

# MELLOM FORANKRING OG FORANDRING

Om kvalitetsledelse i sykehus



**Hanne Farnes**

**Hovedfagsoppgave**

**Institutt for planlegging og lokalsamfunnsforskning**

**Universitetet i Tromsø**

**2006**

# **MELLOM FORANKRING OG FORANDRING**

## **Om kvalitetsledelse i sykehus**

Hanne Farnes



**Hovedfagsoppgave**

**Institutt for planlegging og lokalsamfunnsforskning**

**Universitetet i Tromsø**

**2006**

## FORORD

*Den sterke sykehuskulturen gjennomgår nå en revolusjonerende endring når det gjelder holdninger og adferd. Som alle revolusjoner volder også denne smerte og motstand.*

Dette uttalte en sykehusdirektør på 1990-tallet i en samtale som dreidde seg om innføring av kvalitetsledelse i helseinstitusjoner. Uttalelsen vekket undertegnedes interesse for å gjøre motstand mot kvalitetsledelse i sykehussektoren til tema for en hovedfagsoppgave. Etter flere år da yrkesaktivitet og politisk aktivitet har opptatt like mye av min tid som hovedfagsstudiet foreligger nå den påtenkte oppgaven. Rønningens og Solbergs artikler i Dagens Næringsliv nr. 179 av 6.-7. august 2005 indikerer at den kanskje har enda større aktualitet nå enn noen gang tidligere.

Flere instanser deler æren for at det som begynte som en uttalelse fra en sykehusdirektør nå har endt opp som en hovedfagsoppgave. Blant disse instansene er Den norske lægeforening og Legeforeningens Forskningsinstitutt, som har stilt rådata fra egne kvantitative undersøkelser til disposisjon i forbindelse med denne oppgaven. De neste instansene er sykehusdirektører, kvalitetskonsulenter, leger, sykepleiere og bioingeniører som gjennom kvalitative intervjuer har frembrakt materiale av vital betydning for samme oppgave. En øvrig instans er min ektefelle, Johan B. Siira, som gjennom diskusjoner har bidratt til å belyse hvordan den franske sosiologen Pierre Bourdieus begrepsapparat kan kobles til norsk sykehushverdag. De siste, men ikke minst viktige instansene er min veileder, dr. polit. og førsteamanuensis Torill Nyseth ved Universitetet i Tromsø, samt professor Nils Aarsæther ved samme universitet. Begge parter har kommet med innspill og krav som har satt preg på den foreliggende oppgaven.

Samtidig som jeg vil overbringe en stor takk til ovennevnte instanser, vil jeg dedisere oppgaven til min samfunnsbevisste sønn, Heljar Siira Farnes.

Tromsø, våren 2006

Hanne Farnes

# INNHold

<b>1. INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING</b> .....	7
<b>2. FORSKNINGSDESIGN OG METODE</b> .....	10
2.1. Teoretisk motivert hypoteseprøving .....	10
2.2. En komparativ case-studie .....	12
2.3. Valg av undersøkelsesenheter .....	14
2.4. Bruk av datakilder .....	17
2.4.1. Intervjuer .....	17
2.4.2. Observasjoner .....	18
2.4.3. Dokumenter .....	19
2.5. Vurdering av datamaterialet .....	20
2.5.1. Indre validitet .....	20
2.5.2. Reliabilitet .....	21
2.5.3. Ekstern validitet .....	21
2.5.4. Etikk .....	22
<b>3. TEORETISK TILNÆRMING</b> .....	24
3.1. Et instrumentelt perspektiv .....	24
3.1.1. Presentasjon av perspektivet .....	24
3.1.2. Forventninger om funn .....	25
3.2. Et maktfokusert perspektiv .....	26
3.2.1. Presentasjon av perspektivet .....	26
3.2.2. Forventninger om funn .....	28
3.3. Et institusjonelt perspektiv .....	28
3.3.1. Presentasjon av perspektivet .....	28
3.3.2. Forventninger om funn .....	30
3.4. Oppsummering .....	32
<b>4. DEN INSTITUSJONALISERTE STANDARD</b> .....	33
4.1. Et krysskulturelt og multiteoretisk konsept .....	33
4.2. Fra globalt konsept til lokalt system .....	36
<b>5. DET EMPIRISKE FELT</b> .....	38
5.1. Mellom plan og marked .....	38
5.2. Fra monokrati til polyarki .....	41
5.3. Paradeplass for profesjonelle .....	43
<b>6. KARAKTERISTIKK AV CASE-SYKEHUSENE</b> .....	46
6.1. Hafli sykehus .....	46
6.2. De øvrige sykehusene .....	48
<b>7. KONFRONTASJONEN MED KVALITETSKONSEPTET</b> .....	50
7.1. Trekk ved debatten om konseptet .....	50
7.1.1. Debattens forløp .....	50
7.1.1.1. Hafli sykehus .....	50
7.1.1.2. De øvrige sykehusene .....	54
7.1.1.3. Foreløpig oppsummering og analyse .....	55

## 7. KONFRONTASJONEN MED KVALITETSKONSEPTET, forts.

7.1. Trekk ved debatten om konseptet, forts.	
7.1.2. Debattens deltagere .....	57
7.1.2.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	57
7.1.2.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	60
7.1.2.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	61
7.1.3. Profesjonsutøvernes holdninger .....	63
7.1.3.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	63
7.1.3.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	69
7.1.3.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	71
7.1.4. Avdelingenes holdninger .....	73
7.1.4.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	73
7.1.4.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	77
7.1.4.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	78
7.2. Argumentene i debatten om konseptet .....	80
7.2.1. Misbruk av ressurser .....	80
7.2.1.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	80
7.2.1.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	83
7.2.1.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	84
7.2.2. En møte fra næringslivet .....	85
7.2.2.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	85
7.2.2.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	89
7.2.2.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	91
7.2.3. Har alltid drevet kvalitetsforbedring .....	92
7.2.3.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	92
7.2.3.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	96
7.2.3.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	98
7.2.4. Kan velge implementeringsform .....	99
7.2.4.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	99
7.2.4.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	100
7.2.4.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	101
7.3. Utfyllende forklaringer på debatten om konseptet .....	103
7.3.1. Markedsføring og mulighet for medvirkning .....	103
7.3.1.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	103
7.3.1.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	104
7.3.1.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	106
7.3.2. Kvalitetsavdelingenes kompetansenivå .....	108
7.3.2.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	108
7.3.2.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	109
7.3.2.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	110
7.3.3. Kaskadeopplæring i kvalitetsarbeid .....	111
7.3.3.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	111
7.3.3.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	112
7.3.3.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	113
7.3.4. Forvirring om formål .....	114
7.3.4.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	114
7.3.4.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	116
7.3.4.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	116

<b>7. KONFRONTASJONEN MED KVALITETSKONSEPTET, forts.</b>	
7.3. Utfyllende forklaringer på debatten om konseptet, forts.	
7.3.5. Registrering av resultater .....	118
7.3.5.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	118
7.3.5.2. <i>De øvrige sykehusene</i> .....	120
7.3.5.3. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	122
7.3.6. Samkjøring med strukturell omstilling .....	123
7.3.6.1. <i>Hafli sykehus</i> .....	123
7.3.6.2. <i>Foreløbig oppsummering og analyse</i> .....	126
7.4. Oppsummering og konklusjoner.....	127
<b>8. EN ALTERNATIV TILNÆRMING.....</b>	<b>135</b>
8.1. Kapital.....	135
8.1.1. Bourdieus kapitalbegrep .....	135
8.1.2. Kapitalbegrepet anvendt i en sykehuskontekst.....	136
8.2. Felt.....	137
8.2.1. Bourdieus feltbegrep.....	137
8.2.2. Feltbegrepet anvendt i en sykehuskontekst.....	139
8.3. Habitus.....	140
8.3.1. Bourdieus habitusbegrep.....	140
8.3.2. Habitusbegrepet anvendt i en sykehuskontekst .....	141
<b>9. EN ALTERNATIV TOLKNING.....</b>	<b>143</b>
9.1. Ad debattens forløp.....	143
9.2. Ad debattens deltagere.....	144
9.3. Ad profesjonsutøvernes holdninger .....	144
9.4. Ad avdelingenes holdninger .....	145
9.5. Ad argumenter og utfyllende forklaringer .....	145
9.6. Oppsummering og konklusjon.....	145
<b>10. AVSLUTNING OG TEORIVURDERING .....</b>	<b>146</b>
<b>LITTERATUR .....</b>	<b>150</b>
<b>ANDRE DOKUMENTER .....</b>	<b>165</b>

# KAPITTEL 1

## INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

Dagens samfunn preges av økende globalisering eller tendens til at verden blir ett sted<sup>1</sup>. Globaliseringen medfører at ulike organisasjoner i ulike land tar i bruk samme oppskrifter på utforming av organisasjoner, og følgelig blir mer homogene (DiMaggio og Powell 1991a, 1991b; Meyer og Rowan 1977/1991)<sup>2</sup>. Oppskrifter som representerer sosialt skapte konvensjoner for god organisering og derfor søkes adoptert av flere organisasjoner, kalles institusjonaliserte standarder (Moldenæs 1999; Røvik 1992a, 1992b, 1998).

En institusjonalisert standard med betydelig utbredelse i 1990-årene (Røvik 1998) og begynnelsen av 2000-tallet (Aune 2000; Strand 2001) er total kvalitetsledelse (TKL), her betegnet som kvalitetsledelse<sup>3</sup>. Dette konseptets hovedbudskap kan uttrykkes slik: Organisasjonens kunder eller brukere, som man kaller det i helsevesenet<sup>4</sup>, er de overordnede instanser som all autoritet og alle viktige signaler utgår fra. Ergo må ledelsen skaffe seg kunnskap om kundenes eller brukernes ønsker samt tilfredsstille deres behov så effektivt og lønnsomt som mulig. Dette skal gjøres ved engasjert og kontinuerlig arbeid for å bedre kvaliteten på produkter og tjenester i samtlige funksjonelle deler og samtlige prosesser i organisasjonen (Andrésdóttir m.fl. 1998; Røvik 1998)<sup>5</sup>.

Kvalitetsledelse er introdusert i norsk helsevesen ved at Norge har tilsluttet seg Verdens helseorganisasjons (WHOs) strategidokument "Helse for alle". Som følge av denne tilslutningen har Sosial- og helsedepartementet (SHD) frembrakt et eget norsk strategidokument

---

<sup>1</sup> Jfr. Albrow (1990:9), som uttrykker at globalisering refererer til de prosesser "...by which the people of the world are incorporated into a single world society, a global society". Dette er for øvrig en definisjon som siteres av blant annet Moldenæs (1999), Nederveen Pieterse (1995) og Røvik (1998).

<sup>2</sup> Med organisasjon menes et sosialt system som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål (Etzioni 1982; Jacobsen og Thorsvik 1997). Et sosialt system er definert som et sett av forholdsvis tette og varige relasjoner mellom sosiale aktører med et felles fokus for samhandlingen og en felles problemforståelse som medfører et visst indre samhold (Martinussen og Høibraaten 1993).

<sup>3</sup> Denne betegnelsen er i tråd med begrepsbruken til Andrésdóttir m.fl. (1998).

<sup>4</sup> I sykehusorganisasjonen skiller man mellom eksterne og interne brukere. Eksterne brukere er pasienter, pårørende, primærhelsetjenesten, myndighetene som sykehuseiere og premissleverandører m.fl.. Interne brukere er avdelinger innen organisasjonen (Andrésdóttir m.fl. 1998; Kyrkjebø 1998; Schreiner 1997).

med tittelen ”Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten”<sup>6</sup>. I sistnevnte dokument er det satt som mål at enhver helseinstitusjon skal etablere et helhetlig kvalitetsystem. Dette er et system for å sikre at institusjonens medarbeidere oppfyller krav fra myndighetene og andre brukere av virksomheten, samt krav som virksomheten stiller til seg selv (Andrésdóttir m.fl. 1998; Arntzen 2002; Kyrkjebø 1998; Schreiner 1997)<sup>7</sup>.

Under forberedelsene til utgivelsen av omtalte norske strategidokument søkte sentrale helsemyndigheter samarbeid med aktuelle fagforeninger om etablering av helhetlige kvalitetssystemer eller kvalitetsledelse i helseinstitusjonene. Dette medførte at myndighetene og Den norske lægeforening i 1992 opprettet et fond for kvalitetssikring av institusjonsbaserte helsetjenester<sup>8</sup>. Styret for fondet vedtok at fondsmidler bevilges primært til prosjekter som ventes å kunne fremme innføring av kvalitetsledelse i flere helseinstitusjoner (Brun 1993; Kyrkjebø 1998)<sup>9</sup>.

Fondsstyret valgte selv å initiere et slikt prosjekt med en varighet på tre år. Dette gjorde styret ved å spørre fylkeshelsesjefene om hvilke sykehus de ville anbefale som pionérer for implementering av kvalitetsledelse<sup>10</sup>. Direktørene ved de foreslåtte sykehus ble så invitert til å søke om midler fra omtalte fond til å introdusere kvalitetsledelse i de respektive institusjoner. For å kunne søke, måtte de bevilge en sum til gjennomføring av kvalitetsledelse som tilsvarte søknadsbeløpet. De måtte også forplikte seg til å motta bistand med gjennomføringen fra konsulentfirmaer som fondsstyret kunne godkjenne. Videre måtte de påta seg å rapportere om erfaringene med kvalitetsarbeidet i sykehusene på halvårlige

---

<sup>5</sup> Med kvalitet menes et produkts eller en tjenestes helhet av egenskaper som vedrører produktets eller tjenestens evne til å tilfredsstille krav eller behov. (Internasjonal Standardiseringsorganisasjons og Norsk Standards definisjon, her gjengitt etter Kyrkjebø 1998).

<sup>6</sup> Sosial- og helsedepartementet (SHD) samt Statens helsetilsyn frembrakte dokumentet ”Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten” i februar 1995. Dette fremgår av selve dokumentet. SHD ble opprettet i 1913 som Sosialdepartementet, og betegnet som SHD fra 1993 (jfr. Henriksen og Tvedt 1996). Det ble delt i to departementer med betegnelsene Sosialdepartementet og Helsedepartementet 1. januar 2002 (jfr. Statsministerens kontors ”Pressemelding. Endringer i departementene” av 21. desember 2001).

<sup>7</sup> At et helhetlig kvalitetssystem skal sikre oppfyllelse av krav fra myndighetene betyr at det skal inkludere et internkontrollsystem. Sistnevnte type system skal finnes i enhver helseinstitusjon, ifølge lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten, § 3.

<sup>8</sup> Jfr. Sosialdepartementets ”Forslag til nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten” av mai 1993, SHDs ”Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten” av februar 1995, Brun (1993), Kyrkjebø (1998) og Øvretveit (1996).

<sup>9</sup> Styret for fondet kalles også fondsutvalg. Det består av to representanter fra departementet med ansvar for helsesaker, to representanter fra Kommunenes Sentralforbund (KS) og tre representanter fra legeforeningen (Brun 1993; Fauli 1994).

<sup>10</sup> De norske fylkeshelsesjefstillingene ble inndratt da staten overtok alle offentlige sykehus m.m. 1. januar 2002 (jfr. SHDs ”Sykehusreformen” av 2002).



møter mellom representanter for de institusjoner som ville få fondsmidler (Fauli 1994; Kirschner 1998)<sup>11</sup>.

I 1993 mottok fondsstyret søknader om midler til implementering av kvalitetsledelse fra de fylkeskommunale sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann<sup>12</sup>. Styret innvilget søknadene fra de tre førstnevnte institusjonene, som utgjør et stort, et mellomstort og et lite sykehus<sup>13</sup>. De tre andre institusjonene fikk søknadene avslått, men valgte likevel å satse på innføring av kvalitetsledelse. Derfor ble de tilbudt å delta på de halvårlige møtene som ville arrangeres for de stønadsberettigede sykehusene i prosjektperioden, og takket ja til dette (Fauli 1994; Kirschner 1998)<sup>14</sup>.

Ved prosjektperiodens utløp i 1995 engasjerte fondsstyret en professor fra Den Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg til å evaluere kvalitetsarbeidet i de omtalte seks sykehusene. Hans beskrivende undersøkelse viser at de alle erfarer passiv eller aktiv motstand fra en rekke ansatte mot innføringen av kvalitetsledelse (Øvretveit og Aslaksen 1999)<sup>15</sup>.

Den beskrivende undersøkelsen inviterer til å utdype hvorfor ansatte med forankring i ulike profesjoner og avdelinger i nevnte institusjoner motsetter seg de forandringer som adopsjon av kvalitetsledelse innebærer<sup>16</sup>. Dette vil jeg søke å belyse i den foreliggende studien. Følgelig blir studiens problemstilling et spørsmål om hva som kan forklare motstanden mot kvalitetsledelse i sykehus.

---

<sup>11</sup> I tillegg til oppgitte kilder bygger disse opplysningene på intervju med sekretæren for fondsstyret i 1999.

<sup>12</sup> Her er det valgt å bruke fiktive navn på sykehusene. Dette skyldes ikke primært en intensjon om å skjule deres identitet, noe som da også synes vanskelig etter publisiteten rundt omtalte fondsstyres virksomhet (jfr. Øvretveit og Aslaksen 1999). Valget må snarere tilskrives et ønske om å løfte oppmerksomheten et stykke vekk fra de konkrete institusjoner og over på temaet kvalitetsledelse i sykehus (jfr. Giertsen 2000; Yin 1994).

<sup>13</sup> Hafli sykehus har et årsbudsjett på ca. 2.500 mill. kr., omkring 1.100 senger og 4.250 hele stillinger. Hiltun sykehus har et årsbudsjett på ca. 500 mill. kr., omkring 270 senger og 800 hele stillinger. Hosem sykehus har et årsbudsjett på ca. 43 mill. kr., omkring 50 senger og 140 hele stillinger. Dette fremgår av sykehusenes årsmeldinger for 1999.

<sup>14</sup> I tillegg til oppgitte kilder bygger disse opplysningene på intervju med sekretæren for fondsstyret i 1999.

<sup>15</sup> I en beskrivende undersøkelse konsentrerer forskeren seg om å gi en mest mulig nøyaktig beskrivelse av ulike trekk ved det som studeres (Hellevik 1994; Yin 1994). Passiv motstand er å forstå som ikke-handling, aktiv motstand som verbal opposisjon (jfr. Moldenæs 1999, som viser til Lohrum 1996).

<sup>16</sup> En profesjon kan forstås som et yrke der man benytter ekspertkunnskap til å løse menneskelige problemer for individer eller grupper (Abbott 1988; Hernes 2002a). Profesjonsbegrepet blir nærmere omtalt i kapittel 5.3.

## KAPITTEL 2

### FORSKNINGSDESIGN OG METODE<sup>17</sup>

#### 2.1. TEORETISK MOTIVERT HYPOTESEPRØVING

Som nevnt består min problemstilling av et spørsmål om hva som kan forklare motstanden mot innføring av kvalitetsledelse i sykehus. Etablert organisasjonsteori kan sies å ha tre perspektiver som tilbyr forklaringer på opposisjon mot reformer av denne art (Chin og Benne 1985; Nylehn 1997; Strand 2001)<sup>18</sup>. Første perspektiv er instrumentelt. Det tilsier at motstanden skyldes ledelsens mangelfulle planlegging og implementering av reformen, og følgelig også medarbeidernes svake kunnskaper om hvorfor og hvordan de skal forandre seg. Neste perspektiv er maktfokusert. Det indikerer at motstanden oppstår fordi reformen vil gi enkelte mer makt og dermed større adgang til ressurser eller realisering av egne interesser og mål på bekostning av andre. Tredje perspektiv er institusjonelt. Det tilsier at motstanden oppstår fordi reformen er uforenlig med innarbeidet praksis, normer og verdier i organisasjonen, samt uten betydning for organisasjonens legitimitet og overlevelse (Chin og Benne 1985; Gulbrandsen 1978; Jacobsen og Thorsvik 1997; Nylehn 1997; Røvik 1998; Strand 2001)<sup>19</sup>. I foreliggende studie vil jeg undersøke hvorvidt disse perspektivene og de hypoteser de impliserer er egnet til å beskrive bakgrunnen for motstanden mot kvalitetsledelse i sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann<sup>20</sup>.

For å legitimere hypoteseprøvingen, vil jeg vise til formålet med organisasjonsteorien. Denne vitenskapen skal til enhver tid gi plausible forklaringer på sosiale fenomener i organisasjoner, og tilsvarende forutsigelser om slike fenomener ved intervensjoner i organisasjonene. Dette gjelder uansett om man anser vitenskapen for å utvikles kumulativt, altså

---

<sup>17</sup> Et forskningsdesign kan forstås som en overordnet fremgangsmåte for å besvare et vitenskapelig spørsmål (Churchill 1991; Yin 1994).

<sup>18</sup> Organisasjonsteori er vitenskapen om organisasjoner (Kalleberg 1993a). Et perspektiv er en begrepsmessig ramme som samler beslektede teorier eller antagelser om hvordan forhold i virkeligheten henger sammen (Jacobsen og Thorsvik 1997; Moldenæs 1999; Scott 1998). Reform kan forstås som bevisst forandring av en organisasjons form, struktur, arbeidsmåte eller ideologi i den hensikt å bedre organisasjonens adferd og resultat (Brunsson og Olsen 1990).

<sup>19</sup> En norm er en formell eller uformell regel for hvordan noen skal eller bør handle (Engelstad 1997). Verdier kan forstås som etterstrevelsesverdige adferdsmønstre eller tilstander (Engelstad 1993).

<sup>20</sup> En hypotese er et utsagn om en antatt sammenheng mellom to eller flere begreper eller variabler (Grønmo 1997a). Med variabel menes kjennetegn eller egenskap ved enheter i en populasjon (Mastekaasa 1997).

ved å gi stadig mer fullstendig erkjennelse (jfr. Popper 1959/1968), eller ved at paradigmer med ulike grunnidéer avløser hverandre (jfr. Kuhn 1962) (Jacobsen og Thorsvik 1997; Martinussen 1994)<sup>21</sup>.

Videre vil jeg vise til at dagens samfunn gjennomgår en rekke transformerende prosesser med implikasjoner for organisasjoner. Et eksempel på en slik prosess er den omtalte, økende globaliseringen. Nok et eksempel er noe som utgjør en forutsetning for den stadig større orienteringen mot globale forhold, nemlig rask spredning av informasjon. Denslags utviklingsforløp gjør at flere mener vi nå befinner oss i en overgang mellom modernisme og postmodernisme<sup>22</sup>. For å underbygge dette, fremheves tankegods fra Michel Foucault, Jürgen Habermas, Pierre Bourdieu og Anthony Giddens m.fl. (Alvesson og Deetz 1996; Erichsen 1996a; Strand 2001; Therborn 1995).

Omtalte formål med organisasjonsteorien samt transformasjon av samfunn og organisasjoner anses for å legitimere en prøve på etablerte organisasjonsteoretiske perspektivers forklaringssevne.

Som tilkjennegitt favner etablerte organisasjonsteoretiske perspektiver et begrenset sett av aspekter ved menneskelig samhandling, mens organisasjonene blir mer komplekse (jfr. også Nylehn 1997). Ergo kan prøvingen av perspektivenes kraft til å forklare motstanden mot kvalitetsledelse i sykehus vise at ingen perspektiver gir uttømmende redegjørelse for nevnte empiriske fenomen. I så fall er det to fremgangsmåter jeg vil benytte for å søke en fullstendig forståelse av fenomenet (jfr. Jacobsen og Thorsvik 1997). For det første vil jeg gå over fra å betrakte perspektivene som konkurrerende (jfr. Burrell og Morgan 1979) til å oppfatte dem som komplementære (jfr. Bolman og Deal 1991). Nærmere bestemt vil jeg se hvorvidt de sammen gir en dekkende tolkning av omtalte fenomen. For det andre vil jeg

---

<sup>21</sup> Med paradigme menes et dominerende tenke- og handlingsmønster for vitenskapelig virksomhet eller annen aktivitet (Aune 2000; Martinussen 1994).

<sup>22</sup> Her brukes begrepet modernisme for å favne forestillinger om det moderne samfunn eller industrisamfunnet. Tilsvarende brukes begrepet postmodernisme for å dekke oppfatninger om det postmoderne samfunn eller samfunnstilstanden etter at industrisamfunnet har nådd sitt høydepunkt. Det moderne samfunn regnes for å være preget av følgende forhold: 1. Spesialisering. 2. Allmenn kunnskap. Allmenne normer. 3. Industriprodukter. 4. Fremtid som planlegges. Vekst, forbedring. 5. Hierarkiske, spesialiserte organisasjoner. 6. Identitet etter prestasjon/yrke. Funksjonell lokalisering. 7. Rolle: Produsent. Tilsvarende regnes det postmoderne samfunn for å være preget av følgende forhold: 1. Skiftende tilhørighet. 2. Rask informasjons-spredning. Blandede og konkurrerende normer. 3. Tegn, språk. 4. Nåtid og fremtid søkes konstruert. Fingradert måling av tid. Delvis frikobling mellom avstand og tidsbruk. 5. Nettverk, skiftende partnerskap. Organisasjoner av kompetanser som kombineres og rekombineres. 6. Identitet som konstrueres. Ubestemt lokalisering. Rommets betydning radikalt redusert. 7. Rolle: Konsument (Strand 2001).

finne et perspektiv som intenderer å favne flere sider ved menneskelig samhandling, og prøve om dette gir helhetlig innsikt i fenomenet.

Et perspektiv med en slik intensjon er den omtalte sosiologen Pierre Bourdieus konstruktivistiske strukturalisme<sup>23</sup>. Dette er opprinnelig utviklet med referanse til samfunnsnivå, ikke til organisasjoner (Bourdieu 1987, 1990a). Begrepsmessige rammeverk med henvisning til nevnte nivå kan dog være fruktbare i analyser av organisasjoner, ettersom både samfunn og organisasjoner er sosiale systemer (Moldenæs 1999; Thorleifsson 1998)<sup>24</sup>. Bourdieus betraktninger har da også gitt fyllestgjørende forklaring på opposisjonen mot en endring analog med innføring av kvalitetsledelse i en virksomhet som i likhet med sykehuset utgjør en ekspertorganisasjon<sup>25</sup>. Ergo vil jeg være parat til å prøve hvorvidt en bourdieusiansk tilnærming kan gi fullstendig forståelse av motstanden mot kvalitetsledelse i sykehus.

Ellers understreker jeg at prøvingen av ulike perspektivers kraft til å forklare denne motstanden ikke bare er teoretisk, men også praktisk motivert. Ved å søke en teoretisk redegjørelse for nevnte fenomen ønsker jeg å frembringe innsikt som kan anvendes når kvalitetsledelse skal implementeres i sykehussektoren (jfr. Andersen 1997b; Baklien 1985; Brox 1995; Damgaard 1989; Egeberg 1989; Jacobsen og Thorsvik 1997; Røvik 1991; Saxi 1996)<sup>26</sup>.

## 2.2. EN KOMPARATIV CASE-STUDIE

Min problemstilling og intensjon om hypoteseprøving gjør det naturlig å velge en case-studie som forskningsstrategi (jfr. Andersen 1990, 1997b; Eisenhardt 1989; Lijphart 1971, 1975; Yin 1994)<sup>27</sup>. Den foreliggende studien representerer da også en slik strategi. Dette

---

<sup>23</sup> Som konstruktivistisk angir perspektivet at verden kjennetegnes ved generer der sosiale strukturer bidrar til å forme aktørenes virkelighetsforståelse og handlingstilbøyelighet eller habitus, og der habitus bevirker reproduksjon og endring av strukturene. Betegnelsen strukturalisme refererer til perspektivets postulat om at verden består av strukturer som kan påvirke eller tvinge menneskene til handling. Ved å forutsette at individene dels er bundet av strukturer og dels handler selvstendig vil perspektivets opphavsmann belyse tilsynelatende uforklarlige sider ved menneskelig samhandling (Bourdieu 1987, 1990a; Callewaert 1996; Hjellbrekke 1997a; Jenkins 1992; Jenssen 1997; Moe 1995).

<sup>24</sup> Hva som menes med et sosialt system fremgår av note 2.

<sup>25</sup> Jfr. Sirnes (1998) sin analyse av konflikten rundt en videregående skoles overgang til høyskole. En ekspertorganisasjon kjennetegnes først og fremst ved at den har komplekse arbeidsoppgaver, og følgelig også mange medarbeidere med høy fagkompetanse (Strand 2001).

<sup>26</sup> Som tidligere nevnt er det et nasjonalt mål at kvalitetsledelse skal implementeres i norske sykehus. Flere instanser satser på økt kunnskap for å nå dette målet (Eskerud m.fl. 2001).

<sup>27</sup> Mens et forskningsdesign kan forstås som en overordnet fremgangsmåte for å besvare et vitenskapelig spørsmål, kan en forskningsstrategi oppfattes som en mer detaljert fremgangsmåte for å besvare samme spørsmål (Yin 1994).

skyldes flere forhold. Første forhold er at studien dreier seg om en empirisk undersøkelse av et fenomen i dets egen kontekst<sup>28</sup>, nærmere bestemt min egen undersøkelse av motstanden mot kvalitetsledelse i sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann. Øvrige forhold er at studien omfatter mange variabler og benytter flere datakilder, samt baseres på en datainnsamling og analyse som begge er styrt av teoretiske antagelser (jfr. Yin 1994)<sup>29</sup>.

Den foreliggende studien representerer ikke bare en case-studie, men også en komparativ eller multipl case-studie. Dette skyldes at den dreier seg om å sammenligne ett og samme fenomen i flere kontekster, nærmere bestemt håndteringen av kvalitetsledelse i seks sykehus (jfr. Andersen 1997b; Roll-Hansen 1993; Yin 1994).

Hovedbegrunnelsen for å gjennomføre en komparativ case-studie er at en slik studie regnes for å kunne gi robuste resultater. Det er dog en kjensgjerning at en slik studie kan kreve betydelige ressurser om samtlige studieobjekter skal vies like mye oppmerksomhet (Andersen 1997b; Damgaard 1989; Kjeldstadli 1988; Lijphart 1971; Yin 1994). Kjeldstadli (1988) tar derfor til orde for å bruke ett studieobjekt som hovedstudieobjekt og resten som hjelpestudieobjekter. Denne anbefalingen er fulgt i den foreliggende studien.

I denne studien er det motstanden mot kvalitetsledelse i Hafli sykehus som utgjør hovedstudieobjektet. Årsaken er at jeg besitter både kvalitative og kvantitative data om dette forholdet<sup>30</sup>, noe som regnes for å gi undersøkelsen av dette forholdet et fortrinn med hensyn til indre validitet og reliabilitet (jfr. Guba og Lincoln 1981; Merriam 1994)<sup>31</sup>. Tilfellene av motstand mot kvalitetsledelse i sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann utgjør hjelpestudieobjekter. Det er hovedsakelig kvalitative data jeg har om disse forholdene<sup>32</sup>.

---

<sup>28</sup> Å undersøke et fenomen i dets egen kontekst representerer motsetningen til å foreta et eksperiment, der et fenomen bevisst skiller fra egen kontekst (Yin 1994).

<sup>29</sup> Definisjonen av en variabel står i note 20.

<sup>30</sup> De kvalitative data ble innsamlet dels av en professor o.a. i 1995, 1996, 1997 og 1998, dels av meg selv i 1999 (jfr. Haukanes og Wolstad 1996; Kirschner 1998; Trones m.fl. 1998; Øvretveit 1996; Øvretveit og Aslaksen 1999). Omtalte kvantitative data ble innsamlet av Legeforeningens Forskningsinstitutt i 1996 og 1998 (jfr. instituttets brev av 3. august 1999 med vedlegg).

<sup>31</sup> Indre validitet og reliabilitet blir omtalt i de påfølgende kapitlene 2.5.1 og 2.5.2.

<sup>32</sup> Disse data ble innsamlet dels av en professor o.a. i 1995, 1996, 1997, 1998 og 1999, dels av meg selv i 1999 (jfr. Haukanes og Wolstad 1996; Hopen m.fl. 1997; Kirschner 1998; Lippestad og Kjekshus 1999; Midtbø 1998; Trones m.fl. 1998; Ugland 1998; Øvretveit 1996; Øvretveit og Aslaksen 1999).

### 2.3. VALG AV UNDERSØKELSESENHETER

I komparative case-studier er det vanlig å benytte strategisk utvelgelse av enheter og eventuelle subenheter som skal undersøkes. Dette betyr at valgene faller på enheter som antas å kunne styrke innsikten i de fenomener som skal belyses, blant annet gjennom en viss variasjon (Andersen 1997b; Churchill 1991; Enderud 1986; Halvorsen 1987; Kjeldstadli 1988; Martinussen 1994; Merriam 1994; Yin 1994).

Også i denne studien er en slik utvelgelse benyttet. Sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann er valgt som undersøkelsesenheter nettopp fordi de vurderes som velegnede til å øke forståelsen for motstanden mot kvalitetsledelse blant sykehusansatte. Denne vurderingen har tre årsaker. Første årsak er at nevnte institusjoner utgjør de av landets 84 offentlige sykehus som har lengst erfaring med kvalitetsledelse og motstand mot dette konseptet<sup>33</sup>. Neste årsak er at disse institusjonene kan tilby longitudinelle data om deres håndtering av kvalitetsledelse<sup>34</sup>. Tredje årsak er at institusjonene varierer med henblikk på regional tilhørighet<sup>35</sup>, størrelse<sup>36</sup> og økonomisk støtte til innføring av kvalitetsledelse<sup>37</sup>.

Ved hvert sykehus har jeg valgt å undersøke administrasjonen. Dette har jeg gjort primært gjennom å intervjuer direktøren eller en annen toppleder utpekt av direktøren samt en

---

<sup>33</sup> Jfr. foregående kapittel 1 samt at institusjonene fortsatt arbeider med å implementere kvalitetsledelse og møter en viss motstand mot dette. Sistnevnte fremgår av min datainnsamling ved institusjonene i 1999 og mine telefoniske henvendelser til kvalitetskonsulentene der like før trykking av foreliggende hovedfagsoppgave. Antall offentlige sykehus er hentet fra SHDs "Sykehusreformen" av 2002.

<sup>34</sup> Longitudinelle data er opplysninger om fortidige forhold innsamlet på mer enn ett tidspunkt. Slike data antas å gi sikrere informasjon enn retrospektive data, dvs. opplysninger om fortidige forhold innsamlet på ett enkelt tidspunkt (Gåsdal 1997). Longitudinelle data om de omtalte institusjoners håndtering av kvalitetsledelse finnes bl.a. ved å sammenstille Haukanes og Wolstad (1996), Hopen m.fl. (1997), Kirschner (1998), Lippestad og Kjekshus (1999), Midtbø (1998), Trones m.fl. (1998), Ugland (1998), Øvretveit (1996), Øvretveit og Aslaksen (1999) samt Legeforeningens Forskningsinstitutt sitt brev av 3. august 1999 med vedlegg.

<sup>35</sup> De seks institusjonene tilhørte seks forskjellige fylkeskommuner da de begynte å innføre kvalitetsledelse i 1993. Institusjonene ble organisert i ulike regionale helseforetak da staten overtok alle offentlige sykehus m.m. 1. januar 2002 (jfr. SHDs "Sykehusreformen" av 2002). Organisasjoner med forskjellige omgivelser kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Easton 1953, 1965; Jacobsen og Thorsvik 1997; Kalleberg 1993b; Mikalsen 1998; Repstad 1997; Thorsvik 1985).

<sup>36</sup> Jfr. note 13. Sagdal sykehus har et årsbudsjett på ca. 800 mill. kr., omkring 500 senger og 1.580 hele stillinger. Sebakk sykehus har et årsbudsjett på ca. 1.500 mill. kr., omkring 800 senger og 2.750 hele stillinger. Sivann sykehus har et årsbudsjett på ca. 900 mill. kr., omkring 530 senger og 2000 hele stillinger. Dette fremgår av sykehusenes årsmeldinger for 1999. Organisasjoner med forskjellig størrelse kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Eng 1991; Jacobsen 1998; Nylehn 1997; Repstad 1997; Tronsmo 1998).

<sup>37</sup> Jfr. foregående kapittel 1. Organisasjoner med forskjellige ressurser kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Kjellberg og Reitan 1995; Repstad 1997; Thorsvik 1985; Van Horn og Van Meter 1977; Van Meter og Van Horn 1975).

kvalitetskonsulent<sup>38</sup>. De informantene jeg dermed har fått ventes å kunne øke forståelsen for motstanden mot kvalitetsledelse blant sykehusansatte av tre grunner. Den første grunnen er at det var toppledere som initierte innføringen av kvalitetsledelse i institusjonene (Øvretveit og Aslaksen 1999). Neste grunn er at toppledere og kvalitetskonsulenter rapporterte om erfaringene med kvalitetsarbeidet i institusjonene gjennom flere år (Kirschner 1998; Øvretveit og Aslaksen 1999). Tredje grunn er at toppleder og kvalitetskonsulent har forskjellige posisjoner i det administrative hierarkiet ved den enkelte institusjon<sup>39</sup>.

Ved hvert sykehus har jeg også valgt å undersøke helsefaglige avdelinger, nærmere bestemt medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling, psykiatrisk avdeling, operasjonsavdelingen og klinisk-kjemisk avdeling<sup>40</sup>. Dette har jeg gjort primært gjennom å intervjuer en lege og en sykepleier ved hver av de tre førstnevnte avdelingene, en sykepleier ved hver operasjonsavdeling samt en lege og en bioingeniør ved hver klinisk-kjemisk avdeling<sup>41</sup>. Jeg har valgt å intervjuer leger, sykepleiere og bioingeniører med erfaring fra både administrativt og direkte brukerrettet arbeid under innføringen av kvalitetsledelse. De informantene jeg dermed har fått ventes å kunne øke forståelsen for motstanden mot kvalitetsledelse blant sykehusansatte av fire grunner. Den første grunnen er at de representerer avdelinger som utøver sykehusenes kjerneaktiviteter (jfr. Hjulstad 1989; Kalleberg 1993e; Mikalsen 1998), men har forskjellige arbeidsformer<sup>42</sup> og primærbrukere<sup>43</sup>. Neste grunn er at de representerer

---

<sup>38</sup> Direktøren ved Sebak sykehus utpekte sjefsykepleier til å gi mesteparten av intervjuet fra toppledelsens side, og direktøren ved Sivann sykehus utpekte sjeflegen til å gjøre det samme. Med kvalitetskonsulent menes innehaver av en stilling som står i stab til direktøren, og er tillagt rådgivning i kvalitetssspørsmål for hele sykehuset.

<sup>39</sup> Toppleder befinner seg i linjeposisjon, dvs. at vedkommende har myndighet til å fatte beslutninger. Kvalitetskonsulent befinner seg i stabsposisjon, dvs. at vedkommende har rådgivende myndighet (jfr. Hjulstad 1989; Kalleberg 1993c, 1993d; Scott 1998; Sundbo 1997). Personer med forskjellige posisjoner kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Bang 1999; Gjone og Aagard 1991; Øvretveit 1998).

<sup>40</sup> Hosem sykehus har ikke psykiatrisk avdeling. Dette fremgår av sykehusets årsmelding for 1999.

<sup>41</sup> Hosem sykehus sin klinisk-kjemiske avdeling har ikke egen lege. Dette fremgår av sak 83/97A fra fylkestinget i Vestfold.

<sup>42</sup> Medisinsk avdeling undersøker pasienter med tanke på somatiske tilstander som krever medikamentell behandling, og behandler dem deretter. Kirurgisk avdeling undersøker pasienter med tanke på somatiske tilstander som krever instrumentelle eller manuelle (gipsing, bandasjering) og operative inngrep, og behandler dem deretter. Psykiatrisk avdeling undersøker pasienter med tanke på forstyrrelser i de psykiske funksjoner, og behandler dem med psykoterapi, psykofarmaka o.a.. Operasjonsavdelingen tilrettelegger for operative inngrep som foruten leger med kirurgisk kompetanse, operasjonssykepleiere, anestesileger og anestesisykepleiere krever avansert utstyr og ekstra hygieniske forhold. Klinisk-kjemisk avdeling tar prøver av pasienters kroppsvæsker m.v. og analyserer dem som ledd i diagnostisering av sykdommer og vurdering av behandlingsresultater (NOU 1997:2; Berg 1987; Løchen 1984; Retterstøl 1988; Romøren 1993a; Schreiner 1993). Avdelinger med forskjellige arbeidsformer kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Bang 1999; Forseth og Pettersen 1991; Mikalsen 1998; Nylehn 1997).

<sup>43</sup> Medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk avdeling leverer tjenester direkte til pasienter. Operasjonsavdelingen og klinisk-kjemisk avdeling er særlig innrettet med tanke på å levere tjenester til helsepersonell ved de først-

profesjonsutøvere som utgjør nøkkelpersonellet ved disse avdelingene (jfr. Andersland 1993; Berg 1987). Tredje grunn er at de som henholdsvis leger, sykepleiere og bioingeniører har forskjellige typer utdanning<sup>44</sup>, funksjoner i den kliniske prosess<sup>45</sup> og posisjoner i det helsefaglige hierarkiet ved det enkelte sykehus<sup>46</sup>. Fjerde grunn er at deres erfaring med både administrativt og direkte brukerrettet arbeid har gitt dem opplevelser av forskjellige posisjoner i legenes, sykepleiernes og bioingeniørenes egne hierarkier ved den enkelte institusjon<sup>47</sup>.

---

nevnte avdelinger o.a. (NOU 1997:2). Avdelinger med forskjellige brukere kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Bomann-Larsen og Jensen 1985; Forseth og Pettersen 1991; Lawrence og Lorsch 1967; Mikalsen 1998; Nylehn 1997).

<sup>44</sup> Legene har seks års grunnutdanning i medisin fra universiteter, ett og et halvt års turnustjeneste samt spesialutdanning i indremedisin, generell kirurgi, psykiatri eller klinisk kjemi. Samtlige sykepleiere har tre års grunnutdanning i sykepleie fra høyskoler, og enkelte har i tillegg spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie (nå kalt psykisk helsearbeid) eller operasjonssykepleie. Bioingeniørene har tre års grunnutdanning i medisinsk laboratoriearbeid fra høyskoler. (Jfr. Universitetsforlagets "Student 99" av 1999; Den norske lægeforenings "Tabellarisk oversikt over godkjente spesialiteter" av 28. mars 2001; Berg 1987; Haugen 1993; Romøren 1993a, 1993b). Legenes utdanning gir vitenskapelig kunnskap, dvs. kunnskap som utvikles gjennom systematisk og som regel institusjonalisert forskning. Sykepleiernes og bioingeniørenes utdanning har tradisjonelt gitt empirisk kunnskap, dvs. kunnskap som utvikles gjennom prøving og feiling, altså på en mindre systematisk og metodisk måte enn tilfellet er for vitenskapelig kunnskap. Etter hvert har særlig sykepleiernes utdanning blitt mer orientert mot vitenskapelig kunnskap (Berg 1987; Dahl og Mo 2000; Sommervold 1996). Personer med forskjellig utdanning og kunnskap kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Berg 1991; Berger og Luckmann 1990; Eng 1991; Martinussen 1994; Molander 1997; Sandvik 1997; Thornquist 1998).

<sup>45</sup> Den kliniske prosess refererer til behandlingsprosessen, dvs. kjeden av aktiviteter for å ivareta den fysiske eller psykiske helsen til en pasient. Prosessen består av følgende faser: 1. Informasjonsinnhentelse. 2. Diagnostisering. 3. Behandlingsplanlegging. 4. Behandlingsiverksettelse. 5. Ny informasjonsinnhentelse. 6. Endelig evaluering. Legene ivaretar ansvaret for utførelsen av oppgavene i alle faser, og spiller en spesielt viktig rolle i fasene 2, 3 og 6. Annet helsepersonell utfører oppgaver de har fått delegert fra legene, og medvirker særlig i fasene 1, 4 og 5. (Jfr. lov av 13. juni 1980 om leger, § 16; NOU 1997:2; lov av 2. juli 1999 om helsepersonell m.v., § 4; Den norske lægeforenings "Ansvar og ledelse i ny helselovgivning" av 8. januar 2002; Berg 1985, 1987; Elstad 1991; Maxmen 1976; Romøren 1993a). Personer med forskjellige funksjoner i en arbeidsprosess kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Berger og Luckmann 1990; Dahl og Mo 2000; Eng 1991; Martinussen 1994; Thornquist 1998).

<sup>46</sup> Legene har et yrke som i høy grad er basert på vitenskapelig kunnskap og orientert mot en autotelisk verdi eller noe som har verdi i seg selv, nemlig helse. Øvrig helsepersonell har yrker som i større grad er basert på empirisk kunnskap og orientert mot heteroteliske verdier eller noe som har verdi fordi det gagnar noe annet, nemlig hjelpefunksjoner overfor legene. Dette bidrar til å gi legene den øverste posisjonen i det helsefaglige hierarkiet (Berg 1987; Erichsen 1996c; Hernes 2002a). Personer med forskjellige posisjoner kan forholde seg ulikt til slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Bang 1999; Gjone og Aagard 1991; Øvretveit 1998).

<sup>47</sup> Administrativt arbeid er overordnet direkte brukerrettet arbeid, dvs. at å utføre førstnevnte type arbeid betyr å inneha en høyere posisjon. Følgelig vil leger med administrativt arbeid ha en høyere posisjon enn leger med direkte brukerrettet arbeid, sykepleiere med administrativt arbeid ha en høyere posisjon enn sykepleiere med direkte brukerrettet arbeid, og bioingeniører med administrativt arbeid ha en høyere posisjon enn bioingeniører med direkte brukerrettet arbeid (jfr. Berg 1987; Dahl og Mo 2000; Måseide 1987). Personer som har opplevd forskjellige posisjoner kan gi ulike bilder av slike endringer som adoptering av kvalitetsledelse innebærer (jfr. Bang 1999; Gjone og Aagard 1991; Øvretveit 1998).



## 2.4. BRUK AV DATAKILDER

Som kunngjort er intervjuer sentrale kilder til data i foreliggende studie. Det samme er observasjoner og dokumenter<sup>48</sup>. I det følgende vil jeg redegjøre nærmere for bruken av disse datakildene.

### 2.4.1. Intervjuer

Før jeg henvendte meg til sykehusene i denne studien, kontaktet jeg sekretæren for fondsstyret som initierte prosjektet med det formål å fremme innføring av kvalitetsledelse i disse institusjonene<sup>49</sup>. Jeg opplyste at jeg planla å skrive hovedfagsoppgave om sykehusenes håndtering av kvalitetsledelse. Med henvisning til dette spurte jeg om hun med sin innsikt i temaet og uavhengighet av institusjonene kunne gi et intervju for å supplere publisert materiale om emnet<sup>50</sup>. Sekretæren svarte positivt på denne forespørselen. Jeg utarbeidet en intervjuguide der jeg skrev hvilke forhold vedrørende sykehusenes håndtering av kvalitetsledelse som jeg ønsket belyst fra hennes side (jfr. Holme og Solvang 1996). Denne intervjuguiden dannet utgangspunktet for et intervju som jeg gjennomførte med henne i løpet av én time i 1999 (jfr. Holme og Solvang 1996). Svarene hennes nedtegnet jeg så nøyaktig som mulig, og nedtegnelsene sendte jeg henne for eventuelle kommentarer (jfr. Yin 1994)<sup>51</sup>.

Etterpå tok jeg skriftlig og muntlig kontakt med direktørene ved sykehusene i denne studien (jfr. Borum 1990; Måseide 1997). Jeg opplyste at jeg planla å skrive hovedfagsoppgave om kvalitetsledelse i disse institusjonene. På denne bakgrunn spurte jeg om tillatelse til å gjeste det enkelte sykehus én uke og intervju direktøren eller en annen toppleder, en kvalitetskonsulent, en lege og en sykepleier ved henholdsvis medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk avdeling, en sykepleier ved operasjonsavdelingen samt en lege og en bioingeniør ved klinisk-kjemisk avdeling. Jeg påpekte ønskeligheten av at helsepersonellet som eventuelt stilte til intervju hadde erfaring fra både administrativt og direkte brukerrettet arbeid under innføringen av kvalitetsledelse<sup>52</sup>. Dette medførte adgang til å besøke institusjonene og

---

<sup>48</sup> Ved intervjuer fremkommer data gjennom at en person stiller spørsmål til en annen, og registrerer svarene. Under observasjoner fremkommer data gjennom at en person iakttar et fenomen, og registrerer sine iakttagelser (Hellevik 1994). Med dokumenter menes materiale som foreligger skriftlig, eventuelt i form av lydbånd- eller filmopptak, herunder tidligere undersøkelser (Merriam 1994; Yin 1994).

<sup>49</sup> Jfr. foregående kapittel 1.

<sup>50</sup> At sekretæren hadde spesiell innsikt i temaet fremgår av Brun (1993) og Fauli (1994). For øvrig var hun utdannet siviløkonom (Brun 1993).

<sup>51</sup> Se også pkt. 10 i "Forskningssetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora", vedtatt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 15. febr. 1999.

<sup>52</sup> Jfr. foregående kapittel 2.3.

intervjue ansatte med omtalte stillings- og avdelingsmessige tilknytning samt arbeidserfaring<sup>53</sup>.

Da jeg ankom det enkelte sykehus for å gjennomføre mitt feltarbeid der, ble jeg mottatt av en kontaktperson som kunne være direktøren, en annen toppleder eller en kvalitetskonsulent (jfr. Repstad 1993a)<sup>54</sup>. Kontaktpersonen hadde avtalt at ansatte med omtalte stillings- og avdelingsmessige tilknytning samt arbeidserfaring skulle stille til intervjuer på bestemte tidspunkter og steder i institusjonen<sup>55</sup>. Vedkommende gav meg en oversikt over hvilke navngitte personer, tidspunkter og steder dette dreidde seg om, og tilbød seg å bistå meg på forskjellige måter mellom intervjuene.

Slik oversikten tilsa, møtte jeg den enkelte person som skulle intervjues på et ledig kontor eller møterom i sykehuset. Jeg innledet hvert intervju med å vise til formålet med den forestående samtalen, nemlig å klarlegge håndteringen av kvalitetsledelse i institusjonen i forbindelse med en hovedfagsoppgave. Deretter gav jeg en kort presentasjon av de forhold jeg ønsket utdypet, og hadde beskrevet nærmere i en intervjuguide som var pretestet<sup>56</sup>. Dette bevirket at det enkelte intervju kunne ta form av en fortelling fra informantens side, mens jeg dels forfulgte overraskende momenter og dels kontrollerte at de omtalte forhold ble belyst. Enhver informant utviste åpenhet om de emner som ble brakt på bane. Hvert intervju varte mellom én og to timer, og fant sted i 1999. De budskap som ble formidlet, nedtegnet jeg så nøyaktig som mulig, og nedtegnelsene sendte jeg informantene for eventuelle kommentarer (jfr. Holme og Solvang 1996; Mick 1993; Yin 1994)<sup>57</sup>.

#### **2.4.2. Observasjoner**

Da jeg kontaktet direktørene ved sykehusene i denne studien og bad om tillatelse til å gjeste institusjonene for å foreta intervjuer, spurte jeg samtidig om adgang til å overvære sykehusinterne møter der kvalitetsledelse ville bli diskutert og påtenkte informanter ville delta.

---

<sup>53</sup> Jfr. notene 38, 40 og 41.

<sup>54</sup> Feltarbeid kan forstås som innsamling av data gjennom opphold i den levende konteksten der det undersøkte sosiale fenomen naturlig forekommer (Dahler-Larsen 1997).

<sup>55</sup> Jfr. notene 38, 40 og 41.

<sup>56</sup> Intervjuguiden var pretestet på en kvalitetskonsulent ved et sykehus som ikke inngår i denne studien (jfr. Hellevik 1994; Silverman 1993; Yin 1994).

<sup>57</sup> Se også pkt. 10 i "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora", vedtatt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 15. febr. 1999.

Også dette medførte positive svar. Dermed fikk jeg ekstra muligheter til å observere såkalte artifakter eller kulturuttrykk i den enkelte institusjon (jfr. Bang 1999; Dyer 1982)<sup>58</sup>.

Observasjonene foretok jeg dels under intervjuene, dels under de interne møtene, dels mens jeg beveget meg mellom de ulike rom der intervjuene og møtene skulle avvikles, og dels mens jeg oppholdt meg i sykehusenes kantiner. I sistnevnte tilfeller vektla jeg for øvrig å bidra til hverdagslig småprat med informanter (jfr. Holme og Solvang 1996; Repstad 1993a).

Det ene jeg observerte var adferdsuttrykk eller handlinger, nærmere bestemt handlinger som uttrykte holdninger til kvalitetsledelse og relasjoner mellom informanter. Videre observerte jeg verbale uttrykk som historier om spesielle hendelser og ledere, samt særegne betegnelser som var utviklet i den enkelte institusjon. Jeg observerte også materielle uttrykk som administrasjonens og de helsefaglige avdelingens utforming og beliggenhet i den enkelte institusjon, samt klesdraktene til medarbeidere i administrasjonen (jfr. Bang 1999; Fyrand 1989; Repstad 1993a). Disse uttrykkene beskrev jeg så nøyaktig som mulig, enten i selve observasjonssituasjonene som fant sted i 1999 eller umiddelbart etterpå. Beskrivelsene sendte jeg informanter for eventuelle kommentarer (jfr. Holme og Solvang 1996)<sup>59</sup>.

### **2.4.3. Dokumenter<sup>60</sup>**

Mens jeg oppholdt meg ved sykehusene i denne studien, undersøkte jeg forskjellige dokumenter vedrørende institusjonenes håndtering av kvalitetsledelse. Først utforsket jeg sykehusenes ansatser til helhetlige kvalitetssystemer, som var ment å skulle tufte på såkalte basisdokumenter med visjoner og hovedmål for institusjonene (jfr. Schreiner 1997). Videre besiktiget jeg sykehusenes foreløbige planer for implementering av kvalitetssystemene, planer som i hovedsak dreide seg om opplæring<sup>61</sup>. Jeg gjennomgikk også sykehusenes arkiver for internaviser samt omtaler av institusjonene i dagsaviser,

---

<sup>58</sup> Artifakter eller kulturuttrykk kan deles inn i fire kategorier, det vil si adferdsuttrykk eller handlinger, verbale uttrykk, materielle uttrykk og strukturelle uttrykk (Bang 1999). Kultur er her forstått som de grunnleggende antagelser, verdier og normer som preger en gruppe mennesker (jfr. Bang 1999; Jacobsen og Thorsvik 1997; Schein 1990). Begrepene verdi og norm er nærmere omtalt i note 19.

<sup>59</sup> Se også pkt. 10 i "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora", vedtatt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 15. febr. 1999.

<sup>60</sup> Kapittel 2.4.3 vil avgrenses til å omhandle dokumenter som har empirisk karakter, med andre ord angår faktiske forhold ved sykehusene i denne studien. (Jfr. definisjonen av begrepet dokument i note 48 og definisjonen av begrepet empiri hos Hellevik 1994).

<sup>61</sup> Plan betyr her et sett av vedtak som angir fremtidige handlinger (Aas 1999).

tidsskrifter og radio fra 1993 til 1999. Dessuten leste jeg sykehusenes årsmeldinger fra samme periode. Det stoffet jeg fant relevant for min problemstilling, fikk jeg kopiert, slik at jeg kunne studere det nærmere i ettertid.

Etter feltarbeidet ved sykehusene gransket jeg de kopierte dokumentene med tanke på å benytte dem som kilder til data i foreliggende studie. Det samme gjorde jeg med tidligere undersøkelser av kvalitetskonseptets kår i én eller flere av de institusjoner jeg hadde gjestet. Sistnevnte materiale dreier seg om den før omtalte undersøkelsen som ble utført av en professor ved Den Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg (Øvretveit 1996; Øvretveit 1999; Øvretveit og Aslaksen 1999)<sup>62</sup>, to spørreskjemaundersøkelser fra Legeforeningens Forskningsinstitutt<sup>63</sup>, en spørreskjemaundersøkelse fra Norsk institutt for sykehusforskning (Lippestad og Kjekshus 1999), en hovedfagsoppgave i psykologi ved Universitetet i Trondheim (Haukanes og Wolstad 1996) samt mindre studentarbeider (Hopen m.fl. 1997; Kirschner 1998; Midtbø 1998; Trones m.fl. 1998; Ugland 1998).

## **2.5. VURDERING AV DATAMATERIALET**

I det følgende vil jeg vurdere datamaterialet som er frembrakt i denne studien med henblikk på indre validitet, reliabilitet, ekstern validitet og etikk (jfr. Merriam 1994; Repstad 1993a).

### **2.5.1. Indre validitet**

Et siktemål med enhver studie er at datamaterialet skal ha størst mulig indre validitet eller overensstemmelse med virkeligheten. En vanlig oppfatning tilsier at virkeligheten består av flere sett mentale konstruksjoner som er laget av mennesker. Det er da også en vanlig oppfatning at et datamateriale har høy grad av indre validitet når det gjengir disse multiple konstruksjonene på en riktig måte, med andre ord fremstiller anskuelserne til informantene korrekt (Lincoln og Guba 1985; Merriam 1994; Taylor og Bogdan 1984).

For å sikre foreliggende studies datamateriale størst mulig indre validitet, har jeg benyttet tre fremgangsmåter. Én av dem er triangulering, som er foretatt ved å anvende både inter-

---

<sup>62</sup> Jfr. foregående kapittel 1.

<sup>63</sup> De to spørreskjemaundersøkelsene fra Legeforeningens Forskningsinstitutt er nærmere omtalt i instituttets brev av 3. august 1999 med vedlegg. Der fremgår det at instituttet gjennomførte de to undersøkelsene ved å sende ett og samme spørreskjema til utvalgte ansatte ved Hafli sykehus i 1996 og 1998. I 1996 ble skjemaet sendt til alle avdelingsoverleger, halvparten av de øvrige legene på hver avdeling, alle oversykepleierne, hver femte av de andre sykepleierne og hver tiende av de øvrige ansatte, i alt 891 personer. Om lag 46% av disse

vjuer, observasjoner og dokumenter som datakilder, samt kombinere kvalitative og kvantitative data. Den andre fremgangsmåten er bruk av longitudinelle data eller opplysninger om studieemnet innsamlet på mer enn ett tidspunkt. Tredje fremgangsmåte er deltagerkontroll, som er gjennomført ved å la informanter kommentere utskrifter av intervjuer og observasjoner samt selve studien før publisering (jfr. Grønmo 1997b; Guba og Lincoln 1981; Gåsdaal 1997; Merriam 1994; Yin 1994). Disse tre strategiene skulle tilsi at foreliggende studies datamateriale har høy grad av indre validitet.

### **2.5.2. Reliabilitet**

Et siktemål med enhver studie er at datamaterialet skal ha størst mulig reliabilitet. Tradisjonelt er reliabilitet tolket som etterprøvbarhet, og reliabilitetskravet som møter en undersøkelse er forstått som et krav om at funnene skal kunne gjentas av andre forskere. Et slikt krav kan være vanskelig å innfri i en samfunnsvitenskapelig, kvalitativ undersøkelse, med andre ord den type undersøkelse som danner basis for foreliggende studie. Dette skyldes at en slik undersøkelse dreier seg om foranderlige fenomener, og har forskeren selv som måleinstrument (jfr. Lincoln og Guba 1985; Merriam 1994). Følgelig fremholder Lincoln og Guba (1985) at reliabilitet kan tolkes som pålitelighet, og at reliabilitetskravet som møter en undersøkelse kan forstås som et krav om at funnene skal være konsistente.

For å sikre foreliggende studie størst mulig reliabilitet i betydningen pålitelighet, har jeg benyttet to fremgangsmåter. Én av dem er den tidligere omtalte trianguleringen<sup>64</sup>, en taktikk som anses for å styrke ikke bare et datamateriales indre validitet, men også dets reliabilitet. Den andre fremgangsmåten er å arkivere de nedtegnede intervjuer og observasjoner samt dokumenter som utgjør datakilder, slik at de kan kontrolleres av utenforstående (jfr. Lincoln og Guba 1985; Merriam 1994; Yin 1994). Disse to strategiene skulle tilsi at foreliggende studie har høy grad av reliabilitet eller pålitelighet.

### **2.5.3. Ekstern validitet**

Et siktemål med enhver studie er at datamaterialet skal innebære maksimal ekstern validitet. Tradisjonelt er ekstern validitet tolket som statistisk generaliserbarhet. Med dette menes mulighet for at funn fra en undersøkelse kan brukes til å trekke slutninger om en

---

personene svarte på spørreskjemaet. I 1998 ble skjemaet sendt til de samme personer som i 1996, unntatt dem som hadde fratrådt stillingene de hadde i det sistnevnte året. Denne gangen kom det inn 376 svar.

<sup>64</sup> Jfr. foregående kapittel 2.5.1.

populasjon<sup>65</sup>. Statistisk generaliserbarhet er vanligvis ikke oppnåelig i en case-studie, med andre ord den type studie som her foreligger. Dette skyldes at en slik studie sjelden bygger på et sannsynlighetsutvalg, men en strategisk utvelging av undersøkelsesenheter<sup>66</sup>, noe da også foreliggende studie gjør (jfr. Andersen 1997b; Holme og Solvang 1996; Martinussen 1994; Merriam 1994; Yin 1994). Følgelig fremholder Lincoln og Guba (1985) at ekstern validitet kan tolkes som overførbarhet. Med dette menes mulighet for at funn fra case som er undersøkt kan anvendes i forhold til lignende case<sup>67</sup>.

For å sikre foreliggende studie maksimal ekstern validitet i betydningen overførbarhet, har jeg benyttet tre fremgangsmåter. Én av dem er å beskrive de kontekster som studien er gjennomført i. Den andre fremgangsmåten er å utforske flere case, og dessuten sammenligne funn med empiriske resultater fra lignende case i tidligere studier<sup>68</sup>. Tredje fremgangsmåte er å vurdere hvorvidt funnene stemmer med etablert teori (jfr. Lincoln og Guba 1985; Martinussen 1994; Merriam 1994; Repstad 1993a; Yin 1994). Disse tre strategiene skulle tilsi at foreliggende studie innebærer betydelig ekstern validitet eller overførbarhet.

#### **2.5.4. Etikk**

Et siktemål med enhver studie er at datamaterialet skal frembringes på en etisk forsvarlig måte. Dette betyr at personer man ønsker som informanter skal informeres om hensikten med studien og følgene av å delta i den. Det betyr også at eventuell igangsettelse av undersøkelsen krever påtenkte informanters samtykke, pluss at informantene skal kunne trekke seg fra prosjektet når som helst. Videre betyr det at data som muliggjør identifisering av informantene skal behandles konfidensielt, om ikke annet er avtalt (Merriam 1994; Moldenæs 1999; Repstad 1993a; Yin 1994)<sup>69</sup>.

I foreliggende studie er de presenterte kravene om å gi informasjon og sørge for samtykke tilfredsstilt på tre måter. For det første er de oppfylt gjennom brevveksling med sekretæren for fondsstyret som initierte innføring av kvalitetsledelse i sykehusene studien omfatter, og

---

<sup>65</sup> Med populasjon menes alle enheter som inngår i en problemstilling (Hellevik 1994).

<sup>66</sup> Med sannsynlighetsutvalg menes et utvalg som er trukket på en slik måte at alle enheter i en populasjon har hatt en kjent sannsynlighet for å komme med i utvalget (Holme og Solvang 1996). Strategisk utvelging er omtalt i foregående kapittel 2.3.

<sup>67</sup> Se også Bakke og Strøm (1998) samt Repstad (1993a).

<sup>68</sup> Lignende case er tidligere studert av blant annet Joss og Kogan (1995), Shortell m.fl. (1994, 1995) samt Zbaracki (1998).

<sup>69</sup> Se også pkt. 8, 9 og 13 i "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora", vedtatt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 15. februar 1999.

med direktørene ved disse sykehusene. Videre er kravene innfridd gjennom redegjørelse og dialog i det enkelte intervju. Sist, men ikke minst er de ivaretatt gjennom å la informanter lese og kommentere utskrifter av intervjuer og observasjoner samt selve studien før publisering (jfr. Moldenæs 1999; Repstad 1993a).

Det presenterte kravet vedrørende konfidensialitet er innfridd gjennom å oppgi informantens stillings- og avdelingsmessige tilknytning til sykehusene i studien, men bruke fiktive navn på sykehusene, i henhold til avtaler som ble inngått under feltarbeidet<sup>70</sup>. Videre er kravet ivaretatt gjennom å gi informantene adgang til å kontrollere alt jeg har skrevet fra undersøkelsen (jfr. Merriam 1994; Moldenæs 1999).

De ovennevnte forhold skulle tilsi at foreliggende studies datamateriale er frembrakt på en etisk forsvarlig måte.

---

<sup>70</sup> Jfr. note 12.

## KAPITTEL 3

### TEORETISK TILNÆRMING

Dette kapittelet vil inneholde en nærmere presentasjon av de organisasjonsteoretiske perspektivene jeg først vil anvende for å søke forståelse for de empiriske funn om motstand mot kvalitetsledelse blant sykehusansatte. Som tidligere nevnt er det et instrumentelt, et maktfokusert og et institusjonelt perspektiv jeg først vil benytte i omtalte øyemed<sup>71</sup>.

#### 3.1. ET INSTRUMENTELT PERSPEKTIV

##### 3.1.1. Presentasjon av perspektivet

Det instrumentelle perspektivet kombinerer tankegods fra Frederick W. Taylor, Henri Fayol, Max Weber og Herbert A. Simon m.fl. (jfr. Jacobsen og Thorsvik 1997; Scott 1998). Perspektivets kjernepunkt er at en organisasjon utgjør et instrument for å realisere et overordnet mål som toppledelsen har fastsatt. Alle i organisasjonen ventes å virke for at dette målet skal bli nådd i størst mulig grad med midler som er minst mulig ressurskrevende. Med andre ord forutsettes de å handle formålsrasjonelt eller effektivt. Dog anses de for å kunne overskue bare en del av alle mulige handlinger samt konsekvenser forbundet med ulike fremgangsmåter. Sistnevnte vil si at de regnes for å være begrenset rasjonelle (Andersen 1997a; Jacobsen og Thorsvik 1997; March og Simon 1958/1993; Scott 1998).

Organisasjonens toppledere tillegges de fremste forutsetninger for å handle formålsrasjonelt, med andre ord den største innsikt i relevante mål-middel-relasjoner. De forventes da også å etablere en formell organisasjonsstruktur som kan påvirke øvrige organisasjonsmedlemmer til å utvise formålsrasjonalitet<sup>72</sup>. Dette betyr at de ventes å følge fire prinsipper. Det første prinsippet er å splitte organisasjonens overordnede mål eller hovedoppgave i delmål eller deloppgaver som kan utgjøre midler for å realisere det overordnede målet<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> Jfr. foregående kapittel 2.1.

<sup>72</sup> At en organisasjonsstruktur er formell betyr at den er formelt besluttet, gjerne også skriftlig nedfelt i instruksjer, organisasjonskart o.a.. Med organisasjonsstruktur menes en organisasjons fordeling av arbeidsoppgaver og beslutningsmyndighet, dens regler og rutiner m.m. (Egeberg 1984; Jacobsen og Thorsvik 1997).

<sup>73</sup> Dette innebærer spesialisering (Kalleberg 1993f).



Neste prinsipp er å anbringe deloppgavene i egne avdelinger<sup>74</sup>, samt utpeke avdelingsledere eller mellomledere til å administrere dem som skal gjennomføre oppgavene<sup>75</sup>. Tredje prinsipp er å gi instruksjoner som tilsier at topplederne fatter beslutninger av høyere orden, mens øvrige organisasjonsmedlemmer tar avgjørelser av mer konkret karakter. Fjerde prinsipp er å fastsette regler om at kommunikasjon mellom topplederne og personer på grunnplanet i organisasjonen normalt skal foregå via mellomlederne. Samtlige ledere ventes å styre organisasjonen ved kommunikasjon eller informasjonsspredning, undervisning, ordregivning, kontroll, belønninger og sanksjoner. Øvrige organisasjonsmedlemmer forutsettes å arbeide lojalt etter de linjer som lederne trekker opp (Jacobsen og Thorsvik 1997; March og Simon 1958/1993; Moldenæs 1999; Scott 1998; Strand 2001).

De omtalte forhold uttrykker at det anses som en oppgave for topplederne å foreta kontinuerlig evaluering av organisasjonens evne til å realisere sitt overordnede mål. Det regnes da også som en oppgave for de samme personer å gjøre endringer som måtte betraktes som nødvendige for å bedre organisasjonens evne til målrealisering. Når topplederne beslutter å innføre en reform i en organisasjon, forutsettes øvrige organisasjonsmedlemmer å støtte opp om reformen. Etter en reformprosess ventes organisasjonen å gå over i en stabil tilstand, og befinne seg der til topplederne ser behov for en ny endring (Jacobsen og Thorsvik 1997; Scott 1998).

### **3.1.2. Forventninger om funn**

Ut fra et instrumentelt perspektiv forventer vi ikke at ansatte ved et sykehus vil gjøre særlig motstand mot direktørens initiativ til å innføre kvalitetsledelse i sykehuset. Den motstanden som måtte forekomme, venter vi å kunne tilskrive tre hovedtrekk. Det første er mangelfull planlegging og implementering av den reformen som innføring av kvalitetsledelse representerer, herunder begrenset informasjon om hensikten med reformen og tilsvarende styring med iverksettelsesprosessen (jfr. bl.a. Elmore 1978). Neste hovedtrekk har sammenheng med det første, og gjelder svake kunnskaper om hvorfor og hvordan reformen skal finne sted. Tredje hovedtrekk er ønske om å bevare eksisterende tilstander, noe som kan skyldes nettopp svake kunnskaper. Når motstanden verbaliseres, ventes den å bli uttrykt i argumenter om at innføring av kvalitetsledelse neppe kan bedre sykehusorganisasjonens evne til å realisere sine mål på en effektiv måte. De fremste motstanderne ventes å være sykehusets

---

<sup>74</sup> Dette innebærer horisontal differensiering (Jacobsen og Thorsvik 1997).

<sup>75</sup> Dette innebærer vertikal differensiering (Jacobsen og Thorsvik 1997).

mellomledere, som sannsynligvis har en viss kjennskap til kvalitetskonseptet og god innsikt i de konkrete arbeidsmetodene innen avdelingene.

## **3.2. ET MAKTFOKUSERT PERSPEKTIV**

### **3.2.1. Presentasjon av perspektivet**

Det maktfokuserte eller makt- og konfliktfokuserte perspektivet kombinerer tankegods fra Karl Marx og Max Weber m.fl. (jfr. Jacobsen og Thorsvik 1997; Scott 1998)<sup>76</sup>. I likhet med det instrumentelle perspektivet grunner det seg i en forestilling om at en organisasjon skal realisere et overordnet mål som toppledelsen har fastsatt. Dets kjernepunkt er dog at en organisasjon utgjør en arena der ulike interne og eksterne aktører kjemper om makt for å kunne sikre seg selv ressurser eller fremme egne interesser og mål. Som interne aktører regnes først og fremst ansatte eller grupper av ansatte. Med eksterne aktører menes spesielle interessegrupper, offentlige myndigheter o.a.. De interesser og mål som de antas å forfølge ventes å kunne være i konflikt med overordnede mål som toppledelsen har fastsatt for organisasjonen. Dog antas aktører med egne interesser av organisasjonens virksomhet å søke muligheter for å fremstille disse interessene som sammenfallende med organisasjonens eller samfunnets interesser, i den hensikt å oppnå støtte (Crozier 1964/1973; Cyert og March 1963/1992; Elster 1992; Jacobsen og Thorsvik 1997; Knight 1992; Mintzberg 1983; Scott 1998).

I likhet med det instrumentelle perspektivet innebærer det maktfokuserte perspektivet en forventning om at organisasjonsmedlemmer vil arbeide for å nå mål med minst mulig ressursbruk. Sistnevnte perspektiv tilsier dog at de primært vil søke å realisere egne mål på omtalte måte. De ventes da også å beregne hvordan andre aktørers handlingsvalg kan påvirke oppnåelsen av deres egne mål, og bruke beregningene som grunnlag for å velge egne disposisjoner. Dette betyr at de forutsettes å opptre strategisk rasjonelt. Dog tilsier også sistnevnte perspektiv at de anses som begrenset rasjonelle (Andersen 1996, 1997a; Cyert og March 1963/1992; Elster 1974, 1992; Eriksen 1993; Jacobsen og Thorsvik 1997).

Liksom det instrumentelle perspektivet rommer det maktfokuserte perspektivet en forestilling om at en organisasjons toppledere vil tilrettelegge for realisering av organisasjonens

---

<sup>76</sup> Makt er forstått som mulighet for innflytelse (jfr. Scott 1998).

overordnede mål ved å etablere en formell organisasjonsstruktur basert på spesialisering<sup>77</sup>, differensiering<sup>78</sup>, instruksjer og regler. Sistnevnte perspektiv indikerer imidlertid at organisasjonsmedlemmers fokus kan forskyves fra organisasjonens overordnede mål til deres egne mål ved en slik organisasjonsstruktur, da spesialisering og differensiering m.v. kan skape kognitive grenser. Organisasjonsmedlemmers konsentrasjon om egne mål tilskrives ikke bare organisasjonsstrukturen, men også deres utdanning. Dette skyldes at utdanning ventes å overbringe ikke bare faktisk kunnskap, men også normer og verdier knyttet til utøvelsen av den faktiske kunnskapen (Bolman og Deal 1998; Crozier 1964/1973; Cyert og March 1963/1992; Etzioni 1982; Jacobsen og Thorsvik 1997; March og Simon 1958/1993; Merton 1957/1968; Scott 1998).

I tråd med det instrumentelle perspektivet representerer det maktfokuserte perspektivet en forestilling om at organisasjonsstrukturen vil gi topplederne rett og plikt til å fatte beslutninger av høyere orden, kontrollere, belønne og sanksjonere. Med andre ord innebærer også sistnevnte perspektiv en forventning om at topplederne vil besitte makt. Dette perspektivet tilsier dog at organisasjonsstrukturen ikke er den eneste kilden til makt i en organisasjon, og at topplederne ikke er de eneste makthaverne der. Som andre kilder til makt regnes allianser mellom personer internt i organisasjonen<sup>79</sup>, nettverk dannet av personer fra organisasjonen og eksterne aktører<sup>80</sup>, kunnskaper av vital betydning for organisasjonen m.v.. Også personer med slike allianser, nettverk eller kunnskaper o.a. regnes som makthavere (Bolman og Deal 1998; Cyert og March 1963/1992; Jacobsen og Thorsvik 1997; Pfeffer 1992; Scott 1998).

Endelig innebærer det maktfokuserte perspektivet en forestilling om at det på et gitt tidspunkt vil være en stabil fordeling av makt mellom de ulike makthaverne i en organisasjon. Ethvert forsøk på å forandre organisasjonen ventes å kunne medføre endring av maktfordelingen, med andre ord tap av makt, og følgelig motstand. Som forutsetning for å lykkes med et slikt forsøk regnes adgang til makt, gjerne fra flere kilder. Etter en forandringsprosess antas organisasjonen å befinne seg i en ustabil tilstand. Det antas da også å

---

<sup>77</sup> Jfr. note 73.

<sup>78</sup> Jfr. notene 74 og 75.

<sup>79</sup> En allianse er forstått som en overenskomst mellom to eller flere parter om å yte hverandre bistand (jfr. Jacobsen og Thorsvik 1997; Skjelsbæk 1993).

<sup>80</sup> Med nettverk menes relasjoner mellom sosiale aktører som har et felles fokus samhandlingen dreier seg om (jfr. Jacobsen og Thorsvik 1997; Schiefloe og Fyrand 1993).

kunne oppstå nye konstellasjoner av aktører som kan bli nye makthavere og bevirke nye endringer (Egeberg 1984; Jacobsen og Thorsvik 1997).

### **3.2.2. Forventninger om funn**

Ut fra et maktfokusert perspektiv forventer vi at ansatte ved et sykehus kan gjøre motstand mot direktørens initiativ til å innføre kvalitetsledelse i sykehuset. Motstanden venter vi å kunne tilskrive det forhold at en reform som innføring av kvalitetsledelse kan forrykke maktbalansen mellom medarbeidere i institusjonen<sup>81</sup>. Med andre ord venter vi at motstand vil oppstå fordi reformen vil gi enkelte mer makt og dermed større adgang til ressurser eller realisering av egne interesser og mål på bekostning av andre. Når motstanden verbaliseres, ventes den imidlertid å bli uttrykt i argumenter om at det er sykehusorganisasjonens eller samfunnets interesser som står på spill ved gjennomføring av reformen. Dette betyr at argumentene ventes å referere til mer allmenne verdier<sup>82</sup>. De fremste motstanderne ventes å være de aktørene som i særlig grad vil miste makt og dermed adgang til ressurser eller realisering av egne interesser og mål ved innføring av kvalitetsledelse i sykehuset. Aktører som vil oppnå goder av omtalte art ved nevnte reform ventes å støtte reformen.

## **3.3. ET INSTITUSJONELT PERSPEKTIV**

### **3.3.1. Presentasjon av perspektivet**

Det institusjonelle perspektivet kombinerer tankegods fra Philip Selznick, John W. Meyer, Brian Rowan, Paul J. DiMaggio og Walter W. Powell m.fl. (jfr. DiMaggio og Powell 1991a; Jacobsen og Thorsvik 1997; Scott 1998). I likhet med det instrumentelle og det maktfokuserte perspektivet tilsier det at en organisasjon opprettes som et instrument for å realisere et overordnet mål fastsatt av toppledelsen. Dets kjernepunkt er dog at organisasjonen gjennom en langsom, skrittvis tilpasning til interne og eksterne forhold vil utvikle seg til en institusjon eller et kulturelt system. Dette betyr at organisasjonen forutsettes å frembringe grunnleggende antagelser, verdier og normer, med andre ord elementer som danner basis for identitet<sup>83</sup>. Det ventes å oppstå en tett kobling mellom organisasjonens kollektive identitet og medlemmenes individuelle identitet. Dermed regnes organisasjonen for å få en

---

<sup>81</sup> Maktbalanse er forstått som maktfordeling (jfr. Goldmann 1997).

<sup>82</sup> En nærmere redegjørelse for forestillingen om allmenne verdier finnes hos Bregnsmo (1997) samt Jacobsen og Thorsvik (1997).

<sup>83</sup> Jfr. note 19. Med identitet menes en gruppes eller et individs definisjon av seg selv, samt andres definisjon av gruppen eller individet (Syltevik 1997).

egenverdi, det vil si en betydning utover dens instrumentelle nytte. Dette anses for å bevirke at det blir mål i seg selv å sikre organisasjonen stabilitet og overlevelse (Brunsson og Olsen 1997; Christensen 1991; DiMaggio og Powell 1991a; Helgøy 1998; Jacobsen og Thorsvik 1997; March og Olsen 1989; Moldenæs 1999; Scott 1991, 1995, 1998; Selznick 1949, 1957/1997, 1996; Windhoff-Héritier 1991).

I likhet med det instrumentelle og det maktfokuserte perspektivet tilsier det institusjonelle perspektivet at en organisasjons funksjon som instrument vil gjøre det viktig for medlemmene å nå mål med minst mulig ressursbruk. Sistnevnte perspektiv indikerer imidlertid at organisasjonens funksjon som institusjon vil gjøre det viktig for medlemmene å handle i samsvar med de verdier og normer som preger handlingens kontekst. Dette betyr at organisasjonsmedlemmene forutsettes å opptre kontekstuel rasjonelt. Dog angir også sistnevnte perspektiv at de regnes som begrenset rasjonelle (Eriksen 1993; Moldenæs 1999; Parsons 1937/1968; Scott 1995; Winch 1970; Windhoff-Héritier 1991).

Liksom det instrumentelle og det maktfokuserte perspektivet tilsier det institusjonelle perspektivet at en organisasjons omgivelser vil påvirke dens toppledere til å etablere en formell organisasjonsstruktur som bevirker effektiv produksjon av varer og tjenester<sup>84</sup>. Sistnevnte perspektiv uttrykker imidlertid også at omgivelsene vil presse topplederne til å la strukturen gjenspeile aktuelle, anerkjente oppskrifter på utforming av organisasjoner, det vil si gjeldende institusjonaliserte standarder<sup>85</sup>. Med andre ord innebærer perspektivet en forestilling om at en organisasjon må være både effektiv og moderne for å oppnå ekstern legitimitet, og dermed grunnlag for overlevelse (Brunsson 1989; Brunsson og Olsen 1990; Christensen 1991; DiMaggio og Powell 1991b; Jacobsen og Thorsvik 1997; Meyer og Rowan 1977/1991; Moldenæs 1999; Røvik 1992a, 1992b, 1998; Scott 1998).

Det institusjonelle perspektivet gir flere forklaringer på at visse organisasjonsoppskrifter blir å anse som forbilder eller transformeres til institusjonaliserte standarder. Én forklaring er at oppskriftene har vist seg å være egnet til å frembringe resultater i teknisk-økonomisk forstand. Det blir dog presisert at dokumenterte virkninger ikke regnes som avgjørende for

---

<sup>84</sup> Omgivelser som belønner en organisasjon for effektiv produksjon kalles tekniske omgivelser (Moldenæs 1999; Scott 1991, 1995, 1998).

<sup>85</sup> Omgivelser som belønner en organisasjon for tilpasning til gjeldende institusjonaliserte standarder kalles institusjonelle omgivelser (Moldenæs 1999; Scott 1991, 1995, 1998). Institusjonaliserte standarder er ellers omtalt i foregående kapittel 1.

hvorvidt organisasjonsoppskrifter skal få status som eksempler til etterfølgelse. En annen forklaring er at oppskriftene er utviklet eller formidlet av instanser med stor autoritet, såkalte autoritative sentra<sup>86</sup>. Nok en forklaring er at oppskriftene er tilstrekkelig tvetydige til å samle støtte fra ulike grupper (DiMaggio og Powell 1991b; Moldenæs 1999; Røvik 1992a, 1992 b, 1998; Scott 1991; Zucker 1987).

Som antydning innledningsvis, tilsier det institusjonelle perspektivet at en organisasjon representerer en verdibærende, integrert institusjon som vil motsette seg raske og omfattende endringer. Dette betyr at organisasjonsmedlemmene ventes å gjøre motstand mot omgivelse-nes press om å adoptere de til enhver tid gjeldende institusjonaliserte standarder, samt krav om andre reformer. Dog antas de å gi etter for omtalte press og krav dersom de ser det slik at organisasjonen trenger økt legitimitet og grunnlag for overlevelse (Brunsson og Olsen 1997; March og Olsen 1989; Oliver 1991; Røvik 1992b).

En adoptert, institusjonalisert standard ventes imidlertid å kunne være for enkel til å gjøre nytte i organisasjonsmedlemmenes daglige virke. Den ventes også å kunne å stride mot deres normer og verdier. Derfor antas de å kunne holde institusjonalisert standard og daglig praksis dekket i størst mulig grad. Alternativt antas det at de først kan bearbeide standarden slik at den passer til aktiviteten i organisasjonen, og deretter koble den til praksis (Andersen m.fl. 1990; Brunsson 1989; Brunsson og Winberg 1990; Meyer og Rowan 1977/1991; Røvik 1992b, 1998; Wærness 1990).

Etter en endring som adoptering av en institusjonalisert standard eller en annen reform ventes nye adferdsmønstre å bli institusjonalisert eller innarbeidet i organisasjonen<sup>87</sup>. Med andre ord ventes organisasjonen å stabilisere seg. Den ventes også å kunne bekjempe nye forsøk på forandringer (Christensen 1991; Scott 1998).

### **3.3.2. Forventninger om funn**

Ut fra et institusjonelt perspektiv forventer vi at ansatte ved et sykehus kan gjøre motstand mot direktørens initiativ til å innføre kvalitetsledelse i sykehuset. Motstanden venter vi å kunne tilskrive tre hovedtrekk. Det første er at de ansatte ser kvalitetskonseptet som uforen-

---

<sup>86</sup> Autoritet er en form for makt eller en mulighet for å øve innflytelse som oppfattes å være rettmessig eller legitim (jfr. Hagtvedt 1993; Johannson 1997).

<sup>87</sup> Jfr. definisjonen av institusjonalisering hos Repstad (1993b).

lig med den praksis de har etablert for å håndtere komplekse arbeidsoppgaver. Neste hovedtrekk er at de regner konseptet for å stride mot deres normer og verdier. Tredje hovedtrekk er at de vanskelig ser innføring av kvalitetsledelse som viktig for sykehusets legitimitet og overlevelse. Når motstanden verbaliseres, ventes den i vesentlig grad å bli uttrykt i argumenter om at innføring av kvalitetsledelse neppe kan bedre sykehusorganisasjonens evne til å realisere sine mål effektivt. Med andre ord ventes argumentene å bli formulert slik at de kan oppfattes som gyldige i en større kontekst. Det ventes å være bred enighet blant de ansatte om å motsette seg innføring av kvalitetsledelse i sykehuset. Dog er det rimelig å regne med at ressurssterke personer kan artikulere motstanden tydeligere enn andre (jfr. Selznick 1957/1997).

### 3.4. OPPSUMMERING

Det instrumentelle, det maktfokuserte og det institusjonelle perspektivet oppsummeres med henblikk på sentrale trekk i følgende tabell:

**Tabell 3.1. Sentrale trekk ved tre perspektiver.**

	<b>Instrumentelt perspektiv</b>	<b>Maktfokusert perspektiv</b>	<b>Institusjonelt perspektiv</b>
<b>Rasjonalitetsbegrep</b>	Formålsrasjonalitet	Strategisk rasjonalitet	Kontekstuell rasjonalitet
<b>Aktørens handlingsform</b>	Kollektiv handling	Individuell handling	Kontekstuell handling
<b>Aktørens handlingsplan</b>	Følger overordnede interesser	Følger egeninteresser	Følger felles normer
<b>Aktørens siktepunkt</b>	Kollektivt resultat	Individuelt resultat	Stabilitet
<b>Syn på organisasjon</b>	Et middel for å nå et mål	Et middel for å nå et mål	Et mål i seg selv
<b>Syn på planlagt endring</b>	Mulig	Mulig	Vanskelig
<b>Grunnlag for endring</b>	Bruk av fornuft	Bruk av makt	Langsom, skrittvis tilpasning
<b>Frontfigurer i forandringsprosesser</b>	Ledere	Reelle og potensielle makthavere	Alle
<b>Forutsetning for støtte til endring</b>	Forståelse av hensikten med endringen	Oppfatning av endringen som en bedring av nåsituasjonen	Oppfatning av endringen som livsnødvendig
<b>Bakgrunn for motstand mot endring</b>	Mangelfull planlegging og implementering	Forrykking av maktbalanse	Konflikt med etablert praksis, normer og verdier
<b>Organisasjonens tilstand etter en endring</b>	Stabil tilstand	Ustabil tilstand	Stabil tilstand



## KAPITTEL 4

### DEN INSTITUSJONALISERTE STANDARD

Dette kapittelet vil inneholde en nærmere presentasjon av den institusjonaliserte standarden som fokuseres i foreliggende studie, det vil si kvalitetsledelse. Som tidligere nevnt er dette en oppskrift med vekt på at en organisasjons prosesser og produkter skal tilfredsstille kunder eller brukere effektivt og lønnsomt<sup>88</sup>.

#### 4.1. ET KRYSSKULTURELT OG MULTITEORETISK KONSEPT

Det finnes flere historier om fremveksten av den institusjonaliserte standarden som går under betegnelsen kvalitetsledelse. Den hyppigst refererte og best dokumenterte historien forteller at den amerikanske statistikeren W.E. Deming utviklet første versjon av konseptet gjennom sin konsulentvirksomhet overfor japanske industriledere tidlig på 1950-tallet. Tre andre amerikanere ved navn J.M. Juran, A.V. Feigenbaum og P.D. Crosby samt japaneren K. Ishikawa tilførte konseptet ytterligere tankegodts få år senere. Ved å satse på den nye oppskriften bidro japanske industriledere til at hjemlandet vokste frem som én av verdens ledende industrinasjoner i 1970-årene. Oppskriften vant innpass hos amerikanske industriledere da de erkjente de japanske kollegenes konkurransemessige forsprang tidlig på 1980-tallet (Aune 2000; Moldenæs 1999, Røvik 1998). Den spredte seg til amerikansk helsevesen (Al-Assaf 1993; Lin og Clousing 1995; Short og Rahim 1995; Westphal m.fl. 1997), og nådde norske helseinstitusjoner i 1990-årene<sup>89</sup>.

Siden kvalitetskonseptet ble utviklet i møter mellom representanter for amerikansk og japansk kultur, fremstår det som en krysskulturell hybrid eller et kreolisert produkt (Moldenæs 1999; Rehder og Ralston 1984)<sup>90</sup>. Dets kvalitetsbegrep regnes for å stamme fra amerikaneren A.V. Feigenbaum, mens dets kunde- eller brukerbegrep anses som inspirert av japaneren K. Ishikawa (Aune 2000; Moldenæs 1999).

---

<sup>88</sup> Jfr. foregående kapittel 1.

<sup>89</sup> Jfr. foregående kapittel 1.

<sup>90</sup> Med hybrid menes blandingsform. Kreolisering betegner prosesser der ulike kulturuttrykk møtes, blandes og danner nye former (Eriksen 1995; Hannerz 1992, 1996; Moldenæs 1999; Røvik 1998).

Kvalitetskonseptet uttrykker at kvalitet er et produkts eller en tjenestes helhet av egenskaper som vedrører produktets eller tjenestens evne til å tilfredsstille krav eller behov (Kyrkjebø 1998). Det angir at kvaliteten på et serviceprodukt eller en tjeneste dreier seg om faglighet eller profesjonalitet, mellommenneskelig kommunikasjon, fysisk kontekst og rutiner (Morgan og Murgatroyd 1994)<sup>91</sup>. Kvalitet relatert til faglighet eller profesjonalitet kalles kjerne-kvalitet, mens kvalitet forbundet med de øvrige komponentene omtales som periferikvalitet<sup>92</sup>.

Videre uttrykker kvalitetskonseptet at kunder eller brukere av en organisasjon er både instanser i omgivelsene og avdelinger som benytter produkter eller tjenester fra andre avdelinger i organisasjonen. Det betegner dem som henholdsvis eksterne og interne kunder eller brukere, og påpeker viktigheten av å tilfredsstille begge parter (Andrésdottir m.fl. 1998; Kyrkjebø 1998; Schreiner 1997; Tuckman 1994; Westphal m.fl. 1997)<sup>93</sup>.

Summa summarum tilsier kvalitetskonseptet at veien til velstand for en organisasjon er følgende hovedaktiviteter (Røvik 1998):

1. *Lederengasjement eller top-down-tilnærming*: Det understrekes at ledelsen i en organisasjon må engasjere seg for å bedre kvaliteten på produkter og tjenester i ulike funksjonelle deler og prosesser i organisasjonen. Ansvar for kvalitet kan ikke delegeres, eksempelvis til en kvalitetskonsulent (Deming 1982/2000; Moldenæs 1999; Neave 1990; Røvik 1998).
2. *Kunde- eller brukerorientering*: Det fremheves at organisasjonens kunder eller brukere representerer dens overordnede instanser. Følgelig må organisasjonen innrette sin virksomhet etter deres subjektive oppfatninger av kvalitet (Andrésdottir m.fl. 1998; Ishikawa 1985; Røvik 1998; Townsend og Gebhardt 1991).
3. *Bruk av data og kontroll av variasjon*: Det presiseres at organisasjonen må foreta systematisk innhenting av informasjon om kundenes eller brukernes preferanser og vurderin-

---

<sup>91</sup> I forbindelse med en sykehustjeneste kan faglighet eller profesjonalitet referere til medisinsk behandling. Mellommenneskelig kommunikasjon kan vedrøre overføring av budskap mellom en lege og en pasient. Fysisk kontekst og rutiner kan gjelde romforhold og ventetider innen sykehuset. (Jfr. Statens helsetilsyns "Kvalitetsutvikling i helsetjenesten" av 1994).

<sup>92</sup> Jfr. Statens helsetilsyns "Kvalitetsutvikling i helsetjenesten" av 1994.

<sup>93</sup> Eksempler på eksterne brukere av et sykehus er pasienter, pårørende, primærhelsetjenesten, andre helseinstitusjoner, utdanningsinstitusjoner, myndighetene som sykehuseiere og premissleverandører samt massemediene som informasjonsformidlere. Et eksempel på en intern bruker av et sykehus er kirurgisk avdeling,

ger av kvaliteten på det organisasjonen tilbyr, samt innfri artikulerte ønsker effektivt. Kvaliteten på interne prosesser må kontrolleres og forbedres, blant annet ved hjelp av statistiske teknikker som avdekker hvorvidt og eventuelt hvordan de varierer over tid (Andrésdóttir m.fl. 1998; Lauridsen og Schmidt 1986; Lochner og Matar 1990; Røvik 1998; Sullivan 1984).

4. *Kontinuerlig forbedring*: Det poengteres at omgivelsene endres kontinuerlig, og at organisasjonen må forandre og forbedre seg i samme takt. Kontinuerlig forbedring krever at organisasjonen følger en arbeidsmodell som kalles Deming-sirkelen og går ut på å repetere følgende handlingsrekke: Planlegge forbedringer, gjennomføre planene, observere resultatene og analysere årsaker til variasjon (Deming 1982, 1982/2000; Røvik 1998).
5. *Alles deltagelse eller bottom-up-tilnærming*: Det betones at ikke bare ledelsen i organisasjonen har kvalitetsforbedring som oppgave. Alle organisasjonsmedlemmer skal involveres i kontroll og forbedring av kvalitet på en forpliktende måte (Aune 2000; Crosby 1989; Dahlgaard og Kristensen 1992; Juran 1994; Moldenæs 1999; Røvik 1998; Stensaasen 1988; Townsend og Gebhardt 1991)<sup>94</sup>.

Kvalitetskonseptets prinsipper om datainnsamling og dokumentasjon uttrykker tankegods som kan gjenfinnes i det teoretiske bildet av organisasjoner som rasjonelle systemer<sup>95</sup>. Konseptets bud om medvirkning fra alle organisasjonsmedlemmer tilkjennegir tanker fra det teoretiske bildet av organisasjoner som naturlige systemer<sup>96</sup>. Med andre ord fremstår konseptet som et multiteoretisk produkt (Drucker 1990; Grant m.fl. 1994; Moldenæs 1999; Strand 2001). Dette gjør at det representerer en nyskaping i forhold til andre oppskrifter på utforming av organisasjoner (Moldenæs 1999).

---

som benytter tjenester fra operasjonsavdelingen o.a. (NOU 1997:2; Andrésdóttir m.fl. 1998; Kyrkjebø 1998; Schreiner 1997).

<sup>94</sup> Som et ledd i dette skal det iverksettes opplæring i kontroll og forbedring av kvalitet, felles begreper og problemløsningsmetodikk, tverrfaglig samarbeid m.v. (Andrésdóttir m.fl. 1998; Aune 2000; Moldenæs 1999; Schreiner 1997).

<sup>95</sup> I det teoretiske bildet av organisasjoner som rasjonelle systemer er organisasjoner instrumenter for å nå mål utformet av ledelsen (Moldenæs 1999; Scott 1998). Bildet favner det instrumentelle perspektivet som er omtalt i foregående kapittel 3.1.

<sup>96</sup> I det teoretiske bildet av organisasjoner som naturlige systemer er organisasjoner ikke bare instrumenter for å nå mål, men også sosiale systemer og derfor mål i seg selv (Moldenæs 1999; Scott 1998). Bildet favner det institusjonelle perspektivet som er omtalt i foregående kapittel 3.3.

## 4.2. FRA GLOBALT KONSEPT TIL LOKALT SYSTEM

Innføring av kvalitetsledelse i en organisasjon krever etablering av et helhetlig kvalitets-system. Som tidligere nevnt er dette et system for å sikre at organisasjonen oppfyller krav fra kunder eller brukere og krav den stiller til seg selv<sup>97</sup>. Det kan bestå av følgende hoved-dokumenter (Arntzen 2002; Schreiner 1997):

1. *Kvalitetshåndbok eller basisdokument*: Dette dokumentet gjelder hele organisasjonen. Det inneholder beskrivelser av organisasjonens visjon, hovedmål, kvalitetspolitikk og formelle struktur<sup>98</sup>, samt aktuelle lover og forskrifter (Arntzen 2002, Schreiner 1997)<sup>99</sup>.
2. *Styringsdokumenter*: Disse dokumentene dreier seg om fellesdokumenter og avdelings-dokumenter. Fellesdokumentene gjelder alle avdelinger i organisasjonen. De inneholder beskrivelser av oppgaver som tilligger alle avdelinger, samt prosedyrer eller metoder for å utføre disse oppgavene. Avdelingsdokumentene angår utvalgte avdelinger eller én bestemt avdeling. De omtaler oppgaver som påhviler de utvalgte avdelinger eller den ene avdelingen, samt prosedyrer for å løse disse oppgavene (Arntzen 2002; Schreiner 1997).
3. *Resultatdokumenter*: Disse dokumentene omfatter to typer formularer. Den ene typen er sjekklister der den enkelte avdeling angir hvilke oppgaver som er utført og hvordan oppgavene er løst. Neste type er spørreskjemaer der kunder eller brukere uttrykker vurderinger av kvaliteten på det avdelingen tilbyr (Arntzen 2002; Schreiner 1997).

En organisasjon kan fremstille sitt kvalitetssystem elektronisk, med andre ord presentere systemets dokumenter på intranett. Dette kan bevirke at de blir lett tilgjengelige for alle organisasjonsmedlemmer (Arntzen 2002; Øvretveit og Aslaksen 1999).

Ellers kan organisasjonen detaljutforme kvalitetssystemet etter internasjonale standarder<sup>100</sup>, og følgelig tildeles kvalitetssertifikat. Den kan også avpasse systemet etter kriterier for å motta en nasjonal eller internasjonal kvalitetspris<sup>101</sup>, og dermed delta i konkurranser om en slik utmerkelse. Med et kvalitetssertifikat eller en kvalitetspris kan organisasjonen oppnå

---

<sup>97</sup> Jfr. foregående kapittel 1.

<sup>98</sup> Hva som menes med formell struktur fremgår av note 72.

<sup>99</sup> Å beskrive aktuelle lover og forskrifter samt påse at de blir fulgt er identisk med internkontroll (Arntzen 2002; Schreiner 1997).

<sup>100</sup> Dvs. Internasjonal Standardiseringsorganisasjon (ISO) sine standarder (Aune 2000; Kyrkjebø 1998).

økt tillit hos kunder eller brukere (Arntzen 2002; Aune 2000; Moldenæs 1999; Schreiner 1997).

Norske myndigheter bebuder intensivt satsing på å få helhetlige kvalitetssystemer etablert i helseinstitusjoner og andre organisasjoner (Stolanowski og Skjellanger 2002)<sup>102</sup>. Dette kan bidra til å virkeliggjøre Lahnstein (1993) og Nedregård (1993) sine ord om at kvalitetskonseptet er kommet for å bli.

---

<sup>101</sup> Et eksempel på en nasjonal kvalitetspris er Den norske kvalitetsprisen. Eksempler på internasjonale kvalitetspriser er den europeiske prisen som kalles The European Quality Award og den amerikanske prisen med tittelen The Malcolm Baldrige National Quality Award (Aune 2000; Schreiner 1997).

<sup>102</sup> Se også NOU 2003:1.

## KAPITTEL 5

### DET EMPIRISKE FELT

Dette kapittelet vil inneholde en nærmere presentasjon av det empiriske feltet som fokuseres i foreliggende studie, det vil si sykehussektoren. I utgangspunktet påpekes at sykehusene har som hovedoppgaver å behandle pasienter, utdanne helsepersonell og drive forskning<sup>103</sup>. Dette betyr at de er såkalte ekspertorganisasjoner (Strand 2001)<sup>104</sup>.

#### 5.1. MELLOM PLAN OG MARKED<sup>105</sup>

Både utenlands og i Norge var de første sykehusene pleieinstitusjoner for syke mennesker fra lavere sosiale lag. Med andre ord var det pleiere som dannet hovedtyngden av personalet ved institusjonene. Legene var langt på vei privatpraktiserende, og opptrådte bare sporadisk der. Rundt 1850 akselererte utviklingen av medisinsk kunnskap og teknologi. Stadig flere leger etablerte seg ved sykehusene, der infrastrukturen muliggjorde anvendelse av nye medisinske metoder<sup>106</sup>. Dermed ble sykehusene i stigende grad behandlingsinstitusjoner for personer fra alle sosiale lag (Berg 1987, 1991; Erichsen 1991, 1996a, 1996d; Hansen 2001; Moseng 2003; Schiøtz 2003; Vareide 2001)<sup>107</sup>.

Utenlands så vel som i Norge var de første sykehusene grunnlagt og drevet av kirken. Her i landet var driften overtatt av frivillige organisasjoner, bykommuner og fylkeskommuner da sykehusene begynte å utvikle seg til behandlingsinstitusjoner. I 1909 vedtok Stortinget å dekke driftsutgifter for sykehusene etter kurpriser som eierne selv fastsatte. Dette medførte en betydelig utbygging av eksisterende og nye institusjoner. Snart begynte medisinske spesialiteter å gro frem, og institusjonene ble inndelt i avdelinger for de ulike spesialitetene

---

<sup>103</sup> Jfr. lov av 19. juni 1969 om sykehus m.v., kap. II; NOU 1997:2; lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten m.m., § 3-8. Med behandling menes gjennomføring av en slik prosess som er omtalt i note 45.

<sup>104</sup> Hva som menes med en ekspertorganisasjon fremgår av note 25.

<sup>105</sup> Plan betyr her planøkonomi, og marked refererer til markedsøkonomi. Planøkonomi er et økonomisk system der ressursbruk, produksjon, fordeling og anvendelse av produksjonsresultatet bestemmes av politiske organer og offentlig forvaltning. Markedsøkonomi er et økonomisk system der de samme saker bestemmes av forbrukeres, arbeidstageres og produksjonens adferd i markedene (Kreyberg 1978).

<sup>106</sup> Med infrastruktur menes materielle og institusjonelle ordninger som utgjør nødvendig grunnlag for produktiv virksomhet (Gleditsch 1993).

<sup>107</sup> Se også NOU 1997:2.

(Berg 1987; Erichsen 1996a; Hansen 2001; Nerland 2001; Romøren 2001; Schiøtz 2003; Vareide 2001)<sup>108</sup>.

Etter andre verdenskrig kom det en jevn og høy økonomisk vekst i de fleste vestlige industriland, deriblant Norge. Samtidig var det tverrpolitisk enighet om å realisere en norsk velferdsstat, herunder satse på planøkonomiske løsninger for å dekke innbyggernes behov for sykehustjenester<sup>109</sup>. Dermed fulgte en ny fase med utbygging av sykehusene. Da Stortinget i 1969 vedtok at driften av sykehusene skulle overlates til fylkeskommunene, ble det bestemt å øke den statlige dekningen av driftsutgiftene eller kurprisene. Dette medførte en ytterligere ekspansjon av institusjonene (Bø og Lahnstein 2001; Erichsen 1996d; Hansen 2001; Kringlen 1996; Lian 1999, 2003; Løchen 1985; Nerland 2001; Romøren 2001; Schiøtz 2003; Vareide 2001)<sup>110</sup>.

Utover i 1970- og 1980-årene forsvant både økonomiske og politiske forutsetninger for å videreutvikle velferdsstaten, herunder følge opp bevilgningene til sykehussektoren. Økonomien ble svekket, og det politiske klima begynte å endre seg nyliberalistisk retning<sup>111</sup>. Situasjonen bevirket at statlige myndigheter forlot systemet med dekning av driftsutgifter for sykehusene etter kurpriser, og innførte et rammefinansieringssystem med dekning etter demografiske behovskriterier. Denne innstramningen kom på et tidspunkt da etterspørselen etter sykehustjenester hadde økt enda mer enn tilbudet om slike tjenester<sup>112</sup>. Ordningen avfødte da også massiv kritikk. Myndighetenes svar på kritikken var at det trengtes økt effektivitet eller mer helse for hver krone og en viss bruk av markedsøkonomiske løsninger i sykehussektoren<sup>113</sup>. Svarene ble nedfelt i utredninger om prioritering av pasienter samt finansiering og organisering av sykehus (Erichsen 1996a, 1996d; Hansen 2001; Kringlen 1996;

---

<sup>108</sup> Se også NOU 1997:2.

<sup>109</sup> Velferdsstat er forstått som en stat med nasjonalt omfattende offentlige ordninger for å trygge hele befolkningens sosiale, helsemessige og økonomiske sikkerhet samt utdanning (jfr. Kuhnle 1997).

<sup>110</sup> Se også NOU 1997:2.

<sup>111</sup> Med nyliberalisme menes et politisk program som anbefaler en viss kombinasjon av planøkonomiske og markedsøkonomiske løsninger (jfr. Skirbekk 1999).

<sup>112</sup> Datidens og nåtidens avstand mellom etterspørsel etter sykehustjenester og tilbud om slike tjenester blir gjerne omtalt som helsegapet. Avstanden tilskrives medikalisering o.a.. Med medikalisering menes fremvekst av mer omfattende begreper om helse og sykdom, samt senking av terskelen for å søke legehjelp (Illich 1996; Lian 1999, 2003; Solbakk 1995).

<sup>113</sup> Dette budskapet anses som inspirert av New Public Management, en nyere serie doktriner eller læresetninger om styring av offentlig sektor. New Public Management har for øvrig også påvirket utformingen av helsetjenesten i Storbritannia og Sverige (Christensen og Lægred 1997; Christie 1998; Hood 1991; Lian 2003; Vareide 2001).

Lian 1999, 2003; Løchen 1985; Nerland 2001; Romøren 2001; Skaset 2003; Vareide 2001)<sup>114</sup>.

Den første utredningen om prioritering av pasienter forelå i 1987, og den neste kom ti år senere. Sistnevnte rapport medførte retningslinjer som tilsa at personer med alvorlige sykdommer og muligheter for å dra nytte av medisinsk behandling skulle ha førsterett til sykehustjenester, dog bare dersom det var et rimelig forhold mellom nytten av en eventuell behandling og kostnadene med behandlingen. Rapporten foranlediget også en bestemmelse om at personer med førsterett til sykehustjenester skulle garanteres behandling innen tre måneder. De omtalte retningslinjer gjenspeiles i pasientrettighetsloven av 1999 med tilhørende forskrift. Den nevnte bestemmelsen er imidlertid endret til å uttrykke at behandling skal tilstås innen den tid medisinsk forsvarlighet krever. Ellers gir pasientrettighetsloven pasienter rett til å velge hvilket sykehus de vil bli behandlet ved, samt medvirke under behandlingen og motta nødvendig informasjon (Kringlen 1996; Lian 1999, 2003; Romøren 2001; Skaset 2003; Vareide 2001)<sup>115</sup>.

Umiddelbart etter den første utredningen om prioritering av pasienter fulgte en utredning om finansiering av sykehusene. Denne rapporten tilsa at rammetilskudd burde utgjøre kun en del av inntektene til nevnte institusjoner, og stykkprisbetaling for behandlinger resten av inntektene. Et finansieringssystem med kombinasjon av rammetilskudd og stykkprisbetaling eller innsattsstyrt finansiering ble da også innført i sykehusene i 1997 (Kringlen 1996; Lian 1999, 2003; Nerland 2001; Romøren 2001; Skaset 2003; Vareide 2001)<sup>116</sup>.

Utredningen om finansiering av sykehusene ble etterfulgt av utredninger om organisering av nevnte institusjoner. Disse rapportene inneholdt forslag om å omdanne sykehusene fra forvaltningsorganer til foretak, samt avvikle det fylkeskommunale ansvaret for sykehusene og la staten eie dem. Begge forslagene ble vedtatt av Stortinget i 2001. Vedtaket innebærer at sykehusene utgjør helseforetak og er underlagt regionale helseforetak som eies av sta-

---

<sup>114</sup> Se også NOU 1997:2.

<sup>115</sup> Se også NOU 1987:23, NOU 1997:18, lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter og forskrift av 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp.

<sup>116</sup> Se også NOU 1987:25 og NOU 2003:1. Innsattsstyrt finansiering bygger på et såkalt DRG-system, der forkortelsen DRG står for diagnoserelaterte grupper. Ordningen innebærer at lidelser grupperes etter forventet ressursbruk. Eksempelvis regner man ut at en pasient som blir gallesteinsoperert i gjennomsnitt koster så og så mye, behandling av en slagpasient i gjennomsnitt noe annet osv.. Man knytter så en refusjonssats til hver sykdomsgruppe, og refusjonen utbetales til sykehusene etter regning. Konsekvensene blir at sykehus som foretar mange behandlinger til under gjennomsnittspris øker sine inntekter, og omvendt (Romøren 2001).



ten<sup>117</sup>. Hvert av de regionale helseforetakene har ansvar for at innbyggerne i regionen får nødvendige sykehustjenester. De kan enten yte tjenestene gjennom egne virksomheter eller kjøpe dem fra andre offentlige eller private institusjoner. Det blir da også stadig flere private sykehussenger å velge mellom (Johansen 2000; Lian 2003; Pettersen 2001; Romøren 2001; Skaset 2003; Vareide 2001)<sup>118</sup>.

De omtalte utredninger og reformer viser at myndighetene krever større grad av lønnsomhetsbetraktninger i sykehusene. Samtidig kreves det ivaretagelse av menneskets egenverd, rettferdighet og likhet ved utføring av de oppgaver som påhviler disse institusjonene. Dette er krav som sykehusansatte må veie opp mot hverandre i deres daglige virke (Johansen 2000; Lian 1999, 2003; Lian og Røttingen 2002; Mooney 1991)<sup>119</sup>.

## **5.2. FRA MONOKRATI TIL POLYARKI<sup>120</sup>**

Rundt 1850 hadde et sykehus som regel en administrasjon bestående av en forstanderinne eller leder for pleievirksomheten og en forvalter. Privatpraktiserende leger som da etablerte seg ved en slik institusjon sørget for at administrasjonen ble ledet av en lege, i den hensikt å sikre opprettholdelse av deres tradisjonelle selvstendighet. Også hver avdeling som begynte å dannes i det enkelte sykehus kom til å ledes av en lege. Mens den administrerende overlegen fikk myndighet over all virksomhet i hele institusjonen, fikk avdelingsoverlegen råderett over samtlige aktiviteter i en avgrenset del av den. Med andre ord ble sykehuset monokratisk i sin oppbygning (Berg 1987, 1991; Vareide 2001)<sup>121</sup>.

Etter andre verdenskrig har byråkratisering, profesjonalisering og demokratisering preget sykehusene. Disse prosessene innebærer at forskjellige personer gjør betydelige inngrep i legenes myndighet over ulike funksjoner i nevnte institusjoner (Berg 1987)<sup>122</sup>.

Byråkratiseringen av det enkelte sykehus dreier seg om tre forhold<sup>123</sup>. Det første forholdet er at administrasjonssjefen eller direktøren ansettes på grunnlag av kompetanse innen admi-

---

<sup>117</sup> Det er et regionalt helseforetak i hver av de fem helseregionene som landet er delt inn i. Disse regionene blir for øvrig kalt Helseregion Nord, Helseregion Midt-Norge, Helseregion Vest, Helseregion Øst og Helseregion Sør (jfr. SHDs "Sykehusreformen" av 2002).

<sup>118</sup> Se også Sosialdepartementets "Ledelse i sykehus" av 1990, NOU 1996:5, NOU 1997:2, NOU 1999:15, lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten m.m. og lov av 15. juni 2001 om helseforetak m.m..

<sup>119</sup> Se også stortingsmelding nr. 26 (1999 – 2000).

<sup>120</sup> Monokrati betyr enevelde, mens polyarki betegner et styre av de mange (Berg 1987; Østerud 1996).

<sup>121</sup> Se også NOU 1997:2.

<sup>122</sup> Se også NOU 1997:2.

nistrasjon og ledelse, ikke ut fra eventuell medisinsk bakgrunn<sup>124</sup>. Neste forhold er at administrasjonen for øvrig blir en stab bestående av sjeflege, sjefsykepleier, personalsjef, økonomisjef og andre. Tredje forhold er at det opprettes stillinger som administrative ledere for blokker der flere avdelinger samles<sup>125</sup>. De stadig mer tallrike administratorene som dermed besetter sykehuset overtar mye av legenes myndighet i organisatoriske, personalpolitiske og økonomiske saker. Følgelig beskjærer de også legenes råderett i medisinske sammenhenger (Berg 1987, 1991; Erichsen 1996b; Jordahl 1996; Kringlen 1996; Strand 2001)<sup>126</sup>.

Den påpekte profesjonaliseringen omhandler to forhold. Det første forholdet er at sykepleierne og andre helsearbeidere<sup>127</sup> utdanner seg innen administrasjon og ledelse i den hensikt å oppnå kontroll over egne arbeidsområder, og dermed muligheter for å bli anerkjent som profesjonelle på linje med legene. Neste forhold er at de samme yrkesutøverne søker å teoretisere samt vitenskapeliggjøre deres respektive fag med tanke på tilsvarende anerkjennelse. Det stadig mer velkvalifiserte helsepersonellet som dermed besetter sykehusene overtar en del av legenes myndighet i administrative så vel som medisinske anliggender (Berg 1987, 1991; Erichsen 1996b; Kringlen 1996; Skaset 2003; Sommervold 1996)<sup>128</sup>.

Også den kunngjorte demokratiseringen viser til to forhold<sup>129</sup>. Det første forholdet er at sykehusansatte fra alle yrkesgrupper får større adgang til medvirkning ved utforming av deres

---

<sup>123</sup> Byråkratiseringen skyldes blant annet mer krevende og tallrike administrative oppgaver (NOU 1997:2; Berg 1987; Kringlen 1996; Plahte 1996).

<sup>124</sup> I den grad det skiller mellom administrasjon og ledelse kan administrasjon forstås som det å påse at oppgaver blir utført i henhold til gjeldende regelverk. Ledelse kan da forstås som det å fastsette mål, utpeke midler for å nå målene og skape oppslutning om disse elementene (NOU 1997:2; Jacobsen og Thorsvik 1997; Selznick 1957/1997).

<sup>125</sup> Administrasjonssjefen eller direktøren blir nærmeste overordnede for ledere som får slike blokker som ansvarsområder. Slike blokker blir også omtalt som klinikker og divisjoner (NOU 1997:2; Den norske lægeforenings "Oversikt over forholdene i Norge mht. organisering og ledelse av helsetjenester" av 11. desember 2001; Berg 1987).

<sup>126</sup> Administrative ledere i et sykehus har dog mindre myndighet enn tilsvarende ledere i mange andre organisasjoner. Dette skyldes at de profesjonelle medarbeiderne i en slik institusjon har en sterk autonomi eller rett til å utføre deres arbeid uten innblanding fra andre (Berg 1987; Erichsen 1996b; Freidson 1970; Hernes 2002a, 2002b; Lian 2003; Strand 2001).

<sup>127</sup> Etter andre verdenskrig er det uteksaminert bioingeniører, radiografer o.a. (Berg 1987).

<sup>128</sup> Eksempler på sistnevnte tendens er at det i 1990-årene var todelt ledelse ved de fleste sykehusavdelinger som undersøker og behandler pasienter. Todelt ledelse betyr at avdelingsoverlegen og oversykepleier sammen ivaretar det administrative ansvaret ved avdelingen. (Jfr. NOU 1997:2; Kringlen 1996; Skaset 2003). Andre eksempler på omtalte tendens kan oppstå ved praktisering av den nye bestemmelsen om ledelse av sykehusavdelinger med klinisk virksomhet. Denne bestemmelsen tilsier at det skal være kun én leder ved hver avdeling av nevnte art, og at lederen bør ha både lederkompetanse og helsefaglig kompetanse, men ikke trenger å være lege. (Jfr. lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten m.m., § 3 - 9; Helsedepartementets rundskriv I - 9/2002; Skaset 2003).

<sup>129</sup> Demokratiseringen kan referere til et tredje forhold, nemlig det faktum at pasientene gis utvidede rettigheter (Berg 1987; Førde 2003). Dette er nærmere omtalt i foregående kapittel 5.1.

egen arbeidssituasjon<sup>130</sup>. Neste forhold er at de i økende grad gjøres oppmerksom på denne adgangen. De stadig mer innflytelsesrike yrkesutøverne som dermed besetter sykehusene overtar noe av legenes myndighet på det administrative området, og følgelig også det medisinske feltet (Berg 1987; Nylehn 1997, 2002a)<sup>131</sup>.

Mens omtalte byråkratisering representerer en top-down-basert reduksjon av legenes råderett, utgjør profesjonaliseringen og demokratiseringen bottom-up-baserte beskjæringer av denne retten. Sammen bidrar disse prosessene til at sykehusene blir polyarkiske (Berg 1987, 1991; Dahl 1971; Riggs 1968).

### **5.3. PARADEPLASS FOR PROFESJONELLE**

Det enkelte sykehus begynte å utvikle seg til en arena for pasientbehandling rundt 1850, da det tiltrakk seg stadig flere leger<sup>132</sup>. Metaforisk uttrykt gikk det da over til å bli en paradeplass for profesjonelle. I samfunnsvitenskapelig forstand antok det karakter av en ekspertorganisasjon (Strand 2001)<sup>133</sup>.

En ekspertorganisasjon kjennetegnes først og fremst ved at den har komplekse arbeidsoppgaver, og følgelig også mange medarbeidere med høy fagkompetanse, gjerne profesjonsutøvere. I likhet med et idealtypisk byråkrati har en slik organisasjon vidtdreven spesialisering og standardisering<sup>134</sup>. Dog utmerker ekspertorganisasjonen seg med at aktiviteten i vesentlig grad styres av faglige standarder og normer som de velkvalifiserte medarbeiderne bringer med seg fra utdanningsinstitusjoner, tidligere stillinger og fagforeninger. Med andre ord blir byråkratiets betoning av autoritet via hierarki og formell posisjon delvis avløst av autoritet via ferdigheter og ekspertise. Ekspertorganisasjonen har da også en relativt flat, desentralisert struktur med betydelig autonomi for de høykompetente medarbeiderne (Bolman og Deal 1998; Enderud 1980; Gabrielsen 1985; Hovde 1993; Jacobsen og Thorsvik 1997; Kalleberg 1993g, 1993h; Mintzberg 1979; Nylehn 2002b; Strand 2001)<sup>135</sup>.

---

<sup>130</sup> Dette blir omtalt som empowerment (Nylehn 2002a).

<sup>131</sup> Se også NOU 1999:34.

<sup>132</sup> Jfr. foregående kapittel 5.1.

<sup>133</sup> En ekspertorganisasjon er identisk med det Mintzberg (1979) kaller et fagbyråkrati eller et profesjonelt byråkrati (Gabrielsen 1985; Jacobsen og Thorsvik 1997; Strand 2001).

<sup>134</sup> Standardisering betyr at aktiviteten styres av regler, prosedyrer og programmer (Gabrielsen 1985).

<sup>135</sup> En relativt flat struktur innebærer at det er få ledelsesnivåer mellom topledere og den operative kjerne. Begrepet desentralisering viser til at innflytelsen er spredd på mange hender (Bolman og Deal 1998; Gabrielsen 1985; Halsaa 1993; Jacobsen og Thorsvik 1997).

Som nevnt vil ekspertorganisasjonens velkvalifiserte medarbeidere gjerne være profesjonsutøvere. En anerkjent definisjon av begrepet profesjon tar utgangspunkt i termer som kunnskap og verdi. Den uttrykker at høy profesjonsgrad tillegges yrker som er basert på vitenskapelig kunnskap, mens lav profesjonsgrad forbindes med yrker som er tuftet på empirisk kunnskap<sup>136</sup>. Videre angir den at høy profesjonsgrad tillegges yrker som er orientert mot autoteliske verdier, mens lav profesjonsgrad forbindes med yrker som er rettet mot heteroteliske verdier<sup>137</sup>. Dette impliserer en oppfatning om at en typisk profesjon er et yrke som bygger på vitenskapelig kunnskap og ivaretar en autotelisk verdi, eksempelvis legeyrket. Det innebærer også en forestilling om at noe mindre utpregede profesjoner er yrker som dels bygger på empirisk kunnskap og dels ivaretar heteroteliske verdier, eksempelvis sykepleiernes og andre helsearbeideres yrker (Berg 1987; Hernes 2002a; Jordahl 1996; Strand 2001).

Profesjonsutøvere tilskrives følgende hovedtrekk (Strand 2001)<sup>138</sup>:

1. *Teoretisk og praktisk bakgrunn*: Profesjonsutøvere har ikke bare langvarig og spesifikk utdanning fra universitet eller høyskole. De har også praktiske yrkesferdigheter tilegnet fra erfarne kolleger (Brante 1997; Dahl og Mo 2000; Elstad 1991; Erichsen 1996c; Fosse 1997; Hernes 2002a; Jordahl 1996; Nylehn 2002b; Repstad 1997, Strand 2001).
2. *Medlemskap i fagforeninger*: Profesjonsutøvere er medlemmer av fagforeninger som monopoliserer adgangen til profesjonene eller yrkene, samt overvåker yrkesutøvelsen gjennom faglige og etiske normer (Brante 1997; Dahl og Mo 2000; Elstad 1991; Erichsen 1996c; Fosse 1997; Hernes 2002a; Jordahl 1996; Lian 2003; Nylehn 2002b; Repstad 1997; Strand 2001)<sup>139</sup>.
3. *Egen kunnskap og terminologi*: Profesjonsutøvere besitter kunnskap som i en viss grad deles med kolleger, men sjelden med andre. De har da også et eget, ofte esoterisk språk (Brante 1997; Dahl og Mo 2000; Elstad 1991; Erichsen 1996c; Fosse 1997; Hernes 2002a; Jordahl 1996; Nylehn 2002b; Repstad 1997; Schiøtz 2003; Strand 2001).

---

<sup>136</sup> Vitenskapelig kunnskap er kunnskap som utvikles gjennom systematisk og som regel institusjonalisert forskning. Empirisk kunnskap er kunnskap som utvikles gjennom prøving og feiling, altså på en mindre systematisk og metodisk måte enn tilfellet er for vitenskapelig kunnskap (Berg 1987; Hernes 2002a).

<sup>137</sup> Autoteliske verdier er noe som har verdi i seg selv, eksempelvis helse. Heteroteliske verdier er noe som har verdi fordi det gagnar noe annet, eksempelvis hjelpefunksjoner overfor legene (Berg 1987; Hernes 2002a).

<sup>138</sup> Dog trenger ikke alle profesjonsutøvere å ha alle disse trekkene (Strand 2001).

<sup>139</sup> Disse normene kan være uformelle, eller de kan være formelle, det vil si nedfelt i lover, forskrifter eller retningslinjer (Lian 2003).

4. *Altruisme*: Profesjonsutøvere ivaretar samfunnets og klientenes behov og interesser (Brante 1997; Dahl og Mo 2000; Elstad 1991; Erichsen 1996c; Fosse 1997; Hernes 2002a; Jordahl 1996; Nylehn 2002b; Repstad 1997; Strand 2001)<sup>140</sup>.
5. *Faglig autonomi*: Profesjonsutøvere har en betydelig rett til å utføre deres arbeid uten intervensjoner fra representanter for andre yrkesgrupper (Dahl og Mo 2000; Elstad 1991; Erichsen 1996b, 1996c; Freidson 1970; Hernes 2002a; Jordahl 1996; Lian 2003; Light og Aasland 2003; Nylehn 2002b; Strand 2001).
6. *Fokus på jurisdiksjon*<sup>141</sup>: Profesjonsutøvere er opptatt av å posisjonere seg i forhold til hverandre, herunder sikre seg myndighet og ansvar innenfor bestemte arbeidsområder. De kan da også komme i konflikt med hverandre (Abbott 1988; Dahl og Mo 2000; Elstad 1991; Erichsen 1996b, 1996c; Fosse 1997; Hernes 2002a; Nylehn 2002b; Repstad 1997; Skjørshammer 2002; Strand 2001)<sup>142</sup>.
7. *Lojalitet til egen yrkesgruppe m.v.*: Profesjonsutøvere er mer lojale overfor egen yrkesgruppe enn den organisasjonen de måtte være ansatt i. De knytter autoritet mer til reell faglig kompetanse enn en overordnet posisjon. Videre anser de karriere for å dreie seg mer om faglig kvalifisering enn ansettelse i lederstillinger. De styres mer av faglige normer enn organisasjonsspesifikke regler (Dahl og Mo 2000; Hernes 2002a; Jordahl 1996; Nylehn 2002b; Repstad 1997; Strand 2001)<sup>143</sup>.
8. *Offentlig godkjenning*: Profesjonsutøvere har offentlig godkjenning, beskyttede titler og plikter i forhold til det offentlige (Elstad 1991; Jordahl 1996; Strand 2001).

Omtalte forhold indikerer at de profesjonelle ser egen yrkesutøvelse som kjerneaktiviteten i organisasjonen de måtte være tilknyttet, og organisasjonen som et serviceapparat for denne virksomheten (Jordahl 1996; Nylehn 2002b; Strand 2001).

---

<sup>140</sup> Makteoretikere uttrykker dog at profesjonsutøvere kan ivareta egne interesser minst like mye som samfunnets og klientenes interesser (Brante 1997; Erichsen 1996c; Fosse 1997; Hernes 2002a; Schjøtz 2003).

<sup>141</sup> Jurisdiksjon betyr her myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde (jfr. Erichsen 1996b), eller adgang til å utføre bestemte arbeidsoppgaver (jfr. Hernes 2002a).

<sup>142</sup> Profesjonsutøveres konflikter med hverandre er et tilbakevendende tema ikke bare i faglitteraturen, men også i media. (Jfr. bl.a. Dagens Næringsliv nr. 150, 152, 153 og 154 av juli 2002).

## KAPITTEL 6

### KARAKTERISTIKK AV CASE-SYKEHUSENE<sup>144</sup>

Dette kapittelet vil inneholde en nærmere presentasjon av institusjonene som har tilført foreliggende studie data om helsearbeideres håndtering av kvalitetsledelse. Som tidligere nevnt er det Hafli sykehus som representerer hovedstudieobjektet. Sykehusene Hiltun, Høsem, Sagdal, Sebak og Sivann representerer hjelpestudieobjekter<sup>145</sup>.

#### 6.1. HAFLI SYKEHUS

Hafli sykehus er en stor institusjon med et årsbudsjett på ca. 2.500 mill. kr., omkring 1.100 senger og 4.250 hele stillinger. Institusjonen ledes av et styre og en direktør som har nært samarbeid med en sjeflege og en sjefsykepleier. Sistnevnte er begge plassert i stab til direktøren. Staben omfatter blant annet også en kvalitetssjef med ansvar for fem halve stillinger som kvalitetskonsulenter og rundt 20 mindre stillinger som tilretteleggere<sup>146</sup>. Direktøren er nærmeste overordnede for ledere av blokker der flere avdelinger er samlet og ledere av storavdelinger. Blokkene omfatter en medisinsk blokk med blant annet medisinsk avdeling, en kirurgisk blokk med blant annet kirurgisk avdeling, en psykiatrisk blokk med blant annet psykiatrisk avdeling, en medisinsk serviceblokk med blant annet operasjonsavdeling, en laboratorieblokk med blant annet klinisk-kjemisk avdeling, en hodeblokk og en driftsblokk. Storavdelingene er en kvinneavdeling og en barneavdeling. De fleste kliniske avdelinger har todelt ledelse, noe som betyr at avdelingsoverlegen og oversykepleier sammen ivaretar avdelingens administrative ansvar<sup>147</sup>.

Som tidligere nevnt fikk sykehuset i 1993 et tilbud om å delta i et nasjonalt prosjekt med det formål å fremme innføring av kvalitetsledelse i helseinstitusjoner<sup>148</sup>. Styret besluttet å takke ja til dette. Vedtaket ble begrunnet med at kvalitetskonseptet kunne være nyttig for

---

<sup>143</sup> Profesjonsutøvere er dermed vesensforskjellige fra idealtypiske byråkrater (Nylehn 2002b).

<sup>144</sup> Opplysningene i dette kapittelet bygger på de datakilder som er omtalt i foregående kapittel 2.4.

<sup>145</sup> Jfr. foregående kapittel 2.2.

<sup>146</sup> Kvalitetssjefen er opprinnelig sykepleier. Stillingene som kvalitetskonsulenter er besatt av en lege, tre sykepleiere og en bioingeniør. De mindre stillingene som tilretteleggere eller medansvarlige for opplæring i kvalitetsarbeid er besatt av sykepleiere o.a.. Kvalitetskonsulentene og tilretteleggerne utøver også deres opprinnelige yrker ved sykehuset.

<sup>147</sup> En klinisk avdeling er en avdeling som undersøker og behandler pasienter (NOU 1997:2).

sykehuset, og at det kunne komme pålegg om å etablere helhetlige kvalitetssystemer i helsevesenet<sup>149</sup>. Kort tid etterpå besluttet styret å ansette blokkledere som bindeledd mellom direktøren og avdelingslederne. Dette vedtaket ble begrunnet med at direktøren hadde behov for å få redusert kontrollspenn<sup>150</sup>.

Det var direktøren, en nyansatt kvalitetskonsulent og en representant for et konsulentfirma som først foresto innføringen av kvalitetsledelse i sykehuset<sup>151</sup>. Disse personene valgte å betegne innføringen som KF-prosessen og kvalitetskonseptet som KF eller Kontinuerlig Forbedring. De gikk umiddelbart i gang med å fremstille et basisdokument som skulle danne fundamentet til det nye kvalitetssystemet. Dessuten begynte de å utarbeide en plan for opplæring i kvalitetsarbeid, samt gjennomføre planen.

Basisdokumentet tok form av et hefte med beskrivelser av sykehusets visjon, hovedmål og kvalitetspolitikk m.v.. Visjonen ble uttrykt slik:

*(Haflli) sykehus skal være et kvalitets- og utviklingsorientert sykehus som gjennom faglige resultater, serviceinnstilling og medmenneskelighet er et naturlig førstevalg for pasienter, pårørende, samarbeidspartnere, studenter, helsepersonell, myndigheter og media<sup>152</sup>.*

Planen for opplæring i kvalitetsarbeid åpnet med en angivelse av følgende mål:

*Opplæringen skal*

- *gi ansatte bevissthet og kunnskaper om kvalitetsledelse*
- *gi organisasjonen et felles språk og problemløsningsverktøy*
- *stimulere til initiering av forbedringsprosjekter ved den enkelte avdeling.*

Videre hadde planen henvisninger til materiell som skulle benyttes ved undervisningen. Dette materialet var preget av eksempler og uttrykk fra industrien.

Avslutningsvis tilsa planen at et kaskadeprinsipp skulle anvendes ved omtalte opplæring. Dette innebar at eksterne krefter skulle undervise toppledelsen, og at ledere på hvert nivå

---

<sup>148</sup> Jfr. foregående kapittel 1.

<sup>149</sup> Ti år senere bebuder myndighetene intensivert satsing på å få opprettet slike systemer i helsevesenet, som nevnt i foregående kapittel 4.2.

<sup>150</sup> Kontrollspenn kan forstås som antall underordnede (Jacobsen og Thorsvik 1997).

<sup>151</sup> Kvalitetskonsulenten var identisk med dagens kvalitetssjef. Firmarepresentanten hadde ingen erfaring med helsevesenet.

<sup>152</sup> Uttrykket førstevalg ble brukt blant annet fordi den enkelte kommune nær sykehuset måtte velge hvilket av områdets offentlige sykehus den ville benytte som leverandør av bestemte helsetjenester.

skulle undervise deres nærmeste underordnede, slik at kunnskaper om kvalitetsledelse ble tilført alle eksisterende og nye medarbeidere<sup>153</sup>.

## 6.2. DE ØVRIGE SYKEHUSENE

Sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann representerer institusjoner av forskjellig størrelse. Hiltun sykehus er mellomstort, og har et årsbudsjett på ca. 500 mill. kr., omkring 270 senger og 800 hele stillinger. Hosem sykehus er lite, og har et årsbudsjett på ca. 43 mill. kr., omkring 50 senger og 140 hele stillinger. Sagdal sykehus er stort, og har et årsbudsjett på ca. 800 mill. kr., omkring 500 senger og 1.580 hele stillinger. Også sykehusene Sebakk og Sivann er store. Det første av dem har et årsbudsjett på ca. 1.500 mill. kr., omkring 800 senger og 2.750 hele stillinger. Sistnevnte har et årsbudsjett på ca. 900 mill. kr., omkring 530 senger og 2000 hele stillinger.

Hvert sykehus ledes av et styre og en direktør som har nært samarbeid med en sjeflege og en sjefsykepleier. Sistnevnte er begge plassert i stab til direktøren. Staben omfatter blant annet også en kvalitetskonsulent med ansvar for flere mindre stillinger som tilretteleggere<sup>154</sup>.

Sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal og Sivann er organisert med direktørene som nærmeste overordnede for avdelingslederne. Ved Sebakk sykehus er direktøren nærmeste overordnede for ledere av blokker der flere avdelinger er samlet. Hvert sykehus besitter blant annet en medisinsk avdeling, en kirurgisk avdeling, en operasjonsavdeling og en klinisk-kjemisk avdeling. Alle unntatt Hosem sykehus rommer blant annet også psykiatriske avdelinger. De fleste kliniske avdelinger har todelt ledelse.

Som tidligere nevnt fikk sykehusene i 1993 et tilbud om å delta i et nasjonalt prosjekt med det formål å fremme innføring av kvalitetsledelse i helseinstitusjoner<sup>155</sup>. Styrene takket ja til dette fordi de anså kvalitetskonseptet som nyttig for sykehusene, og forventet pålegg om etablering av helhetlige kvalitetssystemer i helsevesenet.

---

<sup>153</sup> Firmaet som bisto med innføring av kvalitetsledelse i sykehuset underviste dog ikke bare toppledelsen, men også andre ledere og visse underordnede.

<sup>154</sup> Kvalitetskonsulenten ved det enkelte sykehus er opprinnelig sykepleier. Stillingene som tilretteleggere eller medansvarlige for opplæring i kvalitetsarbeid er besatt av sykepleiere o.a.. Tilretteleggerne utøver også deres opprinnelige yrker ved sykehuset.

<sup>155</sup> Jfr. foregående kapittel 1.



Ved hvert sykehus var det direktøren, en nyansatt kvalitetskonsulent og en representant for et konsulentfirma som først foresto innføringen av kvalitetsledelse<sup>156</sup>. Hiltun, Hosem, Sagdal og Sivann sykehus sine frontfigurer kalte innføringen for TKL-prosessen og kvalitetskonseptet for TKL eller Total Kvalitetsledelse. Sebak sykehus sine pådrivere valgte å betegne innføringen som PF-prosessen og kvalitetskonseptet som PF eller Pasienten Først.

Frontfigurene ved det enkelte sykehus gikk umiddelbart i gang med å fremstille et basisdokument som skulle danne fundamentet til det nye kvalitetssystemet. Dessuten begynte de å utarbeide en plan for opplæring i kvalitetsarbeid, samt gjennomføre planen.

Basisdokumentene tok form av hefter med beskrivelser av sykehusenes visjoner, hovedmål og kvalitetspolitikk m.v.. Visjonene uttrykte at institusjonene skulle drives med tanke på kvalitet i betydningen faglighet, medmenneskelighet og service, og derigjennom tilfredsstille ulike brukere.

Opplæringsplanene åpnet med å kunngjøre at opplæringens mål var å gi sykehusansatte felles begreper og kunnskaper om kvalitetsledelse, samt anspre dem til å initiere forbedringsprosjekter. Videre hadde planene henvisninger til materiell som skulle benyttes ved undervisningen, et materiell preget av eksempler og uttrykk fra industrien. Avslutningsvis tilsa planene at et kaskadeprikk skulle anvendes ved opplæringen. Sistnevnte innebar at eksterne krefter skulle undervise topplederne ved sykehusene, og at ledere på hvert nivå i institusjonene skulle undervise deres nærmeste underordnede<sup>157</sup>.

---

<sup>156</sup> Kvalitetskonsulenten ved det enkelte sykehus var identisk med dagens kvalitetskonsulent der. Flere av firmarepresentantene som virket ved institusjonene var uten erfaring med helsevesenet, og andre hadde kun begrenset praksis fra denne sektoren.

<sup>157</sup> Firmaene som bistod med innføring av kvalitetsledelse i sykehusene underviste dog ikke bare topplederne, men også andre ledere og visse underordnede.

## KAPITTEL 7

### KONFRONTASJONEN MED KVALITETSKONSEPTET<sup>158</sup>

Dette kapitlet vil gi en nærmere redegjørelse for debatten og motstanden som oppstod da kvalitetsledelse skulle innføres i sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann. Først presenteres strukturelle trekk ved debatten, herunder debattens forløp, debattens deltagere, profesjonsutøvernes og avdelingenes holdninger. Deretter refereres de sentrale argumentene i debatten slik de ble gjengitt i dokumentene og intervjuene som danner grunnlaget for foreliggende studie. Videre presenteres supplerende forklaringer på motstanden mot kvalitetskonseptet eller debatten om dette slik de ble fremført i intervjuene. Samtidig blir de omtalte anliggender vurdert og analysert i forhold til det instrumentelle, det maktfokuserte og det institusjonelle perspektivet på organisasjoner. Hensikten med dette er å undersøke hvorvidt motstanden mot kvalitetsledelse i sykehus kan forstås i lys av disse perspektivene.

#### 7.1. TREKK VED DEBATTEN OM KONSEPTET

##### 7.1.1. Debattens forløp

###### 7.1.1.1. Hafli sykehus

Styret for Hafli sykehus vedtok å innføre kvalitetsledelse i institusjonen i 1993, som tidligere nevnt. Direktøren informerte om dette i en lederartikkel i internavisen *Haflinytt* av oktober samme år<sup>159</sup>. Denne avisutgaven inneholdt også omtale av en studie som viste at Hafli sykehus lå betydelig etter andre sykehus hva kvalitet angikk. Sistnevnte nyhet ble for øvrig referert både i lokalavisen *Hambyposten* og i NRKs regionale radiosending<sup>160</sup>.

*Haflinytt* av mai 1994 brakte en nærmere presentasjon av den kvalitetsorienterte organisasjonsoppskriften som skulle implementeres ved Hafli sykehus. Presentasjonen kunngjorde at konseptet ville bli omtalt som KF eller Kontinuerlig Forbedring. Den hadde få opplys-

---

<sup>158</sup> Opplysningene i dette kapitlet bygger på de datakilder som er omtalt i foregående kapittel 2.4.

<sup>159</sup> Her er det valgt å bruke et fiktivt navn på internavisen.

<sup>160</sup> Her er det valgt å bruke et fiktivt navn på lokalavisen.

ninger om hva innføringen av konseptet skulle bety rent konkret, men understreket at en nyansatt kvalitetskonsulent ville komme tilbake til dette. Ellers ble presentasjonen etterfulgt av en artikkel som opplyste at sykehuset skulle ansette blokkledere og danne blokker der flere avdelinger skulle samles.

Den første offisielle antydningen til kritikk av kvalitetssatsingen kom i et leserbrev som legene ved øyeavdelingen rykket inn i Haflinytt av september 1994<sup>161</sup>. Avsenderne stilte spørsmål om riktigheten av å bruke penger og krefter på å øke sykehusets administrasjon gjennom opprettelse av stillingen som kvalitetskonsulent og stillingene som blokkledere. Direktøren svarte at prosjektmidler og besparelser som følge av interne omrokkinger ville dekke betydelige deler av utgiftene til omorganiseringen.

Debatten fortsatte i påfølgende utgave av Haflinytt, der hovedtillitsvalgt for overlegene kommenterte replikkvekslingen mellom øyelegene og direktøren slik:

*Uansett finansieringskilde er og blir det et tankekors at sykehusets administrative apparat ekspanderer betydelig i en periode hvor selve "produksjonen" skjæres ytterligere ned – og uten at man kan peke på mulige gevinster av dette annet enn i helt generelle og diffuse ordelag.*

Den hovedtillitsvalgte fremholdt videre at ikke bare øyelegene, men også andre leger ved sykehuset var skeptiske til satsingen på kvalitetsledelse. Dette ble bekreftet gjennom leserinnlegg som fulgte i det neste nummeret av internavisen.

I Haflinytt av desember 1994 rettet direktøren søkelyset mot kvalitet gjennom en redegjørelse for en amerikansk undersøkelse. Han skrev blant annet at en overføring av undersøkelsens tall til norske forhold tilsa en dødelighet på én person per uke grunnet feilbehandling ved Hafli sykehus.

Dette regnestykket medførte ikke bare oppslag i NRKs regionale radiosending, men også en storm av protester fra legene. Én av dem skrev i Haflinytt av januar 1995 at dødeligheten ved Hafli sykehus var tilnærmet lik mortaliteten i samfunnet generelt, trass i at pasienter tilhører en spesiell risikogruppe. Ut fra dette tilbakeviste han antagelser om at mange dødsfall ved institusjonen hadde unaturlige årsaker.

---

<sup>161</sup> Øyeavdelingen ble senere innlemmet i hodeblokken ved sykehuset.

Da sommeren kom, initierte én av kirurgene en diskusjon om ressursbruken og kvalitets-satsingen ved Hafli sykehus i lokalavisen Hambyposten. Ved juletider skrev han dette:

*Etter min begripelse var det bedre om vi fikk behandlet pasientene i stedet for bare å prate eller skrive lengre utredninger om kvalitet og forbedring.*

Haflinytt av januar 1996 brakte en artikkel som opplyste at direktøren hadde fremlagt kvalitets-systemets basisdokument, og at andre av systemets dokumenter var under utarbeidelse. Artikkelen meldte at basisdokumentet var et hefte med blått omslag og lommeformat, og skulle ligge i lommene til de ansatte bestandig, for å minne om visjonen det inneholdt. Umiddelbart etterpå ble heftet distribuert til samtlige medarbeidere ved sykehuset.

I påfølgende utgave av Haflinytt omtalte en lege det mottatte basisdokumentet slik:

*Hva koster denne boken?? Hvor mange dagsverk har gått med på å forme den? Hvordan tillater administrasjonen å foreslå at kvaliteten på arbeidet mitt skal bli bedre av å lese ”de fromme ord”?*

Direktøren repliserte i en hale til dette innlegget at opptrykk og distribusjon av basisdoku-mentet kostet kun fem kroner per ansatt. Dog signaliserte han at han gjerne mottok flere re-aksjoner på heftet.

Reaksjonene lot ikke vente på seg. I de to neste numrene av Haflinytt erklærte tre for-skjellige leger følgende:

*I mine øyne kan dokumentet ikke ses på som annet enn et uttrykk for den avstanden som eksisterer mellom direktøren, eventuelt også administrasjonen, og det medisinske personalet på sykehuset. Dokumentet er spekket med næringslivs- og reklame-inspirerte døgnflueformuleringer: . . .*

*Jeg frykter at den svært administrative og ledelsespregede prosessen med ”konti-nuerlig forbedring” og ”total kvalitetsledelse” kan fortrenge behandlingen av alvor-lige konkrete problemer sykehuset sliter med, og ser med skrekk frem til at ”mye ar-beid vil bli lagt ned for å få øvrige styrende dokumenter på plass”.*

*Feilen med KF-prosessen er ikke at den er satt i gang, men at den har en altfor uklar og medisinsk lite relevant filosofi, og synes å ha tatt som utgangspunkt at en ”samar-beidskultur” og ønsker om og arbeid for en kontinuerlig forbedring ikke eksisterte.  
PS: Den 26. februar måtte flere pasienter sendes hjem fra poliklinikken fordi en rekke overleger var opptatt med noe som åpenbart var prioritert høyere – møte om KF.*

Også lokalavisen Hambyposten hadde leserbrev med reaksjoner på basisdokumentet ved Hafli sykehus. Under tittelen ”Trenger vi et filosofisk sykehus?” skrev en overlege dette:

*. . . direkte flaut at administrasjonens ansatte bruker tid og penger på å produsere SVADA. Noen må kunne gripe inn overfor en sykehusledelse som lever helt i sin egen verden.*

Dog fantes det debattanter som forsvarte basisdokumentet, blant annet en portør og en overlege<sup>162</sup>. I Haflinytt formulerte portøren seg slik:

*Jeg lurer på om vi har fått samme basisdokument? Forskjellen er kanskje at jeg har lest dokumentet med en åpen og positiv innstilling. Etter å ha lest leserbrevet vil jeg påstå at det er på høy tid at et slikt dokument ble implementert i vårt daglige virke.*

I Hambyposten skrev overlegen følgende:

*Vi har imidlertid, gjennom direktørens basisdokument, fått klare forvarsler om at vår diagnostiske kvalitet skal vedlikeholdes på et høyt internasjonalt nivå til beste for sykehusets pasienter.*

Debatten om kvalitetssatsingen og basisdokumentet ved Hafli sykehus ble tema for en redaksjonell artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening av 20. mai 1996. Artikkelen gjengav både deler av diskusjonen og uttalelser fra firmarepresentanten som bisto med innføringen av kvalitetsledelse i institusjonen (Brekke 1996). Gjengivelsen bevirket at en lege fra et annet sykehus sendte tidsskriftet et leserbrev der han ordla seg slik:

*Jeg har hatt adgang til basisdokumentet, og også til innleggene i internavisen med kommentarene til dokumentet. Egentlig finner jeg verken raseri eller indignasjon, men aller helst oppgitthet over at presumptivt fornuftige mennesker kan servere så mange selvfølgeligheter, og legge slik prestisje i det.*

Også firmarepresentanten fikk sitt pass påskrevet i dette leserbrevet:

*”Gi den mannen en stav!”, var det en TV-reporter som skrek om Oddvar Brå i 1982. Jeg har lyst til å hviske: ”Gi den mannen en annen jobb!”. Hvis ikke, kan krisen ved (Hafli) sykehus bli virkelig ille.*

Mot sommeren kom det stadig færre kritiske kommentarer til kvalitetssatsingen ved Hafli sykehus i internavisen og øvrige medier. En heftig debatt var i ferd med å ebbe ut<sup>163</sup>.

---

<sup>162</sup> En portør er en sykehusansatt som transporterer syke og døde.

### **7.1.1.2. De øvrige sykehusene**

Styrene for sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann vedtok å innføre kvalitetsledelse i institusjonene i 1993, som tidligere nevnt. Direktørene redegjorde for dette i internaviser og på møter med de ansatte om høsten samme år. Redegjørelsene tok utgangspunkt i at sykehusene hadde behov for å forbedre seg hva kvalitet angikk. Sistnevnte uttalelser ble for øvrig referert i flere lokalaviser.

Våren 1994 brakte internavisene nærmere presentasjoner av den kvalitetsorienterte organisasjonsoppskriften som skulle implementeres ved sykehusene. De kunngjorde at konseptet ville bli kalt TKL eller Total Kvalitetsledelse ved sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal og Sivann, samt PF eller Pasienten Først ved Sebak sykehus. Det kom få opplysninger om hva innføringen av konseptet skulle bety rent konkret, men ble understreket at nyansatte kvalitetskonsulenter ville klarlegge dette senere.

Ovennevnte informasjonskampanjer og lignende tiltak for å fremme kvalitetsledelse i sykehusene avfødte kritiske kommentarer i internaviser og lokalpressen.

I Hiltun sykehus sin internavis av september 1994 skrev en lege dette:

*Etter modell fra næringslivet blir kvalitetsledelse overført til helsevesenet uten at man kan dokumentere at det vil gi ønsket uttelling for investeringene det medfører.*

Hosem sykehus trykket senhøstes samme år en internavis der en lege uttalte seg slik:

*Sykehusets ledelse vil sende alle ansatte på kurs om ulne saker som kvalitetsaspekter, problemløsningsteknikker og desslike. Slike kurs er totalt bortkastet.*

I Sagdal sykehus sin internavis av april 1995 brukte en gruppe leger disse ordene:

*For oss synes det helt klart at ledelsen ved sykehuset er i ferd med å tape all bakkekontakt. Man har ikke lagt øret til pasienten og lyttet på vedkommende. Diagnosen er fullstendig feil, og derfor blir også den foreskrevne medisinen meningsløs.*

Hovedtillitsvalgt for overlegene ved Sebak sykehus henvendte seg til lokalavisen ved juletider samme år, og ytret følgende:

---

<sup>163</sup> Dette hadde sammenheng med at direktøren ved sykehuset tok initiativ til å sette strek for debatten.

*Onsdag kunne politikerne ha avvirket prosjektet Pasienten Først, ett av de mest meningsløse pengeslukene i sykehuset. Politikerne vedtok isteden å redusere bevilningene til pasientrettede tiltak under (Sebakk) sykehus med nye millioner. Det er ikke for ingenting at ansatte ved sykehuset omtaler prosjektet som Konsulenten Først<sup>164</sup>.*

I Sivann sykehus sin internavis av februar 1996 kom en lege med denne erklæringen:

*Når sykehusledelsen og en firmarepresentant lanserer "kvalitetsledelse" som et skinnende nytt begrep, en slags moralsk opprustning som skal utbres fra toppen og nedover i rekkene, er det grunn til å stille seg avventende. Jeg tør våge den påstand at kvalitetsholdningen er på plass i all medisinsk diagnostikk og behandling allerede.*

Utover våren samme år strømmet det på med kritiske kommentarer til kvalitetssatsingen ved sykehusene. Strømmen avtok imidlertid da sommeren inntrådte. En heftig debatt var i ferd med å forstumme<sup>165</sup>.

### **7.1.1.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.1.1. har så langt skildret hvordan debatten om kvalitetsledelse forløp ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som skulle innføre dette konseptet samtidig. Beskrivelsen har angitt at debatten hadde innlegg der direktørene ble kritisert for å lansere en motelignende organisasjonsoppskrift uten påviselige resultater, å skrive svada, å distansere seg fra den kliniske hverdag m.v.. Med andre ord har fremstillingen avdekket at diskusjonen var preget av krass kritikk og heftighet. Redegjørelsen har dessuten vist at debatten ble ført i internaviser og massemedier, det vil si offentlig<sup>166</sup>. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra undersøkelser av diskusjoner om kvalitetskonseptet ved amerikanske og engelske sykehus (Joss og Kogan 1995; Shortell m.fl. 1994, 1995; Zbaracki 1998).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det dog vanskelig å forstå hvorfor det oppstod så heftig debatt om kvalitetssatsingen ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Dette perspektivet tilsier at ansvaret for å vurdere slikt reformarbeid som implementering av kvalitetsledelse påhviler lederne i organisasjonene. Skildringen av debatten om konseptet viste imidlertid at diskusjonen i overveiende grad ble ført av leger på grunnplanet i sykehusene. Ifølge omtalte perspektiv skal medarbeidere på nevnte plan kon-

---

<sup>164</sup> Vedtaket om å videreføre prosjektet Pasienten Først var i tråd med innstillingen fra direktøren ved sykehuset.

<sup>165</sup> Dette hadde sammenheng med at direktørene ved sykehusene tok initiativ til å sette strek for debatten.

<sup>166</sup> Debatten foregikk først på sosiale arenaer i sykehusene. Når den nådde en viss høyde, manifesterte den seg ved innlegg i internaviser og massemedier. Disse innleggene igjen stimulerte til debatt på nevnte arenaer.

sentrere seg om konkrete arbeidsoppgaver. Riktignok påpeker Cyert og March (1963/1992) at begrensning av oppmerksomheten til slike oppgaver kan forårsake lokale løsninger som ikke harmonerer med overordnede interesser. Dog tilsier omtalte perspektiv at påbud ikke kan motarbeides slik bestemmelsen om innføring av kvalitetsledelse ble imøtegått i den beskrevne debatten. Også det faktum at konseptet ordinerer større medvirkning fra ansatte i utforming av arbeidssituasjonen bidrar til en forventning om at det ville bli godt mottatt lokalt. Det faktum at konseptet er innført i et betydelig antall utenlandske sykehus bidrar til det samme (jfr. Røvik 1998)<sup>167</sup>.

På basis av et instrumentelt perspektiv synes det videre bemerkelsesverdig at debatten om kvalitetssatsingen ble ført offentlig. Som antydnet innebærer dette perspektivet en forutsetning om høy grad av lojalitet fra underordnede organisasjonsmedlemmer. Det å kritisere overordnede disposisjoner åpenlyst regnes som et maksimum av illojalitet, og følgelig også en grunn til sanksjoner (Rynning 1993)<sup>168</sup>.

Mens et instrumentelt perspektiv gjør det vanskelig å forklare debatten om kvalitetssatsingen ved de undersøkte sykehusene, kan sykehusenes status som ekspertorganisasjoner belyse diskusjonen. Ekspertorganisasjoner utmerker seg ved å ha administrative ledere med innskrenket myndighet<sup>169</sup>. De preges også av profesjonsutøvere med begrenset lojalitet til arbeidsplassene, samt forventninger om å ivareta samfunnets og klientenes interesser<sup>170</sup>. Dette gjør det rimelig å regne med at lederinitierte tiltak som innføring av kvalitetsledelse i slike organisasjoner kan forårsake heftig diskusjon på den offentlige arena (jfr. Martinussen 1994).

I likhet med sykehusenes status som ekspertorganisasjoner kan et maktfokusert perspektiv forståeliggjøre debatten om kvalitetssatsingen ved de undersøkte institusjonene. Dette perspektivet tilsier at heftig diskusjon kan forekomme ved organisasjonsendringer med særlige konsekvenser for organisasjonsmedlemmenes makt eller muligheter til å fremme egne interesser og mål. Med andre ord avføder det en antagelse om at den krasse kritikken av kvalitetssatsingen skyldtes reformens betydelige implikasjoner for sykehusansattes makt

---

<sup>167</sup> Westphal m.fl. (1997) rapporterer at kvalitetsledelse er innført i 70% av amerikanske sykehus.

<sup>168</sup> Det å kritisere overordnede disposisjoner åpenlyst blir gjerne omtalt som whistle blowing eller varskuring (Rynning 1993).

<sup>169</sup> Jfr. foregående kapittel 5.3.



eller adgang til å realisere egne interesser. Perspektivet kan også belyse den kjensgjerning at diskusjonen om kvalitetskonseptet ble ført offentlig. Nærmere bestemt gir det rom for å tolke dette som forsøk på å oppnå eksterne aktørers hjelp til å stanse innføringen av konseptet i de aktuelle institusjonene.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forståeliggjøre debatten om kvalitetssatsingen ved de undersøkte sykehusene. Ut fra sistnevnte perspektiv synes det nærliggende å oppfatte den heftige diskusjonen som et resultat av at organisasjonsendringen representerte en alvorlig trusel mot medarbeidernes normer og verdier. Videre synes det rimelig å regne med at diskusjonen ble ført offentlig for å oppnå relevante omgivelsers hjelp til å stanse reformen.

## 7.1.2. Debattens deltagere

### 7.1.2.1. Hafli sykehus

Foregående fremstilling av debatten om innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus etterlater et inntrykk av at det særlig var legene som markerte motstand mot organisasjonsendringen. Dette inntrykket befestes om man fordeler det totale antall debattinnlegg etter avsendere og holdninger. En slik fordeling er gjort i denne tabellen:

**Tabell 7.1. Antall debattinnlegg om kvalitetsledelse fordelt etter avsendere og holdninger.**

Avsendere	Holdninger til kvalitetsledelse	
	Positive	Negative
Leger	6	22
Ikke-leger	10	1
Administrasjonen	7	0

*Kilde: Hafli sykehus sitt arkiv for internaviser og omtaler i dagsaviser, tidsskrifter og radio 1993 – 1999.*

Tabell 7.1. bidrar til å tydeliggjøre at det først og fremst var legene som uttalte seg negativt om kvalitetssatsingen ved sykehuset.

I ett av intervjuene som danner grunnlag for foreliggende studie kunne direktøren konstatere det samme. Han sa det på denne måten:

---

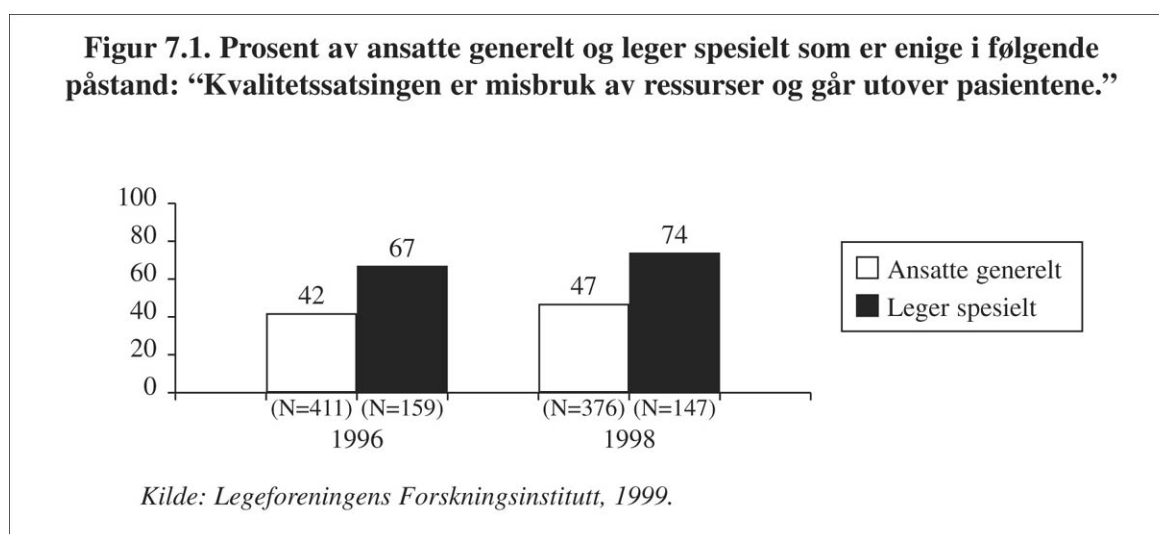
<sup>170</sup> Jfr. foregående kapittel 5.3.

*Debatten om innføringen av kvalitetsledelse var dominert av leger som kom med knusende kritikk av konseptet.*

Andre informanter avgav lignende uttalelser. En sykepleier formulerte seg slik:

*Det var spesielt legene som kommenterte kvalitetssatsingen, som regel ved å rette hardt skyts mot reformen.*

Også spørreskjemaundersøkelser som Legeforeningens Forskningsinstitutt gjennomførte ved sykehuset vitner om at især legene markerte motstand mot innføringen av kvalitetsledelse i institusjonen<sup>171</sup>. I disse undersøkelsene skulle ansatte ta stilling til påstander vedrørende nevnte organisasjonsendring. Utsagnene var mer eller mindre identiske med argumenter som legene brukte i den offentlige debatten om reformen<sup>172</sup>. Én av påstandene uttrykte at kvalitetssatsingen var misbruk av sykehusets ressurser og gikk på bekostning av pasientbehandlingen. Hvordan de ansatte generelt og legene spesielt stilte seg til dette utagnet fremgår av følgende figur:



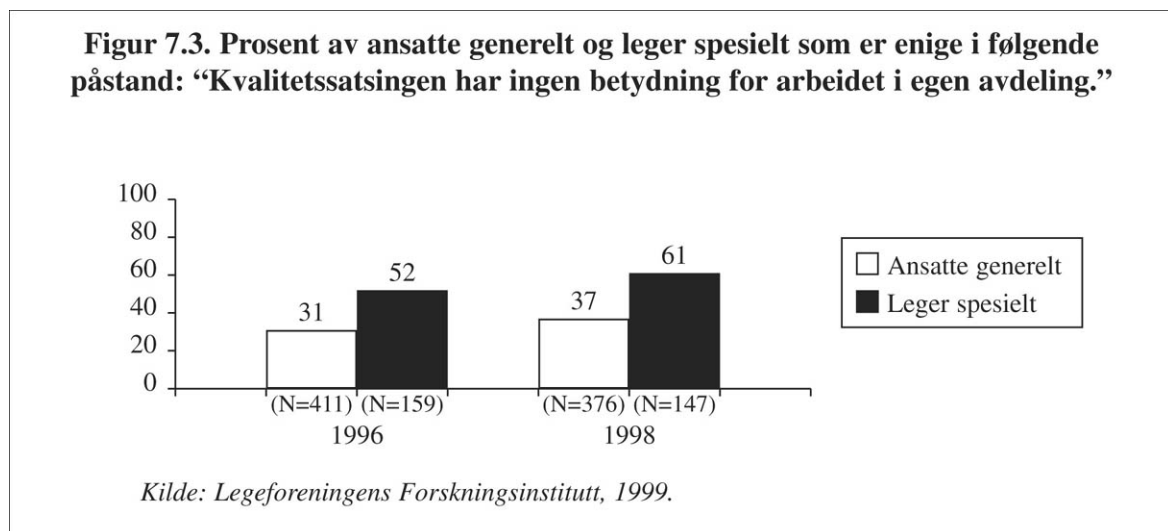
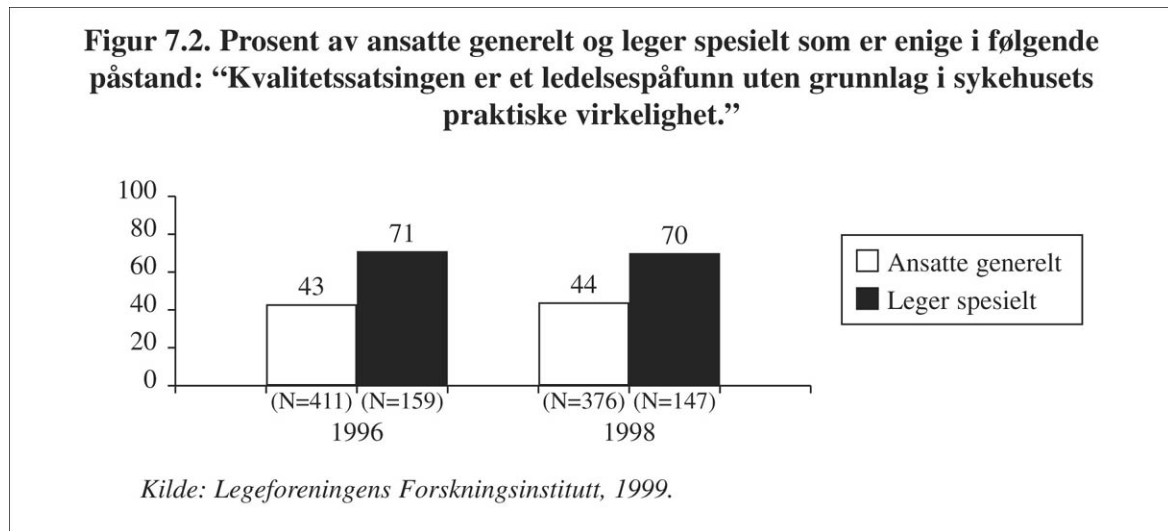
Figur 7.1. representerer nok en indikasjon på at det hovedsakelig var legene som uttalte seg negativt om innføringen av kvalitetsledelse i sykehuset. Diagrammet forteller dessuten at personellet ble mer kritiske til konseptet fra 1996 til 1998, en periode da stadig flere fikk opplæring i kvalitetsarbeid<sup>173</sup>.

<sup>171</sup> Disse undersøkelsene er omtalt i foregående kapittel 2.4.3.

<sup>172</sup> Denne debatten er omtalt i foregående kapittel 7.1.1.1.

<sup>173</sup> Det er rimelig å vente endringer i interesser eller holdninger som følge av opplæring (Jacobsen og Thorsvik 1997; Nordhaug 1990). Mens 39% av alle respondenter og 31% av legene oppgav å ha gode kunnskaper om kvalitetsledelse i 1996, var tallene steget til henholdsvis 70% og 75% i 1998.

I de omtalte undersøkelsene skulle ansatte også ta stilling til en påstand som uttrykte at kvalitetssatsingen var et ledelsespåfunn uten grunnlag i sykehusets praktiske virkelighet. Videre skulle de vurdere en påstand om at organisasjonsendringen var uten betydning for arbeidet i deres egne avdelinger ved institusjonen. Hvordan de ansatte generelt og legene spesielt stilte seg til disse utsagnene fremgår av følgende figurer:



Figurene 7.2. og 7.3. representerer ytterligere indikasjoner på at det særlig var legene som markerte motstand mot innføringen av kvalitetsledelse i sykehuset. Også disse diagrammene etterlater et hovedinntrykk av at personellet ble mer negative til konseptet fra 1996 til 1998, et tidsrom da stadig flere gjennomgikk kurs i kvalitetsarbeid.

Flere informanter mente at legene ble ekstra kritiske til kvalitetssatsingen fordi enkelte formelle og uformelle ledere for nevnte profesjonsutøvere desavuerte organisasjonsendringen<sup>174</sup>. Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent ved sykehuset sa det på denne måten:

*Visse avdelingsoverleger var negative til innføringen av kvalitetsledelse, og la ikke to pinner i kors for å implementere konseptet. Følgelig ble det både nedverdiget og nøytralisert av en rekke representanter for det medisinske personellet.*

En avdelingsoverlege formulerte seg slik:

*Enkelte avdelingsoverleger, deriblant undertegnede, var i utgangspunktet svært skeptiske til kvalitetssatsingen. Dette var nok en vesentlig årsak til den massive motstanden mot organisasjonsendringen fra legehold.*

En annen avdelingsoverlege brukte disse ordene:

*Enkelte ledende leger ble provosert av de fremgangsmåter direktøren benyttet ved introduksjon og gjennomføring av kvalitetsprogrammet, og påvirket kolleger til å ta avstand fra det.*

Sistnevnte informant presiserte at ledende leger og øvrige representanter for legestanden burde ha fått større anledning til å medvirke ved planlegging og presentasjon av kvalitetsprogrammet. Videre poengterte han at de samme personer burde ha sluppet å være med på den kaskadebaserte opplæringen i kvalitetsarbeid, og isteden hatt separat undervisning i nevnte emne<sup>175</sup>.

#### **7.1.2.2. De øvrige sykehusene**

Foregående fremstilling av debatten om innføringen av kvalitetsledelse i sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann etterlater et inntrykk av at det særlig var legene som markerte motstand mot organisasjonsendringen. Flere informanter ved den enkelte institusjon påpekte det samme. En avdelingsoverlege ved Hiltun sykehus sa det på denne måten:

*Det var spesielt leger som satte fingeren på kvalitetskonseptet. Personlig representerte jeg ikke noe unntak i så henseende.*

---

<sup>174</sup> Som antydnet i kapittel 5.3. vil uformelle ledere for legene gjerne dreie seg om personer med høy medisinsk kompetanse.

<sup>175</sup> Som antydnet i kapittel 6.1. innebar den kaskadebaserte opplæringen at medarbeidere på samme organisatoriske nivå og i samme organisatoriske enhet skulle ha felles undervisning. En slik form for opplæring betydde at man måtte ta hensyn til personer med vidt forskjellig utdanning og yrkeserfaring i undervisningen.

Kvalitetskonsulentene ved Hosem sykehus formulerte seg slik:

*Den største utfordringen ved kvalitetssatsingen var opposisjonen fra legehold.*

Direktøren ved Sagdal sykehus brukte disse ordene:

*Tallrike leger dannet en slags aksjon mot innføring av kvalitetsledelse i sykehuset.*

En overlege ved Sebakk sykehus erklærte følgende:

*Det var først og fremst leger som signaliserte skepsis til kvalitetssatsingen. Også jeg tilhørte kritikernes rekke.*

Kvalitetskonsulentene ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Mange leger var direkte antagonistiske til kvalitetskonseptet.*

Også en student og en professor som fulgte innføringen av kvalitetsledelse i de omtalte institusjonene over år rapporterer at især legene ytret seg negativt om reformen. De angir dessuten at personellet ble mer kritiske til konseptet etter å ha fått undervisning om det (Kirschner 1998; Øvretveit og Aslaksen 1999).

Informanter i foreliggende studie antydte tre årsaker til at legene fremstod som de skarpeste kritikerne av kvalitetssatsingen ved de omtalte sykehusene. Den ene årsaken var at enkelte formelle og uformelle ledere for nevnte profesjonsutøvere tok avstand fra organisasjonsendringen, og påvirket kolleger til å gjøre tilsvarende. Neste årsak var at ledende leger og øvrige representanter for legestanden i liten grad fikk medvirke ved planlegging og presentasjon av reformen. Tredje årsak var at de samme personer måtte være med på en kaskadebasert opplæring i kvalitetsarbeid.

### **7.1.2.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.1.2. har så langt vist at spesielt legene markerte motstand mot innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som lanserte dette konseptet samtidig. Det har dessuten kunngjort at informanter forklarte dette med ledende legers misbilligelse av nevnte organisasjonsendring o.a.. Legedominert kritikk av tiltak for å implementere kvalitetskonseptet er for øvrig også påvist ved amerikanske og engelske sykehus (Joss og Kogan 1995; Shortell m.fl. 1994, 1995).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det dog vanskelig å forstå den legedominerte kritikken av kvalitetssatsingen ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Riktignok tilsier perspektivet at mellomledere blant legene kan ha begrensede kunnskaper om en reform som dette, og derav følgende negative holdninger til den, samt overføre holdningene til underordnede<sup>176</sup>. Imidlertid måtte det ha eksistert atskillige mellomledere med svake kunnskaper for å skape så mange kritikere som kunne registreres<sup>177</sup>. Det er vanskelig å forestille seg et høyt antall ledende leger med liten innsikt i kvalitetssatsingen ved de undersøkte sykehusene. Omtalte perspektiv tilsier heller ikke at leger i større grad enn andre ansatte kan uttale seg om organisatoriske endringer.

Mens et instrumentelt perspektiv gjør det vanskelig å forklare den legedominerte kritikken av kvalitetssatsingen ved sykehusene i foreliggende studie, kan et maktfokusert perspektiv belyse fenomenet. Dette perspektivet tilsier at aktører som vil miste makt eller muligheter til å fremme egne interesser ved en reform kan protestere mot reformen, og vice versa.

Legene representerer yrkesutøvere som vil få deres råderett beskåret ved innføring av kvalitetsledelse i sykehus (Øvretveit og Aslaksen 1999). Dette har sammenheng med seks forhold<sup>178</sup>. Det første forholdet er at kvalitetsledelse fremmer byråkratisk styring på bekostning av medisinsk selvstyre<sup>179</sup>. Neste forhold er at nevnte konsept impliserer et krav om å vurdere medisinske tiltak i forhold til ressursbruk, altså en begrensning av legers faglige frihet. Tredje forhold er at kvalitetsledelse innebærer å betrakte pasienter som brukere og dermed overordnet leger, altså å svekke legers rett til å kreve underdanige pasienter (jfr. Bommann-Larsen og Jensen 1985; Eng 1991; Haug 1992; Skaset 2003)<sup>180</sup>. Fjerde forhold er at omtalte organisasjonsoppskrift krever helhetlig behandling av pasienter, altså en utvidelse

---

<sup>176</sup> Informanter uttrykte at visse mellomledere syntes å være uimottagelige for kunnskaper om kvalitetssatsingen. De presiserte at dette dreide seg om leger som hadde påtatt seg lederstillinger mer fordi ingen andre ville ha stillingene enn fordi de selv ønsket å bekle dem. Det stundom forekommende problemet med å få leger til å fylle lederstillinger er for øvrig omtalt av Austgulen og Vik (2000), Berg (1987, 1991) samt Dahl og Mo (2000).

<sup>177</sup> I undersøkelsen som Legeforeningens Forskningsinstitutt gjennomførte ved Hafli sykehus i 1998 oppgav kun 17% av legene at kvalitetssatsingen hadde gitt godt utbytte. Egne intervjuer med kvalitetskonsulenter ved de øvrige institusjonene i 1999 bar bud om at anslagsvis 80% av legene var kritiske til kvalitetssatsingen.

<sup>178</sup> Påfølgende drøfting vil ta utgangspunkt i anliggender som er nevnt i de foregående kapitlene 1, 4 og 5, samt omtalt av Kjøde (1997).

<sup>179</sup> Byråkratisk styring innebærer en regulering "ovenfra" gjennom kontroll- og insentivsystemer. Medisinsk selvstyre betyr en regulering "innenfra" gjennom uformell kollegial kontroll. Denne egenreguleringen blir for øvrig kalt medikrati (Berg 1991; Lian 1999).

<sup>180</sup> Se også NOU 1997:2. En pasient kan betraktes som overordnet en lege fordi pasienten som regel har størst kunnskaper om egen adferd m.v.. Legen kan betraktes som overordnet pasienten fordi legen som regel har størst kunnskaper av medisinsk art (Johannessen 1992).

av den organfokuserte modellen som leger har kunnet følge i arbeidet (jfr. Berg 1987; Plah-te 1996). Femte forhold er at kvalitetsledelse fordrer kunderelasjoner mellom ulike yrkesutøvere, altså at leger skal være like mye tjenesteytere som tjenestemottagere i samhandling med andre ansatte. Sjette forhold er at nevnte konsept krever utstrakt deling av kunnskap og dokumentasjon av prosedyrer, altså en regulering av legers adgang til å reservere kunnskap for kolleger<sup>181</sup>. Da kvalitetsledelse innebærer en slik beskjæring av legemakt, synes det forståelig at legene fremstod som de skarpeste kritikerne av kvalitetssatsingen ved sykehusene i foreliggende studie.

Mens omtalte organisasjonsoppskrift impliserer en reduksjon av legers råderett, kan den tjene interessene til administrativt ansatte, sykepleiere og andre helsearbeidere m.fl.. Dette har sammenheng med konseptets fokus på byråkratisk styring, profesjonell ledelse, helhet og samarbeid, noe sistnevnte yrkesutøvere regnes for å verdsette (Kjøde 1997; Repstad 1997)<sup>182</sup>. Da kvalitetsledelse kan bety økt makt til administrativt ansatte, sykepleiere og andre helsearbeidere m.fl., synes det forståelig at de i mindre grad enn legene protesterte mot kvalitetssatsingen ved de undersøkte sykehusene.

I likhet med et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv belyse den legedominerte kritikken av kvalitetssatsingen ved sykehusene i foreliggende studie. Riktignok gir ikke sistnevnte perspektiv grunn til å vente at bestemte medarbeidere kan vurdere en reform som denne i forhold til egne mål. Dog tilsier det at en omfattende gruppe av ansatte kan betrakte reformen som uforenlig med felles normer og verdier. Det indikerer også at ressurssterke personer kan artikulere denne betraktningen tydeligere enn andre. Med andre ord gir det rom for å tolke legenes kritikk av kvalitetssatsingen som uttrykk for en bred oppfatning om at organisasjonsendringen stred mot felles normer og verdier.

### **7.1.3. Profesjonsutøvernes holdninger**

#### **7.1.3.1. Hafli sykehus**

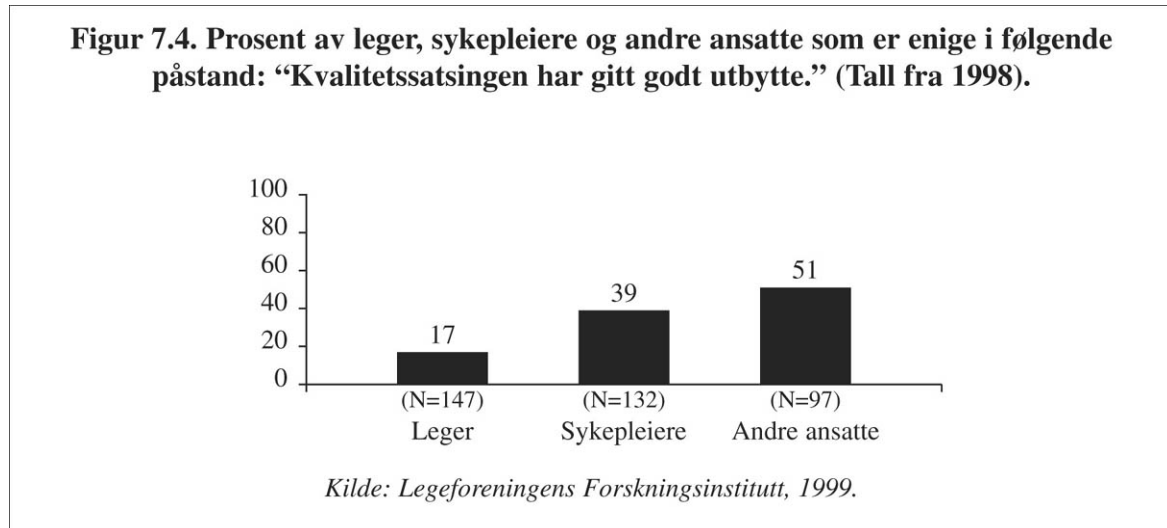
Foregående fremstilling har gitt flere indikasjoner på at legene var spesielt negative til innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus. Nok en indikasjon på dette er de ansattes vur-

---

<sup>181</sup> Grunnet disse forholdene blir innføring av kvalitetsledelse i sykehus omtalt som et nytt paradigme for sykehusdrift (jfr. Aune 2000; Kjøde 1997).

<sup>182</sup> Jfr. foregående kapittel 5.2. Profesjonell ledelse kan forstås som ledelse uavhengig av faglig bakgrunn eller en idé om at ledelse utgjør en egen disiplin (Erichsen 1996b; Skaset 2003).

deringer av en påstand om at kvalitetssatsingen hadde gitt godt utbytte. Vurderingene av denne påstanden fra den siste spørreskjemaundersøkelsen som Legeforeningens Forskningsinstitutt gjennomførte ved sykehuset fremgår av følgende figur:



Figur 7.4. styrker inntrykket av at legene var mest negative til innføringen av kvalitetsledelse i sykehuset. Diagrammet forteller at sykepleierne var noe mer positive til reformen, men ikke bare tilhengere av den. Det viser at andre ansatte var mest velvillig innstilt til organisasjonsendringen. Kategorien "Andre ansatte" omfatter et bredt spekter av stillingsinnehavere, det vil si profesjonelle helsearbeidere som bioingeniører og radiografer, administrativt personell, sjåførere, kjøkkenassistenter, renholdere m.fl.<sup>183</sup>.

Informanter bekreftet figurens budskap om at bioingeniørene viste en viss velvilje til innføringen av kvalitetsledelse i sykehuset. Sjefsbioingeniøren sa det på denne måten:

*Det var ingen massiv motstand mot kvalitetssatsingen fra bioingeniørenens side. Dog kunne man selvsagt ha benyttet de samme argumentene om reformen som mange leger brukte. Enkelte gjorde nok også dette.*

Det hører med i bildet at det heller ikke var noen massiv motstand mot organisasjonsendringen fra legene ved samme avdeling som bioingeniørene, altså klinisk-kjemisk avdeling. En representant for det medisinske personellet der uttrykte det slik:

<sup>183</sup> Det er ikke mulig å splitte opp denne kategorien.



*Vi fant ingen grunn til å gå så hardt ut mot kvalitetssatsingen som mange andre. Likevel kunne det være sammenfall mellom våre og øvrige legers holdninger til reformen.*

Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent ved sykehuset hadde flere forklaringer på det faktum at legene sett under ett var spesielt negative til kvalitetssatsingen. Blant annet mente han at det kunne skyldes kvalitetskonseptets krav om tettere samarbeid mellom ulike yrkesutøvere<sup>184</sup>. Han påpekte at legene i særdeleshet kunne oppfatte dette kravet som en trusel mot deres innflytelse og autonomi.

Andre informanter avviste denne forklaringen. En lege sa det på denne måten:

*Jeg tror det var og er en utbredt oppfatning at kvalitetsforbedring og tverrfaglig samarbeid per se ikke representerer noen trusel, men snarere en mulighet.*

En sykepleier formulerte seg slik:

*Vi var mange som ikke tenkte på at legene kunne betrakte kvalitetskonseptets krav om økt tverrfaglig samarbeid som en trusel før én av kvalitetskonsulentene nevnte det. Flere støttet denne tanken, men personlig tilhørte jeg en gruppe som ikke gjorde det.*

Sjefsbioingeniøren brukte disse ordene:

*Det var vanskelig å forestille seg at legene skulle oppfatte kvalitetskonseptets idé om utveksling av gode råd mellom ulike yrkesutøvere som en trusel. Dog var det nok en og annen som fant idéen ubehagelig.*

De ansattes holdninger til hypotesen om at legene desavuerte kvalitetssatsingen på grunn av reformens krav om økt tverrfaglig samarbeid ble også gransket i den siste spørreskjemaundersøkelsen fra Legeforeningens Forskningsinstitutt. Granskningen gav de resultatene som fremgår av tabellen på neste side.

---

<sup>184</sup> Dette kravet fremgår av pkt. 5 i foregående kapittel 4.1.

**Tabell 7.2. Prosent av ansatte med ulike holdninger til følgende påstand: “Spesielt legene ser kvalitetskonseptets krav om økt tverrfaglig samarbeid som en trusel.” (Tall fra 1998).**

Holdninger	S y k e h u s a n s a t t e		
	Leger	Sykepleiere	Andre ansatte
Enig	9	32	26
Uenig	86	12	11
Vet ikke	4	55	58
Ubesvart	1	1	5
Sum (N)	100 (147)	100 (132)	100 (97)

Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.

Ifølge tabell 7.2. var det ingen utbredt oppfatning at legene motsatte seg kvalitetssatsingen fordi de betraktet reformens krav om økt tverrfaglig samarbeid som truende. Ikke uventet svarte majoriteten av legene selv at de var uenige i denne forklaringen<sup>185</sup>. Selv om cirka en tredjedel av sykepleierne og en fjerdedel av andre ansatte sa seg enige i den, meldte over halvparten av begge gruppene at de ikke visste hva de mente om en slik utlegning.

Informanter fra legesiden presiserte at de snarere enn å ta avstand fra økt tverrfaglig samarbeid var tilhengere av dette. Én av dem sa det på denne måten:

*For å kunne drive medisinsk virksomhet på en forsvarlig måte, må man spille på lag med både sykepleiere og andre yrkesutøvere. Det er ingen grunn til å tro at ikke virksomheten kan bli enda bedre om man samarbeider i enda større grad.*

En annen formulerte seg slik:

*Vi leger kan gjerne involvere både sykepleiere og andre yrkesutøvere enda mer i løsning av forskjellige oppgaver. Dette synes rett og rimelig med tanke på den kompetansen mange av dem besitter.*

Liksom ovennevnte leger erklærte informanter fra sykepleiesiden at de gjerne kunne tenke seg å samarbeide tettere med yrkesutøvere som hadde mindre utdanning enn dem selv. Én av dem sa det på denne måten:

*Vi kan med fordel trekke større veksler på hjelpepleiernes og assistentenes vurderingsevne.*

<sup>185</sup> Ved å si seg enige kunne legene signalisere at deres motstand mot kvalitetssatsingen handlet mer om egeninteresse enn om fellesskapets interesser.

De ansattes holdninger til økt tverrfaglig samarbeid ble også gransket ved at Legeforeningens Forskningsinstitutt bad deltagerne i siste spørreskjemaundersøkelse vurdere hvorvidt dette kunne medføre bedre tjenester. Granskningen gav de resultatene som fremgår av denne tabellen:

**Tabell 7.3. Prosent av ansatte med ulike holdninger til følgende påstand: “Kvaliteten på sykehusets tjenester kan bli enda bedre ved økt tverrfaglig samarbeid.” (Tall fra 1998).**

Holdninger	S y k e h u s a n s a t t e		
	Leger	Sykepleiere	Andre ansatte
Enig	87	92	96
Uenig	3	1	0
Vet ikke	8	4	0
Ubesvart	2	3	4
Sum	100	100	100
(N)	(147)	(132)	(97)

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Tabell 7.3. indikerer at en overveldende majoritet av alle yrkesutøverne var innstilt på økt tverrfaglig samarbeid. Den antyder da også at det var færre profesjonskonflikter ved Hafli sykehus enn det man kan vente å finne i helseinstitusjoner<sup>186</sup>.

Flere informanter understreket nettopp det at økt tverrfaglig samarbeid ikke ble forhindret av interne konflikter. Én av legene sa det på denne måten:

*I den grad vi har uoverensstemmelser oss imellom, unngår vi å la dem komme til uttrykk i vårt daglige virke. Vi tar dem heller opp i fagforeningene.*

En annen lege formulerte seg slik:

*I realiteten er det langt færre stridigheter ved dette sykehuset enn det media gir inntrykk av.*

En sykepleier brukte disse ordene:

*Det er ikke så mange motsetninger mellom yrkesutøverne her på huset, selv om vi av og til trækker i hverandres bed.*

<sup>186</sup> Jfr. pkt. 6 i foregående kapittel 5.3.

Som et apropos til det siste utsagnet påpekte en lege at selv med økt tverrfaglig samarbeid ville det være viktig å respektere legenes overordnede ansvar for medisinsk virksomhet<sup>187</sup>. Han sa det på denne måten:

*Sykepleierne har deres eget arbeidsområde eller domene, og følgelig også egne kunnskaper som må utnyttes i forbindelse med pasientbehandling. Likevel må man ha klart for seg at det tilligger legene å foreta endelige valg av behandlingsformer.*

En oversykepleier fremholdt at økt tverrfaglig samarbeid først og fremst burde bety større deltagelse fra legenes side i diskusjoner om forbedring av organisatoriske forhold ved sykehuset. Hun formulerte seg slik:

*Jeg opplever legene som dyktige til å utnytte andres kunnskaper i den hensikt å sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Dog deltar de lite i tverrfaglige diskusjoner om forbedring av informasjonsflyten og rutineene ved sykehuset. En forutsetning for å heve den totale kvaliteten på tjenestene våre er at legene avser mer tid til slike drøftinger.*

Oversykepleieren antydte tre forklaringer på legenes negative og sykepleiernes noe mer positive holdninger til innføringen av kvalitetsledelse i sykehuset. Den ene forklaringen var at legene kunne ha begrenset interesse av å drive den type organisasjonsutvikling som kvalitetskonseptet krever, mens sykepleierne kunne ha en viss sans for dette<sup>188</sup>. Neste forklaring var at ledende leger hadde begrenset tid til å drive organisasjonsutvikling, mens ledende sykepleiere hadde bra med tid til en slik virksomhet<sup>189</sup>. Tredje utlegning var at det bød på problemer å frigjøre ikke-ledende leger til utviklingsarbeid, mens det gikk greit å benytte ikke-ledende sykepleiere til nevnte aktivitet<sup>190</sup>.

Direktøren antydte en forklaring på at renholdere og andre ansatte uten høyere utdanning fremstod som mest positive til innføringen av kvalitetsledelse i sykehuset<sup>191</sup>. Han mente dette kunne skyldes at nevnte medarbeidere fikk gjennomgå kurs og nyte oppmerksomhet på linje med legene som følge av omtalte organisasjonsendring.

---

<sup>187</sup> Jfr. note 45.

<sup>188</sup> Denne forklaringen ble begrunnet med at legene lot til å være ensidig opptatt av fagmedisinske forhold, mens sykepleierne lot til å orientere seg mot administrasjon og ledelse. (Jfr. kapitlene 5.2. og 5.3.).

<sup>189</sup> Dette ble begrunnet med at ledende leger arbeidet både administrativt og klinisk, mens ledende sykepleiere arbeidet kun administrativt. (Jfr. Dahl og Mo 2000).

<sup>190</sup> Dette ble begrunnet med at ikke-ledende leger representerte en relativt lite gruppe yrkesutøvere, mens ikke-ledende sykepleiere representerte en relativt stor gruppe arbeidstagere.

<sup>191</sup> Jfr. foranstående figur 7.4. og kommentarene til denne figuren.

Selv om ulike yrkesutøvere kunne uttrykke noe forskjellige holdninger til kvalitetssatsingen, var det ingenting som tydet på at de var særlig uenige om hvordan de skulle takle reformen. Tvert imot brakte informantene flere eksempler på at yrkesutøverne i vesentlig grad var enige om dette. Ett av eksemplene var følgende uttalelse fra avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling:

*Undertegnede og oversykepleieren ved avdelingen er begge innstilt på å implementere kvalitetskonseptet i vår sektor av sykehuset. Dog vil vi gjøre det på vår egen måte, samt fokusere på lokale problemer.*

Nok et eksempel på enighet var denne ytringen fra oversykepleieren ved samme avdeling:

*Både avdelingsoverlegen og jeg sa i utgangspunktet at vi var skeptiske til å implementere kvalitetskonseptet her hos oss. Dette hadde sammenheng med at kvalitetskonsulentene ville detaljstyre iverksettelsen, noe de nå har gått bort fra.*

Et tredje eksempel var følgende uttalelse fra en sykepleier ved kirurgisk avdeling:

*Det var ikke bare legene ved avdelingen som signaliserte at de hadde betenkeligheter med å satse på kvalitetsledelse. Også mange sykepleiere gjorde dette, om enn på en litt annen måte enn legene.*

Sistnevnte ytringer og øvrige replikker tilsa at ulike yrkesutøvere langt på vei var enige om å markere motstand mot de opprinnelige planene for innføring av kvalitetsledelse i sykehuset.

### **7.1.3.2. De øvrige sykehusene**

Foregående fremstilling har gitt flere indikasjoner på at legene var spesielt negative til innføringen av kvalitetsledelse i sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann. Ytterligere indikasjoner på dette avtegnet seg i en spørreskjemaundersøkelse som Ugland (1998) gjennomførte ved Hiltun sykehus, samt nye uttalelser fra informanter.

I nevnte spørreskjemaundersøkelse ville Ugland (1998) blant annet kartlegge hvorvidt de ansatte ved Hiltun sykehus mente at kvalitetssatsingen hadde gitt godt utbytte. Følgelig bad hun dem vurdere påstander om at reformen hadde bidratt til bedre behandling av pasiente-

ne, medført ressursbesparelser og hatt andre positive effekter. Det viste seg at cirka 20% av legene, 40% av sykepleierne og 50% av bioingeniørene var enige i hvert utsagn<sup>192</sup>.

Kvalitetskonsulentene ved sykehusene Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann anslo at også der ville cirka 20% av legene, 40% av sykepleierne og 50% av bioingeniørene mene at kvalitetsstrategien hadde gitt godt utbytte.

Ovennevnte forhold styrker inntrykket av at legene var mest negative til innføringen av kvalitetsledelse i sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann. De forteller også at sykepleierne var noe mer positive til reformen, men ikke bare tilhengere av den. Videre bærer de bud om at bioingeniørene hadde en viss sans for organisasjonsendringen.

Enkelte informanter forklarte legenes negative holdninger til kvalitetskonseptet med at legene kunne oppfatte konseptets krav om økt tverrfaglig samarbeid som en trusel mot deres innflytelse og autonomi. Mange andre informanter avviste denne forklaringen. En lege ved Hosem sykehus sa det på denne måten:

*Legene lar seg ikke avskrekke av krav om økt tverrfaglig samarbeid. Tvert imot erkjenner vi viktigheten av å være stadig mer åpne for innspill fra andre yrkesutøvere.*

Flere informanter presiserte at de snarere enn å ta avstand fra økt tverrfaglig samarbeid var tilhengere av dette. En lege ved Sagdal sykehus formulerte seg slik:

*Vår medisinske hverdag har antatt en slik karakter at det er helt nødvendig å støtte seg enda mer til psykiatriske sykepleiere og sosionomer, for eksempel.*

Den erklærte viljen til økt tverrfaglig samarbeid antydte at det var færre profesjonskonflikter ved de undersøkte sykehusene enn ved mange andre helseinstitusjoner. Flere informanter understreket da også at samarbeid ikke ble forhindret av interne konflikter. En lege ved Sebak sykehus brukte disse ordene:

*Ved denne institusjonen beflitter vi oss på å utnytte hverandres kompetanse til pasientenes beste, og legge profesjonskonflikter til side.*

---

<sup>192</sup> Disse opplysningene bygger dels på rådata fra den omtalte spørreskjemaundersøkelsen.

Mange informanter blant sykepleierne påpekte at økt tverrfaglig samarbeid burde bety større deltagelse fra legenes side i diskusjoner om forbedringer av organisatoriske forhold ved sykehusene. En oversykepleier ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Legene er flinke til å involvere andre yrkesutøvere i drøftinger av det man kan kalle direkte pasientrettede tiltak. Dog deltar de lite i tverrfaglige diskusjoner om slike indirekte pasientrettede tiltak som forbedringer av organisatoriske forhold. Det er viktig at legene i større grad bidrar med vurderinger av denne type saker.*

Oversykepleieren antydte at legenes negative holdninger til kvalitetskonseptet kunne skyldes begrenset interesse for den type organisasjonsutvikling som dette krever, samt knapp tid til å drive organisasjonsarbeid. Hun signaliserte også at sykepleierne noe mer positive innstilling til konseptet kunne skyldes en viss sans for organisasjonsutvikling, samt relativt gode muligheter til å ivareta organisasjonsspørsmål.

Selv om ulike yrkesutøvere avdekket noe forskjellige holdninger til innføringen av kvalitetsledelse i sykehusene, lot det til at de var temmelig enige om hvordan de skulle takle reformen. Enkelte tegn på dette var uttalelser fra avdelingsoverleger om at verken de eller oversykepleierne ved samme avdelinger som dem selv tok initiativ til å iverksette kvalitetskonseptet før de fikk visse friheter til å velge implementeringsformer, men at begge parter da gikk inn for å gjennomføre konseptet. Andre tegn på enighet var erklæringer fra en rekke sykepleiere om at de støttet legers aktive motstand mot de opprinnelige planene for innføring av kvalitetsledelse i sykehusene.

#### **7.1.3.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.1.3. har så langt vist at legene var mest negative til innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som lanserte dette konseptet samtidig. Det har angitt at sykepleierne var noe mer positive og bioingeniørene enda litt mer velvillig innstilt til reformen, men at de vanskelig kunne karakteriseres som sterke tilhengere av den. Kapitlet har avdekket at både leger og andre profesjonsutøvere var opptatt av tverrfaglig samarbeid, samt å tilbakevise antagelser om at deres arbeidshverdag var preget av konflikter dem imellom. Det har presentert som et hovedfunn at ulike profesjonsutøvere var temmelig enige om å motsette seg de opprinnelige planene for innføring av kvalitetsledelse i sykehusene. Dette funnet er for øvrig i tråd med resultater fra en undersøkelse ved amerikanske helseinstitusjoner (Shortell m.fl. 1995).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det dog vanskelig å forstå profesjonsutøvernes enighet om å markere motstand mot kvalitetssatsingen ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Riktignok innebærer dette perspektivet en forventning om at organisasjonsmedlemmer vil fungere som en enhet med henblikk på løsning av organisasjonens oppgaver. Imidlertid gir det lite rom for å regne med noen bred motstand mot et slikt krav om nye arbeidsmetoder som det omtalte kvalitetssatsing impliserer. Perspektivet tilsier at i den grad organisasjonsmedlemmer protesterer mot denne typen reform, er de gjerne påvirket av mellomledere, som desavuerer reformen grunnet begrensede kunnskaper om den. Følgelig vil man ut fra et slikt perspektiv måtte forklare profesjonsutøvernes unisone motstand mot kvalitetssatsingen med at tallrike mellomledere ved sykehusene hadde svake kunnskaper om organisasjonsendringen. Sistnevnte er lite sannsynlig.

I likhet med et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv gjøre det vanskelig å forstå profesjonsutøvernes enighet om å motsette seg kvalitetssatsingen ved de undersøkte sykehusene. Dette perspektivet tilsier at enkelte organisasjonsmedlemmer vil tape makt ved en reform, og følgelig bekjempe den, mens andre organisasjonsmedlemmer vil vinne makt ved reformen, og følgelig støtte den. Som allerede antydnet kunne legene øyne redusert råderett ved omtalte kvalitetssatsing, mens sykepleiere og andre kunne se for seg det motsatte<sup>193</sup>. Ergo blir det problematisk å forstå de ulike informantenes avvisning av at legene kunne oppfatte endringen som truende, samt de relativt mange sykepleiernes benekting av at endringen hadde gitt godt utbytte. Samtidig blir det vanskelig å fatte informantenes budskap om at både leger og sykepleiere nøyte med å bidra til implementering av reformen.

Imidlertid kan et institusjonelt perspektiv forståeliggjøre profesjonsutøvernes enighet om å motsette seg kvalitetssatsingen ved de undersøkte sykehusene. Dette perspektivet uttrykker at medlemmer av en organisasjon har felles normer og verdier, det vil si et grunnlag for enighet. Det angir også at det er viktig for dem å sikre organisasjonen stabilitet. Med andre ord tilsier det at de kan gå sammen om å protestere mot slike organisatoriske endringer som omtalte kvalitetssatsing.

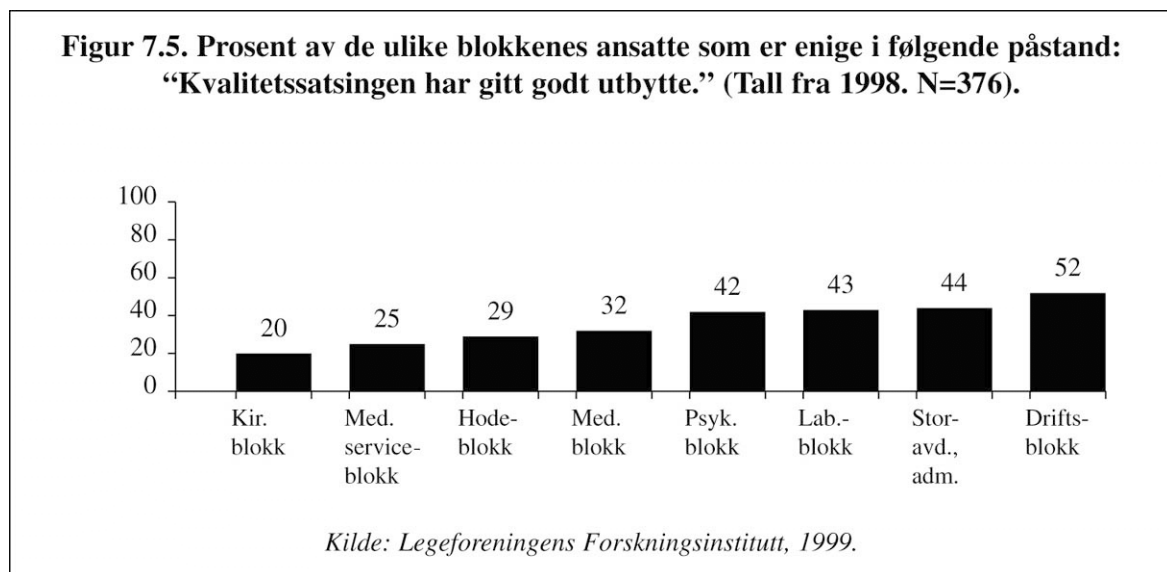


## 7.1.4. Avdelingenes holdninger

### 7.1.4.1. Hafli sykehus

Foregående fremstilling har vist at ulike profesjonsutøvere hadde noe forskjellige holdninger til innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus, men at de stort sett var enige om å markere motstand mot reformen. Også ulike blokker og avdelinger hadde noe forskjellige synspunkter på organisasjonsendringen<sup>194</sup>. Dette manifesterte seg blant annet ved at enkelte enheter utsatte å implementere planen for opplæring i kvalitetsarbeid, mens andre enheter kom raskt i gang med dette.

Den blokken som de fleste informanter anså for å være mest skeptisk til kvalitetssatsingen, var kirurgisk blokk. Ifølge den siste spørreskjemaundersøkelsen fra Legeforeningens Forskningsinstitutt var det da også denne blokken som hadde færrest medarbeidere med den mening at reformen hadde gitt godt utbytte<sup>195</sup>. Dette fremgår av følgende figur:



Figur 7.5. indikerer at ikke bare kirurgisk blokk, men også medisinsk serviceblokk og dermed operasjonsavdelingen var skeptisk til kvalitetssatsingen. Diagrammet angir at medisinsk blokk var mindre negativ til reformen. Det uttrykker at psykiatrisk blokk samt labora-

<sup>193</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.2.3.

<sup>194</sup> Blokkene og avdelingene ved Hafli sykehus er omtalt i foregående kapittel 6.1.

<sup>195</sup> Spørreskjemaundersøkelsen inneholder data for hver blokk, samt en kategori bestående av storavdelingene og administrasjonen. Undersøkelsen gir ikke opplysninger på avdelingsnivå.

torieblokken og dermed klinisk-kjemisk avdeling var mer positive til organisasjonsendringen. Videre vitner det om at driftsblokken var mest velvillig innstilt til reformen.

Blokkenes holdninger til kvalitetssatsingen lignet for øvrig deres synspunkter på selve dannelsen av blokkstruktur i sykehuset. Som allerede antydnet skulle innføring av kvalitetsledelse og etablering av blokker som overbygninger for avdelingene foregå parallelt<sup>196</sup>. Andersen (1997) fant at kirurgisk blokk og medisinsk serviceblokk var mest misfornøyde med sistnevnte reform. Samme person påviste at medisinsk blokk var mindre skuffet over denne organisasjonsendringen. Hun fant at psykiatrisk blokk og laboratorieblokken var relativt tilfreds med reformen. Videre påviste hun at driftsblokken var mest fornøyd med organisasjonsendringen.

Flere informanter forklarte blokkenes og avdelingenes forskjellige holdninger til kvalitetssatsingen med at avdelingslederne hadde ulike synspunkter på reformen, og overførte egne meninger til øvrige ansatte. Personen i kombinert stilling som overlege ved medisinsk avdeling og kvalitetskonsulent med tilknytning til administrasjonen sa det på denne måten:

*Det faktum at blokkene og avdelingene inntok forskjellige holdninger til kvalitetssatsingen skyldtes ganske sikkert at visse avdelingsledere var skeptiske til reformen, og påvirket medarbeiderne i negativ retning, mens andre avdelingsledere var mer velvillig innstilt til reformen, og påvirket medarbeiderne i positiv retning.*

Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling formulerte seg slik<sup>197</sup>:

*Denne avdelingens skepsis til kvalitetssatsingen hadde trolig sammenheng med at den tidligere avdelingsoverlegen uttalte seg negativt om reformen, og at oversykepleieren støttet ham.*

Oversykepleieren ved kirurgisk avdeling brukte disse ordene:

*Denne avdelingens motstand mot kvalitetssatsingen kom sannsynligvis av at vi hadde en avdelingsoverlege som sa det mange bare tenkte om reformen.*

Samme oversykepleier tilføyde dog følgende:

---

<sup>196</sup> Jfr. de foregående kapitlene 6.1. og 7.1.1.1.

<sup>197</sup> Samme avdelingsoverlege stod bak det nest siste sitatet i kapittel 7.1.2.1. Han var overlege ved kirurgisk avdeling da styret for Hafli sykehus vedtok å innføre kvalitetsledelse i institusjonen.

*Etter hvert begynte også vi ved kirurgisk avdeling å implementere planen for opplæring i kvalitetsarbeid. Hovedårsaken til dette var at vi fikk en viss mulighet til å gjøre det på vår egen måte.*

Denne tilføyelsen tydet på at ledelsen ved kirurgisk avdeling var blitt mer stemt for å medvirke til innføring av kvalitetsledelse i sykehuset.

Mens sistnevnte informanter forklarte blokkenes og avdelingenes forskjellige holdninger til kvalitetskonseptet med avdelingsledernes synspunkter, hadde andre informanter en annen forklaring på fenomenet. De mente at blokkene og avdelingene inntok ulike holdninger fordi konseptet ble presentert med referanse til industribedrifter, og at enhetene i varierende grad har fellestrekk med slike foretak. En lege ved klinisk-kjemisk avdeling sa det på denne måten:

*Den kjensgjerning at visse avdelinger ble skeptiske og andre avdelinger mer velvillig innstilt til kvalitetskonseptet kunne skyldes at vi fikk det beskrevet med mange eksempler fra industrien. Kirurgisk avdeling og øvrige pasientbehandlende enheter kunne finne det vanskelig å se likheter mellom egen geskjeft og industriell virksomhet. Klinisk-kjemisk avdeling, derimot, kunne lett øyne denslags likheter.*

Samme lege påpekte at klinisk-kjemisk avdeling ligner en industribedrift fordi den i hovedsak arbeider med stoffer eller produkter, og har de ansatte samlet i et stort lokale<sup>198</sup>. I forlengelsen av dette poengterte han at avdelingenes ulike holdninger til kvalitetskonseptet kunne ha sammenheng med varierende fysiske forhold. Han formulerte seg slik:

*Kirurgisk avdeling og øvrige pasientbehandlende enheter kunne være negative til kvalitetskonseptet fordi de har personellet spredt på sengeposter m.v., og stadig tar inn personer utenfra. Det er utvilsomt ganske krevende å innføre en slik oppskrift når man arbeider på denne måten. Klinisk-kjemisk avdeling kunne være mer positiv til konseptet fordi vi har personellet samlet innen fire vegger, og sjelden tar inn utenforstående. Det medfører ingen særlige praktiske problemer å iverksette en slik oppskrift når man arbeider på dette viset.*

I likhet med sistnevnte lege mente øvrige informanter at avdelingenes ulike holdninger til kvalitetskonseptet kunne skyldes varierende grad av nærkontakt med brukerne. Flere var også av den oppfatning at de ulike holdningene kunne tilskrives varierende kontroll med egen dagsorden. En sykepleier ved operasjonsavdelingen brukte disse ordene:

---

<sup>198</sup> Jfr. note 42.

*Denne avdelingens skepsis til kvalitetskonseptet skyldtes at vi kontinuerlig tar inn leger med kirurgisk kompetanse og deres pasienter, og ofte må prioritere øyeblikkelig hjelp på bekostning av planlagte oppgaver. Det syntes besværlig å skulle forene konseptets prinsipper med slike arbeidsmåter<sup>199</sup>.*

Samme sykepleier uttrykte imidlertid at operasjonsavdelingens ansatte ble mer positive til omtalte organisasjonsoppskrift etter at kvalitetssjefen begynte å undervise dem om kvalitetsarbeid i praksis<sup>200</sup>.

Som allerede antydnet var både operasjonsavdelingen og de fleste andre somatiske avdelinger mer skeptiske til kvalitetskonseptet enn psykiatrisk avdeling<sup>201</sup>. Informanter fra sistnevnte enhet forklarte dette med at somatisk og psykiatrisk helsepersonell har hatt forskjellig fokus på pasientene (jfr. Berg 1987). En lege sa det på denne måten:

*Somatiske avdelinger kunne være negative til kvalitetskonseptet fordi de tradisjonelt har konsentrert seg om de syke organene til pasientene. Å følge dets bud om å se kvalitet som mer enn faglighet ble kanskje regnet for å innebære en radikal og unødige omlegging av deres arbeidsform. Psykiatrisk avdeling kunne være mer positiv til konseptet fordi vi tradisjonelt har hatt et helhetsperspektiv på pasientene. Å følge budet om å se kvalitet som et sammensatt fenomen harmonerte med den arbeidsformen vi allerede praktiserte.*

En sykepleier formulerte seg slik:

*Somatiske avdelinger kunne stille seg skeptiske til kvalitetskonseptet fordi de har vært mer eller mindre ensidig opptatt av å få pasientene til å fungere rent fysisk. Dets idé om å legge vekt på kommunikasjon m.v. lød kanskje fremmed for dem som har hatt en slik tilnæringsmåte. Psykiatrisk avdeling kunne stille seg mer velvillig til konseptet fordi vi har siktet mot å få pasientene til å fungere i en samfunnsmessig sammenheng. Idéen om å gi akt på overføring av budskap m.v. lød velkjent for oss som har hatt denne innfallsvinkelen.*

Samme sykepleier lanserte nok en forklaring på det faktum at de fleste somatiske avdelinger var mer negative til kvalitetskonseptet enn psykiatrisk avdeling. Hun mente dette kunne skyldes at konseptet foreskriver økt tverrfaglig samarbeid, og at somatisk helsepersonell kan ha mindre behov for teamarbeid enn psykiatrisk helsepersonell (jfr. Kringlen 1996).

---

<sup>199</sup> Operasjonsavdelingens arbeidsmåter er nærmere omtalt i note 42.

<sup>200</sup> Som kunngjort i kapittel 6.1. var det planlagt at ledere på hvert nivå skulle undervise deres nærmeste underordnede om kvalitetsarbeid. Dog valgte kvalitetssjefen å hjelpe lederen for operasjonsavdelingen med å gjennomføre undervisningen om nevnte emne.

<sup>201</sup> Somatiske avdelinger ved et sykehus er kirurgisk avdeling, operasjonsavdelingen, medisinsk avdeling, klinisk-kjemisk avdeling o.a. (NOU 1997:2).

#### 7.1.4.2. De øvrige sykehusene

Foregående fremstilling har vist at ulike profesjonsutøvere hadde noe forskjellige holdninger til innføringen av kvalitetsledelse i sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann, men at de stort sett var enige om å markere motstand mot reformen. Også ulike avdelinger hadde noe forskjellige synspunkter på nevnte endring. Dette manifesterte seg blant annet ved at enkelte enheter utsatte å implementere planen for opplæring i kvalitetsarbeid, mens andre enheter kom raskt i gang med dette.

Kvalitetskonsulentene ved samtlige sykehus opplyste at kirurgisk avdeling var mest negativ til kvalitetssatsingen. De meldte at også operasjonsavdelingen stilte seg skeptisk til reformen. Ellers kunngjorde de at medisinsk avdeling var mindre negativ til endringen. Videre forkynte de at klinisk-kjemisk avdeling inntok en mer positiv holdning til reformen. Kvalitetskonsulentene ved de sykehusene som hadde psykiatrisk avdeling rapporterte at også denne enheten viste en viss vilje til å innføre kvalitetsledelse<sup>202</sup>. Disse opplysningene er for øvrig i tråd med Haukanes og Wolstad (1996) samt Kirschner (1998) sine funn fra studier av nevnte avdelingens syn på kvalitetssatsingen.

Informantene lanserte flere forklaringer på det faktum at avdelingene inntok ulike holdninger til kvalitetskonseptet. En lege fra kirurgisk avdeling ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Denne avdelingen kom til å tvile på kvalitetskonseptet fordi den tidligere avdelingsoverlegen stadig kritiserte det<sup>203</sup>. Andre avdelinger fikk noe større tro på konseptet fordi avdelingslederne var mer villige til å prøve å ta det i bruk.*

En sykepleier fra operasjonsavdelingen ved Hiltun sykehus ytret følgende:

*Denne avdelingen ble skeptisk til kvalitetskonseptet fordi vi må innrette vår virksomhet etter leger med kirurgisk kompetanse, anesthesiavdelingen og oppvåkningsavdelingen m.v.<sup>204</sup>. Vi fant det vanskelig å skulle oppfylle de krav som dette konseptet stiller under slike betingelser.*

En lege fra medisinsk avdeling ved Hosem sykehus formulerte seg slik:

---

<sup>202</sup> Det var sykehusene Hiltun, Sagdal, Sebak og Sivann som hadde psykiatrisk avdeling.

<sup>203</sup> Omtalte avdelingsoverleges utfall mot kvalitetskonseptet er nærmere beskrevet av Kirschner (1998).

<sup>204</sup> Anesthesiavdelingen gir bedøvelse til pasienter under og etter operasjoner m.v.. Oppvåkningsavdelingen mottar nyopererte pasienter til observasjon før de kan tilbakeføres til vanlig sengepost (NOU 1997:2).

*De ansatte ved denne avdelingen var mindre negative til kvalitetskonseptet enn mange andre, trolig fordi avdelingsoverlegen hos oss opptrådte noe annerledes enn en del øvrige avdelingsledere.*

En bioingeniør ved Sebak sykehus brukte disse ordene:

*Klinisk-kjemisk avdeling fremstod som mer positiv til kvalitetskonseptet enn de fleste andre avdelinger. Dette kunne skyldes at konseptet bærer preg av å stamme fra industriforetak, og at vår avdeling har mye til felles med slike foretak.*

En lege fra psykiatrisk avdeling ved Sagdal sykehus uttalte følgende:

*Flere medarbeidere ved denne avdelingen ble stemt for å se nærmere på kvalitetskonseptet. Hovedårsakene til dette var at konseptet foreskriver helhetlig tenkning og tverrfaglig samarbeid, og at vi hos oss legger stor vekt på slike elementer.*

Informanter fra avdelinger som opprinnelig stilte seg avvisende til kvalitetskonseptet kunn- gjorde at disse enhetene utviklet mer positive holdninger til nevnte oppskrift. De sa dette skyldtes at administrasjonen initierte egne møter med avdelingene for å utdype hvordan de kunne omsette konseptet til praksis, og gav dem en viss frihet til å velge implementerings- former.

#### **7.1.4.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.1.4. har så langt vist at avdelingene hadde forskjellige holdninger til innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som lanserte dette konseptet samtidig. Det har angitt at dette manifesterte seg blant annet ved varierende initiativ til å gjennomføre planen for opplæring i kvalitetsarbeid. Kapitlet har kunngjort at enkelte in- formanter forklarte de forskjellige holdningene med avdelingsledernes personlige preferan- ser. Det har meldt at andre informanter forklarte de ulike synspunktene med varierende overensstemmelse mellom kvalitetskonseptets prinsipper og avdelingenes arbeidsmåter. Avdelingsvise forskjeller i holdninger til kvalitetsledelse samt forklaringer av omtalte art er for øvrig også funnet ved engelske sykehus (Joss og Kogan 1995).

Et instrumentelt perspektiv kan forståeliggjøre det faktum at avdelingene hadde ulike syns- punkter på kvalitetssatsingen ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Dette perspektivet tilsier at enkelte grupper av ansatte kan bli negative til en organi- satorisk endring grunnet påvirkning fra mellomledere som desavuerer reformen fordi de

mangler kunnskaper om den. Det uttrykker at andre grupper av ansatte kan bli positive til endringen grunnet påvirkning fra mellomledere som støtter reformen fordi de forstår hva den innebærer. Med andre ord gir det rom for å tolke avdelingenes ulike syn på kvalitetskonseptet som resultat av at avdelingslederne i varierende grad var mottagelige for kunnskaper om dette.

Samme perspektiv gjør det også mulig å tolke avdelingenes forskjellige holdninger til kvalitetskonseptet som uttrykk for at dette umiddelbart syntes mindre rasjonelt i enkelte kontekster enn i andre. Man kan forestille seg at visse enheter trengte ekstra innsats for å kunne transformere konseptets idéer til praksis. Videre kan man tenke seg at det var en transformasjon av omtalte art som fant sted da opprinnelig negative avdelinger gjennomførte opplæringen i kvalitetsarbeid med relativt gode tilbakemeldinger.

I motsetning til et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv gjøre det vanskelig å forstå at avdelingene hadde ulike synspunkter på kvalitetssatsingen ved de undersøkte sykehusene. Dette perspektivet tilsier at aktører som vil miste makt og dermed adgang til ressurser eller realisering av egne interesser ved en organisatorisk endring kan desavuere reformen, og vice versa. Dog skjer det ingen forrykking av maktbalansen mellom avdelingene i et sykehus ved innføring av kvalitetsledelse der. Det foretas ingen omfordeling av ressurser eller andre goder mellom avdelingene ved implementering av nevnte konsept.

I likhet med et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv gjøre det vanskelig å forstå at avdelingene hadde ulike synspunkter på kvalitetssatsingen ved de undersøkte sykehusene. Dette perspektivet tilsier at enhetene i en organisasjon har felles normer og verdier, og at de følgelig vil innta samme holdninger til en slik reform som omtalte kvalitetssatsing.

## 7.2. ARGUMENTENE I DEBATTEN OM KONSEPTET

### 7.2.1. Misbruk av ressurser

#### 7.2.1.1. Hafli sykehus

Den foregående fremstillingen har vist at Hafli sykehus begynte å innføre kvalitetsledelse mens sykehusenes økonomi ble redusert og etterspørselen etter sykehustjenester økte<sup>205</sup>. Redegjørelsen har videre avdekket at ansatte kom med debattinnlegg der de omtalte kvalitetsmessige tiltak som misbruk av penger og andre ressurser<sup>206</sup>.

Også flere informanter så det slik at innføringen av kvalitetsledelse representerte en uriktig ressursallokering. Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling sa det på denne måten:

*Undertegnede mente at de midlene som ble bevilget til kvalitetsarbeid burde gå til å fornye det medisinske utstyret samt øke antall pleiere. Jeg var overbevist om at sistnevnte tiltak ville tjene pasientene best.*

Avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling brukte disse ordene:

*Dersom jeg hadde fått velge mellom å innføre kvalitetsledelse og å ominnrede poliklinikken, er jeg ikke et øyeblikk i tvil om hva jeg ville ha gjort. Jeg ville ha satset på det tiltaket som kunne ha gitt umiddelbar gevinst for de polikliniske pasientene.*

En lege ved klinisk-kjemisk avdeling formulerte seg slik:

*Jeg hadde full forståelse for ytringer om at penger som ble brukt til å implementere kvalitetskonseptet burde ha vært omdisponert. Blant annet kunne jeg godt skjønne at mange ønsket midler kanalisert til røntgenavdelingen, som klart utgjorde en flaskehals eller brems på flyten i systemet<sup>207</sup>.*

Avdelingsoverlegen og oversykepleieren ved medisinsk avdeling påpekte at innføringen av kvalitetsledelse forårsaket både åpenlyse og mer skjulte utgifter<sup>208</sup>. De fremholdt at de mer skjulte utgiftene dreidde seg om lønn til vikarer som ofte måtte benyttes når de ansatte skulle gjennomgå den obligatoriske opplæringen i kvalitetsarbeid<sup>209</sup>. Begge mente at de penger

---

<sup>205</sup> Jfr. de foregående kapitlene 1 og 5.1.

<sup>206</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.1.1.

<sup>207</sup> Sykehusenes flaskehalsproblemer er nærmere omtalt i NOU 1997:2.

<sup>208</sup> Som antydnet i kapitlene 1 og 6.1. var de åpenlyse utgiftene honorar til et konsulentfirma og lønn til egne kvalitetsmedarbeidere m.v..

<sup>209</sup> Kapittel 6.1. omtaler denne opplæringen.



og den tid som ble investert i denne opplæringen med fordel kunne ha vært brukt til andre formål. Avdelingsoverlegen sa det på denne måten:

*Mange overleger arbeidet både seksti og sytti timer i uken, uten å kunne behandle mer enn en brøkdel av dem som søkte medisinsk hjelp. Vi fant det beklagelig at disse legene skulle tas ut av behandlingsvirksomheten for å gjennomgå kvalitetskurs med tilsynelatende irrelevant innhold.*

Omtalte oversykepleier formulerte seg slik:

*Det virket veldig unødvendig at høytlønnet helsepersonell skulle sitte dag etter dag med det materiellet som inngikk i kvalitetskursene.*

Etter hvert kom stadig flere leger og sykepleiere til å mene at innføringen av kvalitetsledelse representerte misbruk av ressurser. Dette fremgår av følgende tabell<sup>210</sup>:

**Tabell 7.4. Prosent av leger, sykepleiere og andre ansatte med ulike holdninger til følgende påstand: "Kvalitetssatsingen er misbruk av ressurser og går utover pasientene."**

Holdninger	1996			1998		
	Leger	Sykepl.	Andre	Leger	Sykepl.	Andre
Enig	67	26	24	74	32	24
Uenig	26	58	54	21	54	52
Vet ikke, ubesvart	7	16	22	5	14	24
Sum (N)	100 (159)	100 (153)	100 (99)	100 (147)	100 (132)	100 (97)

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Tabell 7.4. viser at antall leger som regnet kvalitetssatsingen for å være ressursøding økte med syv prosent fra 1996 til 1998. Den røper dessuten at antall sykepleiere som assosierte nevnte reform med sløseri steg omtrent like mye i samme tidsrom.

Tendensen til at en stadig større andel av helsepersonellet betraktet innføringen av kvalitetsledelse som misbruk av ressurser gjenspeiles også i tabellen på neste side.

<sup>210</sup> Denne tabellen skiller seg fra den foregående figur 7.1. ved at den angir sykepleiernes holdninger.

**Tabell 7.5. Prosent av blokkenes ansatte med ulike holdninger til flg. påstand: “Kvalitets-satsingen er misbruk av ressurser og går utover pasientene.” (N=411 i 1996. N=376 i 1998).**

B l o c k e r	1 9 9 6				1 9 9 8			
	Enig	Uenig	Vet ikke, ubesvart	Sum	Enig	Uenig	Vet ikke, ubesvart	Sum
Kirurgisk blokk	48	36	16	100	60	32	8	100
Med. serviceblokk	34	53	13	100	51	39	10	100
Hodeblokk	52	33	15	100	48	41	11	100
Medisinsk blokk	34	51	15	100	41	43	16	100
Psykiatrisk blokk	43	39	18	100	56	35	9	100
Laboratorieblokk	37	49	14	100	44	41	15	100
Storavd. og admin.	44	44	12	100	40	46	14	100
Driftsblokk	29	50	21	100	20	60	20	100

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Ifølge tabell 7.5. opplevde nesten alle kliniske blokker en økning av antall ansatte med den holdning at kvalitetssatsingen representerte ressursøding fra 1996 til 1998<sup>211</sup>. Hodeblokken utgjorde det eneste unntaket. Dette var imidlertid den enheten som hadde flest medarbeidere med nevnte holdning i 1996.

Enkelte ansatte som regnet kvalitetssatsingen for å være misbruk av ressurser i disse årene gjorde det samme i dag. Én av dem var avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling. Han sa det på denne måten:

*Slik innføringen av kvalitetsledelse var lagt opp, krevde den urimelig store ressurser. Den er fortsatt en betydelig utgiftspost.*

Andre ansatte som assosierte kvalitetssatsingen med ressursøding de første årene den pågikk forbandt den med akseptable kostnader nå i ettertid. Én av dem var en sykepleier ved psykiatrisk avdeling. Hun brukte disse ordene:

*Implementeringen av kvalitetskonseptet skulle foregå på en slik måte at det var nærliggende å karakterisere den som sløseri. Dog har det kanskje vært riktig å tilgodese iverksettelsen av dette konseptet med de midler den har fordret hittil.*

De to sistnevnte informantene tydeliggjorde at det hadde utviklet seg delte oppfatninger om hvorvidt innføringen av kvalitetsledelse representerte misbruk av ressurser.

<sup>211</sup> Storavdelingene og administrasjonen regnes ikke med, da disse enhetene ikke kan skilles fra hverandre, som antydnet i note 195. Driftsblokken regnes heller ikke med, da den så å si ikke omfatter helsepersonell.

### 7.2.1.2. De øvrige sykehusene

Den foregående fremstillingen har vist at sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann begynte å innføre kvalitetsledelse mens sykehusenes økonomi ble redusert og etterspørselen etter sykehustjenester økte<sup>212</sup>. Redegjørelsen har videre avdekket at ansatte ved flere av institusjonene kom med debattinnlegg der de uttrykte et syn på kvalitetssatsingen som misbruk av ressurser<sup>213</sup>.

Også informanter ved sykehusene mente at innføringen av kvalitetsledelse representerte en uriktig ressursallokering. En avdelingsoverlege ved Hiltun sykehus sa det på denne måten:

*Innføringen av kvalitetsledelse ville kreve en betydelig økonomisk og menneskelig innsats. Flere av oss påpekte at det var den direkte pasientrettede virksomheten som burde nyte godt av denne innsatsen.*

En avdelingsoverlege ved Hosem sykehus brukte disse ordene:

*Implementeringen av kvalitetskonseptet fortonet seg som et misbruk av penger og andre ressurser eller hinder for effektiv pasientbehandling. Jeg var langt fra alene om å se saken på denne måten.*

En oversykepleier ved Sagdal sykehus formulerte seg slik:

*Sykehusets ledelse la opp til at alle ansatte skulle gjennomgå kurs om kvalitetsarbeid. Vi var mange som reagerte på det disse kursene ville koste i form av honorarer til forelesere, lønn til vikarer og arbeid som ikke ville bli utført.*

En lege ved Sebakk sykehus tilkjennegav følgende:

*Innføringen av kvalitetsledelse eller oppstarten av det prosjektet man kalte Pasienten Først ble markert med hornmusikk samt utdeling av T-skjorter til de ansatte og kopper til pasientene. Både åpningen og ikke minst fortsettelsen av prosjektet var i undertegnedes og mange andres øyne et gedigent ressursmisbruk.*

En lege ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Flere av oss betraktet implementeringen av kvalitetskonseptet som sløsing med ressurser tiltenkt pasienter.*

---

<sup>212</sup> Jfr. de foregående kapitlene 1 og 5.1.

<sup>213</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.1.2.

De første årene etter at sykehusene begynte å innføre kvalitetsledelse kom stadig flere representanter for helsepersonellet til å se kvalitetssatsingen som misbruk av ressurser (Kirschner 1998; Øvretveit og Aslaksen 1999). Enkelte betraktet reformen på samme måte i dag, mens andre hadde endret oppfatning.

Én av dem som fortsatt regnet kvalitetssatsingen for å være ressursøding var en avdelingsoverlege ved Sagdal sykehus. Han sa det på denne måten:

*Fremdeles ser jeg det slik at kvalitetsavdelingens bevilgninger bør overføres til pasientbehandlingene.*

Én av dem som nå forbandt kvalitetssatsingen med en akseptabel ressursbruk var en over-sykepleier ved Sebak sykehus. Hun formulerte seg slik:

*I begynnelsen var jeg tilbøyelig til å se kvalitetsarbeidet som misbruk av knappe midler, men denne holdningen har jeg forlatt.*

De to sistnevnte informantene tydeliggjorde at det hadde utviklet seg delte oppfatninger om hvorvidt implementeringen av kvalitetskonseptet i sykehusene representerte ressursøding.

### **7.2.1.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.2.1. har så langt vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetsledelse samtidig holdt kvalitetssatsingen for å være misbruk av ressurser. Det har angitt at enkelte fremhevet opplæringen i kvalitetsarbeid som en særlig kostnadskrevende faktor. Kapitlet har avdekket at også medarbeidere som senere ble relativt velvillig innstilt til kvalitetssatsingen så den som ressursøding de første årene den pågikk. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra en undersøkelse ved amerikanske helseinstitusjoner (Shortell m.fl. 1994).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det forståelig at sykehusansatte karakteriserte kvalitetssatsingen som misbruk av ressurser. Dette perspektivet tilsier at sykehusenes medarbeidere vil være opptatt av å realisere institusjonenes mål mest mulig effektivt. Det gir adgang til å anta at mellomledere sammenstilte kunnskaper om kvalitetskonseptet og institusjonenes kjerneaktiviteter, og så kvalitetssatsingen som en mindre effektiv form for målrealisering. Videre gir det rom for å regne med at de påvirket underordnede til å innta samme syn.

I likhet med et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv forståeliggjøre det faktum at sykehusansatte karakteriserte kvalitetssatsingen som et misbruk av ressurser eller hinder for effektiv pasientbehandling. For det første tilsier dette perspektivet at sykehusenes medarbeidere vil være opptatt av å nå mål mest mulig effektivt. Videre uttrykker det at de primært vil søke å realisere egne mål på denne måten. Det angir da også at medarbeidere som vil miste muligheter til å fremme egne interesser ved en reform kan desavuere den. Samtidig angir det at disse medarbeiderne kan kritisere reformen med referanse til allmenne hensyn<sup>214</sup>. Som kunngjort kan legene miste muligheter til å fremme egne interesser ved en organisasjonsendring som innføring av kvalitetsledelse<sup>215</sup>. Typisk allmenne hensyn er optimal utnyttelse av samfunnets ressurser og bedring av befolkningens helsetilstand (Berg 1987; Jacobsen og Thorsvik 1997). Sistnevnte aspekter forklarer at særlig legene stemplet kvalitetssatsingen som et misbruk av ressurser eller hinder for effektiv pasientbehandling.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forståeliggjøre det faktum at sykehusansatte karakteriserte kvalitetssatsingen som et misbruk av ressurser eller hinder for effektiv pasientrettet virksomhet. Dette perspektivet tilsier at sykehusenes medarbeidere kan argumentere i samsvar med verdier og normer som gjelder i en større kontekst<sup>216</sup>. Som allerede angitt er optimal utnyttelse av ressurser og fremme av helse sentrale verdier i en samfunnsmessig sammenheng (Berg 1987; Jacobsen og Thorsvik 1997).

## **7.2.2. En mote fra næringslivet**

### **7.2.2.1. Hafli sykehus**

Den foregående redegjørelsen har tilkjennegitt at kvalitetsledelse fremstod som en moderne oppskrift på utforming av organisasjoner fra 1990-årene og utover<sup>217</sup>. Skildringen har også kunngjort at oppskriften stammer fra industriell virksomhet<sup>218</sup>. Videre har den antydnet den kjensgjerning at ansatte ved Hafli sykehus kom med debattinnlegg der de markerte avstand til kvalitetskonseptet gjennom å omtale det som en mote fra næringslivet<sup>219</sup>.

---

<sup>214</sup> Dette trenger ikke å være et taktisk spill. Det kan like gjerne være et uttrykk for at de faktisk opplever egne og allmenhetens interesser som sammenfallende.

<sup>215</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.2.3.

<sup>216</sup> Perspektivet uttrykker at de kan argumentere i samsvar med ett sett av verdier og normer, men handle i henhold til et annet sett av slike elementer (Brunsson 1989; Meyer og Rowan 1977/1991).

<sup>217</sup> Jfr. de foregående kapitlene 1 og 4.

<sup>218</sup> Jfr. foregående kapittel 4.1.

I parentes bemerket indikerte de ansattes beskrivelse av kvalitetskonseptet som en mote at de anså det for å ha mer en symbolsk enn en funksjonell karakter (jfr. Røvik 1998). Deres henvisning til konseptets utspring i næringslivet uttrykte en oppfatning om at det var vesensforskjeller mellom kommersielle foretak og sykehus, og at styringsprinsipper generert av førstnevnte type organisasjoner ikke passet for helseinstitusjoner (jfr. Lian 2003)<sup>220</sup>.

Informantene understreket at det var mange medarbeidere ved Hafli sykehus som regnet kvalitetskonseptet for å være en mote fra næringslivet. Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent sa det på denne måten:

*Det haglet med bemerkninger om at ledelsen gjennom satsingen på kvalitetskonseptet hadde kastet seg på en motebølge fra industrien. Flere kom med kommentarer om at vår oppgave var å behandle pasienter, ikke å bygge biler<sup>221</sup>.*

Budskapet om at mange medarbeidere ved Hafli sykehus så kvalitetskonseptet som et næringslivsfenomen uten relevans for egen virksomhet understøttes av følgende tabell<sup>222</sup>:

**Tab. 7.6. Prosent av leger, sykepleiere og andre ansatte med ulike holdninger til flg. påstand: "Kvalitetssatsingen er et ledelsespåfunn uten grunnlag i sykehusets praktiske virkelighet."**

Holdninger	1996			1998		
	Leger	Sykepl.	Andre	Leger	Sykepl.	Andre
Enig	71	29	21	70	27	27
Uenig	23	50	53	25	58	54
Vet ikke, ubesvart	6	21	26	5	15	19
Sum (N)	100 (159)	100 (153)	100 (99)	100 (147)	100 (132)	100 (97)

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Tabell 7.6. viser at det særlig var legene som regnet kvalitetskonseptet for å være et fremmedelement i sykehuset. Den forteller også at antall leger og sykepleiere som holdt konseptet for å være et slikt element forble relativt uendret fra 1996 til 1998. Videre bærer den bud

<sup>219</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.1.1.

<sup>220</sup> Foregående kapittel 5.1. antyder at i motsetning til kommersielle foretak er sykehus underlagt krav om å ivareta menneskets egenverd, rettferdighet og likhet. Lian (2003) gir en nærmere beskrivelse av forskjeller mellom førstnevnte type organisasjoner og helseinstitusjoner.

<sup>221</sup> Disse kommentarene sikter til at anvendelse av kvalitetskonseptet fremholdes som forklaring på suksessen til bilfabrikken Toyota (jfr. Aune 2000; Schreiner 1997).

<sup>222</sup> Denne tabellen skiller seg fra den foregående figur 7.2. ved at den angir sykepleiernes og andre ansattes holdninger.

om at tallet på andre ansatte som fant oppskriften uegnet for sykehuset gikk opp i dette tidsrommet.

Økningen av medarbeidere med den holdning at kvalitetskonseptet representerte et fremmedelement i sykehuset fordelte seg på de ulike blokkene som angitt i denne tabellen:

**Tabell 7.7. Prosent av blokkenes ansatte med ulike holdninger til følgende påstand: "Kvalitetssatsingen er et ledelsepåfunn uten grunnlag i sykehusets praktiske virkelighet." (N=411 i 1996. N=376 i 1998).**

B l o k k e r	1 9 9 6				1 9 9 8			
	Enig	Uenig	Vet ikke, ubesvart	Sum	Enig	Uenig	Vet ikke, ubesvart	Sum
Kirurgisk blokk	48	31	21	100	52	38	10	100
Med. serviceblokk	43	40	17	100	57	33	10	100
Hodeblokk	55	30	15	100	46	45	9	100
Medisinsk blokk	46	45	9	100	51	35	14	100
Psykiatrisk blokk	32	47	21	100	44	52	4	100
Laboratorieblokk	40	49	11	100	33	52	15	100
Storavd. og admin.	37	41	22	100	31	59	10	100
Driftsblokk	14	57	29	100	40	40	20	100

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Tabell 7.7. viser at nesten alle kliniske blokker fikk flere medarbeidere med den holdning at kvalitetskonseptet var uegnet for sykehuset fra 1996 til 1998<sup>223</sup>. Hodeblokken og laboratorieblokken utgjorde de eneste unntakene. Førstnevnte blokk var imidlertid den enheten som hadde flest medarbeidere med angitte holdning i 1996.

En rekke informanter uttrykte at oppfatningen av kvalitetskonseptet som mer egnet for næringslivet enn for Hafli sykehus i vesentlig grad kunne tilskrives undervisningen om nevnte oppskrift. Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent sa det på denne måten:

*Sykehuset hadde engasjert et konsulentfirma til å undervise ledere og andre ansatte om kvalitetskonseptet. Firmaets representanter åpnet undervisningen med å presentere bilder av forretningsmenn som bar slips og dobbeltspente dresser. De fortsatte med å bruke begreper som kunder, kjøp og salg. Dette var nærmest å be om at kvalitetskonseptet skulle bli oppfattet som et næringslivsfenomen og en sak som var sykehuset uvedkommende.*

<sup>223</sup> Verken storavdelingene og administrasjonen eller driftsblokken regnes med, som angitt i note 211.

Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling brukte disse ordene:

*Konsulentfirmaet som underviste ledere og andre ansatte ved sykehuset om kvalitetskonseptet redegjorde for kvalitetsbegrepet med eksempler fra spikerproduksjon. Det er vanskelig å tenke seg noe som kunne ha gjort konseptet mer fremmed for helsepersonell.*

Oversykepleieren ved samme avdeling formulerte seg slik:

*Firmarepresentantene som foreleste om kvalitetskonseptet var opptatt av å fortelle at det hadde bidratt til suksess i japansk bilindustri. Dog hørte vi lite eller ingenting om hvordan det kunne bidra til det samme i norske sykehus.*

Avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling uttalte dette:

*De eksterne konsulentene som underviste om kvalitetskonseptet brukte mange eksempler fra databransjen. Imidlertid gav de heller svevende svar på spørsmål om hvordan konseptet kunne anvendes i medisinsk virksomhet.*

Flere informanter påpekte at det ikke bare var undervisningen om kvalitetskonseptet som skapte avstand til denne oppskriften. De presiserte at også basisdokumentet som skulle danne fundamentet til Hafli sykehus sitt kvalitetssystem gjorde det samme. Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent sa det på denne måten:

*Det var et stort gap mellom de idealer som herren i det røde huset skisserte i basisdokumentet og den hverdag som helsepersonellet måtte forholde seg til<sup>224</sup>. Dette bevirket at mange distanserte seg fra kvalitetskonseptet.*

Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling formulerte seg slik:

*”Direktørens lille blå” eller ”Direktørens lille svadabok”, som mange kalte basisdokumentet, var spekket med selvfølgeligheter om at vi måtte møte pasientene slik vi selv ønsket å bli møtt o.a.<sup>225</sup>. Disse ordene ble tolket dithen at vi ikke allerede mottok pasientene på en verdig måte, og skapte aversjon mot kvalitetskonseptet.*

Oversykepleieren ved samme avdeling uttalte dette:

---

<sup>224</sup> Med herren i det røde huset mente informanten direktøren. Det røde huset refererte til den rødmalte administrasjonsbygningen.

<sup>225</sup> Betegnelsen ”Direktørens lille blå” refererte til at basisdokumentet i hovedsaken var direktørens produkt, samt at det hadde lommeformat og blått omslag.



*Basisdokumentet beskrev sykehusets visjon og hovedmål så vagt at ledende sykepleiere kunne få vanskeligheter med å forklare dem for sykepleiere ved sengepostene. Følgen av dette var en viss likegyldighet til kvalitetskonseptet.*

Sistnevnte avdelingsoverlege tilføyde dog følgende:

*Ved nærmere gjennomlesing av basisdokumentet har jeg funnet å ville konkludere med at det egentlig er et ganske bra dokument.*

Denne tilføyelsen og lignende ytringer fra andre informanter indikerte at flere ansatte ved Hafli sykehus kom til å se basisdokumentet som en grei rettesnor for deres virksomhet.

#### **7.2.2.2. De øvrige sykehusene**

Den foregående redegjørelsen har tilkjennegitt at kvalitetsledelse antok karakter av en moderne organisasjonsoppskrift fra 1990-årene og utover<sup>226</sup>. Skildringen har også kunngjort at kimen til oppskriften ble sådd i industrimiljø<sup>227</sup>. Videre har den antydnet den kjensgjerning at ansatte ved sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann fremførte debattinnlegg der de markerte avstand til kvalitetskonseptet gjennom å beskrive det som en mote fra næringslivet<sup>228</sup>.

Informantene ved det enkelte sykehus påpekte at institusjonen de representerte hadde mange leger og en god del andre medarbeidere som beskrev nevnte oppskrift på omtalte måte. Kvalitetskonsulenten ved Hiltun sykehus brukte disse ordene:

*En rekke leger og en viss andel av de andre ansatte karakteriserte kvalitetskonseptet som et siste skrik innen organisasjonsoppskrifter med utspring i private bedrifter. De presiserte at sykehuset med sine helsefremmende oppgaver burde avstå fra å bruke oppskrifter fra slike virksomheter.*

De første årene etter at sykehusene begynte å orientere seg mot kvalitetskonseptet kom stadig flere medarbeidere til å se det som mer egnet for næringslivet enn for helseinstitusjoner (Kirschner 1998; Øvretveit og Aslaksen 1999).

Mange informanter uttrykte at økningen av ansatte som så konseptet på nevnte måte kunne tilskrives undervisningen om denne oppskriften. En lege ved Hiltun sykehus sa det slik:

---

<sup>226</sup> Jfr. de foregående kapitlene 1 og 4.

<sup>227</sup> Jfr. foregående kapittel 4.1.

<sup>228</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.1.2.

*Konsulentfirmaet som holdt kurs om kvalitetskonseptet omtalte mottagere av sykehus-tjenester som kunder. Dette fikk mange til å bemerke at mottagere av slike tjenester ikke er kunder, men pasienter, og at det er vesensforskjeller mellom de to typene aktører<sup>229</sup>. Det medførte også at flere begynte å se konseptet som mer passende for næringslivet enn for helseinstitusjoner.*

En lege ved Hosem sykehus brukte disse ordene:

*Firmarepresentantene som foreleste om kvalitetskonseptet snakket stort sett bare om hvordan private bedrifter hadde utformet deres helhetlige kvalitetssystemer. Dette fikk flere til å tenke at konseptet umulig kunne være noe for oss.*

En oversykepleier ved Sagdal sykehus formulerte seg på denne måten:

*De eksterne konsulentenes undervisning om kvalitetskonseptet var en lett blanding av tomprat og fremmedord som affinitetsdiagram, Ishikawa-diagram, Pareto-diagram o.a.<sup>230</sup>. Dette bevirket at flere tok til å tvile på konseptets relevans for sykehuset.*

En lege ved Sebakk sykehus ytret følgende:

*Firmaet som stod bak kvalitetskursene ved sykehuset bar et amerikansk klingende navn, foredragsholderen det sendte oss var dansk, og lysarkene han benyttet var skrevet på svensk. Foredraget hans dreidde seg mye om å beskrive en forretningshverdag vi fant temmelig ukjent. Resultatet ble en økning av ansatte som holdt kvalitetskonseptet for å være et fremmedelement i norsk helsevesen.*

En lege ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Firmarepresentantene som foreleste om kvalitetskonseptet knyttet det til japanske selskaper, og poengterte at det handlet om å se nåsituasjonen i forhold til ønskesituasjonen. Dette gjorde at flere oppfattet konseptet som bedriftsrelatert, banalt og betydningsløst for helsepersonell.*

Flere informanter ved samtlige sykehus påpekte at det ikke bare var undervisningen om kvalitetskonseptet som skapte avstand til denne oppskriften. De presiserte at også de basisdokumenter direktørene utformet som grunnlag for institusjonenes kvalitetssystemer gjorde det samme. Kvalitetskonsulentene ved Sagdal sykehus brukte disse ordene:

*Basisdokumentet åpnet med en beskrivelse av sykehusets mål. Disse målene ble oppfattet dels som uklare, dels som urealistiske, og dels som insinuasjoner om at med-*

---

<sup>229</sup> Kunder har gjerne gode kunnskaper om det de trenger og det som tilbys, samt stor reell valgfrihet. Pasienter har vanligvis det motsatte av dette (Lian 2003).

<sup>230</sup> Disse tre diagrammene representerer ulike hjelpemidler for årsaksanalyse (Aune 2000; Schreiner 1997).

*arbeiderne ikke gjorde godt nok arbeid. I kjølvannet fulgte en misbilligelse av hele kvalitetskonseptet.*

Representanter for helsepersonellet ved sykehusene uttrykte imidlertid at basisdokumentene etter hvert vant større anerkjennelse blant institusjonenes medarbeidere.

### **7.2.2.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.2.2. har så langt vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetsledelse samtidig holdt kvalitetskonseptet for å være en mote fra næringslivet. Det har angitt at dette innebar en betraktning av nevnte konsept som en oppskrift med liten potensiell nytteverdi for sykehusene. Videre har det avdekket at ansatte forklarte denne betraktningen med bruken av begreper og eksempler i undervisningen om kvalitetskonseptet, samt målformuleringene i basisdokumentene. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra undersøkelser ved amerikanske helseinstitusjoner (Shortell m.fl. 1994; Zbaracki 1998).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det dog vanskelig å forstå at sykehusansatte karakteriserte kvalitetskonseptet som en mote fra næringslivet eller en oppskrift med liten potensiell nytteverdi for sykehusene. Dette perspektivet tilsier at konseptets betydelige utbredelse vitner om kraft til å skape fremgang for forskjellige organisasjoner (Røvik 1998). Dermed gir det liten adgang til å anta at medlemmer av organisasjoner som eksponeres for kvalitetskonseptet vil gjøre nøye vurderinger av dets kompatibilitet med egne virksomheter, og finne at det ikke passer for dem. Det uttrykker da også at det ikke tilligger personer på lavere nivåer, men derimot lederne i organisasjonene å foreta eventuelle vurderinger av omtalte art.

I motsetning til et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv forklare at sykehusansatte omtalte kvalitetskonseptet som en mote fra næringslivet eller et fremmedelement i sykehusene. For det første tilsier dette perspektivet at helseinstitusjonenes medarbeidere vil søke makt eller muligheter for å realisere egne interesser. Det uttrykker da også at ansatte som vil tape slike goder ved en reform kan desavuere den. Samtidig angir det at disse medarbeiderne kan kritisere endringen med referanse til allmenne eller utbredte fore-

stillinger<sup>231</sup>. Slik foregående redegjørelse har vist, kan legene få redusert råderett ved en reform som implementering av kvalitetskonseptet i sykehusene<sup>232</sup>. Det er en utbredt forestilling at mote representerer noe odiøst (Røvik 1992a), og en like vanlig oppfatning at kommersielle foretak sine styringsprinsipper passer dårlig for sykehus (Lian 2003). Disse omstendighetene gjør det forståelig at særlig legene stemplet kvalitetskonseptet som en mote fra næringslivet.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forklare at sykehusansatte beskrev kvalitetskonseptet som en mote fra næringslivet eller et fremmedelement i egne virksomheter. Dette perspektivet gir adgang til å anta at sykehusenes medarbeidere preges av andre verdier og normer enn kommersielle foretak og deres organisasjonsoppskrifter. Det gir da også rom for å regne med at de skildret kvalitetskonseptet på omtalte måte fordi de så egne normer og konseptets prinsipper som inkonsistente<sup>233</sup>.

### **7.2.3. Har alltid drevet kvalitetsforbedring**

#### **7.2.3.1. Hafli sykehus**

Foregående fremstilling har avdekket at ansatte ved Hafli sykehus kom med debattinnlegg der de markerte avstand til innføringen av kvalitetsledelse i denne institusjonen ved å påpeke at de alltid hadde drevet kvalitetsforbedring<sup>234</sup>. En lege formulerte seg slik i et leserbrev han sendte internavisen<sup>235</sup>:

*Systematisk kvalitetssikring har foregått i helsevesenet i "all tid". Det forbauser meg at direktøren ikke har oppfattet at tidsskrifter som Lancet (grunnlagt 1823), British Medical Journal (grunnlagt ca. 1860), Tidsskrift for Den norske lægeforening (grunnlagt 1880), Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation (grunnlagt 1950), for å nevne noen, så å si utelukkende behandler "kvalitetssikring" og "kontinuerlig forbedring" i helsetjenesten.*

Liksom sistnevnte debattant fremholdt flere informanter at helsepersonell bestandig hadde hatt fokus på kvalitet. En lege ved klinisk-kjemisk avdeling sa det på denne måten:

---

<sup>231</sup> Dette trenger ikke å være et taktisk spill. Det kan like gjerne være et uttrykk for at de faktisk opplever egne og allmennhetens interesser som sammenfallende.

<sup>232</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.2.3.

<sup>233</sup> Til orientering nevnes at Den norske lægeforenings "Etiske regler for leger" av 1961/2002 og kvalitetskonseptets prinsipper kan sies å imøtegå hverandre på visse punkter.

<sup>234</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.1.1.

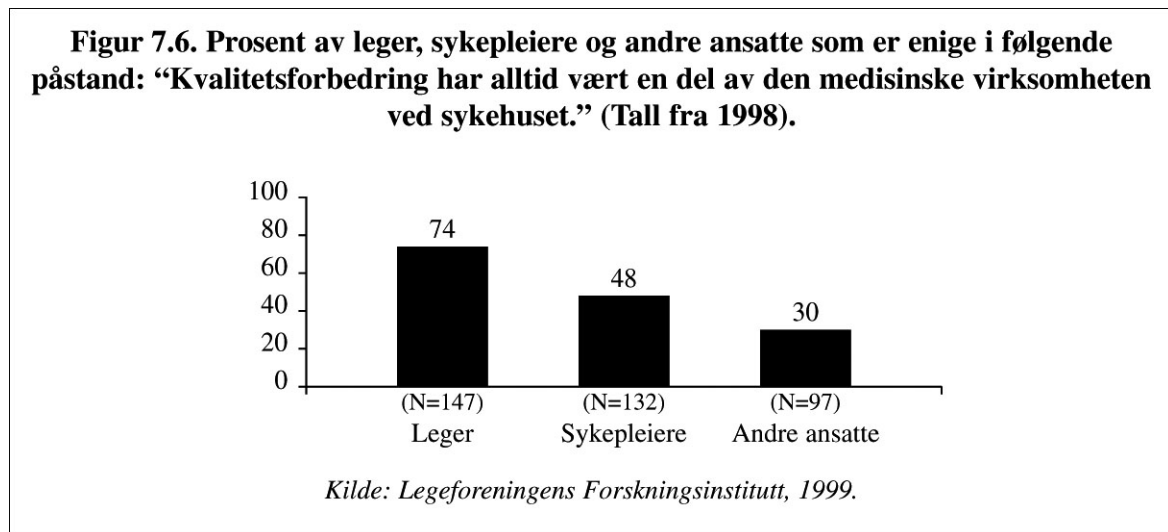
<sup>235</sup> Dette leserbrevet ble trykket i internavisen Haflynytt av januar 1995.

*Legene har alltid vært opptatt av å frembringe ny kunnskap eller å forske i den hensikt å forbedre kvaliteten på den medisinske virksomheten.*

En sykepleier ved operasjonsavdelingen brukte disse ordene:

*Sykepleierne har bestandig kontrollert og forbedret kvaliteten på interne prosesser.*

Disse informantene var langt fra alene om å se det slik at helsepersonell alltid hadde drevet kvalitetsforbedring. Dette fremgår av følgende figur:



Ifølge figur 7.6. var legene de fremste eksponentene for den oppfatningen at kvalitetsforbedring bestandig hadde vært en del av den medisinske virksomheten ved sykehuset. Dog viser diagrammet at nær halvparten av sykepleierne delte dette synet.

Det faktum at en rekke representanter for helsepersonellet betraktet kvalitetsforbedring som en etablert praksis gjenspeiles også i tabellen på neste side.

**Tabell 7.8. Prosent av blokkenes ansatte med ulike holdninger til følgende påstand:  
 “Kvalitetsforbedring har alltid vært en del av den medisinske virksomheten ved sykehuset.”  
 (Tall fra 1998. N=376).**

B l o k k e r	H o l d n i n g e r			
	Enig	Uenig	Vet ikke, ubesvart	Sum
Kirurgisk blokk	62	20	18	100
Medisinsk serviceblokk	57	23	20	100
Hodeblokk	57	24	19	100
Medisinsk blokk	62	20	18	100
Psykiatrisk blokk	57	39	4	100
Laboratorieblokk	56	26	18	100
Storavdelingene og administrasjonen	42	34	24	100
Driftsblokk	40	10	50	100

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Ifølge tabell 7.8. mente flertallet av medarbeiderne ved samtlige kliniske blokker at kvalitetsforbedring alltid hadde inngått i den medisinske virksomheten ved sykehuset<sup>236</sup>.

Etter informanters syn tok direktøren lite hensyn til det forhold at helsepersonellet allerede drev kvalitetsforbedring da han lanserte kvalitetskonseptet i institusjonen. Flere mente da også at manglende hensyntagen til dette forholdet var en vesentlig bakgrunn for motstanden mot konseptet. Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent sa det på denne måten:

*Direktøren lot til å være uvitende om at legene allerede benyttet mange av de problemløsningsverktøyene som kvalitetskonseptet foreskriver da han presenterte denne oppskriften. Følgelig kom mange til å se den som gammel vin på nye flasker.*

Oversykepleieren ved kirurgisk avdeling brukte disse ordene:

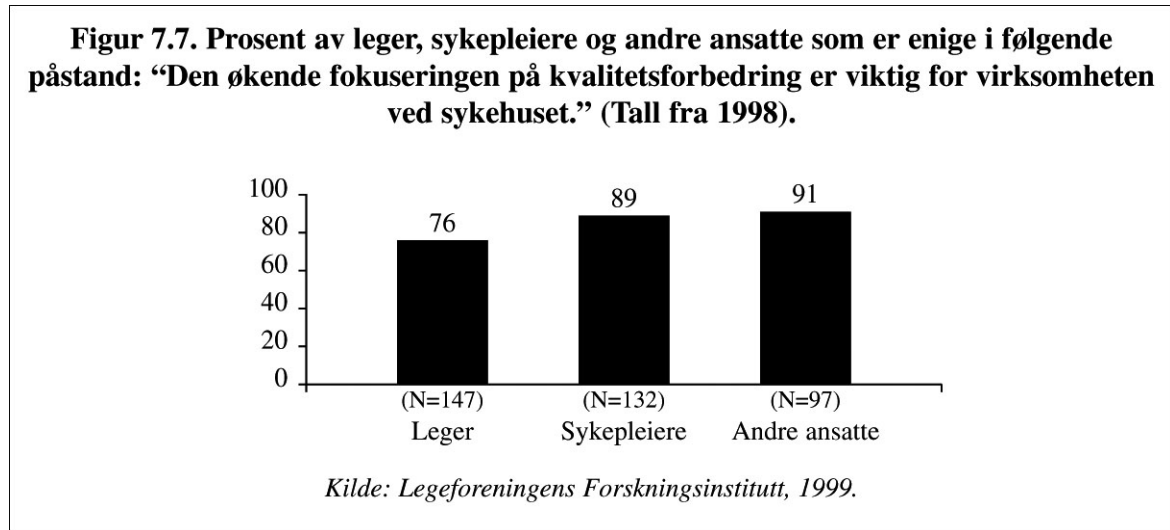
*Direktøren burde ha skaffet seg oversikt over helsepersonellens eksisterende innsats for å fremme kvalitet før han introduserte kvalitetskonseptet. Fordi han unnlot å gjøre dette, kom han til å presentere konseptet slik at det var vanskelig å fatte hva det innebar av nye idéer.*

Sjefsbioingeniøren formulerte seg slik:

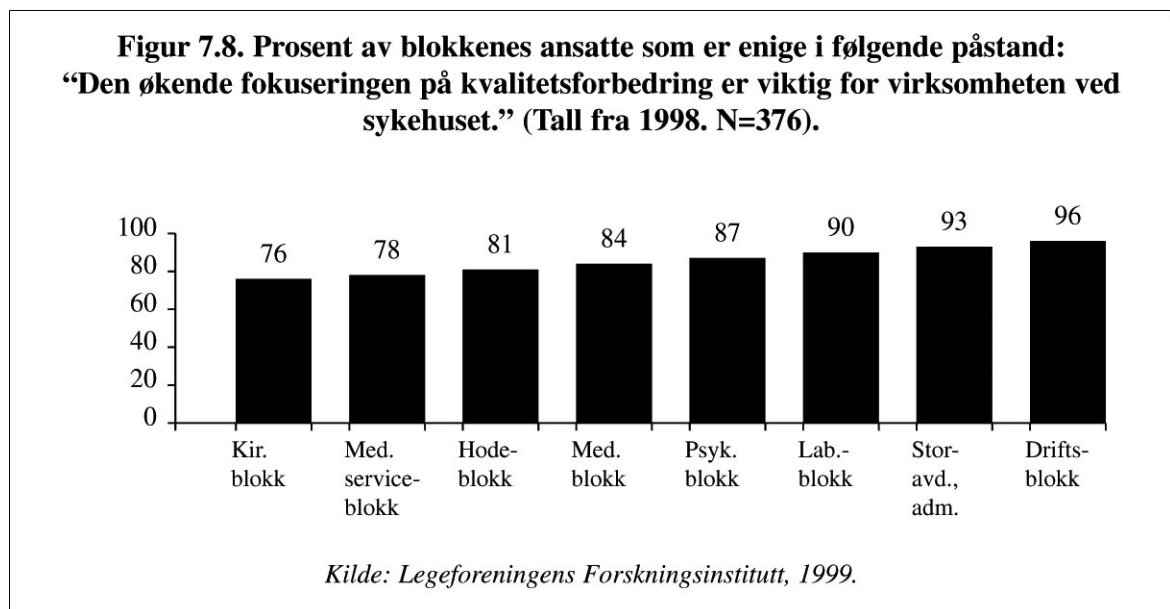
*Direktøren uttrykte seg som om han mente at helsepersonellet aldri hadde hørt om kvalitet da han presenterte kvalitetskonseptet. Dette virket på mange ansatte som en rød klut på en okse, og var en vesentlig årsak til motstanden mot nevnte oppskrift.*

<sup>236</sup> Verken storavdelingene og administrasjonen eller driftsblokken regnes med, som angitt i note 211.

Flere informanter påpekte dog at en rekke representanter for helsepersonellet kom til å bifalle det fokus på kvalitetsforbedring som fulgte med innføringen av kvalitetsledelse. Dette budskapet understøttes av følgende figur:



Figur 7.7. viser at flertallet av leger, sykepleiere og andre ansatte så den økende fokuseringen på kvalitetsforbedring som viktig. Dette forholdet gjenspeiles også i denne figuren:



Ifølge figur 7.8. mente majoriteten av de ansatte ved samtlige blokker at den økende fokuseringen på kvalitetsforbedring hadde vital betydning.

### 7.2.3.2. De øvrige sykehusene

Foregående fremstilling har avdekket at ansatte ved flere av sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann kom med debattinnlegg der de markerte avstand til innføringen av kvalitetsledelse i disse institusjonene ved å påpeke at de alltid hadde drevet kvalitetsforbedring<sup>237</sup>. Liksom debattanter fremholdt informanter at helsepersonell bestandig hadde søkt å yte tjenester av stadig høyere kvalitet. En lege ved Hiltun sykehus sa det slik:

*Sikrere og bedre undersøkelser og behandlinger har vært hovedtema i all medisinsk litteratur siden den vitenskapelige medisin startet for langt over hundre år siden.*

En sykepleier ved Hosem sykehus brukte disse ordene:

*Helt fra Florence Nightingales dager har sykepleierne satt kvalitet i høysetet.*

En lege ved Sagdal sykehus formulerte seg på denne måten:

*Vi klinikere mener at vi alltid har drevet kvalitetsforbedring<sup>238</sup>.*

En bioingeniør ved Sebakk sykehus ytret følgende:

*Kvalitetsforbedring er ikke noe nytt for oss bioingeniører.*

En sykepleier ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Vi sykepleiere har bestandig søkt å løse våre oppgaver på nye og bedre måter.*

Etter informanters syn tok sykehusdirektørene lite hensyn til det forhold at helsepersonellet allerede drev kvalitetsforbedring da de introduserte kvalitetskonseptet. Flere mente da også at manglende hensyntagen til dette forholdet var en vesentlig bakgrunn for motstanden mot nevnte oppskrift. En avdelingsoverlege ved Sagdal sykehus sa det slik:

*Direktøren introduserte kvalitetskonseptet med de ordene at vi arbeidet for lite med kvalitet ved (Sagdal) sykehus. Deretter gav han en leksjon om hva dette konseptet foreskrev av aktiviteter for å avhjelpe vår angivelige mangel på orientering mot kvalitet. De nevnte åpningsordene ble oppfattet som en neglisjering av legestandens 150 år lange tradisjon med å gjøre nyvinninger innen medisinsk kunnskap og teknologi. Den påfølgende leksjonen ble ansett som en tirade uten annet budskap enn at kvalitetskonseptet ikke hadde noe nytt å tilføre oss.*

---

<sup>237</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.1.2.

<sup>238</sup> En kliniker er en lege som undersøker og behandler sengeliggende pasienter (Guttu 1991).



En oversykepleier ved Sebakk sykehus uttalte følgende:

*Både direktørens orientering om prosjektet med det formål å innføre kvalitetsledelse i sykehuset og prosjektittelen Pasienten Først antydte at vi ikke allerede drev kvalitetsforbedring og prioriterte pasientene. Begge deler gav da også grobunn for skepsis til kvalitetskonseptet.*

Flere informanter påpekte dog at en rekke representanter for helsepersonellet kom til å bifalle det fokus på kvalitetsforbedring som fulgte med innføringen av kvalitetsledelse. En avdelingsoverlege ved Hiltun sykehus sa det på denne måten:

*På oppfordring begynte flere av oss å identifisere forbedringsområder ved å lage flytskjema eller å kartlegge hva som skjer med pasienter fra innleggelse i sykehuset til utskrivelse, slik kvalitetskonseptet foreskriver. Mange betraktet dette som en nyttig virksomhet.*

En lege ved Hosem sykehus brukte disse ordene:

*Både leger og andre ansatte begynte å se den økende fokuseringen på kvalitetsforbedring som en anledning til å videreutvikle egne tjenester.*

Kvalitetskonsulenten ved Sagdal sykehus formulerte seg slik:

*Etter drøftinger mellom direktøren og sykehusets tillitsvalgte leger kom institusjonens legeorganisasjoner med erklæringer der de uttrykte støtte til den type kvalitetsforbedring som kvalitetskonseptet foreskriver<sup>239</sup>.*

En sykepleier ved Sebakk sykehus ytret følgende:

*Leger og øvrige medarbeidere tok til å fatte interesse for det forbedringsarbeidet som innføring av kvalitetsledelse impliserer.*

En lege ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Stadig flere leger og andre ansatte bidro med idéer om hvordan pasientene kunne sikres optimale forhold.*

Sistnevnte erklæringer og tilsvarende replikker indikerte at mange representanter for helsepersonellet inntok en positiv holdning til den økende fokuseringen på kvalitetsforbedring.

---

<sup>239</sup> Institusjonens legeorganisasjoner var lokallag av Norsk overlegeforening og Yngre legers forening. Begge disse foreningene sorterer under Den norske lægeforening (jfr. Den norske lægeforenings ”Legeorganisasjoner” av 2004).

### 7.2.3.3. *Foreløbig oppsummering og analyse*

Kapittel 7.2.3. har så langt vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetsledelse samtidig avsto å implementere kvalitetskonseptet fordi de mente de alltid hadde drevet kvalitetsforbedring. Videre har kapittelet angitt at de oppfattet sykehusdirektørens redegjørelser for kvalitetskonseptet som degraderinger av eksisterende kvalitetsarbeid. Kapittelet har også meldt at de mente disse redegjørelsene understreket kvalitetskonseptets mangel på genuint nye idéer. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra en undersøkelse ved amerikanske helseinstitusjoner (Shortell m.fl. 1994).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det forståelig at sykehusansatte avsto å implementere kvalitetskonseptet med den begrunnelse at de alltid hadde drevet kvalitetsforbedring. Dette perspektivet tilsier at sykehusenes medarbeidere vil være opptatt av å realisere institusjonenes mål mest mulig effektivt. Det gir adgang til å anta at de mente en iverksettelse av kvalitetskonseptet ville ta oppmerksomhet bort fra det faglige forbedringsarbeidet som helsepersonell har drevet siden 1800-tallet, og som har gjort sykehusene stadig mer effektive<sup>240</sup>. Videre gir det rom for å regne med at de mente en gjennomføring av nevnte oppskrift ikke ville bevirke noe genuint nytt, men kun representere ressursøding.

I motsetning til et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv gjøre det vanskelig å forstå at sykehusansatte avviste kvalitetskonseptet med den begrunnelse at de alltid hadde drevet kvalitetsforbedring. Dette perspektivet tilsier at det er tap av makt som bevirker motstand mot en slik reform som innføring av kvalitetsledelse. Dersom man opplever å få redusert råderett ved implementering av kvalitetskonseptet, er det lite sannsynlig at man vil avvise det med referanse til at man alltid har drevet kvalitetsforbedring.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv gjøre det vanskelig å forstå at sykehusansatte forkastet kvalitetskonseptet med den begrunnelse at de alltid hadde drevet kvalitetsforbedring. Riktignok tilsier dette perspektivet at sykehusenes medarbeidere kan søke å dekode en adoptert organisasjonsoppskrift fra daglig praksis. Dermed kunne man tenke seg at de ansatte prøvde å få adgang til å holde kvalitetskonseptet adskilt fra ordinær virksomhet ved å bruke nevnte begrunnelse. Dog blir det antatt at forsøk på å dekode en adoptert organisasjonsoppskrift fra daglig praksis vil forekomme bare den første

---

<sup>240</sup> Jfr. foregående kapittel 5.1. og Kortner m.fl. (1988).

tiden etter adoptering (Røvik 1998). Som kunngjort brukte de ansatte nevnte begrunnelse i flere år fremover.

## 7.2.4. Kan velge implementeringsform

### 7.2.4.1. Hafli sykehus

Den foregående redegjørelsen har vist at ansatte ved Hafli sykehus ble mer stemt for å implementere kvalitetskonseptet etter hvert<sup>241</sup>. Fremstillingen har også angitt at de begrunnet holdningsendringen med økt adgang til å velge hvordan de ville gjennomføre opplæringen i kvalitetsarbeid og øvrige kvalitetsfremmende tiltak. Som et apropos til dette nevnes at en lege ved medisinsk avdeling formulerte seg slik i et leserbrev han sendte internavisen<sup>242</sup>:

*Det er viktig å presisere at kursene om kvalitetsarbeid både i innhold og prioriteringer endret karakter underveis, og langt på vei ble profilert av oss selv. Vi gjennomgikk vår egen versjon av kvalitetskonseptet – ikke administrasjonens.*

Liksom sistnevnte debattant fremholdt flere informanter at ansatte ble mer stemt for å implementere kvalitetskonseptet grunnet utvidede muligheter til å velge hvordan de ville gjøre dette. Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling sa det på denne måten:

*Både leger og andre representanter for helsepersonellet ble mer innstilt på å implementere kvalitetskonseptet. Dette hadde klar sammenheng med at administrasjonen ble mer villig til å la oss iverksette konseptet slik det syntes mest hensiktsmessig for den enkelte avdeling. Trolig var det administrasjonen som gjennomgikk den største holdningsendringen.*

Oversykepleieren ved samme avdeling brukte disse ordene:

*Mange representanter for helsepersonellet inntok en mer positiv holdning til pålegget om å implementere kvalitetskonseptet. En vesentlig årsak til dette var at administrasjonen lot oss forkorte kursene om kvalitetsarbeid, samt erstatte noe av opplæringsmateriellet med stoff vi fant mer relevant.*

Kvalitetssjefen ved Hafli sykehus bekreftet sistnevnte informanters budskap om at administrasjonen ble mer åpen for å la ansatte velge hvordan de ville implementere kvalitetskonseptet. Hun uttalte dette:

---

<sup>241</sup> Jfr. de foregående kapitlene 7.1.3.1., 7.1.4.1. og 7.2.3.1.

<sup>242</sup> Dette leserbrevet var et bidrag til en debatt om overbelegg og overbelastning ved medisinsk avdeling. Det ble trykket i internavisen Hafli Nytt av mars 1997.

*Etter hvert som vi i administrasjonen fikk større kunnskaper om kvalitetskonseptet og hvordan dette fungerte i en helsekontekst, lempet vi på kravene om at medarbeiderne skulle følge bestemte fremgangsmåter ved iverksettelse av konseptet. Vi har ingen problemer med å innrømme at vi i sin tid var litt for opptatt av å detaljstyre implementeringsprosessen.*

I parentes bemerket kan administrasjonens initiale strategi for å iverksette kvalitetskonseptet forklares med begrensede muligheter til å dra lærdom av andres erfaringer (jfr. Busch 1990). Som tidligere nevnt var administrativt ansatte ved Hafli sykehus blant pionérene når det gjaldt å implementere nevnte oppskrift i norsk sykehusvesen<sup>243</sup>.

#### **7.2.4.2. De øvrige sykehusene**

Den foregående redegjørelsen har vist at ansatte ved sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann ble mer stemt for å implementere kvalitetskonseptet etter hvert<sup>244</sup>. Fremstillingen har også angitt at de begrunnet holdningsendringen med økt adgang til å velge hvordan de ville gjennomføre opplæringen i kvalitetsarbeid og øvrige kvalitetsfremmende tiltak.

En avdelingsoverlege ved Hiltun sykehus omtalte egen og kollegers holdningsendring samt bakgrunnen for endringen på denne måten:

*Undertegnede og andre ansatte her ved kirurgisk avdeling og øvrige avdelinger kom til å fatte større interesse for å realisere kvalitetskonseptet. Dette skyldtes at administrasjonen gav oss en viss anledning til å gjennomføre konseptet slik vi selv mente det ville passe best.*

En avdelingsoverlege ved Hosem sykehus brukte disse ordene:

*Både leger og andre medarbeidere her ved kirurgisk avdeling og øvrige avdelinger utviklet større aksept for pålegget om å implementere kvalitetskonseptet. Årsaken var at administrasjonen ble mer villig til å la oss etterkomme dette pålegget slik vi selv fant det mest fruktbart.*

En avdelingssykepleier ved Sagdal sykehus formulerte seg slik:

*Personellet her ved operasjonsavdelingen og øvrige avdelinger kom til å bli mer stemt for å iverksette kvalitetskonseptet. Grunnen var at administrasjonen gav oss en viss mulighet til å gjøre dette på vår egen måte.*

---

<sup>243</sup> Jfr. foregående kapittel 1.

<sup>244</sup> Jfr. de foregående kapitlene 7.1.3.2., 7.1.4.2. og 7.2.3.2.

En avdelingsoverlege ved Sebak sykehus ytret følgende:

*Leger og andre ansatte her ved medisinsk avdeling og øvrige avdelinger skulle gradvis gi større bifall til bestemmelsen om at sykehusets medarbeidere måtte sørge for å implementere kvalitetskonseptet. Dette hadde sammenheng med at administrasjonen ble mer åpen for å la oss velge implementeringsform.*

En avdelingsoverlege ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Både leger og annet personell her ved kirurgisk avdeling og øvrige avdelinger inntok en mer positiv holdning til pålegget om å iverksette kvalitetskonseptet. Omslaget kom som følge av at administrasjonen gav oss en viss frihet til å bestemme hvordan vi ville etterkomme dette pålegget.*

Direktørene ved ovennevnte sykehus bekreftet at de etter hvert ble mer åpne for å la medarbeiderne velge hvordan de ville implementere kvalitetskonseptet. Samtidig uttalte de at de tidligere hadde lagt vel mye vekt på å detaljstyre implementeringsprosessen.

I parentes bemerket kan direktørenes opprinnelige strategi for å iverksette kvalitetskonseptet forklares med begrensede muligheter til å dra lærdom av andres erfaringer (jfr. Busch 1990). Som allerede angitt var de omtalte direktørene blant foregangspersonene når det gjaldt å implementere nevnte oppskrift i norske sykehus<sup>245</sup>.

#### **7.2.4.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.2.4. har så langt vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetsledelse samtidig oppgav å bli mer innstilt på å implementere kvalitetskonseptet fordi de fikk større muligheter til å velge implementeringsform. Videre har kapittelet angitt at representanter for administrasjonen ved sykehusene rapporterte å lempe på kravene om at medarbeiderne skulle følge bestemte fremgangsmåter ved iverksettelse av konseptet. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra undersøkelser ved amerikanske og engelske helseinstitusjoner (Joss og Kogan 1995; Shortell m.fl. 1994, 1995).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det forståelig at sykehusansatte hevdet å bli mer innstilt på å implementere kvalitetskonseptet grunnet større muligheter til å velge implementeringsform. Dette perspektivet tilsier at sykehusenes medarbeidere vil være opptatt av å realisere institusjonenes mål mest mulig effektivt. Det gir adgang til å anta at mellom-

---

<sup>245</sup> Jfr. foregående kapittel 1.

lederne mente en mer selvvalgt fremgangsmåte for å implementere kvalitetskonseptet ville gjøre det lettere å ivareta effektivitetshensyn. Videre gir det rom for å regne med at de påvirket underordnede til å innta samme standpunkt.

I likhet med et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv forståeliggjøre sykehusansatte sine utsagn om at de ble mer innstilt på å implementere kvalitetskonseptet grunnet større muligheter til å velge implementeringsform. For det første tilsier dette perspektivet at sykehusene er arenaer der ulike aktører kjemper for å fremme egne interesser og mål. Videre indikerer det at aktørene vil opptre strategisk rasjonelt eller bruke andres handlinger som grunnlag for å velge egne handlinger med sikte på høyest mulig grad av måloppnåelse. Dermed gir det adgang til å oppfatte nevnte utsagn som uttrykk for at sykehusansatte hadde tapt en kamp om å slippe å implementere kvalitetskonseptet. Videre gir det rom for å tolke utsagnene dithen at de i ettertid hadde vunnet frem med krav om å få benytte implementeringsmåter som i en viss grad harmonerte med deres egne interesser og mål.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forklare at sykehusansatte oppgav å bli mer innstilt på å implementere kvalitetskonseptet grunnet større muligheter til å velge implementeringsform. Dette perspektivet tilsier at organisasjonsmedlemmer kan finne det nødvendig å behandle nevnte konsept på egne måter for å gjøre det kompatibelt med den virksomhet de bedriver.

## 7.3. UTFYLLENDE FORKLARINGER PÅ DEBATTEN OM KONSEPTET

### 7.3.1. Markedsføring og mulighet for medvirkning

#### 7.3.1.1. Hafli sykehus

Ansatte ved Hafli sykehus fremholdt at forannevnte argumenter representerte deres viktigste forklaringer på helsepersonellens motstand mot kvalitetskonseptet eller initiering av debatt om denne oppskriften. Dog lanserte de flere forklaringer på omtalte forhold. Én av dem var at administrasjonen markedsførte kvalitetskonseptet på måter som provoserte mange medarbeidere, og gav de ansatte små muligheter til å medvirke ved planlegging av tiltak for å implementere nevnte oppskrift<sup>246</sup>.

Avdelingsoverlegen ved klinisk-kjemisk avdeling var blant de informantene som lanserte sistnevnte forklaring<sup>247</sup>. I tillegg til å presentere denne forklaringen fremholdt han at et eget opplegg for å markedsføre kvalitetskonseptet overfor legene kunne ha forhindret en heftig debatt om nevnte oppskrift. Dette sa han på denne måten:

*Direktøren kunne ha holdt et innlegg på et møte i legerådet ved sykehuset. Han kunne ha åpnet innlegget med å vise til det faktum at det var mange problemer hos oss. Legene ville ha tenkt at vi nå endelig opplevde en direktør som forstod situasjonen vår. Han kunne ha fortsatt med å si at det dessverre ikke fantes så mye penger til å løse problemene. Legene ville ha tenkt at dette visste vi godt. ”Men”, kunne han ha sagt, ”det er mye som kan forbedres uten at det koster penger, eksempelvis arbeidsrutiner”. Deretter kunne han ha henledet oppmerksomheten på kvalitetskonseptet. Med en slik fremgangsmåte ville han sannsynligvis ha klart å få samtlige leger til å se positivt på denne oppskriften. Da ville han ha oppnådd mye.*

Også andre leger betraktet markedsføringen av kvalitetskonseptet som en årsak til motstanden mot nevnte oppskrift. Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling formulerte seg slik:

*Både direktøren og firmarepresentantene han engasjerte til å forelese om kvalitetskonseptet presenterte det som om de ansatte hadde beskjedne forhåndskunnskaper<sup>248</sup>. Mange tok anstøt av denne presentasjonsformen, og dermed hele konseptet.*

Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent ytret følgende:

---

<sup>246</sup> Jfr. de foregående kapitlene 6.1., 7.1.1.1. o.a..

<sup>247</sup> Han kom blant annet med den uttalelsen som utgjør det siste sitatet i kapittel 7.1.2.1.

<sup>248</sup> Dette kunne ha sammenheng med et ønske om å gjøre konseptet forståelig for samtlige medarbeidere.

*Direktøren og de eksterne konsulentene han benyttet poengterte at innføringen av kvalitetsledelse i (Hafl) sykehus og øvrige institusjoner representerte en revolusjon i norsk helsevesen. Dette vekket både forbauselse og forargelse hos sykehusansatte som så det slik at de alltid hadde drevet kvalitetsforbedring.*

I likhet med forannevnte leger mente sjefsbioingeniøren at administrasjonens markedsføring av kvalitetskonseptet var én av årsakene til motstanden mot denne oppskriften. Videre delte han det synet at små muligheter til å medvirke ved planlegging av tiltak for å implementere konseptet var en annen årsak til det samme. Sistnevnte uttrykte han slik:

*Direktøren involverte kun de nærmeste medarbeiderne i fremstillingen av basisdokumentet som beskrev sykehusets visjon og hovedmål m.v., og som skulle danne fundamentet til det nye kvalitetssystemet. Han sendte det ikke ut på høring for å få innspill fra øvrige medarbeidere før han lot det trykke og distribuere til samtlige sykehusansatte. Dette skapte negative reaksjoner.*

Både direktøren og kvalitetssjefen støttet uttalelsene om at markedsføringen av kvalitetskonseptet og begrensede muligheter for å medvirke i kvalitetsarbeidet kunne bidra til å forklare motstanden mot nevnte oppskrift. Direktøren brukte disse ordene:

*Det er ingen tvil om at vi skulle ha benyttet andre fremgangsmåter for å informere de ansatte om kvalitetskonseptet, og lagt mer vekt på å involvere dem i kvalitetsarbeidet.*

Kvalitetssjefen og hennes nærmeste medarbeidere kom etter hvert til å se markedsføringen av kvalitetskonseptet som et viktig anliggende. Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent sa det på denne måten:

*Ved innføringen av kvalitetsledelse i sykehuset begynte administrasjonen å anmode den enkelte avdeling om å initiere forbedringsprosjekter<sup>249</sup>. Kvalitetssjefen og vi kvalitetskonsulenter er blitt opptatt av at avdelingenes forbedringsprosjekter skal dreie seg om synlige forhold og kunne lykkes, slik at de kan gi smitteeffekt eller PR-effekt.*

Dette utsagnet og øvrige replikker vitnet om en økende vekt på å skape interesse for kvalitetskonseptet.

### **7.3.1.2. De øvrige sykehusene**

Ansatte ved sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann fremholdt at forannevnte argumenter om kvalitetskonseptets ressursmessige konsekvenser o.a. representerte deres

---

<sup>249</sup> Jfr. foregående kapittel 6.1.



viktigste forklaringer på helsepersonellets utfall mot konseptet. Imidlertid lanserte de flere forklaringer på omtalte forhold. Én av dem var at administrasjonen markedsførte kvalitetskonseptet på måter som provoserte mange medarbeidere, og gav de ansatte små muligheter til å medvirke ved planlegging av tiltak for å implementere nevnte oppskrift<sup>250</sup>.

Blant de informantene som lanserte sistnevnte forklaring var en lege ved Hiltun sykehus. Han kom med denne uttalelsen:

*Direktøren markedsførte kvalitetskonseptet uten nærmere angivelser av hva vi representanter for helsepersonellet kunne oppnå ved å benytte denne oppskriften. Han inviterte kun spesielt utvalgte personer til å medvirke ved planlegging av tiltak for å implementere konseptet i sykehuset. Resultatet ble mye motstand mot konseptet.*

En avdelingssykepleier ved Hosem sykehus brukte disse ordene:

*Både direktøren og firmarepresentantene som foreleste om kvalitetskonseptet poengterte at det dreidde seg om å etablere et system bestående av basisdokument, styringsdokumenter og resultatdokumenter. Direktøren var stort sett alene om å fremstille basisdokumentet som beskrev sykehusets visjon og hovedmål m.v.. Disse omstendighetene gjorde at leger og andre profesjonsutøvere tok avstand fra konseptet.*

En lege ved Sagdal sykehus formulerte seg slik:

*Direktøren brukte ord om at vi arbeidet for lite med kvalitet ved (Sagdal) sykehus for å vinne oppslutning om kvalitetskonseptet. Han la ikke opp til noen bred medvirkning fra helsepersonellet ved planlegging av tiltak for å implementere dette konseptet i sykehuset. Følgelig kom det til dels krass kritikk av konseptet.*

En oversykepleier ved Sebak sykehus ytret følgende:

*Direktøren søkte å skape interesse for kvalitetskonseptet ved å fremholde at det angav hvordan vi kunne bli bedre til å sette pasientene først. Dog var hun ikke særlig opptatt av å involvere helsepersonellet i utarbeiding av planer for å implementere denne oppskriften. Disse forholdene ble tolket som undervurderinger av helsepersonellets vilje og evne til å prioritere pasientene, og skapte motstand mot konseptet.*

En lege ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Direktøren gjorde få eller ingen forsøk på å vise hvordan vi representanter for helsepersonellet kunne dra nytte av kvalitetskonseptet. Han lot heller ikke til å ville trekke*

---

<sup>250</sup> Jfr. de foregående kapitlene 6.2., 7.1.1.2. o.a..

*oss med i kvalitetsarbeidet på en slik måte at det ble mulig å gå nærmere inn på dette. Ergo utviklet det seg negative holdninger til konseptet.*

Andre informanter ved forannevnte sykehus sa ikke bare at direktørens markedsføring av kvalitetskonseptet og begrensede muligheter for medvirkning kunne bidra til å forklare utfallene mot nevnte oppskrift. De fremholdt også at egne opplegg for å informere legene om konseptet kunne ha avverget angrep på denne oppskriften.

Samtlige direktører støttet uttalelsene om at markedsføringen av kvalitetskonseptet og begrensede muligheter for å medvirke i kvalitetsarbeidet kunne bidra til å forklare protestene mot nevnte oppskrift. Direktøren ved Sagdal sykehus formulerte seg slik:

*I etterpåklokskapens lys ser jeg at jeg skulle ha brukt helt andre ord for å vinne oppslutning om kvalitetskonseptet. Jeg ser også at jeg skulle ha lagt opp til en langt større medvirkning fra helsepersonellet ved planlegging av tiltak for å implementere dette konseptet i sykehuset.*

Både direktørene og deres kvalitetskonsulenter kom etter hvert til å betrakte markedsføringen av kvalitetskonseptet som et viktig anliggende. Kvalitetskonsulenten ved Sagdal sykehus sa det på denne måten:

*Administrasjonen ved sykehuset vil arrangere en årlig kvalitetsdag der vi vil la avdelingene presentere prosjekter de initierer for å realisere kvalitetskonseptet, og eventuelt dele ut en kvalitetspris. Vi har tro på at dette kan motivere de ansatte til å arbeide med kvalitetsspørsmål.*

Denne uttalelsen og øvrige replikker vitnet om en økende vekt på å skape interesse for kvalitetskonseptet.

### **7.3.1.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.3.1. har hittil vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetskonseptet samtidig så direktørens markedsføring av konseptet samt begrensede muligheter for å medvirke i kvalitetsarbeidet som årsaker til motstanden mot nevnte oppskrift. Videre har kapitlet angitt at de mente egne opplegg for å markedsføre konseptet overfor legene kunne ha forhindret en heftig debatt om denne oppskriften. Kapitlet har også meldt at direktørene og deres kvalitetskonsulenter kom til å betrakte markedsføringen av konseptet som et viktig anliggende. Disse funnene er for øvrig i tråd

med resultater fra undersøkelser ved amerikanske og engelske helseinstitusjoner (Joss og Kogan 1995; Shortell m.fl. 1994; Zbaracki 1998).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det forståelig at sykehusansatte oppgav direktørenes markedsføring av kvalitetskonseptet m.v. som bakgrunn for motstanden mot nevnte oppskrift. For det første tilsier dette perspektivet at sykehusenes toppledere så vel som øvrige medarbeidere vil være begrenset rasjonelle. Videre indikerer det at sykehusenes ansatte vil være opptatt av å realisere institusjonenes mål mest mulig effektivt. Dermed gir det adgang til å anta at direktørene ikke greidde å presentere kvalitetskonseptet eller forberede implementering av denne oppskriften slik at den fremstod som et redskap for effektiv mål-oppnåelse.

I likhet med et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv forståeliggjøre det faktum at sykehusansatte oppgav direktørenes markedsføring av kvalitetskonseptet m.v. som bakgrunn for motstanden mot nevnte oppskrift. Dette perspektivet tilsier at en forutsetning for å lykkes med et slikt forsøk på endring som innføring av kvalitetsledelse i sykehus er adgang til makt, gjerne fra flere kilder. Det gir rom for å regne med at direktørene ikke la vekt på å presentere kvalitetskonseptet eller forberede implementering av denne oppskriften slik at de fikk støtte til å innføre den fra maktinstanser som legene.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forklare at sykehusansatte oppgav direktørenes markedsføring av kvalitetskonseptet m.v. som bakgrunn for motstanden mot nevnte oppskrift. For det første tilsier dette perspektivet at en organisasjonsoppskrift som kvalitetskonseptet kan gi rom for flere tolkningsmuligheter. Videre indikerer det at sykehusenes ansatte vil søke å opprettholde praksisen de har etablert for å håndtere komplekse arbeidsoppgaver, samt normene og verdiene de har utviklet. Dermed gir det adgang til å anta at direktørene ikke tolket kvalitetskonseptet slik at medarbeiderne fant det forenlig med etablert praksis eller eksisterende normer og verdier.

## 7.3.2. Kvalitetsavdelingenes kompetansenivå

### 7.3.2.1. Hafli sykehus

Som allerede antydnet opprettet Hafli sykehus en kvalitetsavdeling bestående av en kvalitets-sjef, kvalitetskonsulenter og tilretteleggere for å bistå med innføring av kvalitetsledelse<sup>251</sup>. Kvalitetssjefen samt de fleste kvalitetskonsulentene og tilretteleggerne hadde sykepleierbakgrunn. Kun én av kvalitetskonsulentene og ingen av tilretteleggerne representerte legestanden. Med andre ord hadde kvalitetssjefen og majoriteten av medarbeiderne lavere faglig kompetanse enn mange de skulle veilede om kvalitetskonseptet. Flere informanter fremholdt dette forholdet som en forklaring på motstanden mot nevnte oppskrift<sup>252</sup>. Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling brukte disse ordene:

*Mange mislikte at man lot kvalitetssjefstillingen gå til en sykepleier, istedenfor å prøve å få den besatt av en person med medisinsk kompetanse, altså en lege. Det faktum at kvalitetsarbeidet ble styrt av en sykepleier var en medvirkende årsak til motstanden mot kvalitetskonseptet.*

Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent formulerte seg slik:

*Mange reagerte på at kvalitetsavdelingen hadde overvekt av sykepleiere eller personer uten medisinsk kompetanse. De stusset ikke minst over at tilretteleggere som skulle fremme kvalitetskonseptet ved de respektive kliniske avdelinger var uten medisinsk bakgrunn. Misnøyen med kvalitetsavdelingens ansatte gav seg utslag i negative holdninger til kvalitetskonseptet.*

Sistnevnte overlege var ikke alene om å se tilretteleggerens kompetansenivå som en årsak til motstanden mot kvalitetskonseptet. Flere sykepleiere gjorde det samme. Oversykepleieren ved kirurgisk avdeling sa det på denne måten:

*Mange tvilte på at tilretteleggerne hadde noe å tilføre dem, siden de ikke alltid utmerket seg ved dyktighet i sykepleierstillingene eller de andre stillingene de bekledd. Tvilen på tilretteleggerne smittet over til kvalitetskonseptet.*

En sykepleier ved operasjonsavdelingen uttalte dette:

*Mange hadde liten tro på tilretteleggerne fordi de ikke alltid var like flinke fagpersoner. De kom da heller ikke til å få særlig tro på kvalitetskonseptet.*

---

<sup>251</sup> Jfr. foregående kapittel 6.1.

<sup>252</sup> Informantene berørte den kjensgjerning at autoritet via faglig kompetanse kan være en forutsetning for å lykkes med en reform i en ekspertorganisasjon som et sykehus (jfr. Strand 2001).

Både leger og sykepleiere tilføyde imidlertid at kvalitetsavdelingens ansatte så vel som kvalitetskonseptet kom til å vinne større aksept etter hvert<sup>253</sup>.

### 7.3.2.2. De øvrige sykehusene

Som allerede antydnet opprettet sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann kvalitetsavdelinger bestående av kvalitetskonsulenter og tilretteleggere for å bistå med innføring av kvalitetsledelse<sup>254</sup>. Kvalitetskonsulentene var sykepleiere, de fleste tilretteleggerne var det samme, og ingen tilrettelegger representerte legestanden. Med andre ord hadde kvalitetskonsulentene og tilretteleggerne lavere faglig kompetanse enn mange de skulle veilede om kvalitetskonseptet. Flere informanter fremholdt dette forholdet som en forklaring på motstanden mot nevnte oppskrift. En avdelingsoverlege ved Sivann sykehus brukte disse ordene:

*Mange reagerte på at ikke sykehusets kvalitetskonsulent hadde medisinsk kompetanse eller legebakgrunn, og at heller ikke tilretteleggerne som virket ved kliniske avdelinger hadde slik bakgrunn. Misnøyen med kvalitetspersonellet bidro til å skape motstand mot kvalitetskonseptet.*

Leger ved sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal og Sebak kom med tilsvarende utsagn.

Disse legene var ikke alene om å se tilretteleggerens kompetansenivå som en årsak til motstanden mot kvalitetskonseptet. Flere sykepleiere gjorde det samme. En avdelingssykepleier ved Sagdal sykehus sa det slik:

*Mange var skeptiske til sykehusets tilretteleggere fordi de ikke alltid gjorde god figur i sykepleierstillingene eller de andre stillingene de bekledd. Skepsisen spredte seg til kvalitetskonseptet.*

Sykepleiere ved sykehusene Hiltun, Hosem, Sebak og Sivann formulerte seg på lignende måter.

Både leger og sykepleiere ved samtlige sykehus kunngjorde imidlertid at kvalitetspersonellet så vel som kvalitetskonseptet kom til å bli mer anerkjent med tiden<sup>255</sup>.

---

<sup>253</sup> Jfr. foregående kapittel 7.2.4.1.

<sup>254</sup> Jfr. foregående kapittel 6.2.

<sup>255</sup> Jfr. foregående kapittel 7.2.4.2.

### 7.3.2.3. Foreløbig oppsummering og analyse

Kapittel 7.3.2. har hittil vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetsledelse samtidig så kvalitetsavdelingenes eller kvalitetspersonellets kompetansenivå som en årsak til motstanden mot nevnte oppskrift. Det har angitt at de betraktet to forhold ved kvalitetspersonellets kompetansenivå som bakgrunn for motstanden. Ett av forholdene var at kvalitetslederne og de fleste kvalitetsmedarbeiderne hadde ikke-medisinsk bakgrunn<sup>256</sup>. Neste forhold var at kvalitetsmedarbeiderne kunne ha liten faglig legitimitet blant representanter for egne yrkesgrupper. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra en undersøkelse ved engelske helseinstitusjoner (Joss og Kogan 1995).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det dog vanskelig å forstå at sykehusansatte oppgav kvalitetsavdelingenes eller kvalitetspersonellets kompetansenivå som bakgrunn for motstanden mot kvalitetskonseptet. Dette perspektivet tilsier at det påhviler sykehusenes toppledere å vurdere behovet for slike stabsavdelinger som de omtalte kvalitetsavdelingene, og hva avdelingenes personell trenger av kvalifikasjoner. Med andre ord indikerer det at det ikke tilligger øvrige ansatte å uttale seg om stabspersonellets kompetanse.

I motsetning til et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv forståeliggjøre det faktum at sykehusansatte fremholdt kvalitetspersonellets kompetansenivå som forklaring på motstanden mot kvalitetskonseptet. Dette perspektivet tilsier at enkelte aktører kan tape makt til fordel for andre aktører ved forandringer, og at tapende parter kan motsette seg forandringene. Det gir adgang til å anta at legene forventet makttap som følge av at kvalitetslederne og de fleste kvalitetsmedarbeiderne hadde ikke-medisinsk bakgrunn. Samtidig gir det mulighet for å tenke seg at andre profesjonsutøvere forventet makttap som følge av at kvalitetsmedarbeiderne kunne ha liten faglig legitimitet blant representanter for egne yrkesgrupper.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forklare at sykehusansatte oppgav kvalitetspersonellets kompetansenivå som årsak til motstanden mot kvalitetskonseptet. Ut fra dette perspektivet kan man anta at sykehusenes medarbeidere hadde en norm om at man ikke skulle instruere noen med høyere faglig kompetanse enn seg selv.

---

<sup>256</sup> Som Hafli sykehus sin kvalitetsleder regnes kvalitets sjefen. Med sykehusets kvalitetsmedarbeidere menes kvalitetskonsulentene og tilretteleggerne. Som de øvrige sykehusene sine kvalitetsledere regnes kvalitetskonsulentene. Med sykehusenes kvalitetsmedarbeidere menes tilretteleggerne.

Videre kan man tenke seg at de så det som et brudd på denne normen å ansette kvalitetspersonell med lavere faglig kompetanse enn mange de skulle veilede i kvalitetsspørsmål.

### 7.3.3. Kaskadeopplæring i kvalitetsarbeid

#### 7.3.3.1. Hafli sykehus

Som allerede antydte valgte Hafli sykehus å benytte kaskadeopplæring som en hovedmetode for å implementere kvalitetskonseptet<sup>257</sup>. Dette betydde at ledere på hvert nivå skulle undervise deres nærmeste underordnede om konseptet, og at alle skulle delta i undervisningen<sup>258</sup>. Flere informanter mente at disse forholdene kunne bidra til å forklare motstanden mot nevnte oppskrift. Kvalitetssjefen sa det slik:

*Enkelte avdelingsledere var skeptiske til kvalitetskonseptet, og brukte tiden de skulle benytte til å undervise medarbeiderne om det på slike måter at også de ble kritiske til det. Andre avdelingsledere var uvant med å undervise om annet enn fagstoff, og kom uvilkarlig til å presentere konseptet slik at medarbeiderne oppfattet det som intetsigende.*

Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent brukte disse ordene:

*Blant avdelingslederne var det både personer med negative holdninger til kvalitetskonseptet og personer med beskjedne pedagogiske evner. Når denslags mennesker skulle fremlegge konseptet, måtte det naturligvis bli mange som tok avstand fra det.*

Oversykepleieren ved psykiatrisk avdeling formulerte seg på denne måten:

*Flere avdelingsledere var personer i 50- og 60-årene, med andre ord personer som var blitt ledere mer på grunn av faglige ferdigheter enn evner til motivasjon, innsikt i avdelingens og sykehusets totale funksjonsmåte m.v.<sup>259</sup>. Å ha slike mennesker til å foredra om kvalitetskonseptet var nærmest å be om at det skulle bli dårlig mottatt.*

Ifølge disse informantene var ikke bare det at avdelingslederne skulle undervise om kvalitetskonseptet, men også det at alle skulle gjennomgå undervisningen noe av bakgrunnen for

---

<sup>257</sup> Jfr. foregående kapittel 6.1.

<sup>258</sup> Ifølge sykehusets dokumenter så man det slik at dette kunne utvikle lederne og gjøre alle engasjert i kvalitetsarbeid (jfr. Andrésdottir m.fl. 1998; Schreiner 1997).

<sup>259</sup> Det var særlig rundt 1980 man begynte å kreve at sykehusledere skulle ha evner til motivasjon m.v.. Dette skyldtes blant annet at slike evner ble identifisert som svært viktige for effektivitet, en støtrelse som fikk spesiell prestisje under datidens økonomiske forhold (NOU 1997:2; Berg 1987; Haffner m.fl. 2000; Stokkeland 1985). Datidens økonomiske forhold er for øvrig omtalt i foregående kapittel 5.1.

motstanden mot nevnte oppskrift. Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent uttrykte det slik:

*For mange ansatte betydde det utsettelse med gjennomføring av direkte pasientrettede tiltak å delta i undervisningen om kvalitetskonseptet. Følgelig ble de frustrerte over å måtte være med på denne opplæringen. Frustrasjonen forplantet seg til mesteparten av det som hadde med kvalitetsledelse å gjøre.*

Forannevnte informanter fremholdt at i den grad sykehusdirektøren ønsket å benytte avdelingsledere til å undervise om kvalitetskonseptet, burde han ha forvissnet seg om at de hadde positive holdninger til konseptet og gode pedagogiske evner. Informantene hevdet også at direktøren burde ha lempet på kravet om at alle skulle delta i undervisningen om nevnte oppskrift. De kunngjorde at han senere ble mer nøye med valg av personer til å forestå opplæring i kvalitetsarbeid, og mindre nøye med at alle skulle gjennomgå opplæringen<sup>260</sup>. Videre uttalte de at dette fikk flere til å melde interesse for å delta på kurs om kvalitetskonseptet.

### **7.3.3.2. De øvrige sykehusene**

Som allerede antydte valgte sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann å bruke kaskadeopplæring som en hovedmetode for å iverksette kvalitetskonseptet<sup>261</sup>. Dette innebar at ledere på hvert nivå skulle undervise deres nærmeste underordnede om konseptet, og at alle skulle delta i undervisningen. Flere informanter mente at disse forholdene kunne bidra til å forklare motstanden mot nevnte oppskrift. En lege ved Sagdal sykehus sa det slik:

*Enkelte avdelingsledere lot personlige antipatier mot kvalitetskonseptet skinne gjennom i de leksjonene de gav om denne oppskriften. Andre avdelingsledere åpenbarte mangler på pedagogiske evner under disse leksjonene. Resultatet ble at mange begynte å se skjevt til konseptet.*

En oversykepleier ved Sebak sykehus brukte disse ordene:

*Vi hadde flere avdelingsledere som åpnet forelesninger om kvalitetskonseptet med å si at de redegjorde for denne oppskriften bare fordi de var pålagt å gjøre det. Videre hadde vi avdelingsledere som fikk problemer med å presentere konseptet slik at medarbeiderne forstod hva det innebar. Dette gjorde mange negativt innstilt til konseptet.*

Ansatte ved de andre sykehusene kom med tilsvarende utsagn.

---

<sup>260</sup> Jfr. de foregående kapitlene 7.1.4.1. og 7.2.4.1.

<sup>261</sup> Jfr. foregående kapittel 6.2.



Ifølge informanter ved samtlige sykehus var også det forhold at alle skulle gjennomgå undervisningen om kvalitetskonseptet noe av bakgrunnen for motstanden mot nevnte oppskrift. En lege ved Sivann sykehus uttrykte det på denne måten:

*Mange måtte avvise pasienter for å kunne delta i undervisningen om kvalitetskonseptet. Dette skapte irritasjon over både opplæringen og mye av det andre som konseptet brakte med seg.*

Flere informanter kunngjorde imidlertid at sykehusdirektørene etter hvert lot bare avdelingsledere med positive holdninger til kvalitetskonseptet og gode pedagogiske evner undervise om denne oppskriften. Dessuten meldte de at direktørene ble mindre opptatt av å få alle til å delta i undervisningen<sup>262</sup>. De uttalte også at dette bevirket etterspørsel etter muligheter for å gå kurs om kvalitetskonseptet.

#### **7.3.3.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.3.3. har hittil vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetsledelse samtidig så kaskadeopplæringen i kvalitetsarbeid som en årsak til motstanden mot nevnte oppskrift. Det har angitt at dette hadde sammenheng med to konsekvenser av denne opplæringen. Den ene konsekvensen var at avdelingsledere med negative holdninger til kvalitetskonseptet eller beskjedne pedagogiske evner kunne spre kritikk av konseptet eller forvirring om hva det innebar. Neste konsekvens var at ansatte måtte prioritere deltagelse i undervisningen om kvalitetskonseptet fremfor behandling av pasienter. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra en undersøkelse ved amerikanske helseinstitusjoner (Shortell m.fl. 1994, 1995).

Et instrumentelt perspektiv kan forklare at sykehusansatte utpekte kaskadeopplæringen om kvalitetskonseptet som en årsak til motstanden mot nevnte oppskrift. Dette perspektivet tilsier at mangelfulle metoder for å implementere en institusjonalisert standard som kvalitetsledelse kan bevirke motstand mot standarden. Kaskadeopplæring kan betraktes som en mangelfull metode for å implementere kvalitetskonseptet, nettopp på grunn av dens risiko for spredning av negative holdninger til nevnte oppskrift. Det forhold at samme opplæring kan bidra til å videreutvikle avdelingsledere rokker ikke ved denne kjensgjerningen (jfr. Andrésdottir m.fl. 1998)<sup>263</sup>.

---

<sup>262</sup> Jfr. de foregående kapitlene 7.1.4.2. og 7.2.4.2.

<sup>263</sup> Se note 258.

I likhet med et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv forståeliggjøre det faktum at sykehusansatte utpekte kaskadeopplæringen om kvalitetskonseptet som en årsak til motstanden mot nevnte oppskrift. Dette perspektivet gir adgang til å anta at avdelingsledere som skulle forestå nevnte opplæring forventet makttap ved implementering av kvalitetskonseptet i sykehusene<sup>264</sup>. Det gir rom for å regne med at deres forventninger om makttap gjorde dem kritiske til konseptet. Videre gir det mulighet for å tenke seg at de benyttet opplæringssituasjonen til å spre kritikk av konseptet i håp om å mobilisere støtte til å bortvise det.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forklare at sykehusansatte utpekte kaskadeopplæringen om kvalitetskonseptet som en årsak til motstanden mot nevnte oppskrift. Dette perspektivet indikerer at sykehusenes medarbeidere vil gi redegjørelser som kan oppfattes som gyldige i en større kontekst. Uttalelser om at aspekter knyttet til opplæring bevirket motstand mot en organisasjonsoppskrift kan vinne gjenklang hos et bredere publikum (jfr. Jacobsen og Thorsvik 1997).

### **7.3.4. Forvirring om formål**

#### **7.3.4.1. Hafli sykehus**

Ansatte ved Hafli sykehus fremholdt at så vel markedsføringen av kvalitetskonseptet som opplæringen i kvalitetsarbeid skapte forvirring om formålet med å benytte nevnte konsept. De uttrykte også at dette kunne bidra til å forklare motstanden mot denne oppskriften. Kvalitetssjefen sa det på denne måten:

*De første gangene vi i administrasjonen og andre personer presenterte kvalitetskonseptet, skapte vi forvirring om hva som var formålet med å benytte denne oppskriften. Nærmere bestemt gjorde vi de ansatte usikre på om hensikten var å forbedre faglige eller organisatoriske anliggender<sup>265</sup>. Dette var noe av bakgrunnen for motstanden mot konseptet.*

Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent brukte disse ordene:

*De som foreleste om kvalitetskonseptet hadde god kjennskap til at dette dreidde seg om å planlegge forbedringer, gjennomføre planene, observere resultatene og analysere årsaker til variasjon. Imidlertid var de ikke like godt informert om at disse hand-*

---

<sup>264</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.2.3.

<sup>265</sup> Informanten forteller her om problemer med å formidle at kvalitetskonseptet omhandler både kjerne-kvalitet og periferikvalitet. De to typene kvalitet er nærmere beskrevet i foregående kapittel 4.1.

*lingene representerte en metode som legene hadde brukt i alle år. De var heller ikke i stand til å gi tilfredsstillende svar på spørsmål om formålet med å benytte kvalitetskonseptet var å fortsette å bruke denne metoden i forhold til pasienter eller å begynne å bruke den i forhold til administrative prosesser, eventuelt begge deler. Følgelig ble mange negativt innstilt til konseptet.*

Avdelingsoverlegen ved klinisk-kjemisk avdeling formulerte seg slik:

*Personene som gikk i spissen for å innføre kvalitetskonseptet i sykehuset greidde ikke umiddelbart å få alle til å innse hva som var poenget med dette. Ergo kom det mye kritikk av konseptet.*

Avdelingsoverlegen ved psykiatrisk avdeling uttalte følgende:

*Administrasjonens representanter lyktes bare delvis med å klarlegge bakgrunnen for at de ønsket å innføre kvalitetskonseptet i sykehuset. Med andre ord gjorde de mange medarbeidere usikre på om intensjonen var å få de ansatte til å behandle pasienter bedre, eller å kommunisere og organisere på bedre måter. Dette var en vesentlig årsak til motstanden mot konseptet.*

Ifølge kvalitetssjefen og øvrige informanter ble det etter hvert klart for de ansatte at bruk av kvalitetskonseptet innebar å forbedre både faglige og organisatoriske anliggender. Flere informanter påpekte imidlertid at dette ikke var ensbetydende med utryddelse av motstanden mot konseptet. Direktøren sa det på denne måten:

*Gradvis gikk det opp for de ansatte at det å anvende kvalitetskonseptet ikke bare betydde å forbedre faglige fremgangsmåter, men også å skape bedre kommunikasjon, fysiske forhold og rutiner. Dette fikk enkelte til å ytre at hensikten med å oppsøke et sykehus er å få medisinsk behandling, ikke å møte hyggelige mennesker og omgivelser. Derved signaliserte de at erkjennelsen av hva konseptet foreskrev på ingen måte dempet deres aversjon mot denne oppskriften.*

I parentes bemerket kan det at enkelte som skjønnte hva bruk av kvalitetskonseptet innebar fortsatte å desavuere konseptet forstås ut fra to forhold. Det første forholdet er at profesjonsutøvere som leger gjerne har fokus på faglig aktivitet. Neste forhold er at de kan ha begrenset interesse av organisatoriske endringer uten direkte konsekvenser for nevnte type virksomhet (jfr. Strand 2001)<sup>266</sup>.

---

<sup>266</sup> Se også de foregående kapitlene 5.3. og 7.1.2.3.

#### **7.3.4.2. De øvrige sykehusene**

Ansatte ved sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann fremholdt at så vel markedsføringen av kvalitetskonseptet som opplæringen i kvalitetsarbeid skapte forvirring om formålet med å benytte nevnte konsept. De uttrykte også at dette kunne bidra til å forklare motstanden mot denne oppskriften. En lege ved Sebakk sykehus sa det på denne måten:

*De første redegjørelsene for kvalitetskonseptet sådde tvil om hvorvidt bruk av denne oppskriften betydde å fremme forbedringer på det faglige feltet eller det organisatoriske området. Blant annet på grunn av dette var det mange som tok avstand fra konseptet.*

Ansatte ved de andre sykehusene kom med tilsvarende utsagn.

Ifølge direktørene og kvalitetskonsulentene ved samtlige sykehus skulle det dog gå opp for medarbeiderne at formålet med å benytte kvalitetskonseptet var å forbedre både faglige og organisatoriske anliggender. Nevnte personer påpekte imidlertid at dette tjente til å opprettholde noe av motstanden mot konseptet. Direktøren ved Hiltun sykehus uttrykte det slik:

*Da vi skjønte hvordan våre redegjørelser for kvalitetskonseptet ble oppfattet, presiserte vi at det å anvende denne oppskriften innebar å forbedre løsninger av både faglige og organisatoriske oppgaver. Vi hadde et bestemt inntrykk av at vi klarte å få de ansatte til å begripe dette. Enkelte av dem som tydeligvis fattet dette poenget påpekte imidlertid at det er medisinske tjenester man søker ved et sykehus, ikke suverene samspill. Følgelig forstod vi at klarleggingen av formålet med å benytte kvalitetskonseptet tjente til å opprettholde noe av motstanden mot denne oppskriften.*

I parentes bemerket kan det at enkelte som fattet intensjonen med å anvende kvalitetskonseptet fortsatte å desavuere denne oppskriften forstås ut fra to forhold. Det første forholdet er at profesjonsutøvere som leger gjerne har fokus på faglig aktivitet. Neste forhold er at de kan ha begrenset interesse av organisatoriske endringer uten direkte konsekvenser for nevnte type virksomhet (jfr. Strand 2001).

#### **7.3.4.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.3.4. har hittil vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetsledelse samtidig mente markedsføringen og den videre presentasjonen av kvalitetskonseptet skapte forvirring om formålet med å benytte nevnte oppskrift. Det har angitt at de utla forvirringen som en usikkerhet om hvorvidt hensikten med å anvende konseptet var å forbedre faglige eller organisatoriske anliggender. Videre har det meldt at de så

nevnte forvirring eller usikkerhet som en årsak til motstanden mot konseptet. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra undersøkelser ved amerikanske og engelske helseinstitusjoner (Joss og Kogan 1995; Shortell m.fl. 1994).

Ut fra et instrumentelt perspektiv synes det forståelig at sykehusansatte oppgav forvirring om formålet med å benytte kvalitetskonseptet som bakgrunn for motstanden mot nevnte oppskrift. Dette perspektivet tilsier at mangelfulle metoder for å implementere en institusjonalisert standard som kvalitetsledelse kan bevirke motstand mot standarden. Det å redegjøre for kvalitetskonseptet uten å presisere hva som er hensikten med å anvende denne oppskriften kan betraktes som en mangelfull metode for å implementere konseptet.

I likhet med et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv forklare sykehusansattes utsagn om at forvirring om formålet med å benytte kvalitetskonseptet bevirket motstand mot nevnte oppskrift. For det første tilsier dette perspektivet at enkelte organisasjonsmedlemmer kan tape muligheter for å fremme egne interesser ved implementering av en institusjonalisert standard. Videre angir det at potensielt tapende parter primært kan søke å stanse implementeringen, sekundært prøve å opprettholde visse muligheter for å fremme egne interesser ved iverksettelsen. Dermed gir det adgang til å oppfatte nevnte utsagn som uttrykk for to forhold. Det første forholdet er at sykehusansatte hadde tapt en kamp om å slippe å implementere kvalitetskonseptet. Neste forhold er at de i ettertid hadde spurt om adgang til å iverksette konseptet ved å følge fremgangsmåter som i en viss grad harmonerte med deres egne interesser, men fått uklare svar<sup>267</sup>.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forklare sykehusansattes utsagn om at forvirring om formålet med å benytte kvalitetskonseptet bevirket motstand mot nevnte oppskrift. Dette perspektivet tilsier at organisasjonsmedlemmer kan søke å behandle en institusjonalisert standard slik at den blir kompatibel med eksisterende virksomhet, normer og verdier. Dermed gir det adgang til å oppfatte nevnte utsagn dithen at sykehusansatte hadde bedt om anledning til å iverksette konseptet i tråd med omtalte elementer, men fått uklare svar.

### 7.3.5. Registrering av resultater

#### 7.3.5.1. Hafli sykehus

Den foregående fremstillingen har vist at direktøren ved Hafli sykehus hevdet å innføre kvalitetsledelse for å bedre organisasjonens evner til å løse faglige og organisatoriske oppgaver<sup>268</sup>. Redegjørelsen har videre avdekket at mange ansatte som opprinnelig uttrykte motstand mot å implementere nevnte oppskrift inntok en mer positiv holdning til dette<sup>269</sup>.

Flere informanter fremholdt imidlertid at direktøren la liten vekt på å registrere hvorvidt kvalitetssatsingen i realiteten bedret sykehusorganisasjonens evner til å løse vitale oppgaver. De erklærte også at dette tjente til å fremme oppfatninger om at nevnte reform ikke medførte særlige forbedringer, samt opprettholde motstand mot reformen. Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent sa det på denne måten:

*Mange medarbeidere begynte å etterspørre bevis for at implementeringen av kvalitetskonseptet bevirket forbedringer. De erfarte at direktøren og kvalitetssjefen la liten vekt på å fange opp det denne implementeringen måtte resultere i. Dette underbygget forestillinger om at kvalitetssatsingen hadde liten praktisk betydning, og gjorde at flere fortsatte å være skeptiske til reformen.*

Avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling brukte disse ordene:

*Direktøren og kvalitetssjefen bad avdelingene om å initiere kvalitetsprosjekter som kunne bidra til forbedringer på aktuelle områder. Imidlertid var de lite opptatt av å registrere hvorvidt prosjektene ble fullført og fikk innflytelse på den daglige driften. Dette styrket medarbeidernes mistanker om at prosjektene rant ut i sand, og følgelig også motstanden mot kvalitetssatsingen<sup>270</sup>.*

Sjefsbioingeniøren formulerte seg slik:

*Verken direktøren eller kvalitetssjefen var særlig ivrige etter å dokumentere effekter av kvalitetssatsingen. Dette underbygget antagelser om at det ikke skjedde nevneverdige endringer som følge av denne nyorienteringen. Det medførte da også en sementering av negative holdninger til den.*

Ovennevnte informanter tilføyde at den angivelig begrensede registreringen av kvalitetssatsingens resultater fikk særlig legene til å anse kvalitetssatsingen for å ha liten praktisk

---

<sup>267</sup> Jfr. foregående kapittel 7.2.4.

<sup>268</sup> Jfr. de foregående kapitlene 6.1. og 7.3.4.1.

<sup>269</sup> Jfr. foregående kapittel 7.2.4.1.

betydning. De begrunnet dette med at dokumentasjon generelt sett er svært viktig for leger (jfr. Berg 1987; Øvretveit og Aslaksen 1996).

Andre informanter meldte at den angivelig begrensede registreringen av kvalitetssatsingens resultater opprinnelig hadde få følger for sykepleiernes syn på reformen, men at dette endret seg. Oversykepleieren ved medisinsk avdeling sa det på denne måten:

*Det at administrasjonen ikke brydde seg så mye om å fremlegge bevis for at kvalitetssatsingen bevirket forbedringer spilte opprinnelig liten rolle for sykepleierne. Opplevelsen av at denne reformen gjorde ulike profesjonsutøvere dyktigere til å diskutere pasientenes beste var nok til at vi inntok en relativt positiv holdning til den. Dog ble fraværet av mer håndfaste bevis for at kvalitetssatsingen bevirket forbedringer et savn for flere sykepleiere, også<sup>271</sup>. Nærmere bestemt medførte det at flere av oss begynte å tvile på om reformen hadde den helt store betydningen.*

Informantenes utsagn om at administrasjonen i liten grad dokumenterte resultater av kvalitetssatsingen understøttes ved en gjennomgang av internaviser og øvrige aktuelle publikasjoner<sup>272</sup>. Få resultater omtales i disse publikasjonene, og enda færre vedrører direkte pasientrettet virksomhet.

Informantenes ytringer om legenes og sykepleiernes oppfatninger av kvalitetssatsingens betydning gjenspeiles i denne tabellen<sup>273</sup>:

**Tabell 7.9. Prosent av leger, sykepleiere og andre ansatte med ulike holdninger til følgende påstand: "Kvalitetssatsingen har ingen betydning for arbeidet i egen avdeling."**

Holdninger	1 9 9 6			1 9 9 8		
	Leger	Sykepl.	Andre	Leger	Sykepl.	Andre
Enig	52	15	21	61	24	19
Uenig	37	63	58	30	62	65
Vet ikke, ubesvart	11	22	21	9	14	16
Sum (N)	100 (159)	100 (153)	100 (99)	100 (147)	100 (132)	100 (97)

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

<sup>270</sup> Dette sitatet er i tråd med undersøkelsesresultater som gjengis hos Øvretveit og Aslaksen (1999).

<sup>271</sup> Som et apropos til dette budskapet nevnes at dokumentasjon generelt sett blir stadig viktigere for sykepleiere (jfr. Elstad og Hamran 1995; Sæther og Gjengedal 1988).

<sup>272</sup> Hva som menes med øvrige aktuelle publikasjoner fremgår av foregående kapittel 2.4.3.

Tabell 7.9. viser at majoriteten av legene anså kvalitetssatsingen for å ha liten betydning, mens majoriteten av sykepleierne og andre ansatte gjorde det motsatte. Den forteller imidlertid også at flere leger og sykepleiere kom til å betrakte reformen på førstnevnte måte i perioden fra 1996 til 1998. Dette forholdet fremgår dessuten av denne tabellen:

**Tabell 7.10. Prosent av blokkenes ansatte med ulike holdninger til flg. påstand: "Kvalitets-satsingen har ingen betydning for arbeidet i egen avdeling." (N=411 i 1996. N=376 i 1998).**

B l o k k e r	1 9 9 6				1 9 9 8			
	Enig	Uenig	Vet ikke, ubesvart	Sum	Enig	Uenig	Vet ikke, ubesvart	Sum
Kirurgisk blokk	37	45	18	100	48	42	10	100
Med. serviceblokk	31	51	18	100	43	45	12	100
Hodeblokk	41	47	12	100	39	57	4	100
Medisinsk blokk	35	53	12	100	44	45	11	100
Psykiatrisk blokk	36	43	21	100	22	56	22	100
Laboratorieblokk	23	64	13	100	26	63	11	100
Storavd. og admin.	16	55	29	100	33	54	13	100
Driftsblokk	22	64	14	100	20	50	30	100

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Tabell 7.10. viser at nesten alle kliniske blokker fikk flere medarbeidere som anså kvalitetssatsingen for å ha liten betydning fra 1996 til 1998<sup>274</sup>. Hodeblokken og psykiatrisk blokk utgjorde de eneste unntakene. I disse blokkene kom det dog til å være henholdsvis 39% og 22% av personellet som betraktet reformen på omtalte måte.

### 7.3.5.2. De øvrige sykehusene

Den foregående fremstillingen har vist at direktørene ved sykehusene Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann hevdet å innføre kvalitetsledelse for å bedre organisasjonenes evner til å løse faglige og organisatoriske oppgaver<sup>275</sup>. Redegjørelsen har videre avdekket at mange ansatte som opprinnelig uttrykte motstand mot å implementere nevnte oppskrift inntok en mer positiv holdning til dette<sup>276</sup>.

Flere informanter fremholdt imidlertid at direktørene la liten vekt på å registrere hvorvidt kvalitetssatsingen i realiteten bedret sykehusorganisasjonenes evner til å løse vitale oppga-

<sup>273</sup> Denne tabellen skiller seg fra den foregående figur 7.3. ved at den angir sykepleiernes og andre ansattes holdninger.

<sup>274</sup> Verken storavdelingene og administrasjonen eller driftsblokken regnes med, som angitt i note 211.

<sup>275</sup> Jfr. de foregående kapitlene 6.2. og 7.3.4.2.

<sup>276</sup> Jfr. foregående kapittel 7.2.4.2.



ver. De erklærte også at dette tjente til å fremme oppfatninger om at nevnte reform ikke medførte særlige forbedringer, samt opprettholde motstand mot reformen. En avdelingsoverlege ved Hiltun sykehus sa det på denne måten:

*Administrasjonen kom så å si aldri med rapporter som bevitnet at kvalitetssatsingen gjorde medarbeiderne dyktigere til å utføre bestemte oppgaver. Dette fremmet forestillinger om at denne reformen i liten grad virket etter hensikten. Det bidro da også til å videreføre motstanden mot reformen.*

En avdelingsoverlege ved Hosem sykehus brukte disse ordene:

*Direktøren gjorde lite eller ingenting for å vise hvorvidt kvalitetssatsingen hadde positiv innvirkning på den daglige driften av sykehuset. Dette underbygget antagelser om at denne reformen ikke tilførte oss særlig mye av verdi, og følgelig også motstanden mot den.*

En avdelingsoverlege ved Sagdal sykehus formulerte seg slik:

*Sykehusledelsen var ikke spesielt interessert i å registrere det kvalitetssatsingen måtte bevirke av resultater. Konsekvensene ble tvil på at denne nyorienteringen medførte nevneverdige forbedringer, samt befestning av negative holdninger til den.*

En avdelingsoverlege ved Sebak sykehus ytret følgende:

*Administrasjonens ansatte bombarderte oss med brosjyrer som fortalte om kvalitetsprosjektene de ulike avdelingene satte i gang. Imidlertid gav de svevende svar på spørsmål om prosjektene forårsaket det de var tenkt å avstedkomme. Dette ble tolket dithen at kvalitetssatsingen hadde liten praktisk betydning, og forsterket skepsisen til denne reformen.*

En avdelingsoverlege ved Sivann sykehus uttalte dette:

*Direktøren la liten vekt på å dokumentere det kvalitetssatsingen måtte gi av utbytte for ulike aktører. Dette styrket mistankene om at utbyttet var heller magert, og dermed også motstanden mot reformen.*

Ovennevnte informanter tilføyde at den angivelig begrensede registreringen av kvalitetssatsingens resultater fikk særlig legene til å anta at kvalitetssatsingen ikke medførte særlige forbedringer. Andre informanter meldte at nevnte forhold opprinnelig ikke affiserte sykepleierne, men at det etter hvert fikk også flere av dem til å anta det samme.

Informantenes utsagn om at direktørene ved forannevnte sykehus i begrenset grad registrerte resultater av kvalitetssatsingen understøttes ved en gjennomgang av internaviser og øvrige aktuelle publikasjoner. Få effekter av nevnte reform blir omtalt i disse publikasjonene, og enda færre vedrører direkte pasientrettet virksomhet.

Utsagnene om at direktøren ved Sagdal sykehus i begrenset grad registrerte resultater av kvalitetssatsingen understøttes også ved en gjennomgang av følgende replikkveksling som foregikk på et internt møte<sup>277</sup>:

Direktørens stedfortreder:

*Nå vil vi gjerne høre kvalitetskonsulenten fortelle om kvalitetskurset hun har deltatt på.*

Kvalitetskonsulenten:

*Jeg kan åpne med å opplyse at et hovedtema på kurset var bruk av kvalitetsindikatorer.*

Direktørens stedfortreder:

*Hva er en kvalitetsindikator?*

Kvalitetskonsulenten:

*Noe forenklet kan man si at det er en statistisk verdi som indikerer hvordan bestemte prosesser fungerer eller hvorvidt bestemte resultater er oppnådd<sup>278</sup>.*

Dersom direktøren hadde hatt fokus på resultater, er det lite sannsynlig at stedfortrederen ville ha spurt om hva en kvalitetsindikator er.

### **7.3.5.3. Foreløbig oppsummering og analyse**

Kapittel 7.3.5. har hittil vist at flere ansatte ved Hafli sykehus og de øvrige institusjonene som innførte kvalitetsledelse samtidig mente direktørene gjorde lite for å registrere hvorvidt kvalitetssatsingen gav resultater. Det har avdekket at de ansatte regnet den begrensede dokumentasjonen av resultater for å fremme oppfatninger om at nevnte reform hadde liten praktisk betydning. Samtidig har det tilkjennegitt at de betraktet omtalte forhold som en årsak til motstanden mot implementeringen av kvalitetskonseptet. Disse funnene er for øvrig i tråd med resultater fra undersøkelser ved amerikanske og engelske helseinstitusjoner (Joss og Kogan 1995; Shortell m.fl. 1994, 1995).

---

<sup>277</sup> Undertegnede var observatør på dette møtet.

<sup>278</sup> Kvalitetsindikatorer omtales nærmere hos Schreiner (1997) samt Sletnes m.fl. (1999).

Et instrumentelt perspektiv kan forståeliggjøre det faktum at sykehusansatte oppgav begrenset registrering av kvalitetssatsingens resultater som bakgrunn for motstanden mot implementeringen av kvalitetskonseptet. Dette perspektivet tilsier at organisasjonsmedlemmer vil være opptatt av å vite hvorvidt anvendelse av en institusjonalisert standard gjør organisasjonene dyktigere til å realisere fastsatte mål. Det indikerer da også at mangelfull informasjon om nevnte forhold kan bevirke negative holdninger til standarden.

I likhet med et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert perspektiv forklare at sykehusansatte oppgav begrenset registrering av kvalitetssatsingens resultater som bakgrunn for motstanden mot implementeringen av kvalitetskonseptet. Dette perspektivet tilsier at organisasjonsmedlemmer vil være opptatt av å vite hvorvidt anvendelse av en institusjonalisert standard tjener deres egne og brukernes interesser. Det indikerer da også at mangelfull informasjon om nevnte forhold kan bevirke negative holdninger til standarden.

Liksom et maktfokusert perspektiv kan et institusjonelt perspektiv forklare at sykehusansatte oppgav begrenset registrering av kvalitetssatsingens resultater som bakgrunn for motstanden mot implementeringen av kvalitetskonseptet. Dette perspektivet gir adgang til å anta at sykehusdirektørene var tilbakeholdne med å frembringe oversikter over nevnte effekter av to grunner. Første grunn var at det generelt sett kan være vanskelig å etablere sammenhenger mellom reformer og resultater (March og Olsen 1976/1979). Neste grunn var en allmenn norm om å holde seg til sannheten (jfr. Jacobsen og Thorsvik 1997). Videre gir perspektivet rom for å regne med at sykehusansatte fremholdt begrenset registrering av kvalitetssatsingens resultater som bakgrunn for motstanden mot å implementere kvalitetskonseptet av én bestemt årsak. Denne årsaken var at det å bruke mangelfull informasjon om en organisasjonsendringens virkninger som forklaring på opposisjon mot endringen kan bli anerkjent i en større kontekst (jfr. Jacobsen og Thorsvik 1997).

### **7.3.6. Samkjøring med strukturell omstilling**

#### **7.3.6.1. Hafli sykehus**

Foregående fremstilling har vist at Hafli sykehus som den eneste institusjonen i denne studien samkjørte innføringen av kvalitetsledelse med en annen reform, nærmere bestemt

etablering av blokkstruktur<sup>279</sup>. Som allerede antydnet innebar denne etableringen at direktøren ansatte blokkledere som ikke nødvendigvis hadde medisinsk bakgrunn, og benyttet den enkelte blokkleder som overordnet for utvalgte avdelingsledere. Med andre ord betydde den at direktøren ikke lenger hadde direkte kontakt med alle avdelingslederne.

Ikke bare innføringen av kvalitetsledelse, men også etableringen av blokkstruktur skapte misnøye blant mange ansatte. I likhet med kvalitetssatsingen fikk blokkorganiseringen mest motbør fra legene, samt kirurgisk blokk og medisinsk serviceblokk sine medarbeidere (Andersen 1997). På spørsmål om hvorvidt sistnevnte reform var fornuftig svarte hele 54% av legene nei, og bare 24% av dem svarte ja<sup>280</sup>.

Flere informanter mente da også at samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering kunne bidra til å forklare motstanden mot kvalitetssatsingen. Direktøren sa det på denne måten:

*Beslutningen om å innføre kvalitetsledelse i sykehuset ble umiddelbart etterfulgt av et vedtak om å etablere en blokkstruktur her. Dette bevirket at kvalitetssatsingen ble ansett som en foranledning til blokkorganiseringen. Mens kvalitetssatsingen i seg selv ble regnet for å redusere avdelingsoverlegers og andre legers makt<sup>281</sup>, ble blokkorganiseringen ansett for å beskjære den ytterligere. Derfor må samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering ta noe av skylden for motstanden mot kvalitetssatsingen.*

Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling brukte disse ordene:

*Innføringen av kvalitetsledelse ble ansett som en foranledning til opprettelsen av blokkadministrasjonen, også kalt glavalaget mellom direktøren og avdelingslederne<sup>282</sup>. Den siste endringen representerte en ekstra tydelig svekkelse av avdelingsoverlegers påvirkningsmuligheter, samt økning av utgifter til ikke-medisinsk virksomhet. Ergo må samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering betraktes som en årsak til motstanden mot kvalitetssatsingen.*

Oversykepleieren ved kirurgisk avdeling formulerte seg slik:

---

<sup>279</sup> Jfr. bl.a. de foregående kapitlene 6.1. og 7.1.1.1. Å samkjøre innføring av kvalitetsledelse med en annen reform blir for øvrig frarådet av Strand (1992).

<sup>280</sup> Dette fremgår av den tidligere omtalte spørreskjemaundersøkelsen som Legeforeningens Forskningsinstitutt gjennomførte i 1998.

<sup>281</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.2.3.

<sup>282</sup> Et glavalag er et isolasjonsmateriale.

*Kvalitetssatsingen ble oppfattet som en foranledning til blokkorganiseringen, og den siste endringen betydde at avdelingsledere fikk mindre muligheter for innflytelse. Følgelig vil mange avdelingsledere si at samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering var noe av bakgrunnen for motstanden mot kvalitetssatsingen.*

Forannevnte informanter kan tolkes dithen at det var avdelingsoverleger og andre avdelingsledere som først og fremst regnet omtalte samkjøring for å være en årsak til motstanden mot kvalitetssatsingen. Tabellene 7.11. og 7.12. kan tolkes på samme måte.

**Tabell 7.11. Prosent av leger, sykepleiere og andre ansatte med ulike holdninger til flg. påstand: "Samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering var en årsak til motstanden mot kvalitetssatsingen." (Tall fra 1998).**

Holdninger	Leger	Sykepleiere	Andre ansatte
Enig	36	30	42
Uenig	35	15	10
Vet ikke, ubesvart	29	55	48
Sum (N)	100 (147)	100 (132)	100 (97)

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Tabell 7.11. viser at cirka en tredjedel av legene og sykepleierne samt noe under halvparten av andre ansatte så samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering som en årsak til motstanden mot førstnevnte reform. Den forteller dog også at mange var usikre på om de skulle betrakte denne koordineringen som en grunn til opposisjonen mot kvalitetssatsingen. Sistnevnte forhold fremgår dessuten av denne tabellen:

**Tabell 7.12. Prosent av blokkenes ansatte med ulike holdninger til flg. påstand: "Samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering var en årsak til motstanden mot kvalitetssatsingen." (Tall fra 1998. N=376).**

Blokker	Enig	Uenig	Vet ikke, ubesvart	Sum
Kirurgisk blokk	35	22	43	100
Medisinsk serviceblokk	35	18	47	100
Hodeblokk	41	20	39	100
Medisinsk blokk	37	36	27	100
Psykiatrisk blokk	43	13	44	100
Laboratorieblokk	37	19	44	100
Storavdelingene og administrasjonen	27	23	50	100
Driftsblokk	35	15	50	100

*Kilde: Legeforeningens Forskningsinstitutt, 1999.*

Tabell 7.12. viser at samtlige blokker hadde mange medarbeidere som var usikre på om de skulle se samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering som en årsak til motstanden mot førstnevnte reform.

Som tidligere nevnt kan disse tabellene tolkes dithen at det var avdelingsoverleger og andre avdelingsledere som først og fremst regnet omtalte samkjøring for å være en grunn til opposisjonen mot kvalitetssatsingen. I den grad denne tolkningen medfører riktighet kan den forstås ut fra to forhold. Første forhold er at avdelingsoverleger og andre avdelingsledere måtte bære de største byrdene med innføringen av kvalitetsledelse. Neste forhold er at samme personer opplevde de største konsekvensene av blokkorganiseringen.

#### ***7.3.6.2. Foreløbig oppsummering og analyse***

Kapittel 7.3.6. har hittil vist at ansatte ved Hafli sykehus så denne institusjonens samtidige innføring av kvalitetsledelse og etablering av blokkstruktur som en årsak til motstanden mot kvalitetssatsingen. Det har antydning at særlig avdelingsledere betraktet den kjensgjerning at beslutningen om å innføre kvalitetsledelse ble etterfulgt av en avgjørelse om å etablere blokkstruktur som bakgrunn for nevnte opposisjon.

Et instrumentelt perspektiv kan forklare at sykehusansatte oppgav samkjøringen av kvalitetssatsingen med blokkorganisering som bakgrunn for motstanden mot kvalitetssatsingen. For det første tilsier dette perspektivet at aktører er begrenset rasjonelle, og følgelig kan oppfatte hendelser som skjer etter hverandre i tid slik at de henger sammen i en kausal form (Jacobsen og Thorsvik 1997). Dermed gir det adgang til å anta at sykehusansatte betraktet kvalitetssatsingen som en årsak til blokkorganiseringen. Videre tilsier perspektivet at nevnte personer vil søke å realisere sykehusets mål mest mulig effektivt. Det er mulig å forestille seg at de anså blokkorganiseringen for å hindre dem i dette.

I likhet med et instrumentelt perspektiv kan et maktfokusert og et institusjonelt perspektiv forklare at sykehusansatte oppgav samkjøring av kvalitetssatsingen med blokkorganisering som bakgrunn for motstanden mot kvalitetssatsingen. For det første tilsier begge perspektivene at aktører er begrenset rasjonelle, og følgelig kan oppfatte hendelser som skjer etter hverandre i tid slik at de henger sammen i en kausal form. Dermed gir begge perspektivene adgang til å anta at sykehusansatte betraktet kvalitetssatsingen som en årsak til blokkorganiseringen. Videre tilsier et maktfokusert perspektiv at nevnte personer vil søke å

oppretholde eksisterende muligheter for innflytelse. Det er naturlig å forestille seg at de anså blokkorganiseringen for å hindre dem i dette. Et institusjonelt perspektiv tilsier at de vil søke å opprettholde eksisterende normer for samhandling. Det er rimelig å anta at de mente blokkorganiseringen ville gjøre dette vanskelig.

#### **7.4. OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER**

Kapittel 7 har så langt redegjort for debatten og motstanden som oppstod da kvalitetskonseptet skulle innføres i sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann. Det har presentert strukturelle trekk ved debatten, sentrale argumenter i diskusjonen og utfyllende forklaringer på motstanden, nærmere bestemt sykehusansattes egne forklaringer. Samtidig har det formidlet analyser av organisasjonsteoretiske perspektivers muligheter for å forståeliggjøre disse forholdene.

Kapittel 7.1. eller redegjørelsen for trekk ved debatten har vist at flere av sykehusenes medarbeidere kom med heftige utfall mot institusjonsstyrenes og direktørenes planer om å innføre kvalitetsledelse. Det har også avdekket at de fremsatte den krasse kritikken i internaviser og massemedier, med andre ord offentlig. Videre har det meldt at deres status som profesjonsutøvere kan kaste lys over disse handlingene. Det har tilkjennegitt at profesjonsutøvere kan ha begrenset lojalitet til arbeidsplassene, samt forventninger om å ivareta klientenes og samfunnets interesser.

Samme kapittel har vist at det var legene som i særlig grad fremsatte kritikk av kvalitetssettingen. Det har også avdekket at informantene antydte tre årsaker til dette. Den ene grunnen var at ledende leger desavuerte organisasjonsendringen, og påvirket kolleger til å gjøre tilsvarende. Neste grunn var at representanter for legestanden i liten grad fikk medvirke ved planlegging og presentasjon av reformen. Tredje grunn var at de måtte gjennomgå en skadebasert opplæring i kvalitetsarbeid.

Videre har kapittelet vist at legene ikke bare var dem som artikulerte motstanden mot kvalitetssettingen tydeligst, men også dem som statistisk sett stilte seg mest negative til organisasjonsendringen. Det har avdekket at sykepleierne og andre ansatte var mer positive til reformen, men at de vanskelig kunne karakteriseres som sterke tilhengere av den. Videre har det meldt at mange informanter var opptatt av å tilbakevise antagelser om at skepsisen til kvalitetskonseptet skyldtes oppskriftens krav om økt tverrfaglig samarbeid. Det har kunn-

gjort at de også var opptatt av å gjendrive forestillinger om at deres arbeidshverdag var preget av konflikter dem imellom. Samtidig har det tilkjennegitt at de mente ulike profesjonsutøvere langt på vei var enige om å markere motstand mot de opprinnelige planene for innføring av kvalitetsledelse.

Endelig har kapitlet vist at ikke bare ulike profesjonsutøvere, men også ulike blokker og avdelinger hadde noe forskjellige syn på kvalitetssatsingen. Det har angitt at dette manifesterte seg blant annet ved varierende initiativ til å gjennomføre planene for opplæring i kvalitetsarbeid. Videre har det meldt at informantene antydte to årsaker til avdelingenes noe forskjellige syn på anvendelsen av kvalitetskonseptet. Den ene grunnen var avdelingsledernes personlige preferanser. Neste grunn var varierende overensstemmelse mellom avdelingenes arbeidsmåter og konseptets prinsipper.

Kapittel 7.2. eller redegjørelsen for argumentene i debatten har vist at flere profesjonsutøvere betraktet kvalitetssatsingen som misbruk av ressurser. Det har angitt at dette hadde sammenheng med sykehusenes reduserte økonomi og befolkningens voksende etterspørsel etter helsetjenester.

Samme kapittel har vist at flere profesjonsutøvere holdt kvalitetskonseptet for å være en mote fra næringslivet eller en oppskrift med liten potensiell nytteverdi for sykehusene. Det har meldt at dette hadde sammenheng med eksterne konsulents bruk av begreper og eksempler ved presentasjon av oppskriften.

Videre har kapitlet vist at flere medarbeidere erklærte implementering av kvalitetskonseptet som unødvendig med henvisning til at de alltid hadde drevet kvalitetsforbedring. Det har kunngjort at dette hadde sammenheng med to forhold. Første forhold var sykehusdirektørens manglende presiseringer av forskjellene mellom å følge kvalitetskonseptet og å utføre tradisjonelt forbedringsarbeid<sup>283</sup>. Neste forhold var deres manglende påskjønnelser av sistnevnte type virksomhet, og derav følgende provokasjoner av medarbeiderne.

Endelig har kapitlet vist at avdelingsledere og andre ansatte oppgav å bli mer stemt for å iverksette kvalitetskonseptet grunnet økt adgang til å velge implementeringsform. Det har tilkjennegitt at dette hadde sammenheng med to forhold. Første forhold var at nevnte perso-



ner fant det lite formålstjenlig å skulle rette seg etter detaljerte instruksjoner for iverksettelse av omtalte oppskrift. Neste forhold var at direktører og kvalitetspersonell tok konsekvensene av deres ønsker om å slippe slike instruksjoner.

Kapittel 7.3. eller redegjørelsen for utfyllende forklaringer på debatten har vist at flere profesjonsutøvere betraktet direktørens markedsføring av kvalitetskonseptet samt begrensede muligheter for å medvirke i kvalitetsarbeidet som årsaker til motstanden mot nevnte oppskrift. Det har også avdekket at de mente egne opplegg for å sikre legenes tilslutning til konseptet kunne ha forhindret en heftig debatt om denne oppskriften.

Samme kapittel har vist at flere medarbeidere så kvalitetsavdelingenes eller kvalitetspersonellens kompetansenivå som en årsak til motstanden mot kvalitetskonseptet. Det har meldt at de betraktet to forhold ved dette personellens kompetansenivå som bakgrunn for motstanden. Første forhold var at kvalitetslederne og de fleste kvalitetsmedarbeiderne hadde ikke-medisinsk bakgrunn. Neste forhold var at kvalitetsmedarbeiderne kunne ha liten faglig legitimitet blant representanter for egne yrkesgrupper.

Videre har kapittelet vist at flere ansatte så kaskadeopplæringen i kvalitetsarbeid som en årsak til motstanden mot kvalitetskonseptet. Det har avdekket at de betraktet to forhold ved denne opplæringen som bakgrunn for motstanden. Første forhold var at avdelingsledere med negative holdninger til konseptet og beskjedne pedagogiske evner måtte undervise deres nærmeste underordnede om nevnte oppskrift. Neste forhold var at ansatte måtte nedprioritere pasientbehandling for å kunne delta i undervisningen.

I tillegg har kapittelet vist at flere medarbeidere mente markedsføringen av kvalitetskonseptet og opplæringen i kvalitetsarbeid skapte forvirring om hvorvidt formålet med å benytte nevnte oppskrift var å forbedre faglige eller organisatoriske anliggender. Det har også kunngjort at de så denne forvirringen som en årsak til motstanden mot konseptet.

Utover dette har kapittelet vist at flere profesjonsutøvere mente direktørene gjorde lite for å registrere hvorvidt anvendelsen av kvalitetskonseptet gav resultater. Det har også tilkjennegitt at de betraktet den opplevde mangelen på dokumentasjon av effekter som en årsak til motstanden mot konseptet.

---

<sup>283</sup> Disse forskjellene omtales blant annet hos Øvretveit og Aslaksen (1996).

Endelig har kapittelet vist at medarbeidere ved Hafli sykehus så denne institusjonens parallelle innføring av kvalitetsledelse og etablering av blokkstruktur som en årsak til motstanden mot førstnevnte reform. Det har angitt at dette hadde sammenheng med oppfatninger av kvalitetssatsingen som en foranledning til blokkorganiseringen, samt blokkorganiseringens implikasjoner i form av svekkede påvirkningsmuligheter m.v..

Kapitlene 7.1., 7.2. og 7.3. har alle formidlet analyser av organisasjonsteoretiske perspektivers kraft til å forklare de omtalte empiriske funn. Analyseresultatene er sammenfattet i tabell 7.13.

**Tabell 7.13. Tre perspektivers kraft til å forklare debatten om eller motstanden mot innføring av kvalitetsledelse i sykehus.**

	<b>Instrumentelt perspektiv</b>	<b>Maktfokuset perspektiv</b>	<b>Institusjonelt perspektiv</b>
<b>Trekk ved debatten</b>			
Heftig diskusjon	--	+	+
Legedominert kritikk	--	+	+
Enighet blant ulike profesjonsutøvere	--	--	+
Forskjellige syn i ulike avdelinger	+	--	--
<b>Argumentene i debatten</b>			
Misbruk av ressurser	+	+	+
En mote fra næringslivet	--	+	+
Har alltid drevet kvalitetsforbedring	+	--	--
Kan velge implementeringsform	+	+	+
<b>Flere forklaringer på debatten</b>			
Markedsføring og medvirkning	+	+	+
Kvalitetsavdelingenes kompetanse	--	+	+
Kaskadeopplæring i kvalitetsarbeid	+	+	+
Forvirring om formål	+	+	+
Registrering av resultater	+	+	+
Samkjøring med strukturendring	+	+	+

(Tegnet + betyr at forholdet kan forklares. Tegnet -- betyr at forholdet ikke kan forklares).

Ut fra et instrumentelt perspektiv ventet vi å kunne forklare debatten om eller motstanden mot innføringen av kvalitetsledelse i de undersøkte sykehusene med to forhold. Det første forholdet var at lederne ikke gjorde fullgodt arbeid med planlegging og implementering av den reformen som denne innføringen representerte. Neste forhold var at de ansatte følgelig hadde svake kunnskaper om hvorfor og hvordan reformen skulle finne sted.

Som tabell 7.13. viser, fant vi at et instrumentelt perspektiv kan forklare den kjensgjerning at ulike avdelinger ved sykehusene hadde noe forskjellige syn på kvalitetssatsingen. Videre så vi at omtalte perspektiv kan forståeliggjøre de fleste av argumentene i debatten om denne reformen, samt informantenes utfyllende forklaringer på diskusjonen.

Slik tabellen dog også viser, fant vi at et instrumentelt perspektiv vanskelig kan forklare de kjensgjerninger at det oppstod en spesielt heftig debatt om kvalitetssatsingen, at legene dominerte diskusjonen og at andre profesjonsutøvere støttet dem. Videre så vi at omtalte perspektiv vanskelig kan forståeliggjøre ett av argumentene i debatten, samt én av informantenes utfyllende forklaringer på diskusjonen.

Det hører med i bildet at ovennevnte funn ikke var helt overraskende. Med andre ord antok vi at et instrumentelt perspektiv kunne ha relativt liten kraft til å forklare debatten om kvalitetssatsingen i de undersøkte sykehusene. Dette skyldes at perspektivets forutsetninger om at organisasjonenes ledere utgjør de fremste eksponenter for organisasjonenes rasjonalitet og følgelig opplever stor lojalitet m.v. ikke alltid er til stede i sykehus<sup>284</sup>.

Ut fra et maktfokusert perspektiv ventet vi å kunne forklare debatten om eller motstanden mot innføringen av kvalitetsledelse i de undersøkte sykehusene med forrykking av intern maktbalanse. Nærmere bestemt ventet vi å kunne konstatere at debatten eller motstanden oppstod fordi omtalte reform ville gi enkelte ansatte mer makt og dermed større adgang til ressurser eller realisering av egne interesser og mål på bekostning av andre ansatte.

Som tabell 7.13. viser, fant vi at et maktfokusert perspektiv kan forklare de kjensgjerninger at det brøt ut en heftig debatt om kvalitetssatsingen, og at legene dominerte diskusjonen. Videre så vi at omtalte perspektiv kan forståeliggjøre de fleste av argumentene i debatten, og samtlige av informantenes utfyllende forklaringer på disputten.

Slik tabellen dog også viser, fant vi at et maktfokusert perspektiv vanskelig kan forklare de kjensgjerninger at ulike profesjonsutøvere var enige om å markere motstand mot kvalitets-satsingen, og at ulike avdelinger hadde noe forskjellige syn på reformen. Videre så vi at omtalte perspektiv vanskelig kan forståeliggjøre ett av argumentene i debatten om nevnte organisasjonsendring.

Det hører med i bildet at ovennevnte funn var noe overraskende. Med andre ord antok vi at et maktfokusert perspektiv skulle ha større kraft til å forklare debatten om kvalitetssatsingen i de undersøkte sykehusene enn det faktisk hadde. Dette skyldes at perspektivets forutsetninger om at organisasjonenes medlemmer kjemper om makt for å kunne sikre seg ressurser eller realisere egne interesser m.v. regnes som høyst tilstedeværende i sykehus<sup>285</sup>. Når vi dog fant at perspektivet gir en relativt begrenset forståelse av nevnte debatt, er det grunn til å spørre om det kanskje er på tide å moderere forestillinger om at profesjonskamper preger hverdagene i sykehusene (jfr. Torgersen 1994).

Ut fra et institusjonelt perspektiv ventet vi å kunne forklare debatten om eller motstanden mot innføringen av kvalitetsledelse i de undersøkte sykehusene med to forhold. Det første forholdet var at omtalte reform ble betraktet som uforenlig med etablert praksis, normer og verdier i sykehusorganisasjonene. Neste forhold var at den ble ansett som lite viktig for organisasjonenes legitimitet og overlevelse.

Som tabell 7.13. viser, fant vi at et institusjonelt perspektiv kan forklare de kjensgjerninger at det oppstod en heftig debatt om kvalitetssatsingen, at legene dominerte diskusjonen og at andre profesjonsutøvere støttet dem. Videre så vi at omtalte perspektiv kan forståeliggjøre de fleste av argumentene i debatten, og samtlige av informantenes utfyllende forklaringer på diskusjonen.

Slik tabellen dog også viser, fant vi at et institusjonelt perspektiv vanskelig kan forklare den kjensgjerning at ulike avdelinger hadde noe forskjellige syn på kvalitetssatsingen. Videre så vi at omtalte perspektiv vanskelig kan forståeliggjøre ett av argumentene i debatten om nevnte reform.

---

<sup>284</sup> Jfr. foregående kapittel 5.3., bl.a. pkt. 7.

<sup>285</sup> Jfr. foregående kapittel 5.3., bl.a. pkt. 6.

Det hører med i bildet at forannevnte funn ikke var helt overraskende. Med andre ord antok vi at et institusjonelt perspektiv kunne ha begrenset kraft til å forklare debatten om kvalitetsstatsingen i de undersøkte sykehusene. Dette har sammenheng med flere forhold. Det første forholdet er perspektivets nedtoning av den kjensgjerning at personer med ulike arbeidsoppgaver eller tilknytning til ulike avdelinger i en organisasjon kan ha noe forskjellige syn på organisatoriske anliggender. Neste forhold er perspektivets nedtoning av det faktum at visse personer kan ha preget organisasjonsmedlemmenes felles normer og verdier, og at det følgelig kan være bestemte personers interesser som fremmes gjennom disse normene og verdiene (jfr. Brint og Karabel 1991; DiMaggio 1988).

Foranstående oppsummering av det instrumentelle, det maktfokuserte og det institusjonelle perspektivets kraft til å forklare debatten om eller motstanden mot innføringen av kvalitetsledelse i de undersøkte sykehusene leder til fem konklusjoner.

Den første konklusjonen er at samtlige perspektiver har sine styrker når det gjelder å forståeliggjøre omtalte debatt eller motstand. Nærmere bestemt kan det instrumentelle perspektivet fortelle at motstanden oppstod delvis fordi lederne ikke gjorde fullgodt arbeid med implementering av kvalitetskonseptet. Det maktfokuserte perspektivet kan berette at en del av bakgrunnen for at de faktiske implementeringsstrategiene slo feil var at de ble anvendt overfor profesjonsutøvere med bestemte interesser. Videre kan det institusjonelle perspektivet fortelle at mye av bakgrunnen for det samme var at strategiene utfordret profesjonsutøvernes felles oppfatninger av rett og galt.

Neste konklusjon er at samtlige perspektiver ikke bare har styrker, men også svakheter når det gjelder å forståeliggjøre omtalte debatt eller motstand. Nærmere bestemt er det instrumentelle perspektivets svakhet i så henseende en manglende hensyntagen til det forhold at det eksisterer spesielle relasjoner mellom ledere og medarbeidere i ekspertorganisasjoner som sykehus. Det maktfokuserte perspektivets drawback er en noe ensidig forestilling om at organisasjonsmedlemmer kjemper om makt i den hensikt å sikre seg ressurser eller realisere egne interesser. Videre er det institusjonelle perspektivets svakhet en nedtoning av de kjensgjerninger at personer innen ulike avdelinger i en organisasjon kan ha noe forskjellige syn på organisatoriske anliggender, og at bestemte personers interesser kan fremmes gjennom organisasjonsmedlemmenes felles normer og verdier.

Den tredje konklusjonen er at selv om samtlige perspektiver har både styrker og svakheter når det gjelder å forståeliggjøre omtalte debatt eller motstand, besitter de totalt sett forskjellig kraft til å forklare dette fenomenet. Nærmere bestemt har det instrumentelle perspektivet minst kraft, det maktfokuserte perspektivet mer kraft og det institusjonelle perspektivet mest kraft til å kaste lys over nevnte diskusjon eller opposisjon.

Fjerde konklusjon representerer en presisering av de tre første konklusjonene. Den går ut på at verken det instrumentelle, det maktfokuserte eller det institusjonelle perspektivet alene kan frembringe fullstendig forståelse av omtalte debatt eller motstand. Det at ingen av perspektivene alene kan gi uttømmende redegjørelser for reaksjoner på reformtiltak er for øvrig også påvist i tidligere studier (jfr. Christensen og Lægreid 1998; Sætren 1983).

Den siste konklusjonen er at selv om ingen av perspektivene alene kan frembringe fullstendig forståelse av omtalte debatt eller motstand, kan de sammen gi et helhetsbilde av dette fenomenet. Med andre ord kan de sammen redegjøre for alle strukturelle trekk ved debatten, alle argumenter i debatten og samtlige av informantenes utfyllende forklaringer på diskusjonen.

Sistnevnte konklusjon inviterer til to alternative fremgangsmåter. Den ene av dem er å si seg fornøyd med den oppdagelsen at det instrumentelle, det maktfokuserte og det institusjonelle perspektivet sammen gir et helhetsbilde av debatten om eller motstanden mot innføringen av kvalitetsledelse i de undersøkte sykehusene. Neste fremgangsmåte er å finne et perspektiv som intenderer å favne mange sider ved menneskelig samhandling, og prøve om dette alene kan gi helhetlig innsikt i omtalte debatt eller motstand.

Idet vi velger den siste fremgangsmåten, velger vi også å dvele ved sosiologen Pierre Bourdieus konstruktivistiske strukturalisme. Dette skyldes ikke bare at denne tilnærmingen intenderer å favne mange sider ved menneskelig samhandling. Det skyldes også at den har vist seg velegnet til å belyse reaksjoner på reformtiltak i en ekspertorganisasjon, med andre ord samme type organisasjon som granskes i foreliggende studie (jfr. Sirnes 1998).

En redegjørelse for Bourdieus begrepsmessige rammeverk og en vurdering av dette i forhold til debatten om eller motstanden mot kvalitetssatsingen i de undersøkte sykehusene følger i de neste kapitlene.

## KAPITTEL 8

### EN ALTERNATIV TILNÆRMING

Dette kapitlet vil gi en redegjørelse for sosiologen Pierre Bourdieus konstruktivistiske strukturalisme eller begreper om kapital, felt og habitus. Bakgrunnen for denne redegjørelsen er at disse begrepene vil benyttes til å søke helhetlig innsikt i debatten og motstanden som oppstod da kvalitetskonseptet skulle innføres i sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebakk og Sivann<sup>286</sup>. Som allerede antydnet er begrepene utviklet med referanse til samfunnsnivå, men ansett som velegnede å belyse forhold også på organisasjonsnivå<sup>287</sup>.

#### 8.1. KAPITAL

##### 8.1.1. Bourdieus kapitalbegrep

I sosiologen Pierre Bourdieus konstruktivistiske strukturalisme står begrepet om kapital sentralt. Perspektivet representerer en forestilling om at individene kan besitte fire hovedformer for kapital eller ressurser, nemlig økonomisk kapital, kulturell kapital, sosial kapital og symbolsk kapital (Callewaert 1996; Jenkins 1992)<sup>288</sup>.

Når det bourdieusianske perspektivet angir at individene kan besitte økonomisk kapital, refererer det til inntekt og formue. Det viser til at denne formen for kapital kan institusjonaliseres gjennom blant annet eiendomsrett (Callewaert 1996; Jenkins 1992).

I motsetning til den økonomiske kapitalen er den kulturelle kapitalen som individene kan besitte ifølge omtalte perspektiv av immateriell karakter. Nærmere bestemt dreier den seg om språkbruk, kunnskaper, estetisk smak, verdensbilder o.a., ervervet gjennom oppvekstmiljø og skolegang m.v.. Perspektivet tilsier at også kulturell kapital kan institusjonaliseres. Det angir at dette kan skje gjennom utdannings- og yrkestitler m.v. (Ekström 1997).

---

<sup>286</sup> De omtalte begrepene vil benyttes i forhold til debatten om kvalitetssatsingen i det påfølgende kapittel 9.

<sup>287</sup> Jfr. de foregående kapitlene 2.1. og 7.4.

<sup>288</sup> Perspektivet gir adgang til å tilføye en femte hovedform for kapital, omtalt som politisk kapital. Politisk kapital er langt på vei identisk med sosial kapital, men avgrenset til å dreie seg om medlemskap i politiske partier m.v. (Fugelli m.fl. 2003).

Liksom den kulturelle kapitalen er den sosiale kapitalen som individene kan besitte ifølge omtalte perspektiv av immateriell art. Nærmere bestemt dreier den seg om gruppe-medlemskap og nettverksrelasjoner. Perspektivet tilsier at også sosial kapital kan institusjonaliseres gjennom utdannings- og yrkestitler m.v. (Callewaert 1996; Hjellbrekke 1997b).

Ifølge omtalte perspektiv kan enhver av de tre presenterte hovedformene for kapital konverteres til én eller to av de øvrige kapitalformene. Som eksempel på dette nevnes at kulturell kapital kan benyttes for å øke så vel sosial som økonomisk kapital (Jenssen 1997).

Perspektivet angir også at de tre presenterte hovedformene for kapital kan konverteres til den fjerde hovedformen for kapital, nemlig symbolsk kapital. Det uttrykker at all økonomisk, kulturell og sosial kapital som er institusjonalisert eller av andre årsaker ansett for å være legitim og verdifull kan representere sistnevnte kapitalform. Samtidig tilsier det at symbolsk kapital kan danne grunnlag for å utøve symbolsk makt. Det uttrykker at symbolsk makt er å forstå som en kraft til å prege andre mennesker slik at de antar ens egne verdensbilder eller forestillinger om hva som er verdifullt o.a. (Bourdieu 1990b, 1995, 1996, 2000; Broady 1989; Callewaert 1996; Fugelli m.fl. 2003; Jenkins 1992).

Videre angir perspektivet at individene i regelen vil søke å maksimere betydningen av den kapitalen de i utgangspunktet besitter, skaffe seg mer kapital, skille seg ut fra andre mennesker og høyne sine posisjoner i bestemte sosiale kontekster. Dog uttrykker det også at de kan avfinne seg med gitte posisjoner i slike settinger (Bourdieu 1995; Moe 1995).

Som ovennevnte opplysninger indikerer, tilsier perspektivet at individenes former for kapital og mengder av kapital vil gi dem forskjellige posisjoner i bestemte sosiale kontekster. Det uttrykker også at deres forskjellige posisjoner vil disponere for ulike holdninger og handlinger. Blant annet angir det at individer som regnes for å være overordnede eller dominerende gjerne uttaler seg om politiske spørsmål, og vice versa (Bourdieu 1995; Callewaert 1996; Jenkins 1992; Moe 1995; Rosenlund 2002).

### **8.1.2. Kapitalbegrepet anvendt i en sykehuskontekst**

En anvendelse av det bourdieusianske perspektivets kapitalbegrep i en sykehuskontekst eller gransking av kapitalfordelingen i forannevnte sykehus viser at den økonomiske kapi-



talen der er skjevfordelt. Nærmere bestemt avdekker omtalte anvendelse eller gransking at de høyeste lønningene tilfaller legene (jfr. Fugelli m.fl. 2003; Rønningen og Solberg 2005).

I ekspertorganisasjoner som sykehus er det dog ikke økonomisk kapital, men kulturell kapital i form av kunnskaper om organisasjonenes kjerneaktiviteter som utgjør det viktigste ressursgrunnlaget<sup>289</sup>. De største kunnskapene om sykehusenes kjerneaktiviteter, det vil si pasientbehandling m.v., besittes av legene<sup>290</sup>. Dette er da også bakgrunnen for de høye lønningene som tilfaller disse profesjonsutøverne, samt de dominerende posisjonene de innehar i omtalte organisasjoner<sup>291</sup>. Dog er betydelige kunnskaper om nevnte aktiviteter samlet hos sykepleierne og andre helsearbeidere. Dette skyldes blant annet deres innsats for å teoretisere samt vitenskapeliggjøre deres respektive fag med tanke på heving av egne posisjoner i omtalte organisasjoner<sup>292</sup>.

Innen sykehusene er det imidlertid ikke bare kulturell kapital i form av kunnskaper om institusjonenes kjerneaktiviteter som har betydning. Sosial kapital eller medlemskap i grupper med goder som den enkelte kan utnytte ved utøvelse av disse aktivitetene tillegges stor vekt. Også slike ressurser er det gjerne legene som har mest av (jfr. Fugelli m.fl. 2003). Dog er denslags ressurser i høy grad til stede hos sykepleierne og andre helsearbeidere (jfr. Hamran 1995).

Sykehusansattes kulturelle og sosiale kapital av ovennevnte art er institusjonalisert gjennom yrkestitler som overlege, sykepleier, bioingeniør m.v.. Nevnte personers viktigste kapitalformer er dermed også konvertert til symbolsk kapital (jfr. Fugelli m.fl. 2003).

## **8.2. FELT**

### **8.2.1. Bourdieus feltbegrep**

Pierre Bourdieus konstruktivistiske strukturalisme setter fokus på begrepet om felt. Perspektivet angir at et felt er et samfunnsmessig akseptert aktivitetsområde der ulike grupper kjemper for sine interesser, samt strides om hva som skal være områdets normer og verd-

---

<sup>289</sup> Jfr. foregående kapittel 5.3.

<sup>290</sup> Jfr. foregående note 44.

<sup>291</sup> De dominerende posisjonene til legene er omtalt i foregående kapittel 5.2.

<sup>292</sup> Jfr. foregående note 44 og foregående kapittel 5.2.

settingskriterier (Bourdieu 1993; Callewaert 1996; Jenkins 1992; Rekdal 2002; Vestheim 1994)<sup>293</sup>.

Denne definisjonen betyr at et felt representerer en avgrenset del av den sosiale helheten. Samtidig innebærer den at bruk av betegnelsen felt fordrer oppfyllelse av visse krav.

Første krav er det må eksistere en viss mengde individer som har et felles anliggende. Det de forutsettes å ha felles er en tro på og en enighet om at det er verdt å delta i den kamparenaen som et felt utgjør. Troen på at det de holder på med er viktig kalles feltets doksa (Bourdieu 1999; Callewaert 1996; Jenkins 1992; Rekdal 2002; Rogg 2003).

Selv om individene forutsettes å ha en grunnleggende enighet, ventes de samtidig å være uenige om hvordan de skal forholde seg til doksaen. Dette ventes å medføre kontinuerlige kamper om hvilke verdensbilder som skal gjelde eller hva som skal anses for å være verdifullt o.a.. Kampene oppgis å stå mellom overordnede eller dominerende individer med ønsker om å beholde symbolsk kapital og makt, samt underordnede personer med ønsker om å erverve slike goder (Bourdieu 1993; Callewaert 1996; Jenkins 1992; Rekdal 2002).

Det påpekes at deltagelse i omtalte kamper krever kunnskaper om hvilken økonomisk, kulturell og sosial kapital som lar seg konvertere til symbolsk kapital i det aktuelle feltet. Samtidig presiseres det at slike kunnskaper kan erverves gjennom så vel oppvekstmiljø som skolegang o.a. (Bourdieu 1993; Callewaert 1996; Jenkins 1992; Rekdal 2002).

Videre fremholdes det at omtalte kamper kan medføre en viss endring av feltet. Dog understrekes det at det også vil være en viss stabilitet i området. En sentral begrunnelse for sistnevnte forhold er at individene ønsker å unngå de tap av investeringer som en total omveltning kan forårsake (Bourdieu 1993).

Ellers poengteres det at kamper foregår ikke bare innenfor det enkelte felt. Det påpekes at individene som konstituerer et gitt felt kan oppleve at personer fra andre felt kjemper for å komme inn på deres område, endre deres verdensbilder o.a., samt overta det hegemoni eller den dominans de måtte ha i bestemte sosiale kontekster. Med andre ord fremholdes det at

---

<sup>293</sup> Et typisk eksempel på et felt er motebransjen, der moteskaperne strides om hvilke antrekk som representerer god smak (Broady og Palme 1993).

kamper foregår også mellom forskjellige felt som bidrar til å danne den sosiale helheten (Callewaert 1996; Jenkins 1992).

### 8.2.2. Feltbegrepet anvendt i en sykehuskontekst

En anvendelse av det bourdieusianske perspektivets feltbegrep i en sykehuskontekst tilsier at det er to større felt eller aktivitetsområder som konstituerer det enkelte sykehus. Det ene er helsefeltet som består av helsepersonellet, og det andre er administrasjonsfeltet som består av de administrativt ansatte<sup>294</sup>.

Helsefeltet har vært overordnet eller dominerende i forhold til administrasjonsfeltet opp til våre dager. Innen førstnevnte felt igjen har legene hatt høyest posisjoner eller mest symbolsk kapital og makt. Feltets tradisjonelle verdensbilder er da også preget av omtalte profesjonsutøvere. Disse bildene angir at alle som trenger medisinsk behandling skal tilstås dette raskest mulig, at såkalt periferikvalitet i forbindelse med slike tjenester er av underordnet betydning, og at det samme gjelder økonomiske aspekter (jfr. Fyrand 1992; Lian 1999)<sup>295</sup>.

Innen helsefeltet kjemper sykepleiere og andre helsearbeidere for å oppnå høyere posisjoner eller mer symbolsk kapital og makt, og dermed større muligheter for å påvirke feltets tradisjonelle verdensbilder. En vesentlig årsak til disse kampene er at omtalte yrkesutøvere har fått mer teoretisk og vitenskapelig preget utdanning. Ett av målene med kampene er å sikre økt oppmerksomhet omkring såkalt periferikvalitet (jfr. Hamran 1997; Kirkevold 1989; Repstad 1997).

Dog er det ikke bare innen helsefeltet det kjempes om posisjoner. Helsefeltets deltagere opplever også at administrasjonsfeltets deltagere kjemper for å overta førstnevntes overordnede eller dominerende posisjon i sykehusene, og endre deres tradisjonelle verdensbilder. En vesentlig årsak til denne kampen er reduserte bevilgninger til sykehussektoren, og derav følgende behov for økt styring med bruken av ressurser. Ett av målene med kampen er å sikre større fokus på økonomiske aspekter<sup>296</sup>.

---

<sup>294</sup> Jfr. foregående kapittel 5.2.

<sup>295</sup> Periferikvalitet er omtalt i foregående kapittel 4.1.

<sup>296</sup> Jfr. foregående kapitlene 5.1. samt NOU 2003:1.

## 8.3. HABITUS

### 8.3.1. Bourdieus habitusbegrep

Pierre Bourdieus konstruktivistiske strukturalisme setter fokus på begrepet om habitus. Perspektivet angir at habitus representerer enkeltindividers og gruppers disposisjoner for å oppfatte, vurdere og handle i sosiale sammenhenger. Det uttrykker at habitusen til ett individ ikke vil være identisk med habitusen til et annet individ, siden livserfaringene varierer fra person til person. Dog tilsier det at habitusene til individer med beslektede posisjoner innen et felt eller det sosiale rom kan ligne hverandre (Hjellbrekke 1997a; Jenssen 1997)<sup>297</sup>.

Omtalte perspektiv angir at habitus får sin opprinnelige utforming når individene konfronteres med aktører i oppvekstmiljøer og skolesituasjoner. Ifølge dette perspektivet vil individene oppleve at nevnte aktører søker å påvirke dem til å erverve bestemte former for kapital eller anta bestemte forestillinger om hva som er verdifullt m.v.. Perspektivet uttrykker at individene følgelig vil kroppsliggjøre visse sosiale strukturer eller over- og underordningsrelasjoner. Samtidig tilsier det at denne kroppsliggjøringen vil ta form av disposisjoner for å oppfatte, vurdere og handle, med andre ord habitus (Bourdieu 1990b; Broady 1983, 1989; Callewaert 1996; Hjellbrekke 1997a; Jenkins 1992; Jenssen 1997).

Videre angir omtalte perspektiv at den habitus som opprinnelig er nedlagt i individene forblir uendret dersom den konvergerer med den habitus som gjennomsyrrer nye felt de måtte innta, eksempelvis arbeidssituasjoner. Det uttrykker at førstnevnte habitus kan modifiseres dersom den divergerer med sistnevnte habitus, alternativt bevirke modifikasjoner av denne. Samtidig tilsier det at dersom førstnevnte habitus verken konvergerer med sistnevnte habitus, lar seg tilpasse til sistnevnte habitus eller evner å bevirke modifikasjoner av denne, vil individene forlate feltene (Broady 1989).

Sist, men ikke minst angir omtalte perspektiv at de skisserte forholdene bidrar til å forklare både reproduksjon og endring av feltene i det sosiale rom. Samtidig uttrykker det at de anskueliggjør hvordan individene dels er bundet av strukturer og dels handler selvstendig (Bourdieu m.fl. 1995; Broady 1983, 1989; Hjellbrekke 1997a; Østerberg 1995).

---

<sup>297</sup> Begrepet om det sosiale rom erstatter den intuitive opplevelsen av et samfunn med tanken om et flerdimensjonalt, geometrisk rom definert av posisjoner som er relatert til hverandre, samt posisjonenes innbyrdes avstand (Callewaert 1996).

### 8.3.2. Habitusbegrepet anvendt i en sykehuskontekst

En anvendelse av det bourdieusianske perspektivets habitusbegrep i en sykehuskontekst viser at ulike habitusformer er knyttet til ulike yrkesutøvere og avdelinger i sykehusene (jfr. Dahle 1997; Gjerberg og Hofoss 1998; Lærum 1980; Solheim 2001).

Omtalte anvendelse avdekker for det første at habitusen til legene i mange henseender divergerer med den habitus som kvalitetskonseptet impliserer. Dette tilskrives det forhold at deres utdanning disponerer for å foretrekke organfokuserte tilnærminger fremfor helhetlige tilnærminger, arbeidsdeling fremfor samarbeid, medisinsk ledelse fremfor profesjonell ledelse, medisinsk selvstyre fremfor byråkratisk styring m.v.<sup>298</sup>.

I motsetning til habitusen som kjennetegner legene vil habitusen som karakteriserer yngre generasjoner sykepleiere og andre helsearbeidere i mange henseender konvergere med den habitus som kvalitetskonseptet impliserer. Dette tilskrives det forhold at deres utdanning disponerer for å verdsette helhetlige tilnærminger, samarbeid, profesjonell ledelse og byråkratisk styring m.v.<sup>299</sup>. Habitusen til eldre generasjoner sykepleiere og andre helsearbeidere kan dog avvike fra den habitus som kvalitetskonseptet impliserer. En vesentlig årsak til dette anses for å være den kjensgjerning at deres utdanning gjerne er mer praktisk enn teoretisk orientert (jfr. Hamran 1997; Skaset 2003).

Ikke bare habitusen til ulike yrkesutøvere, men også habitusen ved ulike avdelinger i sykehusene varierer, som nevnt ovenfor<sup>300</sup>.

Habitusen ved kirurgisk avdeling i det enkelte sykehus kan i stor grad divergere med den habitus som kvalitetskonseptet impliserer (jfr. Gjerberg og Hofoss 1998). Dette tilskrives to forhold. Det ene forholdet er at avdelingens arbeidsoppgaver disponerer for å verdsette intervensjon, altså raske undersøkelser og inngrep, og at avdelingen da heller ikke har tradisjon for å legitimere seg ved hjelp av detaljerte dokumenter<sup>301</sup>. Neste forhold er at primærbrukernes gjennomsnittlig begrensede helsefaglige innsikt disponerer for å legge liten vekt på brukermedvirkning<sup>302</sup>.

---

<sup>298</sup> Jfr. foregående kapittel 7.1.2.3.

<sup>299</sup> Som note 298.

<sup>300</sup> Figur 7.5. kan tjene som en illustrasjon av dette.

<sup>301</sup> Kirurgisk avdeling har hentet legitimitet direkte fra den enkelte profesjonsutøver (jfr. Becker m.fl. 1961).

<sup>302</sup> Det minnes om at kirurgisk avdelings primærbrukere er pasienter (jfr. foregående note 43).

Den habitus som operasjonsavdelingen besitter kan i mindre grad enn habitusen ved kirurgisk avdeling divergere med den habitus som kvalitetskonseptet impliserer. Dette tilskrives det forhold at selv om også operasjonsavdelingens arbeidsoppgaver disponerer for å verdsette intervensjon, vil primærbrukernes betydelige helsefaglige innsikt disponere for å legge stor vekt på brukermedvirkning<sup>303</sup>.

Habitusen ved medisinsk avdeling kan i mindre grad enn habitusen ved operasjonsavdelingen divergere med den habitus som kvalitetskonseptet impliserer. Dette tilskrives to forhold. Det ene forholdet er at den enkelte avdelings arbeidsoppgaver regnes for å være mer habituskonstituerende enn primærbrukernes helsefaglige innsikt (jfr. Broady 1989). Neste forhold er at medisinsk avdelings arbeidsoppgaver disponerer for å verdsette observasjon, altså grundige undersøkelser og behandlinger med påfølgende iakttagelser, og at avdelingen da også har tradisjon for å legitimere seg ved hjelp av detaljerte dokumenter<sup>304</sup>.

Den habitus som psykiatrisk avdeling besitter kan i mindre grad enn habitusen ved medisinsk avdeling divergere med den habitus som kvalitetskonseptet impliserer (jfr. Kirschner 1998). Dette tilskrives to forhold. Det ene forholdet er at den enkelte avdelings arbeidsoppgaver regnes for å være mer habituskonstituerende enn primærbrukernes helsefaglige innsikt, som allerede angitt. Neste forhold er at psykiatrisk avdelings arbeidsoppgaver disponerer for å tillegge observasjon spesielt stor vekt, og at avdelingen da også har tradisjon for å legitimere seg ved hjelp av spesielt detaljerte dokumenter<sup>305</sup>.

Habitusen ved klinisk-kjemisk avdeling kan i mindre grad enn habitusen ved psykiatrisk avdeling divergere med den habitus som kvalitetskonseptet impliserer (jfr. Kjøde 1997). Dette tilskrives to forhold. Det ene forholdet er at også klinisk-kjemisk avdelings arbeidsoppgaver disponerer for å tillegge observasjon spesielt stor vekt, og at også denne avdelingen har tradisjon for å legitimere seg ved hjelp av spesielt detaljerte dokumenter. Neste forhold er at primærbrukernes betydelige helsefaglige innsikt disponerer for å aksentuere brukermedvirkning<sup>306</sup>.

---

<sup>303</sup> Det minnes om at operasjonsavdelingens primærbrukere er helsepersonell (jfr. foregående note 43).

<sup>304</sup> For ordens skyld nevnes at medisinsk avdelings primærbrukere i gjennomsnitt har begrenset helsefaglig innsikt, da de representerer pasienter (jfr. foregående note 43).

<sup>305</sup> For ordens skyld nevnes at psykiatrisk avdelings primærbrukere i gjennomsnitt har begrenset helsefaglig innsikt, da de representerer pasienter (jfr. foregående note 43).

## KAPITTEL 9

### EN ALTERNATIV TOLKNING

I dette kapitlet vil Pierre Bourdieus begrepsmessige rammeverk benyttes til å søke helhetlig innsikt i debatten og motstanden som oppstod da kvalitetskonseptet skulle innføres i sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann. Med andre ord vil et bourdieusiansk perspektiv anvendes til å foreta en ny fortolkning av debattens forløp, debatt-deltagelsen, profesjonsutøvernes og avdelingenes holdninger, argumentene i debatten og informantenes utfyllende forklaringer på diskusjonen.

#### 9.1. AD DEBATTENS FORLØP

Et bourdieusiansk perspektiv kan forståeliggjøre den kjensgjerning at det oppstod en heftig diskusjon om innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Nærmere bestemt gir perspektivet adgang til å tolke dette som et resultat av to forhold. Det første forholdet er at kvalitetssatsingen ble betraktet som et fremstøt for å la administrasjonsfeltets deltagere overta den overordnede posisjonen som helsefeltets deltagerne har hatt i sykehusene. Neste forhold er at reformen ble ansett som et forsøk på å gi administrasjonens habitus økt verdi på bekostning av helsepersonells habitus-former eller å endre sistnevntes verdsettingskriterier.

Flere informanter kom med uttalelser som antydte en tolkning av ovennevnte art. Én av dem som gjorde dette var direktøren ved Hafli sykehus. Han ytret følgende:

*Mange protester mot kvalitetssatsingen kunne skyldes frykt for implikasjoner som økt byråkratisk styring, sterkere krav om fokus på ressursbruk og større fordringer om å innta et helhetssyn på pasientene.*

Personen i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent kunngjorde dette:

*For å dokumentere kvalitetskonseptets aktualitet, laget jeg en videofilm som viste hvilken vandre- og venteprosess pasientene måtte igjennom fra de ankom sykehuset til de havnet på riktig avdeling. Denne filmen fikk visse tilskuere til å utbryte at vi*

---

<sup>306</sup> Det minnes om at klinisk-kjemisk avdelings primærbrukere er helsepersonell (jfr. foregående note 43).

*straks måtte bedre de forhold den avdekket. Mange stilte dog spørsmål om riktigheten av å prioritere slike tiltak fremfor å skaffe flere mennesker medisinsk behandling.*

Avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling formulerte seg slik:

*Kvalitetssatsingen lot til å inngå i en plan som ble tydeliggjort ved at direktøren sluttet å bruke hvit frakk, slik leger gjør, og tidvis innta lunsj med oss<sup>307</sup>. Nærmere bestemt fortonet den seg som del av en strategi for å gi direktøren en overordnet posisjon og en rett til å omforme vår logikk eller vår tenkemåte.*

Oversykepleieren ved samme avdeling brukte disse ordene:

*Med innføringen av kvalitetsledelse fulgte en bestemmelse om at direktøren og kvalitetspersonellet skulle godkjenne de forbedringsprosjekter som avdelingenes ansatte ønsket å iverksette. Dette betydde at administrasjonen opphøyet seg til å fortelle oss både hva vi burde forbedre og hvordan vi burde gjøre det.*

Andre informanter formidlet lignende budskap.

## **9.2. AD DEBATTENS DELTAGERE**

Et bourdieusiansk perspektiv kan forståeliggjøre den kjensgjerning at det var legene som i særlig grad fremsatte kritikk av planene om å innføre kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Nærmere bestemt gir perspektivet adgang til å tolke dette som et resultat av to forhold. Det første forholdet er at legene har størst beholdning av den kapital som fremfor alt kan konverteres til symbolsk kapital i helsefeltet, nemlig kunnskaper om pasientbehandling, og følgelig også overordnede posisjoner der. Neste forhold er at legene som innehavere av overordnede posisjoner gjerne opptrer som talspersoner.

## **9.3. AD PROFESJONSUTØVERNES HOLDNINGER**

Et bourdieusiansk perspektiv kan forståeliggjøre den kjensgjerning at ulike profesjonsutøvere langt på vei var enige om å markere motstand mot innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Nærmere bestemt gir perspektivet adgang til å tolke dette som et resultat av to forhold. Det første forholdet er at ikke bare legenes habitus, men også eldre generasjoner sykepleieres og andre helsearbeideres habitus i flere henseender kan avvike fra kvalitetskonseptets idéer. Neste forhold er at representanter for samtlige profesjonsutøvere ønsket å unngå en så omfattende endring av



helsefeltets verdensbilder og verdsettingskriterier som innføring av kvalitetsledelse kunne bevirke, blant annet for ikke å tape investert kapital.

#### **9.4. AD AVDELINGENES HOLDNINGER**

Et bourdieusiansk perspektiv kan forståeliggjøre den kjensgjerning at ulike blokker og avdelinger hadde noe forskjellige syn på innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Nærmere bestemt gir perspektivet adgang til å tolke dette som et resultat av at avdelingene i det enkelte sykehus kan preges av habitusformer som i varierende grad faller sammen med kvalitetskonseptets idéer. Det forhold at avdelingene kan kjennetegnes av slike habitusformer tilskrives ulike arbeidsoppgaver og primærbrukere.

#### **9.5. AD ARGUMENTER OG UTFYLLENDE FORKLARINGER**

Et bourdieusiansk perspektiv kan forståeliggjøre profesjonsutøvernes argumenter i debatten om innføringen av kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Samme perspektiv kan også forståeliggjøre deres utfyllende forklaringer på det faktum at det oppstod diskusjon om nevnte reform. Dette har sammenheng med perspektivets forutsetninger om at individene sine posisjoner i gitte felt samt egenskaper ved disse feltene vil gjøre dem tilbøyelige til å innta bestemte holdninger eller danne seg visse verdensbilder<sup>307</sup>. På bakgrunn av disse forutsetningene synes det rimelig å tolke profesjonsutøvernes argumenter og utfyllende forklaringer som uttrykk for deres respektive virkelighetsoppfatninger.

#### **9.6. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON**

I kapittel 9 er et bourdieusiansk perspektiv benyttet til å søke helhetlig innsikt i debatten og motstanden som oppstod under forsøkene på å innføre kvalitetsledelse i Hafli sykehus og de øvrige institusjonene i foreliggende studie. Kapittelet har vist at perspektivet kan forståeliggjøre samtlige sider ved denne debatten og motstanden.

---

<sup>307</sup> Fem av de seks direktørene i foreliggende studie hadde sluttet å bruke hvit frakk som arbeidsantrekk.

<sup>308</sup> Informanten i kombinert stilling som overlege og kvalitetskonsulent representerte et tydelig eksempel på det forhold at et individs posisjoner kan påvirke dets holdninger. I egenskap av overlege betraktet han kaskadeopplæring som en lite egnet metode for å implementere kvalitetskonseptet. Som kvalitetskonsulent var han dog på utkikk etter mer effektive fremgangsmåter for å iverksette denne oppskriften.

## KAPITTEL 10

### AVSLUTNING OG TEORIVURDERING

Foreliggende studie har avdekket til dels betydelig motstand mot innføring av kvalitetsledelse i forskjellige sykehus som deltok i et prosjekt med det formål å fremme nevnte organisasjonsoppskrift i helseinstitusjoner. Studien har også vist at etablerte organisasjonsteoretiske perspektiver har begrenset kraft til å forklare denne motstanden. Nærmere bestemt har studien tilkjennegitt at verken det instrumentelle, det maktfokuserte eller det institusjonelle perspektivet alene kan forståeliggjøre alle aspekter ved nevnte empiriske fenomen. Den har anskueliggjort at de tre perspektivene må sammenstilles for å kunne gi helhetlig innsikt i fenomenet. Dog har den demonstrert at et perspektiv som foreløpig er lite anvendt på organisasjonsnivå, nemlig et bourdieusiansk perspektiv, kan belyse samtlige sider ved motstanden mot innføring av kvalitetsledelse i sykehus. Disse forholdene gjør det rimelig å foreta nærmere sammenligninger og vurderinger av perspektivene.

Som et første ledd i sammenligninger av omtalte art rettes søkelyset mot det instrumentelle perspektivets forutsetninger om menneskelig samhandling. Dette perspektivet tilsier at når organisasjonenes toppledere initierer en reform som innføring av kvalitetsledelse, vil øvrige organisasjonsmedlemmer stort sett betrakte den som velegnet til å realisere organisasjonenes overordnede mål, og støtte opp om den. Det angir at eventuell motstand mot reformen kan tilskrives ledernes mangelfulle planlegging og implementering av den, og følgelig også medarbeidernes svake kunnskaper om hva den innebærer.

Et bourdieusiansk perspektiv tilsier at organisasjonsmedlemmer vil evaluere en reform som innføring av kvalitetsledelse med henblikk på flere forhold enn kraft til å realisere organisasjonenes overordnede mål. Nærmere bestemt uttrykker det at de i tillegg vil vurdere hvorvidt reformen harmonerer med den habitus eller de verdensbilder og verdier de har utviklet som følge av bestemte posisjoner i bestemte felt. Det angir da også at motstand mot reformen kan tilskrives blant annet implikasjoner som omdefineringer av verdsettingskriteriene i de berørte feltene (jfr. bl.a. Sirnes 1998).

Som et andre ledd i sammenligninger av omtalte art rettes søkelyset mot det maktfokuserte perspektivets forutsetninger om menneskelig samhandling. Dette perspektivet tilsier at når organisasjonenes toppledere initierer en reform som innføring av kvalitetsledelse, vil enkelte organisasjonsmedlemmer betrakte den som tap av makt og dermed mindre adgang til ressurser eller realisering av egne interesser, mens andre organisasjonsmedlemmer vil se den som det motsatte. Det angir da også at motstand mot reformen kan tilskrives den omstendighet at den oppfattes som tap av nevnte aktivum.

Et bourdieusiansk perspektiv betoner enda sterkere at organisasjonsmedlemmer vil evaluere en reform som innføring av kvalitetsledelse med henblikk på flere forhold enn makt til å erverve materielle goder. Nærmere bestemt tydeliggjør det at de i tillegg vil vurdere hva reformen betyr for deres makt til å utbre verdensbilder og verdier, med andre ord deres symbolske makt<sup>309</sup>. Det angir da også at motstand mot reformen kan tilskrives blant annet den omstendighet at den oppfattes som tap av sistnevnte aktivum (jfr. bl.a. Jenkins 1992).

Som et tredje ledd i sammenligninger av omtalte art rettes søkelyset mot det institusjonelle perspektivets forutsetninger om menneskelig samhandling. Dette perspektivet tilsier at når organisasjonenes toppledere initierer en reform som innføring av kvalitetsledelse, kan øvrige organisasjonsmedlemmer regne den for å stride mot anliggender som dreier seg om normer og verdier de har felles. Det angir da også at motstand mot reformen kan tilskrives den omstendighet at den oppfattes som uforenlig med nevnte elementer.

Et bourdieusiansk perspektiv tilsier at organisasjonsmedlemmer vil evaluere en reform som innføring av kvalitetsledelse med henblikk på flere forhold enn overensstemmelse med normer og verdier de har felles. Nærmere bestemt uttrykker det at de i tillegg vil vurdere hvorvidt reformen harmonerer med verdensbilder og verdier som preger bestemte felt i den enkelte organisasjon. Det angir da også at motstand mot reformen kan tilskrives blant annet den omstendighet at den oppfattes som uforenlig med sistnevnte elementer (jfr. bl.a. Alvsen 1993).

De foranstående sammenligningene av det instrumentelle, det maktfokuserte og det institusjonelle perspektivet med et bourdieusiansk perspektiv tydeliggjør at de tre førstnevnte per-

---

<sup>309</sup> Det forhold at organisasjonsmedlemmer legger vekt på symbolsk makt understrekes i omtalen av statuskamp hos Torgersen (1994).

spektivene favner et begrenset sett av aspekter ved menneskelig samhandling. Sammenligningene indikerer samtidig at de tre førstnevnte perspektivene inntar bestemte posisjoner på en skala der det syn at aktører handler selvstendig og det syn at aktører er bundet av strukturer utgjør ytterpunktene<sup>310</sup>. På denne bakgrunn synes det riktig å vurdere disse perspektivene som endimensjonale (jfr. Alexander 1982).

Foranstående sammenligninger tydeliggjør videre at det instrumentelle, det maktfokuserte og det institusjonelle perspektivet kan anses for å innebære enkelte av flere rimelige forestillinger om menneskelig samhandling, ifølge et bourdieusiansk perspektiv. Sammenligningene antyder at disse tre perspektivene kan regnes for å bli anbefalt brukt som supplementer til begrepene om kapital, felt og habitus ved analyser av empiriske fenomener, ifølge Bourdieu (jfr. Rosenlund 2002). De indikerer samtidig at hans perspektiv innbyr til forflytninger på en skala der det syn at aktører handler selvstendig og det syn at aktører er bundet av strukturer utgjør ytterpunktene ved slike analyser. På denne bakgrunn synes det riktig å vurdere dette perspektivet som multidimensjonalt (jfr. Alexander 1982).

Bourdieu innbyr dog ikke bare til å bruke flere teorier. Han kommer også med en oppfordring om å gjøre vår egen vitenskapelige virksomhet til gjenstand for kritiske ettertanker (jfr. Kvalsvik 1995; Rosenlund 2002).

Som et første ledd i å følge en slik oppfordring vil jeg henlede oppmerksomheten på foreliggende studies problemstilling. Denne problemstillingen er som kjent et spørsmål om hva som kan forklare motstand mot innføring av kvalitetsledelse i sykehus. Ved å stille et slikt spørsmål kan jeg bli ansett for å ha som hovedanliggende å vise at opposisjon av omtalte art representerer en patologisk tilstand som må undersøkes og overvinnes. Jeg kan da også bli regnet for å tilstrebe en posisjon i administrasjonsfeltet innen det enkelte sykehus.

Mitt andre grep for å følge en oppfordring av omtalte art er å rette søkelyset mot foreliggende studies kapittel om konfrontasjonen med kvalitetskonseptet. Slik dette kapittelet er utformet, kan jeg bli ansett for å ha som hovedanliggende å vise at administrativt ansattes fremgangsmåter ved innføring av nevnte konseptet i de undersøkte sykehusene var viktige

---

<sup>310</sup> Det instrumentelle perspektivet angir at aktører handler relativt selvstendig. Ifølge det maktfokuserte og det institusjonelle perspektivet er aktører i betydelig grad bundet av strukturer (jfr. bl.a. Henriksen 1997).

årsaker til motstanden mot denne oppskriften. Jeg kan da også bli regnet for å tilstrebe en posisjon i helsefeltet innen det enkelte sykehus.

Som et tredje ledd i å følge en oppfordring av omtalte art vil jeg henlede oppmerksomheten på foreliggende studies kapitler om det bourdieusianske perspektivet. Ved å benytte dette perspektivet til å analysere motstand mot innføring av kvalitetsledelse i sykehus kan jeg bli ansett for å ha som hovedanliggende å vise at jeg våger å bevege meg på nye veier innen organisasjonsforskningen. Jeg kan da også bli regnet for å tilstrebe en posisjon i det samfunnsvitenskapelige feltet.

I forlengelsen av disse kritiske ettertankene vil jeg nevne at et spørsmål om hvilke felt forskeren kjemper i kan være utgangspunkt for fremtidige forskningsprosjekter.

Samtidig tør jeg fremholde at et bourdieusiansk perspektiv som følge av dets åpning for mangesidige forståelser av menneskelig samhandling fortjener større anerkjennelse i organisasjonsmessige kontekster.

## LITTERATUR

- Abbott, A. 1988: *The system of professions. An essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Al-Assaf, A.F. 1993: "Introduction and historical background". I A.F. Al-Assaf og J.A. Schmele (red.): *The Textbook of Total Quality in Healthcare*. Delray Beach, Florida: St. Lucie Press.
- Albrow, M. 1990: "Globalization, Knowledge and Society". I M. Albrow og E. King (red.): *Globalization, Knowledge and Society*. London: SAGE.
- Alexander, J.C. 1982: *Theoretical Logic in Sociology*. Berkeley: University of California Press.
- Alvesson, M. 1993: *Cultural perspectives on organizations*. New York: Cambridge University Press.
- Alvesson, M. og S. Deetz 1996: "Critical Theory and Postmodernism: Approaches to Organizational Studies". I S.R. Clegg og C. Hardy (red.) 1999: *Studying Organization. Theory & Method*. London: SAGE.
- Andersen, B. 1997: "Blokstrukturen. Evaluering av ny organisasjonsform ved et sykehus". Bergen: LOS-senteret.
- Andersen, B., R. Gjerde, A.M. Magnussen og J.P. Olsen 1990: "Domstolene som institusjoner: Reformforslag, verdier og situasjonsoppfatninger: Rapport fra et forprosjekt". Bergen: LOS-senteret. LOS-senter-notat 90/21.
- Andersen, H. 1996: "Jürgen Habermas". I H. Andersen og L.B. Kaspersen (red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, H. 1997a: "Rasjonalitet". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, S.S. 1990: "Komparative case-studier og generalisering: Strategier for modellering og utvelgning". I *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 4:367-378.
- Andersen, S.S. 1997b: *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andersland, G.K. 1993: "Service, kvalitet, ledelse". I G. Lahnstein (red.): *Kvalitet i helsetjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget
- Andrésdóttir, A.M., H.P. Bergseth, G.S. Helljesen og E.T. Svärd 1998: *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Arntzen, E. 2002: "Sjukehus med ISO-sertifikat". I *Tidsskrift for helse, medisin, teknikk* nr. 3:22-24.
- Aune, A. 2000: *Kvalitetsstyrte bedrifter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Austgulen, R. og T. Vik 2000: "Ledelse i sykehus – en krevende øvelse". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 9:1091.
- Bakke, N.A. og Ø. Strøm 1998: *Rasjonalitet, makt og omstilling. En case-studie av høyskolereformen 1994-96*. Oslo: Norsk institutt for landbruksøkonomisk forskning.
- Baklien, B. 1985: "Evalueringforskeren mellom barken og veden". I *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 26:457-475.
- Bang, H. 1999: *Organisasjonskultur*. Oslo: Tano.
- Becker, H.S., B. Geer, E.C. Hughes og A.L. Strauss 1961: *Boys in white*. Chicago: University of Chicago Press.

- Berg, O. 1985: "Den kommende despesialisering av klinisk-medisinske funksjoner". I I. Bleiklie, P. Bomann-Larsen, E. Falkum, T. Gran og T.Ø. Jensen (red.): *Politikkens forvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, O. 1987: *Medisinens logikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, O. 1991: "Medikrati, hierarki og marked". I D. Album og G. Midré (red.): *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam.
- Berger, P.L. og T. Luckmann 1990: *Den samfundsskabte virkelighed*. Viborg: Lindhardt og Ringhof.
- Blaikie, N. 1995: *Approaches to Social Enquiry*. Cambridge: Polity Press.
- Bojer, H., F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø 1993: "Dominans". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Bolman, L.G. og T.E. Deal 1991: *Reframing Organizations. Artistry, Choice and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bolman, L.G. og T.E. Deal 1998: *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Bomann-Larsen, P. og T.Ø. Jensen 1985: "Brukerproblemer med forvaltningskultur". I I. Bleiklie, P. Bomann-Larsen, E. Falkum, T. Gran og T.Ø. Jensen (red.): *Politikkens forvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Borum, F. 1990: "Om valg af organisations-sociologisk metode". I I. Andersen (red.): *Valg af organisations-sociologiske metoder – et kombinasjonsperspektiv*. København: Samfundslitteratur.
- Bourdieu, P. 1987: *Choses dites*. Paris: Éditions du Minuit.
- Bourdieu, P. 1990a: *In other Words: Essays towards a Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. 1990b: *The Logic of Practice*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. 1993: *Sociology in Question*. London: SAGE Publications Ltd.
- Bourdieu, P. 1995: *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, P. 1996: *Symbolsk makt*. Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, P. 1999: *Meditasjoner*. Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, P. 2000: *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, P., B.K. Nicolaysen og L.J.D. Wacquant 1995: *Den kritiske ettertanke. Grunnlag for samfunns-analyse*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Brante, T. 1997: "Profesjonssosiologi". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bregnsmo, H. 1997: "Allmenninteresse". I Ø. Østerud, K. Goldmann og M.N. Pedersen (red.): *Statsvitenskapelig leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brekke, M. 1996: "Kulturkløft mellom ledere og klinikere". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 13:1608-9.
- Brint, S. og J. Karabel 1991: "Institutional Origins and Transformations: The Case of American Community Colleges". I W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Broadly, D. 1983: "Dispositioner och positioner. Ett ledmotiv i Pierre Bourdieus sociologi". Stockholm: Universitets- och högskoleämbetet (UHA). Arbetsrapport 1983:2.
- Broadly, D. 1989: "Kapital, habitus, fält. Några nyckelbegrepp i Pierre Bourdieus sociologi". Stockholm: Universitets- och högskoleämbetet (UHA). Arbetsrapport 1989:2.

- Broady, D. 1991: *Sociologi och epistemologi: Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*. Stockholm: HLS Förlag.
- Broady, D. og M. Palme 1993: "Utgivarnas föreord". I P. Bourdieu: *Kultursociologiska texter*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Brox, O. 1995: *Praktisk samfunnsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brun, N. 1993: "Stor interesse for Kvalitetssikringsfond II". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 20:2632.
- Brunsson, N. 1989: *The Organization of Hypocrisy*. New York: John Wiley.
- Brunsson, N. og J.P. Olsen 1990: "Kan organisationsformer väljas?". I N. Brunsson og J.P. Olsen (red.): *Makten att reformera*. Stockholm: Carlsson Bokförlag
- Brunsson, N. og J.P. Olsen 1997: *The Reforming Organization*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brunsson, N. og H. Winberg 1990: "Att genomföra reformer". I N. Brunsson og J.P. Olsen (red.): *Makten att reformera*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Burrell, G. og G. Morgan 1979: *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*. London: Ashgate.
- Busch, T. 1990: "Kognitiv og sosial læringsteori". I O. Nordhaug m.fl.: *Læring i organisasjoner*. Oslo: Tano.
- Bø, E. og G. Lahnstein 2001: *Helselogistikk og kvalitetsledelse*. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Callewaert, S. 1996: "Pierre Bourdieu". I H. Andersen og L.B. Kaspersen (red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Chin, R. og K.D. Benne 1985: "General strategies for effecting changes in human systems". I W.G. Bennis, K.D. Benne og R. Chin: *The Planning of Change*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Christensen, T. 1991: *Virksomhetsplanlegging*. Oslo: Tano.
- Christensen, T. og P. Lægreid 1997: "Forvaltningspolitikk – mot New Public Management?". I T. Christensen og M. Egeberg (red.): *Forvaltningskunnskap*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Christensen, T. og P. Lægreid 1998: *Den moderne forvaltning. Om reformer i sentralforvaltningen*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Christie, W. 1998: "Internasjonale helsereformer – har Norge vært i forkant?". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 7:1023.
- Churchill, G.A. 1991: *Marketing Research: Methodological Foundations*. Chicago: The Dryden Press.
- Crosby, P.B. 1989: *Let's Talk Quality*. New York: McGraw-Hill.
- Crozier, M. 1964/1973: *The Bureaucratic Phenomenon*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Cyert, R.M. og J.G. March 1963/1992: *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Dahl, R.A. 1971: *Polyarchy*. New Haven: Yale University Press.
- Dahl, T. og T.O. Mo 2000: *Gårdagens fagforståelser – dagens problem? Profesjoner, fag og ledelse i sykehus*. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse.
- Dahle, R. 1997: "Med et kjønnsblikk på helsevesenet". I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Dahler-Larsen, P. 1997: "Feltundersøkelse". I Ø. Østerud, K. Goldmann og M.N. Pedersen (red.): *Statsvitenskapelig leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahlgaard, J.J. og K. Kristensen 1992: *Vejen til kvalitet. 90ernes reisefører*. Gylling: Narayana Press.



- Damgaard, E. 1989: "Tradisjoner i komparative studier samt komparativ metode og "state of the art" i dag". Sandvika: Bedriftsøkonomisk Institutt, senter for europeiske studier. Rapport 1989/II.
- Deming, W.E. 1982: *Quality, productivity and competitive position*. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Deming, W.E. 1982/2000: *Out of the crisis*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- DiMaggio, P. 1988: "Interest and Agency in Institutional Theory". I L.G. Zucker (red.): *Institutional patterns and organizations: culture and environment*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger Publishing Company.
- DiMaggio, P.J. og W.W. Powell 1991a: "Introduction". I W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- DiMaggio, P.J. og W.W. Powell 1991b: "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". I W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Drucker, P.F. 1990: "The Emerging Theory of Manufacturing". I *Harvard Business Review* mai-juni:94-102.
- Dyer, W.G. 1982: "Culture in Organizations: A Case Study and Analysis". Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology, Sloan School of Management. Working paper 1279 – 82.
- Easton, D. 1953: *The Political System*. New York: Alfred A. Knopf, Inc.
- Easton, D. 1965: *A Systems Analysis of Political Life*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Egeberg, M. 1984: *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.
- Egeberg, M. 1989: "Mot instrumentelle modeller i statsvitenskapen?". I M. Egeberg (red.): *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling*. Oslo: Tano.
- Eisenhardt, K.M. 1989: "Building Theories from Case Study Research". I *Academy of Management Review* nr. 4:532-550.
- Ekström, M. 1997: "Kulturell kapital". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Elmore, R. 1978: "Organizational models of social program implementation". I *Public Policy* nr. 2:185-228.
- Elstad, I. og T. Hamran 1995: "Forord". I I. Elstad og T. Hamran: *Et kvinnefag i moderniseringen*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Elstad, J.I. 1991: "Én helse- og sosialarbeider? Om profesjonsstrid og lagdeling i helse- og sosialsektoren". I H. Piene (red.): *Helsevesen i knipe*. Oslo: Ad Notam.
- Elster, J. 1974: "Forklaring og dialektikk". I J.E. Ebbestad Hansen (red.) 2001: *Norsk tro og tanke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Elster, J. 1992: "Arguing and Bargaining in the Federal Convention and the Assemblée Constituante". I R. Malnes og A. Underdal (red.): *Rationality and Institutions*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Enderud, H. 1980: "En organisations-sociologisk integrasjonsmodell". København: Institut for organisation og arbejds-sociologi. Forskningsrapport nr. 1.
- Enderud, H. 1986: "Hvad er kvalitative og kvantitative metoder? En tabellarisk idealtipe-oversigt". I H. Enderud (red.): *Hvad er organisations-sociologisk metode? Den 3die Bølge i metodelæren*. Bind 1. Århus: Samfundslitteratur.
- Eng, J. 1991: *Service i helsesektoren. Profesjonenes rolle. Muligheter for fornyelse*. Oslo: Kommuneforlaget.

- Engelstad, F. 1993: "Verdi". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Engelstad, F. 1997: "Norm". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Erichsen, V. 1991: "Sykehusets plass i helsetjenesten i går, i dag, i morgen". Bergen: LOS-senteret. LOS-senter-notat 91/21.
- Erichsen, V. 1996a: "Sykehusets plass i helsetjenesten". I V. Erichsen (red.): *Profesjonsmakt*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Erichsen, V. 1996b: "Profesjonenes forhold til hverandre". I V. Erichsen (red.): *Profesjonsmakt*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Erichsen, V. 1996c: "Helsetjenesten og profesjonene". I V. Erichsen (red.): *Profesjonsmakt*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Erichsen, V. 1996d: "Legene og staten". I V. Erichsen (red.): *Profesjonsmakt*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Eriksen, E.O. 1993: *Den offentlige dimensjon*. Bergen: Tano.
- Eriksen, T. Hylland 1995: *Kulturelle veikryss. Essays om kreolisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eskerud, J.R., T. Andresen, B. Guldvog, H. Piene, P. Skretting og E. Strengehagen 2001: *Rapport fra arbeidsgruppen for utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Etzioni, A. 1982: *Moderne organisasjoner*. Oslo: Tanum.
- Fanghol, K.I. 1994: *Helsepersonell – status og framtidige utfordringer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Fauli, S. 1994: "Total kvalitetsledelse i sykehus". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 15:1747.
- Forseth, U. og I.J. Pettersen 1991: "Den ustyrlige helsesektoren? Team-engasjement og solospill – to motpoler som styrings- og ledelsesstrategi". I H. Piene (red.): *Helsevesen i knipe*. Oslo: Ad Notam.
- Fosse, E. 1997: "Profesjoner og profesjonalisering i helsefremmende og forebyggende arbeid". I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Freidson, E. 1970: *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Fugelli, P., G. Stang og B. Wilmar 2003: "Har medisinen makt?". I P. Fugelli, G. Stang og B. Wilmar (red.): *Makt og medisin*. Oslo: Unipub skriftserier. Rapportserien. Makt- og demokratiutredningen 1998 – 2003. Nr. 57. Mars 2003.
- Fyrand, O. 1989: "Makt i helsevesenet – sykehusarkitekturens rolle". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 34 – 35 – 36 : 3614-3617.
- Fyrand, O. 1992: *Legen – i teknikkens eller menneskets tjeneste?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Førde, R. 2003: "Makt og disiplinering av legestanden". I P. Fugelli, G. Stang og B. Wilmar (red.): *Makt og medisin*. Oslo: Unipub skriftserier. Rapportserien. Makt- og demokratiutredningen 1998 – 2003. Nr. 57. Mars 2003.
- Gabrielsen, R. 1985: *Innføring i organisasjonsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Giertsen, H. 2000: "K og måter å forstå drap på". Dr.avhandling. Oslo: Institutt for kriminologi, Universitetet i Oslo.

- Gjerberg, E. og D. Hofoss 1998: "Dette er ikke noe for småjenter. Legers forståelse av kjønnsforskjeller i spesialistvalg". I *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 1 : 3-27.
- Gjone, T.Aa. og E.C. Aagaard 1991: *Bedrift og ansatt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gleditsch, N.P. 1993: "Infrastruktur". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Goldmann, K. 1997: "Maktbalanse". I Ø. Østerud, K. Goldmann og M.N. Pedersen (red.): *Statsvitenskapelig leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grant, R.M., R. Shani og R. Krishnan 1994: "TQM's Challenge to Management Theory and Practice". I *Sloan Management Review* nr. 2:25-34.
- Grønmo, S. 1997a: "Hypotese". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. 1997b: "Triangulering". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Guba, E.G. og Y.S. Lincoln 1981: *Effective Evaluations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gulbrandsen, T. 1978: "Makt og tillit – skisse til et teoretisk perspektiv". Mastergradsavhandling. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Universitetet i Oslo.
- Guttu, T. 1991: "Kliniker". I T. Guttu (red.): *Aschehoug og Gyldendals store norske ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget
- Gåsadal, O. 1997: "Longitudinell analyse/studie". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haffner, J., F.A. Mürer og O.G. Aasland 2000: "Avdelingsoverlegen – utvalgt og utdannet som leder?". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 25:3004-6.
- Hagtvedt, B. 1993: "Autoritet". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Halsaa, B. 1993: "Flat struktur". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Halvorsen, K. 1987: *Å forske på samfunnet*. Oslo: Bedriftsøkonomens Forlag.
- Halvorsen, T. 1992: "Parsons on Professions. A Post-positivist Debate". Bergen: AHS – Gruppe for flerfaglig arbeidslivsforskning, Universitetet i Bergen.
- Hamran, T. 1995: "Pleie – mellom pasient og helsepolitikk". I I. Elstad og T. Hamran: *Et kvinnefag i moderniseringen*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hamran, T. 1997: "Kunnskap, kvalifikasjonskrav og oppsplitting av et kvinnelig fagfellesskap". I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hannerz, U. 1992: *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*. New York: Columbia University Press.
- Hannerz, U. 1996: *Transnational Connections. Culture, People, Places*. London, New York: Routledge.
- Hansen, F.H. 2001: "Sykehusstruktur i historisk perspektiv". I F.H. Hansen (red.) 2001: *Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår*. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA. NIS-rapport 3/01.

- Haug, A.O. 1992: "Å være pasient – pasienters syn på kvalitet i behandlingen". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 24:3102-5.
- Haugen, I.H. 1993: "Sykepleier". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Haukanes, E.K. og B. Wolstad 1996: "Total kvalitetsledelse i sykehussektoren". Hovedfagsoppgave. Trondheim: Psykologisk institutt, Universitetet i Trondheim.
- Helgøy, I. 1998: "Prøveforelesning over oppgitt emne til dr.polit.-graden". Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Hellevik, O. 1994: *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Henriksen, L.S. 1997: "Aktør". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Henriksen, P. og K.A. Tvedt 1996: "Sosial- og helsedepartementet". I P. Henriksen og K.A. Tvedt (red.): *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon. Supplement 1996*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Hernes, H. 2002a: "Perspektiver på profesjoner". I B. Nylehn og A.M. Støkken (red.): *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hernes, H. 2002b: "Profesjoner og relasjoner". I B. Nylehn og A.M. Støkken (red.): *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hjellbrekke, J. 1997a: "Habitus". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hjellbrekke, J. 1997b: "Sosial kapital". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hjulstad, R. 1989: *Organisasjonsteori*. Oslo: NKS-Forlaget.
- Holme, I.M. og B.K. Solvang 1996: *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano.
- Hood, C. 1991: "A public management for all seasons?". I *Public Administration* nr. 69:3-19.
- Hopen, L., E.H. Vifladt og O.C. Rø 1997: *Prosjekt tverrgående kvalitet ved et sykehus*. Oslo: Statens Helse-tilsyn.
- Hovde, S. 1993: "Byråkrati". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Illich, I. 1996: *Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal.
- Ishikawa, K. 1985: *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Jacobsen, D.I. og J. Thorsvik 1997: *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D.I. 1998: "Motstand mot forandring". I tidsskriftet *Magma* nr. 1:9-25. Oslo: Fagbokforlaget.
- Jenkins, R. 1992: *Key sociologists: Pierre Bourdieu*. London: Routledge.
- Jenssen, A.T. 1997: "Bourdieu, Pierre". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, T.A. 1992: "Egentlige og tilsynelatende kvalitetsproblemer i helsesektoren". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 29:3707-9.
- Johannson, B. 1997: "Autoritet". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Johansen, D. 2000: "Fristilte sykehus – markedsetikk fremfor profesjons- og samfunnsetikk". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 13:1569-72.
- Jordahl, A. 1996: "Ledelse og omstilling i profesjonelle organisasjoner". I T. Colbjørnsen (red.): *Tanke, følelse, handling – perspektiver på lederutvikling. AFFs årbok 1996*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Joss, R. og M. Kogan 1995: *Advancing quality: Total quality management in the National Health Service*. Buckingham: Open University Press.
- Juran, J.M. 1994: "The Upcoming Century of Quality". I *Quality Progress* august:29-37.
- Kalleberg, R. 1993a: "Organisasjonsteori". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kalleberg, R. 1993b: "Omgivelser". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kalleberg, R. 1993c: "Ledelse". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kalleberg, R. 1993d: "Stab". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kalleberg, R. 1993e: "Operative enheter". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kalleberg, R. 1993f: "Spesialisering". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kalleberg, R. 1993g: "Fagbyråkrati". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kalleberg, R. 1993h: "Maskinbyråkrati". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kirkevold, M. 1989: "Er sykepleien en vitenskapelig disiplin?" I *Sykepleien* nr. 13:27-35.
- Kirschner, R. 1998: "Fra prosjekt til program. En case-studie om arbeidet med kvalitetsutvikling på et sentralsykehus". Avhandling for bedømmelse til Master of Health Administration-graden. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- Kjeldstadli, K. 1988: "Nytten av å sammenlikne". I *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 29:435-447.
- Kjellberg, F. og M. Reitan 1995: *Studiet av offentlig politikk*. Oslo: Tano.
- Kjøde, A. 1997: "Kvalitetsforbedring og ledelse i sykehusavdelinger". I T. Colbjørnsen (red.): *AFFs årbok 1997*. Oslo: Administrativt forskningsfond og Cappelen Akademisk Forlag.
- Knight, J. 1992: *Institutions and social conflict*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kortner, O., P. Munthe og E. Tveterås 1988: "Nightingale, Florence". I O. Kortner, P. Munthe og E. Tveterås (red.): *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Kreyberg, H.J. 1978: "Blandingsøkonomi". I H.F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. Nørve, T.I. Romøren, R. Slagstad og M. Vaa (red.): *PaxLeksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Kringlen, E. 1996: *Medisin og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kuhn, T. 1962: *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

- Kuhnle, S. 1997: "Velferdsstat". I Ø. Østerud, K. Goldmann og M.N. Pedersen (red.): *Statsvitenskapelig leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvalsvik, B.N. 1995: "Forord til den norske utgåva". I P. Bourdieu og L.J.D. Wacquant: *Den kritiske ettertanke*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Kyrkjebø, J.M. 1998: *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lahnstein, G. 1993: "Innledning". I G. Lahnstein (red.): *Kvalitet i helsetjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lauridsen, K. og H.J. Schmidt 1986: *Kvalitetsstyring*, bind 1, 2 og 3. 2. rev. utg.. Odense: Erhvervskolernes Forlag.
- Lawrence, P.R. og J.W. Lorsch 1967: *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Boston: Harvard University.
- Lian, O.S. 1999: "Første kapittel: Problemstillinger" og "Andre kapittel: Prioriteringsdilemmaet". I O.S. Lian: "Mellom Hippokrates og Adam Smith". Dr.avhandling. Tromsø: Institutt for sosiologi, Universitetet i Tromsø.
- Lian, O.S. 2003: *Når helse blir en vare*. Kristiansand S.: Høyskoleforlaget.
- Lian, O.S. og J.A. Røttingen 2002: "Legen – homo economicus eller homo sociologicus?". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 17:1682-5.
- Light, D.W. og O.G. Aasland 2003: "Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 13-14:1870-3.
- Lijphart, A. 1971: "Comparative Politics and the Comparative Method". I *The American Political Science Review* nr. 65:682-693.
- Lijphart, A. 1975: "The Comparable-Cases Strategy in Comparative Research". I *Comparative Political Studies* nr. 2:158-177.
- Lin, B. og J. Clousing 1995: "Total Quality Management in Health Care: A Survey of Current Practices". I *Total Quality Management* nr. 1:69-78.
- Lincoln, Y.S. og E.G. Guba 1985: *Naturalistic Inquiry*. California: Sage Publications, Inc.
- Lippestad, J.W. og L.E. Kjekshus 1999: *Evaluering av kvalitetsutvalgene i Oslo-sykehusene*. Oslo: SINTEF Unimed NIS.
- Lochner, R.H. og J.E. Matar 1990: *Designing for Quality*. London: Chapman and Hall.
- Lohrum, C. 1996: "Post-Aquisition Integration. Towards an Understanding of Employee Reactions". Dr.avhandling. Finland: Swedish School of Economics and Business Administration.
- Lærum, O.D. 1980: *Den forunderlige vitenskapen*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Løchen, Y. 1984: *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løchen, Y. 1985: "Helsetjenesten i et nasjonalt fellesskap". I *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 26:5-28.
- March, J.G. og J.P. Olsen 1976/1979: *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen – Oslo – Tromsø: Universitetsforlaget.
- March, J.G. og J.P. Olsen 1989: *Rediscovering Institutions*. New York: The Free Press.
- March, J.G. og H.A. Simon 1958/1993: *Organizations*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Martinussen, W. og H. Høibraaten 1993: "Sosialt system". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Martinussen, W. 1994: *Sosiologisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Mastekaasa, A. 1997: "Variabel". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maxmen, J. 1976: *The Post-Physician Era*. New York: Wiley.
- Merriam, S.B. 1994: *Fallstudien som forskningsmetode*. Lund: Studentlitteratur.
- Merton, R.K. 1957/1968: *Social Theory and Social Structure*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Meyer, J.W. og B. Rowan 1977/1991: "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony". I W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Mick, D. 1993: *MAR 6646 Course Notes in Marketing Research*. Florida: College of Business Administration, University of Florida.
- Midtbø, M. 1998: "Kvalitetsarbeidet ved et fylkessykehus". Prosjektoppgave for bedømmelse ved 10-vektallsstudiet "Kvalitetsutvikling i helsetjenesten". Bergen: Senter for etter- og videreutdanning, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Mikalsen, F. 1998: *Organisasjonsanalyse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Mintzberg, H. 1979: *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. 1983: *Power in and Around Organization*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Moe, S. 1995: "Bourdieu: Det sosiale som strukturert praksis". I S. Moe: *Sosiologi i hundre år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, B. 1997: "Kunnskapsmangfold och olika kunskapstraditioner". I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Moldenæs, T. 1999: "Mellom tradisjon og modernitet. En sammenlignende casestudie av to fiskeindustri-bedrifters handtering av kvalitetssikring". Dr.avhandling. Tromsø: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Tromsø.
- Mooney, G. 1991: "Helseøkonomi og dens muligheter i helsepolitikken". I H. Piene (red.): *Helsevesen i knipe*. Oslo: Ad Notam.
- Morgan, C. og S. Murgatroyd 1994: *Total quality management in the public sector: An international perspective*. Buckingham: Open University Press.
- Moseng, O.G. 2003: *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003. Bind 1. Ansvar for undersåttenes helse 1603 – 1850*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseide, P. 1987: *Medisinsk sosiologi*. Oslo: Tano.
- Måseide, P. 1997: "Feltarbeid i ekspertorganisasjonar. Sjukehuset som arena for sosiologisk forskning". I E. Fossåskaret, O.L. Fuglestad og T.H. Aase (red.): *Metodisk feltarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neave, H.R. 1990: *The Deming Dimension*. Knoxville, Ten.: SPC Press Inc.
- Nederveen Pieterse, J. 1995: "Globalization as Hybridization". I M. Featherstone, S. Lash og R. Robertson (red.): *Global Modernities*. London, Thousand Oaks, New Dehli: SAGE Publications.
- Nedregård, M. 1993: "Vi må vinne på kvalitet". (Lederartikkel). I *Bedre Bedrift* nr. 3:3.
- Nerland, S.M. 2001: "Kurpengeordningen før 1980 – den glemte finansieringsordningen". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 25:2983-5.
- Nordhaug, O. 1990: "Organisatoriske effekter av opplæring". I O. Nordhaug m.fl.: *Læring i organisasjoner*. Oslo: Tano.

- Nylehn, B. 1997: *Organisasjonsteori. Kritisk analyse av utvalgte emner*. Oslo: Kolle Forlag.
- Nylehn, B. 2002a: "Det nye arbeidslivet og de profesjonelle". I B. Nylehn og A.M. Støkken (red.): *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nylehn, B. 2002b: "Kan profesjonelle samarbeide?". I B. Nylehn og A.M. Støkken (red.): *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Oliver, C. 1991: "Strategic Responses to Institutional Processes". I *Academy of Management Review* nr. 1:145-179.
- Olsen, J.P. 1988: *Statsstyre og institusjonsutforming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Parsons, T. 1937/1968: *The Structure of Social Action*. New York: The Free Press.
- Pedersen, P.P. 1996: "En postmoderne nutid?". I H. Andersen og L.B. Kaspersen (red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Pettersen, I.J. 2001: "Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 18:2186-8.
- Pfeffer, J. 1992: *Managing with Power. Politics and Influence in Organizations*. Boston: Harvard Business School Press.
- Plahte, J. 1996: "Valget er ditt. Hva slags sykehusstruktur? Hva slags helsevesen?". Oslo: De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte.
- Popper, K. 1959/1968: *The Logic of Scientific Discovery*. New York: Harper & Row.
- Rehder, R. og F. Ralston 1984: "Total quality management: A revolutionary management philosophy". I *Advanced Management Journal* sommer:24-33.
- Rekdal, E. 2002: "Å risikere seg selv gjennom skriften". Trondheim: Senter for kvinne- og kjønnsforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Rapport 1/2002.
- Repstad, P. 1993a: *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P. 1993b: "Institusjon". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Repstad, P. 1997: *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Retterstøl, N. 1988: "Psykiatrisk sykehus". I O. Kortner, P. Munthe og E. Tveterås (red.): *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Riggs, F.W. 1968: "Professionalism, Political Science, and the Scope of Public Administration". I *Annals of the American Academy of Political and Social Science* nr. 8:32-62.
- Rogg, E. 2003: "Lyst, lidelse og legitimitet: Om kjønnsmakt og likestilling i akademia". Oslo: Makt- og demokratiutredningen 1998 – 2003. Rapport nr. 63, juni 2003.
- Roll-Hansen, N. 1993: "Komparativ metode". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Romøren, T.I. 1993a: "Helsetjenesten – velferdssamfunnets grunnpilar". I P. Fugelli (red.): *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon. Medisin og helse*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Romøren, T.I. 1993b: "Lege". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Romøren, T.I. 2001: "Helsetjenesten". I A. Hatland, S. Kuhnle og T.I. Romøren (red.): *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



- Rosenlund, L. 2002: "Regelmessigheter i den postmoderne uorden – om sosiale og mentale strukturer".  
I *Sosiologi i dag* nr. 1 – 2 : 51-91.
- Rynning, H. 1993: "Etikk og lojalitet i organisasjoner". I O. Nordhaug m.fl. (red.): *Strategisk personalledelse*.  
Oslo: Tano.
- Rønningen, S.S. og R.M. Solberg 2005a: "Legelønn nær doblet på ti år". I *Dagens Næringsliv* nr. 166 : 8-9.
- Rønningen, S.S. og R.M. Solberg 2005b: "Pasientene skal få vite om dødshall", "Kvalitetssjekk skal felle lokalsykehus" og "Legene: God idé – dårlig virkemiddel". I *Dagens Næringsliv* nr. 179 : 8-9.
- Røvik, K.A. 1991: *Fra teori til teknikk. Private organisasjonsutviklingsfirmaer i offentlig sektor*. Oslo: Tano.
- Røvik, K.A. 1992a: *Den "syke" stat. Myter og moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K.A. 1992b: "Institusjonaliserte standarder og multistandardorganisasjoner". I *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* nr. 4:259-284.
- Røvik, K.A. 1996: "Deinstitutionalization and the Logic of Fashion". I B. Czarniawska og G. Sevón (red.): *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Røvik, K.A. 1998: *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Råheim, M. 1997: "Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer i helsefagenes grunnlagsforståelse". I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Sandvik, G.B. 1997: "Utdanning og yrkeskvalifisering av helseprofesjonene i velferdsstaten". I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Saxi, H.P. 1996: "Evaluerings som hermeneutikk". Bergen: LOS-senter. Notat 9611.
- Schein, E.H. 1990: *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Mercuri Libro Forlag.
- Schiefloe, P.M. og L. Fyrand 1993: "Nettverk". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Schiøtz, A. 2003: *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003. Bind 2. Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schreiner, A. 1993: "Laboratorietjenester, kompetanse og kvalitet". I G. Lahnstein (red.): *Kvalitet i helse-tjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schreiner, A. 1997: *Kom i gang. Håndbok i praktisk kvalitetsutviklingsarbeid*. Oslo: Apo Forlag.
- Schaanning, E. 1992: *Modernitetens oppløsning. Sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie*. Oslo: Spartacus.
- Scott, W.R. 1991: "Unpacking Institutional Arguments". I W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Scott, W.R. 1995: *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Scott, W.R. 1998: *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Selznick, P. 1949: *TVA and the Grass Roots*. Berkeley: University of California Press.
- Selznick, P. 1957/1997: *Lederskap*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Selznick, P. 1996: "Institutionalism "Old" and "New"". I *Administrative Science Quarterly* nr. 41:270-277.
- Senge, P.M. 1990: *Den femte disiplin*. Oslo: Hjemmets Bokforlag.

- Short, P.J. og M.A. Rahim 1995: "Total quality management in hospitals". I *Total Quality Management* nr. 3:255-263.
- Shortell, S.M., J.L. O'Brien, E.F.X. Hughes, J.M. Carman, R.W. Foster, H. Boerstler og E.J. O'Connor 1994: "Assessing the Progress of TQM in US Hospitals: Findings From Two Studies". I *The Quality Letter* nr. 6:14-17.
- Shortell, S.M., J.L. O'Brien, J.M. Carman, R.W. Foster et al 1995: "Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation". I *Health Services Research* nr. 2:377-401.
- Silverman, D. 1993: *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. London, Thousand Oaks, New Dehli: SAGE Publications.
- Sirnes, T. 1997: "Risiko og mening. Mentale brot og meningsdimensjonar i industri og politikk. Bidrag til den sosiale stadieteorien". Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen. Rapport nr. 53.
- Sirnes, T. 1998: "Akademisering. Diskurskollisjon, habitus og sosial verdsetting". I *Sosiologisk tidsskrift* nr. 1-2:107-129.
- Skaset, M. 2003: "Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985". I A. Schiøtz: *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003. Bind 2. Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skirbekk, S. 1999: *Ideologi, myte og tro ved slutten av et århundre. Sosiologisk kulturteori og funksjonsanalyse*. Oslo: Tano/Aschehoug.
- Skjelsbæk, K. 1993: "Allianse". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.
- Skjørshammer, M. 2002: "Getting to Cooperation: Conflict and Conflict Management in a Norwegian Hospital". Dr.avhandling. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan.
- Sletnes, K., E. Bjørnsborg, E.T. Svärd, J. Haga, P.H. Broch, H.A. Lund, A.M. Andrésdottir 1999: *Utvikling av kvalitetsindikatorer i sykehus*. Oslo: Rikshospitalet.
- Solbakk, J.H. 1995: *Medisinen som møtested og markeds plass*. Oslo: Forlaget Forum.
- Solheim, J. 2001: "Kunnskap som kapital – en organisatorisk utfordring". I *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 3:437-451.
- Sommervold, W. 1996: "Ledelse i sykepleien: Forståelsesmåter i endring". I V. Erichsen (red.): *Profesjonsmakt*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Stensaasen, S. 1988: "Kvalitetsarbeid setter mennesket i sentrum". I *Teknisk Ukeblad/Teknikk* nr. 12:44-45.
- Stokkeland, H. 1985: "Ledelse. Ei innføringsskisse om ulike ledelsesteorier". Oslo: Lederopplæringsrådet i Norge.
- Stolanowski, P.A. og A.G. Skjellanger 2002: "En bedre sosial- og helsetjeneste – med hvilke virkemidler?". I *Tidsskrift for helse, medisin, teknikk* nr. 3:12-14.
- Strand, P.I. 1992: "Total kvalitetsledelse". I T. Strand (red.): *Ledelse kan læres*. Oslo: Bedriftsøkonomens forlag.
- Strand, T. 2001: *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sullivan, L.P. 1984: "Reducing Variability: A New Approach to Quality". I *Quality Progress* July:15-21.

- Sundbo, J. 1997: "Ledelse". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Syltevik, L. 1997: "Identitet". I O. Korsnes, H. Andersen og T. Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sæther, M. og E. Gjengedal 1988: "Er det i det hele tatt mulig å måle kvalitet?" I *Sykepleien* nr. 16:9-12.
- Sætren, H. 1983: *Iverksetting av offentlig politikk. En studie av utflytting av statsinstitusjoner fra Oslo 1960 – 1981*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Taylor, S.J. og R. Bogdan 1984: *Introduction to Qualitative Research Methods*. New York: Wiley.
- Therborn, G. 1995: *European modernity and beyond. The trajectory of European societies 1945 – 2000*. London: SAGE.
- Thorleifsson, T. 1998: "Når marsjen kommer i utakt med seg selv. Om strategiarbeidsmåters muligheter og begrensninger". I T. Colbjørnsen (red.): *Idé, konsekvens, handling. Suksesskriterier for endring. AFFs årbok 1998*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Thornquist, E. 1998: *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thorsvik, J. 1985: "Hvorfor mislykkes offentlig politikk?". I I. Bleiklie, P. Bomann-Larsen, E. Falkum, T. Gran og T.Ø. Jensen (red.): *Politikkens forvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tichy, N.M. og M.A. Devanna 1990: *The Transformational Leader*. New York: John Wiley.
- Torgersen, U. 1972: *Profesjonssosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torgersen, U. 1994: *Profesjoner og offentlig sektor*. Oslo: Tano.
- Townsend, P.L. og J.E. Gebhardt 1991: *Kvalitet er alles ansvar*. Oslo: Dagens Næringslivs Forlag A/S.
- Trones, Å.M., A.M. Larsen, A. Solinski, K. Ugland, M. Midtbø og A. Schreiner 1998: "Sammendrag av en kvalitetsreise gjennom 6 norske sykehus". Case-studie for bedømmelse ved 10-vektallsstudiet "Kvalitetsutvikling i helsetjenesten". Bergen: Senter for etter- og videreutdanning, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Tronsmo, P. 1998: "Fyr opp under entusiastene!" I T. Colbjørnsen (red.): *Idé, konsekvens, handling. Suksesskriterier for endring. AFFs årbok 1998*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Tuckman, A. 1994: "The Yellow Brick Road: Total Quality Management and the Restructuring of Organizational Culture". I *Organization Studies* nr. 5:727-751.
- Ugland, K. 1998: "Flytdiagram og kvalitetsforbedringsgrupper ved et fylkessykehus". Prosjektoppgave for bedømmelse ved 10-vektallsstudiet "Kvalitetsutvikling i helsetjenesten". Bergen: Senter for etter- og videreutdanning, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Van Horn, C.E. og D.S. Van Meter 1977: "The Implementation of Intergovernmental Policy". I S.S. Nagel (red.): *Policy Studies Review Annual, Volume 1*. London: Sage Publications, Inc.
- Van Meter, D.S. og C.E. Van Horn 1975: "The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework". I *Administration and Society* nr. 6/4:445-488.
- Vareide, P.K. 2001: *Sykehusreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene*. Trondheim: SINTEF Unimed NIS.
- Vestheim, G. 1994: *Museum i eit tidsskifte*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Vetvik, E. 1993: "Profesjon". I H. Bojer, F. Engelstad, K. Heidar, H. Hernes og S. Stjernø (red.): *Norsk Samfunnsleksikon*. Oslo: Pax Forlag.

- Weick, K.E. 1979: *The Social Psychology of Organizing*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Westphal, J.D., R. Gulati og S.M. Shortell 1997: "Customization or Conformity? An Institutional and Network Perspective on the Content and Consequences of TQM Adoption". I *Administrative Science Quarterly* nr. 42:366-394.
- Wilkinson, A., M. Marchington, J. Goodman og P. Ackers 1992: "Total Quality Management and Employee Involvement". I *Human Resource Management Journal* nr. 4:1-19.
- Winch, P. 1970: "Understanding a Primitive Society". I B.R. Wilson (red.): *Rationality*. Oxford: Basil Blackwell.
- Windhoff-Héritier, A.1991: "Institutions, Interests, and Political Choice". I R.M. Czada og A. Windhoff-Héritier (red.): *Political Choice. Institutions, Rules and the Limits of Rationality*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Wærness, M. 1990: "Treårsbudgetering som rationalisering". I N. Brunsson og J.P. Olsen (red.): *Makten att reformera*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Yin, R.K. 1994: *Case Study Research. Design and Methods*. California: SAGE.
- Zbaracki, M.J. 1998: "The Rhetoric and Reality of Total Quality Management". I *Administrative Science Quarterly* nr. 43:602-636.
- Zucker, L.G. 1987: "Institutional Theories of Organizations". I *Annual Review of Sociology* 13:443-464.
- Østerberg, D. 1995: "Innledning". I P. Bourdieu: *Distinksjonen*. Oslo: Pax Forlag.
- Østerud, Ø. 1996: *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øvretveit, J. 1996: "The Quality Journeys of Five Norwegian Hospitals". Paper utgitt av Den norske lægeforening i september 1996.
- Øvretveit, J. 1998: *Comparative and Cross-cultural Health Research*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Øvretveit, J. 1999: *Integrated Quality Development in Public Healthcare*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Øvretveit, J. og A. Aslaksen 1996: "Legene og kvalitetsrevolusjonen i norsk helsetjeneste". I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 23:2807-9.
- Øvretveit, J. og A. Aslaksen 1999: *The Quality Journeys of Six Norwegian Hospitals*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Aadland, E. 1994: *Kultur i helse-, sosial- og utdanningsorganisasjonar*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Aas, I.H. Monrad 1999: *Styring av helsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.

## ANDRE DOKUMENTER

Dagens Næringsliv. Nr. 150 av 13.-14. juli 2002, nr. 152 av 16. juli 2002, nr. 153 av 17. juli 2002, nr. 154 av 18. juli 2002, nr. 166 av 22. juli 2005 og nr. 179 av 6.-7. august 2005.

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora: "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora", Oslo, 1999.

Den norske lægeforening: "Tabellarisk oversikt over godkjente spesialiteter".

Fra [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) 28. mars 2001.

Den norske lægeforening: "Oversikt over forholdene i Norge mht. organisering og ledelse av helsetjenester".

Fra [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) 11. desember 2001.

Den norske lægeforening: "Ansvar og ledelse i ny helselovgivning".

Fra [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) 8. januar 2002.

Den norske lægeforening: "Ethiske regler for leger, vedtatt av landsstyret 1961 med endringer senest 2002".

Fra [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) 21. juni 2002.

Den norske lægeforening: "Legeorganisasjoner". Fra [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) 30. august 2004.

Helsedepartementet: Lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Helsedepartementet: Lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Helsedepartementet: Lov av 2. juli 1999 om helsepersonell m.v.

Helsedepartementet: Lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter.

Helsedepartementet: Forskrift av 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp.

Helsedepartementet: Lov av 15. juni 2001 om helseforetak m.m.

Helsedepartementet: "Ledelse i sykehus". Rundskriv I – 9/2002.

Legeforeningens Forskningsinstitutt: Brev av 3. august 1999 vedlagt spørreskjemaer som ble brukt i undersøkelser av kvalitetsledelse ved et norsk sykehus i juni 1996 og januar 1998, samt diskett med rådata fra disse undersøkelsene.

Sosialdepartementet: Lov av 19. juni 1969 om sykehus m.v.

Sosialdepartementet: Lov av 13. juni 1980 om leger.

Sosialdepartementet: "Ledelse i sykehus". Rapport fra arbeidsgruppe (Anderslandutvalget), 1990.

Sosialdepartementet: "Forslag til nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten", IK 2399, mai 1993.

Sosial- og helsedepartementet/Statens helsetilsyn: "Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten", IK 2482, februar 1995.

Sosial- og helsedepartementet: Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000): "Om verdier for den norske helse-tenesta". Oslo, 1999.

Sosial- og helsedepartementet: "Sykehusreformen". Fra [www.dep.no/shd/sykehusreformen](http://www.dep.no/shd/sykehusreformen) i 2002.

Statens forvaltningstjeneste: NOU 1987:23: "Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste". Oslo, 1987.

Statens forvaltningstjeneste: NOU 1987:25: "Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering". Oslo, 1987.

Statens forvaltningstjeneste: NOU 1996:5: "Hvem skal eie sykehusene?". Oslo, 1996.

Statens forvaltningstjeneste: NOU 1997:2: "Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus". Oslo, 1997.

Statens forvaltningstjeneste: NOU 1997:18: "Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste". Oslo, 1997.

Statens forvaltningstjeneste: NOU 1999:15: "Hvor nært skal det være?". Oslo, 1999.

Statens forvaltningstjeneste: NOU 1999:34: "Nytt millennium – nytt arbeidsliv?". Oslo, 1999.

Statens forvaltningstjeneste: NOU 2003:1: "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten". Oslo, 2003.

Statens helsetilsyn: "Kvalitetsutvikling i helsetjenesten: Analyse, tiltak og evaluering", IK 2464, nr. 3 1994.

Statsministerens kontor: "Pressemelding. Endringer i departementene fra 1. januar 2002". Fra [www.dep.no/odin](http://www.dep.no/odin) 21. desember 2001.

Sykehusene Hafli, Hiltun, Hosem, Sagdal, Sebak og Sivann: Kvalitetssystemer inklusiv basisdokumenter, planer for implementering av kvalitetssystemene, internaviser, omtaler av institusjonene i massemedier samt årsmeldinger fra 1993 til 1999.

Universitetsforlaget: "Student 99. Fagene, studiestedene, praktisk informasjon", Oslo, 1999.

Vestfold fylkeskommune: Sak 083/97A fra møte 2. desember 1997 i Vestfold fylkesting.