste beslutninger fattes på regionalt og lokalt nivå, og styringsorganene på disse nivåene tillegges betydelig innflytelse” (Lægred/ Opedal/ Stigen I. 2005:30-31)

Det faktum at de fleste beslutninger tross alt tas regionalt og lokalt kan gi grunn til å anta at prioriteringsdilemmaene også ved den enkelte sykehusavdeling tydeliggjøres med sykehusreformen.

Et eksempel på de dilemma man kan møte på en sykehusavdeling i spenningsfeltet mellom etikk, medisin og økonomi, står å lese i en nyhetsavis for helsevesenet (Dagens Medisin nr. 1 2007). Tilfellet dreier seg om bruk av det livsforlengende antistoffet Cetuximab, som blir brukt i behandlingen av tykk- og endetarmskreft. Medikamentet kan gi en gevinst i levetid på maksimalt to måneder. Jan Norum, avdelingsoverlege ved Kreftavdelingen ved Universitetssykehuset i Tromsø uttaler:

”På avdelingen hos oss i Tromsø har vi satt Cetuximab øverst på listen for legemidler som først må ut hvis vi må spare penger. Fortsatt godkjenning av dette stoffet burde vurderes opp mot kostnadene” (...) I følge Norum er behandlingen aktuell for omtrent to hundre personer i året, og kostnaden pr. vunnet leveår er på 1,6 millioner kroner. *”Dette er en livsforlengende behandling som gir kort levetid til en svært høy kostnad. I Norge i dag er det anbefalt at behandling som koster mer enn 425.000 pr. vunnet leveår, ikke skal benyttes. For øvrig er refusjonen lavere enn kostnadene, så dette er en utfordring. Nå tvinner vi tommer og vurderer om vi skal stoppe bruken. Dette er en av de første behandlingene som stoppes hvis budsjettene ikke holder” (Dagens Medisin nr. 1 2007)*

Eva Zeuthen Bentsen beskriver i en artikkel *de nye lægelige lederne* som institusjonelle entreprenører. Bl.a beskriver hun en situasjon på sykehusene i dag der det er langt mer legitimt å praktisere ledelse enn tidligere. Strukturen på avdelingene har utviklet seg fra kollegialitet til et tydelig hierarki (Zeuthen Bentsen 2003).

En sterkere grad av ledelse, kombinert med at mange beslutninger nå tas regionalt og lokalt, kan bane vei for en tydeliggjøring av prioriteringsdilemma på sykehusavdelingene. Spørsmålet reist i problemstillingen om motiver bak prioriteringer er derfor relevant – også sett i lys av erfaringene etter sykehusreformen.

2.1.3 Diagnose Related Groups

Selve finansieringssystemet har gått over til å også romme et moment av innsatsbasert finansiering, etter manges mening et økonomisk insitament for en mer effektiv drift. DRG stykkprissystemer er ment å gjøre det lønnsomt for sykehusene å behandle pasienter, fordi man etter et relativt avansert kodingssystem gir sykehusene betaling etter innsats, d.v.s. etter utført behandling. Opprinnelig ble systemet utviklet i USA til bruk for det offentlig støttede Medicareprogrammet. Dette programmet kjøper ytelser fra både private og offentlige sykehus (Jespersen 1999, Handelshøjskolens Forlag 1999)

Fra kritikernes side har det vært hevdet en skepsis mot prinsippet, blant annet ut fra frykten for *kreativ kategorisering* (koding) av sykdommer og skader. Dette innebærer at man tøyer klassifiseringssystemet lenger enn hva som er faglig begrunnet. I enkelte tilfeller er det nærliggende å tenke i retning av direkte juks. Prioriteringene kan da, helt ned på avdelingsnivå, i utilbørlig grad skjele til hvilke tilfeller og diagnoser som vil vise seg lønnsomme etter et DRG stykkprissystem.

”DRG stykkprissystemer opfordrer til, at de enkelte sykehus og lægerene tenker på, hvilke pasienter det kan betale seg at behandle, samt hvilke områder der rummer et rateringspotensiale, som kan skape ”overskudd” i forhold til DRG-systemets gjennomsnittspriser. Det vil typisk være planlagte kirurgiske operationer, der kan rationaliseres, hvorimod medisinske og især ældremedisinske og psykiatriske pasienter er lidet attraktive” (Jespersen 1999:155, Handelshøjskolens Forlag 1999)

I dag er DRG- satsen på 40% (St. prop. 1 2006-2007). Dette betyr at sykehusdriften finansieres 40% ut fra produksjon mens 60% kommer som rammetilskudd. Tidligere har DRG-satsen vært oppe på 60%. Frykten for at man ved sykehusene skal ta utilbørlige hensyn til hvilke operasjoner og behandlinger som lønner seg kan være en av årsakene til at satsen i dag er redusert til 40% (i tillegg til ev. mistanke om kreativ koding). Direktøren for ett av de

norske forsøksykehusene på begynnelsen av 1990-tallet uttalte følgende om DGR stykkprissystemets mer problematiske sider:

”Der kniven kan brukes går det greit. Vi får igjen for det arbeidet som er gjort. For andre pasienter, f. eks. indremedisinske, øker våre økonomiske tap i takt med mengden behandling(...). En annen gruppe er våre langtidspasienter, de er nokså verdiløse. Og dess mer vi gjør for denne gruppen, dess mer penger taper vi” (Jespersen 1999:155 i Handelshøjskolens Forlag 1999)

Utsagnet kan fortsatt, selv om det er noen år gammelt, stå som et utmerket eksempel på den kritikken og de betenkeligheter som vi fortsatt hører i forhold til begrepet stykkprisfinansiering.

2.2 Mer om bakgrunnen for problemstillingen og hypotesen om de medisinske motivenes forrang i møte mellom lege og pasient på sykehusavdelingene

Hypotesen jeg har brukt i innledningen til dette arbeidet bygger altså på at utgangspunktet for helsepersonell på en sykehusavdeling, i møtet med den enkelte pasient, i hovedsak alltid vil være de medisinske hensyn. De medisinske motivene vil da også ligge bak de prioriteringer, behandlingsalternativer og øvrige valg som gjøres i møte med pasienten.

Utfordringer knyttet til strukturelle, kapasitetsmessige, politiske og økonomiske hensyn vil man kunne finne igjen der – på det strukturelle-, økonomiske,- eller politiske plan, eksempelvis i form av nedleggelse, omorganiseringer, ventelister eller budsjettunderskudd.

Begrunnelsen for en tanke om at de medisinske motiver åpenbart vektlegges tyngst i helsepersonellets møte med den enkelte pasient kan være mange. Generelt sett kan man si at en av egenskapene ved ekspertorganisasjoner er at medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse. Det som i tillegg ofte kjennetegner utøvernes praksis, ikke minst innenfor sykehusvesenet, er lojalitet mot arbeidet og profesjonen samt sterke forpliktelser på etiske normer (Strand 2001:249f.f.).

Eksempler fra andre studier og prosjekter der intervju med helsepersonell inngår som metode, kan også underbygge en forståelse av de medisinske motivenes forrang innenfor den prioritering og ressurstildeling som gjøres for pasientene – vel og merke etter at de er innskrevet som pasienter på avdelingen.

Et prosjekt i regi av Rokkansenteret søkte å systematisere erfaringene med utarbeiding av faglige veiledere for praktisering av prioriteringsforskriften fra Helse Vest (Sveri 2006). Ett av fokusene her er differensieringen mellom begrepene ”rett til nødvendig helsehjelp” (som første prioritet) og ”rett til annen helsehjelp”. Fra flere avdelinger får man inntrykk av en holdning om at de medisinske motiver, nærmest som en selvfølge er overordnet alle andre hensyn i møte med den enkelte pasient.

Følgende seks utsagn kan illustrere dette (alle seks hentet fra Sveri 2006):

Fra hjerteavdelingen:

”Ellers er nesten all hjertekirurgi rett til nødvendig helsehjelp. Avdelingen ønsker derfor å ta imot pasienten så raskt som det er praktisk mulig”

Fra nevroklinikken:

”Kost/nyttevurderinger var i følge informanten i beskjeden grad et tema på avdelingen, det var helsemessige hensyn som hadde hovedfokus”

Fra ortopedisk klinikk:

”(...) prioriteringene skal gjøres etter medisinske kriterier (...)”

Fra barneklubben:

”Så hvis vi ikke har plass til dem innen 2-4 uker, så legger vi dem inn på ØH [øyeblikkelig hjelp]”

Fra øre- nese- halsavdelingen:

”Han poengterte at det er viktig å ta hensyn til ”hvordan folk har det”, og at det med bruk av standardisert prioriteringsliste med diagnoser og tilstander er viktig å ikke undergrave dette”

Fra rapportens oppsummerende betraktninger:

”Skillet mellom rett til nødvendig og rett til annen helsehjelp oppfatter informantene i beskjedent grad som viktig. Man ønsker heller å hjelpe alle som trenger det. Kun enkelte avdelinger har på grunn av store kapasitetsproblemer valgt å kun prioritere pasienter som kommer inn under kategorien rett til nødvendig helsehjelp”

De intervjuene som er gjort med overlegene i rapporten fra Rokkansenteret (Sveri 2006) levner altså liten tvil om at medisinske kriterier helt klart, og nærmest selvsagt har en dominerende betydning i behandlingen av den enkelte pasient.

I artikkelsamlingen *”Når styringambitioner møder praksis”* (Handelshøjskolens Forlag 1999), med undertittelen *”Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige”*, beskriver Preben Melander det han kaller *”organisatorisk skizofreni, fattig sprog og onde sirkler”* (Melander 1999:265, Handelshøjskolens Forlag 1999).

Sett fra legenes perspektiv, er ressurs- og økonomispørsmål i utgangspunktet ikke bare underordnet medisinske hensyn, de oppleves nærmest som ikke relevante. Politikere og administrasjon opplever på sin side at fagfolkene motiv er å bevare makt over ytelsene, produksjonsprosessene og resursene gjennom å beskytte seg mot innsikt og påvirkning. Denne gjensidige mistilliten leder hele organisasjonen inn i en ond sirkel som beskrives som *styringens skizofreni* (Melander 1999:269, Handelshøjskolens Forlag 1999). Legenes og sykepleiernes utgangspunkt er uansett helt tydelig:

”(...) at leger og sygeplejerske ikke kan og vil interessere seg for de økonomiske konsekvenser av den faglige disponeringen (...) selvfølgelig fordi man anser styring som en trussel mod de faglige verdier og frihedsgrader” (Melander 1999:269, Handelshøjskolens Forlag 1999)

2.2.1 Nødvendige nyanseringer og innvendinger mot hypotesen

En forforståelse som tilsier at de medisinske hensyn vil veie tyngst i møtet mellom helsepersonell og den enkelte pasient, kan som vi har sett begrunnes ut fra tidligere arbeider (Sveri 2006, Melander 1999). Like sikkert kan den samme forståelsen argumenteres for etter mer allmenne prinsipper: Lite oppleves vel mer selvfølgelig enn at en pasient i møte med spesialhelsetjenesten, skal få den behandlingen som *medisinsk sett* oppleves som adekvat?

Med et litt mer pessimistisk syn på deler av den moderne naturvitenskaplig medisinske utviklingen, er det imidlertid mulig å peke på utallige utilstrekkeligheter innenfor helsevesenet (Kjønstad/ Syse 1992). Et slikt synspunkt kan også innebære skepsis i forhold til hvilke motiver og hensyn helsepersonell skjeler til i møte med den enkelte pasient.

Vi har allerede sett at man i alle fall kan frykte en sideeffekt ved DRG-stykkprisfinansieringen som dreier seg om at man prioriterer lønnsomme pasientgrupper (Jespersen 1999:155, Handelshøjskolens Forlag 1999).

Mitt utgangspunkt vil uansett være, ut fra bl. a. de svarene som ble gitt i rapporten fra Rokkansenteret (Sveri 2006), at slike uheldige sideeffekter ved DRG-stykkprisfinansieringen i mindre grad gir seg utslag i det møtet som finner sted mellom helsepersonell og den enkelte pasient. Det er derfor rimelig å anta at skjeling til hvilke pasientgrupper som etter dette systemet fremstår som lønnsomme, først og fremst vil gi seg utslag i hvilke behandlingstilbud som prioriteres mer generelt, hvilke pasientgrupper som får lengre og kortere ventetid og ikke så mye i forhold til hvilken behandling som besluttes iverksatt for den enkelte pasient på avdelingen.

Det vil også være mulig å hevde at om motivene for den behandlingen som tilbys den enkelte pasient i første rekke er medisinske, så vil knappheter, ressurs spørsmål, krav og forventninger i organisasjonen og i samfunnet på en mer indirekte måte påvirke det behandlingstilbudet som er mulig å tilby den enkelte pasient.

Denne oppgaven startet med følgende sitat, hentet fra I tidsskriftet *Rom for faglighet – til pasientens beste* fra Den Norske Legeforening utgitt i 2005 (pkt 1.1):

”I en samlet vurdering av prioriteringene i norsk helsetjeneste ser vi at mange andre hensyn enn de faglige kan bli tillagt stor vekt i fordelingen av ressurser. Dette truer

muligheten for å drive god faglig virksomhet med pasienten i sentrum” (DNL, 2005:35)

I det samme tidsskriftet står det å lese følgende sitat, som eksempel på *møter i travelhetens tid* (DNL 2005:35f.f.) og de misforståelser og den kommunikasjonsvikt som da lett kan oppstå mellom lege og pasient:

”En kvinne ble operert etter en bruddskade i hånden. Hun hadde fortsatt store smerter lenge etter operasjonen. Hun gikk til polikliniske kontroller og følte at hun ikke ble hørt eller godt nok forstått av oppfølgende lege. Hun opplevde at legen verken hadde tid eller forståelse for hennes beskrivelse av situasjonen. Hun hadde sterke smerter i hånden, men ble avvist med følgende utsagn fra legen: Du skal ikke ha vondt nå” (DNL, 2005:10)

Poenget her er at tid som knapphetsgode kan gjøre at helsepersonellets hverdag blir for travel til å kunne bruke tilstrekkelig tid og til å være tilstrekkelig oppmerksom i møtet med pasienten.

”Pasienter opplyser at de ikke vil være til bry for travelt opptatt helsepersonell, og pårørende gjør forgjeves forsøk på å få en samtale med behandler. Effektivitetskrav knyttet til økonomi og behandlingssvolum kan i verste fall endre forutsetningene for at helsetjenesten bruker tid på rett måte sammen med pasienten. Behovet for rask avvikling av ventelister og optimalisering av inntjening gjennom finansieringssystemet kan komme i konflikt med kvaliteten på diagnostisering og ordinering av behandling” (DNL 2005:10)

Poenget til legeforeningen kan brukes som en innvendig mot hypotesen i denne oppgaven. Likevel vil jeg også her hevde at man først og fremst snakker om mer generelle strukturelle utfordringer som kan være problematiske i pasientbehandlingen. At den enkelte pasient, med overlegg fra helsepersonellets side, skulle bli henvist til en behandling som ut fra medisinske kriterier ikke var den mest optimale, vil være noe helt annet.

De strukturelle utfordringene knyttet til knapphetsgoder og ressurstilgang vil nok i større grad kunne ha innvirkning på de *tilbud og muligheter* til en optimal behandling som til en hver tid eksisterer, enn på *motivene* bak den behandlingen pasienten på avdelingen blir tilbudt.

2.3 Kreftavdelingen ved universitetssykehuset

Universitetssykehuset er organisert som et eget helseforetak (HF) innenfor ett av våre Regionale helseforetak (RHF). Kreftavdelingen ved universitetssykehuset har ulike faglige hovedområder: Enhet for lindrende behandling (ELB), stråleterapiavdelingen, poliklinikken og enhet for kreftforskning. Sengeposten har til sammen 30 senger og avdelingen har totalt 110 ansatte (tall fra Universitetssykehuset: 2005 *Strategiske virksomhetsresultater for 2005:2*).

Kreftavdelingens visjon står bl. a. beskrevet i avdelingens virksomhetsplan for 2006:

”Kreftavdelingen skal ved hjelp av egne ressurser være en oase for kreftpasienter, pårørende og helsepersonell. Avdelingen skal være en base for kreftomsorgen i (red anm: nevner navnet på landsdelen og helseregionen) og inneha minst en nasjonal spisskompetanse” (Universitetssykehuset 2006: Virksomhetsplan2006:1, kreftavdelingen)

3. METODE

Dette kapitlet forteller om fremgangsmåten i denne studien – hvilke metode jeg har benyttet i forsøket på å komme nærmere et svar på problemstillingen som er reist i innledningen. Metodekapitlet er delt inn i to hoveddeler: Først vil jeg ta for meg den konkrete beskrivelsen av prosjektet ved kreftavdelingen steg for steg. Deretter vil jeg konsentrere meg om muligheter og begrensninger som følger av metodevalgene i studien

3.1 Arbeidet ved sykehusavdelingen – steg for steg

Et case som det jeg gjorde ved kreftavdelingen krever mye fokus på metode og fremgangsmåte både i forkant, underveis og i etterkant av datainnsamlingen. Det ville blitt for omfattende å referere alle sider ved dette aspektet. Her vil jeg måtte fokusere på noen av de viktigste avveiningene og utfordringene. Sentralt her står tilgangen til feltet, forforståelsen, utvalg, selve intervjuene og bearbeiding av resultatene (analysen).

3.1.1 Tilgang til feltet

Tilgang til feltet kan fort bli bøygen i et prosjekt som dette. Forståelsen i en tidlig fase av prosjektet var likevel at jeg ikke opererte i det mest komplekse problemområdet i så måte: Intervjuene var ment å kunne gjennomføres i løpet av 45 minutter. Arbeidet berørte heller ikke pasienter eller taushetsbelagte emner direkte (journaler, rapporter, møtereferater etc.). Ut fra min arbeidshypotese skulle heller ikke prosjektet som sådan representere noe spesielt tabubelagt eller særlig kontroversielt tema – kanskje snarere tvert imot.

Når det er sagt, er leger ofte opptatte og travle personer, og det kan være en utfordring å gjøre prosjektet til noe som de umiddelbart ser seg tjent med å delta i. En uttalelse fra en overlege ved et annet aktuelt sykehus tidlig i prosjektets fase illustrerer dette på en utmerket måte:

”Du er hjertelig velkommen – bare kom! Men ikke forstyrr meg, ikke plag meg og ikke snakk til meg” (Avdelingsoverlege ved en kirurgisk avdeling)

Det å få tilgang til feltet utgjorde åpenbart en vesentlig del av arbeidet med denne oppgaven. En stor del av årsaken til at jeg lyktes med å få innpass var en velvillig avdelingsoverlege som jeg fikk ha intervju og flere samtaler med i forkant. Jeg lagde deretter en kort presentasjon av prosjektet som ble sendt til de aktuelle informantene på avdelingen. Avdelingsoverlegen forespurte senere selv nøkkelpersonell om å delta og ble således både en døråpner og en nøkkelinformant i prosjektet.

3.1.2 Forforståelsen

Å gjøre forskning innenfor et fagområde man ikke kjenner bringer med seg mange utfordringer. Sett utenfra er det ikke gitt hvilke problemstillinger og vinklinger som fremstår som relevante. I det hele tatt kreves en viss kjennskap til terminologi og saksfelt for å få til

gode samtaler og intervjuer. Dette prosjektet krevde en viss forståelse for faglige og fagpolitiske argumenter knyttet til problemstillingen omkring motiver bak prioriteringer på sykehusavdelinger.

Å lese gjennom referat fra intervjuer som var gjort i andre arbeider var en måte å nærme seg miljøet på (Sveri 2006). I tillegg gjennomførte jeg både intervjuer og mer ustrukturerte samtaler med tre leger ved tre ulike sykehus som et slags forprosjekt: En overlege ved en gynekologisk avdeling, en avdelingsoverlege ved en kreftavdeling, samt en tillitsvalgt blant assistentlegene ved en kirurgisk avdeling. Med noe ulike utgangspunkt hadde alle disse nyttige bidrag i forhold til å få en referanseramme i forhold til motiver, prioriteringer og ressursbruk på sykehusavdelingene. Mye av det som framkom i samtalene og intervjuene med disse la grunnlaget for utarbeiding av en intervjuguide til selve prosjektet.

3.1.3 Utvalg

Studiet ble innrettet mot ett enkelt case, en enkelt sykehusavdeling.

Når det gjelder den konkrete datainnsamlingen ved avdelingen, valgte jeg å intervju nøkkelpersonell ved avdelingen. Dette var personell med funksjoner som ble oppfattet som relevante i forhold til å ha påvirkningskraft, autoritet og/eller innsikt i forhold til prioriteringene som gjøres ved avdelingen. Etter samtale med avdelingsoverlegen, ble vi enige om intervju av følgende personer: Oversykepleieren, stabskonsulenten, tillitsvalgt for assistentlegene, sjefsstråleterapeuten og avdelingsoverlegen.

3.1.4 Intervjuene og feltarbeidet

Metoden jeg valgte å benytte har jeg allerede gjort rede for: Det dreier seg i første rekke om kvalitative dybdeintervju. Når overskriften her introduserer en annen metode, nemlig feltarbeid, kreves en betydelig nyansering: Den erfaring jeg gjorde på dette området var begrenset. Jeg fulgte ikke fysisk med på møter, samtaler eller daglige gjøremål på avdelingen.

Når jeg likevel under tvil har valgt å introdusere begrepet, dreier det seg om at intervjuene fant sted på selve avdelingen. På den måten fikk jeg et helhetsinntrykk som jeg neppe ville fått gjennom telefonintervju eller gjennom møter på et nøytralt sted. Intervjuene ble fysisk satt inn i en verden der temaet og problemstillingen virkelig hører hjemme: På en avdeling med mange ansatte, høyt tempo, begrenset med tid og arealer – innenfor rammen av en vanlig dag på avdelingen med relevante prioriteringsdilemma på svært nært hold. I ettertid ser jeg at dette

var et nyttig bidrag i forhold til kravet om økologisk validitet (Fossåskaret m.fl, 1997:95). Data ble samlet inn og produsert innenfor rammen av den naturlige konteksten. Jeg ble til en viss grad også forelagt interne dokumenter (ikke taushetsbelagte) som fortalte om virksomheten ved avdelingen gjennom (bl. a. årsrapport og virksomhetsplan).

Selve intervjuene var ment å vare 45 minutter. I praksis ble de fleste av disse noe lengre. Informantene hadde på forhånd fått tilsendt en kort prosjektbeskrivelse og en intervjuguide. I ettertid fremstår muligens intervjuguiden som unødig detaljert. Den hadde i praksis som funksjon å introdusere ulike temaer som man etter hvert hadde en relativt ustrukturert samtale omkring.

Underveis ble de fleste av intervjuene både tatt opp på tape og skrevet ned i stikkordsform. Da referatene var ferdigskrevne noen dager senere, ble de sendt de respektive informantene for gjennomlesning. På denne måten kunne jeg kvalitetssikre at jeg hadde forstått informantenes hovedpoeng. I tillegg kunne de i ettertid komme med bidrag i form av oppklaringer, presiseringer eller nyanseringer. På denne måten fremstod informantene som en aktiv del av analysen og bearbeiding av data, også etter at selve intervjuene var avsluttet.

3.1.5 Analysen – og hvordan kategoriene ble til

May Britt Postholm definerer begrepet *analyse* innenfor kvalitativ forskning slik:

”Dataanalyse er en prosess hvor forskeren får mening ut av sine data” (Postholm 2005:105)

Når jeg her forteller om analysen under en egen overskrift kreves en presisering: Analyse innenfor kvalitativ forskning er ingen lineær, avgrenset del av forskningsprosessen. Dataanalyse og datainnsamling er dynamiske prosesser som gjentas i flere faser av arbeidet (Postholm 2005). Analysen begrenses altså ikke til en bestemt del av prosjektet.

Det som derimot er mulig å skille mellom er de analysene som foregår underveis i datainnsamlingen, og de analysene av innsamlede data som blir gjort i etterkant (Jf. Postholm 2005:88f.f.).

I arbeidet mitt ved kreftavdelingen skrev jeg ned store deler av de intervjuene som fant sted, noe i form av resymé, men mye også i form av direkte sitater. Dette fremkommer da som rådata som i seg selv kan fremstå som uoversiktlig. I det videre analysearbeidet søkte jeg å strukturere datamaterialet gjennom å gjøre det mer oversiktlig og rapportvennlig. Denne analyseprosessen sorterer vel klarest under det som ofte betegnes som deskriptiv analyse (Postholm 2005).

Som problemstillingen og kanskje særlig hypotesen klart viser, hadde jeg på forhånd forsøkt å gjøre meg kjent med fagområdet. Rapporten fra Rokkansenteret (Sveri 2006) hadde sammen med andre lignende arbeider gitt meg innspill i forhold til hvilke motiver som styrer prioriteringene ved sykehusavdelingene.

De intervjuer og samtaler jeg hadde med tre leger i forkant av selve prosjektet var svært nyttige i forhold til å gi meg de nødvendige briller å se problemstillingen med. Allerede her startet arbeidet med å lage kategorier. Disse kategoriene som på et tidlig tidspunkt utgjorde min forståelse av hvordan argumentene kunne sorteres, reflekteres i intervjuguiden (vedlagt).

Under og i etterkant av intervjuene ved kreftavdelingen, fortsatte arbeidet med å sortere data i hensiktsmessige kategorier. Kategoriene ble til gjennom først å forsøke å tematisere de sentrale delene av hvert intervju. Etter at dette var gjort, begynte arbeidet med å sammenligne intervjuene. Kategoriene ble deretter laget ut fra de temaer som informantene hadde vektlagt som sentrale i forhold til problemstillingen.

Innenfor kvalitativ forskning beskrives ofte forskeren selv som det viktigste redskapet for selve forskningen (Postholm 2005). Det er derfor viktig å være klar over at analysen, tross intensjonen om å møte datamaterialet med et åpent sinn, også reflekterer klart subjektive kategorier. Mine egne erfaringer, opplevelser eller forhåndsoppfatninger tas med også i analyseprosessen. Det var derfor viktig for meg i forkant å sette ord på min egen forventning av hva jeg ville finne. Denne reflekteres i hypotesen om de medisinske hensyns forrang i møte mellom helsepersonell og den enkelte pasient på sykehusavdelingen. Strategien ble da å sette ord på mitt eget standpunkt, samtidig som jeg forsøke å falsifisere dette underveis, både i innsamlingen og analysen av dataene.

3.2 Valg av metode: Muligheter og begrensninger

3.2.1 Valg av avdeling

Kreftavdelingen ved universitetssykehuset ble valgt ut fordi den representerer noen av de tydeligste prioriteringsdilemma innenfor helsevesenet. Fra media kjenner vi til diskusjoner rundt kreftomsorgen, bl. a. i forhold til ekstremt dyre, livsforlengende medikamenter med ulik virkningsgrad (Dagens Medisin nr 1 2007).

Alle informantene i forprosjektet pekte også ut nettopp kreftomsorgen som et område der de mente at spørsmål omkring prioriteringsdilemma og prioriteringskriterier måtte være høyst relevante. I så måte fremstod kreftavdelingen ved universitetssykehuset som meget adekvat i forhold til problemstillingen.

At de ulike dilemma og prioriteringskriterier blir ekstra synlige ved en avdeling som denne, kan selvfølgelig bidra til å stille spørsmål omkring hvorvidt disse blir gitt en for tydelig rolle i beskrivelsen av hverdagen på en norsk sykehusavdeling. Denne innvendingen mener jeg kun har verdi dersom målet med studien var en type statistisk generalisering. I dette tilfellet dreide det seg heller om å finne en avdeling som representerte en god illustrasjon i forhold til de kriterier og motiver som kan ligge til grunn for de ulike prioriteringene som gjøres ved en sykehusavdeling. I så tilfelle var kreftavdelingen ved universitetssykehuset et høyst aktuelt datainnsamlingsfelt.

3.2.2 Valg av type studie: En casestudie - av ett enkelt tilfelle

I søken etter svaret på problemstillingen omkring hvilke motiver som ligger bak de prioriteringene som foregår på en sykehusavdeling, valgte jeg altså å bruke en casestudie der informantintervjuer og analyse av prioriteringsprosesser sto sentralt. I så måte kan man si at denne oppgaven i større grad bygger på empirisk analyse enn på teoretisk drøfting. Det som ble sagt i teori-/bakgrunnskapitlet kan da forstås som oppgavens kontekstuelle ramme. Like fullt er det relevant både hva andre arbeider viser omkring prioriteringer og dilemma i en hektisk sykehushverdag (eksempelvis Sveri 2006, Melander 1999), og å se på strukturelle rammer som kan ha betydning for disse.

Den empiriske analysen av materialet fra intervjuene ved kreftavdelingen utgjør hovedtyngden i oppgaven. Fordelene med å benytte seg av en casestudie i forsøket på å svare

på problemstillingen er mange. På samme måte som innenfor all annen kvalitativ forskning hevder Merriam at casestudier orienterer forskningsarbeidet mot mange variabler samtidig (Merriam 1998, Postholm 2005:50). Det er altså tale om en beskrivende forskning. Dette muliggjør en helhetlig beskrivelse av det som er studert (hvilket er målet i all kvalitativ forskning). I innledningen til denne oppgaven beskrev jeg denne studien som *en casestudie i form av en organisasjonsstudie med vekt på prioriteringskriterier og prioriteringsdilemma* (pkt 1.1). Fokuset var de mange hverdagslige, men like fullt vanskelige prioriteringene som foretas. Det dreier seg altså utvilsomt om fenomener på det operative nivå. Ut fra dette mener jeg at jeg åpenbart har befunnet meg i en situasjon der det er umulig å skille fenomenets ulike variabler fra konteksten. I disse situasjonene beskriver flere nettopp casestudien som en passende tilnærming (Yin 1994, Postholm 2005:51). Med henvisning til Shulman (Shulman 1981, Postholm 2005) uttaler Postholm følgende om denne type casestudier:

”Vanligvis skaper forskeren gjenkjennelige beskrivelser, og dette betyr at disse historiene kan betraktes som representative” (Postholm 2005:51)

I mange tilfeller velger man å basere seg på mer enn *ett enkelt case*. Følgende eksempel illustrerer fordelene ved å basere seg på mer enn ett case:

”(...) Eksemplet om hvorfor tradisjonelle fagforeninger både i Norge og Storbritannia ikke klarte utfordringen fra internasjonal oljeindustri ute i Nordsjøen, gir et eksempel på dette. I Norge var det en utbredt oppfatning at for stor grad av fagforeningssentralisering var hovedproblemet. I Storbritannia var argumentet at sentraliseringen var for liten. Det betyr at grad av sentralisering i seg selv ikke kan være hovedforklaringen for like utfall, nemlig tradisjonelle fagforeningers manglende suksess” (Andersen 1997:139)

Her vises det altså til at man, gjennom å benytte seg av mer enn ett case, unngår at en ikke-relevant variabel feilaktig tillegges vekt som forklaringsmodell for et fenomen.

Valg av flere case kan ofte ha noe for seg, men går samtidig utvilsomt ut over muligheten til å gå i dybden på hvert enkelt forskningsfelt. Av samme årsak valgte jeg å basere meg på *ett enkelt case*.

Et mindre forprosjekt til selve studien ved kreftavdelingen var med valget av bare ett case, et viktig supplement både i forkant av feltarbeidet og intervjuene ved den aktuelle sykehusavdelingen og i forståelsen underveis.

Dette forarbeidet dannet, sammen med lignende tidligere arbeider (referert i kapittel 2), noe av grunnlaget for forståelsen av de funn jeg gjorde på kreftavdelingen. Forprosjektet bestod i første rekke av intervjuer og samtaler med to overleger og en (tillitsvalgt) assistentlege rundt ulike temaer omkring oppgavens problemstilling.

Et sentralt spørsmål i et hvert forskningsopplegg vil være om valg av metode og design harmonerer med det man ønsker å finne svar på. Når det gjelder problemstillingen her, vil jeg si at den søker en forståelse for hvilken *type* av motiver, hensyn og argumenter som ligger bak prioriteringene – ikke en skjematisk oversikt, og slett ingen rangering av de ulike motivene.

Jeg vil kanskje i større grad kunne svare på hvilke motiver, holdninger og hensyn som *ikke er uvanlige* som bakteppe for prioriteringsbeslutninger på en sykehusavdeling. Rangering og bestemmelse av omfang av de ulike motivene vil derimot trolig ikke la seg gjøre. Sannsynligvis ender jeg opp langt nærmere en *forståelse* enn en *forklaring* – hvilket kan sies å være litt av nerven i den kvalitative metode (Postholm 2005)

Man kan likevel påpeke at der helt klart finnes muligheter for gode generaliseringer, også ut fra ett enkelt case. Svein S. Andersen peker på tre krav til gode generaliseringer (Andersen 1997:135). Det første dreier seg om at det bør være mulig å sammenfatte et ellers mangesidig case på en enkelt måte, uten at viktige sider ved det går tapt. Det andre kravet er at generaliseringen bør være i tråd med annen eksisterende kunnskap på området. Det siste kravet handler om at det skal være mulig å verifisere generaliseringene.

Man vil også kunne komme til det punkt at svarene man får fra intervjuobjektene når et slags metningspunkt, et punkt der svarene stort sett ikke lenger utgjør nye og ukjente momenter, men i langt større grad reflekterer det som har vært påpekt av andre informanter. Når man når et slikt punkt, vil det være sannsynlig at man da har kommet fram til kunnskap som vil kunne ha overføringsverdi til andre lignende case (her: andre sykehusavdelinger). Når man skaper slike gjenkjennelige beskrivelser, vil derfor noen mene at disse med rette kan regnes som representative (Shulman 1981, Postholm 2005).

Med disse momentene i mente var intensjonen å finne en forståelse for problemstillingen som kan antas i det minste å ha relevans for mer enn denne ene avdelingen, vel vitende om de nevnte begrensningene som studie av *ett* teoretisk utvalgte case utgjør i forhold til generalisering.

Målet vil da heller ikke være å kunne gi en *generell forklaring* på hvilke motiver og holdninger som ligger bak prioriteringene ved en sykehusavdeling gjennom en statistisk generalisering, men basert på studien av denne avdelingen, å kunne få en *forståelse* for begreper, verdier og tenkemåter knyttet til motiver bak prioriteringer på sykehusavdelinger.

I innledningen viste jeg også til en arbeidshypotese som gikk i retning av at pasienten på sykehusavdelingen i liten grad blir utsatt for prioriteringer som ikke dreier seg om mest mulig objektive medisinske kriterier. Dette har sitt utgangspunkt i at jeg tror det er en glidende overgang fra at strukturelle, organisasjonsmessige og økonomiske hensyn dominerer på politisk og departementalt nivå – til at utelukkende medisinske hensyn vil gjøre seg gjeldende i behandlingen av den enkelte pasient (Sveri 2006 og Sletnes 2006). Funnene jeg gjorde ved kreftavdelingen kunne dermed potensielt bidra til å verifisere eller falsifisere denne antakelsen.

3.2.3 Valg av intervju som metode – det eneste mulige?

Valget av intervju som metode for å besvare problemstillingen i denne oppgaven var ikke åpenbart. Det finnes opplagt andre metoder og innfallsvinkler som kunne vært benyttet (jf. pkt 3.2.2). Likevel mener jeg at det finnes gode grunner for å benytte intervju som datainnsamlingsmetode her.

Den ene siden av saken er den som dreier seg om implikasjonene ved bruk av andre metoder – m.a.o. er delvis et spørsmål om andre metoders utilstrekkelighet. Selv om intervjuet ikke er uproblematisk i en slik sammenheng, vil man kunne anse utfordringer knyttet til enkelte andre metodevalg som vesentlig større, særlig innenfor rammene som er gitt for denne oppgaven. Man kan også tydelig se flere klare fortrinn ved å bruke intervjuet for å svare på denne oppgavens problemstilling. Problemstillingen her kan med rette hevdes først og fremst å rette seg mot aktørers motiver.

Dette gir grunn til å framheve at en er ute etter innsikt i aktørenes (informantenes) erfaringer, tanker, følelser og verdier. Med en viss frimodighet på intervjuets vegne kan vi da si at særlig forskningsintervjuet er særpreget nettopp ved at informantens egen forståelse av erfaringer kommer til uttrykk (Thagaard 2002:83).

Postholm viser til at på samme måte som man ikke kan observere fortidige hendelser, heller ikke kan observere menneskers tanker, meninger og opplevelser (Postholm 2005:68). Å intervjuer mennesker kan altså bety at man får tak i sider ved en annen persons liv som man vanskelig kan få tak i på andre måter.

Sentralt i problemstillingen min står begrepene *prioriteringer* og *motiver*. Det dreier seg altså om å få et innblikk i hva som foregår i den enkeltes tankeverden. I så måte anser jeg intervjuet her som et naturlig metodevalg. Innenfor en problemstilling som dette kan man også tenke seg at informantene ikke har et klart eksplisitt uttrykt forhold til hvilke motiver som til en hver tid ligger bak de prioriteringer og valg som gjøres. Intervjuet blir da i dette tilfellet å regne som en arena, ikke bare for å hente ut data, men også en arena der data produseres, reflekteres og bearbeides. Jeg ser vanskelig for meg at jeg kunne oppnådd det samme gjennom f. eks. et design som innebærer et betydelig høyere antall informantere avkryssinger på et standardisert skjema.

I et forsøk på å si litt helt kort om implikasjonene ved å velge en alternativ metode for å belyse problemstillingen i dette prosjektet, vil jeg bruke deltagende observasjon som eksempel. Avgrensningen til *en* alternativ metode, gjøres først og fremst i et forsøk på å begrense denne oppgaven til de rammer som er gitt.

Når det gjelder deltagende observasjon er det absolutt en metode som vi har sett særlig på ett område har klare likhetstrekk med det uformelle åpne intervjuet. De uforutsette, uformelle samtaler man kan ha i feltet har av og til mange likhetstrekk med den interaksjon som foregår i de minst formaliserte og mest åpne kvalitative intervjuene. I denne problemstillingen kan man tenke seg at det var mulig å bruke deltagende observasjon, gjerne i kombinasjon med det etnografiske intervjuet.

Forskjellen i forhold til metoden som jeg har valgt blir kanskje først og fremst at man i en tilnærming der man inkluderer deltagende observasjon som metode, kan greie å opptre enda

mer åpent og uformelt i forhold til informantene enn det en ren intervjusituasjon alene gir rom for.

Når jeg likevel har valgt dybdeintervju og ikke deltagende observasjon som metode, dreier det seg ikke først og fremst om at deltagende observasjon i seg selv ikke er egnet for å belyse problemstillinger rundt prioriteringer på en sykehusavdeling. Her er imidlertid problemstillingen rettet mot aktørenes motiver. I så måte kan en spørre seg om motivene lar seg avdekke gjennom deltagende observasjon. Svaret på dette spørsmålet er ikke gitt – all den tid jeg nettopp har pekt på likheten mellom samtaler man kan ha i feltet og uformelle intervju.

Likevel kan vi ha i bakhodet Postholms påstand om at menneskers tanker, følelser og verdier ikke lar seg observere (Postholm 2005:68). Slik jeg ser det ville jeg i så tilfelle vurdert, i tillegg til et ev. feltarbeid med deltagende observasjon, å ha med intervju som metode (ev. et etnografisk intervju).

Jeg så også en del mer praktiske utfordringer knyttet til deltagende observasjon i en sykehusavdeling. Det påpekes ofte at det er spesielle utfordringer knyttet til det å gjøre deltagende observasjoner i ekspertorganisasjoner. Det å gli naturlig inn i en sykehusavdeling krever institusjonsspesifikke statuser som igjen krever spesielle kvalifikasjoner (Fossåkkaret m.fl, 1997:102). Det å ha en naturlig rolle på en sykehusavdeling – uten å være *kvalifisert* verken som pasient eller helsepersonell, bringer åpenbart med seg utfordringer.

Deltagende observasjon ville også stilt større krav i forhold til tilgangen til feltet. Selv om problemstillingen her i første rekke vender seg mot de ansatte og således uansett ikke er innrettet slik at den enkelte pasient ville vært en naturlig informasjonskilde, ser jeg for meg at deltagende observasjon på en sykehusavdeling i alle fall kunne implisert den enkelte pasient på en helt annen måte enn det dybdeintervju med de ansatte ville gjort. Taushetsplikten, personvernet og andre etiske aspekter ville måtte få en grundig vurdering. Dette aspektet har også de som ev. kunne gitt meg tilgang til feltet åpenbart måtte vurdere. Jeg regner derfor med at det vil være et langt smalere nåløyne å få delta og observere på en sykehusavdeling enn gjennom å begrense seg til utelukkende å intervju ansatte.

Gjennom tillit, personlige kontakter eller andre mer uformelle kanaler ville det likevel kunne vært mulig å komme innenfor i en sykehusavdeling (Fossåkkaret m.fl, 1997:94 f.f.).

Deltagende observasjon har generelt, og kanskje særlig i kombinasjon med etnografiske intervju, et fortrinn i forhold til mer formaliserte metoder; Metoden, som gjerne kan regnes som en av de minst formaliserte, setter det sosiale aspektet i sammenheng med meningsproduksjonen i forskningsprosessen og tar således hensyn til det som har blitt kalt kravet om *økologisk validitet* (Fossåskaret m.fl, 1997:95).

3.2.4 Valg av intervjuform

Det finnes utallige måter å gjennomføre et intervju på. Om jeg innenfor en ramme som denne skal kunne si noe generelt om ulike samfunnsvitenskapelige intervjuformer, vil jeg åpenbart måtte gå på kompromiss med ønske om å framstille en fullstendig oversikt over de mange begreper og tradisjoner som finnes innenfor dette feltet. Ulike begreper overlapper hverandre og kan også forstås forskjellig ut fra hvilken sammenheng de brukes i.

Helt skjematisk er det imidlertid mulig å sammenligne ulike former for intervju, først og fremst i forhold til *grad av formalisering og strukturering vs. grad av åpenhet*.

Når det gjelder det mest formelle, strukturerte og standardiserte intervjuet, kan begrepet intervju ligge relativt tett opp mot et annet begrep, nemlig spørreskjema. Blant disse er det såkalte *survey* en velkjent metode (Ringdal 2001). På motsatt side av skalaen finner vi de helt ustrukturerte, kvalitative intervjuene der intervjuet foregår som en i alle fall tilsynelatende, ustrukturert samtale, uten på forhånd avklarte spørsmål. Mellom disse to ytterpunkter finnes former for intervju med ulike grad av strukturering og formalisering.

Et av de klareste kjennetegnene på mange av de ulike formene for kvalitative intervjuer, er nettopp at de er løsere og åpnere i formen enn det både det tradisjonelle spørreskjema gir rom for, og det man ellers kan finne innenfor kvantitative intervjuformer.

Man har ofte noen spørsmål klar, samtidig som man er åpen for at informanten kan ha egne tema eller problemstillinger som vedkommende ønsker ta opp. Det hele blir en mer jevnbyrdig situasjon der forsker og informant sammen forsøker å finne sammenhenger som det i utgangspunktet ikke finnes noen formel for. Oppfølgingsspørsmål blir da helt sentrale og langt viktigere enn det å holde seg slavisk til en spørsmålsrekke. Postholm bruker benevnelsen *halvplanlagte, formelle intervju* om denne formen for datainnsamling (Postholm 2005:72).

I studien ved kreftavdelingen er kanskje begrepet *dybdeintervju* det mest dekkende som datainnsamlingsmetode. Begrepet blir ofte brukt med en generell henvisning til nettopp det sentrale poenget at man i kvalitative intervju går i dybden – man forsøker å se en helhet, og lar seg i liten grad forstyrre av at funnene kan fremstå som svært ulike fra de forskjellige informantenes synsvinkel, og at man da vanskelig kan lage formler og modeller som beskriver virkeligheten. I mer spesiell betydning uttrykker begrepet dybdeintervju det at man søker å komme til innsikter som nærmest blir til gjennom selve intervjuet i samspillet mellom forsker og informant (Måseide 2005).

Utgangspunktet mitt er at jeg er avhengig av å få en forståelse av hvordan informantene tenker; hvilke verdier, normer og motiver som genererer de ulike prioriteringene. Et mer standardisert intervju tar i liten grad hensyn til dette. Måseide beskriver det standardiserte intervjuet slik:

”(...) der informanten skal gi nøye beskrivingar av røyndomen etter intervjuarens direktiv. Intervjuaren framstår da nærast som ekspert på informantens livsverd; informanten skal bare fylle inn detaljar, samstundes som desse detaljane ikkje må bli påverka av informantens ”naturlege” liv” (Fossåskaret m. fl.1997:95)

Et stramt systematisert og standardisert intervju vil altså her åpenbart ikke kunne gi så gode svar på problemstillingen i denne oppgaven som det en mer åpen intervjuform kan gi. Det kan også være flere andre argumenter for heller å velge det åpne kvalitative intervju som metode. For det første kan en tenke seg at en slik studie av hvilke motiver som har gjennomslagskraft i forhold til prioriteringene ved en sykehusavdeling, vanskelig kan besvares gjennom ferdig utformede spørreskjema. Som jeg ser det er det ikke på forhånd nødvendigvis gitt hvilke kategorier det er snakk om. Kan man regne med at alle prioriteringene har en rasjonell begrunnelse, enten medisinsk, økonomisk, sosialt eller ut fra andre kriterier? Muligheten for at der finnes andre motiver - eller kanskje like interessant - mangel på klare motiver, vil jeg måtte ta høyde for.

Samtidig kan det være at vi er inne på forhold som informantene ikke har et bevisst forhold til. Når det gjelder *motivene* her kan en i alle fall mistenke at de kan være underliggende eller ubevisste, og at informanten og forskeren vil være gjensidig avhengig av å reflektere sammen rundt problemstillingen for å sammen finne ut hvilke type motiver som styrer prioriteringene

på den aktuelle sykehusavdelingen. I så måte er det jeg henviser til her den mer spesielle betydningen av begrepet *dybdeintervju*, der man legger vekt på å komme fram til innsikter, forståelser eller sammenhenger gjennom selve intervjuet. Intervjuene blir her ikke bare en stasjon for å hente data, men også for å produsere data. Nettopp *produksjon* av data gjennom refleksjon i den åpne dialogen ble derfor en viktig side ved selve intervjuene. Jeg ser vanskelig for meg at jeg kunne oppnådd det samme gjennom f. eks. et design som innebærer et betydelig høyere antall informanternes avkryssinger på et standardisert skjema.

Selv om jeg her argumenter for å bruke dybdeintervjuet i dette prosjektet, tror jeg at det generelt sett alltid vil være viktig å også se de begrensningene som metodevalget gjør. Uansett hvor fortreffelig en metode kan fremstilles og også utføres i praksis, tror jeg at det vil være minst like viktig å ha en viss oppmerksomhet rettet mot hva metoden ikke kan bidra i forhold til. Konkret her tenker jeg at det man vil kunne risikere med en slik intervjuform som er åpen, ustrukturert og meningssøkende, er at resultatene kan sprike i mange retninger. Dette vil i så fall stride mot kravet om at det bør være mulig å sammenfatte et ellers mangesidig case på en enkelt måte, uten at viktige sider ved caset går tapt (Andersen 1997:135).

Til forsvar for å likevel kunne hevde at også sprikende, paradoksale og usammenhengende funn kan ha relevans, vil man kunne mene at dette ikke er et uttrykk for at data er irrelevante – men snarere et uttrykk for at ikke bare data, men også den sosiale virkeligheten nettopp er sprikende, paradoksal og usammenhengende (Måseide 2005). Ut fra en slik tilnærming er det fristende å referere til et ordspill som gjerne forbindes med den mer tradisjonelle striden mellom metodene: ”*If you can’t count it – it does`nt count*” og da som den kvalitative metodes motsvar: ”*If you can count it – it aint!*”

3.2.5 Valg og etiske betraktninger

Kvalitativ forskning handler ofte om menneskelige prosesser i en naturlig setting. Man kan derfor si at like viktig som at man har behov for å skaffe til veie gode data, blir det å behandle informantene og feltet som sådan med den nødvendige respekt.

De etiske retningslinjene vil man kunne si er avhengige av konteksten og designet på studien. Man må hele tiden søke å løse dilemma i forhold til den situasjonen man er i (Postholm 2005:154). Ulike etiske prinsipper vil kunne oppleves å ha ulik relevans i ulike tilfeller. *Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag, jus og humaniora* (NESH) har utviklet

forskningsetiske retningslinjer (NESH 1999, Postholm 2005). En del av disse vil kunne sies å ha relevans for mitt arbeid ved kreftavdelingen.

Kravet om samtykke (NESH 1999 pkt 8, Postholm 2005) og *kravet om å informere* (NESH 1999 pkt 9, Postholm 2005) blir ofte behandlet under ett (Postholm 2005). *Kravet om informert samtykke* betyr da i praksis at deltakeren får tilstrekkelig informasjon om prosjektet, og at de frivillig svarer ja til å delta.

Ved kreftavdelingen ble disse hensyn ivaretatt gjennom at alle deltakerne fikk tilsendt en prosjektbeskrivelse og en intervjuguide før de tok stilling til om de ville delta.

Avdelingsoverlegen, som også var min døråpner til avdelingen, sendte deretter ut en forespørsel til sine medarbeidere med spørsmål om hvorvidt de kunne tenke seg å stille til intervju i prosjektet. I denne forespørselen presiserte avdelingsoverlegen at han ikke hadde noen bindinger til verken studenten eller høgskolen. Ingen måtte altså føle noe press til å delta, verken utenfra eller ovenfra.

”Informanter og respondenter gir noe av seg selv og har et rimelig krav på å få noe tilbake” (NESH 1999 pkt. 10, Postholm 2005)

Kravet om å tilbakeføre resultatene av forskningen begrunnes i at de som deltar i forskningen skal få noe tilbake slik at de ikke føler seg utnyttet. En e-post fra kreftavdelingen uttrykte *”kanskje dette kan være nyttig for oss også (...)*”. Ut fra et mer allment menneskelig prinsipp (ærlighet), måtte jeg innrømme at jeg nok var den som hadde mest å hente fra mitt samarbeid med kreftavdelingen. Likevel har jeg inntrykk av at det var nyttig også for informantene å reflektere over prioriteringsdilemma, motiver, muligheter og begrensninger ved avdelingen. Flere uttrykte også ønske om å følge arbeidet videre, gjennom å lese referatet fra intervjuet, komme med flere innspill eller presiseringer, samt å lese den ferdige oppgaven.

Å la informantene lese gjennom referater, formuleringer og sitater fra intervju, kan også være et viktig innspill i forhold til å sikre seg at utsagnene fremstår som dekkende og pålitelige. May Britt Postholm uttrykker det slik:

” (...) på denne måten kan deltakeren gå god for informasjonen som forskeren tar med seg inn i den resulterende teksten gjennom member cheching” (Postholm 2005:153)

Kravet om konfidensialitet (NESH 1999 pkt.13, Postholm 2005) inneholder en formulering som ble gjenstand for vurdering i prosjektet ved kreftavdelingen:

”Forskningsmaterialet må vanligvis anonymiseres (...)”

Ved kreftavdelingen ble samtlige involverte deltakere spurt om de ønsket å anonymiseres i det videre arbeidet. Svaret var helt unisont: De hadde ingen ønsker om å anonymiseres, snarere tvert imot. Flere sa eksplisitt at de selvfølgelig ikke hadde problemer med å stå inne for alt som var kommet frem, og at de ikke så noen betenkeligheter om så deres navn ble gjort kjent.

Et godt stykke ut i prosessen bestemte jeg meg likevel for å ikke bruke navn på personer, og heller ikke på hvilket universitetssykehus arbeidet ble gjort. Dette hadde sin årsak, dels i praktiske hensyn (krav knyttet til behandling av personopplysninger), og dels i at identifisering av avdelingen eller ansatte på ingen måte kan sies å ha relevans for oppgaven.

Etter min mening oppsummerer *Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag, jus og humaniora* de viktigste forskningsetiske betraktningene punkt nr 5:

”Forskeren skal arbeide ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet” (NESH 1999 pkt. 5, Postholm 2005)

De øvrige etiske betraktningene handler i sin dypeste betydning alle om å ha respekt for deltakerne. De etiske prinsippene bør kanskje ikke sees på som rigide, men heller som en støtte i ulike faser av forskningsprosessen (Postholm 2005:154).

3.2.6 Valg underveis: Kvalitet og metodekritikk

Kvaliteten i en kvalitativ casestudie kan vurderes ut fra ulike innfallsvinkler. Stake har utviklet en sjekkliste på 20 punkter for en forskningstekst skrevet ut fra et casestudie (Stake 1995, Postholm 2005:140). Det å sikre kvaliteten på det materialet som samles inn og presenteres, blir ikke mindre viktig ut fra det faktum at svært ulike strategier tas i bruk i datainnsamlingen i en casestudie.

Forholdet til *member checking* (se pkt 3.2.5) har betydning både i forhold til det etiske aspektet, og i forhold til å sikre kvaliteten i det materialet som skal presenteres. At deltakerne får mulighet til å være med et stykke videre i arbeidet med data, gjennom å lese referater fra intervjuene, komme med korreksjoner, suppleringer og nyanseringer, er i så måte et viktig prinsipp.

I mitt arbeid ved kreftavdelingen var dette til stor hjelp. I tillegg var det et viktig tilskudd til et annet kjent kvalitetskrav innenfor casestudier, nemlig kravet om at oppholdet i feltet skal foregå over en viss tid (Postholm 2005:138). Selve intervjuene kunne gjennomføres i løpet av en lang arbeidsdag. Det ble da viktig å holde kontakten med feltet både i for- og etterkant av disse. I forkant hadde jeg både intervju/samtale og mer praktisk kontakt med avdelingsoverlegen. Samtalene med han og andre leger i forkant av prosjektet var av stor verdi i forhold til å utvikle en viss forståelse av relevante problemstillinger innenfor feltet.

I etterkant ble altså deltakerne bedt om å komme med innspill til referatene, hvilket flere av disse gjorde. Dette gjorde at jeg hadde kontakt med feltet over en viss tidsperiode, selv om jeg ideelt sett sikkert hadde kunnet lære mye av å være fysisk tilstede ved avdelingen over en lengre periode.

Triangulering er også en kjent prosedyre for å sikre kvaliteten på data, f. eks. i en casestudie (Postholm 2005:138). Bruk av flere datakilder gjør det mulig å finne ut om kildene støtter opp om hverandre. Ved kreftavdelingen var det derfor nyttig å intervju personer i ulike funksjoner, som hadde ulike erfaringer og ståsted i forhold til motiver bak prioriteringene ved avdelingen.

Det hadde naturligvis kunne vært en fordel å også ha en sammenlignbar avdeling fra et annet universitetssykehus for å få et bedre datagrunnlag, nettopp av hensynet til triangulering. I mangel på dette opplevde jeg likevel den kontakten jeg hadde med to øvrige sykehusavdelinger i forkant av prosjektet som relevant. Om disse avdelingene ikke var direkte sammenlignbare med den som utgjorde casestudiet mitt, så hadde disse likevel innspill i forhold til det de oppfattet som viktige motiver bak ressursfordelingen ved avdelingene, samt ulike prioriteringsdilemma som de sto overfor.

I kvalitativ forskning beskrives ofte forskeren selv som et viktig redskap i forskningen. Det dreier seg om å forstå komplekse menneskelige prosesser i dets naturlige setting (Postholm 2005). I så måte er ikke forskerens subjektivitet noen anklage mot metoden som sådan, det er en naturlig og selvfølgelig del av metoden. Likevel trengs det alltid en påminnelse om at, i dette tilfelle – et casestudie, strengt tatt ikke utgjør noe mer enn *en* persons møte med *ett* enkelt tilfelle.

Fokus på kriterier for kvalitet, behandling av data, etiske aspekter og metoder for generalisering kan og bør ikke oppheve dette faktum. Man kan prøve å møte feltet på en åpen måte, å tolke og presentere data presist, å kvalitetssikre prosessen og å generalisere der det er mulig. Likevel blir man stående igjen med det som kanskje både er metodens fortrinn og begrensning, nemlig dens subjektivitet. I en casestudie som denne lever man i beste fall innenfor en symbiose mellom en subjektiv innlevelse og forståelse, og en systematisk klargjøring og presentasjon av det man finner.

Ut fra det jeg har lært i arbeidet med denne oppgaven, synes det tydelig for meg at arbeidet med valg og kritikk av metode, fremgangsmåte og tilnærming, ikke kan være et kapittel som avsluttes før man kommer i gang med å orientere seg i relevant teori, samle inn data, analysere data og presentere funn. Å ha tanker i forkant om hvilken metode som egner seg i forhold til en problemstilling er åpenbart en fordel. Likevel mener jeg den kvalitative tilnærmingen krever oppmerksomhet, fokus og kontinuerlig evaluering i forhold til alle valg og avveininger knyttet til metode.

4. PRESENTASJON OG DRØFTING AV DATA

Dette kapitlet inneholder i all hovedsak presentasjon og drøfting av data fra intervjuene ved kreftavdelingen. De første punktene (4.1-4.6) tar for seg de ulike kategoriene som i sum kan sies å utgjøre tyngdepunktet i alle intervjuene. Her forsøker jeg også underveis å se funnene i lys av den kontekstuelle rammen for oppgaven som kort ble skissert i kapittel 2. I den siste delen av kapitlet (4.7) forsøker jeg mer eksplisitt å oppsummere funnenes bidrag i forhold til oppgavens arbeidshypotese og problemstilling

I arbeidet med analysen av intervjuene ved avdelingen, fremstod det naturlig å sortere data innenfor seks ulike kategorier. Disse er dels et resultat av planlagte tema i intervjuguiden, dels er de et resultat av hva som naturlig fremkom i de relativt åpne intervjuene omkring motiver bak de ulike prioriteringene. Alle kategoriene representerer emner som ble tillagt stor vekt i de fleste av intervjuene. Presentasjon og drøfting vil etter dette her bli systematisert under følgende overskrifter:

- *Ressurser og knapphetsgoder*
 - *Prioriteres det riktig i dag?*
 - *Forholdet mellom økonomiske og medisinske hensyn*
 - *Hvem må lide ved ressursknapphet?*
 - *Effekten av sykehusreformen på avdelingsnivå*
 - *Utopien*
 - *Oppsummering: Motivene bak prioriteringene*
- forholdet til relevant teori samt studiens arbeidshypotese og problemstilling -*

4.1 Ressurser og knapphetsgoder

Mitt klare inntrykk etter intervjuene ved kreftavdelingen, var at rangering av disposisjonene ble ansett som en naturlig del av hverdagen. Informantene ved kreftavdelingen responderte relativt unisont i forhold til hvilke ressurser og knapphetsgoder de måtte forholde seg til i hverdagen. I hovedsak kan disse sorteres under henholdsvis:

- *tid, personell og kompetanse*
- *økonomi, utstyr og medisiner*
- *sengeplasser, areal og planløsninger*

4.1 Tid, personell og kompetanse

Dagens pasienter krever mye informasjon og har et høyt kunnskapsnivå i forhold til sin egen diagnose. Det ble på kreftavdelingen framstilt som en mer generell utfordring å kunne ta seg bedre tid i møtet med hver enkelt pasient. God informasjon gir pasientene trygghet.

En av informantene gav følgende klassiske eksempel på en pasient som krevde mye tid fra legene:

”Pasienten har mange spørsmål og har skrevet ut mye fra Internett som skal diskuteres og forklares. I tillegg vil han ha alle utskrifter og all dokumentasjon fra behandlingen. Han har en pårørende som kommer etter visitten og vil ha samme informasjon. Han krever alltid en second opinion. I tillegg planlegger han å reise til utlandet for behandling eller konsultasjon - derfor må alle dokumenter oversettes til engelsk... Slike situasjoner er krevende. En overlege ved en annen avdeling skal ha sagt følgende: - Her må du velge mellom operasjon og informasjon. Dette utsagnet representerer heldigvis en utdøende type både av leger og holdninger”
(avdelingsoverlegen)

Å ha tilstrekkelig med tid er selvfølgelig avhengig av at man har tilstrekkelig med personell. Knapphet i forhold til personell dreide seg i første rekke om at man på avdelingen opplevde å være sårbare dersom en spesialist sluttet eller ble sykemeldt. Man greide sjelden å ha mer enn en person som back-up. Det ble av flere av informantene påpekt at det ikke var lett å skaffe kompetent personell, eksempelvis radiografer og kreftsykepleiere.

”Med det formidable løftet som kreftomsorgen har fått de siste årene – nesten en dobling av antall strålemaskiner på landsbasis, er det personell som utgjør begrensningen. Hos oss trenger vi særlig radiografer” (sjefsstråleterapeut)

Behovet for kompetent personell ble altså fremhevet. Det dreide seg også om at man så viktigheten av faglig oppdatering og kontinuerlig opprusting av kompetansen. I tillegg var man oppmerksom på at det trengtes kompetanse, mer i retning av *personlige egenskaper* for å jobbe på kreftavdelingen.

”Dette er mennesker - hvis liv er blitt kortere enn forutsatt. Dette krever tid til omsorg, samtaler, tid til å sortere i et ellers ganske kaotisk liv – så det trengs personell på ulikt nivå, slik at pasientene kan ta tak i livene sine og få ryddet opp hjemme. Dette er ganske avanserte tilfeller. Da trenger man ikke sykepleiere som kan få tårer i øynene bare de hører om at noen kanskje må dø (...)” (oversykepleieren)

Til å skaffe seg nytt personal ved turn-over brukte man i noen tilfeller også proffpersonelle aktører. Eksempelvis ble det henvist til bruk av bemanningsselskapet *Nursepartner*. Likevel ble det altså påpekt at man kunne risikere å komme på etterskudd i forhold til kompetansen – i den grad turnoverproblematikken ble løst eksempelvis gjennom ansettelse av nyutdannede sykepleiere.

4.1.2 Økonomi, utstyr og medisiner

Kreftomsorgen har fått et betydelig løft de siste årene, og det har vært investert mye i nye maskiner og nytt utstyr. At kreftomsorgen er et tydelig nasjonalt satsningsområde gjør imidlertid at mange andre også ser mulighetene til å søke midler på denne måten.

”(...) også de som tenker på kreft, f. eks. som en av ti mulige diagnoser, vil ha penger for det” (avdelingsoverlegen)

Nye medisiner og ny utvikling gir utallige muligheter – men også utallige utfordringer. Det ble henvist til at kostnadsveksten for medikamenter utgjør ca 20% hvert år. Den aktuelle avdelingen brukte også ca 20 millioner, av et budsjett på 70 millioner, på medikamenter.

Behandlingsutgiftene varierer sterkt, og i noen tilfeller kan den enkelte pasient vises godt på budsjettet. Avdelingsoverlegen viste til en pasient som i siste delen av budsjettåret 2006 kom inn til behandling, der behandlingen beløp seg til ca. fire millioner. Dette er selvfølgelig vanskelig å planlegge for, men sykehusledelsen ble tidlig orientert og gav klarsignal til å starte behandlingen.

4.1.3 Sengeplasser, areal og planløsninger

Areal ble av samtlige informanter fremhevet som et relevant knapphetsgode. Kreftavdelingen har i dag 30 sengeplasser og trenger flere. I den perioden jeg stod i kontakt med avdelingen, hadde de på det verste 10 korridorpasienter. Avdelingen hadde allerede fått en egen kontorbrakke for å frigjøre plass ved avdelingen. Det ble likevel fremhevet at korridorpasienter vanskelig kan avskaffes som fenomen. De tre- fire hundre korridordøgn avdelingen hadde i 2006 ble beskrevet som naturlige topper. Man kan knappst operere med

ventelister innenfor kreftomsorgen og pasientene kommer nærmest fortløpende inn. Det ble også fremhevet at kreftpasientene hadde førsteprioritet ved universitetssykehusets øvrige avdelinger.

En like stor utfordring som antall sengeplasser var de arkitektoniske løsningene på avdelingen. Disse førte til en blokkering av antall sengeplasser:

”Vi har 30 senger, men når pasientene er så dårlige så kan ikke alle benyttes: Du kan ikke i livets siste fase ligge på firemannsrom. Derfor må vi ha færre pasienter på firemannsrom, og dobbeltrom må gjøres til enkeltrom. Dette er altså delvis et arkitektonisk problem. Kreftpasientene hadde andre behov da sykehuset ble bygget for 25 år siden” (oversykepleieren)

En annen av informantene uttrykte:

”(...) i dag ligger f. eks. pasienter på 4-mannsrom. Dette er uholdbart for våre pasienter, særlig om de har alvorlige infeksjoner eller er dødende” (tillitsvalgt assistentlege)

I enkelte tilfeller der arealknappheten var påtrengende, ble pasienter sendt tilbake til lokalsykehuset med en foreskrevet adekvat behandling som, ut fra rent medisinske hensyn, like gjerne kunne gjøres lokalt. Mange av pasientene protesterte på dette: De ville aller helst behandles av spesialister:

”Folk går gjerne i fakkeltog for lokalsykehuset, men vil ofte ikke benytte det dersom de blir syke” (avdelingsoverlegen)

4.1.4 Kort oppsummering: Ressurser og knapphetsgoder ved kreftavdelingen

Hovdeinntrykket mitt etter intervjuene ved kreftavdelingen var altså at prioriteringer og rangeringer av de ulike disposisjonene av informantene ble sett på som en naturlig del av hverdagen. Det synes ikke som at man hadde noen iboende fiendtlig holdning til de økonomiske og ressursmessige aspektene ved driften (jf. pkt. 2.2 s. 16, Melander 1999:269, Handelshøjskolens Forlag 1999).

Tvert imot:

”Pasientene og deres behov er styrende for alt vi gjør. Likevel ligger det faktisk innenfor de etiske retningslinjene til legene å ta økonomiske hensyn”
(stabskonsulenten)

Like tydelig er det på den andre siden altså mulig å se at knappheter i forhold til de ulike ressursene i høyeste grad anses relevant i forhold til det tilbudet som ytes til den enkelte pasient, det være seg i forhold til tid, kompetanse eller sengeplasser og fasiliteter. Den bekymring som bl. a. legeföreningen uttrykte (pkt. 2.2.1 s. 17, DNL, 2005:35) i forhold til muligheten for å drive god faglig virksomhet med pasienten i sentrum – som følge av at andre enn faglige hensyn mange ganger kan bli tillagt stor vekt i fordelingen av ressurser – opplevdes altså å være relevant også ved den aktuelle kreftavdelingen.

”Vi skal jo ikke kutte i pasientbehandlingen, og vi skal samtidig overholde budsjettet. Dette kan være et dilemma (...)” (oversykepleieren)

Det kan altså synes som ulike dilemma knyttet til knapphetsgoder og ressurstillgang opplevdes høyst relevante ved kreftavdelingen, på tross at av at vi har sett at helseregionene og sykehusene aldri har disponert over større budsjettmidler enn inneværende år (pkt. 2.1.1, s 10, st. prop. 1 2006-2007)

4.2 Prioriteres det riktig i dag?

Gjennom datainnsamlingen ved kreftavdelingen fikk jeg inntrykk av en avdeling med relativ stor grad av konsensus m. h. t. hvordan ressursene fordeles innenfor de rammene som i dag gjelder. Informantene hadde en klar oppfatning av hva som styrer og også hva som bør styre ressursbruken i dag. Mindre distinksjoner kan leses ut fra informantenes synspunkter omkring bruk av tid. Likevel bar informantenes holdninger samlet sett, til hva som var de viktigste hensyn, preg av en felles holdning i personalgruppen.

”I stor grad er det enighet og en felles forståelse for de prioriteringene som gjøres”
(sjefsståleterapeuten)

Likevel ble det påpekt at det alltid finnes områder der dagens ressursbruk med fordel kan vurderes:

”Potensialet for å frigjøre tid til doktorarbeid kan finnes på ulike områder. En profesjonell logistiktjeneste er en av mulighetene. Det er jo ikke nødvendigvis sykehusene som skal sørge for Widerøe og SAS...” (avdelingsoverlegen)

4.2.1 Hva som styrer ressursbruken i dag

Ved kreftavdelingen uttrykkes det at legene forbeholder seg retten til å presentere den beste tilgjengelige behandling for pasienten, så får avdelingsleder avklare om de har råd til det. Avdelingslederen gir, i likhet med de øvrige informantene, et tydelig inntrykk av at objektive medisinske kriterier veier tyngst i de prioriteringene som foregår på avdelingen. Man søker å gi alle pasienter den behandlingen man selv hadde ansett som optimal dersom man var i pasientens sted. Stabskonsulenten uttrykker det slik:

”Helsepersonell står for andre verdier som likeverd og likebehandling – dette representerer noe helt annet enn profitt og fortjeneste, som i utgangspunktet ikke oppleves like relevant”

Likebehandling etterstrebes, men ut fra en pragmatisk tilnærming – noen ganger må man ta hensyn som ikke er utelukkende medisinsk begrunnet:

”Personer i framskutte posisjoner må noen ganger skjermes for å ikke bli utsatt for en utilbørlig ekstrabelastning. Disse kan eksempelvis vanskelig plasseres på gangen eller i et firemannsrom” (avdelingsoverlegen)

På direkte spørsmål svarer informantene samlet sett, at ressursene innenfor dagens rammer utnyttes godt. Skal det gjøres noe mer eller annerledes, trengs det romsligere rammer.

”De fleste steiner er snudd. Vi er oppe i et tall nå på ca 80% poliklinisk behandling innenfor strålebehandlingen. Det er høyt” (sjefsstråleterapeuten)

4.2.2 Tidsbruken

Når det gjelder bruk av tid, som betegnes som en av de viktigste ressursene, viser informantene til at denne på enkelte områder kunne vært utnyttet enda bedre. Kanskje er det ikke unaturlig å forvente at det på enhver arbeidsplass vil kunne være ulike oppfatninger eller endog kritiske bemerkninger til hvordan tiden utnyttes. Allerede i en tidlig fase av forprosjektet fikk jeg et eksempel på dette. En informant uttalte følgende i forhold til møtevirksomheten ved sykehuset:

”Det blir mye snakk – av og til for mye” (overlege, gynekologisk avdeling på et lokalsykehus)

Ved kreftavdelingen var det, tross en generell konsensus rundt dagens prioriteringer og ressursbruk, noen innspill i forhold til hvordan tiden ideelt sett kunne vært utnyttet. Disse dreide seg dels om organisering og praktiske implikasjoner, og dels mer direkte om hvordan man mer eller mindre bevisst prioriterte tiden gjennom hektiske arbeidsdager.

Når det gjelder selve organiseringen, framstod informantes forhold til arbeidsfordelingen som lite dogmatisk. Arbeidsfordelingen bør gjøres ut fra hva som er hensiktsmessig, og mitt klare inntrykk var at denne ble vurdert fortløpende:

”(...)videre er det et spørsmål om noen andre enn avdelingsoverlegen kunne hatt mer av det personalmessige ansvaret. I dag brukes en del av tiden til typisk personalarbeid. Det kan da eksempelvis dreie seg om å stimulere til teamwork eller og løse konflikter” (avdelingsoverlegen)

Rent praktisk finnes der også begrensninger i systemet som gjør at tid blir brukt unødvendig. Et praktisk problem det ble vist til var datasystemet som ble brukt i journalbehandlingen. I dag er det mulig å utveksle disse elektronisk mellom sykehuset og legekantorene, men ikke mellom sykehusene:

”(...) man må løpe rundt å lete etter en faksmaskin” (avdelingsoverlegen)

Det ble også påpekt at man ofte må bruke unødig mye tid på eksempelvis søknader til trygdekontor og andre instanser. Her etterlyses et mer strømlinjeformet system – all den tid det jo for det meste dreier seg om klare rettigheter (f. eks. støtte til innkjøp av parykk):

”Svaret er uansett ja – etter to ukers behandlingstid” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

Når det gjelder tidsbruken i den hektiske hverdagen, ser man også flere utfordringer.

”Generelt er det slik at pasientene uansett opplever at vi har dårlig tid. De trenger mye og gjentatt informasjon. Man bruker litt for lite tid på samtalen med den enkelte pasient. Man vet at man må videre. Derfor prioriterer man ofte bort samtalen med pasienten” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

Det kan også dreie seg om mer beviste valg i forhold til hva man velger å bruke tid på. Det henvises bl. a. til at legene aller helst vil bruke tiden på klinisk virksomhet – det man *egentlig* skal gjøre som lege. Kompliserte takstskjema kan fremstå som unødig byråkratiske og forstyrrende i forhold til klinisk virksomhet.

”Kanskje kunne legene faktisk brukt litt mer tid på dokumentasjonen. Når dette svikter litt kan det kanskje være fordi dette av mange ikke blir sett på som en del av det som er eller burde være leges jobb” (stabskonsulenten)

Tross disse distinksjonene i forhold til organisering, praktiske problemstillinger og et noe selvkritisk perspektiv på hvordan man best kunne utnytte tiden, fikk jeg inntrykk av en avdeling der man først og fremst var relativt samstemte i forhold til at man prioriterer tiden så godt som mulig – innenfor de rammene man har:

”For øvrig tror jeg vi trenger mer penger og personell for å kunne gjøre mer ideelle prioriteringer” (stabskonsulenten)

4.3 Forholdet mellom økonomiske og medisinske hensyn

Mitt klare inntrykk ved inngangen til studiet ved kreftavdelingen kan uttrykkes gjennom *hypotesen om de medisinske hensyns forrang i møte mellom pasient og helsepersonell ved en sykehusavdeling* (jf. pkt 1.3). Min egen forforståelse for hvilken type motiver som styrer prioriteringene ved en sykehusavdeling bygde både på intervjuer som andre har gjort med helsepersonell (Sveri 2006), en mer konvensjonell og normativ antagelse om at medisinske hensyn selvfølgelig ligger til grunn for en hver igangsatt (eller ikke igangsatt) behandling, samt et forprosjekt der samtaler med tre leger bidro til å introdusere meg for det de oppfattet som relevante avveininger og betraktninger omkring ressursbruk og prioriteringer i hverdagen (pkt. 3.1.2).

En overlege gikk nesten enda lenger enn det min hypotese gjør i retning av å avvise dilemmaet mellom f. eks. økonomiske og medisinske hensyn. Vedkommende gikk så langt som til å påpeke at der kunne være sammenfall, like godt som spenninger i forholdet mellom medisinske- og ressursmessige hensyn:

”Det som er logisk og bra ut fra medisinske hensyn, viser seg ofte hos oss som fornuftig og forsvarbart også økonomisk” (Overlege ved gynekologisk avdeling)

Som eksempel på dette ble det bl. a. nevnt at innleggelsestiden ved fødsler nå var vesentlig kortere enn tidligere, noe som i dag blir sett på som en selvfølgelighet, både ut fra rimelige medisinske og ressursmessige hensyn. Det samme gjaldt i forhold til videresending av gravide - selv med mindre komplikasjoner, til sentralsykehuset. Det ble framstilt både som unødvendig dyrt, og lite hensiktsmessig medisinsk – ut fra en mer prinsipiell forståelse for at fødselstilbud ikke kan eller bør sentraliseres – det bør ut fra alle rimelige hensyn, både sosiale, medisinske og økonomiske, være en lokal oppgave.

Ved kreftavdelingen fikk jeg et noe mer tvetydig inntrykk. To spenningsfulle uttrykk levde side om side gjennom alle intervjuene og samtalene:

- Medisinske kriterier veier desidert tyngst i vurderingen av behandlingsalternativer for den enkelte pasient
- Noen pasienter eller fagområder må likevel lide som følge av en konstant ressursknapphet

Sagt på en annen måte:

”Pasientene og deres behov er styrende for alt vi gjør. Likevel ligger det faktisk innenfor de etiske retningslinjene til legene å ta økonomiske hensyn. Eksempelvis skriver legene ut rimeligst mulige resepter. Presset fra organisasjonen til å ta økonomiske hensyn kan til tider være stort” (stabskonsulenten)

Sitatet illustrerer den samme spenningsfulle oppfatningen: Hensynet til pasienten er styrende – men man har en nødvendig plikt til å foreta økonomiske avveininger

4.3.1 Veier medisinske kriterier tyngst?

”Med hånden på hjertet kan jeg si at jeg aldri har vært med på at pasienter har fått det nest beste tilbudet medisinsk sett med begrunnelse i f. eks økonomi – det skjer ikke hos oss. Vi strekker oss veldig langt for å sette inn et stort apparat, også i tilfeller der man mistenker at utfallet ikke vil være bra, for eksempel i forhold til unge, behandlingstvillige pasienter (...) Vi skal jo ikke kutte i pasientbehandlingen, og vi skal samtidig overholde budsjettet. Dette kan være et dilemma. Det går oftest ut over budsjettet, vi velger ikke nest beste medisinske behandling. Men vi tar da kontakt med sykehusledelsen om disse så tidlig som mulig, slik at de kan være i forkant.
(oversykepleieren)

Utsagnet over kan gjerne stå som et eksempel på en poengtering fra flere av informantene: Alle kreftpasienter er i prinsippet garantipasienter. Alle har *rett til nødvendig helsehjelp*. De medisinske hensyn veier derfor absolutt tyngst i behandlingen av hver enkelt pasient.

”Medisinske hensyn er det viktigste i dag. Tidligere kunne man kanskje kompromisse litt mer i forhold til behandlingsteknikker, fordi utfordringen da var å få flest mulig gjennom [red. anm: viser til tidligere arbeidsforhold ved et annet sykehus]. Dette er en saga blott i dag” (sjefsstråleterapeuten)

Tillitsvalgt blant assistentlegene fremhever også at de medisinske og menneskelige hensyn vektes tungt:

”Men vi jobber jo ut fra nasjonale retningslinjer for å sikre likebehandling, uavhengig av økonomistyring. Det er nok en konflikt mellom medisinske hensyn og økonomi, men man forsøker å hindre at dette går ut over pasientene. Vi har en pasientgruppe som ikke kan vente”

Jeg opplevde imidlertid at der var en noe smalere balansegang i forholdet mellom økonomiske og medisinske hensyn når det gjaldt dyre, livsforlengende medikamenter. Her ble det påpekt at man i grunnen hadde relativt klare tall fra finansdepartementet å forholde seg til – vel og merke som veiledende satser. Flere av informantene bemerket at akseptabel ressursbruk i denne sammenheng begrenser seg til 425.000 kroner per antatt vunnet leveår (jf. Dagens medisin nr 1, 2007).

”Det ligger en grense på 425.000 nok per vunnet leveår” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

Som et eksempel på et dilemma nevnes det faktum at kreftavdelingen gir en type kostnadskrevende behandling som ut fra et prioriteringshensyn kan sies å ligge i et grenseland. Det vises til at lignende behandling ikke gis i alle helseregionene. I dette tilfellet dreier det seg om en livsforlengende behandling (Erbix) av kreftpasienter som maksimalt gir en ekstra levetid på 1,5- 2 mnd, til en pris av 300.000-400.000. I følge avdelingsoverlegen er dette et eksempel på at man her opererer i grenseland i forhold til hva som vil være rimelig ressursbruk.

”I forhold til bruk av livsforlengende behandling av kreftpasienter er altså prioriteringsdilemma betydelig. Hva svarer man en dame som spør: Du vil vel ikke ta fra meg mannen min før tida?” (avdelingsoverlegen)

Per dags dato gis altså behandling med Erbitux ved den aktuelle avdelingen, selv om effekten av behandlingen hele tiden vurderes opp mot kostnadene. Dilemmaet omkring svært kostbare, livsforlengende medikamenter som Erbitux er som vi har sett i kapittel 2 velkjent (pkt. 2.1.2 s 12, Dagens Medisin nr. 1 2007). Med bakgrunn i en noe ulik praksis helseregionene i

mellom, hadde muligens prioriteringsdilemma mellom økonomiske og medisinske hensyn i livets siste fase blitt enda tydeligere – dersom studiet hadde vært utført ved et annet universitetssykehus. Kreftavdelingen ved dette universitetssykehuset gir altså per d.d. denne behandlingen – i motsetning til praksis i to andre helseregioner (kilde: avdelingsoverlegen).

Med et litt pessimistisk syn på deler av den moderne, naturvitenskaplige utviklingen (jf. pkt 2.21 s.17, Kjørstad/Syse), er det mulig å uttrykke skepsis til hvilke motiver og hensyn helsepersonell skjeler til i møte med den enkelte pasient. Det var imidlertid ikke mange klare eksempler på dette i de intervjuene jeg foretok ved kreftavdelingen. Følgende utsagn illustrerer likevel et mulig motstridende forhold mellom hensynet til medisinske motiver og dyre behandlingsformer:

”Disse [red. anm. aldersgrenser for enkelte behandlinger] er satt av flere hensyn og grensene blir alltid flyttet. Dette kan ha med økonomi å gjøre. For eksempel blir ett av de nyeste medikamentene mot magekreft ikke gitt til pasienter over 70 år fordi det gir mange bivirkninger – men man kan mistenke at her også er økonomiske baktanker fordi medikamentet er svindyrt. Vunnet levetid er relativt sett veldig lite hos personer over 70 år. Det ligger en grense på 425.000nok per vunnet leveår” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

I forhold til livsforlengende behandling var likevel mitt klare inntrykk at andre avveininger enn økonomi og generelle ressursproblemer spiller en vesentlig rolle:

”(...) dette behandlingstilbudet kan vi drøfte. Men ikke bare på grunn av økonomi, det er personell- og ressurskrevende, vi fratrar pasientene tid som de kunne vært hjemme. Disse medisinene har ikke noe med helbredelse å gjøre, men kan muligens være noe livsforlengende fra 14 dager til kanskje 3 mnd” (oversykepleieren)

En annen informant tar fram det samme aspektet i forhold til livsforlengende behandling:

”En del av den behandlingen som her kan være et alternativ kan være ganske brysom for pasienten. Det hender at f. eks. pasienten ønsker å avslutte behandlingen, mens pårørende står på for at behandlingen skal fortsettes. Her kan der være en mer etisk konflikt” (sjefsstråleterapeut)

Ved kreftavdelingen fremstod altså de etiske og menneskelige betraktningene omkring livsforlengende medikamenter med et vel så sterkt fokus som økonomien i behandlingen – selv i tilfeller der man beveget seg godt ut over de veiledende 425.000 kroner for hvert vunnet leveår.

4.3.2 Økonomi versus medisin – kort oppsummering:

Den mer konvensjonelle begrunnelsen for hypotesen om de medisinske hensyns forrang i møtet mellom pasient og helsepersonell synes langt på vei å kunne begrunnes ut fra de funn jeg gjorde ved kreftavdelingen. Det ble nærmest sett på som en selvfølge at en pasient i møte med spesialisthelsetjenesten, skulle få den behandlingen som medisinsk sett opplevdes mest hensiktsmessig.

Funnene ved kreftavdelingen på dette punktet sammenfaller med intervjuene av legene i rapporten fra Rokkansenteret (pkt. 2.2 s. 16, Sveri 2006). De medisinske hensyn ble absolutt gitt en dominerende betydning.

Ellers faller også funnene ved kreftavdelingen på dette området godt sammen med et inntrykk av ekspertorganisasjoner generelt – og sykehus spesielt, som lojale mot profesjonen og sterkt forpliktet på etiske normer (pkt 2.2 s. 14, Strand 2001:249f.f). Likevel ble det gjort klart, også på kreftavdelingen, at noen pasienter eller hensyn må lide som følge av begrensede ressurser.

4.4 Hvem må lide ved ressursmangel?

Når det konkluderes med at de medisinske hensyn veier desidert tyngst trengs en presisering: Ved den aktuelle kreftavdelingen dreier dette seg særlig om forholdet til levetid og helbredelsesprosent.

”Utelukkende medisinske kriterier bestemmer hvilke pasienter som prioriteres. Vi prioriterer kurativ behandling foran lindrende behandling” (oversykepleieren)

Pasienter som er inne til lindrende behandling, der håpet om helbredelse langt på vei er gitt opp, er altså blant de som tydeligst får merke begrensede ressurser. Det vises også til at man, av budsjettmessige hensyn, har flyttet kostnader – og dermed også pasienter, til over nyttår.

”Ventetiden økte fra tre til sju uker. Dette virker ikke inn på helbredelsesprosenten, men de som står i kø lider” (avdelingsoverlegen)

En annen tydelig begrensning gjelder det man kan kalle *komforten* i behandlingen. Her kan det hende man velger løsninger ut fra økonomiske motiver. Som eksempel på dette nevner avdelingsoverlegen at man i dag gir grupper av kreftpasienter blod, som er langt rimeligere enn erythropoetin (EPO), selv om EPO gir en jevnere blodprosent enn det man oppnår gjennom blodoverføringer.

Selv ut fra et hovedstandpunkt som tilsier at de medisinske hensyn veier desidert tyngst, ble forholdet til komfort og fasiliteter i behandlingen beskrevet på følgende måte:

”Du kommer deg fram enten du bruker en gammel folkevogn eller en ny Mercedes som drosje – vel og merke med to distinksjoner in mente: Komforten er ikke like god. Det er også et spørsmål om hva kundene vil ha. Mange har store forventninger til et stort universitetssykehus. Utstyr som ser slitent ut, trenger ikke å være medisinsk uforsvarlig. Likevel er det ikke heldig dersom pasientene oppfatter utstyret som lite optimalt” (avdelingsoverlegen)

Innenfor strålebehandlingen påpekes det også at økonomien kan sette begrensninger i forhold til pasientenes livskvalitet:

”(…) i så tilfelle kunne vi benyttet forfinede teknikker. Mer raffinerte teknikker som kanskje ikke øker livslengden men livskvaliteten. Bivirkningene kunne vært minimalisert. Man er ofte opptatt av kurativ eller ikke kurativ behandling, men et viktig aspekt er at livskvaliteten kan forverres av bivirkninger. Dette kunne man gjort noe med dersom man kunne bruke mer raffinerte metoder. Vi jobber i dag med å få til utstyr for dette formålet og snakker da om en investering på 7-8 millioner” (sjefsstråleterapeuten)

Flere av informantene henviste til at pasientene aller helst vil behandles på en spesialavdeling. Knappheter og begrensninger ved kreftavdelingen gjør det i flere tilfeller nødvendig å henvise pasientene tilbake til førstelinjetjenesten eller til et lokalsykehus – vel og merke med en

adekvat foreskrevet behandling, som for så vidt i mange tilfeller like godt kan gjennomføres lokalt. Like fullt kan man tenke seg at en slik desentralisert behandling ut fra pasientenes synsvinkel framstår som lite optimalt.

”Folk vi helst behandles av spesialister” (avdelingsoverlegen)

Både lindrende behandling, pasientens ønske om å bli behandlet av spesialister og det man kan kalle hensynet til komforten i behandlingen kan altså bli skadelidende ved ressursknapphet. I tillegg er det også klart at ressursmessige begrensninger mer indirekte kan ha negative konsekvenser for behandlingen av hver enkelt pasient. Ved kreftavdelingen viste informantene da særlig til:

- Begrensninger i forhold til kompetanseutvikling, forskning, faglig oppdatering og mer langsiktig, strategisk arbeid ved avdelingen
- Arbeidsmiljø og arbeidsbelastning for de ansatte
- Hensynet til pasientenes behov for mye og gjentatt informasjon

Som eksempel på det første punktet kan stå et utsagn fra oversykepleieren:

”(...) vi må hele tiden tilpasse oss til de daglige behov her på avdelingen. Dette er ganske skummelt; sykepleierne har en spesialisert praksis, kompetansen om kreft er veldig viktig. Sykepleierne har i grunnutdanningen kun fire timer undervisning om kreft, så opplæringsbehovet er ganske stort hos oss. Dette er den største utfordringen. Det at vi har besatt alle stillingene betyr bare at vi har nok hoder, ikke at vi har den kompetansen som trengs (...) Uansett, mye handler om her og nå, ad-hoc-situasjoner og brannslukking, sykefravær og den daglige kampen for å få endene til å møtes. Strategisk arbeid, fagutvikling, kompetanseheving og arbeid med arbeidsmiljøet må ofte legges til side”

Kompetanseutvikling og mer strategisk arbeid ble av flere informanter fremstilt som helt nødvendig for å kunne gjøre en god jobb. Assistentlegene som er i en utdannings situasjon merket dette særlig godt:

”Det kan skape en del frustrasjoner fordi pasienter da kan bli satt opp innimellom planlagte oppgaver. Det som nedprioriteres er etterutdanning, faglig utvikling og kompetanseutvikling. Problemet da er når man er i en utdannings situasjon, sånn som alle assistentlegene (...)” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

Arbeidsbelastningen for de ansatte ble også påvirket av ressursmangel, kanskje aller mest i forhold til mangel på personell:

” En arbeidsmiljøundersøkelse for noen år siden avdekket en del. Det gikk mye i forhold til arbeidsmengden” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

Det fremstod også nærmest som en selvfølgelighet at man stod på ekstra i de tilfeller som krevde det:

”En igangsatt behandling krever kontinuitet, man kan ikke avslutte den før tiden. Ved personalmangel går det i så tilfelle ut over fritiden” (sjefsstråleterapeuten)

”Vi kan aldri gå før vi er ferdige med det vi må gjøre ” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

”Til tider kan dette [red. anm: administrative krav] gå på bekostning av doktorarbeid, men mye av dette blir i realiteten gratisarbeid – noe man setter seg ned med etter at vekten er over” (avdelingsoverlegen)

Like fullt virket det som om man fra et ledelsessynspunkt var mer enn klar over hvilken belastning dette kunne være for den enkelte ansatte. Man hadde en eksplisitt uttalt anbefaling om å ikke la jobben gå for mye på bekostning av familielivet:

”Om jeg får folk til å prioritere familien – så gir det seg positive utslag på jobben. Rådet til de ansatte er: Prioriter familien! Den må gå foran jobben” (avdelingsoverlegen)

Pasientenes behov for mye og gjentatt informasjon ble påpekt av flere av informantene. På samme måte henviste flere til at det kunne være nettopp dette hensynet som ikke ble fullt ut ivaretatt på de mest hektiske vaktene.

”Totalt sett kan knapphet f. eks. på personal gå ut over pasienter, fordi man kan bruke mindre tid på hver pasient” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

Dette inntrykket stemmer godt overens med legeforeningens beskrivelser av *møter i travelhetens tid* og den kommunikasjonssvikt og de misforståelser som der kan skje (pkt 2.2 s 18, DNL 2005). Legeforeningens poeng er at for lite tid gjør at hverdagen til helsepersonell blir for hektisk til å yte tilstrekkelig tid og til å være tilstrekkelig oppmerksom på pasientens behov – i bred forstand.

Ved kreftavdelingen ble det mer generelt påpekt at det i en situasjon der *tid* var ett av de viktigste knapphetsgodene potensielt kunne gå ut over kvaliteten:

”Faren med å jobbe under stress er at man kan gjøre feil, dette kunne man også unngått med mer romslige betingelser” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

4.5 Effekten av sykehusreformen på avdelingsnivå

Vi har i kapittel to sett at vi, med noen distinksjoner i forhold til politisk inngripen i helseforetakenes handlingsrom in mente, med sykehusreformen på flere områder har fått større grad både av lokalt ansvar og lokal frihet (pkt. 2.1.2 s. 12, Læg Reid/ Opedal/ Stigen 2005:30-31). Det at de fleste beslutninger tross alt tas på regionalt eller lokalt nivå, kan gi grunn til å anta at prioriteringsdilemma ved den enkelte sykehusavdeling potensielt kan tydeliggjøres.

Når det gjelder ressurs situasjonen for både sykehuset og kreftavdelingen, ble det i intervjuene vist til at man med sykehusreformen kanskje ikke hadde fått akkurat det man på forhånd hadde ønsket seg. Veien oppover i systemet beskrives snarere som lengre nå, på tross av at man i dag i prinsippet har et forvaltningsnivå mindre (fylket) å forholde seg til.

”Jeg var en av dem som ville at staten skulle overta sykehusene fordi jeg så for meg et bedre likhetsprinsipp. Men fordelene før reformen kom var fylkespolitikernes innflytelse. Veien er lengre oppover nå - via helse (...) [red. anm. nevner navn på helseregionen] og regionalt helseforetak. Vi har fått en langt hardere budsjettstyring (...)” (avdelingsoverlegen)

Når det gjelder DRG-stykkprisfinansiering ble to tilsynelatende motstridende synspunkter uttrykt: For det første ble det vist til at man i realiteten innenfor kreftomsorgen kan dra nytte av at man får betalt ut fra hvor mange pasienter som blir behandlet. En DRG på 100% kunne gjerne ut fra økonomiske hensyn vært en fordel – så sant systemet var oppdatert i forhold til stadig nye medikamenter og behandlingsmetoder.

”Kreftavdelingen går inneværende år [red. anm. gjelder 2006] med 8 mill. i underskudd, eksklusiv avskrivning. [red. anm. kreftavdelingen endte opp med et underskudd på ca. 6 mill]. Dette skyldes at man har behandlet 9.5% flere pasienter enn forutsatt og brukt mer ny og krevende kreftbehandling. Med en DRG som bare utgjør 40%, merkes dette godt på økonomien” (avdelingsoverlegen)

Samtidig ble det uttrykt en mer generell skepsis mot prising av kompliserte og sammensatte helsetjenester:

”Det er litt utrolig at man forsøker seg med bedriftskultur og bedriftstankegang i sykehusene. Helse vil jo alltid være et tapsprosjekt. Man hvordan kan man sette pris på omsorg? Det er greit nok om du skal skifte en hofteprotese. Det blir straks verre dersom problemet er mer diffust” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

Sagt på en annen måte:

”Legene som profesjon har jo medisin som overordnet hensyn. Dette kan komme i konflikt med andre faktorer – som f. eks økonomi. Helsepersonell står for andre verdier som likeverd og likebehandling – dette representerer noe helt annet enn profitt og fortjeneste, som i utgangspunktet ikke oppleves like relevant” (stabskonsulenten)

I så måte stemmer funnene her godt med både dagens kritiske bemerkninger mot DRG-stykkprisfinansieringen, og noen av de uttalelsene man kunne høre fra de norske forsøkssykehusene på begynnelsen av 1990-tallet (pkt. 2.1.3 s. 13-14, Jespersen 1999:155, Handelshøjskolens Forlag 1999).

Helhetsinntrykket mitt var likevel at de utfordringer som sykehusreformen innebar for avdelingen ikke av informantene ble fremstilt som noen hovedutfordring. Selv om budsjettstyringen hadde blitt hardere, var det andre ressursmessige spørsmål som ble fremstilt som mer presserende, kanskje spesielt for denne avdelingen:

”Kostnadsveksten på 20% per år i medikamenter er en større faktor til problem enn selve sykehusreformen” (avdelingsoverlegen)

4.6 Utopien

Dette punktet oppsummerer i stor grad informantenes respons på spørsmålet omkring hva som hadde vært mulig, gitt at man nærmest ikke hadde noen ressursmessige begrensninger. Informantene brakte på banen flere tiltak og satsningsområder som i så tilfelle kunne være tilgodesett, først og fremst med utgangspunkt i hva som var ideelt ut fra hensynet til pasientene. Likevel var alle informantene samstemte i et synspunkt: Helbredelsesprosenten og levetiden kunne man gjort marginalt med. Det som kan gjøres i forhold til kurativ behandling gjøres allerede i dag.

”Helbredelsesprosenten og levetiden ville i praksis ikke kunne endres av noen betydning nærmest uansett økonomisk ressursbruk” (avdelingsoverlegen)

Likevel ble det bemerket at man selvfølgelig på lengre sikt og mer indirekte kunne hatt effekt av større ressurser - også i forhold til helbredelsesprosent:

”Levetid og helbredelsesprosent kunne teoretisk sett fått effekt over tid da man kunne fått hevet kompetansen” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

I forhold til lindrende behandling var det et relativt utvetydig inntrykk av at man kunne utrettet betydelig mer uten ressursmessige begrensninger.

”(...) med et budsjett uten begrensninger kunne vi nok gitt et helt annet tilbud i forhold til lindrende behandling” (oversykepleieren)

Det samme gjelder det som tidligere er definert som komforten i behandlingen, f. eks. i forhold til bivirkninger.

”(...) I så tilfelle kunne vi benyttet forfinede teknikker. Mer raffinerte teknikker som kanskje ikke øker livslengden - men livskvaliteten. Bivirkningene kunne vært minimalisert. Man er ofte opptatt av kurativ eller ikke kurativ behandling, men et viktig aspekt er at livskvaliteten kan forverres av bivirkninger. Dette kunne man gjort noe med dersom man kunne brukt mer raffinerte metoder (...)” (sjefsstråleterapeuten)

I tillegg henviser flere av informantene til at man uten ressursmessige begrensninger ville kunne tatt bedre vare på pasientene som hele mennesker. Den kliniske behandlingen dekker bare en del av det behovet som kreftpasienter i dag har.

”Med ubegrensede midler kunne man økt livskvaliteten betydelig, man kan øke komforten, bo på enerom, gi tettere oppfølging - også sosialt og omsorgsmessig. Man kunne bedre tatt vare på pasientene som hele mennesker” (tillitsvalgt blant assistentlegene)

4.7 Oppsummering: Motivene bak prioriteringene - forholdet til studiens problemstilling og arbeidshypotese

Problemstillingen jeg forsøkte å finne svar på gjennom intervjuene ved den aktuelle kreftavdelingen dreide seg altså om hvilke typer motiver som lå bak de prioriteringene som ble.

Bak problemstillingen lå en søken etter et reflektert fokus på alle de valg og avveininger som ble gjort gjennom hektiske dager på en sykehusavdeling – vel og merke fra nøkkelpersonellets side. Målet med studien ble da en forståelse av de prioriteringskriterier og dilemma som her fant sted. Da data om dette ikke finnes eksplisitt i skrifts form på hver avdeling, ble samtaler

og intervjuer med helsepersonell i ledende stillinger ved avdelingen en arena – ikke bare for å samle inn data, men også for å produsere data i form av refleksjon, ettertanke og fokus på de mange hverdagslige, men like fullt vanskelige valg.

I utgangspunktet var det viktig for meg å sette ord på min egen forforståelse av problemstillingen. Det jeg forventet å finne ble beskrevet gjennom oppgavens arbeidshypotese om *de medisinske kriteriers forrang i møte mellom helsepersonellet på sykehusavdelingen og den enkelte pasient*.

Hypotesen ble i utgangspunktet begrunnet blant annet ut fra en mer normativ, konvensjonell forståelse omkring hva man kan forvente, nemlig en adekvat medisinsk vurdering, og den best mulig tilgjengelige behandling (jf pkt 2.2). I tillegg viste andre prosjekter/rapporter at hypotesen langt på vei kan ha noe for seg – man ønsker å hjelpe medisinsk, i mange tilfeller koste hva det koste vil. Rapporten fra Rokkansenteret der overleger ble intervjuet omkring erfaringene med utarbeiding av faglige veiledere for praktisering av prioriteringsforskriften i Helse Vest, var ett eksempel (Sveri 2006). Andre arbeider viser eksempler på det samme, nemlig at helsepersonell anser økonomiske og ressursmessige avveininger nærmest som en trussel mot faglige verdier og frihetsgrader, og dermed helst holder disse på en armlengdes avstand i møte med den enkelte pasient (Meland 1999:269, Handelshøjskolens Forlag).

I sum kan man vel si at informantene ved kreftavdelingen ikke hadde et like dogmatisk forhold til å holde avstanden mellom de medisinske og de ressursmessige avveiningene. Inntrykket var i stor grad en realistisk holdning til at alle ressurser har sine begrensninger og at disponeringer og prioriteringer i hverdagen ble sett på som en selvfølge. Også ut fra et yrkesetisk perspektiv hadde man et ansvar for å ta økonomiske og ressursmessige hensyn. I forhold til dyre livsforlengende behandlinger utalte en av informantene at de ikke hadde fått lov av sykehusledelsen å kutte ut et bestemt behandlingstilbud som kanskje kunne sies og ligge i et grenseland i forhold til hva som kunne forsvares som naturlig ressursbruk. I dette tilfellet var altså sykehusledelsen kanskje vel så romslig som personellet ved kreftavdelingen i forhold til å overholde Finansdepartementets anbefalte grense på 425.000 kroner for hvert vunnet leveår.

På den andre siden kan man si at personalet likevel oppfattet knapphetsgodene som en utfordring, og i noen tilfeller en begrensning for den daglige driften. Både hensynet til tid,

kompetanse, enkeltrum, sengeplasser og øvrige fasiliteter spilte inn i forhold til det tilbudet man anså seg i stand til å møte pasientene med. Legeforeningens bekymring i forhold til muligheten for å yte et godt faglig tilbud med pasienten i fokus (DNL, 2005:35), ble dermed i noen henseender også et relevant spørsmål ved kreftavdelingen. Spesielt ble det fremhevet at man i mange tilfeller ikke hadde nok tid til å informere og involvere pasientene tilstrekkelig i behandlingen. Dagens pasienter ble beskrevet som krevende: De vet mye, søker informasjon gjennom alternative kilder og har dermed et behov for å bli aktivt involvert i de vurderingene som gjøres.

Når det så gjelder selve kjernen i problemstillingen, så viste intervjuene fra kreftavdelingen et relativt klart bilde: Motivene som styrer de operasjonelle prioriteringene ved avdelingen dreier seg om medisinske hensyn og behov. Kurativ behandling prioriteres – ingen skal dø for tidlig som en følge av at de venter for lenge på behandling når diagnosen er klar. De samme prioriteringene gjør seg gjeldene også i de tilfeller der de helt klart går ut over de rammene som er satt: Man går ikke av vakt før jobben er gjort. Ledelsens mer administrative og strategiske arbeid settes til side og belaster heller fritiden eller overtidsbudsjettet enn å gå ut over pasienter som trenger hjelp – nå. Pasienter som trenger utstrakt behandling og pasienter med behov for krevende kurative behandlingsopplegg som kommer inn på slutten av et budsjettår, gir seg utslag i budsjettoverskridelser – vel og merke i samråd med sykehusledelsen.

Ut fra dette kan jeg med to ord svare på problemstillingen om hvilke motiver som styrer prioriteringene på avdelingen: Medisinske hensyn. Forholdet til denne studiens arbeidshypotese om *de medisinske hensyns forrang*, blir det samme – hypotesen kan langt på vei bekreftes.

Paradoksalt nok synes konklusjonen å kunne ta en litt annen vending dersom fokuset er hvilke følger den like fullt relevante ressursknappheten kan få. Intervjuene ved kreftavdelingen viste at noen områder helt klart gis en lavere prioritet enn det som ideelt sett kunne vært tilfelle – gitt en annen ressursituasjon. Ressursituasjonen ved kreftavdelingen ligger et godt stykke unna det som jeg i pkt. 4.6 har valgt å kalle *utopien* – den situasjonen man kunne hatt uten ressursmessige begrensninger.

Det faktum at alle de viktigste ressursene hadde sin begrensning, gav flere utslag ved kreftavdelingen. I tillegg til forhold som virker mer indirekte og langsiktig inn på det tilbudet som ytes pasientene (strategisk arbeid på avdelingen, arbeidsmiljøet, hensynet til faglig oppdatering etc.) ser man også andre forhold som innebærer mer direkte implikasjoner for den enkelte pasient.

Blant annet dreide dette seg om at man i enkelte tilfeller - ut fra hensynet til budsjettet, opererte med ventetid for pasienter som skulle inn til lindrende behandling. Kostnadene ble dermed flyttet til over nyttår – til nytt budsjettår. Dette ble av avdelingslederen beskrevet som et engangstilfelle. Like fullt er det et eksempel på at medisinske hensyn ikke alltid har den samme forrang når prioriteringer skal gjøres.

Når det gjelder de pasientene som var inne til lindrende behandling, ble det påpekt at disse kunne bli gitt en lavere prioritet enn de pasientene som var inne til kurativ behandling. Noen av disse pasientene led mens de ventet på behandling. Andre pasienter med behov for lindrende behandling kunne i noen tilfeller, ut fra et mer teknisk medisinsk synspunkt, like godt behandles f. eks. ved et lokalsykehus. Like fullt kunne dette oppleves som problematisk for pasienten. I møtet med et alvorlig sykdomsbilde ville de helst behandles av spesialister. Det siste tilfellet er dog ikke egnet som eksempel på at *medisinske* hensyn må vike, men hensynet til pasientens trygghet underveis ble muligens et offer for de ressursmessige omstendighetene.

Mer generelt ble det også påpekt at pasientene, både de som var inne til lindrende behandling og de som var inne i et kurativt behandlingsopplegg, i noen grad nok kunne oppleve at forhold som dreide seg om komfort og livskvalitet underveis i behandlingen ble påvirket av at man hadde en ressursituasjon som ikke alltid tillot det som kunne karakteriseres som det mest ideelle. Informantene gav også eksempler på at man i enkelte tilfeller valgte billigste løsning. Denne kunne gjerne være tilnærmet like god rent medisinteknisk, men medførte mindre komfort for pasienten. Et eksempel her er avveiningen mellom bruk av EPO kontra det å gi pasientene blodoverføring.

Ellers var kanskje det hyppigst nevnte momentet fra de fleste av informantene forholdet til *tid*. Begrenset tid gjør at samtalen med pasienten ikke blir så god som den kunne vært.

Pasientenes informasjonsbehov opplevdes større enn det man i hektiske hverdager greide å etterstrebe.

Flere argumenter kan altså bidra til å problematisere *hypotesen om de medisinske hensyns forrang*: For det første ser man at pasienter som skal gjennomføre lindrende behandling i noen tilfeller må vente og i andre tilfeller behandles på lokalsykehus. For det andre det faktum at komforten i behandlingen noen ganger veies opp mot kostnadene. I tillegg uttrykker helsepersonellet at de til tider må bortprioritere den gode samtalen med pasienten. Er disse argumentene egnet til å falsifisere hypotesen om de medisinske hensyns forrang?

Langt på vei ender man kanskje i så tilfelle opp med et spørsmål om definisjon på begrepet *medisinske hensyn og medisinske behov*. Er behovet for en mest mulig komfortabel behandling, god informasjon og mulighetene til å kjenne trygghet gjennom å bli behandlet av spesialister heller enn helsepersonell ved det lokale sykehuset for *medisinske hensyn* og regne?

En kan gjennom et slags analytisk kompromiss si at svaret på problemstillingen uansett vil bli den samme: Medisinske motiver styrer udiskutabelt prioriteringene – men det er like fullt snakk om *prioriteringer* - prioriteringer i form av at disposisjonene må rangeres. I denne rangeringen gjelder de medisinske hensyn tyngst – de har med andre ord forrang. Like fullt, når man har passert de øverste rangeringene som utvilsomt dreier seg om kurativ behandling, ser man at det i rangeringene som følger i større grad dreier seg om å finne medisinsk gode løsninger som også kan forsvares ut fra et mer helhetlig blick på ressursituasjonen ved avdelingen. Medisinske hensyn har klart forrang – men disse gjøres ikke i et vakum, de sees i lys av ressursituasjonen. Man gjør det som medisinsk sett er det beste – men stort sett innenfor de ressursene man disponerer over.

K I L D E R

Andersen, S. S. (1997): *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*, Fagbokforlaget

Borum, F. (2005): *Sygehuset – en omstridt institution* i Nordiske Organisasjonsstudier 2005 nr 2, Fagbokforlaget

Byrkjeflot, H./ Jespersen, P. K. (2005): *Ledelse og organisering i helsevesenet: endring og kontinuitet* i Nordiske Organisasjonsstudier 2005 nr 2, Fagbokforlaget

Dagens Medisin, uavhengig nyhetsavis for helsevesenet, nr. 1 2007

Den norske legeforening. Tidsskrift (2005): *Rom for faglighet*

Fossåskaret, E. m.fl (1997): *Metodisk feltarbeid – produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget

Gammelsæter, H./ Torjesen, D. O. (2005): *Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket* i Nordiske Organisasjonsstudier 2005 nr 2, Fagbokforlaget

Kjønstad, A./ Syse, A. (red) (1992): *Helseprioriteringer og pasientrettigheter* Ad Notam Gyldendal i Kjønstad, A./ Syse, A. (red) (2003): *Helseprioriteringer og pasientrettigheter* Pensumtjeneste, Universitetsbiblioteket i Oslo (utdrag; kap 1, 5, 6 og 7)

Lægreid, P./ Opedal, S./ Stigen, I. (2005): *Den norske sykehusreformen: Mer sentral politisk styring enn fristilling?* I Nordiske Organisasjonsstudier 2005 nr 2, Fagbokforlaget

Melander, P. (1999). *Økonomistyring og organisatorisk skizofreni- om fattige sprog, løse koblinger og onde sirkler*, i Zeuthen Bentsen m. f. (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. Handelshøjskolens Forlag

Postholm, M. B. (2005): *Kvalitativ metode – en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget

Ringdal, K. (2001): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Fagbokforlaget

St.prop. nr. 1 2006-2007: *Statsbudsjettet*

Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*, Fagbokforlaget

Sveri, T. (2006): *Prioritering innen spesialhelsetjenestene*, Rokkansenteret 2006

Thagaard, T. (2002): *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget

Vrangbæk, K./ Torjesen, D. O. (2005): *Sygehuslederes oppfattelse av ledelsesvilkår i Danmark og Norge* i Nordiske Organisasjonsstudier 2005 nr 2, Fagbokforlaget

Zeuthen Bentsen, E. m. f. (red.) (1999) *Når styringsambitioner møder praksis*.
Handelshøjskolens Forlag

Zeuthen Bentsen, E. (2003) *Lægelige ledere som institusjonelle entreprenører* i Borum F.
(red) *Ledelse i sygehusvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag

Intervju/samtaler:

- Overlege ved gynekologisk avdeling ved et lokalsykehus i Helseregion Nord (forprosjekt)
- Avdelingsoverlege ved den aktuelle kreftavdelingen (forprosjekt)
- Tillitsvalgt blant assistentlegene, Dr. Jon-Helge Angelsen, lege ved Harstad sykehus (forprosjekt)
- Telefonsamtale/intervju den 12.10.06 med Torgeir Sveri (ang. hovedkonklusjonen i Sveri T. 2006: *Prioritering innen spesialhelsetjenestene*, Rokkansenteret 2006)
- Intervju med følgende informanter ved den aktuelle kreftavdelingen:
 - Avdelingsoverlegen
 - Oversykepleieren
 - Stabskonsulenten
 - Sjefsstråleterapeuten
 - Tillitsvalgt blant assistentlegene

Forelesninger på classfronter :

Måseide, P. *Forelesninger HIBO, ME302s høsten 2005*, classfronter

Sandersen, H. *Forelesning HIBO, ME118s våren 2005 uke 4*, classfronter

Andre kilder, meddeleser

Sletnes, T. *e-post av 21.08.2006*. Den norske legeforening

Internett

Den norske legeforeningen (www.legeforeningen.no): *legekårsundersøkelsen 1993*

Den norske legeforeningen (www.legeforeningen.no): *legekårsundersøkelsen 2003*

Illustrasjonsbilde, forside

Guzzi, Paolo

Intervjuguide

Hva	Hvordan	Kommentarer
<i>Presentasjon av prosjektet/ masteroppgaven</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon av meg selv og av prosjektet/ masteroppgaven. Takker informantene for at de stiller opp til intervju • Tidsbruk: Samtalen kan ta ca 45 min • Notater: Jeg tar notater underveis. Alle notatene anonymiseres i det videre arbeidet (aktuelt ved etter ønske fra informanten) • Før intervjuet/samtalen starter noteres informantens stilling/funksjon ved avdelingen 	
<i>Spørsmål 1</i>	Hvilke type prioriteringer gjøres i avdelingen/på avdelingsnivå? Hvilke knapphetsgoder er relevante?	
<i>Spørsmål 2</i>	Har du synspunkter i forhold til hvilke motiver/hensyn som styrer prioriteringene på avdelingen?	
<i>Spørsmål 3</i>	Er det noen holdninger/ oppfatninger i forhold til prioriteringene i avdelingen hos andre (i ”systemet” eller i ”kulturen”) som du ikke deler?	
<i>Spørsmål 4</i>	Ser du noen utfordringer i forhold til å kunne gjøre det som du oppfatter som riktige prioriteringer?	
<i>Spørsmål 5</i>	Kan du fortelle litt om den siste vekten du hadde på avdelingen? (stikkord: ting man bruker for mye/lite tid på, utfordringer i forhold til ressursbruk eller annet)	
<i>Spørsmål 6</i>	<p>Har du noen gang opplevd at økonomi har spilt en rolle i forhold til hvilken behandling pasienten har fått? Skjer dette ofte?</p> <p>I en tenkt situasjon med ”ubegrensede” økonomiske ressurser – ville den medisinske behandlingen vært mye forskjellig fra det den er i dag? (I forhold til f. eks helbredelsesprosent eller levetid)</p>	
<i>Spørsmål 7</i>	Hva vil være det beste bidraget til det du oppfatter som riktige prioriteringer ved avdelingen?	

<i>Spørsmål 8</i>	Er det noe som helst som omfatter de tema som vi har snakket om som du føler du ikke har fått sagt gjennom denne samtalen?	
<i>Avslutning</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tusen takk for bidraget! • Informasjon om: <ul style="list-style-type: none"> - den videre gangen i forhold til bearbeiding av data (anonymisert) - muligheten til å trekke seg fra prosjektet - muligheten til å lese masteroppgaven 	