

Dagkirurgi for økonomien sin del

Miriam Bjørndal Dahl

Operasjonssykepleier, Haukeland universitetssjukehus

Petrin Eide

Førstelektor, Master i klinisk sykepleie, Høgskolen på Vestlandet

Rolf Horne

Kommunalsjef, Helse og omsorg, Hyllestad kommune

Jeanne Boge

Professor, Master i klinisk sykepleie, Høgskolen på Vestlandet

Abstract

In 2020 outpatient surgery accounted for approximately 70% of all surgery in Norwegian hospitals. Outpatient surgery means that patients are admitted to the hospital and discharged to their homes on the same day they have had surgery. This leaves patients to be their own nurses before and after surgery.

This article investigates the Norwegian government's positioning in the question of outpatient surgery. It is based on analyses of documents written by the government in the period 1995-2020. The tools used to analyze the governmental documents are the French sociologist Pierre Bourdieu's theory of practice and concurring praxeological constructions of habitus.

The dominating argument found in the analysis is that outpatient surgery is cost efficient and saves resources. To further validate the increase of outpatient surgery, the government argue patients benefit from this course of treatment.

For these reasons, the government argues that the rate of outpatient surgery should be increased. The argumentation is in line with the selfhelp ideology that emerged in the nursing profession in the 1960s. The governmental documents also argue in line with a Norwegian political principle that patients should receive the lowest effective level of care and New Public Management. They were incorporated in public healthcare in the 1970s and the 1990s.

Keywords: outpatient surgery, praxeology, Bourdieu, new public management

Publisert: 13.07.2023

Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker ©2023 Miriam Bjørndal Dahl, Petrin Eide, Rolf Horne & Jeanne Boge

DOI: <http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v5.3763>

Sammendrag

I 2020 ble bortimot 70% av alle kirurgiske inngrep i Norge utført som dagkirurgi. Ved dagkirurgi kommer pasienten til sykehuset og reiser hjem samme dag, og pasienten er sin egen sykepleier før og etter operasjonen.

Denne artikkelen handler om hvordan den norske regjeringen har posisjonert seg til dagkirurgi. Artikkelen er basert på analyser av regjeringsdokumenter om dagkirurgi fra perioden 1995-2020. Den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin praktikkteori og praxeologiske konstruksjoner av regjeringsdokumentenes habitus, er brukt som analytiske verktøy.

Analysene viser at den dominerende argumentasjonen i regjeringsdokumentene handler om at dagkirurgi er kostnads- og ressursbesparende. Argumenter som at dagkirurgi kan være et gode for pasientene, benyttes for å legitimere gjeldende praksis.

Regjeringens argumentasjon for mer dagkirurgi er i samsvar med selvhjelpsideologien som oppstod i sykepleiefaget på 1960-tallet og med LEON-prinsippet som oppstod på 1970-tallet, om omsorg på lavest mulig omsorgsnivå. Argumentasjonen samsvarer også med New Public Management-ideologien som fikk innpass i offentlig sektor i Norge på 1990-tallet.

Nøkkelord: dagkirurgi, praxeologi, Bourdieu, new public management

Innledning

Dette er en artikkel om hvordan den norske regjering har posisjonert seg til dagkirurgi de siste 25 årene, og om hvordan det kan ha seg at posisjoneringene er som de er. Artikkelen er basert på mastergradstudien til førsteforfatter Miriam Bjørndal Dahl (2020). Hensikten med studien var å utvikle kunnskap som kan bidra til å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at det satses så mye på dagkirurgi i Norge.

Bakgrunnen for studien var for det første at dagkirurgi har vært i stor vekst i Norge siden dens inntog i den siste delen av 1980-årene. I dag utføres rundt 70% av planlagt kirurgi i Norge dagkirurgisk (Helsedirektoratet, 2020). Den andre grunnen til å gjøre en studie om dagkirurgi var at det fremsto som et paradoks at dagkirurgiske forløp standardiseres, ettersom alle pasienter er forskjellige og har ulike hjelpebehov. Det kan også se ut som at dagkirurgi er basert på en ny ide om at pasientene selv forstår og håndterer de egenbehandlingstiltakene behandlingsforløpet krever, noe som er et brudd med tidligere håndtering av kirurgiske pasienter (Dahl, 2020, s. 7-8).

For å finne ut hvordan det kan ha seg at det satses så mye på dagkirurgi i Norge, ble det gjort en registrantanalyse av regjeringsdokumenter fra perioden 1995 til 2020. I analysene har den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002) sin praktikkteori og en praxeologisk analysestrategi med konstruksjoner av dokumentenes habitus, vært brukt som teoretiske verktøy (Dahl, 2020, s.1). Før vi gjør mer rede for teoretiske perspektiv, metode og teknikker, skal vi gjøre rede for hva vi mener med dagkirurgi.

Dagkirurgi

Dagkirurgi vil si at pasienten møter på sykehuset til operasjon samme dag som pasienten skal opereres, får gjennomført det planlagte inngrepet og reiser hjem igjen senere samme dag. Pasienten er mindre enn 24 timer på sykehuset operasjonsdagen (Ræder & Nordentoft, 2010). Før operasjonen vurderes det poliklinisk om det er indikasjon for kirurgi, og om inngrepet er egnet for dagkirurgi. Det blir også vurdert om pasienten har helsestatus som er egnet for forløpet (Holm & Kummeneje, 2009, s. 233 og 234). Denne vurderingen baseres blant annet på en klassifisering av American Society of Anesthesiologists (ASA). De kategoriserer pasienter i 5 klasser på bakgrunn av funksjonsnivå og

underliggende sykdommer. Det blir i hvert enkelt tilfelle vurdert om pasienten kan opereres dagkirurgisk. De aller fleste av pasientene som kategoriseres i klasse 1 og 2 kan bli operert dagkirurgisk. Et mindretall av pasienter i klasse 3 og 4 kan gjennomgå et dagkirurgisk forløp, men pasienter som kategoriseres i klasse 5 opereres ikke dagkirurgisk (Ræder og Nordentoft, 2010).

Gjennom det dagkirurgiske forløpet, har pasientene selv mye av ansvaret for behandlingen, både før og etter operasjon. De skal blant annet gjøre preoperative forberedelser som går på hygiene, faste og administrering av aktuelle medisiner (Odom-Forren, 2015, s.289). Etter operasjonen må pasienten selv observere operasjonssår, ivareta egne pleiebehov og administrere medikamenter eller annen forordnet behandling. Selv om oppvåkningstiden etter anestesi i dag er kort, bivirkningene er få og kirurgien regnes som mer skånsom enn tidligere, vil pasientene oppleve å bli medtatt, trøtt og ha smerter etter et kirurgisk inngrep (Schlichting, 2018).

Tidligere studier om dagkirurgi

Dagkirurgi har blitt undersøkt vitenskapelig av en rekke miljøer fra tidlig på nittitallet. Vi har i denne artikkelen valgt å ta med noen studier som viser ulike sider av fagområdet dagkirurgi. Studiene er funnet i medisinske databaser som Medline, Cochrane, og Cinahl. Vi brukte søkeordene “daysurgery”, “ambulatory surgery”, “selfcare”, “aftercare”, “clinical outcomes” og “satisfaction”.

Tidlig på 1990-tallet ble det publisert en stor kvantitativ studie fra USA som viste at dagkirurgi ikke utgjør noen stor risiko for pasientene (Warner et al., 1993). Tilsvarende studier gjort i Danmark på 2000-tallet viser også at det var liten eller ingen mortalitet etter dagkirurgi (Engbaek, 2006). Selv om studier har vist at antall registrerte komplikasjoner etter dagkirurgi er lave, er det enighet om at kirurgiske inngrep medfører ulike grader av utmattelse, smerter og kvalme hos pasientene. Det gjelder også for dagkirurgiske pasienter som er operert med nyere metoder, noe anestesilege Bjørn Stessel m.fl. (2015) viser ved hjelp av Global Surgical Recovery Index. Studien fra 2015 viser at 47,8 % opplever at de har det dårlig 4 dager etter dagkirurgi, og kun 17,3 % opplever at de har det bra.

Kvalitative studier fra England viser at pasientene, akkurat som helsetjenesten, ønsker raske behandlingsforløp. Ifølge amanuensis i sykepleie og forsker Anne Mottram, kan det se ut som at samfunnets tidsforståelse gjelder både for helsetjeneste og pasienter, og at utsiktene til en rask reparasjon slik at en raskt kan komme tilbake til jobb oppleves attraktivt (Mottram, 2011a; 2011b). På den andre siden finnes det også kvalitative studier fra Norge som viser at pasientene opplever at dagkirurgi er mer krevende enn forventet (Dåvøy et al, 2017; Berg, 2013). Pasientene opplever at de blir overlatt til seg selv etter hjemreise, og at de må ivareta den postoperative fasen selv. De beskriver problemer med å observere og håndtere egen helsetilstand (Berg, 2013; Flangaan, 2007).

En metasyntese, en litteraturstudie av mange studier, gjort av sykepleier Lenore Rhodes fra Australia viser at viktige forutsetninger for at dagkirurgisk behandling skal lykkes er en etablert kontakt med behandlingsstedet før inngrepet, relevant og spesifikk informasjon og opplæring, gode kommunikasjonsferdigheter hos dem som informerer og opprettholdelse av et godt personvern (Rhodes, 2006).

Studier indikerer at det dagkirurgiske forløpet er blitt tryggere og at pasientene opplever mindre komplikasjoner. Videre viste forskningen at raske forløp var ønskelig, men at mange pasienter opplever rekonvalesenstiden i etterkant som svært krevende uten tilstrekkelig med informasjon og opplæring fra fagkyndige (Berg, 2013; Dåvøy et al., 2017; Mottram, 2011a Rhodes, 2006). Det er mulig at det er en sammenheng mellom pasienters erfaringer med dagkirurgi og deres posisjon i samfunnet og mulighetsbetingelser, men vi har ikke kunnet identifisere studier som omfatter slike analyser.

Dagkirurgi i et historisk perspektiv

Kirurgi er et høyteknologisk og spesialisert fag som krever høy utdanning. Slik har det ikke alltid vært. I middelalderen var det bartskjærerne som drev med kirurgilignende inngrep. Faget ble videreført fra mester til svenn, og var organisert i laug. På denne tiden skulle ikke legene gjøre inngrep på pasientene sine kropp eller utøve blodige inngrep, og derfor ble håndtering av ytre skader, amputasjoner og sårstell overlatt til bartskjærerne (Sandvik og Sraand, 2014). Legene og bartskjærere fikk ikke lik status før mot slutten av 1700-tallet. På den tiden ble det bygget anatomisaler for undervisning om kirurgi for bartskjærerne, og faget ble etter hvert innlemmet i medisinfaget (Moseng, 2003, s. 43-44 og 52). Ny kunnskap om kirurgi, teknologi, anestesi, aseptikk og antiseptikk som ble utviklet i løpet av 1800- og 1900-tallet, har bidratt til at dagens kirurgiske praksiser er som de er (Moseng, 2012, s. 24; Hamberger, 2013, s. 11; Hauge, 2020, s.50-51).

Sentrale yrkesverdier i sykepleien

På 1990-tallet gjennomgikk norske, offentlige sykehus strukturelle endringer som innebar en reduksjon av sengeplasser (NOU 1997: 2, 1997, s. 123-130). Fokuset på poliklinisk virksomhet, dagbehandling og dagkirurgi økte også i offentlig spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at mange pasienter reiser hjem samme dag som de for eksempel har vært til kirurgi (Schiøtz, 2003, s. 500-503 og 544-545). Dermed må pasientene være sin egen pleier og utføre pleieoppgaver som tradisjonelt har vært utført av sykepleiere og annet pleiepersonell (Moseng, 2012, s. 14-24). Argumentasjon om at pasienten skulle gjøre mest mulig selv fikk også fotfeste i sykepleietenkning og -teori. Det viser tydelig i den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson sin tenkning om sykepleie. Hennes ideer om at pasienter hadde behov for å være mest mulig selvhjulpne ble spredt over hele verden på 1960-tallet. Tenkningen Henderson presenterte om sykepleie, var inspirert av behovsideologien til psykologen Abraham Maslow. Hendersons ideer har fortsatt en sentral plass i norsk tenkning om sykepleie (Boge, 2008, s. 31-34; Henderson og Norsk sykepleierforbund 1961/1960: 37-41).

Helsepolitikk og dagkirurgi

Den norske velferdsstaten begynte å ta form allerede på slutten av 1800-tallet. De første lovene handlet om arbeidsvern, sykeforsikring og sosialomsorg. Lovene omfattet også offentlige helsetjenester. Fra 1845 ble det ansett som et offentlig ansvar å bekjempe sykdom, og fra 1920-tallet hadde Norge et relativt godt offentlig helsevesen (Hjelmtveit, 2009, s. 34-48). På 1970-tallet ble konkurranseutsettelse en del av norsk helsepolitikk. Denne tenkemåten var inspirert av New Public Management (NPM), en finansierings- og ledelsesmodell som tidligere bare hadde vært i bruk i privat sektor. NPM bidro blant annet til at offentlige sykehus også finansieres ut fra produktivitet, som for eksempel antall kirurgiske operasjoner (Hjelmtveit, 2009, s. 36-48).

På 1970-tallet ble også det økonomiske prinsippet LEON (lavest effektive omsorgsnivå) nedfelt i norsk helsevesen (Sosialdepartementet, 1974-1975, s. 53). LEON-prinsippet er basert på at pasientene skal få behandling på lavest mulig omsorgsnivå, men pasienten sitt pleie- og behandlingsbehov skal fremdeles dekkes. Et eksempel på dette økonomiske prinsippet i praksis er utbyggingen av hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien ble bygd ut for at flere eldre pasienter skal kunne bo lengre hjemme og få hjelp der i stedet for å få plass på sykehjem fordi det er billigere for velferdsstaten at de bor hjemme (Alvsvåg og Tanche-Nilssen, 1995, s. 15). På samme måte er dagkirurgi billigere enn kirurgi som innebærer innleggelse på sykehus. Det bidrar til at flere pasienter ligger kortere tid i offentlige sykehus. Kostnaden for dagkirurgi er også lavere enn for døgnekirurgi (Helsedirektoratet, 2017, s. 21). Det indikerer at dagkirurgi er en helsepolitisk strategi for effektivisering av det offentlige helsevesenet (Hjelmtveit, 2009, s. 34-48).

Det kan se ut for at praksisen med utstrakt bruk av dagkirurgi kan være et uttrykk for påvirkningen Henderson sin tenkning har hatt på sykepleie i norsk offentlig helsevesen, da det stilles krav til at

pasientene tar ansvar og er svært aktivt deltagende i sitt pre- og postoperative forløp (Holm & Kummeneje, 2009, s. 234). En annen grunn til at det er blitt mer dagkirurgi i Norge, kan være at dagkirurgi, i et helsepolitisk perspektiv, blir regnet for å være effektiviserende og kostnadsbesparende for velferdsstaten (Helsedirektoratet, 2017, s. 21).

Antagelse

Analysene i denne artikkelen er basert på en antagelse om at dagkirurgi er en effektiviseringsstrategi i det norske offentlige helsevesenet.

Teoretisk perspektiv, analysestrategi, metode og teknikk

Nedenfor blir det redegjort for antagelsen om at effektiviseringsstrategier i norsk, offentlig helsevesen har bidratt til at omfanget av dagkirurgi er som det er i dag. Antagelsen er undersøkt ved hjelp av en registrantanalyse av statlige dokument. Analysene er fundert i Bourdieus praktikkteori og en praxeologisk analysestrategi.

Praktikkteori

Bourdieu argumenterer for at alle individer grunnleggende handler ut ifra en kroppslig, praktisk sans som har nedfelt seg i institusjonene, familien, arbeidsliv og den kulturen som individet er innlemmet i. Innlæringen finner vanligvis ikke sted som bevisst imitasjon men som en form for ikke-bevisst miming. Den kroppsliggjorte, ikke-bevisste måten å oppføre seg på blir omtalt som en praktikk. Et individ er en agent som agerer på bakgrunn av internaliserte kroppslige disposisjoner (Callewaert, 2014, s. 166, Petersen, 1996, s. 124-143).

Praxeologisk viten

Bourdieu argumenterer for at det finnes tre former for viten, den objektivistiske, den fenomenologiske og den praxeologiske. Bourdieu argumenterer for at den objektivistiske og den fenomenologiske tilnærmingen hver for seg er utilstrekkelige. Han argumenterer for at de fenomenologiske og objektivistiske dimensjonene må kombineres med en praktisk dimensjon for å kunne få en mer fullstendig kunnskapsform. Praxeologiske analyser innebærer med andre ord et brudd med både objektivismen og subjektivismen. Det objektivistiske bruddet har som hensikt å avdekke sosiale strukturer, og fremstille dem som sosiale mulighetsbetingelser, mens det subjektivistiske bruddet fremmer forskningsobjektets holdning og handling uten å hevde at det er sannhet (Bourdieu, 2019).

Historisering

I fransk epistemologi forklarer en nåtidens praktikker i lys av fortiden. En gjør ikke kontinuerlige historiske skildringer, men leter etter og forklarer endringer og brudd i posisjoneringene om praktikker (Boge, 2021, s. 5-6). Først må en bryte med den umiddelbare forståelsen av praktikken som undersøkes, og deretter fremstille det så objektivt som mulig (Harrits, 2017, s.22-23). Videre må de objektive konstruksjonene sees i sammenheng med den eller de kompetente agenten(e). Praxeologisk viten oppstår ved at en forener den objektive og subjektive konstruksjonen, uten at disse går på bekostning av hverandre (Petersen & Callewaert, 2013, s. 98, 99 og 110).

Å generere praxeologisk viten ved hjelp av konstruksjoner av habitus

For å undersøke sosiale praktikker, argumenterer Bourdieu for at en må konstruere habitus. Habitus er et integrert system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som bidrar til å forklare hvorfor vi handler, tenker og orienterer oss slik som vi gjør i sosiale sammenhenger. Ved konstruksjon av

habitus forstår og forklarer en agents posisjoneringer (meninger, tanker, erfaringer, kroppslige ageringer osv.) i lys av den posisjonen som agenten har i det sosiale feltet. Disposisjonen konstrueres ved hjelp av data om agenten sine kulturelle, sosiale og økonomiske kapitaler (Boge 2021, s. 5-6). Økonomisk kapital kan være inntekt og materielle goder, sosial kapital kan være familie, venner og sosial omgangskrets. Utdanning er sentralt når det gjelder kulturell kapital. En person eller gruppes posisjonering kommer til uttrykk gjennom hvordan de ordlegger eller ytrer seg, og hvordan de agerer eller utøver en praksis (Wilkens, 2015, s. 39 – 40).

Felt

Innenfor en agent eller gruppes sosiale rom, finnes det flere felt. Felt er institusjoner som oftest har vært etablert i lang tid, en historisk ramme, tradisjoner, mønstre, begrensninger, posisjoner og strategier. Et felt er ikke et fysisk rom. Det er sosialt betinget og usynlig, men likevel definerbart rom og kan sammenlignes med å være et magnetisk felt (Petersen, 1989, s. 46-48). Denne studien plasserer seg i spenningsfeltet mellom det overordnede maktfeltet som produserer regjeringsdokument og det medisinske feltet hvor dagkirurgi utspiller seg.

Et individ sin kapital, er med på å angi agentenes posisjon i det felt og sosialt rom agenten agerer i. Agenter med den høyeste posisjonen i feltet har som regel størst definisjonsmakt i feltet. Hvilke kapitaler som gir høy posisjon, og dermed status og anerkjennelse, varierer fra felt til felt (Järvinen, 2013, s. 378). Bourdieu beskriver det sosiale rom som de sosiale tilhørighetsforholdene rundt et individ, og som definerer posisjoner i relasjon til hverandre i dette rommet (Callewaert, 2013, s. 381). Det sosiale rommet orienteres av to poler med motstridende prinsipper, hvor den ene er det sosiale hierarkiet som avgjøres av arv, klasse og ervervet økonomisk kapital. Den andre polen er det kulturelle hierarki i form av kulturell kapital (Bourdieu, 2008, s. 20-36).

Doxa, heterodoxa og ortodoksa

I alle etablerte felt finnes det noen ikke-bevisste, udiskutable premisser og uskrevne normer som virker styrende for hvordan agenter handler i feltet. Bourdieu kaller dette for feltets doxa. Agenter som deltar i et felt, må akseptere feltets betingelser for å kunne delta i spillet som foregår i feltet. Nye agenter i et felt blir i stor grad sosialisert inn i et felts doxa gjennom for eksempel læremestere eller veiledere. Innen et felt vil det være agenter som kjemper for og imot opprettholdelse av doxa. De som kjemper for doxa i et felt, utøver ortodoksa, mens de som kjemper for endringer i feltet, utøver heterodoxa. Kampene fører til dynamikk og kompromiss i feltet, og er med på å definere hvem som har definisjonsmakt innen et felt (Järvinen, 2013, s. 378 og 379).

I forlengelse av de ovenfor nevnte politiske forventningene om mer dagkirurgi, og i forlengelsen av Bourdieus praxeologiske teoriunivers, er denne artikkelen basert på følgende analysespørsmål:

- Hvordan posisjonerer den norske regjeringen seg til dagkirurgi?
- Hvordan kan det ha seg at regjeringen posisjonerer seg som de gjør til dagkirurgi?
- Hvordan strukturerer regjeringens posisjoneringer seg til dagkirurgiske praktikker?

Bourdieu hevder at forskeren ikke er objektiv, men en agent som agerer i alle deler av et forskningsarbeid (Petersen & Callewaert, 2013, s. 98, 99 og 110). Denne artikkelen er nok preget av at forfatterne er sykepleiere med spesialutdannelse, to innen operasjonssykepleie, en innen intensivsykepleie og en psykiatri, og at tre av forfatterne også har høy akademisk utdannelse. Våre posisjoner har nok vært avgjørende for våre forståelser av dagkirurgi og hvordan vi nærmet oss dette fagområdet. Om denne teksten var skrevet av en økonom, en pasient, en pårørende eller en kirurg, ville de trolig ha satt et annet avtrykk i en tekst om dagkirurgi enn det vi har gjort.

Registrantanalyse

For å ha grunnlag for å svare på studiens analyse spørsmål, ble det gjort en registrantanalyse av statlige dokument som omtaler dagkirurgi fra de siste 25 årene. Nedenfor har vi først gjort rede for hva en registrantanalyse er. Deretter har vi gjort rede for hvordan vi har brukt Bourdieus teoretiske verktøy i en registrantanalyse av statlige dokument (jf. teknikk).

Ifølge Bourdieu, må en rekonstruere historien til feltet forskningen foregår i. Da kan en forklare hvordan og hvorfor de sosiale fenomen innen feltet har oppstått og hvordan de har forandret seg. Denne prosessen kalles en historisering, som er en del av grunnlaget for en registrantanalyse. Metoden er basert på registranter, som er en samling av korte referater av dokumenter eller andre tekster som er systematisk gjennomgått. Slik får forskeren gjennomgått og registrert store tekstmengder, og samtidig en god oversikt over innsamlet data. Ved å kartlegge de historiske prosessene som har preget og preger et felt og se dem i lys av agentene i feltets posisjon, kan forskeren analysere frem en forståelse av hvorfor agenter handler som de gjør (Kropp, 2009, s. 173-174). I denne studien ble dette gjort ved å analysere av hvordan regjeringsdokumentene posisjonerer seg til dagkirurgi .

Teknikk

I studien til Dahl (2020, s. 24-27) ble det først gjort rede for regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjoner. Deretter ble det laget et kort referat om hvordan dokumentene posisjonerte seg til dagkirurgi. I lys av dette ble relasjonen mellom regjeringsdokumentene posisjon, disposisjoner og posisjonering analysert. På den måten ble det dannet et grunnlag for å konstruere regjeringsdokumentenes habitus, samt av forholdet mellom regjeringsdokumentenes posisjoneringer og studiens felt og sosiale rom.

Regjeringsdokumentene ble samlet ved at vi søkte på «dagkirurgi» på regjeringen.no. Da kom det opp mange treff i flere dokumentkategorier. 51 dokumenter ble analysert. Kriteriene for utvelgelsen av dokumentene var at de skulle være sentrale dokumenttyper som regjeringen ytrer seg gjennom. De aller fleste dokumentene var skrevet av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) eller en gruppe mennesker utpekt av regjeringen eller departementene. 10 av dokumentene var skrevet av andre departement enn HOD.

Etter at de 51 dokumentene ble inkludert i studien, ble styringsdokumentene for Helse- og omsorgsdepartementet fra regjeringen sin nettside, regjeringen.no, inkludert. Dette er dokumenter skrevet fra HOD til de regionale sykehusene. Siden vi som forfattere av denne artikkelen har hatt eller har tilknytning til Høgskulen på Vestlandet og/eller Helse Vest, valgte vi å gjennomgå og analysere dokumentene som var skrevet til sykehusene i denne regionen. Etter å ha gjennomgått disse, var totalt 67 dokumenter inkludert i studien. Dokumentkategoriene som var inkludert da styringsdokumenter, meldinger eller proposisjoner til Stortinget og Norges Offentlige Utgreiinger (NOU).

Styringsdokumentene utgis hvert år av Helse- og omsorgsdepartementet, og inneholder krav og oppgaver til hver av de regionale sykehusene i Norge. Meldinger og proposisjoner til Stortinget er dokument regjeringen bruker for å presentere en sak for Stortinget. Forskjellen er at proposisjonene inneholder forslag til vedtak, mens meldingene ikke gjør det. NOU-rapportene er skrevet av arbeidsgrupper regjeringen eller departementene har utpekt til å redegjøre for ulike forhold i samfunnet (Regjeringen, 2019; Regjeringen, u.å.a; Regjeringen, u.å.b; Regjeringen, u.å.c).

Analyse av regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjoner

Analysen av regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjoner er inspirert av Jesper Frederiksen (2016) sin doktorgradsavhandling om tverrprofesjonelle velferdsposisjoner, med analyser av dokumentenes økonomiske, kulturelle og sosiale kapital. Analysen av det empiriske materialet i denne studien er kategorisert hierarkisk og viser at det er dokumenter som inntar både en dominant posisjon og en underordnet posisjon i spørsmål som handler om dagkirurgi. Ut ifra analysen av de ulike regjeringsdokumentene sine posisjoner, ble det argumentert for at styringsdokumentene inntar den høyeste posisjonen. Studiens analyse viser at styringsdokumentene har direkte innflytelse på norske sykehus sin økonomi, som også gjør at de påvirker hvor mye økonomiske midler som går til dagkirurgi. Styringsdokumentene har altså stor innflytelse på hvordan sykehusene drives og hvilket faglig fokus de skal ha, som helsepolitiske prioriteringer og insentiv for å effektivisere sykehusenes drift og å redusere innleggelser (Dahl, 2020, s. 29-30).

Meldinger og proposisjoner til Stortinget fra regjeringen skårer middels i rangeringen av regjeringsdokumentene. Det er fordi de har en indirekte mulighet til å påvirke fagområdet dagkirurgi, da de foreslår føringer og reguleringer for spesialisthelsetjenesten. Det gir disse dokumentkategoriene en viss autoritet og innflytelse på økonomiske og faglige prioriteringer for norsk offentlig spesialisthelsetjeneste (Regjeringen, u.å.a; Regjeringen, u.å.b). Dermed får meldingene og proposisjonene til Stortinget også en indirekte mulighet til å påvirke praksis i sykehusene og pasientbehandling (Dahl, 2020, s.26).

NOU-rapportene blir vanligvis skrevet av arbeidsgrupper formet og satt ned av regjeringen eller et departement. NOU-rapportene blir gjennomgått av regjeringen, og virker veiledende og rådgivende om ulike forhold i samfunnet. Det gir NOU-rapportene en viss grad av innflytelse på hvordan offentlig helsevesen styres, men i liten grad en direkte mulighet til å definere offentlig spesialisthelsetjeneste sin økonomiske eller faglige praksis. Det gir dem også lite direkte påvirkning på hvordan sykehusene drives og hvordan pasientene behandles (Regjeringen, u.å.c). NOU-rapportene får derfor lavest posisjon blant dokumentene.

Argumentasjon for økt mengde dagkirurgi finnes i alle dokumenttypene, men det finnes ingen argument mot økt mengde dagkirurgi i styringsdokumentene. Motargumentene som blir lagt frem, kommer fra meldinger og proposisjoner fra HOD, samt noen NOU-er (Dahl, 2020, s.24-27). Et motargument er at dagkirurgi kan føre til merforbruk i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av mulig økt bruk av ressurser og personell. Et annet motargument er at økte rater dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten kan medføre kapasitetsutfordringer i primærhelsetjenesten. Det ble argumentert for at denne omprioriteringen og omleggingen kunne skape utfordringer for sårbare pasientgrupper (NOU 1997:18, 1997, s. 9, 59, 97, 104 og 108; NOU 2005:3, 2005, s. 25). Motargumentene i NOU-rapportene ble tilsynelatende ikke omtalt eller vektlagt videre av helsemyndighetene eller regjeringen i andre dokument. Praksis ser heller ikke ut for å ha blitt påvirket av disse regjeringsdokumentenes heterodoxe argumentasjon, da mengden dagkirurgi fortsatte å øke. Det fremhever styringsdokumentenes sterke doxa og posisjon blant regjeringsdokumentene som omtaler dagkirurgi (Dahl, 2020, s.27-28).

I tabellen under har vi oppsummert analysene av regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjoner.

Tabell 1: Indikator på regjeringsdokumentenes disposisjoner

Økonomisk kapital	<p><u>Øk. 1:</u> Dokumenter som direkte styrer hvor mye midler dagkirurgi økonomisk bevilges i statsbudsjettet.</p> <p><u>Øk. 2:</u> Dokumenter som har mulighet til å påvirke hvor mye dagkirurgi økonomisk bevilges i statsbudsjettet.</p> <p><u>Øk. 3:</u> Dokumenter som har ingen, eller i liten grad mulighet, til å definere hvor mye dagkirurgi økonomisk bevilges i statsbudsjettet.</p>
Kulturell kapital	<p><u>Ku. 1:</u> Dokumenter som legger rammer for, eller regulerer, hvilke fag- og kunnskapsområder som skal være fokus for offentlig spesialisthelsetjeneste.</p> <p><u>Ku. 2:</u> Dokumenter som har innflytelse på hvilke fag- og kunnskapsområder offentlig spesialisthelsetjeneste skal ha fokus på.</p> <p><u>Ku. 3:</u> Dokumenter som inneholder faglig veiledning, men ikke direkte har innflytelse på offentlig helsevesens fag- og kunnskapsfokus.</p>
Sosial kapital	<p><u>So. 1:</u> Dokumenter som direkte påvirker offentlig spesialisthelsetjeneste og pasientbehandling.</p> <p><u>So. 2:</u> Dokumenter som til en viss grad påvirker offentlig spesialisthelsetjeneste og pasientbehandling.</p> <p><u>So. 3:</u> Dokumenter som ikke direkte påvirker offentlig spesialisthelsetjeneste og pasientbehandling.</p>

(Dahl, 2020, s. 25)

Analyse av regjeringens posisjoneringer om dagkirurgi i perioden 1995-2020

Nedenfor argumenteres det for at selv om det var heterodoxe posisjoneringer om dagkirurgi i perioden 1995-2020, var det ikke mulig å identifisere klare brudd eller store endringer i regjeringens doxa om dagkirurgi i denne perioden.

Nyttig for pasientene

Et argument for mer dagkirurgi, var at det er nyttig for pasientene fordi det reduserer ventetid på behandling. Det ble også hevdet at dagkirurgi ville bidra til at pasientene blir en mer aktiv deltager i sin egen behandling, at det var positivt for pasienten å få være i sine vante omgivelser og at de er mer mobile hjemme. Konklusjonen var at pasientene ville oppnå bedre resultat postoperativt etter dagkirurgi enn etter døgnkirurgi (Meld. St. 11, 2015, s. 73-74).

Reduserte kostnader for staten

Selv om det ble argumentert for at dagkirurgi er nyttig for pasientene, handlet regjeringens argumentasjon for økt mengde dagkirurgi hovedsakelig om at det er kostnads- og ressursbesparende for både offentlig helsevesen og velferdsstaten (NOU 2005:3, 2005, s. 84; St. meld. nr. 28, 1999-2000, s. 25; St. meld. nr. 44, 1995-1996, s. 3,4, 21, 22 og 28). Denne argumentasjonen bygger blant annet på at dagkirurgi frigir sengeplasser og ressurser i sykehusene fordi pasientene er sine egne pleiere i det pre- og postoperative forløpet. Det ble argumentert for at dette bidrar til å effektivisere spesialisthelsetjenesten (NOU, 2003:1, 2003, s. 25, 46, 56). I forlengelse av dette, ble det argumentert for at dagkirurgisk rate innen Diagnoserelaterte grupper (DRG) og Innsatsstyrt finansiering (ISF) burde økes. DRG-raten ble gradvis økt gjennom tidsperioden 1995-2020. At ratene vokste, ble brukt som insentiv for å få offentlige sykehus til å legge om til mer dagkirurgi (Prop. 65, 1997-1998, s. 59; Prop. 47, 1999-2000, s. 11, 13 og 23; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009b). Det

ble lovpålagt at alle offentlige sykehus, både regionale og lokale, skulle ha et godt dagkirurgisk tilbud (St. meld. nr. 5, 2003-2004, s. 13, 44-45; St. meld. nr. 12, 2008-2009, s. 11; Prop. 59, 2008, s. 70). Til sammen har dette bidratt til at dagkirurgi i dag er en vesentlig del av offentlige sykehus sin inntjening (NOU 2008:2, 2008, s. 22).

Dagkirurgi ble først praktisert etter initiativ fra norske kirurger fra rundt 1986. På denne tiden ser det ut for at dagkirurgi var relativt uvanlig (Solheim, 1996), men ble mer og mer anvendt fra 1988 (NOU 1996: 5, 1996, s. 32). I det første regjeringsdokument som ble analysert, argumenteres det for at dagkirurgi er en «ubrukt ressurs» (St. meld. nr. 44, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28). Det ble videre argumentert for at det var økonomisk nyttig å bruke dagkirurgi i et større omfang (NOU 2005:3, 2005, s. 84).

Den doxa som fremtrer i regjeringsdokumentene, er dermed at sykehusene ville være tjent med omlegging til mer dagkirurgi, fordi dagkirurgi er billigere enn kirurgi hvor pasienten legges inn på sengepost. Dette er fordi dagkirurgi er ressursbesparende og kostnadseffektiverende for offentlig spesialisthelsetjeneste (NOU 2005:3, 2005, s. 84; St. meld. nr. 28, 1999-2000, s. 25; St. meld. nr. 44, 1995-1996, s. 3,4, 21, 22 og 28). Analysen viser at regjeringsdokumentene argumenterer sterkere for utsiktene til effektivisering og ressursbesparelse i offentlig helsesektor enn for omtanken for pasienten.

Den moderne spesialisthelsetjenesten

Det fantes flere begrunnelser for at økt andel dagkirurgi i Norge ville være realistisk og såkalt “naturlig” (NOU 2005:3, 2005, s. 84). Sammenlignbare land, som England og USA, hadde allerede i 1995 en dagkirurgisk rate på 50% for planlagte operasjoner, mens Norges rate på den tiden var på 24% (NOU 1996:1, 1996, s. 219 og 287). Med henvisning til disse landene ble dagkirurgi hevdet å være en del av den moderne måten å drive spesialisthelsetjenesten på (Meld. St. 11, 2015, s. 73-74).

En annen begrunnelse var at ny teknologi, som for eksempel kikkhullskirurgi, bidro til at flere kirurgiske inngrep allerede fra 1995 kunne gjennomføres dagkirurgisk (NOU 2003:1, 2003, s. 25, 46, 56; NOU 2000: 21, 2000, s. 698; St. meld. nr. 44, 1995-1996, s. 3, 4, 21, 22 og 28). I et dokument fra 2019 ble det argumentert for at sensorteknologien burde videreutvikles for å ytterligere effektivisere dagkirurgisk virksomhet (Meld. St. 9, 2019-2020, s. 31- 32). Det ble påpekt at ny teknologi som eneste tiltak ikke ville bidra til ønsket mengde dagkirurgi (NOU 2000: 21, 2000, s. 698).

Lavere lønnskostnader

I to dokument ble det hevdet at personalsammensetning kunne være av betydning, da det hadde blitt dokumentert at flere postsekretærer og sykepleiere per lege kunne øke legenes produktivitet. Det ble også argumentert for at det burde undersøkes hvordan legeressursene ble benyttet i offentlig sektor. På den andre siden ble det argumentert for at offentlig spesialisthelsetjeneste skulle skifte fokus fra å øke mengden personell, til å øke mengden teknologi og å øke personalets kompetanse. Her ble det argumentert for at sykepleierne burde få høyere kompetanse (Meld. St. 7, 2019-2020, s. 141-143 og 153).

Bedre utnyttelse av operasjonsstuene

Det ble argumentert for at mer dagkirurgi ville bidra til å bedre utnyttelsen av operasjonsstuene ved alle offentlige sykehus (NOU 2016:25, 2016, s. 56 og 62). Et annet argument var at mengden dagkirurgi som ikke har vist tilstrekkelig effekt måtte reduseres (Meld. St. 18, 2018-2019, s.26-27). Derfor ble noen fagområder, som for eksempel ortopedi, oppfordret til å minske mengden av enkelte typer dagkirurgi. Fagområder som ikke hadde dagkirurgisk praksis ble oppfordret til å utvikle et dagkirurgisk tilbud (Meld. St. 16, 2010, s. 76).

Økt samarbeid med privat sektor

Fra rundt 2002 ble det innført en avtale med kirurgiske tjenester i privat sektor for å øke dagkirurgisk virksomhet. Avtalen var at offentlig helsevesen skulle kjøpe helsetjenester for pasienter med bedriftsavtaler hos private helsetjenester. I avtalen ble Trygdeetaten benyttet som bindeleddet mellom offentlig og privat helsetjeneste (St. meld.nr. 5, 2003-2004, s. 13, 44 og 45; Prop. 1, 2002-2003, s. 22, 26 og 181-183). Argumentasjonen for avtalen handlet hovedsakelig om at det er kostnadsbesparende. Avtalen kunne bidra til å redusere sykemeldingsperioden for yrkesaktive, siden det kunne føre til at pasientgruppen ble raskere diagnostisert og eventuelt behandlet. Ved å redusere ventetiden på operasjon, kunne flere yrkesaktive pasienter komme raskere tilbake i arbeid, med tilhørende reduksjon av sykepengeutbetalinger for velferdsstaten (NOU 2000:22, 2000, s. 594 og 607-608). Avtalen ble undersøkt i et delprosjekt organisert av Trygdeetaten i 1999. Resultatet viste at ordningen ikke reduserte ventetiden på dagkirurgi betydelig. Likevel ble den argumentert for at på sikt ville være kostnadsbesparende, da det ble antatt at Trygdeetaten ville bli bedre på å administrere avtalen (NOU 2000:27, 2000, s. 129-130 og 135-136). Avtalen er fortsatt gjeldende og landsdekkende (NOU 2000:22, 2000, s. 594 og 607-608).

Motforestillinger mot dagkirurgi

Et fåtall av regjeringsdokumentene argumenterte mot å øke mengden dagkirurgi i offentlige sykehus. Et av disse dokumentene drøfter om dagkirurgi kunne skape merforbruk i spesialisthelsetjenesten, da dagkirurgi ville kreve ekstra ressurser i form av blant annet personell og materiell (NOU 1999:15, 1999, s. 25).

I Stortingsmelding nr. 28 (St. meld. nr. 28, 1999-2000, s. 25) blir det argumentert for at dagkirurgi kan føre til økt belastning på den offentlige kommunehelsetjenesten og at mer dagkirurgi kan påvirke sårbare pasienter i det offentlige helsevesenet negativt (NOU 2005:3, 2005, s. 84). I

Stortingsproposisjon. nr. 1 "For budsjetterminen 2007" (Prop. 1, 2006-2007, s. 280) blir det hevdet at disse utfordringene burde løses ved omprioriteringer i primærhelsetjenesten. Det ble argumentert for at offentlig spesialisthelsetjeneste også skulle bidra i oppfølging av dagkirurgiske pasienter når det ble ansett som nødvendig (NOU 2015:17, 2015).

Drøfting

Nedenfor har vi drøftet regjeringens posisjoneringer til dagkirurgi i lys av tidligere forskning, og i lys av praktikkteori og det medisinske feltet.

Pasientens beste?

Analysene ovenfor av regjeringsdokumenter som omtaler dagkirurgi viser at en økonomisk logikk er dominant i argumentasjonen om dagkirurgi. Likevel blir det også argumentert for at dagkirurgi er en fordel for mange pasienter. Denne argumentasjonen står i motsetning til studier som viser at det er en dissonans mellom pasientene sine ønsker om korte intervensjoner med helsevesenet og utfordringene pasientene møtte postoperativt (Dåvøy et al, 2017; Mottram, 2011a; 2011b).

På den andre siden viser andre studier at dagkirurgi utgjør liten risiko for pasientene, og pasientene i mindre grad enn før ble kvalme eller smertepåvirket etter operasjonen (Stessel m.fl., 2015). Pasienter som tilbys dagkirurgi har i tillegg blitt vurdert faglig i forhold til om de er friske nok, og om det har gode nok forutsetninger for å kunne håndtere forløpet (Ræder & Nordentoft, 2010; Holm & Kummeneje, 2009, s. 233 og 234).

Regjeringen argumenterer gjennom dokumentene for at dagkirurgi er en gode for pasienter (Meld. St. 9, 2019-2020, s. 31- 32). Nyopererte pasienter vil trolig profitere på å ha det postoperative

forløpet hjemme, da de i mindre grad eksponeres for ukjente bakterier. Ved dagkirurgi oppfordres pasientene også i større grad til å aktivt delta i sin egen behandling og til å være mer mobile i sitt eget hjem (Meld. St. 11, 2015, s. 73-74). Det kan fremstå som at regjeringen fremhever faglige argument som legitimerer økt mengden dagkirurgi, men underkommunerer argument som taler imot mer dagkirurgi, som for eksempel utfordringene pasientene opplever postoperativt (Dahl, 2020, s. 35-36).

Dagkirurgi i relasjon til sentrale ideer i sykepleiefaget

Regjeringens argumentasjon om at det er bra for pasienter å klare seg mest mulig selv etter kirurgi, er i tråd med den individbaserte behovsideologien som fikk gjennomslag både i samfunnet generelt og i sykepleien, spesielt i etterkrigstiden. Hendersons tenkning om at pasienter har behov for å være mest mulig selvhjulpne har stått sentralt i norsk sykepleien i etterkrigstiden (Henderson og Norsk sykepleierforbund 1961/1960, s. 37-41). Ideene om mest mulig selvhjelp er også i samsvar med LEON-prinsippet som ble introdusert i Norge på 1970-tallet. Ifølge LEON-prinsippet skal pasientene sine pleie- og behandlingsbehov i størst mulig grad dekkes ved å benytte pasientens iboende ressurser (Alvsvåg og Nilssen-Tanche, 1995, s. 15). Dagkirurgi er i høyeste grad kostnadseffektivt for offentlig helsevesen fordi det bidrar til et mindre behov for innleggelse i sykehus ved at pasienten i stor grad bidrar til egen behandling (Dahl, 2020, s. 9).

Dagkirurgi i relasjon til New Public Management

Den norske regjeringens argumentasjon for mer dagkirurgi samsvarer med NPM-ideologiens argumentasjon om at mennesker har behov for å være mest mulig selvstyrte. NPM ble innført i Norge i offentlig sektor på slutten av 1900-tallet (Hjelmtveit, 2009, s. 36-48), i samme periode som argumentasjonen for mer dagkirurgi ble forsterket. NPM kan ha skapt forventninger om at det offentlige helsevesenet skal drives i samsvar med produksjonstenkning i privat sektor, hvor pasientbehandling omdefineres til behandlingsforløp med klart definerte gjøremål og slutt tidspunkt (Dahl 2020, s. 31 og 44).

NPM-ideologien kan ha bidratt til mer dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten. Denne omstruktureringen bidrar til størst mulig ressursutnyttelse i offentlig helsevesen, og til at flere pasienter kan behandles innenfor de samme økonomiske rammene (Dahl, 2020, s. 9-12). I regjeringsdokumentene fremheves det at avtaler med privat sektor kan redusere ventelister for pasienter som er i arbeid, og dermed minske kostnadene til utbetaling av sykemeldinger (NOU 2000:22, 2000, s. 594 og 607-608).

På den andre siden ble det argumentert for at omlegging til mer dagkirurgi kunne føre til at antall operasjoner ville øke, og dermed utløse større ressursbruk. Det ble også argumentert for at mer dagkirurgi kunne påføre primærhelsetjenesten ekstra arbeid og kostnader, noe som igjen kunne påvirke helsehjelpen til sårbare pasienter i kommunehelsetjenesten. Disse heterodokse argumentene ble ikke drøftet videre i regjeringsdokumenter etter 2005 (NOU 1999:15, 1999, s. 25; NOU 2005:3, 2005, s. 25; Prop. 47, 1999-2000, s. 11, 13 og 23). Det kan med andre ord fremstå som at regjeringen ser bort fra slike innvendinger.

Regjeringens definisjonsmakt i det medisinske feltet

Regjeringens føringer for dagkirurgi, viser at det medisinske feltets autonomi er begrenset. Da staten overtok all finansieringen for alle offentlige sykehus i Norge i 2002, fikk regjeringen en enda sterkere definisjonsmakt over det medisinske feltet enn tidligere. Likevel ser ikke regjeringen bort fra faglige vurderinger, for det er anestesileger og kirurger som godkjenner pasienter for dagkirurgi, samt vurderer om de kan utskrives til hjemmet samme dag (Holm & Kummeneje, 2009, s. 235). Selv uten regjeringens føringer ville det trolig vært mye dagkirurgi i offentlig helsevesen i dag. Det var tross alt legene som startet med dagkirurgi, og helsepersonell har handlingsrom innenfor de politiske

rammene regjeringen setter. Regjeringen kan likevel ansees å ha satt dagkirurgi inn i en detaljert produktivitetstenkning, noe som ikke var vanlig på den tiden legene startet med dagkirurgi (Solheim, 1996). Produktivitetstenkningen kan ha sin bakgrunn i NPM og regjeringens argumentasjon om at helsepersonell er en begrenset ressurs. I forlengelsen av dette, argumenterer regjeringen for å utvikle mer teknologi som kan dekke mangelen på fagprofesjonelle (Dahl, 2020, s. 43-44).

Avsluttende overveielser

Denne artikkelen startet med en undring over hvordan det kan ha seg at dagkirurgi er så utbredt. Analysene av regjeringsdokumenter fra 1995-2020 viser at regjeringens doxa er at det bør bli mer dagkirurgi i Norge, fordi dagkirurgi er en fordel for både samfunnsøkonomien og pasientene. Argumentasjonen for mer dagkirurgi impliserer også en forventning om at pasienter har behov for å klare seg mest mulig selv, og er i samsvar med sentrale ideer om selvhjelp som oppstod i sykepleiefaget på 1960-tallet. Denne tenkningen samsvarer også godt med LEON-prinsippet om omsorg på lavest mulig nivå som oppstod på 1970-tallet, og med markedstenkningen som oppstod i forbindelse med at NPM ble innført i offentlig sektor på 1990-tallet. De som agerer som premissleverandører for dagkirurgi i den norske regjeringen, ser ut for å ha internalisert slike dominante etterkrigs-ideologier og agerer i samsvar med sin praktiske sans når de argumenterer for mer dagkirurgi (Callewaert, 2014, s. 166, Petersen, 1996, s. 124-143).

Referanser

- Alvsvåg, H. og Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Berg, K., Arestedt, K. og Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12) (s. 1630-1638). Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002>
- Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen. Hentet fra: <https://hdl.handle.net/11250/2579522>
- Bourdieu, P. (2008). *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (2019). De tre former for teoretisk viden. *Praxeologi. Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*. Vol 1. Hentet fra: <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.1564>
- Callewaert, S. (2013). Klassisk og moderne samfunnsteori. I H. Andersen og L. Kaspersen (red.), *Bourdieu* (s. 363-383). København: Hans Reitzels Forlag.
- Callewaert, S. (2014). Habitus. I L. B. Brønsted, C. Jørgensen, M. Mottelson, og L. Muschinsky (red.), *Ny pædagogisk opslagsbog* (s. 165-170). København: Hans Reitzels Forlag.
- Dahl, M. B. (2020). *Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi? En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020*. [Mastergradsavhandling]. Høgskulen på Vestlandet. Hentet fra: <https://hdl.handle.net/11250/2666964>
- Dåvøy, G., Eide, P. og Martinsen, K. (2017). En dans på torneroser. *Nordisk sygeplejeforskning*. Vol 4. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-05>
- Engbaek J., Bartholdy J. og Hjortso N.C. (2006). Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: A retrospective study of 18,736 day surgical procedures. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2006; 50.
- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land. I O. Hammerslev, J. H. Arnholtz og I. Willig (red.), *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu* (s.190-210). København: Hans Reitzels Forlag.
- Frederiksen, J. (2016). *Tværfaglige velfærdsprofesjoner: Tværsamarbejde som en social praktik for den noeliberale velfærdsstats profesjoner*. [Doktorgradsavhandling]. Roskilde Universitet. Hentet fra: https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen_J._2015_Tv_rprofessionelle_velf_rdsprofesjoner.pdf
- Hamberger, B. (2013). Kirurgi. I B. Hamberger og U. Haglund (red.), *Kirurgins utveckling och metoder* (8. utg., s. 11-13). Stockholm: Liber.
- Hauge, B. S. (2020). *Avgjørelser i klinikken : en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus, og om forholdet mellom evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap som forskrift for medisinske avgjørelser*. [Mastergradsavhandling]. Universitetet i Bergen. Hentet fra: <https://hdl.handle.net/1956/23116>
- Harrits, G. S. (2017). *Pierre Bourdieu*. Oslo: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Oppdragsdokument 2009 - Helse Vest RHF*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokumnet/helse-vest-nynorsk.pdf>
- Helsedirektoratet (2017). *Innsatsstyrt finansiering og dagkirurgi*. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF_uttalelser_2017%20-

[%2009.10.17%20ISF%20og%20dagkirurgi%20-%20Utredning.pdf/_attachment/inline/444fda4a-06c3-4dd6-8a57-dd6592faf425:1eace136d9ab332b55a120f7d2b35e68b5a87cab/ISF_uttalelser_2017%20-%2009.10.17%20ISF%20og%20dagkirurgi%20-%20Utredning.pdf](#)

Helsedirektoratet (2019). *Innsatsstyrt finansiering 2019*. Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverket%202019%20IS-2791.pdf/_attachment/inline/f18a3f28-1afa-4c4c-96f7-c3dc079df3ee:7fee33c3a8b9275296ea2f0201908f2d13e34320/ISF-regelverket%202019%20IS-2791.pdf

Helsedirektoratet (2020) *Høyere andel dagkirurgi*. Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-somatikk/SOM%20Hfbo%20-%20Kirurgi.pdf/_attachment/inline/80adb2a0-d141-44c1-91da-8b96d45899f0:19e709b507138f85e10936ef45ccd1e0f92e6c4a/SOM%20Hfbo%20-%20Kirurgi.pdf

Henderson, V. og Norsk sykepleierforbund (1961/1960). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Hjelmtveit, V. (2009). Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre. I. M. A. Stamsø (red.), *Sosialpolitikk i historisk perspektiv* (2. utg., s. 29-66). Oslo: Gyldendal akademisk.

Holm, S. og Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie. Med dagkirurgi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Järvinen, M. (2013). Klassisk og moderne samfundsteori. I H. Andersen og I.B. Kaspersen (red.), *Pierre Bourdieu* (5. utg., s. 365-385). København: Hans Reitzels Forlag.

Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I I.O. Hammerslev, J. A. Hansen og I. Willig (red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 173-189). København: Hans Reitzels Forlag.

Meld. St. 7 (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Meld.st. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/>

Meld. St. 11 (2015). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2016-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Meld. St. 16 (2010). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2000-2015)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>

Mottram, A. (2011a). «Like a trip to McDonalds»: a grounded theory study of patient experiences of day surgery”. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), s. 165-174. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007>

Mottram, A. (2011b). «They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish»: a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery”. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3143-3151. doi: <http://doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03763.x>

Moseng, O. G. (2003). *Ansvar for undersåttenes helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Moseng, O. G. (2012). *Fremvekst og profesjonalisering. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Oslo: Akribe.

- NOU 1996:1. (1996). *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- NOU 1996:5. (1996). *Hvem skal eie sykehusene?* Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først!* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- NOU 1997:18. (1997). *Prioritering på ny*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/>
- NOU 1999:15. (1999). *Hvor nært skal det være? -Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-15/id141741/>
- NOU 2000:21. (2000). *Strategi for sysselsetting og verdiskapning*. Finansdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-21/id117571/>
- NOU 2000:22. (2000). *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-22/id143239/>
- NOU 2000:27. (2000). *Sykemelding og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv*. Arbeids- og sosialdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-27/id143251/>
- NOU 2003:1. (2003). *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2003-1/id453861/>
- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>
- NOU 2008:2. (2008). *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2008-2/id497898/>
- NOU 2015:17. (2015). *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
- NOU 2016:25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – hvordan bør statens eierskap innrettes fremover?* Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/?ch=1>
- Meld. St. 18 (2018-2019) Helsenæringen-Sammen om verdiskapning og bedre tjenester. Nærings- og fiskeridepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20182019/id2639253/>
- Odom-Forren, J. (2015). Alexander's care of the patient in Surgery. I.J. C. Rothrock (red.), *Postoperative Patient Care and Pain Management* (s. 270-293). Missouri: Elsevier.
- Petersen, K. A. (1989). Den praktiske sans – sygeplejens skjulte prinsipper. *Faglig profil 4, delrapport 12*.
- Petersen, K. A. (1996). *Hvorfor Bourdieu?* København: Munksgaard.
- Petersen, K. A. og Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygepleievidenskab – hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. København: Forlaget Hexis.

- Prop. 1 (2002-2003). *For budsjetterminen 2003*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2002-2003-/id295608/>
- Prop. 1 (2006-2007). *For budsjetterminen 2007*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2006-2007-/id213031/>
- Prop. 47 (1999-2000). *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-47-1999-2000-/id202984/?ch=1>
- Prop. 59 (2008). *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2008*. Finansdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-59-2007-2008-/id511427>
- Prop. 65 (1997-1998). *Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet*. Finansdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-65-1997-98-/id136930/>
- Regjeringen (2019, 15. januar). *Oppdragsdokument*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Regjeringen (u.å. a). *Meldingar til Stortinget*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/meldst/id1754/>
- Regjeringen (u.å. b). *Proposisjonar til Stortinget*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/prop/id1753/>
- Regjeringen (u.å. c). *NOU-ar*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/nou-ar/id1767/>
- Rhodes, L., Miles, G. og Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12, s. 178-192.
- Ræder, J. og Nordentoft, J. (2010, 8. april). Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 130(7), s. 742-746.
- Sandvik, H. og Straand, J. (2014) Fra bartskjærlaug til legeforening - et 400 årsjubileum. Universitetet i Bergen. Hentet fra: [Fra bartskjærlaug til legeforening - et 400 årsjubileum | Institutt for global helse og samfunnsmedisin | UiB](http://www.uib.no/globalassets/medisin/samfunnsmedisin/fra_bartskjaerlaug_til_legeforening_-_et_400_arsjubileum.pdf)
- Schlichting, E. (2018, 27. august). Dagkirurgi. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/dagkirurgi>
- Solheim, K. (1996, 30. januar). Dagkirurgi. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/1996/01/redaksjonelt/dagkirurgi>
- Stessel, B., Fiddlers, A.A., Joosten, E.A., Hoofwijk, D.M., Gramke, H. F. og Buhre, W.F. (2015). Prevalence and Predictors of Quality of Recovery at Home After Day Surgery. *Medicine (Baltimore)*, 94(39).
- St. meld. nr. 5 (2003-2004). *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-5-2003-2004-/id197375/>
- St. meld. nr. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600>
- St. meld. nr. 28 (1999-2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-28-1999-00-/id192863/>

St.meld. nr. 44 (1995-1996). *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-44_1995-96/id190995/

Warner, M. A., Shields, S. E. og Chute, C. G. 1993. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA*, 270, s. 1437-41.

Wilkens, L. (2015). *Pierre Bourdieu*. Bergen: Fagbokforlaget.